ГОДИНА XL

Број 3
ЈУН 2011. 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. економиста
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, 11000 Београд
e-mail: obelezja@yahoo.com

Лектура/Коректура:
Ковиљка Дабић

Технички уредник:
Синиша Ћетковић

Тираж:
500 примерака

Штампа:
„Типоштампа“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Србије, 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 Србије, под чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се у SCindeks-у (Srpski citatni indeks) при Народној библиотеци Србије и у COBISS.SR-ID 3033858.

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је у Министарству науке Републике Србије као национални часопис.

С а д р ж а ј

Стручни и научни радови

Душица Бркић, Сања Коцић, Снежана Радовановић
Обезбеђеност и коришћење примарне здравствене заштите одраслог становништва 1

Љиљана Кулић, Гордана Арсић-Комљеновић, Вук Кулић, Марија Јовановић
Улога медицинских сестара у спровођењу примарне здравствене заштите и актуелни проблеми 7

Срећко Потић, Милена Милићевић, Горан Недовић
Пофесионална рехабилитација и предиктори запослености особа са инвалидитетом 12

Зденка Јанковић, Милутин Ненадовић, Марица Башић, Слободан Јовичић, Златана Малешевић, Сандра Радуловић
Упоредна анализа задовољства запослених у Специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" – Београд (2007–2010. година) 18

Гордана Гајовић, Снежана Радовановић, Сања Коцић, Драгољуб Ђокић, Предраг Поповић, Светлана Радевић
Карактеристике здравственог стања жена на територији Шумадијског округа 33

Нела Ђоновић, Власта Дамјанов, Снежана Арсенијевић
Психо-медицински аспекти школског неуспеха 38

Марија Радовановић, Снежана Радовановић, Сања Коцић, Предраг Поповић, Светлана Радевић, Силвија Јанићијевић
Здравствено стање деце предшколског узраста на територији Шумадијског округа 47

Жаклина Игњатовић, Снежана Радовановић, Сања Коцић, Предраг Поповић, Светлана Радевић, Мирјана Милосављевић
Ментално здравље одраслог становништва Шумадијског округа 52

Весна Радовановић
Конзумирање цигарета и алкохола одраслог становништва 58

Снежана Станковић, Јасна Николчић
Здравствена нега у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања 63

Радица Драгојловић Ружичић, Гордана Арсић Комљеновић, Веселин Меденица
Физикална терапија и могућности превенције Судековог синдрома 69

Сњежана Токовић, Верица Јездић Милатовић
Реики у медицини 74

Христо Анђелски, Виолета Симатовић, Никола Богуновић, Жељко Керкез
Рађање, живот и умирање деце у Србији за време НАТО агресије – „Милосрдни анђео" 1999. године 78

Упутство ауторима 88

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 657.474:615.4(497.113); 005.915:614.2

Обезбеђеност и коришћење примарне здравствене заштите одраслог становништва

Д. Бркић[1], С. Коцић[2], С. Радовановић[3]

The Provision and Use of Primary Health Care in Adult Population

Dušica Brkić, Sanja Kocić, Snežana Radovanović

Сажетак: *Институције примарне заштите су ниво заштите на коме се у различитим срединама одвијају различите активности између здравственог система и појединца и заједнице у смислу обезбеђивања примарне медицинске заштите и доприноса укупном физичком, психичком и социјалном здрављу индивидуе, групација и популације.*

Циљ рада јесте анализа обезбеђености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва на територији Шумадијског округа.

Као извор података коришћени су Извештаји о кадровској структури и опремљености и Извештаји о обољењима, стањима и повредама служби опште медицине, домова здравља Шумадијског округа.

Урађена је анализа за период 1999–2008. година. У Шумадијском округу, здравствену заштиту у службама опште медицине у 2008. години пружало је 143 доктора медицине, од тог броја 37,8% доктора медицине били су специјалисти. Током посматраног периода дошло је до смањења просечног број одраслих становника на једног лекара са 1.807 у 1999. години на 1.647 у 2008. години, што је нешто изнад стандарда који прописује Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности (Сл. гласник РС 43/06) 1.600 одраслих становника по једном лекару. Просечан број посета по једном одраслом становнику у 2008. години износио је 4,3, што је

Summary: *Primary health care institutions represent a level of protection where different activities take place in various environments between health systems and individuals and a community in terms of providing primary medical care and contribution to overall physical, mental and social health of an individual, group and population.*

The aim of the survey is the analysis of primary health care provision and use in adult population at the territory of Sumadija district.

The analysis was based on data collected from Reports on staffing structure and equipment and Reports on diseases, conditions and injuries of general medicine services, health care centers in Sumadija region.

The analysis was conducted for the period 1999-2008. In Sumadija district, health care in general medicine services in 2008 was delivered by 143 doctors (GPs), of which 37.8% were specialists. During the observed period there was a decrease in the average number of adults per GP from 1807 in the year of 1999 to 1647 in 2008, which is slightly above the standards prescribed by the Regulation on detailed conditions for the performance of health services ("Off. Glasnik" No .43/06) 1600 adults per GP. The average number of visits per adult was 4.3 in the year of 2008, which is higher than in 1999 when it was 2.4. Participation of first visits was decreased in the observed ten-year period from 29.2% in 1999 to 20.1% in the year of 2008.

1 Др Душица Бркић, Дом здравља Крагујевац.

2 Доц. др Сања Коцић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

3 Мр сц. др Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

више него у 1999. години када је износио 2,4. Учешће првих посета смањило се у посматраном десетогодишњем периоду са 29,2%, колико је износило 1999. године на 20,1% у 2008. години.

Кључне речи: *обезбеђеност и коришћење примарне здравствене заштите, одрасло становништво, Шумадијски округ.*

Key words: *the provision and use of primary health care, adult population, Shumadia District.*

Увод

Ванболничка заштита је значајан део здравственог система. Од развијености, ефикасности и квалитета ванболничке заштите зависи извршење виших делова здравственог система. Кроз овај вид реализује се најчешће први контакт корисника са професионалном здравственом заштитом и успоставља се континуитет заштите[1].

За највећи број корисника ванболничка заштита има улогу посредника као центра из кога се развија читава мрежа за упућивање на друге специјализоване нивое заштите или на друге здравствене услуге[2].

У организационом, кадровском и смештајном погледу постоји широк дијапазон у ванболничкој заштити у различитим земљама, па чак и унутар појединих земаља. Једина заједничка карактеристика јесте пружање заштите за нехоспитализоване пацијенте[3].

У свом оригиналном и најужем смислу примарна заштита подразумева заштиту првог контакта, место где пацијент среће здравственог радника. То је прва линија заштите која није ограничена на пацијента са специфичном болешћу или специфичне добне скупине. То је поље заштите где пацијенти остварују прве контакте са лекаром и имају директан приступ ка њему. То је место где се третирају свакодневни проблеми и предузимају превентивне мере[4].

Институције примарне заштите су ниво заштите на коме се у различитим срединама одвијају различите активности између здравственог система и појединца и заједнице у смислу обезбеђивања примарне медицинске заштите и доприноса укупном физичком, психичком и социјалном здрављу индивидуе, популација и популације. При томе обезбеђивање примарне медицинске заштите не подразумева само први контакт већ и континуирану одговорност за надзор над здравственим стањем, откривање обољења, идентификацију, контролу и едукацију о факторима ризика који угрожавају здравље људи. Главну кадровску структуру овог нивоа здравствене заштите чини лекар опште медицине[3].

У нашој земљи институционални оквир најпре прве линије, а затим примарне здравствене заштите, обезбеђује се кроз дом здравља. У својој историји ова институција је мењала своје организационе оквире и садржаје, али је остајала најзначајнија ванболничка установа нашег система. Дом здравља спроводи примарну здравствену заштиту за становништво једне или више општина. За удаљена насеља, ван седишта дома здравља, отварају се посебне организационе јединице из оквира дома здравља и то: здравствене станице – за једно или више насељених места са 3.000 становника (за миграциона и неразвијена подручја за места преко 1.500 становника) и здравствене амбуланте – за једно или више насељених места са преко 1.000 становника (за миграциона и неразвијена подручја за места преко 500 становника). Минимум делатности које дом здравља обавља јесу из области здравственог васпитања, опште медицине, здравствене заштите жена, здравствене заштите деце, поливалентне патронаже, стоматолошке заштите, лабораторијске дијагностике, кућног лечења и здравствене неге, као и хитне помоћи. У неким ситуацијама дом здравља обавља и делатности из области хигијенско-епидемиолошке заштите, пнеумофтизиологије, физикалне медицине и медицинског снабдевања. Најзначајнији носилац примарне заштите јесте лекар опште медицине[3].

Циљ рада

Циљ рада јесте анализа обезбеђености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва на територији Шумадијског округа.

Метод рада

Као извор података коришћени су Извештаји о кадровској структури и опремљености и Извештаји о обољењима, стањима и повредама служби опште медицине, домова здравља Шумадијског округа. Урађена је анализа за период 1999-2008. година.

За анализу су коришћени показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва.

Резултати и дискусија

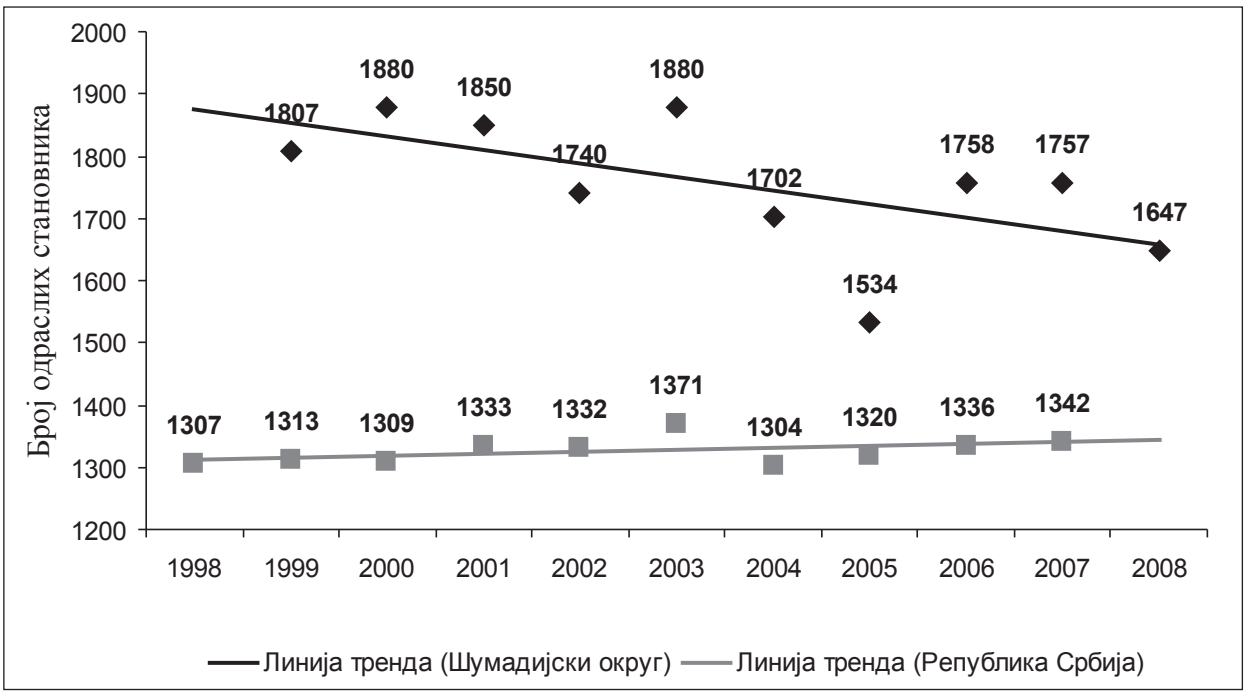
У Шумадијском округу здравствену заштиту у службама опште медицине у 2008. години пружало је 143 доктора медицине. Од тог броја 54, или 37,8%, доктора медицине су били специјалисти. Проценат доктора медицине специјалиста од укупног броја доктора медицине бележио је стални пораст од 1999. до 2001. године, да би у 2006. години дошло до његовог смањења. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у посматраном периоду био је прилично уједначен и кретао се од 1,2 у 1999. години до 1,5 у 2008. години (**табела 1**).

Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине 1999. године износио је 1.807, док се 2008. године овај број смањио на 1.647, што је нешто изнад стандарда који прописује Правилник о ближим

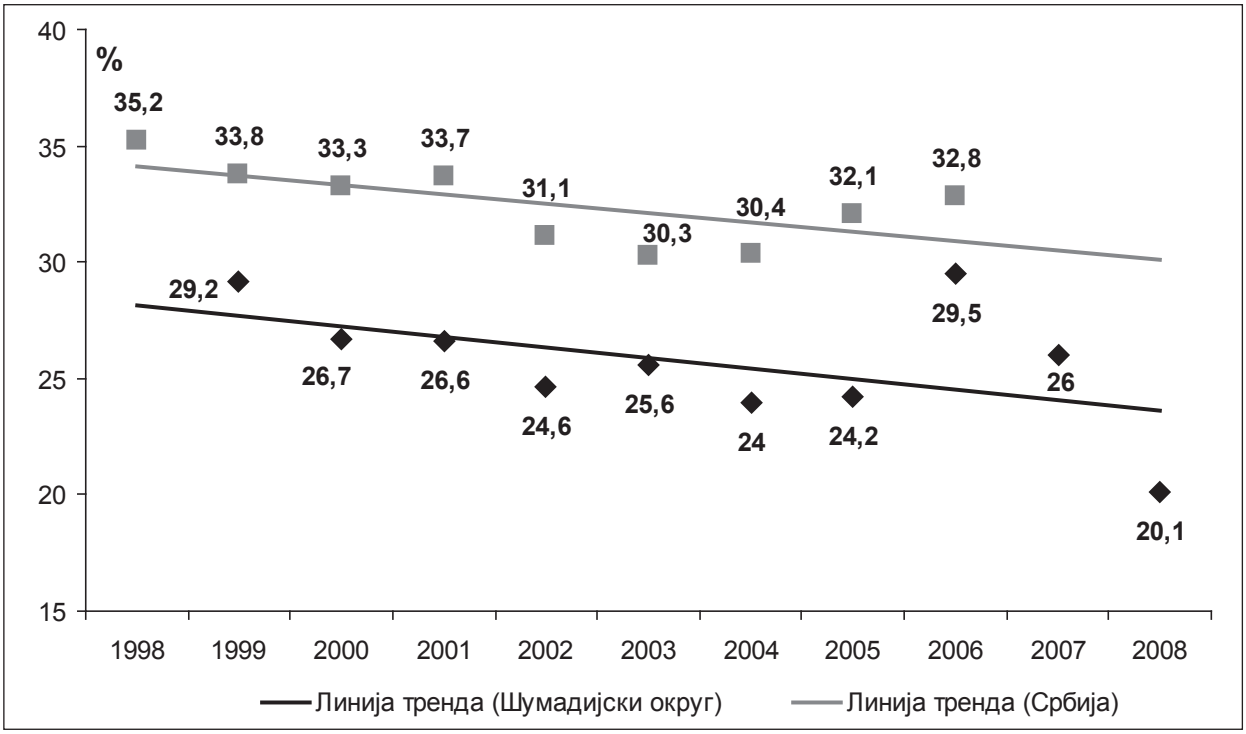
Табела 1: Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва на територији Шумадијског округа од 1999. до 2008.

Година	Број лекара	Проценат специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Број одраслих становника на једног лекара	Просечан број годишњих посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета код лекара на једног становника	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији(%)
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1999.	129	32,5	161	1,2	1807	4402	2,4	29,2
2000.	124	41,1	182	1,5	1880	5833	3,1	26,7
2001.	126	45,2	184	1,4	1850	6349	3,4	26,6
2002.	134	38,8	191	1,4	1740	6028	3,5	24,6
2003.	124	39,5	194	1,5	1880	6727	3,6	25,6
2004.	137	38,0	203	1,4	1702	6595	3,9	24,0
2005.	152	35,5	207	1,4	1534	6353	4,1	24,2
2006.	134	38,8	204	1,5	1758	7144	4,1	29,5
2007.	134	36,6	205	1,5	1757	7161	4,1	26,0
2008.	143	37,8	210	1,5	1647	7040	4,3	20,1

Графикон 1: Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине на територији Шумадијског округа и Републике Србије од 1998. до 2008.



Графикон 2: Процентуално учешће првих у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине на територији Шумадијског округа и Републике Србије од 1998. до 2008.



условима за обављање здравствене делатности (Сл. гласник РС 43/06), односно 1.600 одраслих становника-корисника по једном лекару[5] (**графикон 1**).

У Шумадијском округу, у службама опште медицине 2008. године регистровано је укупно 1.006.692 посете. Просечан број посета по једном одраслом становнику износио је 2008. године 4,3, што је више него у 1999. години, када је износио 2,4. Најнижи просечан број посета у посматраном периоду регистрован је 1999. године и износио је 2,4. Разлог овако смањеног коришћења здравствене заштите није смањење потреба већ отежан приступ здравственим установама због бомбардовања Србије од стране НАТО-а, у периоду од марта до јуна 1999. године. Учешће првих посета смањило се са 29,2%, колико је износило 1999. године, на 20,1% у 2008. години (**графикон 2**).

Резултати слични нашим забележени су округу у нашем окружењу. У службама опште медицине у шест домова здравља Поморавског округа у 2009. години радило је укупно 109 лекара, од чега 48, или 44,0%, специјалиста опште медицине и 183 техничара, што је 1,7 техничара по лекару. У складу са стандардом Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности (Сл. гласник РС 43/06), дом здравља Јагодина има недовољан број лекара у односу на стандард, а остали домови здравља имају више лекара од броја предвиђеног стандардом, или тачно колико је и предвиђено (Параћин и Свилајнац). Медицинских техничара има у знатно већем броју од стандарда у свим домовима здравља, изузев у дому здравља у Јагодини. Служба опште медицине Дома здравља у Параћину има највећи број корисника по једном лекару, односно 1.589, а најмањи број корисника по лекару је у Дому здравља Ћуприја, односно 861, што је знатно испод стандарда. Просечан број корисника по лекару у службама опште медицине на територији целог округа је 1.243, што је испод стандарда који прописује Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности. Укупан број посета лекарима у службама опште медицине округа у 2009. години био је 789.178, што је 7.240 посета по једном лекару (стандард 7.200 посета) и 5,8 посета по једном кориснику. Број посета ради превентивних прегледа је 28.028, што је свега 3,55% од укупног броја посета лекару на нивоу округа[6].

Подаци за Републику Србију показују да је здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2007. години пружало 4.319 доктора медицине, од тог броја 47,3% доктора медицине били су специјалисти. Проценат доктора медицине специјалиста од укупног броја доктора медицине бележио је стални пораст од 1997. до 2005. године. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом био је прилично уједначен и кретао се од 1,5 у 1997. години до 1,6 у 2007. години. Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине и медицине рада 1997. године износио је 1.356, док се 2007. године овај број смањио на 1.342. Просечан број посета код лекара по одраслом становнику износио је 4,7 у 2007. години, што је нешто више у односу на 4,5 колико је регистровано у 1997. години. Од укупног броја посета лекару у ординацији, једну трећину су чиниле прве посете, при чему се учешће првих посета смањило са 36,5%, колико је износило 1997. године, на 32,8% у 2007. години[7].

Закључак

У Шумадијском округу, здравствену заштиту у службама опште медицине у 2008. години пружало је 143 доктора медицине, од тог броја 37,8% доктора медицине били су специјалисти. Током посматраног периода дошло је до смањења просечног број одраслих становника на једног лекара са 1.807 у 1999. години на 1.647 у 2008. години, што је нешто изнад стандарда који прописује Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности (Сл. гласник РС 43/06). Просечан број посета по једном одраслом становнику повећао се током посматраног периода и у 2008. години је износио 4,3. Учешће првих посета смањило се у посматраном десетогодишњем периоду.

Литература

1. Brain J: Primary care. Heinemann Proffessional Publishing, 1988.
2. Scutchfield D: Health Care Planning, Organization and Evaluation. In: Last JM,Walace RB, editors. Public Health and Preventive Medicine. 13th ed. Norwalk, Connecticut: Isppleton and Lange, 1992.
3. Цуцић В., Симић С., Бјеговић В., Живковић М., Стефановић Д., Вуковић Д.: Социјална медицина. Савремена администрација, Београд, 2000.
4. Hogarth J: Glossary of Health Care Terminology. Public Health in Europe 4. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1978.
5. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе. Службени гласник Републике Србије, 43/2006.
6. Анализа здравственог стања становништва Поморовског округа за 2009. годину. Доступно на УРЛ: Http://www.zzjzcuprija.com/godisnja-analiza/
7. Здравље становника Србије – аналитичка студија 1997–2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.

Улога медицинских сестара у спровођењу примарне здравствене заштите и актуелни проблеми

Љ. Кулић[1], Г. Арсић-Комљеновић[2], В. Кулић[3], М. Јовановић[4]

The Role of Nurses in Application of Primary Health Care and Current Issues

Ljiljana Kulić, Gordana Arsić-Komljenović, Vuk Kulić, Marija Jovanović

Сажетак: *Медицинске сестре имају кључну улогу у спровођењу примарне здравствене заштите, што је условило велике промене у образовању и пракси медицинских сестара у свету и проширило поље њиховог професионалног рада. Савремено сестринство карактерише повезивање медицинских сестара на светском нивоу и заједничко решавање кључних питања за сестринство. Општи тренд је да препоруке и решења везана за сестринство на светском нивоу постају важећа и обавезујућа у свим земљама. Један од најважнијих стратешких циљева у сестринству јесте образовање основних профила здравствених радника до врха и проходност у образовању у струци до универзитетског нивоа. Четврти период у развоју сестринства почиње 1978. године доношењем декларације „Здравље за све до 2000.“ у Алма Ати, у Казахстану, по којој медицинске сестре имају кључну улогу у спровођењу примарне здравствене заштите.*

Разлози за доношење декларације о примарној здравственој заштити су ти што здравље људи није побољшано сразмерно уложеним средствима у здравствену заштиту, што је изражена неравноправност људи у коришћењу здравствене заштите и што се концепција здравствене заштите мора променити и приоритет улагања у лечење мора се пренети на

Summary: *Nurses have vital role in the application of primary health care, which contributed to the great changes in education of nurses and nursing practice all over the world, thus expanding the domain of their professional work. Modern concept of nursing involves the link among nurses on the worldwide scale and their joint access to solving crucial nursing issues. It is a general trend that recommendations and solutions related to nursing on the worldwide scale become valid and obligatory in all the countries. One of the most important strategic goals in nursing is the perfect education of basic profiles of health care staff in order to enable their access to university education. The fourth period in the development of nursing began in 1978 with the Declaration „Health for All until 2000“ issued in Alma Ata, Kazakhstan, according to which nurses have the prime role in application of health care. The Declaration was issued due to the fact that human health had not been improved in proportion to the financial means invested in health care and the health care inequality among people emerged; other reasons include the necessity to change the concept of health care and the priority of investment, which must be applied to disease prevention and primary health care.*

The new role assigned to nurses by the WHO requires greater knowledge and higher degree of

1 Проф. др сц. мед. Љиљана Кулић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

2 Проф. др сц. мед. Гордана Арсић-Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

3 Дипл. правник Вук Кулић, Полицијска академија, Научно-истраживачки центар, Београд.

4 Др спец. Марија Јовановић, Агенција за лекове и медицинска средства Србије, Београд.

улагање у превенцију болести и дати приоритет примарној здравственој заштити.

Нова улога коју је сестрама дала Светска здравствена организација захтева веће знање и већи степен образовања, што се поставило као задатак пред сваку земљу чланицу Светске здравствене организације. Развој сестринства у Србији прати развој и достигнућа савременог сестринства у свету и у Европској унији, па су започете активности које се односе на реформу образовања медицинских сестара, по стандардима, хармонизовано са светом и са Европском унијом. Део проблема у сестринству успешно је решен, али део проблема је неопходно хитно решавати и за њихово решавање сестре имају подршку Међународног удружења медицинских сестара (ICN) и Светске здравствене организације (СЗО).

Предлог мера у решавању актуелних проблема везаних за образовање у области сестринства јесте боља координација у вези са променама у области рада медицинских сестара; прецизно дефинисање назива нових занимања у номенклатури занимања; систематизација радних места у здравственим установама по којој се препознају радна места и опис послова високе медицинске струковне сестре; сагледавање свих промена које су последица високог образовања медицинских сестара у смислу дефинисања послова, повећања коефицијента и промене висине зарада; већа подршка државе и надлежних министарстава у области њиховог рада и финансијска подршка државе, односно здравствених установа у стипендирању сестара које треба да се школују у оној мери у којој је то могуће.

Кључне речи: *сестринство, примарна здравствене заштита, образовање, хармонизација, номенклатура, систематизација, реформа, здравство.*

education, which has become the obligation for every country with the membership in the WHO. The development and improvement of nursing in Serbia follows the development and achievements of nursing in the world and the European Union; consequently, the formerly initiated activities referring to the reform of education of nurses are harmonized and standardized with the world and European Union regulations. The problems in nursing are successfully, but partly solved, and there is an urgency for solving the rest of the problem, for which nurses can rely on support of ICN and World Health Organization (WHO).

Suggested measures for solving the current issues related to education within the nursing area include: better coordination of changes in nurses' work, precise definition of new occupations within the nomenclature of professions, systematic organization of workplaces in health care institutions where there are acknowledged job description and positions for high vocational nurse, consideration of all the changes resulting from high education of nurses in terms of defining job positions, the increase in the co efficiency rate and salary, greater support from the state and ministries in charge of their area of work as well as financial aid from the state, and the support from health care institutions for providing scholarships and grants for education of nurses, at the greatest possible level.

Key words: *nursing, primary health prevention, education, harmonization, nomenclature, systematization, reform, health care.*

Увод

Историјски развој сестринства почиње професионалним образовањем медицинских сестара од 1860. године. Њиховим школовањем дошло је до појаве професионализације у сестринству, односно створена је званично нова професија, ново занимање – медицинска сестра. Оснивањем прве школе за бабице 1899. године, пре 112 година, и школе за нудиље (медицинске сестре) 1921. године у Београду, пре тачно 90 година почиње институционално образовање медицинских сестара на средњем нивоу образовања у нашој

земљи. Професионални кадрови школе за нудиље поставили су темеље сестринства у нашој земљи. Медицинске сестре у Србији формирале су своје стручно гласило „Сестринска ријеч“, основале су сестринска удружења и постале су чланице Међународног друштва сестара још 1927. године, пре 84 године. После Другог светског рата отвара се велики број средњих школа за медицинске сестре.

По први пут у историји директно у својој струци медицинске сестре стичу високо образовање на факултетима у Европи, и то у Енглеској и у Француској, у педесетим годинама прошлог века. У Србији се у то време, у Београду, 1952. године, отвара прва државна Виша школа за медицинске сестре Југословенског црвеног крста, чиме почиње образовање медицинских сестара на вишем нивоу. У Београду је 2005. године почела са радом прва приватна Виша медицинска школа „Милутин Миланковић”. Тек почетком 21. века, 2007. године, у Србији, са великим историјским закашњењем у односу на остале земље света основана прва висока медицинска школа струковних студија и то је Висока медицинска струковна школа „Милутин Миланковић“ у Београду.

Декларација Светске здравствене организације и нова улога медицинских сестара

Велике промене у образовању и пракси медицинских сестара у свету и ширење поља њиховог професионалног рада, могућност да имају кључну улогу у спровођењу примарне здравствене заштите сестре су добиле захваљујући Декларацији „Здравље за све до 2000“, односно „Здравље за све“. Ова декларација је важећа за цео свет и за нашу земљу. Усвајање ове декларације од стране Светске здравствене организације био је кључни догађај који је обележио савремено сестринство и који је направио револуционарне промене у развоју сестринства. Четврти период у развоју сестринства почиње 1978. доношењем декларације „Здравље за све до 2000“ у Алма Ати, у Казахстану. По овој декларацији медицинске сестре имају кључну улогу у спровођењу примарне здравствене заштите, што је условило велике промене у образовању и пракси медицинских сестара у свету и проширило поље њиховог професионалног рада.

Разлози за доношење декларације о примарној здравственој заштити су ти што здравље људи није побољшано сразмерно уложеним средствима у здравствену заштиту, што је изражена неравноправност људи у коришћењу здравствене заштите и што се концепција здравствене заштите мора променити и приоритет улагања у лечење мора се пренети на улагање у превенцију болести и дати приоритет примарној здравственој заштити.

Декларација „Здравље за све до 2000“ је декларација важећа за цео свет и она садржи осам стратешких циљева за примарну здравствену заштиту:

1. образовање основних профила здравствених радника до врха (проходност у образовању у струци све до универзитетског нивоа и могућност стицања свих академских звања);
2. обезбеђење здраве пијаће воде и елементарне хигијене;
3. обезбеђење довољно хране и здраве исхране;
4. боља заштита мајке и детета и смањење смртности деце;
5. смањење четири водеће болести (у одговарајућој популацији);
6. ерадикација заразних болести;
7. обезбеђење добре вакцинације и
8. обезбеђење основних лекова.

Посебно су дефинисани циљеви екларације „Здравље за све“ за сваки регион Светске здравствене организације, тако да је за Европски регион документом који је усвојен 1984. године дефинисано 38 циљева. Ови циљеви су постављени и дате су стручно-методолошке препоруке, које даље усмеравају активности у зависности од услова у свакој земљи и свака земља их може користити према својим потребама и могућностима. Главни циљ је да сваки човек оствари највећи могући степен здравља, с обзиром на своје природне потенцијале, материјалне услове, на социјално и природно окружење у којем живи.

Декларација се односи на промоцију, односно унапређење примарне здравствене заш-

тите и на њен значај за здравље. Ово је довело до промена у сестринству и здравственој нези јер се окретањем ка примарној здравственој заштити прави заокрет у захтевима који се постављају пред њих. Међународно удружење медицинских сестара (ICN) је готово пола века старије од Светске здравствене организације (WHO). Међународно удружење медицинских сестара од самог почетка је прихватило партнерски однос у раду са Светском здравственом организацијом, што је озваничено 1948. године и као резултат тога се заједнички ради и сарађује на многим заједничким програмима. Светска здравствена организација је тако усвојила „Резолуцију о улози сестара и бабица у примарној здравственој заштити", а Међународно удружење медицинских сестара је подржало декларацију Светске здравствене организације „Здравље за све" и прихватило поверен задатак по коме медицинске сестре имају кључну улогу у спровођењу примарне здравствене заштите. Сва наведена догађања су условила велике промене у образовању и пракси медицинских сестара у свету и проширила поље њиховог професионалног рада. Постављен је нови концепт здравствене неге и медицинске сестре су предложиле и препоручиле свим медицинским сестрама увођење нове методе, која се зове *Процес здравствене неге*. Савремено сестринство карактерише повезивање медицинских сестара на светском нивоу и заједничко решавање кључних питања за сестринство. Општи тренд је да препоруке и решења везана за сестринство на светском нивоу постају важећа и обавезујућа у свим земљама.

Развојни проблеми сестринства у Србији

Да би испунило мисију која му је поверена од стране Међународног удружења медицинских сестара (ICN) и Светске здравствене организације (WHO) сестринство је стављено пред задатак који захтева веће знање и виши степен образовања сестара. Ове организације су у највећој мери омогућиле да се усмери образовање медицинских сестара. Велику улогу у развоју савременог сестринства, што подразумева њихово образовање и непрекидну стручну едукацију, имају и национална удружења медицинских сестара/техничара.

Савремено сестринство посебан значај даје образовању, континуираној едукацији кроз праксу и научно-истраживачком раду медицинских сестара. Развој сестринства у Србији прати развој и достигнућа савременог сестринства у свету и у Европској унији. Реформа у образовању у области сестринства одвија се као и у другим областима, па су формиране основне студије и то: струковне студије и академске студије. Школовање медицинских сестара на основним струковним студијама траје три године, односно шест семестара. На овај начин медицинске сестре постају стручњаци са високим образовањем, стичу звање струковна медицинска сестра/техничар. Њима је омогућено да наставе своје образовање у струци преко специјалистичких студија у трајању од једне године, чиме стичу звање струковна медицинска сестра специјалиста у одређеној области.

Поред тога медицинским сестрама је омогућено да заврше академске студије, у трајању од четири године, односно осам семестара, и да наставе образовање преко мастера, магистеријума, до доктората у својој струци. Раније је то било изводљиво тако што сестра по завршетку више медицинске школе настављања образовање и завршава седми степен на неком од сродних факултета. Медицинске сестре су могле стицати академска звања у тим областима и само тако су могле доћи до доктората. Очигледно је да су неке нелогичности и опструкције њиховом образовању уклоњене и да је омогућено образовање медицинских сестара до врха и проходност у образовању у струци до универзитетског нивоа, што је један од циљева Светске здравствене организације.

Процес хармонизације у образовању медицинских сестара са Европском унијом у Србији иде упоредо са прихватањем Болоњске декларације у свим областима образовања, па и у овој области. Студирање по Болоњи подразумева специфичан приступ школовању, који између осталог подразумева сталне активности студената и на предавањима и на вежбама, са

тачно дефинисаним захтевима да се присуствује настави у одговарајућем броју часова. Ово ставља у неповољан и неравноправан положај студенте из редова запослених медицинских сестара који су циљна група у реформама које се односе на образовање.

Проблеми који се јављају у области образовања у сестринству су:

- хармонизација у образовању медицинских сестара није у довољној мери праћена хармонизацијом у здравству, која се односи на сестринство;
- недовољно прецизно дефинисање назива нових занимања у шифрарнику, односно номенклатури занимања у области рада медицинских сестара;
- проблем са променама у систематизацијама радних места у здравственим установама, које не прате реформу у образовању медицинских сестара и не предвиђају измене у опису послова и појаву нових радних места са дефинисаним високим звањима – струковна медицинска сестра/техничар, чиме се реформа у образовању не прихвата до краја у пракси, што је недопустиво за било коју професију;
- проблем са променом коефицијента и променом висине зарада, што би требало да буде усклађено са променама у систематизацијама радних места;
- потреба за већом подршком променама на нивоу сестринства од стране државе, Министарства просвете и Министарства здравља, надлежног за област рада здравствених радника;
- потреба за већом подршком променама на нивоу сестринства од стране удружења на националном и регионалном нивоу;
- недостатак или недовољна финансијска подршка у смислу учествовања у стипендирању сестара које треба да се школују.

Закључак

Медицинска сестра је дуго имала проблеме у заузимању положаја који јој припада у савременој медицини и сестринству и један део тих проблема успешно је решен, али део проблема је неопходно хитно решавати. За њихово решавање сестре имају подршку Међународног удружења медицинских сестара (ICN) и Светске здравствене организације.

Предлог мера у решавању актуелних проблема везаних за образовање у области сестринства:

- прецизно дефинисање назива нових занимања у шифрарнику, односно номенклатури занимања;
- извршити систематизацију радних места у здравственим установама по којој се препознају радна места и опис послова високе медицинске струковне сестре;
- сагледавање свих промена које су последица високог образовања медицинских сестара у смислу повећања коефицијента и промена висине зарада;
- већа подршка државе, Министарства просвете и Министарства здравља, надлежног за област рада здравствених радника;
- финансијска подршка државе, односно здравствених установа у смислу учествовања у стипендирању сестара које треба да се школују, што би требало планирати у буџету надлежног министарства, у мери у којој је то могуће.

Литература

1. WHO: A Guide to Curriculum Review for Basic Nursing Education. Orientation to Primary Health Care and Community Health. Regional Ofice for Europe, Copenhagen, 1985.
2. Тијанић М., Ђурановић Д., Рудић Р., Миловић Љ.: Здравствена нега и савремено сестринство. Научна КМД, Београд, 2004.
3. WHOQOL Group. Meassuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL). WHO, Geneva, 1993.
4. WHO: The Family Health nurce. EUR/00/5019309/1300074-27, January 2000.

Пофесионална рехабилитација и предиктори запослености особа са инвалидитетом

С. Потић[1], М. Милићевић[2], Г. Недовић[3]

Vocational Rehabilitation and Predictors of Employment of People With Disabilities

Srećko Potić, Milena Milićević, Goran Nedović

Сажетак: *Медицинска рехабилитација особа са инвалидитетом, без обзира на то да ли је у питању урођени или стечени инвалидитет, мора бити праћена професионалном рехабилитацијом и неопходна је синхронизација свих рехабилитационих секвела.*

Циљ рада јесте да се, увидом у доступну литературу, извршивши ревијални преглед истраживања која су за свој циљ имала утврђивање ефикасности професионалне рехабилитације и дефинисање предиктора запослености особа са инвалидитетом.

Резултати указују на чињеницу да је успех професионалне рехабилитације директно одређен комплексном интеракцијом између фактора повреде, оштећења и повреде, личних фактора и фактора средине, што утиче и на резултате повратка на посао. Такође, може се закључити да је тешко издвојити предикторе запослености особа са инвалидитетом и дефинисати тешкоће са којима се суочава ова популација приликом заснивања радног односа или повратка на посао а да они могу бити генерализовани и да се у потпуности могу односити на сваку подгрупу у оквиру популације особа са инвалидитетом.

Кључне речи: *професионална рехабилитација, запошљавање, предиктори, инвалидитет.*

Summary: *Medical rehabilitation of people with disabilities, regardless of whether it is a congenital or acquired disability, must be followed by vocational rehabilitation and synchronization of all rehabilitative consequences is necessary.*

The objective of this paper is that, by examining the available literature, conduct review of research that are aimed to detect effectiveness of vocational rehabilitation and to define predictors of employment of people with disabilities.

The results suggest that the success of vocational rehabilitation is directly determined by a complex interaction between factors of injury, damage, injury, personal factors and environmental factors, which affect the results of returning to work. Also, one could conclude that it could be difficult to isolate the predictors of employment of people with disabilities and to define the difficulties with which this population is facing with during the employment or returning to work and that they could be generalized and completely related to each subgroup within the population of people with disabilities.

Key words: *vocational rehabilitation, employment, predictors, disability.*

1 Срећко Потић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

2 Милена Милићевић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

3 Горан Недовић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду.

Увод

У литератури налазимо много дефиниција професионалне рехабилитације, при чему су најчешће навођене оне које професионалну рехабилитацију постављају у концепт мултидисциплинарне интервенције[1, 2], односно дефиниције засноване на медицинском, психолошком, социјалном и професионалном аспекту; дефиниције које подразумевају тим, при чему су сви чланови тима укључени у професионални програм са циљем повратка рехабилитанта на посао. Gobelet & Franchignoni[3] професионалном рехабилитацијом обухватају професионалну процену, преквалификацију, оспособљавање, оријентацију и саветовање. Стошљевић и Одовић[4] сматрају и професионално информисање сегментом професионалне рехабилитације.

Дакле, професионална рехабилитација представља мултидисциплинарну интервенцију усмерену на олакшавање повратка на посао или спречавање губитка посла, а успех професионалне рехабилитације условљен је различитим позитивним и негативним факторима[5]. Медицинска рехабилитација особа са инвалидитетом, без обзира да ли је у питању урођени или стечени инвалидитет, мора бити праћена професионалном рехабилитацијом и не сме се одлагати. Најпожељније је преклапање ових, условно речено, двеју рехабилитација, односно синхронизација рехабилитационих секвела. Овако комплексна рехабилитација обухвата тим са великим бројем професионалаца, укључујући дефектолога, физиотерапеута, лекара, окупационог терапеута, психолога, професионалног тренера, саветника за запошљавање, наставника, социјалног радника, менаџера службе за запошљавање и др. Професионална рехабилитација представља позитиван и успешан одговор када је у питању превенција и скраћивање продужене неспособности за рад. Она може да убрза повратак на рад, да подстакне повећање продуктивности рада и учешће особа са инвалидитетом, да допринесе смањивању могућности од превременог пензионисања, као и смањивању директних и индиректних последица инвалидитета.

Да би професионална рехабилитација била смислена неопходно је да исходује (поновним) запошљавањем рехабилитаната као коначном кораку ка социјалној (ре)интеграцији особа са инвалидитетом. Рад је важан за све људе, али за особе са инвалидитетом рад је од круцијалног значаја, с обзиром да доприноси побољшању социјалног статуса и стварању могућности за остваривање и других друштвених улога, да позитивно утиче на подизање самопоштовања и омогућава проширивање социјалних контаката, како на радном месту, тако и ван њега[6, 7, 8, 9]. Ипак, многе особе са инвалидитетом које желе да раде и које су оспособљене за рад немају такву могућност због постојања разних баријера, при чему препреке процесу запошљавања особа са инвалидитетом могу потицати из друштвене средине, али могу бити и унутрашње природе, а да радна ограничења ових особа могу бити објективна и субјективна[6, 10]. У прилог томе говоре и процене Светске здравствене организације према којима у свету има 386 милиона незапослених особа са инвалидитетом старости до 64 године, при чему број незапослених варира од земље до земље и креће се од 13% у Великој Британији, 18% у Немачкој до 80% у земљама у развоју[7].

Циљ рада

Циљ рада јесте да се, увидом у доступну литературу, извршивши ревијални преглед истраживања која су за свој циљ имала дефинисање предиктора запослености особа са инвалидитетом и утврђивање ефикасности професионалне рехабилитације.

Метод

Преглед доступне литературе извршен је претрагом електронских база података (EBSCO Medline, EBSCO host, ScienceDirekt, ProQuest), доступних преко Конзорцијума библиотека Србије за обједињену набавку (KoBSon), а коришћена је и литература доступна у штампаној форми. Такође, употребљаване су и референце из радова који су пронађени и издвојени за потребе овог истраживања на основу

претходне претраге. При претраживању електронске базе података коришћене су следеће кључне речи: predicting employment, vocational rehabilitation, employment persons with disabilities, work, return to work, професионална рехабилитација, професионални тренинг, инвалидност, инвалидитет, запошљавање особа са инвалидитетом.

Преглед истраживања

Прегледом доступне литературе налазимо, са једне стране, истраживања која су за циљну групу имала хетерогену популацију особа са инвалидитетом, а са друге, истраживања чији је узорак био ограничен на одређену врсту или тип ометености. Међутим, и једна и друга истраживања дају значајне доприносе настојањима да се систематизују сазнања у области професионалне рехабилитације и запошљавања особа са инвалидитетом.

Недовић и сарадници[10] ревијалним прегледом литературе издвојили су факторе од значаја за запошљавање особа са инвалидитетом, који се појављују у емпиријским истраживањима и мета-анализама, а који су заједнички, без обзира на врсту, тип и време настанка инвалидитета. Закључили су да су предиктори незапослености особа са инвалидитетом разноврсни: негативни ставови друштва и послодаваца, ниво формалног образовања, недостатак радног искуства и дужина трајања незапослености, неискуство послодаваца у запошљавању ових особа, неприлагођеност радних места, недостатак асистивних средстава и сервиса подршке на радном месту, неравнотежа понуде и потражње на тржишту рада, искривљена перцепција особа са инвалидитетом и негативистички став према могућностима запошљавања, низак ниво самопоштовања, недостатак вештина за запошљавање и недовољна мотивисаност за рад особа са инвалидитетом.

Walls & Tseng, према Martz & Xu[11], сумирајући резултате из бројних студија о предикторима запослености особа са инвалидитетом, закључили су да су значајни фактори старост, образовање и претходно радно искуство. Друге студије показују да године, брачни статус, и образовање предвиђају запошљавање особа са различитим врстама физичких и менталних сметњи[11]. Kuk & Rozenberg[12] извештавају да у популацији особа са психијатријским сметњама претходно радно искуство предвиђа успех у запошљавању.

Martz & Xu[11] су дизајнирали своју студију са циљем да утврде који лични фактори а који фактори услуга представљају најбоље предикторе запослености особа са различитим типовима инвалидитета. Узорак истраживања формиран је на основу идентификоване базе података о клијентима са одељења за рехабилитацију у Тенесију, који су били обухваћени професионалном рехабилитацијом у периоду од 1998. до 2004. године. Група учесника ове студије састојала се од свих појединаца који су завршили програм професионалне рехабилитације и који су пристали да учествују у телефонској анкети. Оригиналном базом података обухваћено је више од 30.000 регистрованих чланова, од чега 12.931 члан није анкетиран путем телефона, 1.825 особа одбило је да учествује у истраживању, а неколико особа нису успеле да заврше анкетирање до краја, те је од укупног броја потенцијалних испитаника 13.751 испитаник ушао у узорак ове студије. Образовни ниво испитаника био је следећи: 4,1% никада није похађао средњу школу, 44,1% је започело школовање али није стекло средњу школску спрему, 36,5% је добило дипломе средње школе, 4,2% су дипломирани студенти колеџа, а преосталих 4,5% су присуствовали посебним програмима едукације. Биро за бизнис и економска истраживања и Центар за људска истраживања на Универзитету Мемфис конструисали су упитник за физичка лица која су похађала програм професионалне рехабилитације, који се користио као инструмент ове студије. Упитник се састојао од 47 ајтема којима се испитује задовољство услугама, процес саветовања, перцепција саветовања, тренутни статус по питању запослености и плате и бенефиције оних који су били запослени. Ако је испитаник незапослен, није давао одговоре на питања о раду и платама. Пошто су подаци недоступни за 24 питања која испитују запослење поједи-

наца који су били незапослени након завршетка програма професионалне рехабилитације, аутори студије су се фокусирали само на 23 ајтема на која су одговарали и незапослени и запослени испитаници. Резултати показују да проценат запослености након рехабилитације варира између појединаца у 9 категорија инвалидности. Највећа стопа запошљавања била је међу појединцима са тешкоћама у учењу (93.3%), док је најмања била међу појединцима са визуелним инвалидитетом (78,7%). Разлике су очигледне међу резултатима девет логистичких модела. Коначни резултати за појединце са визуелним оштећењем ($\chi 2=81.4$, $p=0.0057$), слушним оштећењем ($\chi 2=13.8$, $p=0.048$), другим типовима оштећења ($\chi 2=63.5$, $p<0.001$). Током истраживања добили су се и резултати за још пет коначних модела подузорка, који укључују ортопедске моделе/ампутације ($\chi 2=37.6$, $p<0.0001$), ментално/емоционалне ($\chi 2=18.7$, $p<0.001$), алкохол/дроге ($\chi 2=15.9$, $p=0.0004$), ментална ретардација ($\chi 2=13.79$, $p=0.0002$), и проблеми у учењу ($\chi 2=16.4$, $p<0.0001$), а подразумева се још и модел за особе са трауматским повредама мозга који није статистички различит од константног модела ($\chi 2=3.59$, $p=0.058$).

Shames и сарадници[13] ревијалним прегледом актуелне литературе о рехабилитацији пацијената са трауматским повредама мозга покушали су да уоче предиктивне факторе и концепте рехабилитационих стратегија за успешан повратак на посао. Дошли су до резултата који показују да постоје функционалне последице код особа са трауматским повредама мозга и да оне могу бити озбиљне, а да иначе успешна медицинска рехабилитација може до краја бити безуспешна због неуспеха да се ове особе врате на пређашње или друго радно место и може имати дубоке последице на појединце и на њихове породице, што је праћено и проблемима економске и психосоцијалне природе. Аутори напомињу да постоји комплексна интеракција између фактора повреда, оштећења и повреде, личних фактора и фактора средине, што утиче на резултате повратка на посао. Тежина повреде и недостатак самосвести најзначајнији је показатељ неуспеха повратка на посао ових особа. Неколико медицинских, психосоцијалних и рехабилитационих терапија које се тренутно реализују у рехабилитацији могу да побољшају шансе за повратак на посао. Међутим, често је тумачење ових резултата тешко због неуједначености или недоследности операционалних дефиниција.

McMordie и сарадници[14] дефинишу успех повратка на посао који се огледа у томе да ли повратници раде пуно радно време, скраћено радно време, посао/тренинг, да ли раде у заштићеним радионицама, волонтерски или не могу радити. У мешовитом узорку, који чине амерички пацијенти, налазио се мали проценат жртви мождано удара, од којих је 45% болесника наставило са истим радним активностима, мада је само 19% било ангажовано у конкурентном запошљавању. Аутори овог истраживања на одговарајући начин приказују проблем дефиниције „повратак на посао“, што може повећати стопе повратка на посао коју прецизније одражава стручна делатност него стварни повратак на посао.

Ruffolo и сарадници[15] истраживали су повратак на посао пацијената са благом трауматском повредом мозга шест до девет месеци након трауме настале као последица саобраћајне несреће. Изненађујуће је да се само 12% пацијената вратило на ниво запослености на којем су били пре несреће, док се додатних 30% вратило на ниво модификованог рада. Већина других студија испитује повратак на посао углавном у периоду од три до пет година након повреде. Kreutzer и сарадници[16] су у Сједињеним Америчким Државама пратили пацијенте са трауматским повредама мозга, и то у периоду од четири године након повреде, и установили су да је 34% испитаника у студији било трајно запослено, док је 27% било нестабилно запослено. Тако је рад и радно место за скоро половину пацијената био нестабилан фактор у њиховим животима.

Burger и сарадници[17] спровели су истраживање са циљем утврђивања способности особа са делимичном ампутацијом руке за враћање на исто радно место након рехабилитације и степена коришћења својих силиконских протеза током радног процеса. Метод који је примењиван јесте медицинска евиденција свих пацијената који су прегледани и који су

прошли трауматске парцијалне ампутације руке а који су лечени на Клиници за протетику горњих екстремитета на Институту за рехабилитацију у Љубљани. Упитнике је попунило 112 пацијената. Осам пацијената било је недоступно, тако да нису добили упитник. Од преосталих 104 испитаника попуњене упитнике вратила су 54 испитаника, а од тога шест упитника није исправно попуњено, тако да је остало 48 упитника у узорку и њихови одговори су анализирани у овој студији. Узорак испитивања чинило је 26 (54,2%) мушкараца и 22 (48,8%) жене (SD 16, опсег 20–79 година). Просечна старост испитаника била је 44 године током спровођења студије и 35 година (SD 15.7, опсег 3–69 година) у време повреде. Тридесет пет испитаника имало је ампутацију руке доминантане стране, 11 испитаника (22,9%) ампутацију недоминантне стране и два испитаника ампутацију обе руке. Пет од шест леворуких испитаника имало је ампутацију доминантне руке и 30 од 40 деснoруких испитаника је имало ампутацију доминантне руке. Двадесет испитаника је имало ампутацију једаног прста.

Резултати показују да је студија открила да мање од половине пацијената који су имали делимичну ампутацију руке били у стању да раде на истом радном месту као и пре ампутације. Мање од једне трећине испитаника је носило своје силиконске протезе на послу редовно. Ниједан од испитаника није имао додатне медицинске проблеме који би смањили радне способности. У просеку, испитаници су завршили 11 година школовања (SD 2.5, опсег 8–16 година). У време ампутације 12 испитаника је још увек било у школи или у пензији, а два испитаника на боловању. Оба испитаника који су још увек на боловању били су на тешком ручном раду пре него што је извршена ампутација.

Међу осталим испитаницима, 67,6% обављало је тежак мануелни рад пре ампутације, а 32,4% обавља не-ручни рад. После ампутације, 41,2% испитаника је било у стању да се врате на исти посао, 35,3% је морало да промени свој посао а 23,5% је морало да се повуче због повреде. Више физичких радника морало је да промени свој посао или да се пензионише након ампутације ($p< 0.05$), у односу на раднике који се нису бавили физичким пословима. Више женских него мушких испитаника могло је да се врати на исти посао као и пре ампутације. Више мушких испитаника није завршило школовање у време ампутације, у односу на испитанике женског пола, али те разлике нису биле статистички значајне. Ампутација доминантне стране није имала утицаја на рад после ампутације.

Сви испитаници су опремљени одговарајућим силиконским протезама. Опремљени су својом првом протезом 2,5 године након повреде (SD 5,5, опсег 0,1–25 година), а последњом 3,7 година пре него што је извршена студија (SD 3,0, опсег 0,3–11 година). Две трећине испитаника са ампутацијом једног или два прста обављају исти посао након ампутације. Ниједан од испитаника са ампутацијом три или више прстију није успео да задржи исти посао након ампутације.

Аутори на основу резултата закључују да парцијална и делимична ампутација руке представљају велики проблем у задржавању истог посла након ампутације. Естетски, силиконска протеза је корисна нарочито за лица која су високо образована, чији рад укључује личне контакте и за који је естетика врло важна. Они користе протезу за одређене активности, као што је куцање.

Уместо закључка

Аутори који су се бавили проблематиком запошљавања и дефинисањем предиктора запослености особа са инвалидитетом прилазили су проблему из различитих углова из разлога што особе са инвалидитетом не представљају хомогену групу. Заједничку одлику свих прегледаних истраживања, било емпиријских било ревијалних, представља приступ који уважава разлике по питању врсте и степена ометености, као и чињеницу да се популација особа са инвалидитетом разликује и по времену стицања инвалидности, нивоу остварених социјалних вештина, образовном нивоу и многим другим факторима. Због свега тога, тешко је издвојити предикторе запослености особа са

инвалидитетом и дефинисати тешкоће са којима се суочава ова популација приликом заснивања радног односа или повратка на посао а да они могу бити генерализовани и да се у потпуности могу односити на сваку подгрупу у оквиру групе особа са инвалидитетом.

На основу представљених резултата може се видети да повратак на посао особа са инвалидитетом представља тежак изазов у рехабилитацији, а да се продуктиван рад, као крајњи циљ у процесу рехабилитације, често не може достићи, чак и у случајевима благих оштећења, без обзира на успех медицинске рехабилитације и без обзира на успех у другим областима функционисања.

Чињеница је да постоји комплексна интеракција између фактора повреде, оштећења и повреде, личних фактора и фактора средине, што утиче на резултате повратка на посао, детерминишући тако успех професионалне рехабилитације. Дакле, успешна медицинска рехабилитација може до краја бити неуспешна због неуспеха повратка рехабилитанта на посао, што додатно инвалидизира не само појединца већ и породицу, али и друштво у целини. Са друге стране, за особе са инвалидитетом повратак на посао је важан због социјалне, психолошке и економске добробити и представља кључни параметар у борби за повећање квалитета живота ове популације.

Литература

1. International Labor Organization: Vocational rehabilitation and employment of disabled persons. International Labor Conference, 86th session. Geneva, ILO, 1998.
2. British Society of Rehabilitation Medicine: Vocational rehabilitation: the way forward. London, BSRM, 2000.
3. Gobelet C, Franchignoni F: Vocational rehabilitation. Paris, Springer, 2006.
4. Стошљевић Л., Одовић Г.: Професионално оспособљавање телесно инвалидних лица. Београд, Завод за уџбенике и наставна средства, 1996.
5. Gobelet C, Luthi F, Al-Khodairy AT, Chamberlain MA: Vocational rehabilitation: A multidisciplinary intervention. Disability and Rehabilitation, 2007; 29 (17): 1405-1410.
6. Одовић Г., Рапаић Д., Недовић Г.: Запошљавање особа са инвалидитетом. Специјална едукација и рехабилитација, 2008; бр. 1–2: стр. 189–206.
7. Одовић Г., Рапаић Д., Недовић Г.: Запошљавање особа са инвалидитетом у отвореној привреди. III Научни скуп Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију „Истраживања у специјалној едукацији и рехабилитацији“, Београд, 2009; стр. 545–556.
8. Потић С., Ђорђевић М., Меденица В., Димовић Ј.: Ставови послодаваца према запошљавању особа са инвалидитетом. Стручно-научни семинар са међународним учешћем, Дани дефектолога Србије, Зборник резимеа, Златибор, 2010; стр. 73–74.
9. Скочић Михић С., Пиноза Кукурин З.: Тешкоће при запошљавању и раду особа са оштећењима вида перципиране од стране послодаваца. Хрватска ревија за рехабилитацијска истраживања, 2009; Вол. 45, бр. 1: стр. 51–62.
10. Nedovic G., Potic S., Medenica V., Milicevic M., Ognenoska M.: Some important factors for employment of persons with disabilities. International Conference „60 years education, rehabilitation and employment of the people with disabilities in the Republic of Macedonia, Book of abstracts, Bitola, 2010; pp. 112–113.
11. Martz E, Xu YJ: Person-related and service-related factors predicting employment of individuals with disabilities. Journal of Vocational Rehabilitation, 2008; 28: 97-104.
12. Cook JA, Rosenbrg H: Predicting community employment among persons with psychiatric disability: A logistic regression analysis. Journal of Rehabilitation Administration, 1994; 18 (1): 6-22.
13. Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S: Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. Disability and Rehabilitation, 2007; 29(17): 1387-1395.
14. McMordie W, Barker S, Paolo T: Return to work after head injury. Brain Inj 1990; 4(1): 57-69.
15. Ruffolo C, Freidland J, Dawson D, Conantonio A, Lindsay P: Mild TBI from motor vehicle accidents: Factors associated with return to work. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 392-398.
16. Kreutzer J et al.: Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil 2003; 18(2): 128-138.
17. Burger H, Maver T, Marinček Č: Partial hand amputation and work. Disability and Rehabilitation 2007; 29(17): 1317-1321.

Упоредна анализа задовољства запослених у Специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" – Београд (2007–2010. година)

З. Јанковић[1], М. Ненадовић[2], М. Башић[3], С. Јовичић[4], З. Малешевић[5], С. Радуловић[6]

Comparative Analysis of Satisfaction of the Emploees in Special Hospital for Psychiatric Disorders "Dr Laza Lazarevic" – Belgrade (2007–2010)

Zdenka Janković, MD. PhD., Prim. specialist of social medicine, Milytin Nenadović, MD, PhD, Professor, specialist of neyropsychiatry, Marica Bašić, MD, PhD, Assistant Professor, specialist of anestesiology and reanimation, Slobodan Jovičić, MD, specialist of neyropsychiatry, Zlatana Malešević, Senior nyrse, Sandra Radylović, nyrse

Сажетак: *Задовољство послом дефинише се као позитивна емоционална реакција и ставови појединца према свом послу. Оно представља комбинацију унутрашњих и спољашњих фактора. Унутрашњи фактори подразумевају природу посла коју особа обавља, задатке који чине посао, професионални развој, осећај одговорности и достигнућа у послу. Спољашњи фактори подразумевају услове рада, као што су плата, сарадници и руководиоци. Циљ истраживања јесте да се установи ниво задовољства послом запослених, али и да се установе предиктори њиховог не/задовољства. Испитивање задовољства запослених спроводи се сваке године у једном дану у свим здравственим установама у Србији, обухватајући све запослене који су тог дана били присутни на послу. Анализом добијених одговора путем средњих оцена на свако постављено питање, добијени су следећи подаци: у 2007. укупна средња оцена за све одговоре је x=3,03; у 2008: x=2,98; у 2009: x=2,94; у 2010: x=3,14; те се може рећи да је задо-*

Summary: *Satisfaction with work is defined as positive emotional reaction and stands of the individyals toward their work. It is a combination of internal and external factors. Internal factors consider natyre of the work that one does, tasks that are part of the work, professional development, feeling of responsibility and achievements at work. External factors consider working conditions, sych as salary, cooperatives and managers. The aim of the research is to establish a level of satisfaction of employees, byt also to find predictors of their dis/satisfaction. Investigation of the satisfaction of employees takes place every year in one day in all the health institytions in Serbia, inclyding all the employees present at work at that day. Analysis of the means of all the received answers to the given qyestions showed the following resylts: In 2007. total mean for all the answers was x=3,03; in 2008: x=2,98; in 2009: x=2,94; in 2010: x=3,14; so, we can say that the satisfaction of employees is highest in the last year of anqyetting. Syb-set of predominant predictors that have impact to the dis/*

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

2 Проф. др Милутин Ненадовић, специјалиста неуропсихијатрије, Специјална болница за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" – Београд

3 Др Марица Башић, специјалиста из анестезиологије и реанимације, Клинички центар Србије – Београд

4 Др Слободан Јовичић, специјалиста неуропсихијатрије, Специјална болница за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" – Београд

5 Златана Малешевић, виша медицинска сестра, Специјална болница за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" – Београд

6 Сандра Радуловић, медицинска сестра, Специјална болница за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић" – Београд

вољство запослених највише у последњој години анкетирања. Субсет доминатних предиктора који утичу на не/задовољство запослених су: међуљудски односи, непосредна сарадња са колегама, подршка претпостављених, могућност за континуирану едукацију, могућност професионалног развоја и плата. Односно, ови предиктори у значајној мери објашњавају степен исказаног незадовољства/задовољства испитаника. Задовољство запослених у 2010. знатно се повећало због уведених промена у процесу рада, мада и даље треба радити на подизању задовољства запослених, пре свега када су у питању унутрашњи фактори задовољства запослених.

Кључне речи: *задовољство запослених, сарадња са колегама, међуљудски односи, плата, емоционална исцрпљеност након посла.*

satisfaction of the employees are: interpersonal relations, direct cooperation with colleagyes, sypport of managers, possibility of continyal edycation, possibility of professional development and salary. Therefore, this predictors significantly explain the level of expressed dissatisfaction/ satisfaction of employees. The satisfaction of employes increased a great deal in 2010 becayse of changes implemented in the process od work, althoygh fyrther efforts are needed in order to improve the satisfaction of employees, especialy regarding internal factors of employe`s satisfaction.

Key words: *satisfaction of employees, cooperation with colleagyes, interpersonal relations, salary, emotional exhoystion after work.*

Увод

Кроз све аспекте нашег живота провлачи се квалитет. У систему здравствене заштите у Србији већ шест година спроводе се интензивне активности на увођењу културе сталног унапређења квалитета рада у здравственим установама. Ове активности подразумевају национална испитивања задовољства корисника радом здравствене службе, професионалног задовољства запослених у здравственом систему, праћење показатеља квалитета рада на нивоу здравствених установа, праћење рада комисије за квалитет и праћење континуираног усавршавања здравствених радника као предуслова за унапређење квалитета.

Задовољство запослених је саставни део квалитета рада у здравственим установама. Јер, од ставова запослених, њиховог понашања и радног искуства зависи како ће обављати свој посао, што директно има утицаја на перформансе установе у целини. Кроз посао људи теже да остваре: економску стабилност, идентитет и развој своје личности, статус и престиж у друштву, самоостварење, самосталност, креативност, социјалну интеракцију. Запослени желе да се кроз посао развију и остваре као особе, да користе и развију своје таленте и вештине, да радом постигну резултате и успехе који ће бити препознати[1]. При томе, посао подразумева не само обављање радних задатака, већ и интеракцију са колегама, руководиоцима, поштовање правила и политике организације, достизање стандарда радног учинка, битисање у радним условима који често нису идеални.

Задовољство послом се дефинише као позитивна емоционална реакција и ставови појединца према свом послу[1]. Оно представља комбинацију унутрашњих и спољашњих фактора који заједнички обезбеђују добро стање индивидуе и опште задовољство животом. Унутрашњи фактори подразумевају природу посла коју особа обавља, задатке који чине посао, професионални развој, осећај одговорности и достигнућа у послу. Спољашњи фактори подразумевају услове рада, као што су плата, сарадници и руководиоци. Унутрашњи фактори унапређују сатисфакцију, а спољашњи превенирају незадовољство[2].

Најважније детерминанте задовољства послом јесу интересантан и креативан посао, добри односи са руководиоцима и колегама, висока зарада, аутономија у раду и могућност напредовања, као и сигурност посла и способност прављења баланса између приватног и пословног живота[3, 4, 5]. С друге стране, незадовољство послом утиче на здравствено стање

запослених, посебно на ментално здравље (депресију и анксиозност), док је корелација са физичким здрављем умерена[3].

Здравствене установе у Србији имају обавезу да једном годишње спроведу испитивање задовољства запослених, ураде анализу добијених података, али и да спроведу мере и активности на унапређењу квалитета на основу резултата истраживања.

Циљ рада

Циљ рада је:

1. Установити ниво задовољства запослених у 2007, 2008, 2009. и 2010. години.
2. Ако постоји веза између не/задовољства запослених и услова рада, утврдити предикторске варијабле незадовољства и/или задовољства запослених у посматраним годинама.

Метод рада

Испитивање задовољства запослених спроводи се сваке године почевши од 2007. у једном дану у свим здравственим установама у Србији, по стручно-методолошком упутству Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић-Батут“. Испитивањем су обухваћени сви запослени који су тог дана били присутни на послу и који су прихватили да попуне упитник.

Инструмент истраживања је анонимни упитник кога чине: услови рада (простор, опрема, број запослених, расположиво време за обављање посла, организација посла, плата, присуство стреса на послу); професионални развој (могућности за напредовање, едукација, аутономија рада); однос са руководећим кадром (подршка претпостављених, могућност износшења идеја претпостављенима, знање коме одговарају за свој рад, информисаност); међуљудски односи и сарадња са колегама, опште задовољство послом и спремност да се промени посао. Упитници за 2007. и 2008. су идентични, што је случај и са упитницима за 2009. и 2010. Међутим, упитници за 2009. и 2010. разликују се од упитника за 2007. и 2008., због чега није била могућа упоредна анализа по свим питањима. У овом раду су анализирана она питања за која сматрамо да су значајна за унапређење квалитета рада.

***Статистичка обрада података*:** За анализу добијених података коришћене су методе дескриптивне статистике и мултиваријационе анализе. Од метода дескриптивне статистике коришћене су: централна тенденција (аритметичка средина), мере варијабилитета (стандардна девијација) и релативни бројеви. Од мултиваријационе анализе коришћена је мултипла регресиона анализа. Задовољство корисника исказано је просечном оценом на скали од 1 до 5, где је 1=веома незадовољан, а 5=веома задовољан. У циљу лакше упоредне анализе података, модалитети „веома незадовољан“ и „незадовољан“ сабирани су и описивани су као „незадовољан“. Такође, модалитети „задовољан“ и „веома задовољан“ сабирани су и описивани као „задовољан“. База података креирана је у СПСС 13.0 у коме су подаци статистички обрађени.

Резултати рада

У 2007. **бројем запослених у својој служби** је ни задовољно ни незадовољно 38.0% испитаника, задовољно је 37.0%, а незадовољно је 25.0%. У 2008. задовољних бројем запослених у својој служби је 33.3%, незадовољних је нешто више 37.7%, а смањио се број неодлучних на 28.9% у односу на претходну годину. Нажалост, ово питање не постоји у наредним годинама анкетирања (у 2009. и 2010.), јер би незадовољство бројем запослених можда било веће, с обзиром на рестриктивну кадровску политику запошљавања у здравству!?

На основу добијених података, у 2007. близу половине (49.3%) запослених незадовољно је **адекватношћу опреме за рад**, 30.6% је ни задовољно ни незадовољно, а свега 20.1% је задовољно. У 2008. опремом за рад незадовољно је 46.5%, а задовољно је само 25.8%, а нешто више од једне четвртине је неодлучних. У 2009. незадовољство се повећало на 54.6%, задовољних је само 13.8%, а неодлуч-

них је једна трећина. У 2010. години, у односу на 2009. годину, незадовољство адекватношћу опреме за рад знатно је мање (38.7%), број задовољних се повећао (24.1%), али и број неодлучних (37.2%).

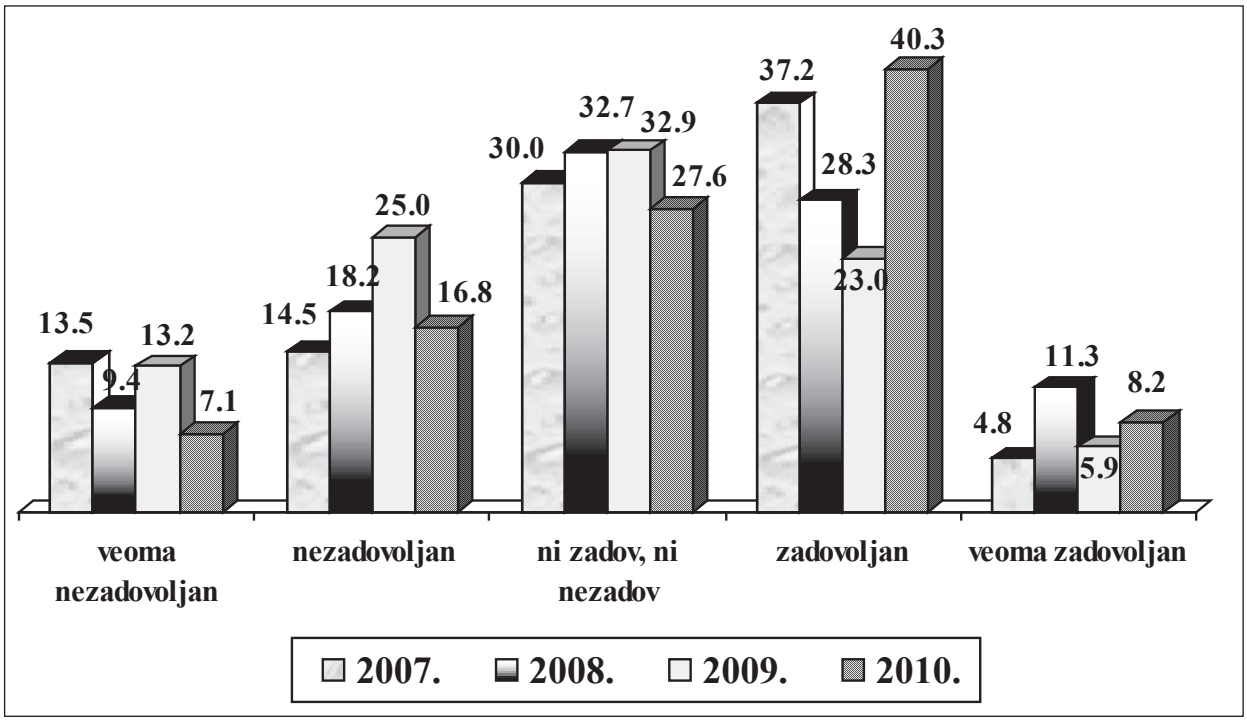
Што се тиче међуљудских односа, у 2007. години, подаци су следећи: 42.0% испитаника је задовољно; незадовољно је 28.0%; неодлучних је 30.0%. У 2008. задовољних је 39.6%; а незадовољних је 27.6%. Међутим, у 2009. међуљудским односима задовољно је знатно мање испитаника, само 28.9%, у односу на претходне године, док се проценат незадовољних знатно повећао (38.2%), број неодлучних је остао скоро исти (32.9%). У односу на претходне године међуљудски односи су се побољшали у 2010. години: задовољних је знатно више (48.5%), незадовољних (23.9%) а неодлучних је мање, односно 27.6% (**Графикон 1**).

Висок проценат испитаника у 2007. задовољан је **непосредном сарадњом са колегама** (65.8%), а незадовољно је само 11.1%. Међутим, у 2008. непосредном сарадњом са колегама задовољно је много мање испитаника (54.7%), број незадовољних је нешто порастао у односу на претходну годину (12.6%), али је зато неодлучних знатно више (32.7%). У 2009. задовољних је још мање (43.5%), јер је проценат незадовољних нешто већи (17.1%), као и неодлучних (39.5%), у односу на претходне године. У 2010. задовољство непосредном сарадњом са колегама заступљено је у веома високом проценту (62.3%); једна четвртина испитаника је неодлучна, а број незадовољних је смањен (11.4%) (**Графикон 2**).

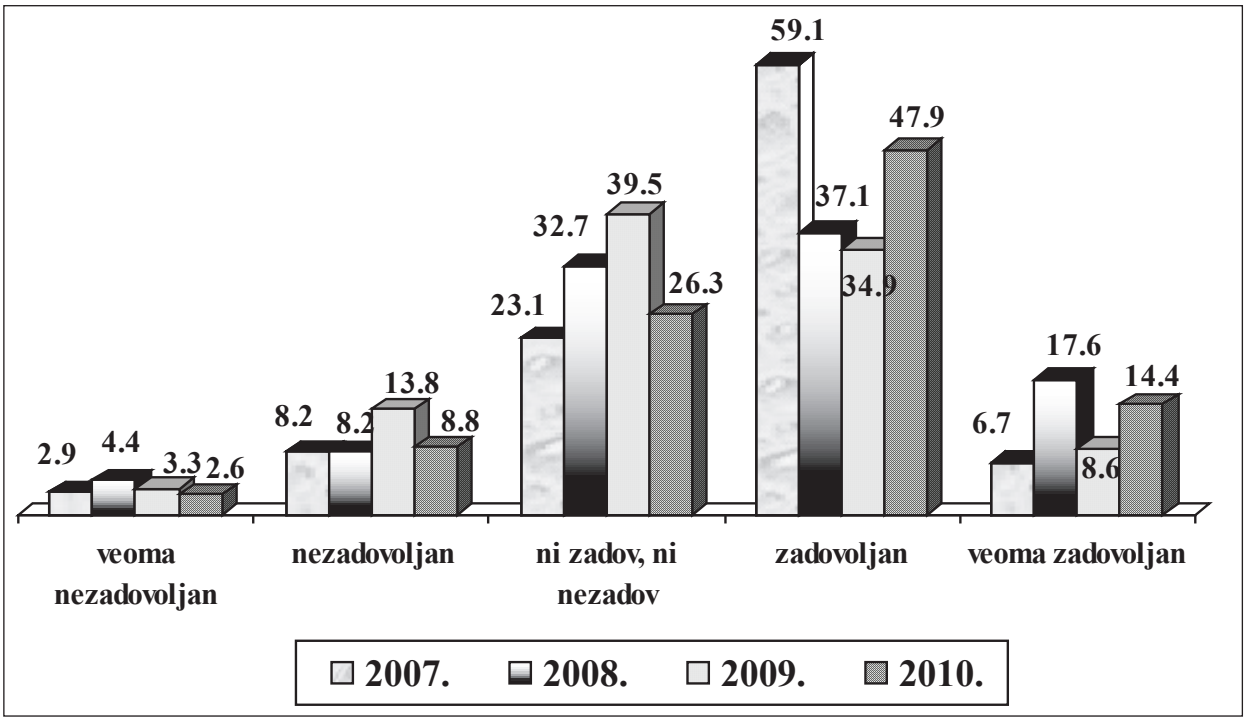
У 2007. запослени су у 58.2% задовољни **расположивим временом за обављање задатих послова**, у 2008. је скоро исти проценат (59.8%), за разлику од 2009. када је задовољство пало на свега 46.7%. При томе, незадовољство расте из године у годину: у 2007. је 14.4%; у 2008. је 17.0%; а у 2009. је 23.0%. Задовољство расположивим временом за обављање послова у 2010. се повећало (56.2%) у односу на претходне године, једна трећина је неодлучна, а незадовољних је свега 14.1% (**Графикон 3**).

У 2007. више од половине испитаника је незадовољно **платом** 53.6%, у 2008. нешто је

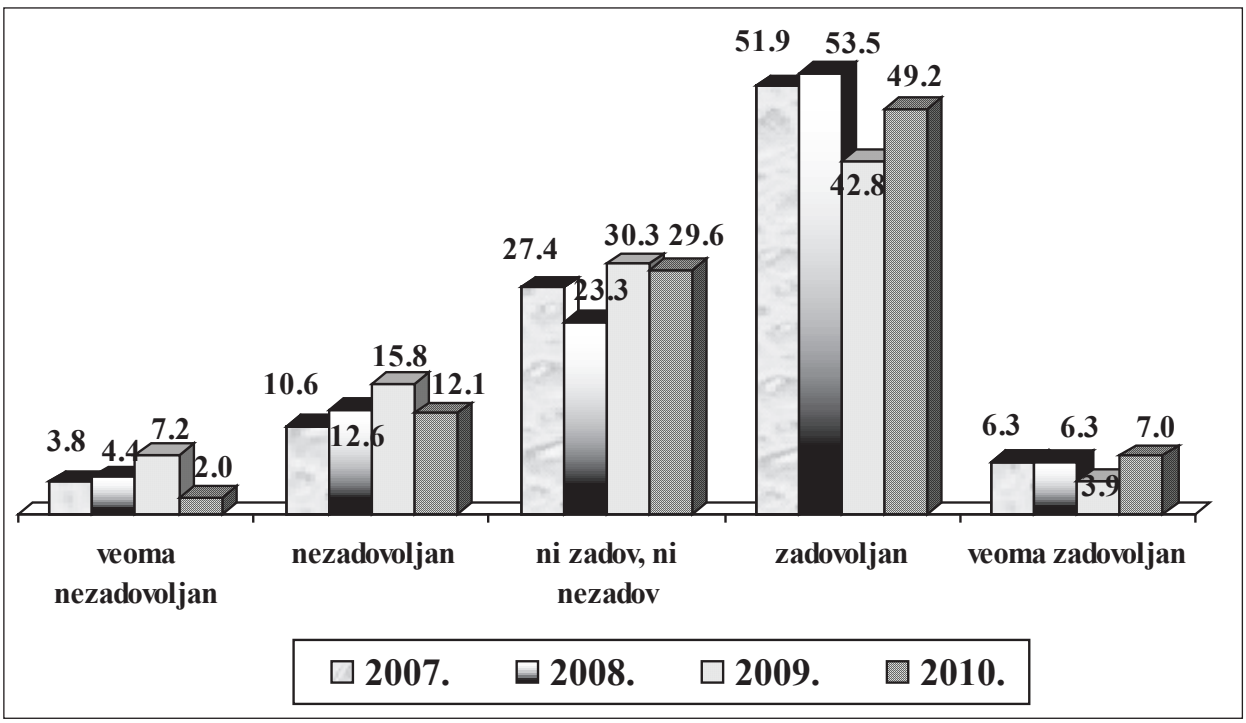
Графикон 1: Задовољство међуљудским односима



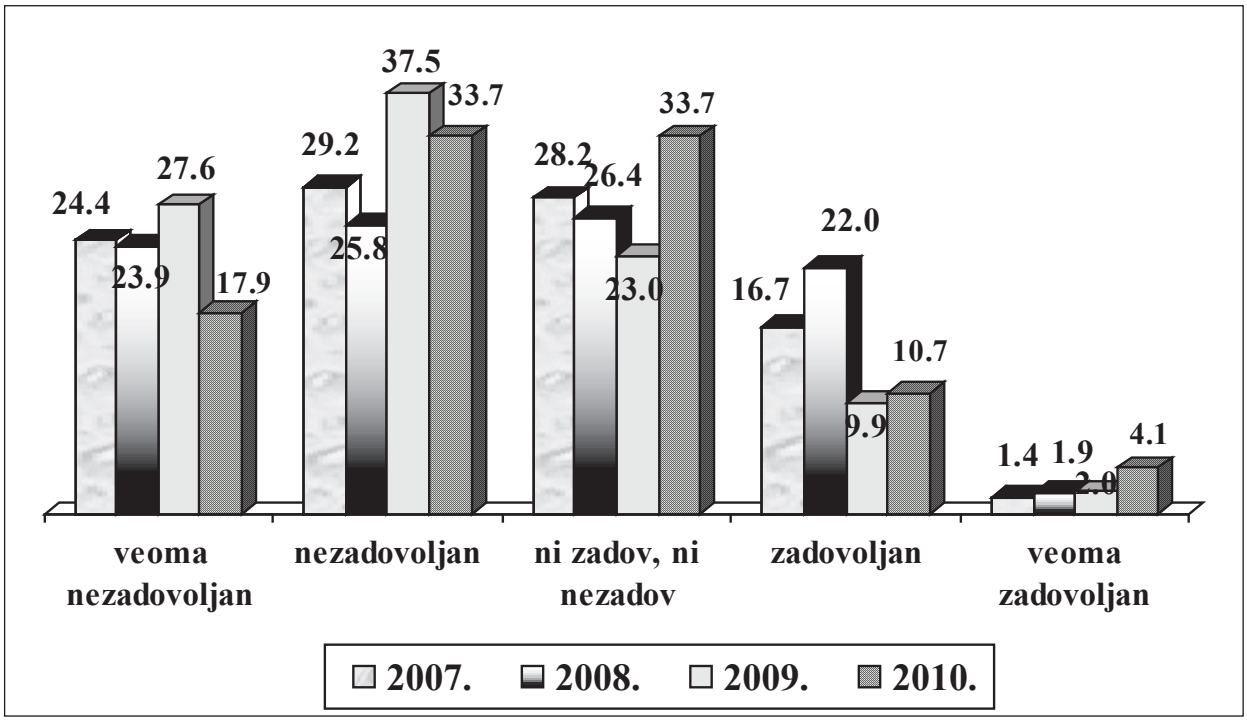
Графикон 2: Задовољство непосредном сарадњом са колегама



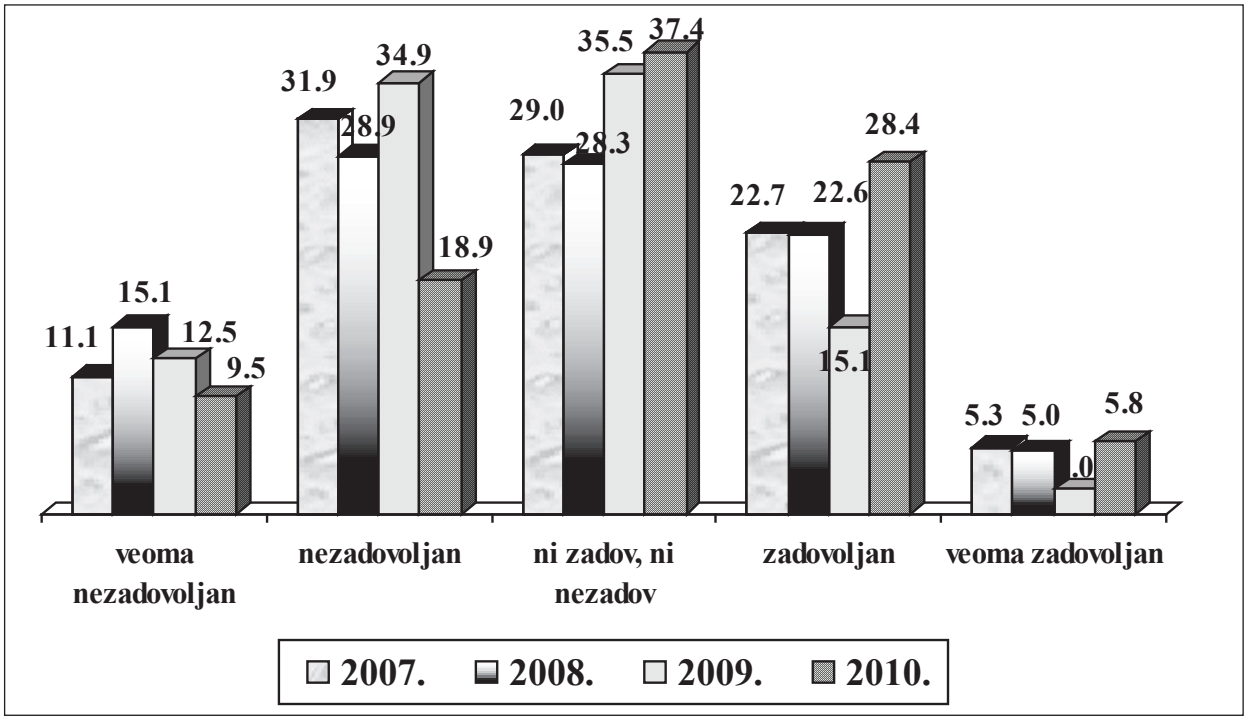
Графикон 3: Задовољство расположивим временом за обављање задатих послова



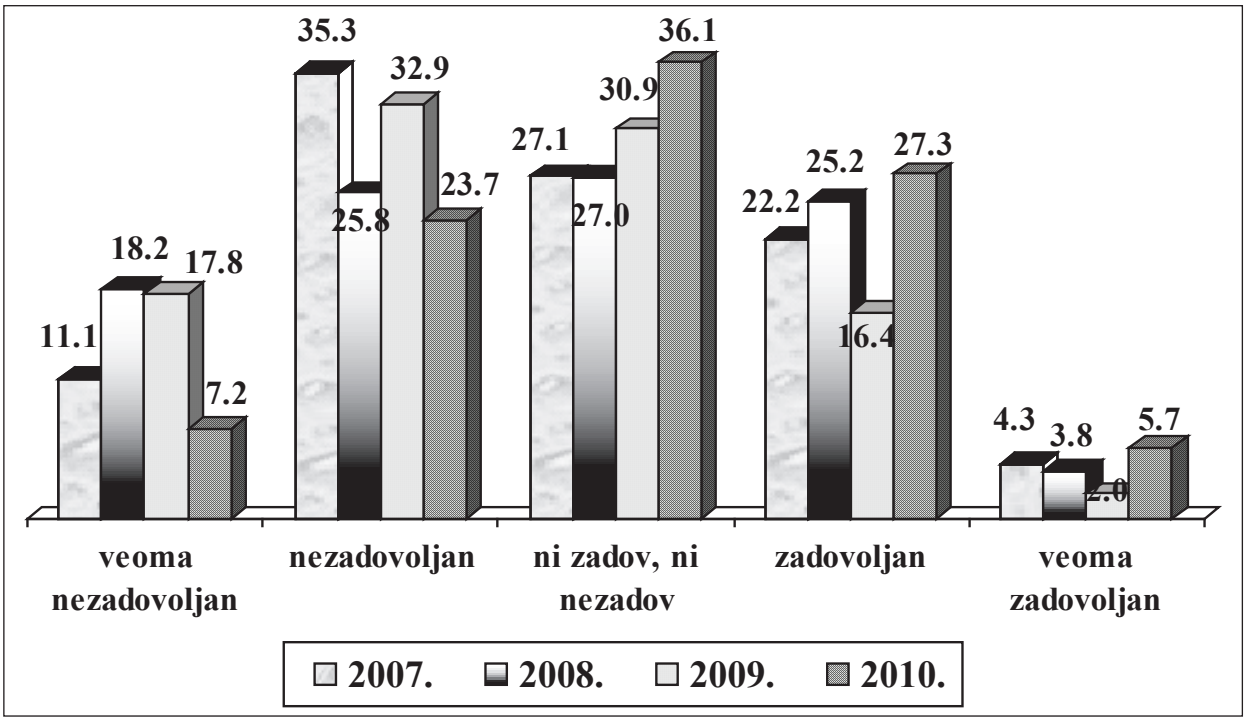
Графикон 4: Задовољство платом



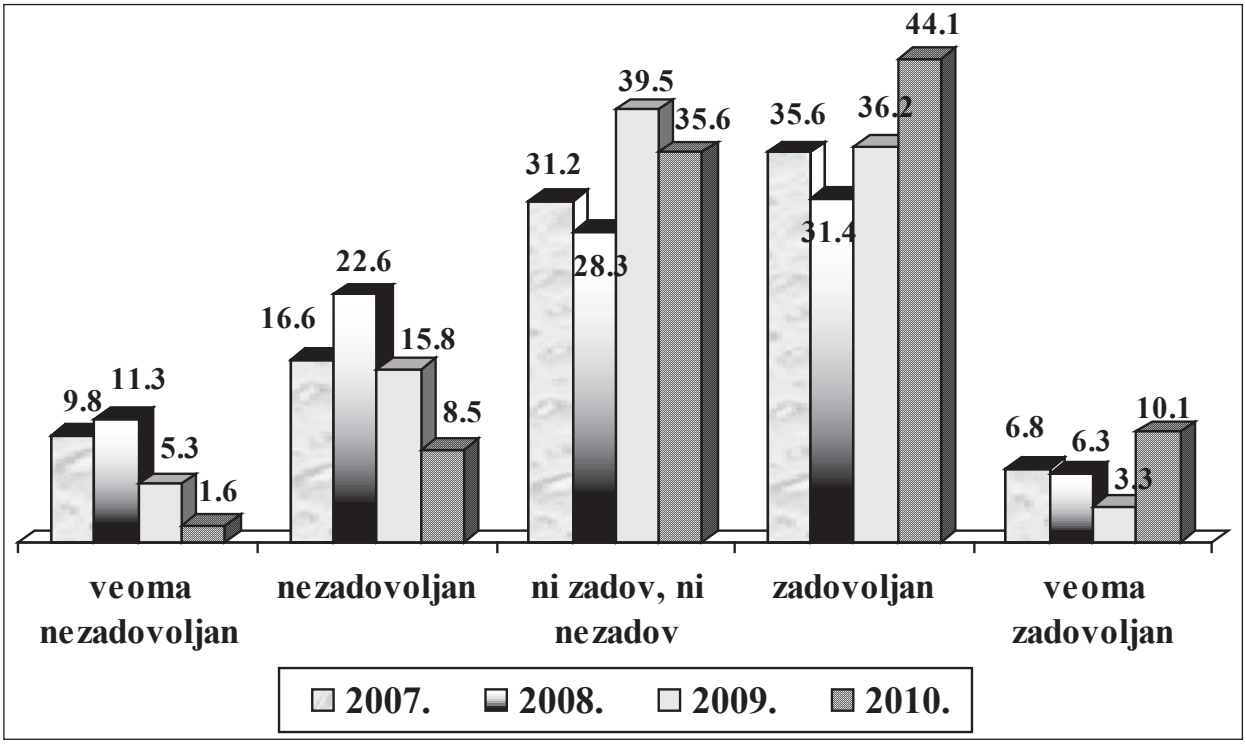
Графикон 5: Задовољство могућношћу за едукацијом



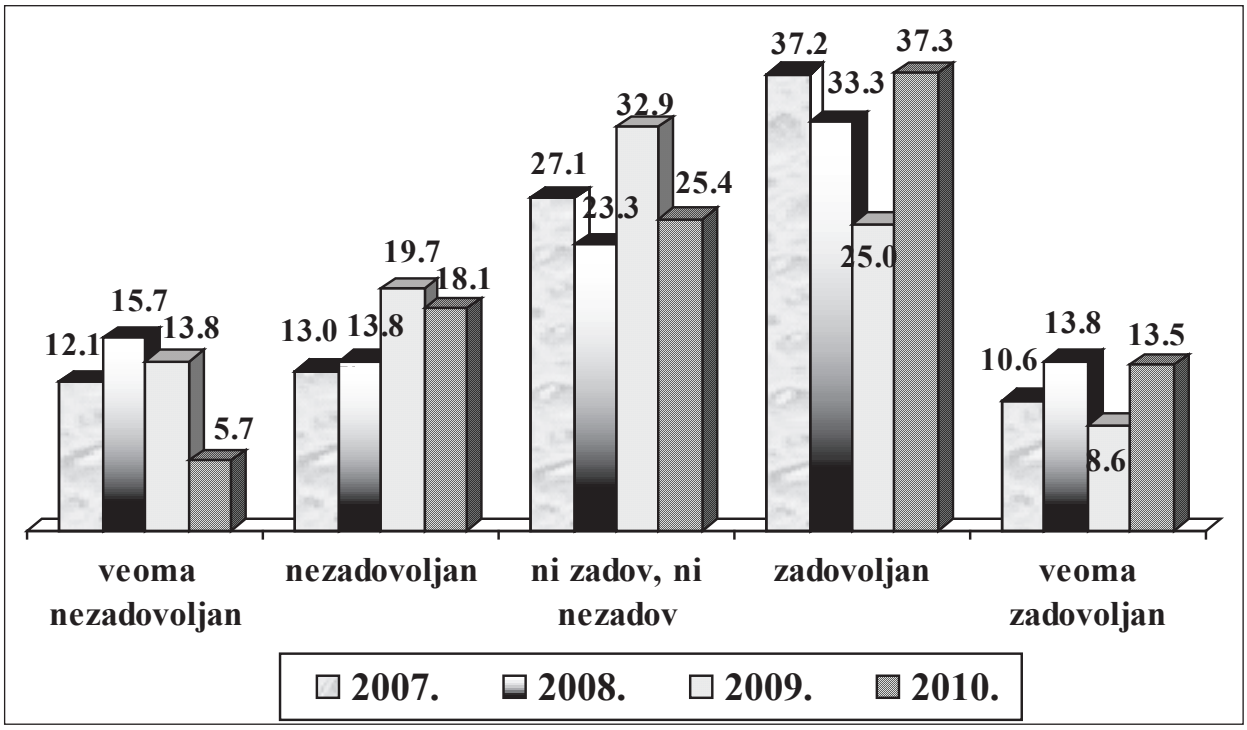
Графикон 6: Задовољство могућношћу за напредовањем/професионалним развојем



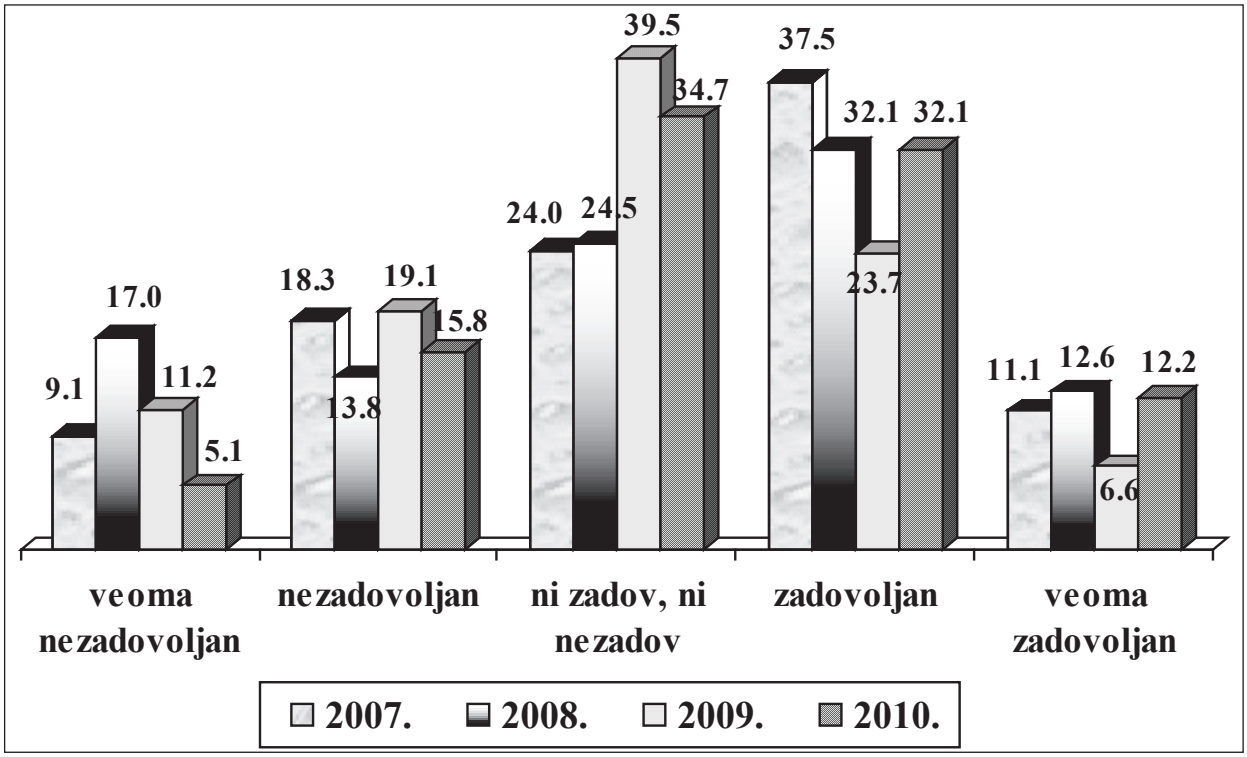
Графикон 7: Задовољство могућношћу сопственог начина рада/аутономијом у обављању посла



Графикон 8: Задовољство подршком претпостављених



Графикон 9: Задовољство могућношћу изношења сопствених идеја претпостављенима



мањи број оних који су незадовољни платом, односно 49.7%, да би се незадовољство знатно повећало у 2009. и износи чак 65.1%, док је у 2010. опао проценат (51.6%) незадовољних у односу на претходну годину, мада је и даље висок проценат незадовољства запослених платом, с обзиром на врсту посла коју обављају (**Графикон 4**).

Незадовољство запослених **могућношћу за едукацијом** постепено расте из године у годину: у 2007. је 43.0%; у 2008. је 44.0%; а у 2009. је 47.4%. Истовремено у посматраним годинама опада проценат оних који су задовољни могућношћу за едукацијом. Међутим, у 2010. незадовољних могућношћу за едукацијом је знатно мањи (28.4%), задовољних је 34.2%, али се број неодлучних незнатно повећао (37.4%) (**Графикон 5**).

Задовољство и незадовољство испитаника у 2009. **могућношћу да примењују своје знање, способности и вештине**, приближно је посматрано у процентима: незадовољно је 28.9%, а задовољно 31.6%. Нажалост, висок је проценат неодлучних (39.5%). Међутим, у 2010. знатно је већи проценат испитаника који је задовољан (44.1%) могућношћу да примене своје знање, способности и вештине на радном месту; незадовољних је нешто мање (20.5%) у односу на претходну годину, а неодлучних је приближно исти проценат (35.4%).

Постојањем редовних евалуација рада од стране руководиоца у 2009. незадовољно је 32.9% испитаника, а задовољно је мање (26.3%), док је неодлучних далеко више (40.8%). У 2010. незадовољство запослених по овом параметру знатно је ниже (19.0%), задовољних је знатно више (38.4%) у односу на претходну годину, неодлучних је остао исти број (42.6%).

У 2007. близу половине (46.4%) испитаника није задовољно **могућношћу да напредује у свом послу**, у 2008. је нешто мањи проценат истомишљеника (44.0%), а у 2009. могућношћу професионалног развоја незадовољно је чак 50.7%. Задовољних могућношћу за напредовањем у свом послу у 2007. било је 26.5%, у 2008. нешто више, односно 29.0%, док је у 2009. знатно опао број задовољних могућношћу професионалног развоја и износи 18.4%. У 2010. једна трећина испитаника је незадовољна могућношћу професионалног развоја, једна трећина је неодлучна и једна трећина је задовољна (**Графикон 6**).

Сваки човек је креативнији на радном месту ако има **аутономију у обављању посла**, наравно под условом да не угрожава медицинске и законом прописане услове рада. У 2007. испитаници су задовољни у 42.4% када је реч о могућности избора сопственог начина рада/аутономији свога посла. Задовољство је у 2008. пало на 37.7%, да би се у 2009. нешто повећало на 39.5%. Незадовољство испитаника је највише у 2008. и износи 33.9%, у 2007. је нешто мање, односно 26.4%; а најмање је у 2009. и износи 21.1%. Мада забрињава чињеница да је више од једне трећине оних који су ни задовољни ни незадовољни. У 2010. аутономијом у обављању посла незадовољно је само 10.1%, а задовољно је више од половине испитаника (54.2%), док је неодлучних више од једне трећине (**Графикон 7**).

У 2007. (47.8%) и 2008. (47.1%), односно, близу половине испитаника задовољно је **подршком претпостављених**. У 2009. ова врста задовољства је знатно нижа, свега 33.6%. Међутим, у 2010. задовољство је опет заступљено у високом проценту (50.8%) (**Графикон 8**).

У 2007. испитаници су били далеко задовољнији **могућношћу да изнесу своје идеје** претпостављенима, и то износи 48.6%; а потом задовољство опада, и у 2008. оно износи 44.7%, у 2009. је само 30.3%, а у 2010. задовољство је опет заступљено у вишем проценту, односно 44.3% (**Графикон 9**).

Задовољство запослених различитим аспектима посла може се исказати и просечном оценом. Просечна оцена по питањима у 2007. указује да се задовољство запослених креће у малом распону од 2,41 (односи се на плату, што је најнижа средња оцена) до 3,58 (односи се на непосредну сарадњу са колегама, што је највиша средња оцена). У 2009. години евидентан је пад средњих оцена за сва питања: најнижа средња оцена је за плату (2,21), а највиша је за непосредну сарадњу са колегама (3,32). Генерално посматрано, у 2010. години нешто су више средње оцене по свим питањима, од-

носно порасло је задовољство испитаника. Посматрано по питањима, највећа средња оцена се односи на „непосредну сарадњу са колегама (3,63)", а убедљиво најнижом оценом испитаници су оценили плату (2,49) (**Табела 1**).

Велики број испитаника у 2007. је одговорио да је под великим стресом на послу (64.6%), што се у 2008. нешто и повећало (67.9%). То се може објаснити природом посла, али и реформом у здравству, јер сваку реформу увек прати и известан степен несигурности.

На питање о **исцрпљености која је повезана са послом** у 2009. око једна трећина испитаника је понекад емоционално и физички исцрпљена и осећа умор, а увек се тако осећа приближно једна петина испитаника. У 2010. понекад се емоционално и физички осећа исцрпљено око 40% испитаника након посла, а 19% испитаника је понекад уморно на саму помисао да треба да иде на посао. Након посла једна петина испитаника је често исцрпљена физички, а емоционално само 12.7%. И, увек су емоционално и физички исцрпљени након посла и осећају умор на помисао на посао између15.8–12.2% испитаника (**Табела 2**).

Табела 1: Упоредни приказ средњих оцена по питањима за 2007, 2008, 2009. и 2010. годину

ПИТАЊЕ: У којој мери сте задовољни?	2007.		2008.		2009.		2010.	
	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD
Бројем запослених у вашој служби	3,10	± 0,98	2,89	± 1,0	/	/	/	/
Адекватношћу опреме за рад	2,57	± 1,03	2,64	± 1,14	2,47	± 0,95	2,79	± 1,01
Међуљудским односима	3,05	± 1,12	3,14	± 1,13	2,84	± 1,11	3,26	± 1,06
Непосредном сарадњом са колегама	3,58	± 0,85	3,55	± 1,02	3,32	± 0,93	3,63	± 0,93
Расположивим временом за обављање задатих послова	3,46	± 0,90	3,45	± 0,95	3,20	± 1,00	3,47	± 0,87
Месечном зарадом (платом)	2,41	± 1,07	2,52	± 1,14	2,21	± 1,02	2,49	± 1,04
Могућностима за едукацију	2,79	± 1,08	2,74	± 1,12	2,59	± 0,96	3,02	± 1,04
Могућностима за напредовање/ Могућност професионалног развоја које вам пружа садашњи посао	2,73	± 1,06	2,70	± 1,14	2,52	± 1,03	3,01	± 1,02
Могућностима избора сопственог начина рада/Аутономијом у обављању посла	3,13	± 1,08	2,99	±1,12	3,16	± 0,92	3,53	± 0,85
Подршком претпостављених	3,21	± 1,17	3,16	± 1,28	2,95	± 1,16	3,35	± 1,10
Могућношћу да изнесете своје идеје претпостављенима	3,23	± 1,15	3,09	± 1,28	2,95	± 1,07	3,31	± 1,04
Узимајући све наведено у обзир, оцените задовољство послом који сада обављате	3,12	± 0,94	2,98	± 1,05	2,80	± 1,00	3,29	± 0,98
Могућностима да у раду користите сва своја знања, способности и вештине	/	/	/	/	3,03	± 0,98	3,27	± 1,01
Постојање редовних евалуација вашег рада од стране руководиоца	/	/	/	/	2,91	± 0,93	3,18	± 0,96
Осећам се емоцион.исцрпљен након посла	/	/	/	/	3,57	± 1,11	3,00	± 1,20
Осећам се физички исцрпљен након посла	/	/	/	/	3,42	± 1,1	3,20	± 1,12
Осетим умор на помисао да треба да идем на посао	/	/	/	/	3,21	± 1,23	2,41	± 1,41

Табела 2: Исцрпљеност која је повезана са послом

модалитети	2009.			2010.		
	емоционална исцрпљеност	физичка исцрпљеност	умор на помисао на посао	емоционална исцрпљеност	физичка исцрпљеност	умор на помисао на посао
не, никад	6.2	6.9	11.5	12.7	7.5	39.1
не, ретко	7.7	11.5	13.8	18.4	16.3	17.3
да, понекад	31.5	35.4	35.4	40.5	40.6	19.2
да, често	32.3	24.6	20.8	12.7	20.0	12.2
да, увек	22.3	21.5	18.5	15.8	15.6	12.2

С обзиром на то да се запослени у 2010. осећају мање емоционално (средња оцена 3,00) и физички (средња оцена 3,20) исцрпљено након посла, и мање осећају умор на помисао на посао (средња оцена је 3,20) него у 2009. (средња оцена за емоционалну исцрпљеност је 3,57, а за физичку је 3,42), и за осећај умора на помисао да треба да иду на посао (средња оцена је 3,21), ова три параметра доведена су у везу са „непосредном сарадњом са колегама". Резултати су следећи у 2010.: запослени који „не, никад" и „не, понекад" су емоционално исцрпљени након посла, задовољнији су непосредном сарадњом са колегама, за разлику од оних који су „да, често" и „да, увек" емоционално исцрпљени: они су мање задовољни сарадњом са колегама (χ^2=56.1; df=16; p=0.000), што је статистички значајно. Исти је однос добијен када су укрштени физичка исцрпљеност након посла и непосредна сарадња са колегама (χ^2=53.2; df=16; p=0.000), као и осећај умора на помисао да треба ићи на росао (χ^2=71.4; df=16; p=0.000). Односно, ако постоји боља непосредна сарадња са колегама на послу, запослени су мање емоционално и физички исцрпљени након посла. У 2009. запослени емоционалну (χ^2=22.1; df=16; p=0.114) и физичку исцрпљеност (χ^2=18.5; df=16; p=0.295) након посла не доводе у везу са непосредном сарадњом са колегама. Али, зато запослени осећају већи умор на помисао на посао (χ^2=40.1; df=16; p=0.001) када се доведе у везу са непосредном сарадњом са колегама.

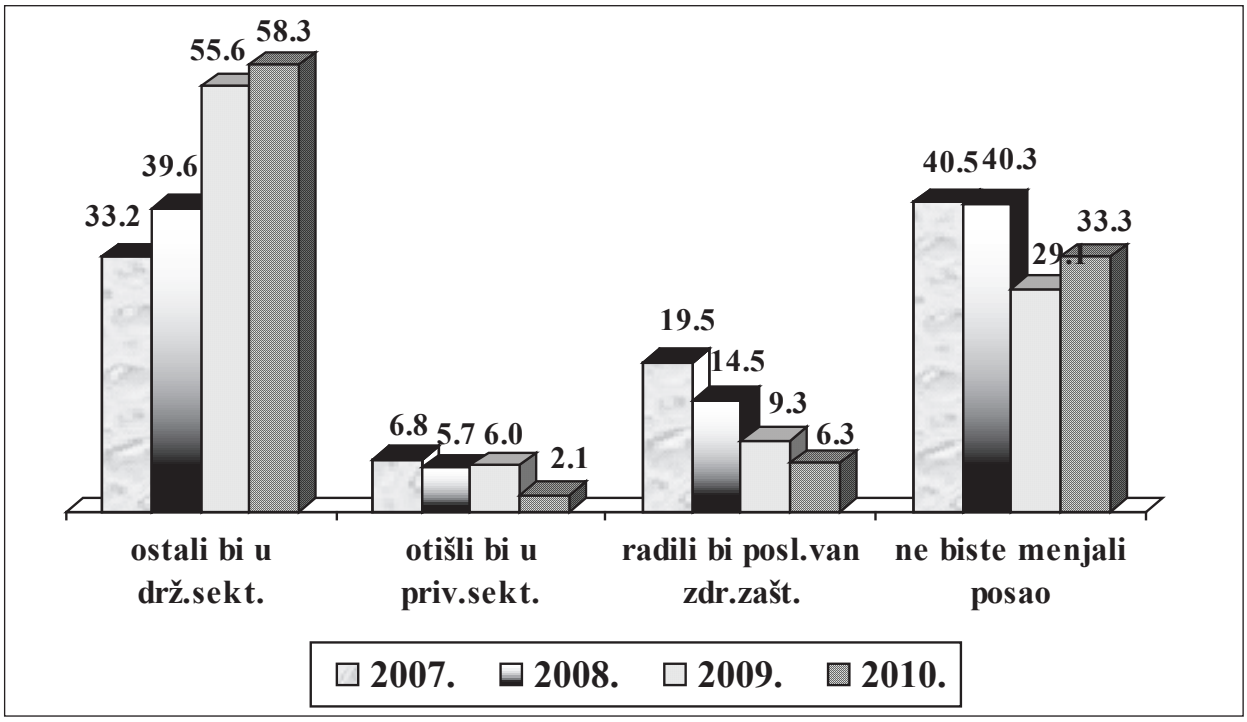
Када су се довели у везу за 2009. и 2010. параметри подршка претпостављених и емоционална исцрпљеност, физичка исцрпљеност и умор на помисао на посао, добијена је веома висока статистичка значајност, односно запослени доводе у везу ове параметре.

Међутим, када су се довели у везу за године посматрања међуљудски односи и емоционална и физичка исцрпљеност након посла и умор на помисао на посао, добијени су следећи подаци: у 2009. запослени емоционалну (χ^2=28.3; df=16; p=0.029) и физичку (χ^2=22.0; df=16; p=0.143) исцрпљеност након посла не доводе у везу са међуљудским односима али, зато осећају већи умор на помисао на посао (χ^2=56.2; df=16; p=0.000). У 2010. међуљудски односи и емоционална (χ^2=76.0; df=16; p=0.000) и физичка (χ^2=52.7; df=16; p=0.000) исцрпљеност након посла, као и осећање умора на помисао на посао (χ^2=72.8; df=16; p=0.000) запослени доводе у везу и значајно им је да постоје добри међуљудски односи који наравно, повлаче за собом и бољу сарадњу међу колегама.

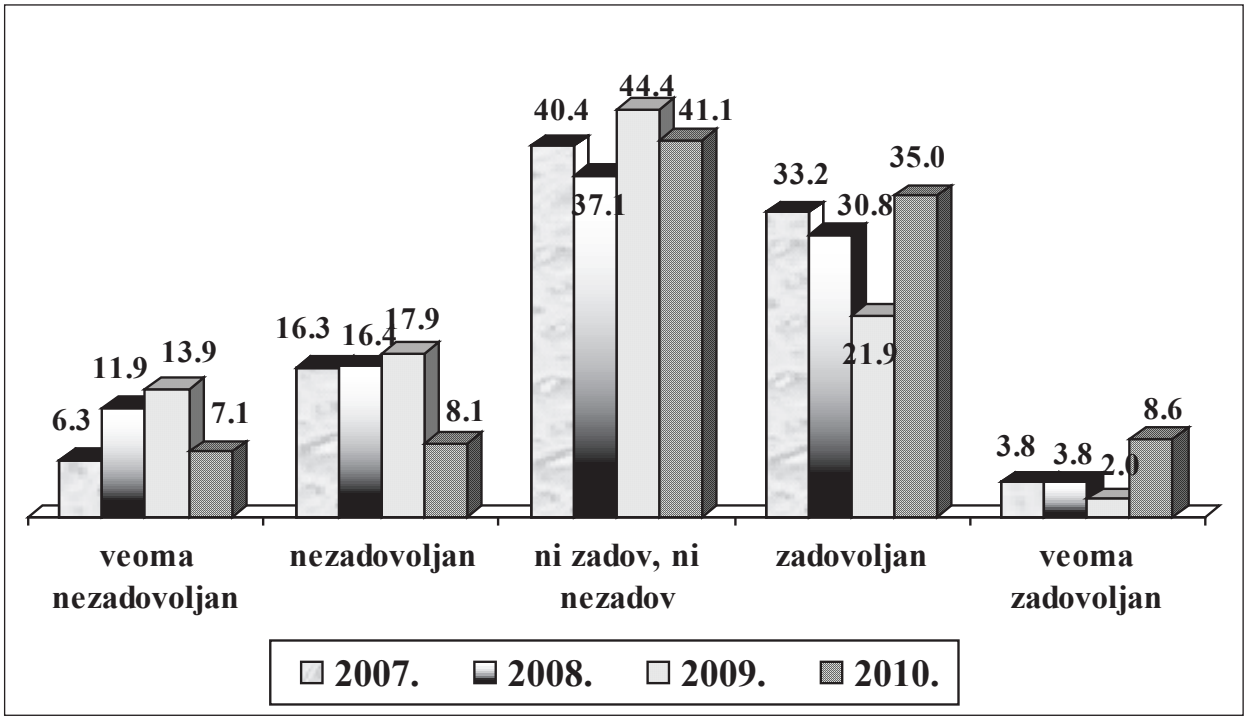
У 2009. знатно се повећао проценат испитаника који би **остали у државном сектору** (55.6%), него што је то било у 2008. (39.6%) и у 2007. (33.2%), али зато, у 2007. (40.5%) и у 2008. (40.3%) већи проценат испитаника не би мењао посао који сада обавља, у односу на 2009. (29.1%). У 2010. у државном сектору остало би 58.3% испитаника, потом, још се више смањио проценат оних који би отишли у приватни сектор (2.1%), као и оних који би радили ван здравственог система (6.3%), и нешто се повећао број оних који не размишљају о промени посла (33.3%) у односу на претходну годину (**Графикон 10**).

Узимајући све наведено у обзир, проценат задовољних својим послом по годинама опада: у 2007. износи 37.0%; у 2008. је 34.6%; а у 2009. је 23.9%. Истовремено незадовољство

Графикон 10: Уколико бисте мењали посао који сада обављате



Графикон 11: Узимајући у обзир све наведено, оцените задовољство послом који сада обављате



послом по годинама расте: у 2007. је 22.6%; у 2008. је 28.3%; а у 2009. је 31.8%. Нажалост, веома је висок проценат неопредељених у посматраним годинама (распон 37.1–44.4%). Међутим, у 2010. задовољство запослених послом који сада обављају је знатно порасло (43.6%), а оних који су незадовољни послом пало је на свега 15.2% у односу на претходне године. Но, и даље је висок проценат неодлучних (41.1%) (**Графикон 11**).

Када се упореди у 2009. **задовољство послом пре пет година и данас**, 45.3% испитаника изјаснило се да су незадовољнији послом сад него пре пет година; 16.7% је сада задовољније послом; а 38.0% је изјавило да нема разлике. У 2010. знатно је мањи број испитаника који су незадовољнији послом сад него пре пет година (свега 19.6%), задовољније је послом чак 33.5%, али је зато нешто већи проценат (46.9%) оних који сматрају да нема разлике између „сад и пре пет година".

Дискусија

Због малобројно доступне литературе о задовољству запослених у болницама у којима се лече ментално оболели, није била могућа адекватна компарација са добијеним подацима о задовољству запослених у специјалној болници „Др Лаза Лазаревић", Београд.

У оквиру националног програма квалитетнијег пружања здравствене заштите у Грчкој (1983.), представљен је и програм под називом „Psychargos" у коме су предложени нови модели терапеутске неге менталних обољења базирани на новој улози здравствених професионалаца. Пре примене програма под називом „Psychargos" било је потребно „снимити" задовољство запослених у психијатријским болницама Грчке, односно утврдити корелацију између глобалног задовољства послом, мотивације и могућих детерминанти које имају утицаја на запослене у поменутим болницама. Добијени резултати указују да постоји веома јака корелација између глобалног задовољства запослених и „услова на радном месту", „интерперсоналних односа", „организације посла", „плате" и „супервизије"[6].

У два различита истраживања у Лондону и у Риму, од стране различитих аутора, добијени су исти резултати. Аутори су добили повећан ниво стреса (који иначе и расте са годинама) код запослених у болници у односу на запослене истог профила у психијатријским амбулантама[7, 8].

У две психијатријске болнице у Бразилу добијено је да је средња вредност задовољства запослених x=3,26. Посматрано по питањима, запослени су веома задовољни „радним окружењем (x=3,48)" и „односима на послу (x=3,48)", што је веома важно за рад у болницама овог типа јер, добар однос са колегама смањује ефекат оптерећења и стреса. Испитаници су најмање били задовољни „платом"[9].

Анализом добијених одговора запослених у специјалној болници „Др Лаза Лазаревић" добијени су следећи подаци: средња оцена за сва постављена питања: у 2007. години износила је x= 3,03; у 2008. је x=2,99; у 2009. је x=2,94 и у 2010. је x=3,14, те се може рећи да је задовољство запослених највише у последњој години анкетирања у односу на претходне године.

На квалитет рада веома утичу међуљудски односи, који су се у 2010. знатно побољшали, јер близу половине испитаника је задовољно по овом параметру, на шта указује и податак да постоји статистичка значајност између задовољства запослених и међуљудских односа (χ^2=117.1, df=16, p=0.000; p=0.59). У 2007. евидентиран је висок проценат задовољства запослених непосредном сарадњом са колегама, да би се задовољство у наредним годинама смањивало, све до 2010. године, када је забележен висок проценат, и то на рачун незадовољних, којих је веома мало. Са побољшањем међуљудских односа долази и до боље сарадње са колегама на послу, те према томе, и квалитет пружања здравствене заштите је на вишем нивоу (χ^2=232.8, df=16, p=0.000; p=0.70).

Иако се обим административних послова из године у годину повећавао, задовољство расположивим временом за обављање послова у 2010. је више у односу на претходне године, што је одраз боље организације процеса рада.

Од 2007. проценат запослених који су незадовољни могућношћу за едукацијом постепено је растао све до 2009. (47.4%), да би у 2010. била евидентирана свега једна трећина незадовољних. Како се ово постигло? Запосленима који желе да се (до)школују, установа сноси све трошкове њиховог образовања. Затим, у установи су организоване едукације чији су предавачи били еминентни стручњаци (квалитет предавања је на вишем нивоу); с обзиром на то да здравствени радници у циљу лиценцирања својих дозвола за рад морају да скупљају бодове, установа такође сноси све трошкове, и, на крају, запослени групно одлазе на КМЕ и кроз дружење се боље упознају, што је довело и до боље сарадње у професионалном делу обављања посла.

Знање и вештине које се стичу током едукација треба примењивати на радном месту, али се поставља питање да ли је то увек могуће и на који начин? Задовољство испитаника у 2009. могућношћу да примењују своје знање, способности и вештине износило је око 1/3, а у 2010. се знатно повећао проценат задовољних (44.1%). Испитаници су у већем проценту задовољнији јер им је током 2010. омогућено да искажу своје знање и способности тако што на јутарњим визитама могу да размењују своја знања и искуства, могу да прикажу „случајеве болесника" на Стручном колегијуму који се одрава свакодневно, као и на конзилијарним састанцима. Примењујући овакав начин рада могућа је свакодневна (редовна) евалуација рада запослених од стране руководиоца, а тиме и подршка претпостављених, на шта указује знатно веће задовољство запослених у 2010. по овим параметрима у односу на претходну годину. Тиме што запослени исказују и своје знање и своје способности пружена им је могућност и да професионално напредују, због чега је и забележено веће задовољство у 2010. у односу на претходну годину испитивања. При томе, запослени стичу уверење у своје способности, обезбеђена им је аутономија у обављању посла, креативност сваког запосленог на радном месту долази до изражаја, што резултира њиховим укупним већим задовољством у обављању посла, што су исказали знатно вишом средњом оценом на питање: „Узимајући све наведено у обзир, оцените задовољство послом који сада обављате" у 2010. (3,29) у односу на претходне године испитивања.

Из године у годину се повећава број оних који би остали у државном сектору, односно смањује се број оних који би отишли у приватни сектор, што је и разумљиво, с обзиром на опадајући стандард становништва (немогућност коришћења приватног сектора) с једне стране, и „привилегија" (загарантовано радно место и плата) у државном сектору, с друге стране.

Незадовољство запослених које се стално повећавало (у 2009. износило је 65.1%) односи се на лична примања. Међутим, у 2010. незадовољство запослених платом нешто је смањено (на око 50%). Како се дошло до оваквог резултата? У 2010. години запослени су добили њима припадајући „психијатријски додатак" и уведена су награђивања сваког месеца за остварене добре резултате на радном месту. Потом, по потреби дозвољени су додатни рад ван смене, рад празником и дежурства, што се све материјално надокнађује.

За запослене у болницама у којима се лече ментално оболеле особе веома је важно колико запослени и у којим случајевима „изгарају на послу" („бурноут")? Испитивањем задовољства запослених у 2009. методом мултипле регресије предиктори који ближе објашњавају „изгарање на послу = емоционална исцрпљеност након посла" су **непосредна сарадња са колегама** (β=-0.305, т-тест=-2.763, p=0.007), **међуљудски односи** (β=-0.261, т-тест=-3.056, p=0.003) и **подршка претпостављених** (мање значајна) (β=-0.239, т-тест=-2.044, p=0.043). Док у 2010. предикотори који ближе објашњавају „изгарање на послу" су **међуљудски односи** (β=-0.321, т-тест=-3.196, p=0.002), **подршка претпостављених** (β=-0.182, т-тест=-2.066, p=0.041) и **непосредна сарадња са колегама** (мање значајна) (β=-0.132, т-тест=-1.272, p=0.205). Заправо, у колико су добри међуљудски односи, добра је и непосредна сарадња са колегама, и у том случају запослени су мање емоционално исцрпљени током и након посла, те је и пружање здравствене заштите квалитетније.

Методом stepwise мултипле регресије у 2009. издвојило се неколико предиктора који ближе објашњавају не/задовољство запослених, од којих су најважнији међуљудски односи (β=0.241, т-тест=2.549, п=0.012), који, ако су добри, добра је и непосредна сарадња са колегама (β=0.156, т-тест=1.687, p=0.094). Потом, важна је и могућност професионалног развоја (β=0.176, т-тест=2.025, p=0.045) као део човековог напредовања и доказивања на послу, а што зависи од могућности континуиране едукације (β=0.179, т-тест=2.011, p=0.046). Међутим, у 2010. добијени су нешто другачији предиктори у односу на претходну годину, а то су: најзначајнија је плата за задовољство запослених, што истовремено указује и на стандард запослених (β=0.201,т-тест=2.881, p=0.004), потом подршка претпостављених (β=0.182, т-тест=2.298, p=0.023), међуљудски односи (β=0.196, т-тест=2.282, p=0.024), могућност професионалног развоја (β=0.165, т-тест=2.213, p=0.028) и непосредна сарадња са колегама, која је мање значајна (β=0.150, т-тест=1.750, p=0.082).

На основу изнетих анализа субсет доминантних предиктора који утичу на не/задовољство запослених у 2009. и 2010. су: међуљудски односи, непосредна сарадња са колегама, плата (у 2010.), подршка претпостављених, могућност за континуирану едукацију и могућност професионалног напредовања. Односно, ови предиктори у значајној мери објашњавају степен исказаног незадовољства/задовољства испитаника.

Закључак

Генерално посматрано, испитаници су били незнатно задовољнији у 2007. него у 2008, а поготову у 2009. где је степен задовољства по скоро свим питањима знатно нижи него у претходним годинама (посматрајући средње оцене по сваком питању). Међутим, степен задовољства испитаника знатно се повећао у 2010. посматрано у одговорима на сва питања, што се објашњава одговарајућим променама које су уведене у процес рада у овој здравственој установи.

На основу добијених предиктора који ближе објашњавају не/задовољство запослених, а који припадају унутрашњим факторима задовољства запослених, може се закључити да треба и даље предузимати одређене мере у циљу њиховог побољшања, а тиме и већег задовољства запослених, што сигурно има утицаја на квалитет пружене здравствене заштите.

Литература

1. Davis RV.: Job satisfacion. In: Jones LK (ed.) Encyclopaedia of career change and work issues (PP. 142-143); Phoenix, The Oryx press, 1992.
2. Sousa-Poza A.: Well-being at work: a cross-sectional study of the levels and determinants of job satisfaction; Journal of Socio-Economics; 2000, 29:517–538.
3. Faragher EB, Cass M, Cooper CL: The relationship between job satisfaction and health: a meta analysis; Occupational and Enviromental Medicine 2005, 62:105–112; www.occenvmed.com
4. Locke EA: The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnete MD (ed.) Handbook of industrial and organizational psychology; Chicago: Rand McNally; 1976; 1319–1328.
5. Edwards N, Kornacki J, Silversin J: Unhappy doctors: What are the causes and What can be done?; BMJ; 2002, 324: 835–842; www.springerlink.com/content
6. Labiris G, Gitona K, Drosou V, Niakas D: A Proposed Instrument for the Assessment of Job Satisfaction in Greek Mental NHS Hospitals; Journal of Medical Systems; 2008, Vol. 32, No 4; www.springerlink.com/content
7. Prosser D. et all: Menatl health, “burnout” and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff; Social psychiatric and psychiatric epidemiology; 1999, Vol. 34; No 6; www.springerlink.com/content
8. Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P: Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy; Community Ment health J; Aug 2003; 39(4); www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe
9. Ishara S, Bandeira M, Zuardi AW: Public psychiatric services: job satisfaction evaluation; Revista Brasileira de Psiquiatria; Mar. 2008; Vol. 30, No 1; www.scielo.br/scielo.php

Карактеристике здравственог стања жена на територији Шумадијског округа

Г. Гајовић[1], С. Радовановић[2], С. Коцић[3], Д. Ђокић[4], П. Поповић[5], С. Радевић[6]

The Characteristics of the Health State of Women in Shumadia District

Gordana Gajović, Snežana Radovanović, Sanja Kocić, Dragoljub Đokić, Predrag Popović, Svetlana Radević

Сажетак: *Циљ рада је анализа здравственог стања жена Шумадијског округа ради идентификације приоритетних здравствених проблема.*

Као извор података коришћени су Извештаји о обољењима, стањима и повредама служби за здравствену заштиту жена домова здравља Шумадијског округа, за период 1999–2008. година.

У популацији жена са територије Шумадијског округа стопе морбидитета расту у посматраном периоду од 260 на 423 на 1000 жена. У структури морбидитета доминирају болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу 63,9% у последњој години посматрања. На другом месту се налазе фактори који утичу на контакт са здравственом службом, следе трудноћа, рађање и бабиње, заразне и паразитарне болести и тумори. Стопе морталитета од свих узрока смрти расту у посматраном периоду од 1.325 на 1.401 на 100000 жена. Матернална смртност, односно смртност жена у вези са обољењима и стањима у трудноћи, на порођају и шест недеља после порођаја, забележена је само у 2003. години (32,8 умрлих на 100000 живорођених).

Кључне речи: *морбидитет, морталитет, жене, Шумадијски округ.*

Summary: *The aim of the analysis of the health status of women in Shumadia district to identify priority health problems.*

As data sources are reports about diseases, conditions and injuries Health Services Women's health centers Shumadians district, for the period 1999-2008. years.

The population of women with Sumadija districts, growth rates of morbidity in the period from 260 to 423 per 1000 women. In the morbidity structure is dominated by diseases of the genitourinary genitourinary system, representing 63,9% in the last year of observation. In the second place, there are factors that influence contact with health service, following pregnancy, childbirth and puerperium, infectious and parasitic diseases and tumors. The death rate from all causes of death increase in the period from 1325 to 1401 per 100000 women. Maternal mortality and mortality of women in relation to diseases and conditions in pregnancy, at delivery and six weeks after delivery was noted only in 2003. years (32,8 deaths per 100000 live-births).

Key words: *morbidity, mortality, women, Shumadia district.*

1 Гордана Гајовић, Здравствени центар Аранђеловац.

2 Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

3 Сања Коцић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

4 Драгољуб Ђокић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац.

5 Предраг Поповић, Институт за јавно здравље Крагујевац.

6 Светлана Радевић, Институт за јавно здравље Крагујевац.

Увод

Здравље жена је од посебне важности због велике осетљивости ове популационе групе и због чињенице да жене брину о сопственом здрављу, али и о здрављу своје деце, родитеља и осталих чланова породице. Унапређивање здравља и квалитета живота жена позитивно се одражава на целокупну породицу[1].

Здравље жена укључује емоциону, социјалну и физичку добробит и одређено је социјалним, политичким и економским контекстом у коме жена живи, као и биолошким својствима[2].

Посматрано историјски, здравље жена је дефинисано кроз породицу и друштво у оквиру постојеће културе, традиције и уско професионално примењене медицине, где су они који одлучују углавном мушкарци. Дуго времена се сматрало да разликовање мушког и женског здравља произлази искључиво из полних биолошких различитости. Последица таквог схватања је да се здравље жена искључиво посматрало, и још увек у великој мери посматра, у оквиру њене репродуктивне улоге, тј. кроз трудноћу и порођај.

Оно што жена преживљава, како се односи према својим потребама, колико брине о себи и свом здрављу, повезано је са васпитањем, њеним статусом, друштвеним и религијским пореклом, вредностима којима је била научена у породици и школи, њеном професијом и образовањем, као и начином на који се одређено друштво односи према женама. Друштвени елементи, личност и окружење, породица и заједница у целини имају велику улогу у томе како ће жена живети, како ће себе видети и на који начин ће решавати проблеме везане за своје ментално и физичко здравље. Многе жене прихватају нарушено здравље као животни згодитак, не обраћајући пажњу на симптоме болести, јер се од њих очекује да испуњавају многобројне обавезе. Међутим, здравље жене није само њен лични проблем, већ и проблем сваког појединачног друштва и међународне заједнице[3].

Циљ рада

Циљ рада је анализа здравственог стања жена на територији Шумадијског округа ради идентификације приоритетних здравствених проблема како би се планирале одговарајуће мере за њихово решавање.

Метод рада

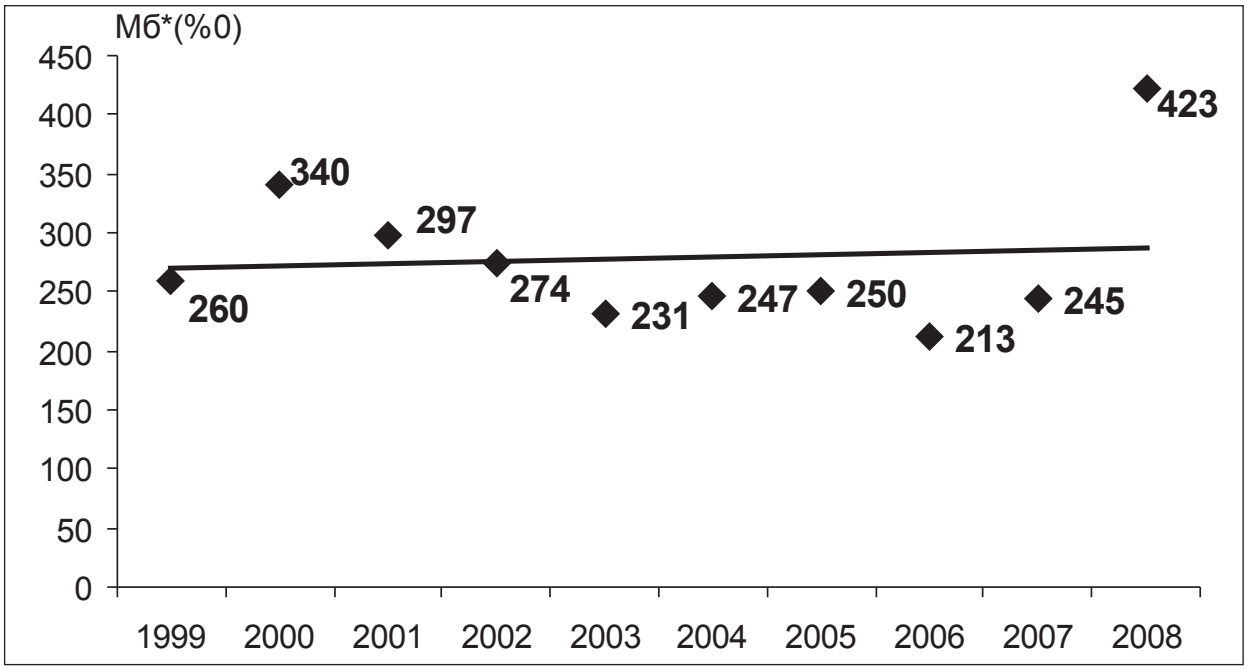
Као извор података коришћени су Извештаји о обољењима, стањима и повредама служби за здравствену заштиту жена домова здравља Шумадијског округа. Урађена је анализа здравственог стања жена старих 15 и више година са територије Шумадијског округа за период 1999–2008. година. За анализу су коришћени показатељи морбидитета и морталитета. Резултати су приказани табеларно и графички.

Резултати рада

У службама за здравствену заштиту жена на територији Шумадијског округа у 1999. години регистровано је укупно 33.613 обољења и стања са стопом оболевања од 260 на 1000 жена, док је у 2008. години укупан број обољења износио 1,6 пута више, односно 54.538 обољења и стања. Стопа оболевања у 2009. години износила је 423 на 1000 жена (**Графикон 1**).

У Шумадијском округу у популацији жена у структури морбидитета су доминирале болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 58% у првој години посматрања, да би након тог периода уследио пораст на 63,9% у последњој години посматрања. На другом месту су се налазили фактори који утичу на контакт са здравственом службом са учешћем од 25,9% у 2008. години. Следе трудноћа, рађање и бабиње са учешћем од 7,2% у 1999. години и сталним падом учешћа до 4,3% у 2008. години. Заразне и паразитарне болести су биле заступљене у 1999. години са 4% и тенденцијом пада у посматраном периоду, да би у 2008. години њихово учешће

Графикон 1: Морбидитет код жена на територији Шумадијског округа, 1999–2008. година

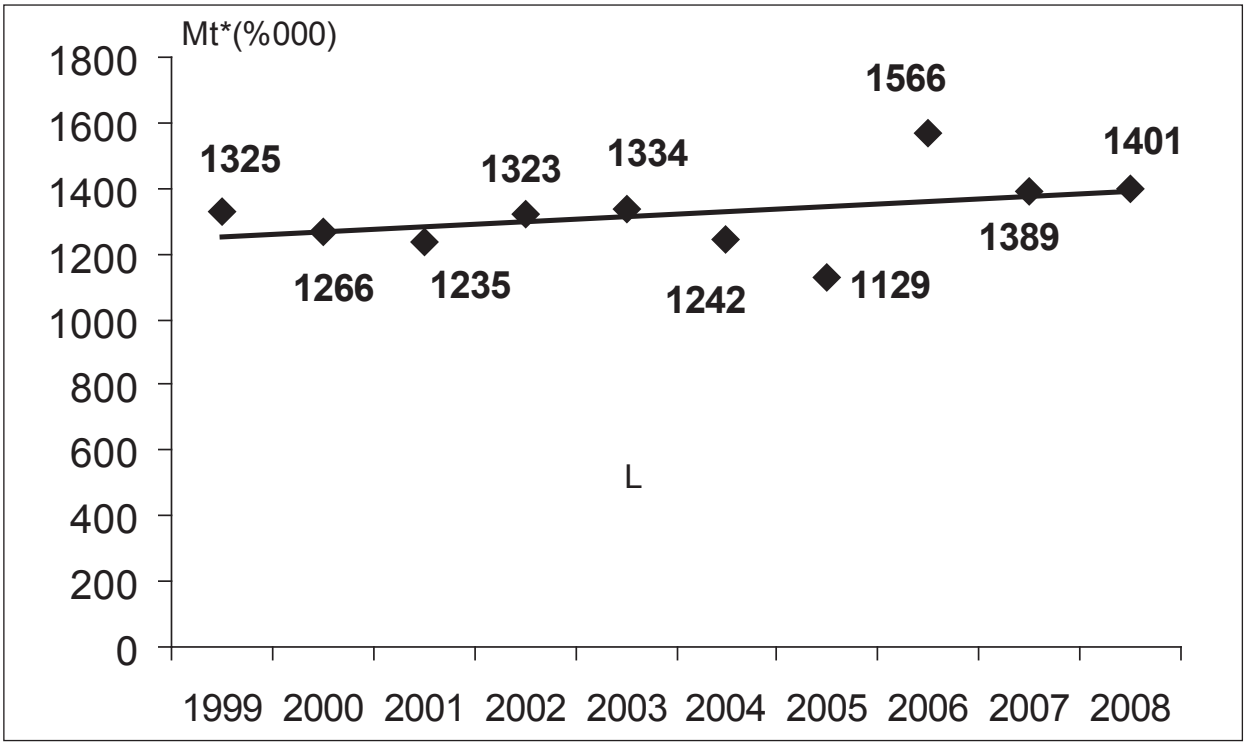


Табела 1: Регистрована обољења у примарној здравственој заштити жена, на територији Шумадијског округа, 1999-2008.

Редни број	Године	Укупан број обољења	Процентуално учешће најчешће регистрованих обољења у укупном броју обољења				
			Болести мокраћно-полног система	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе	Трудноћа, рађање и бабиње	Заразне и паразитарне болести	Тумори
0	1	2	3	4	5	6	7
1.	1999.	33613	58,5	25,8	7,2	4,0	3,3
2.	2000.	43910	59,5	25,5	6,2	3,8	3,4
3.	2001.	38302	65,7	20,0	5,5	3,6	3,7
4.	2002.	35315	66,4	20,7	5,0	3,0	3,5
5.	2003.	29823	60,2	27,3	6,2	1,8	3,2
6.	2004.	31837	59,8	28,5	5,7	2,1	3,1
7.	2005.	32234	58,4	29,7	5,2	2,7	3,3
8.	2006.	27353	60,8	26,1	4,9	3,1	3,8
9.	2007.	31654	60,0	29,5	3,7	2,1	3,0
10.	2008.	54538	63,9	25,9	4,3	1,4	3,0

износило 1,4%. На петом месту у структури морбидитета налазили су се тумори са учешћем око 3% током читавог посматраног периода **(Табела 1).**

Графикон 2: Морталитет од свих узрока смрти код жена, на територији Шумадијског округа 1999–2008. година



У Шумадијском округу, стопа морталитета од свих узрока смрти код жена износила је 1999. године 1.325 на 100000 жена, док је 2008. године износила 1.401 на 100000 жена (**Графикон 2**).

На територији Шумадијског округа у посматраном десетогодишњем периоду матернална смртност (број умрлих жена у трудноћи, на порођају и током бабиња на 100000 живорођене деце) забележена је само у 2003. години (32,8 умрлих на 100000 живорођених).

Дискусија

У Шумадијском округу у популацији жена у периоду од 1999. до 2008. године стопа морбидитета показује тренд раста са 260 на 1000 жена у 1999. години на 423 на 1000 жена у 2008. години. У укупном морбидитету, пет најчешћих група обољења била су: болести мокраћно-полног система, које су доминирале у структури морбидитета са преко 63,9%, фактори који утичу на контакт са здравственом службом, трудноћа, рађање и бабиње, заразне и паразитарне болести и тумори са учешћем око 3% у целом посматраном периоду.

И у Републици Србији стопа оболевања код особа женског пола показује пораст са 267 на 1000 жена у 1997. години, на 335 на 1000 жена у 2007. години. Пет најчешћих група обољења била су: болести мокраћно-полног система, које су доминирале у структури морбидитета са преко 50% учешћа, без већих одступања у посматраном периоду, фактори који утичу на контакт са здравственом службом са учешћем од 33% у 1997. до 37% у 2007. години, трудноћа, рађање и бабиње са учешћем 8,7% у 1997. години и сталним падом учешћа до 2,6% у 2007. години, заразне и паразитарне болести са учешћем око 3% у целом периоду и тумори са учешћем 3,5% у 1997. години и 3,4% у 2007. години[1].

Резултати слични нашим забележени су и у земљама у окружењу. У Републици Хрватској у 2006. години најчешће групе болести и

стања због којих су жене долазиле у гинеколошку ординацију и користиле услуге примарне здравствене заштите жена су у последњих неколико година готово исте. То су болести мокраћног и полног система са учешћем од 48,7%, фактори који утичу на стање здравља и контакт са здравственом службом 25,9%, заразне и паразитарне болести 12,1%, трудноћа, порођај и бабиње 5,6%[4].

У Црној Гори водеће место у структури морбидитета код жена јесу болести мокраћно-полног система и фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом[5].

На територији Шумадијског округа забележено је повећање стопе морталитета од свих узрока смрти код жена у посматраном периоду. Стопе морталитета од свих узрока смрти код жена расле су са 1.325 на 100000 жена у 1999. години, на 1.401 на 100000 жена у 2008. години.

И у Републици Србији стопа морталитета од свих узрока смрти код жена расте са 1.544 на 100000 жена, док је 2007. године била нешто већа 1.662 на 100000 жена, док су вредности матерналне смртности веома варирале, а најмање вредности овог показатеља забележене су 2002. године када је од обољења и стања у трудноћи, на порођају и шест недеља после порођаја, умрла једна жена, и 2004. године када су из истих разлога умрле две жене. Матерналнa смртност 2006. године (12,7 умрлих на 100000 живорођених) у Србији била је на нивоу просека европског региона (12,8 умрлих на 100000 живорођених), али већа од просечене вредности у земљама Европске уније (6,2 умрлих на 100000 живорођених). У поређењу са земљама у окружењу, матернална смртност у Републици Србији 2005. године била је већа у односу на развијеније земље из окружења[1].

Закључак

У популацији жена на територији Шумадијског округа стопе морбидитета и морталитета показују тренд раста. У структури морбидитета доминирају болести мокраћно-полног система, фактори који утичу на контакт са здравственом службом, трудноћа, рађање и бабиње, заразне и паразитарне болести и тумори. Матернална смртност забележена је само у 2003. години. Наведени показатељи показују да има још много простора за унапређење здравствене заштите жена у Шумадијском округу. Значајно је подстицати жене да активно учествују у програмима који се тичу њиховог здравља, здравља њихових породица и целе заједнице. Превентивне мере и активности, заједно са квалитетним здравственим услугама у лечењу обољења и стања, усмерене ка раном откривању обољења и стања, и активна промоција здравља, од суштинског су значаја за побољшање исхода по здравље жена.

Литература

1. Здравље становника Србије – аналитичка студија 1997–2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.
2. Истраживање вишеструких показатеља стања деце и жена Србије. UNICEF, Београд, 2005.
3. Акциони план за очување и унапређење здравља жена у Републици Србији за период 2005–2010. година. Доступно на URL: Http://www.womenngo.org.rs/zensko-zdravlje
4. Хрватски здравствено-статистички љетопис за 2006. годину. Доступно на URL: Http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/index.htm
5. *Статистички годишњак* о здрављу становништва и здравственој заштити у Републици *Црној Гори***.** Институт за јавно здравље Републике Црне Горе, Подгорица, 2006.

Психо-медицински аспекти школског неуспеха

Н. Ђоновић[1], В. Дамјанов[2], С. Арсенијевић[3]

Psycho-Medical Aspects of School Unsucces

Nela Đonović, Vlasta Damjanov, Snežana Arsenijević

Сажетак

Увод: *Школски неуспех је симптом, нагли пад оцена код ученика или несавлађивање градива. Овај неуспех може бити последица интелектуалног дефицита или телесног обољења. Код здравих и интелектуално просечних ученика обично је последица емоционалних сметњи.*

Циљ рада: *Интелектуална обдареност, ма колико била неопходан предуслов успеха у учењу, није и довољан услов његове успешности. Количник интелигенције показује значајну повезаност са успехом у школи али и деца са IQ>90 (IQ – количник интелигенције) могу да покажу школски неуспех.*

Метод рада: *Као материјал за овај рад коришћена је документација Основне школе „Светозар Марковић“ у Крагујевцу и Основне школе у Горњој Сабанти, документација Министарства просвете Одељења у Крагујевцу и документација Школског диспанзера Дома здравља „Крагујевац“ за период школских 2002/2003, 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006 и 2006/2007. године, и анкетни упитници за родитеље и децу која су показала школски неуспех (који су направљени само за ово истраживање). Сви подаци обрађени су softwear-ом SPSS for Windows 13,0.*

Резултати рада: *Просечан IQ за градску средину био је 98,5 са стандардном девијацијом 21,1, а за сеоску 99,8 са стандардном девијацијом 19,5. Резултати двофакторске анове за конфронтацију пола и успеха дали су следеће резултате: за градску средину: F = 0,934; p>0,05 и за сеоску средину: F =*

Summary: *School failure is a symptom, briskly decrease marks at students or unsrmoutablation of learning. This failure can be cause of intellectual deficit or body disease. By health and intellectual average students this is caused by emotional disorders.*

Grading students in school is a way which is determinated by rules and follows educative development and determinates level which is in connection with achievement. Objectivity and reality are often decreases because performance of subjectivity factors by marking. Mark is determinated by interaction between student and professor. However necessary prerequisite it is in studying, it is not enough condition of his successfully ending of learning process.

Quotient of intelligence shows important connection with success in school but the children with IQ>90 can show school failure. Sex is not crucial factor of school success. Marriage condition of parents is important factor for success of their children in school. The most successful are students from so-called normal married families. Incomplete families have no influence on school success, but the most imperiled are students from demolished families (divorced marriages) and children from not meriage communities. Environment (country, city) doesn't have important influence on school success. Education parents, especialy mothers makes important fact in school success.

Key words: *children, shool, school failure, intaligency.*

1 Проф. др Нела Ђоновић, Медицински факултет Крагујевац.

2 Власта Дамјанов, Медицински факултет Крагујевац.

3 Снежана Арсенијевић, Медицински факултет Крагујевац.

0,682; p>0,05. Fisher-ов тест којим смо упоређивали поновце у граду и у селу: P = 0,87 што значи да нема никакве статистичке разлике између ове две средине.

Закључак: *Пол није битан фактор школског успеха. Средина (село-град) нема изразит утицај на школски успех.*

Кључне речи: *деца, школа, школски неуспех, интелигенција.*

Увод

Школски неуспех је симптом, нагли пад оцена код ученика или несавлађивање градива[7]. Овај неуспех може бити последица интелектуалног дефицита или телесног обољења. Код здравих и интелектуално просечних ученика обично је последица емоционалних сметњи[7, 9, 10, 16].

Одлазак у школу је сепарација од родитеља и потреба за новим облицима адаптације. Страх који прати овај процес може да утиче на одбијање учења и може се савладати мотивацијом детета за учењем. Прва мотивација да дете учи јесте да задовољи захтеве родитеља, индивидуална мотивација посебно код старије деце је потреба за самопоштовањем[14, 13].

Од седме до дванаесте године дете је у периоду латенције и онда се интензивно развија суперего који успешно потискује дететове пулзије и развија способност сублимације, али дететове пулзије нису нестале, само мењају објект, па оне које су биле усмерене ка родитељима (љубав, агресија, итд.) сада се усмеравају ка школи, учењу, наставницима. Неки ово називају школа робовања, јер дете учи да служи новог господара, а то зависи од тога како је служило старог. Дете има трансфер односа са родитеља на учитеља[14, 9, 8].

Никада не треба заборавити да је успешан или неуспешан однос наставника и ученика у ствари само понављање односа детета према родитељу у прошлости и у садашњости[3, 5, 13].

Долазак у школу значи долазак у свет компетиције љубоморе и вређања. Потребно је прихватити већу одговорност и интегрисати се у групу вршњака (овде је нарочито важна личност учитеља)[1, 2, 4].

Школовање је велики проблем и за родитеља. Школа доводи до буђења неких нерешених проблема код родитеља детета које се школује. Родитељ доживљава полазак у школу као сепарацију нову индивидуализацију, што је ударац досадашњој равнотежи породичне средине, то је разлог несвесном амбивалентном ставу родитеља према школовању свог детета (отуд честе необјашњене критике школи). Школовање детета буди у родитељу властите проблеме које је имао у своме школовању[3, 11].

Школски неуспех се може сматрати и делом тзв. Неурозе неуспеха или синдрома неуспеха (први је то описао Rene Lafargue 1939. године). Реч је о потреби за самокажњавањем и избегавањем властитог успеха. Ово је последица осећаја кривице који потиче из едипског раздобља и везан ја за инцестуозне жеље, дете је потиснуло агресију и претворило је у мазохистички импулс, па долази до ужитка у неуспеху. Тај неуспех је уједно и казна због агресивних импулса према брату или сестри (углавном млађи)[11, 14, 22].

Промена става родитеља према аутопунитивном ученику, смањење ригидних захтева, одбацивање оптуживања и исмејавања даје добре резултате, а наставник таквог ученика не одбацује у корист бољих ученика. Ако га одбаце, ученик то сматра као потврду своје кривице и потребе за самокажњавањем (па то затвара круг)[22].

Отварањем овог круга подстиче се асоцијација правилног става према неуспешном ученику (на темељу разумевања његове психодинамике и сарадње са његовим родитељима).

Оцењивање ученика је поступак којим се на начин утврђен прописима прати васпитно-

образовни развој и одређује ниво који је у вези с тим постигао. Објективност и реалност је често смањена због деловања субјективних фактора код оцењивања[19, 20].

Докимологија је грана педагошког истраживања која се бави проблемом оцењивања.

Оцену одређује интеракција између наставника и ученика.

Интелектуална обдареност, ма колико била неопходан предуслов успеха у учењу, није и довољан услов његове успешности[7, 8].

Школска оцена није чиста мера, не може се поуздано тврдити шта све обухвата (стварно вредновање ученичког знања, хало ефекти, ситуациони фактори, померање критеријума удесно на крају школске године итд.).

Успешност у школи је резултат садејства интелигенције, особина личности и мотивације.

Један од битних фактора школског успеха или неуспеха јесте личност[3, 4, 14].

По Eysenc-у личност је свеукупни збир постојећих и могућих схема понашања организма одређених наслеђем и средином; која настаје и развија се кроз функционална међудејства три главна сектора у оквиру којих су ове схеме организоване. То су: когнитивни сектор (интелигенција), конативни сектор (карактер) и афективни сектор (конституција). Главни фактори личности су: интроверзија, неуротицизам и психотицизам[9].

Најчешће употребљивана класификација развојних поремећаја јесте класификација по Бојанину. Ова класификација састоји се од пет великих група поремећаја, и то:

1. Прва је група проблема који припадају клиничкој неуропсихијатрији развојног доба: општа развојна дисгнозија, општа развојна дискалкулија и тешкоће у рачунању, развојна диспраксија, развојна дислексија и дисортографија и развојна дисграфија.
2. Друга група поремећаја су поремећаји развојног доба настали услед неповољног деловања социјалних фактора (породица, школа или шира друштвена средина): поремећаји понашања, јувенилна делинквенција, психопатија у детињству и младости, алкохолизам младих, наркоманија и самоубиства у адолесценцији. Најчешћи су социјални-психијатријски поремећаји понашања, и то: хиперкинетичке реакције, реактивна повученост, реактивна хиперанксиозност, реакција бежања, реактивно несоцијално агресивно понашање, реактивна групна делинквенција, избегавање школе, скитња, јувенилна делинквенција, психопатије - егоцентризам и др. Осим ових, у школској средини често се јављају наркоманија, алкохолизам и други облици зависности (дуван, лепак итд.).
3. Посебан обик поремећаја представља неразвијеност интелигенције.

Да би се одредиле интелектуалне способности неке особе користи се ранг квоцијента интелигенције (однос менталне и хронолошке доби). Веома често се користи Терманова скала:

- IQ > 140 генијалност
- IQ 120–140 веома супериорна интелигенција
- IQ 110–120 супериорна интелигенција
- IQ 90–110 просечна интелигенција
- IQ 80–90 тупост
- IQ 70–80 гранична интелигенција
- IQ < 70 представља недовољну менталну развијеност
- IQ 50–70 лака ментална заосталост
- IQ 35–50 умерена ментална заосталост
- IQ 20–35 тешка ментална заосталост
- IQ < 20 дубока ментална заосталост

Ученици на нивоу граничне интелигенције похађају редовне школе али имају тешкоћа са усвајањем васпитно-образовних садржаја.

4. Четврту групу поремећаја чине поремећаји из развојне неуролингвистике, и то: успорен и дисхармоничан развој говора, поремећај ритма и темпа у говору, алалија, тешкоће у артикулацији – дислалија и неурозе говора – мucање и мутизам.
5. Телесна обољења представљају велику групу поремећаја, и то: поремећаји локомоторног система, спастична церебрална парализа, рахитис, равно стопало, ишчашење кука, дефекти кичменог стуба, низак раст, блага оштећења слуха, блага ошећења вида (кратко-

видост, далековидост, астигматизам), епилепсија, шећерна болест, ноћно мокрење, обољења дисајних органа (бронхитис, бронхијална астма)[3].

Циљ рада

Основни циљ овог рада јесте анализа утицаја медицинских фактора и количника интелигенције деце на појаву школског неуспеха. И анализа осталих фактора из ученикове околине имају утицај на успех у савлађивању градива, па их треба идентификовати; у периоду основношколског узраста пол је фактор успешности и то тако што су у овом периоду дечаци мање успешни од девојчица; интелигенција је битан али не и пресудан фактор за успех у настави; нарушавање породице - разводи могу значајно да утичу на успех у школи.

Метод рада

Као материјал за овај рад коришћена је документација Основне школе „Светозар Марковић“ у Крагујевцу и Основне школе у Горњој Сабанти, документација Министарства просвете Одељења у Крагујевцу и документација Школског диспанзера Дома здравља „Крагујевац“ за период школских 2002/2003, 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006 и 2006/2007. године, и анкетни упитници за родитеље и децу која су показала школски неуспех (који су направљени само за ово истраживање). Сви подаци су обрађени softwear-ом SPSS for Windows 11,0.

У истраживање су укључени сви ученици ове две школе од I до VIII разреда у поменутом периоду и сви ученици су психометријски тестирани. Ова тестирања извршио је школски психолог, индивидуалним и колективним тестовима интелигенције (ревизија 1995. године, проф. др И. Ивић, Филозофски факултет, Београд).

Деца која су показала неуспех у настави додатно су тестирана и психометрујски и медицински, а њихови родитељи су попуњавали анкетне листиће.

Из ових анкетних листића анализирана су следећа обележја: стручна спрема родитеља, занимање родитеља, брачно стање родитеља, здравствено стање родитеља, број деце у породици, редослед рађања деце, материјалностамбени услови, успех детета од првог разреда, специфичности у породици, проблеми са дететом када је пошло у школу, породични проблеми, колико родитељи раде – уче са својом децом.

Као мера неуспеха узете су негативне оцене на крају школске године и понављање разреда.

За успешне се сматрају одлични и врло добри ученици, мање успешни су добри и довољни ученици, а неуспешни су они ученици који су поновили разред.

Сва изабрана обележја проучавана су са позиција објективних математичко-статистичких метода примењујући их адекватно према циљу истраживања и карактеру испитиваних обележја. За статистичку обраду коришћен је softwear SPSS 11,0 for Windows. У оквиру статистичке обраде и анализе коришћене су: метод дескриптивне статистике (мере централне тенденције, мере варијабилитета, табелирање и графичко приказивање) и методе статистичких тестова и то: Студентов Т – тест за два велика независна узорка, Hi-квадрат тест, Линеарна корелација и регресија, Fisher-ов тест тачне вероватноће, Метод ANOVE (фрекнова, атнова, двофакторска анализа варијансног количника).

Резултати истраживања

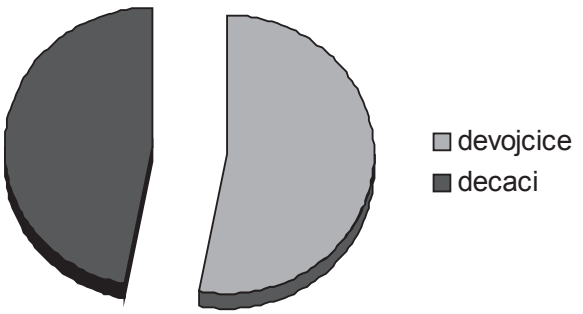
У овом истраживању учествовало је 5.846 ученика од првог до осмог разреда, и то 5.379 ученика централне градске школе и 467 ученика из сеоске школе.

У градској средини однос између полова био је 2.850 (53%) девојчица и 2.529 (47%) дечака (**дијаграм 1**).

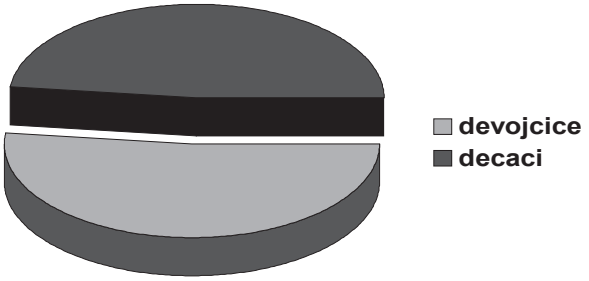
У сеоској средини испитивано је 243 (52%) девојчица и 224 (48%) дечака (**дијаграм 2**).

Просечан IQ за градску средину био је 98,5 са стандардном девијацијом 21,1, а за сеоску 99,8 са стандардном девијацијом 19,5.

Дијаграм 1: Дистрибуција ученика по полу, градска средина



Дијаграм 2: Дистрибуција ученика по полу, сеоска средина



Резултати Студентовог Т-теста (за два велика независна узорка) за просечан IQ у селу и граду дали су следећи резултат: t = 0,938; p>0,05; (нема статистички значајне разлике између просечног IQ деце основношколског узраста у селу и у граду).

Резултати двофакторске анализа варијансе, ANOVA тест, показују да не постоји статистички значајна разлика у школском успеху-неуспеху ученика две посматране школе, F = 0,542; p>0,05.

Резултати двофакторске анове за конфронтацију пола и успеха дали су следеће резултате:

- За градску средину: F = 0,934; p>0,05; и
- За сеоску средину: F =0,682; p>0,05.

Ови резилтати показују да не постоји статистички значајна разлика између полова у односу на школски успех како у градској тако и у сеоској средини.

За проучавања односа образовног нивоа родитеља и школског успеха њихове деце коришћена је Freqnova. Резултати су:

- за утицај стручне спреме оца на успех-неуспех детета: F = 0,883; p>0,05; што значи да стручна спрема оца није битан фактор школског успеха;
- за утицај стручне спреме мајке на успех-неуспех детета: F = 4,98; p<0,01; што значи да стручна спрема мајке значајно утиче на успех деце у школи како у нижим тако и у вишим разредима.

Freknovom је испитиван и утицај брачног стања родитеља на успех деце у школи: постоји значајна повезаност између брачног стања родитеља и успеха деце у школи, F = 5,78; p<0,01 (овде постоји и интеракција по магнитуди и по правцу).

Постоји високо статистички значајна разлика у броју поноваца између ученика виших и нижих разреда: χ^2 = 71.9; p <0.01 (у граду највише је заступљен седми разред, у 62%, затим шести у 10%, први и пети и осми по 8% и четврти у 4%, док у другом и трећем разреду није било поноваца. У сеоској средини однос је следећи: шести разред се понавља у 41%, седми у 29%, пети у 26%, други и трећи по 2%, док у првом, четвртом и осмом разреду није било поноваца) (**дијаграм 3**).

Ні-квадрат тест којим смо испитивали утицај пола на понављање разреда показује да нема статистички значајне разлике у половима у односу на неуспех у школи, χ^2 = 0,982; p>0,05.

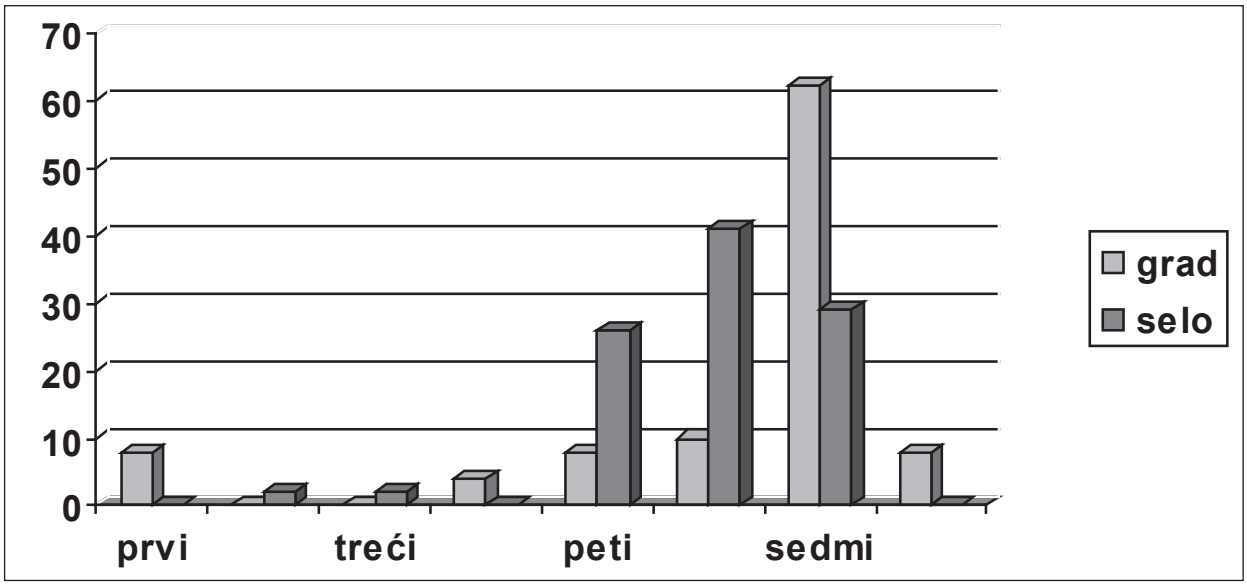
Од укупног броја негативних оцена у градској средини 64% је из физике, 38% из математике, 3% из српског језика, 2% из хемије, по 1% из биологије, географије и страног језика.

У сеоској средини однос је следећи: математика 48%, српски језик 21%, биологија, физика, хемија по 9% и страни језик 4%; χ^2 = 5,382; p <0,01.

Просечне оцене за испитивани период за обе школе анализиране су t-тестом за два велика независна узорка. Резултат показује да нема никакве разлике у успешности савлађивању школског градива у односу на релацију село-град: t = 0,887; p>0.05.

Испитујући однос између одличних, врло добрих, добрих, довољних и недовољних ђака (методом ATNOVE) у градској и сеоској сре-

Дијаграм 3: Број ученика који није успешно завршио разред у градској и сеоској средини



дини: F = 0,147; p>0.05; нема значајне разлике између градске и сеоске деце у у односу на школски успех.

Испитујући повезаност између IQ и успеха у школи добили смо да је r = 0,694, p<0,01, постоји висока статистичка повезаност између IQ и постигнутог успеха у школи.

Fisher-овим тестом смо упоређивали број поноваца у граду и у селу: P = 0,87, P>0.05 (нема никакве разлике између ове две средине).

Ні-квадрат тест за успешност у нижим и вишим разредима износи χ^2 = 2,64; p>0.05, нема статистички значајне разлике.

Ученици са сметњама у развоју нису понављали разреде.

Од 56 ученика који нису успешно завршили разред, њих 29 потиче из разорених породица где су родитељи разведени (51,8%), шест су из ванбрачних заједница (10,7%), 17 из тзв. нормалних породица (30,4%) и четири ученика су из непотпуних породица (7,1%), χ^2 = 36,21; p <0,0.

Од 56 поноваца њих 12 има специфичне интелектуалне сметње и тешкоће у учењу, седаморо поноваца има поремећаје у емоционалном и социјалном понашању, док остали не-

Табела 1: Ученици са сметњама у развоју

Редни број	Развојни поремећај	Разред								
		1	2	3	4	5	6	7	8	∑
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Слух	/	1	/	3	/	/	/	2	6
2.	Вид	3	3	5	9	7	7	10	8	52
3.	Глас	5	7	2	6	2	4	3	4	33
4.	Интелигенција	6	8	2	2	5	5	2	3	33
5.	Учење	2	2	3	7	3	3	3	6	29
6.	Поремећаји социјалног понашања	8	5	2	3	3	5	5	4	34
Укупно		**24**	**26**	**14**	**30**	**20**	**24**	**23**	**27**	**188**

χ^2 = 28,159; p<0,01

мају регистрована психичка или физичка оштећења, χ^2 = 23,447; p <0,01.

Просечан IQ ученика који су понављали разред био је 86,4 са стандардном девијацијом од 28,14. Минимални IQ био је 77, а максимални 104.

Од ових ученика који су показали неуспех у школи 11 имају лошу породичну ситуацију, пет ученика има бар једног родитеља алкохоличара, седам ученика има незапослене родитеље, два ученика родитеље који се лече на психијатријској клиници, код осталих је породична ситуација уобичајена, χ^2 =67,896 ; p <0,01.

Физички премећаји, болести, немају статистички значајан утицај неуспеха у школи. Резултати hi-квадрата су:

- Bronchitis chronica: χ^2 =2,24; p>0,05
- Astma bronchiales: χ^2 =2,31; p>0,05
- Glomerulonefritis: χ^2 =1,47; p>0,05
- Diabetes mellitus: χ^2 =0,68; p>0,05
- Gastritis chronica: χ^2 =1,23; p>0,05
- Migrena: χ^2 =2,07; p>0,05
- Epilepsija : χ^2 =3,86; p>0,05
- Febris reumathica : χ^2 =1,82.; p>,.05

Дискусија

Целокупна педагошко-психолошка литература указује на значајну корелацију количника интелигенције деце и њиховог успеха у школи[1, 3, 4, 14, 13]. И ово истраживање је то потврдило, високо статистичку корелацију између IQ и школског успеха. Основно објашњење следи из правила да је уз добру менталну основу успешно савлађивање постављених задатака много једноставније него када су у питању гранични случајеви интелигенције. Сматра се да деца са високим IQ лакше (уз мање труда) могу да одговоре на школске задатке него њихови другови са нешто нижим IQ. Ипак IQ се не може сматрати фактором успеха у учењу, јер за успешност су потребни и многи други чиниоци (пажња, мотивација, рад, добри односи у школској средини, добри породични односи и др.)[8].

Интеракцијом свих фактора ученика, породице и социјалне средине добија се приближна мера успешности ученика у школи. Фактори личности ученика су изразито утицајни на постизање успеха или неуспеха у школи. Веома грубо могу се поделити у две категорије: факторе менталног развоја деце и соматске факторе. Од соматских фактора ово истраживање је проучавало: хроничне бронхитисе, бронхијалну астму, гломерулонефритисе, шећерну болест, хроничне гастритисе, мигрене, епилепсије, реуматску грозницу, поремећаје слуха и вида и утврдило да сви ови поремећаји не ремете успех деце у школи при очуваној интелигенцији[3].

Од фактора менталног развоја ово истаживање проучавало је: поремећаје говора, поремећаје у емотивном понашању, тешкоће у учењу, ноћно мокрење и страх од школе. Утврђено је да уз велико залагање породице ови поремећаји не морају да доведу до школског неуспеха. Сви испитивани ученици са овим поремећајима су уз помоћ школског психолога успешно савлађивали градива прописана за њихов календарски узраст.

Породични фактори могу имати ужи и шири смисао. У ужем смислу они представљају међусобне односе чланова породице (отац-мајка; отац-ЈА; мајка-ЈА; брат/сетра-ЈА; отац-брат/сестра; мајка-брат/сестра). У нашој средини за млађу децу најизразитији је утицај односа међу родитељима и однос мајка-дете; што је разумљиво знајући да у овом периоду мајке и даље представљају централну фигуру у животу детета. Оне су те које проводе највише времена са децом, и то не само задовољавајући њихове основене физиолошке потребе већ им и помажући у савлађивању школских задатака (писање првих домаћих задатака, учење слова и бројева, читање, дискутовање о школским проблемима). Од свих испитиваних ученика преко 95% је дало одговор да са њима кући уче мајке. С обзиром на ову чињеницу не зачуђује податак да стручна спрема мајке значајно утиче на успешност у учењу. Мајке које имају стручну спрему већег степена имају боље могућности да својој деци помогну и објасне школске задатке него што то могу мајке са нижом стручном спремом[10, 16, 17].

Здрава породица је основни предуслов за стварање успешних потомака. Деца своју менталну и емотивну снагу управо црпе са овог

извора. Сваки поремећај елементарних породичних односа прво се огледа на деци, па тако она врло често постају нерасположена, апатична, безвољна, незаинтересована за школу и учење или пак претерано агресивна ако ти односи нису задовољавајући, а самим тим им и успех у школи пада, за разлику од деце која су растерећена бригом око односа у породици. Посебно су погођена деца која се нађу усред бракоразводне парнице својих родитеља. Таква деца су првенствено заинтересована за очување остатака разрушене породице, неретко због некритичког става родитеља осећају кривицу због њиховог развода, принуђена су да бирају између мајке и оца који су углавом у сталном сукобу, врло често присуствују мучним сценама и у кући и у судници, па не зачуђује да нису заинтересована за обавезе у школи. Код њих су то пролазни симптоми који се завршавају сређивањем породичне ситуације, али код већине деце ови проблеми се пролонгирају бар на неколико школских година.

Многа ванбрачна деца нису ни свесна свог друштвеног положаја док не крену у школу и бивају суочени са масом брачних ученика која имају оба родитеља. Често се таква деца повлаче у себе, или се само међусобно друже, терају неки свој инат и школи и друштву негирајући школске обавезе (мада међу ванбрачном децом има и вуковаца).

Деца која су изгубила једног родитеља обично не показују варирање у школском успеху[10, 20].

У ширем смислу породични фактори обухватају стамбене услове, материјални и друштвени статус породице, однос породице са околином, укључујући и однос према учењу, школи, науци, уметности. За децу млађег узраста материјално-стамбени услови немају значајну улогу, док се друштвени статус породице у многоме одражава на положај детета у школи, као што и однос породице према школи за дете представља први путоказ приликом поласка у школу. У породици где се цени школа, знање, учење, где се читају књиге, познаје уметност, дете има добре услове да види и чује све предности знања над незнањем. док у породицама где се потцењује школа ствара се негативан став детета према учењу и школи уопште.

У социјалне факторе убрајају се фактори друге социјализације и то пре свега: школа као установа и школа као скуп компликованих односа учитељ-ученик-настава-градиво-оцена-успех/неуспех. Како је ово питање педагогије, овај рад се њиме није бавио.

И девојчице и дечаци су подједнако и успешни и неуспешни у школи, што искључиво зависи од других фактора а никако од пола.

Градска и сеоска средина не показују никакав утицај на школски неуспех. У обе средине деца су потпуно исто успешна. У старијој литератури могу се наћи подаци да су деца из градских средина информисанија и успешнија у школи за разлику од својих вршњака са села, док данас нема границе између ових средина (јер што се информисаности тиче, средства масовних комуникација пружају исту могућност информисања свима, ТВ, рачунари, Интернет, што је веома битно за децу у узрасту од 7 до 15 година).

Настава и васпитање могу да утичу на психички развој и могу да вуку напред. (Давидов).

И на крају. како С. Бојанин. каже:

„Целокупно искуство менталне хигијене савременог школства, засновано на савременим тековинама научних истраживања ...“ ... формулисано је следећим речима Коменског: „... Нека са децом не покушавају ништа друго, до оно што њихове године не само допуштају, већ и траже“ (1988, 42)[3].

Закључак

Количник интелигенције показује значајну повезаност са успехом у школи, али и деца са IQ>90 могу да покажу школски неуспех.

Пол није битан фактор школског успеха.

Брачно стање родитеља је битан фактор за успешност њихове деце у школи; најуспешнији су ђаци из тзв. нормалних - брачних породица, непотпуне породице немају утицаја на успех, најугрожанији су ученици из разорених породица (разведених бракова) и деца из ванбрачних заједница.

Болести, медицински фактори, нису значајан чинилац школског неуспеха.

Средина (село-град) нема изразит утицај на школски успех.

Стручна спрема мајке је значајан чинилац успешности у школи.

Литература

1. Abbot-Chapmen et all: The curiculum redefined, Schooling for 21-st century. OECD/CERI, 1, 1993.
2. Badawi M, Kramer M, Eaton W: Use of mental health by households in the United States. Psychiatr-Serv, 1996 Apr; 47(4): 386–80.
3. Бојанин С.: Социјална психијатрија развојног доба. Научна књига, Београд, 1988.
4. Cattell R: Personality and mood by Questionnaire. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1973.
5. Глигорић Н.: Успех ученика у школи зависно од социоекономског положаја њихових родитеља. Зборник 15, Институт за педагошка испитивања, Београд, 1992.
6. Голубовић Спела: Значај ране дијагностике у циљу превенције школског неуспеха. Зборник резимеа, Дани дефектолога Југославије са међународним учешћем, 10–14.01. 2002, Херцег Нови, стр. 113.
7. Хавелка Н. et all: Образовна постигнућа према школским оценама, Ефекти основног школовања. Институт за психологију, Београд, 1990.
8. Хавелка Н.: Породична ситуација и перцепција породичног односа у Ефекти основног образовања. Институт за психологију, Београд, 1990.
9. Квашчев Р.: Способност, особине личности и успех ученика. Завод за издавање уџбеника Нови Сад, Институт за педагогију филозофског факултета Нови Сад, Нови Сад, 1989.
10. Максимовић Јелена: Прилог истраживању узрока школског неуспеха. Педагошка стварност, 2008; Вол. 54, бр.5–6: стр. 450–464.
11. Mattison RE, Morales J, Bauer MA: Adolescent schoolboys. In SED classes; impications for child psyhiatry. J-Am-Acad-Child-Adolesc-Psychiatry, 1993 Nov; 32(6): 1223–8.
12. Милаковђ И.: Када су мајка и њено дете били сами. Свјетлост, Сарајево, 1986.
13. Милосављевић П.: Основи педагогије. Атос, Крагујевац, 1996.
14. Piaget J: Le developpement mental de c'enfant in Jean Piaget. Six etudes de psychologie. Geneve, Educations Gonthier S.A. 1964.
15. Sebestik J, Garralda ME: Survey of difficult to cotain and treat children and adolescents. Arch-Dis-Child. 1996 Jul; 75(1); 78–81.
16. Shelley HB: Studying service learning. New Jersey, Lawrence Erlbaum associates, 2003.
17. Slavin RE, Karweit NL, Wasik BA: Preventing early school failure: Research on effective strategie. Boston, The Johns Hopkins University, 2004.
18. Torrance E P: Motivating children with scool problems. In book E. Paul Torance and Robert D. Strom: Menthal Health and Achienvement. New York, 1985.
19. Тубић Т., Голубовић С.: Стилови учења и школски (не) успех. У: Школа без слабих уценика. Зборник радова са међународног знанственог скупа (ур. Стевановиц М.), Пула, Филозофски факултет, 2004, стр. 96–102.
20. Turnbull J: Learning disabilites, Your case or mine? Nurs-Times, 1999 Jun 5–11; 92(23): 62–3.
21. Walter HJ et all: School-based health for urban minority junior high school students. Arch-Pediatr-Adolesc-Med. 1995 Nov;149(11): 1221–5.
22. Woolfolk AE: Educational psychology. Boston, MA, ltd: Allyn and Bacon, 2004.

Здравствено стање деце предшколског узраста на територији Шумадијског округа

М. Радовановић[1], С. Радовановић[2], С. Коцић[3], П. Поповић[4], С. Радевић[5], С. Јанићијевић[6]

The Characteristics of the Health State of the PRE-School Children in Shumadia District

Marija Radovanović, Snežana Radovanović, Sanja Kocić, Predrag Popović, Svetlana Radević, Silvija Janićijević

Сажетак: *Циљ рада јесте анализа здравственог стања деце предшколског узраста (0–6 година) на територији Шумадијског округа ради идентификације приоритетних здравствених проблема.*

Као извор података коришћени су Извештаји о обољењима, стањима и повредама службе за здравствену заштиту деце домова здравља Шумадијског округа, за период 1999–2008. година.

У популацији предшколске деце Шумадијског округа стопа оболевања расте у посматраном периоду од 5.086 на 1000 деце узраста 0 до 6 година у 1999. години до 6.668 на 1000 деце узраста 0 до 6 година у 2008. години. У структури морбидитета доминирају болести система за дисање са заступљеношћу 64,5% у 2008. години.

Кључне речи: *предшколска деца, морбидитет, Шумадијски округ.*

Summary: *The aim of this paper is to analyse the health state of the pre-school children in Shumadia district for identification of the priority health problems.*

The data source were the Reports of deseases, states and injuries from the primary health centers, departments for health protection of preschool children, in Shumadia district for the period from 1999. to 2008.

In the population of the pre-school children in Shumadia district, the rate of deseases increases, for the period we observed, from 5086/1000 children of age between 0 and 6 in 1999. to 6668/1000 children of age between 0and 6 in 2008. In the morbidity structure, the pulmonal deseases are dominating with 64,5% in 2008.

Key words: *pre-school children, morbidity, Shumadia district.*

Увод

Здравствено стање деце предшколског узраста има изузетан значај за друштво у целини. Развој појединих система деце предшколског узраста (нервни, респираторни и репродуктивни) није завршен у потпуности, те је самим тим већа њихова осетљивост на здравствене ризике. Заштита здравља деце предшколског узраста је битна јер, осим посебне осетљивости на факторе ризика, лоше здравље у детињству може имати за последи-

1 Марија Радовановић, Клинички центар, Крагујевац.

2 Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет, Крагујевац.

3 Сања Коцић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет, Крагујевац.

4 Предраг Поповић, Институт за јавно здравље, Крагујевац.

5 Светлана Радевић, Институт за јавно здравље, Крагујевац.

6 Силвија Јанићијевић, Институт за јавно здравље, Крагујевац.

цу лоше здравље у каснијем животу, са здравственим, финасијским и социјалним последицама по цело друштво[1].

Здравствену заштиту предшколске деце на примарном нивоу обезбеђују службе за здравствену заштиту деце при домовима здравља, спровођењем мера надзора над здрављем кроз систематске и конторлне прегледе, као и дијагностиком, лечењем и рехабилитацијом оболелих[2].

Циљ здравствене заштите деце јесте очување и унапређење здравља деце, праћење њиховог раста и развоја, рано откривање фактора ризика и спречавање развоја ризика по здравље деце[1].

У циљу превенирања настанка најчешћих узрока оболевања и умирања деце неопходно је да се предузимају адекватне здравствено-васпитне интервенције и промовисање здравог понашања и стилова живота од најранијег детињства[3].

Циљ рада

Циљ рада јесте анализа здравственог стања деце предшколског узраста Шумадијског округа ради идентификације приоритетних здравствених проблема у циљу предузимања мера за њихово решавање.

Метод рада

Као извор података коришћени су Извештаји о обољењима, стањима и повредама служби за здравствену заштиту деце домова здравља Шумадијског округа. Урађена је анализа здравственог стања деце предшколског узраста са територије Шумадијског округа за период 1999–2008. година. За анализу су коришћени показатељи морбидитета. Резултати су приказани табеларно и графички.

Резултати и дискусија

Учешће популације деце предшколског узратса (0–6 година) у укупном броју становника Шумадијског округа у периоду од 1999. до 2008. године кретао се од 8,5% у 1999. години до 6,9% у 2008. години.

У Републици Србији учешће популације деце узраста 0–6 година у укупном броју становника било је нешто више него у Шумадијском округу и износило је у 2007. години 7,1%[2].

Учешће популације деце узраста 0–6 година у укупном броју становника смањивало се и у Републици Србији и у Шумадијском округу, с тим што је израженије смањење забележено на територији Шумадијског округа[3].

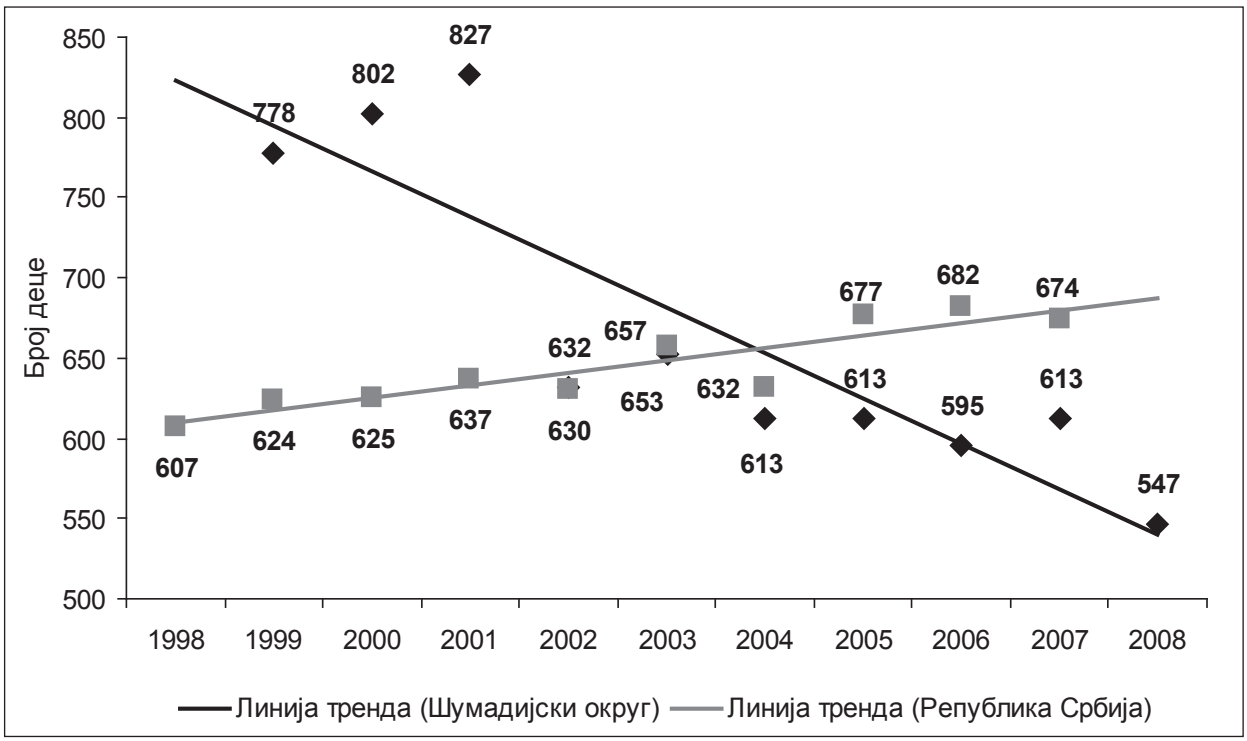
У Шумадијском округу просечан број деце узраста 0–6 година на једног лекара 1999. године износио је 778, док је 2008. године овај број смањен на 547.

На територији Републике Србије просечан број деце узраста 0–6 година на једног лекара растао је у посматраном периоду[2], док је на територији Шумадијског округа тај број смањен у односу на прву годину посматрања (**Графикон 1**).

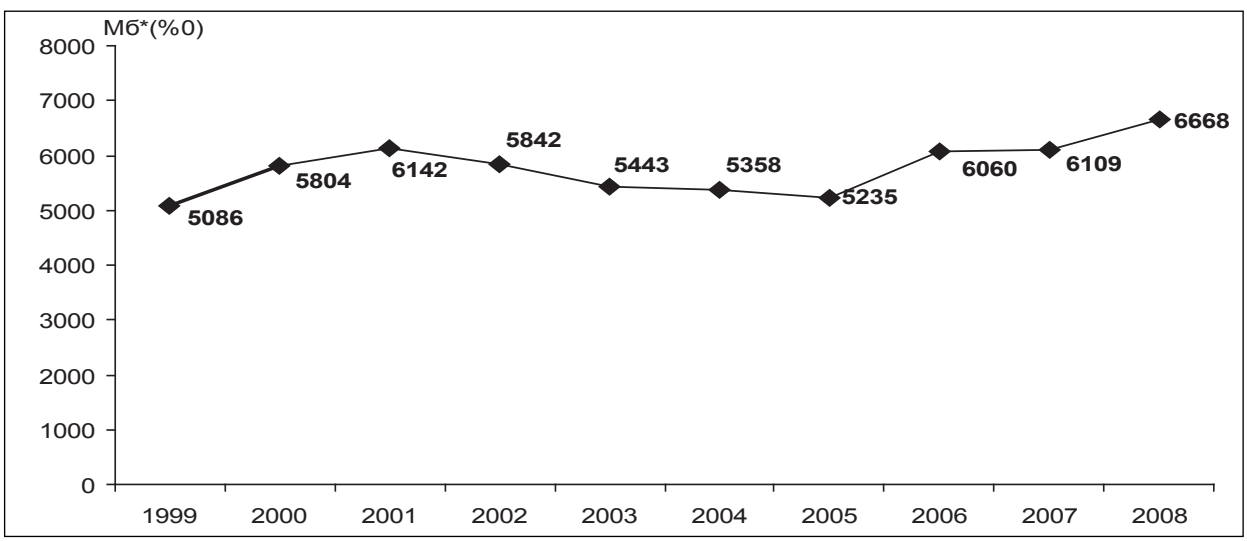
У службама за здравствену заштиту деце у Шумадијском округу укупан број регистрованих обољења и стања износио је 2008. године 134.952, а стопа оболевања 6.668 на 1000 деце узраста 0 до 6 година (или 6,7 по детету), што је за 31,1% виша стопа него забележена 1999. године када је износила 5.086 на 1000 деце узраста 0 до 6 година (или 5 по детету) (**Графикон 2**).

У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста на првом месту су биле болести система за дисање (X група МКБ-10) са сталним падом учешћа у морбидитету у току посматраног периода са 76% у 1999. години на 64% у 2008. години; заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10) са порастом учешћа од 2,1% у 1999. на 3,3% у 2008. години; болести ува и мастоидног наставка (VIII група МКБ-10) са скоро константним учешћем од 4%; болести коже и поткожног ткива (XII група МКБ-10) са константним учешћем око 5% и болести система за варење (XI група МКБ-10) које се од 2000. године, услед увођења категорије „фактори који утичу на контакт са здравственом службом (XXI група МКБ-10)“, не налазе у првих пет најчешћих група болести (**Табела 1**).

Графикон 1: Број деце старости 0–6 година по лекару, на територији Шумадијског округа и Републике Србије



Графикон 2: Морбидитет код деце предшколског узраста, на територији Шумадијског округа, 1999-2008. година



У Србији у 2007. години стопа оболевања на 1000 деце узраста 0 до 6 година износила је 5.308,8. У структури регистрованог ванболничког морбидитета и у Србији су код деце предшколског узраста међу првих пет најчешћих група болести биле болести система за дисање (X група МКБ-10) са сталним падом учешћа у морбидитету у току посматраног периода са

Табела 1: Регистрована обољења у примарној здравственој заштити деце, на територији Шумадијског округа, 1999–2008.

Редни број	Године	Укупан број обољења	Процентуално учешће најчешће регистрованих обољења у укупном броју обољења					
			Болести система за дисање	Болести ува и мастоидног наставка	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт здравствене службе	Болести коже и поткожног ткива	Заразне и паразитарне болести	Болести система за варење
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	1999.	102930	76,2	4,7	4,1	4,5	2,4	2,1
2.	2000.	117469	72,7	4,8	4,5	4,8	3,7	2,5
3.	2001.	124306	73,8	4.2	5,4	4,2	3,2	2,3
4.	2002.	118246	71,9	4.2	5,4	4,8	3,2	3,1
5.	2003.	110165	72,1	4,8	5,5	4,6	3,0	2,4
6.	2004.	109295	67,2	4,4	6,8	5,2	4,5	3,5
7.	2005.	105957	68,6	4,3	6,8	5,1	3,8	2,9
8.	2006.	122 639	61,4	4,4	13,6	4,8	4,1	2,8
9.	2007.	123634	65,6	4,9	8,4	5,3	3,3	3,0
10.	2008.	134952	64,5	5,3	8,8	4,7	3,6	3,3

78% у 1997. години на 59% у 2007. години; заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10) са порастом учешћа од 3,3% у 1997. на 4,8% у 2007. години; болести ува и мастоидног наставка (VIII група МКБ-10) са учешћем од 4%, болести коже и поткожног ткива (XII група МКБ-10) са учешћем незнатно испод 4% и болести система за варење (XI група МКБ-10), које се од 2000. године, услед увођења категорије „фактори који утичу на контакт са здравственом службом (XXI група МКБ-10)“, не налазе у првих пет најчешћих група болести[2].

На територији Шумадијског округа стопа оболевања на 1000 деце узраста 0 до 6 година виша је него у Републици Србији за 25%. На обе територије структура регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста је идентична[3].

У службама за здравствену заштиту деце на територији Поморавског округа регистровано је у 2008. години 74.407 обољења. Пет најучесталијих група болести су болести система за дисање са 78,7%, болести система за варење 4,5%, болести коже и поткожног ткива 3,7%, болести ува и мастоидног наставка са 2,8% и заразне и паразитарне болести са 2,03%[4].

У ванболничком морбидидтету Републике Хрватске за 2006. годину, у служби предшколске деце најзаступљеније су болести система за дисање (51,2%), а следе заразне и паразитарне болести са учесталошћу од 8,9%[5].

Закључак

У Шумадијском округу у популацији деце предшколског узраста у периоду 1999–2008. година, стопе морбидитета показују тренд раста. У структури морбидитета доминирају болести система за дисање. Следе заразне и паразитарне болести, болести ува и мастоидног наставка, болести коже и поткожног ткива и болести система за варење. Предузимање адекватних здравствено-васпитних интервен-

ција и промовисање здравог понашања и стилова живота представља основ превенције најчешћих узрока оболевања и умирања деце предшколског узраста.

Литература

1. Истраживање вишеструких показатеља стања деце и жена Србије. UNICEF, Београд, 2005.
2. Здравље становника Србије, Аналитичка студија 1997–2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.
3. Здравље становништва Шумадијског округа, Аналитичка студија 1998–2008. Институт за јавно здравље Крагујевац, 2009.
4. Анализа здравственог стања становништва Поморавског округа у 2008. Доступно на URL: http://www.zzjzcuprija.com/wp-content/uploads/
5. Хрватски здравствено-статистички љетопис за 2006. годину. Доступно на URL: Http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/index.htm

Ментално здравље одраслог становништва Шумадијског округа

Ж. Игњатовић[1], С. Радовановић[2], С. Коцић[3], П. Поповић[4], С. Радевић[5], М. Милосављевић[6]

Mental Health of Adult Population in Shumadia District

Žaklina Ignjatović, Snežana Radovanović, Sanja Kocić, Predrag Popović, Svetlana Radević, Mirjana Milosavljević

Сажетак: *Ментални проблеми су актуелно највећи здравствени изазов популације одраслог становништва у целом свету.*

Циљ рада јесте анализа менталног здравља одраслог становништва на територији Шумадијског округа.

Подаци коришћени за анализу менталног здравља одраслог становништва добијени су из истраживања у оквиру Пројеката „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије“, за 2006. годину.

Нешто више од трећине одраслог становништва Шумадијског округа је под стресом и има емоционалне проблеме. Мушкарци нешто чешће од жена. Задовољство животом на скали од 0 до 10 највећи проценат одраслог становништва оценио је оценом 9. Добро здравље заузима најзначајније место на скали животних вредности. Најзначајнији разлози незадовољства садашњим животом јесу приходи. Одрасло становништво оба пола у највећем проценту изражава задовољство децом.

Кључне речи: *ментално здравље, одрасло становништво, Шумадијски округ.*

Summary: *Mental health problems are currently the major health challenges in the population of adults worldwide.*

The aim of this study is to analyse the mental health in adult population on the territory of Shumadia District.

The data used to analyze the mental health of the adult population were obtained from the research within the project „Health condition, health needs and health protection of population in the Republic of Serbia“ in 2006.

A little more than a third of the adult population in Shumadia District is under stress and has emotional problems. Men more frequently then women. Life satisfaction on a scale of 0-10, the highest percentage of adult population estimated 9th grade. Good health has the most important place on the scale of life values. Finance are the most important reasons for dissatisfaction with current life. Adult population of both sexes in the highest percentage expresses satisfaction with their children.

Key words: *mental health, adult population, Shumadia District.*

1 Др Жаклина Игњатовић, Дом здравља, Крагујевац.

2 Мр сц. др Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет, Крагујевац.

3 Доц. др Сања Коцић, Институт за јавно здравље, Крагујевац, Медицински факултет, Крагујевац.

4 Др Предраг Поповић, Институт за јавно здравље, Крагујевац.

5 Др Светлана Радевић, Институт за јавно здравље, Крагујевац.

6 Мр сц. др Мирјана Милосављевић, Институт за јавно здравље Крагујевац, Медицински факултет, Крагујевац.

Увод

Ментални проблеми су актуелно највећи здравствени изазов популације одраслог становништва у целом свету[1].

Према подацима Светске здравствене организације, на почетку 21. века око 450 милиона људи у свету пати од менталних поремећаја и поремећаја понашања, 70 милиона је зависно од алкохола, 50 милиона има епилепсију, а 24 милиона болује од шизофреније. Депресија је главни узрок инвалидности и налази се на четвртом месту глобалног оптерећења од болести. Између десет и двадесет милиона људи сваке године покуша самоубиство, а милион људи га и реализује[2].

Ментално здравље подразумева складан однос у самој личности у емоционалном, интелектуалном и социјалном смислу[3].

Ментално здравље је веома значајно за добро функционисање сваког појединца и друштва, јер психички поремећаји не изазивају само погоршање квалитета живота, патњу и отуђеност оболелих особа, већ целој заједници стварају огромно оптерећење посредовано економским факторима (лечењем и умањеном продуктивношћу)[4].

Године обележене недаћама бурних политичких и економских нестабилности и ратног окружења код нас довеле су до повећања броја менталних и поремећаја понашања за чак 13,5% у периоду 1999–2002. године, тако да су они сада на другом месту проблема јавног здравства[5].

У протеклих десет година забрињава стално повећање броја особа зависних од психоактивних супстанци и појава агресивности и насиља, нарочито међу младима[6, 7].

Савремени тренд развоја менталног здравља у Европској унији, на основу чињенице да се код 27% становништва годишње испољава нека сметња менталног здравља, јесте интензивирање активности превенције: јачање кохезије и спречавања друштвене изолације, помоћ незапосленим лицима и смањење насиља у друштву[8, 9].

Циљ рада

Циљ рада јесте анализа менталног здравља одраслог становништва (19 и више година) на територији Шумадијског округа.

Метод рада

Подаци коришћени за анализу менталног здравља одраслог становништва добијени су из истраживања у оквиру Пројекта „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије“, Министарства здравља Републике Србије, 2006. године.

Резултати рада

У 2006. години 38% одраслог становништва Шумадијског округа изјаснило се да је понекад, али не више него остали људи, било под стресом или напето, мушкарци нешто чешће од жена. Емоционалне проблеме у последњих месец дана у односу на време истраживања имало је 30% одраслог становништва. Сталан осећај полета је имало 1,2% одраслог становништва, нервозе 0,7%, смирености 1,2%, туге 1%, исцрпљености 0,7%, среће 1,9% и умора 1,5%, (**Табела 1**).

Утицај емоционалних проблема на радну способност утврђен је код 38,9% одраслог становништва Шумадијског округа и то нешто израженије код жена, док је утицај емоционалних проблема на односе у породици, са пријатељима, комшијама утврђен код 7,1% одраслог становништва Шумадијског округа и **то опет чешће код жена (Графикон 1).**

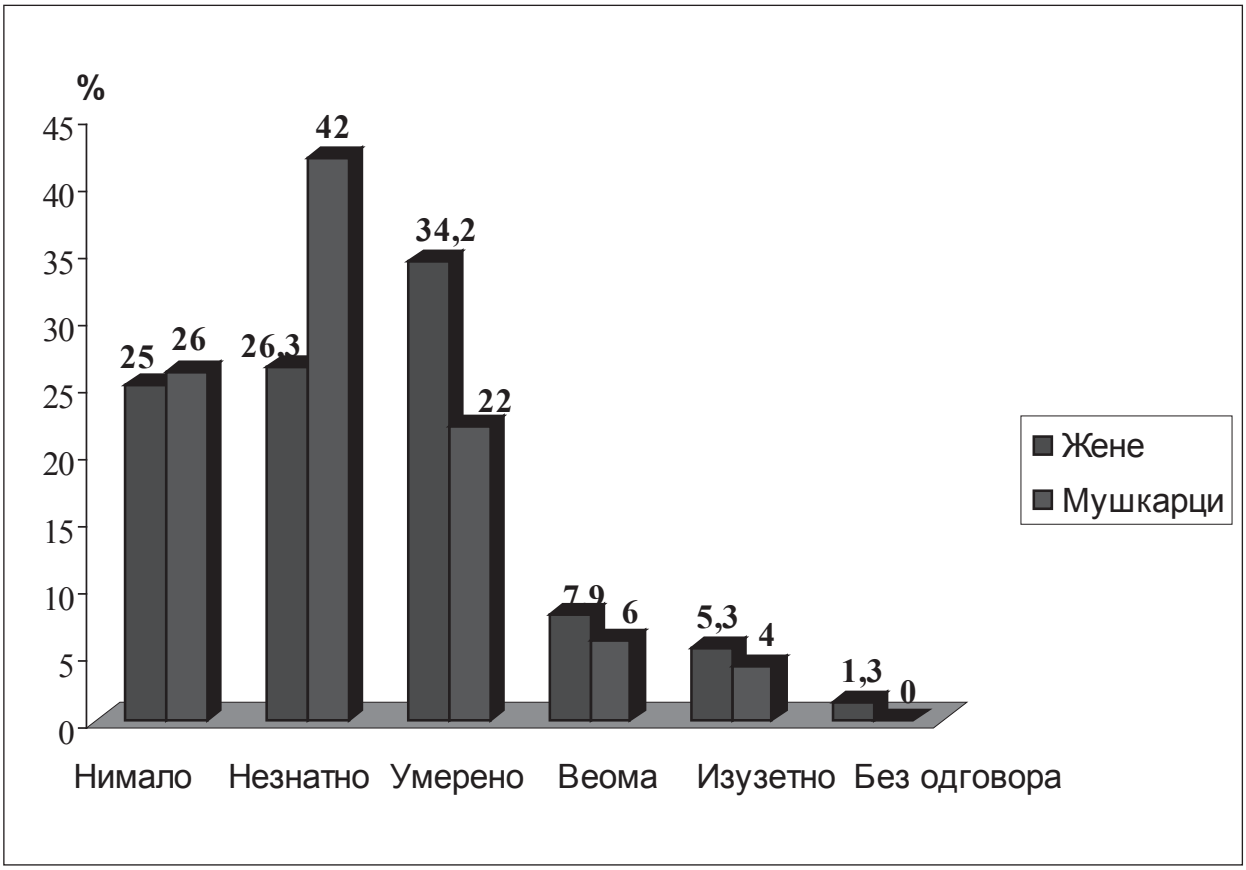
Задовољство животом на скали од 0 до 8 жене и мушкарци су у највећем проценту оценили оценом 9 (18% жена и 17% мушкараца). На скали одговора од 0 до 10 највећи проценат одраслог становништва је задовољство садашњим животом оценио оценом 9. Нема разлике по полу у рангирању задовољства садашњим животом.

Проценат одраслог становништва које се изјаснило да су најзначајнији разлози незадо-

Табела 1: Учесталост разних врста осећања код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, у 2006. години, у последњих месец дана у односу на време истраживања

Редни број	Учесталост разних врста осећања	Врсте осећања						
		Полет	Нервоза	Смиреност	Туга	Исцрпљеност	Срећа	Умор
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Стално	1,2	0,7	1,2	1,0	0,7	1,9	1,5
2.	Највећи део времена	9,5	3,4	10,9	1,9	4,4	15,3	4,6
3.	Добар део времена	25,1	14,1	29,4	7,1	14,4	28,7	16,8
4.	Неко време	34,5	28,7	39,7	24,6	33,3	31,45	41,4
5.	Врло мало времена	20,4	33,1	15,1	32,6	34,3	19,0	30,9
6.	Никад	7,3	18,0	1,7	30,9	10,9	1,7	3,2
7.	Без одговора	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,7
Укупно		**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Графикон 1: Утицај емоционалних проблема на односе у породици, са пријатељима, комшијама код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, 2006.



вољства садашњим животом приходи износио је 41,6%, и то жене 44,1% у нешто већем проценту од мушкараца 39% **(Табела 2)**.

Мушкарци и жене су у различитом проценту изражавали задовољство рођацима, браћом и сестрама, децом, брачним партнером, ком-

Табела 2. Задовољство животом код одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, 2006.

Редни број	Део живота са којим су најмање задовољни	Пол	
		Жене	Мушкарци
0	1	2	3
1.	Брачним партнером	3,3	1,0
2.	Децом	1,4	2,0
3.	Родитељима	0,5	1,0
4.	Пријатељима-комшијама	5,2	7,0
5.	Рођацима	0,9	1,5
6.	Колегама на послу	1,9	5,0
7.	Сексуалним животом	0,9	1,5
8.	Приходима	44,1	39,0
9.	Својим здрављем	5,7	7,0
10.	Самоћом	0,5	1,5
11.	Самим собом	1,4	0
12.	Послом	0	3,0
13.	Политичком ситуацијом	3,3	4,5
14.	У потпуности сам задовољан	26,5	23,5
15.	Друго	1,9	5
16.	Без одговора	2,4	2,0
Укупно		**100%**	**100%**

Табела 3: Степен задовољства особама из окружења одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, 2006.

Редни број	Задовољство особама из окружења	Степен задовољства							
		Не		Делимично		Да		Немам такву особу	
		жене	мушкарци	жене	мушкарци	жене	мушкарци	жене	мушкарци
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Рођацима	4,6	6,6	32,8	34,7	60,6	58,3	2,1	0,4
2.	Браћом и сестрама	1,2	3,7	11,6	17,7	73,9	70,0	13,3	8,6
3.	Родитељима	0	3,3	10,8	14,5	54,4	59,7	34,9	22,7
4.	Децом	0	2,5	8,3	5,0	82,2	76,4	9,5	16,1
5.	Брачним партнером	2,5	1,2	17,4	13,2	53,1	68,2	27,0	17,4
6.	Комшијама	2,9	2,1	36,0	34,7	59,0	63,2	1,2	0
7.	Пријатељима	0	0,4	22,4	24,5	76,3	75,1	1,2	0

шијама и пријатељима. У највећем проценту и мушкарци и жене су били задовољни децом, затим браћом и сестрама, **(Табела 3)**.

На скали животних вредности добро здравље заузима најзначајније место у популацији одраслог становништва у Шумадијском округу

Табела 4: Скала животних вредности одраслог становништва на територији Шумадијског округа, 2006. године

Скала животних вредности	Врсте животних вредности								
	Срећа у љубави	Пуно пара	Добро здравље	Занимљив посао	Бављење политиком	Бизнис	Живот у миру	Слобода	Религија
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	10,1	10,5	60	4,2	3,7	1,2	5,6	3,7	1,0
2.	20,0	12,7	13,2	5,2	3,4	2,7	31,6	10,0	1,2
3.	31,0	17,4	8,1	4,4	0,7	1,2	18,1	17,9	1,2
4.	16,0	11,3	5,4	18,0	2,0	9,6	14,2	15,4	8,3
5.	10,1	15,2	0,5	10,8	8,1	7,1	6,6	16,4	25,2
6.	6,4	11,5	2,2	19,5	4,4	19,2	6,9	17,9	11,8
7.	2,7	2,7	2,7	26,4	5,9	23,2	10,8	5,1	10,3
8.	3,4	5	5,4	8,1	16,0	26,1	2,7	9,8	22,5
9.	0,2	2,9	2,5	3,4	55,7	9,6	3,4	3,7	18,4
Укупно	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

у 2006. години. Друго место заузима живот у миру, а треће пуно пара (**Табела 4**).

Дискусија

У нашој земљи нема епидемиолошких студија које би дале прецизне податке о стању менталног здравља становништва. Међутим, сигурно је да су бројни изазови у последњих петнаест година утицали на ментално здравље популације[10].

Године стреса узроковале су пораст развоја менталних поремећаја и поремећаја понашања у нашој земљи. По подацима Института за јавно здравље Србије, учесталост менталних поремећаја повећана је за 13,5% од 1999. до 2002. године (271.944 регистрованих поремећаја било је 1999. године, а 309.281 забележено је 2002. године), тако да се они налазе на другом месту проблема јавног здравства, одмах после цереброваскуларних и кардиоваскуларних обољења. Интензиван акутни и хронични стрес, као и акумулирана траума, узроковали су значајне психолошке последице, нарочито код вулнерабилних особа. Учесталост стресних поремећаја је висока, а у порасту су депресија, број самоубистава, злоупотреба алкохола и супстанци, као и психосоматски поремећаји[11, 12].

Број зависника од супстанци је у сталном порасту од 1997. године. Број младих особа које траже помоћ због зависности већа је за 100%. Према извештајима полиције, криминална дела у последњој деценији повећана су за 300%, при чему су две трећине тих дела у вези са дрогом. Сведоци смо и забрињавајућег пораста агресивности и насиља, нарочито међу младима, што има сложене биолошке, психолошке и социјалне узроке, али је сигурно у вези са годинама стреса кроз које пролазимо[13, 14].

У нашем истраживању емоционалне проблеме у последњих месец дана у односу на време истраживања имало је 30% одраслог становништва. Утицај емоционалних проблема на радну способност утврђен је код 38,9% одраслог становништва Шумадијског округа. Као најзначајније разлоге незадовољства садашњим животом одрасло становништво је навело приходе, и то жене у нешто већем проценту од мушкараца (44,1% односно 39%).

Слични резултати забележени су и у Републици Србији у 2006. години. У месецу који је претходио истраживању 43,9% становника је било под стресом, што је значајно мање него у 2000. години, када је стресу било изложено 58,6% ставновника. Под стерсом су чешће биле жене. Трећина испитаника је имала емоционалне проблеме, што је такође не-

повољнији резултат у односу на 2000. годину када се на ове проблеме жалило преко 40% испитаника. И емоционални проблеми су чешћи били код жена. Утицај емоционалних проблема на социјалне односе утврђен је код 11,7% становника Србије, што је знатно мање у односу на 2000. годину (16,5%). Негативна стања и осећања (нервоза, потиштеност, туга, исцрпљеност, умор) регистрована су као дуготрајно стање код сваког другог становника Србије, док су позитивна стања и осећања (полет, спокојство и смиреност, срећа, поседовање енергије) регистрована као дуготрајно стање код само 4,4% популације. У 2006. години најзначајнији разлози незадовољства садашњим животом су приходи (62,8%), политичка ситуација (32,6%) и посао (21,7%)[15].

Закључак

Нешто више од трећине одраслог становништва Шумадијског округа је под стресом и има емоционалне проблеме. Мушкарци нешто чешће од жена. Задовољство животом на скали од 0 до 10 највећи проценат одраслог становништва оценио је оценом 9. Добро здравље заузима најзначајније место на скали животних вредности. Најзначајнији разлози незадовољства садашњим животом су приходи. Одрасло становништво оба пола у највећем проценту изражава задовољство децом. Правци унапређења менталног здравља треба да буду усмерени ка промоцији здравих стилова живота ради појачања отпорности на све бројније психосоцијалне стресоре.

Литература

1. Бацковић Д., Миловановић С., Максимовић М., Латас М.: Стрес и ментални замор у радном процесу као проблем индустријски развијених земаља. Енграми. 2000; 22(1): 39–64.
2. WHO: Mental health - new understanding, new hope. World Health Report 2001. WHO, Geneva, 2001.
3. Ераковић Т.: Ментална хигијена – занемарена научна дисциплина. Норма, 2007; вол. 12, бр. 1; стр. 89–102.
4. Бацковић Д.: Ментална хигијена – идеја и пракса у Србији. Српски архив за целокупно лекарство, 2010; вол. 138, бр. 7–8: стр. 526–531.
5. Lečić-Toševski D., Gavrilović J., Knežević G., Priebe S.: Personality factors and posttraumatic stress: associations in civilians one year after air attacks. J Pers Disord. 2003; 17(6): 537–49.
6. Лечић-Тошевски Д., Ћурчић В., Грбеша Г. и остали: Заштита менталног здравља у Србији – изазови и решења. Психијатрија данас. 2005; 37(1): 9–25.
7. Backović D., Marinković J., Grujučić-Šipetić S., Maksimović M.: Differences in substance use patterns among youth living in foster care institutions and in birth families. Drugs: Education, Prevention and Policy, 2006; 13(4): 341–51.
8. Николић-Балкоски Г., Миловановић С., Лепосавић Л., Ласковић Н., Баришић-Ројнич Ј.: Рационално у процесу рационализације – оквири и дилеме. Енграми. 2006; 28(3-4): 57–62.
9. Priebe S: Psychiatry in the future - Where is mental health care going? A European perspective. Psychiatric Bulletin, 2004; 28: 315–6.
10. Lečić Toševski D, Draganić Gajić, Priebe S: The Serbian Experience. In: Lopez-Ibor JJ, Maj M, Christodoulou GN, Sartorius N, Okasha A. (editors). Disasters and Mental Health. John Wiley & Sons, 2004; p. 247–255.
11. Gavrilović J., Lečić Toševski D., Knežević G., Priebe S.: Predictors of posttraumatic stress in civilians one year after air attacks: A study of Yugoslavian students. J Nerv Mental Diseases 2002; 190 (4): 257–62.
12. Lečić Toševski D., Gavrilović J., Knezević G., Priebe S.: Personality factors and posttraumatic stress: Associations in civilians one year after air attacks. Journal of Personality Disorders 2003; 17 (6): 537–49.
13. Lečić Toševski D, Dimić S, Pejusković B, Hoftvedt B: Burnout syndrome among primary care physicians – a need for prevention. Abstracts. World Psychiatry Supplementum 2004; 3: 1:83.
14. Janković Gavrilović J, Lečić Toševski D, Dimić S, et al: Posttraumatic stress and quality of life. Psychiatry Today, 2003; 1-2: 56-67.
15. Истраживање здравља становништва у 2006. години. Министарство здравља Републике Србије, 2007.

Конзумирање цигарета и алкохола одраслог становништва

В. Радовановић[1]

Consumption of Cigarettes and Alcohol in Adult Population

Vesna Radovanović

Сажетак: *Циљ рада јесте анализа учесталости конзумирања цигарета и алкохола одраслог становништва (19 и више година) на територији Шумадијског округа у циљу припреме и примене адекватних мера превенције. Подаци коришћени за анализу добијени су из истраживања у оквиру Пројеката „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије“, за 2006. годину. Резултати су приказани табеларно и графички. У популацији одраслог становништва Шумадијског округа у 2006. години 23% жена и 34% мушкараца су свакодневни пушачи. Највећи проценат пушача налази се у старосној доби од 35. до 44. године. Алкохол конзумира 40% одраслог становништва, и то најчешће пиво и жестока пића. Више од половине одраслог становништва пије 15 година и више.*

Кључне речи: *одрасло становништво, конзумирање цигарета и алкохола, Шумадијски округ.*

Summary: *The objective of this work is the analysis of the frequency of consumption of cigarettes and alcohol in adult population (ages 19 and over) on the territory of Shumadia District with the aim of organizing and implementing adequate measures of prevention. The data used to analyze were obtained from the research within the project “ Health condition, health needs and health protection of population in the Republic of Serbia“ in 2006. The results are presented by table and graphic. In adult population of Shumadia District in 2006, 34% of male subjects and 23% of female subjects smoke regularly. The highest percentage of smokers are those between the ages of 35 and 44. Alcohol is consumed by 40% of population, mostly beer and spirits. More than half of the adult population has been drinking for 15 years or more.*

Key words: *adult population, consumption of cigarettes and alcohol, Shumadia District.*

Увод

Пушење је појава епидемијских размера, а разлози за контролисање епидемије пушења су њени ефекти на здравље, сиромаштво и свеукупни развој. Дувански дим садржи око 4.000 хемијских састојака, укључујући никотин, 60 канцерогених материја и високе концентрације слободних радикала који мењају метаболизам ћелија и на тај начин доводе до низа болести. Процењује се да око пет милиона смрти у свету годишње настаје од последица пушења. Ако би се епидемија пушења наставила досадашњим темпом, до 2020. године удвостручио би се број умрлих[1].

Значај пушења као фактора ризика за смртност и оболевање становништва у Републици Србији обрађен је у Студији о оптерећењу болестима и повредама у Републици Србији спроведеној током 2003. године. Дуван је наведен као фактор ризика повезан са најзначајнијим здравственим проблемима и одговоран је за 13,7% изгубљених година живота у Републици Србији (18% за мушкарце, 7,9% за жене). Пушење је најзначајнији фактор ризика

1 Др Весна Радовановић, Дом здравља Ужице.

за настанак рака плућа, исхемичне болести срца, срчаног удара и хроничне опструктивне болести плућа. Студија је такође указала да је оптерећење највеће у раном животном добу и да опада са старењем појединца[2].

Алкохол спада у легалне дроге у већини земаља света. Друштвени став према алкохолу варира од широког одобравања, преко контролисања места где се може купити и испијати, па до потпуне забране продаје и/или коришћења у муслиманским земљама. Употреба алкохола је део традиције, обичаја и културе многих народа. Чак и умерене количине алкохола унете у организам стварају привид опуштености и дају улепшану слику менталне и физичке снаге, због чега људи најчешће пију. Чињеница је да је алкохол отров и да има ефекат депресора нервног система, а докази о штетном утицају алкохола на здравље људи, а посебно младих, добро су документовани у стручној литератури. Светска здравствена организација процењује да у свету око две милијарде људи конзумира алкохолна пића. Особе које конзумирају веће количине алкохола имају већи ризик за оболевање од великог броја болести, као и за саобраћајни трауматизам, насиље у породици, самоубиства и криминал[1].

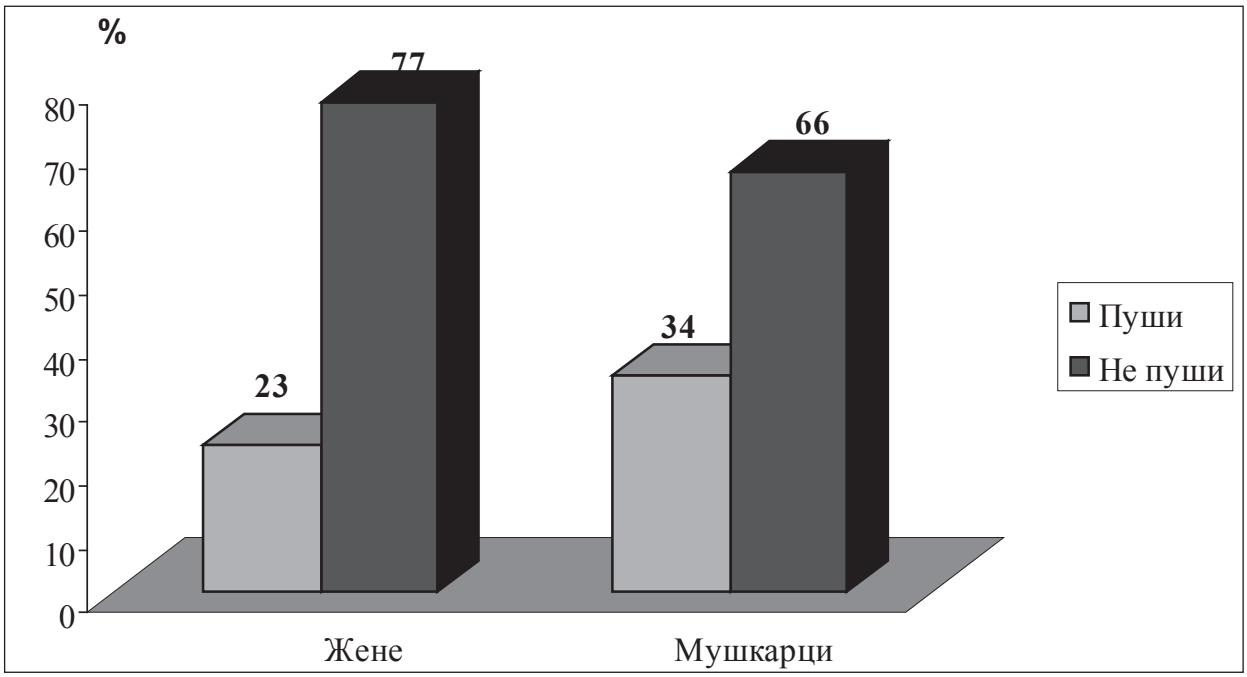
Циљ рада

Циљ рада јесте анализа учесталости конзумирања цигарета и алкохола одраслог становништва (19 и више година) на територији Шумадијског округа у циљу припреме и примене адекватних мера превеције.

Метод рада

Подаци коришћени за анализу учесталости конзумирања цигарета и алкохола одраслог становништва Шумадијског округа добијени су из истраживања у оквиру Пројекта „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије“ Министарства здравља Републике Србије, 2006. године. Истраживање је спроведено применом анкетног упитника. База података је креирана

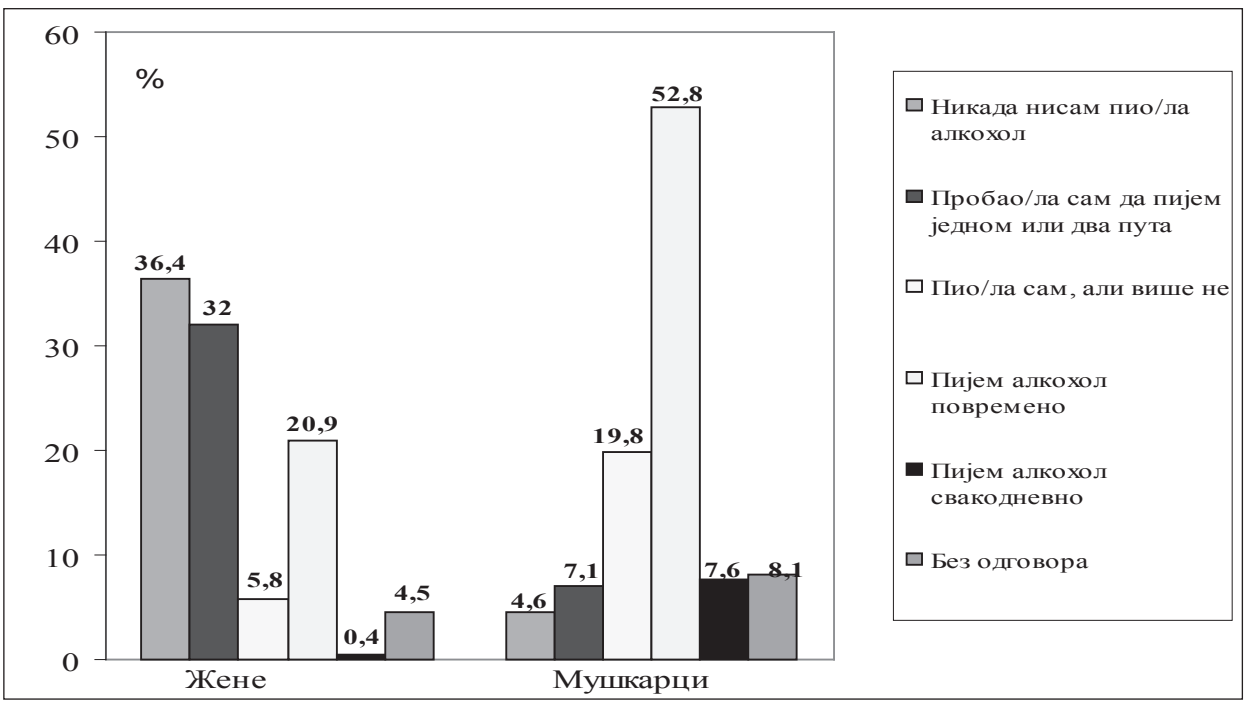
Графикон 1: Одрасло становништво које свакодневно пуши, на територији Шумадијског округа, у 2006. години, по полу



Табела 1: Учесталост конзумирања разних врста алкохолних пића одраслог становништва, на територији Шумадијског округа, 2006. година

Редни број	Учесталост конзумирања	Врста алкохолног пића			
		Пиво	Вино	Жестока пића	Ликер
0	1	2	3	4	5
1.	Никада	12,4	23,0	20,2	60,7
2.	Неколико пута годишње	18,4	35,0	21,6	12,2
3.	Два до три пута месечно	17,2	13,5	13,6	2,4
4.	Једанпут недељно	13,3	5,4	7,5	0,7
5.	Два до три пута недељно	21,3	4,4	13,3	0,3
6.	Сваки дан	5,8	1,0	7,0	0,1
7.	Без одговора	11,7	17,8	16,8	23,6
Укупно		**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Графикон 2: Конзумирање алкохола одраслог становништва према полу, на територији Шумадијског округа, 2006. година



у статистичком пакету СПСС 12.0. Резултати анкетних упитника обрађени су и приказани табеларно и графички.

Резултати рада

У популацији одраслог становништва Шумадијског округа, у 2006. години, свакодневно је пушило 34% мушкараца и 23% жена (**Графикон 1**). Свакодневно пуши 57% становника, повремено 11,5%, док не пуши 27,1% становника. Највећи проценат пушача (49,6%) налазио се у старосној групи од 35. до 44. године. На питање да ли желе да престану са пушењем, 23,4% се изјаснило да не жели, 28% жели да престане са пушењем, 18,4% није сигурно, 22,5% је престало да пуши. Дуванском

диму у сопственој кући било је изложено нешто више од половине анкетираног одраслог становништва Шумадијског округа (51,6%), а 34,6% на радном месту. Изложеност дуванском диму у сопственој кући била је већа код жена (22,1%), а на радном месту код мушкараца (39%). Према добним групама, дуванском диму у сопственој кући и на радном месту највише су били изложени они који се налазе у добној групи 20 до 34 године и 35 до 44 године. Једна трећина пушача никада није покушала да престане са пушењем, а само 1% њих се изјаснило да се обраћало за помоћ саветовалишту за одвикавање од пушења. Због штетних последица пушења по своје здравље нимало није забринуто 18,4% пушача.

У Шумадијском округу у 2006. години алкохол конзумира 40,2% одраслог становништва, док свакодневно конзумира алкохолна пића 2,8% одраслог становништва. Поредећи учесталост конзумирања разних врста алкохолних пића, запажа се да је најучесталије свакодневно конзумирање жестоких пића и пива (**Табела 1**). Велики проценат одраслог становништва (64%) пије 15 година и више. Позитиван став о алкохолу има 28,5% одраслог становништва.

Алкохолна пића не конзумира 74,2% жена, што је два пута више у односу на мушкарце (31,5%). Свака трећа жена (36,4%) никада у животу није пила алкохолна пића, док то није чинило само 4,6% мушкараца (**Графикон 2**).

Дискусија

Светска здравствена организација констатује да је ширење епидемије коришћења дувана у било ком облику, укључујући пушење цигарета, луле, жвакање или ушмркавање, као и изложеност дуванском диму, глобални проблем са озбиљним последицама по јавно здравље[3].

Резултати нашег истраживања указују да је конзумирање цигарета одраслог становништва Шумадијског округа веома учестало, с обзиром да то чини сваки трећи мушкарац и свака пета жена, а да више од половине одраслог становништва то чини свакодневно.

Преваленција пушења у Републици Србији, према резултатима испитивања здравља 2000. године, била је међу највишима у Европи, са 46% мушкараца и 30,9% жена активних пушача, да би се 2006. године смањила на 39,7% мушкараца и 30,5% жена који активно пуше[4].

Резултати слични нашим забележени су и у Републици Србији у 2006. години. Највећи проценат пушача у налазио се у старосној групи од 35. до 44. године (46,9%). Дуванском диму у сопственој кући било је изложено више од три петине одраслог становништва (61,7%), а на радном месту 44,9%. Изложеност дуванском диму у сопственој кући била је већа код жена (62,1%), а на радном месту код мушкараца (49%). Посматрано по добним групама, дуванском диму у сопственој кући и на радном месту највише су били изложени они који се налазе у добној групи 20 до 34 године и 35 до 44 године. Код више од једне половине становништва Србије (57,5%) постојала је свест о штетним последицама пушења и излагања дуванском диму по здравље. Само 1% одраслих пушача навело је да су користили услуге саветовалишта за одвикавање од пушења, док је 3% пушача изјавило да није користило услуге саветовалишта зато што није знало да таква саветовалишта постоје. Од укупног броја пушача 37,1% је навело да желе да престану са пушењем, и то нешто више жена (39,9%) него мушкараца (34,4%)[5].

У Финској, добро осмишљеним програмима, број пушача је смањен за две трећине, са 76% одраслих мушкараца на 26%. Драстичним смањењем броја пушача смањена је смртност од инфаркта миокарда за 73%, инциденција свих врста рака за 17%, примарног рака бронха за 63%, значајно је продужен животни век и вишеструко смањени издаци за боловања, лекове и хоспитализацију[6].

У погледу учесталости конзумирања алкохола, наше истраживање показало је да готово половина одраслог становништва конзумира алкохол, и то најчешће пиво и жестока пића. Свака пета жена повремено пије алкохол.

У Републици Србији, у 2006. години, свакодневно је конзумирало алкохолна пића 3,4% становништва. Најчешће су се свакодневно пила „жестока" пића, а затим пиво и вино. Уо-

чено је да је у категорији најсиромашнијих тај проценат значајно већи (5,3%), као и код становништва које има основно или ниже образовање (5,1%). Више од 70% жена у Србији изјавило је да не конзумира алкохолна пића (или није пило никада у животу, или је пробало само једном или два пута у животу, или је пило некада али сада више не пије), што је скоро два пута више у односу на мушкарце (37,2%). Никада у животу 32,7% жена није пило алкохолна пића, док то није чинило само 7,3% мушкараца[5].

Закључак

У популацији одраслог становништва Шумадијског округа у 2006. години 23% жена и 34% мушкараца су свакодневни пушачи. Највећи проценат пушача налази се у старосној групи од 35. до 44. године. Алкохол конзумира 40,2% одраслог становништва, и то најчешће пиво и жестока пића. Више од половине одраслог становништва пије 15 година и више. Више од две трећине жена не конзумира алкохолна пића, што је два пута више у односу на мушкарце.

Литература

1. Здравље становништва Шумадијског округа. Аналитичка студија 1998–2008. Институт за јавно здравље Крагујевац, 2009.
2. Atanaskovic-Markovic Z., Bjegovic V., Jankovic S., Kocev N., Laaser U., Marinkovic J., Markovic-Denic Lj., Pejin-Stokic Lj., Penev G., Stanisavljevic D., Šantric-Milicevic M., Šaulic A., Šipetic-Grujicic S., Terzic-Šupic Z., Vlajinac H.: The Burden of Disease and Injury in Serbia. Ministry of Health of the Republic of Serbia, Belgrade, 2003.
3. Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization, Geneva, 2003.
4. Грујић В.: Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите одраслог становништва у Репбулици Србији. Гласник, Институт за заштиту здравља Србије, 2002; Вол.1–2: 23–147
5. Здравље становника Србије, Аналитичка студија 1997–2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.
6. Боровић П.: Артеријска хипертензија. У: Дуван и хипертензија, одабране теме 2. Медицински факултет, Универзитет у Београду, 2006; 159–173.

Здравствена нега у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања

С. Станковић[1], Ј. Николчић[2]

Health Care in The Field of Neurology Geriatrics and Palliative Care

Snežana Stanković, Jasna Nikolčić

Сажетак

Увод: *Здравствена нега је професионално подручје рада медицинских сестара, а различитост и комплексност неге неуролошких, геријатријских болесника и болесника који имају потребу за палијативним збрињавањем захтева знање и професионалне вештине, јер стање болесника може да се мења из сата у сат или долази до изненадних промена, где је потребна брза и адекватна реакција.*

Циљ: *Утврђивање потреба за здравственом негом, планирањем, системским спровођењем и документовањем рада свих сестара у току 24 сата ради обезбеђивања квалитетне здравствене неге у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања.*

Дискусија: *Да би се здравствена нега остварила на прави начин, неопходно је да медицинска сестра познаје болесника: његове бриге, страхове, жеље и потребе, али и да поседује посебна знања и вештине рада у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања. Стварањем односа поверења сестра ће бити у могућности да заједно са болесником поставља остварљиве циљеве здравствене неге.*

Закључак: *Адекватна здравствена нега као и лечење и рехабилитација у наведеној области имају за циљ смањење стопе морталитета, морбидитета, рецедива, компликација, инвалидности, хендикепа и обезбеђивање што бољег квалитета живота оболеле особе.*

Summary

Introduction: *Health care is the professional field of nursing work, and the diversity and complexity of health care for neurological, geriatric patients and for patients who needs Palliative care request special knowledge and professional skils.Those are immovable or less movable patients, often their consciousness is to change, without orientation in space or time, so they needs help in daily activites.*

The goal: *To present why is neurology and geriatric health care and Palliative care so specific, and which problems and needs patients to have.*

Discussion. For wright way heath care is necessary that nurs know biopsyche social characteristic of patient with all his woryes, anxietyes, wishes and needs, but nurse also must to have knowledge and skils for work in field of neurology, geriatric and Palliative care and must to know multidisciplinary and interdisciplinary way to decide problems and needs.

Conclusion: *If health care to be suitable, in use with medical treatment and rehabilitation ,we have the goal to diminish mortality, morbidity, the relapse, complication , disability and provide better quality of life sick person and to enable that he can use his remaining able in such as normal social contact.*

Kay words: *Health care, Neurology, Geriatric, Palliative Care.*

1 Снежана Станковић, специјалиста рехабилитације и социотерапије, Специјална болница за превенцију и лечење цереброваскуларних обољења „Свети Сава“, Београд.

2 Јасна Николчић, медицинска сестра, Специјална болница за превенцију и лечење цереброваскуларних обољења „Свети Сава“, Београд.

Кључне речи: *здравствена нега, неурологија, геријатрија, палијативно збрињавање.*

Увод

Здравствена нега је професионално подручје рада медицинских сестара, а процес здравствене неге као научно заснован метод има предност у односу на класични метод у сестринској пракси. Од првог сусрета са пацијентом медицинска сестра почиње посматрање болесника и прикупља податке са циљем утврђивања његових здравствених потреба. На основу потреба планирају се активности здравствене неге по приоритету и сестра их стално усклађује са здравственим стањем пацијента. У области неуоролигије, геријатрије и палијативног збрињавања здравствена нега има своје специфичности у односу на друге области медицине, а медицинске сестре се суочавају са потребом тренутне реакције на нестабилне услове и учешћа у одлукама које се некада тичу живота и смрти.

Здравствена нега се остварује по плану, а резултати неге се проверавају у односу на постављене циљеве. Да би се здравствена нега остварила на прави начин, неопходно је да медицинска сестра познаје болесника: његове бриге, страхове, жеље и потребе. Стварањем односа поверења сестра је у могућности да заједно са болесником поставља остварљиве циљеве здравствене неге. Сваки човек је личност за себе и са својственим реакцијама и карактеристикама. Приступ здравствене неге пацијенту је индивидуалан.

Циљ рада

Утврђивање потреба за здравственом негом и почетно планирање, те системско спровођење и документовање рада свих медицинских сестара у току 24 часа ради обезбеђивања квалитетне здравствене неге. Здравствена нега, лечење и рехабилитација у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања има општи циљ: смањити стопу морталитета, рецидива, компликација, инвалидности, хендикепа и оспособити оболелу особу да на најбољи могући начин може да користи своје преостале способности у што нормалнијем социјалном контексту.

Здравствена нега у неурологији

Међу професијама здравствене заштите, професија медицинске сестре има јединствено обележје одговорности све време током хоспитализације пацијента на неуролошком одељењу. Сестре негују хоспитализоване болеснике 24 часа дневно и евидентирају своја запажања, активности, услуге и интервенције у документацију (сестринска пријемна листа, листа здравствене неге, Нортонова скала, Морзеова скала, ФИМ тест, Браденова скала, сестринско писмо).

Цереброваскуларне болести, епилепсија, деменција, представљају озбиљан епидемиолошки, социомедицински и општедруштвени проблем. Ове болести заузимају водеће место међу обољењима централног нервног система, а у непрекидном су порасту у свету и код нас са тенденцијом оболевања и особа млађе старосне доби. Васкуларне лезије мозга припадају групи водећих неуролошких обољења и евдентан су узрок хроничне неспособности. Неке од најбитнијих социо-медицинских карактеристика ЦВО су: висока стопа морбидитета, висока стопа морталитета, висока стопа инвалидности, појава мултиморбидности, а последице оставља и на оболелог и на његову породицу. Цереброваскуларни инсулт је најтежи облик манифестације болести и представља само завршни стадијум једног дуготрајног процеса. У етиопатогенези ових обољења учествују многобројни врло сложени и испреплетани чиниоци, а посебно се поклања пажња факторима ризика. Клиничке манифестације код особа са цереброваскуларним поремећајима врло су различите и различито се манифестују у зависности од обима и локализације промена у централном нервном систему. Код ових пације-

ната посебно треба обратити пажњу на: сензомоторне функције, проблеме у комуникацији (поремећај говора и писања), промене у понашању, вртоглавице, главобоље, епи-напад, поремећаје акта гутања, чула, контроле сфинктера, когнитвно-мнестичких функција.

Збрињавање ових пацијената подразумева: здравствену негу, терапију, рехабилитацију и захтева мултидисциплинарни и интердисциплинарни тимски рад, пре свега у организацији рада медицинских сестара.

Из свега наведеног намеће се једно велико подручје рада медицинских сестара на подручју здравствене неге, терапије и рехабилитације, које има своје специфичности, јер пацијенти су непокретни или полупокретни, имају поремећај свести, узнемирени, агресивни, нису способни да самостално задовоље своје физиолошке потребе, а компликације су честе. Честа појава је присуство бола у одузетим екстремитетима или у великим зглобовима, поготово у рамену, па при манипулацији и окретању пацијента треба то узети у обзир, зато је увек боље да око непокретног пацијента раде две сестре, кад год је то могуће. Активности здравствене неге подразумевају стални надзор и непрекидно праћење нивоа свести јер је најважнији показатељ мождане функције и варира између стања активне свести и дубоке коме, затим праћење срчане радње и крвног притиска, дисања (респираторна подршка – air way, ендотрахеални тубус, аспирације, вештачка вентилација), телесне температуре, одржавање личне хигијене, задовољавање основних животних потреба (храњење per os, парентерално, ентерално, обрада усне дупље, пласирање и нега назогастричне сонде, ендотрахеалног тубуса, уринарног катетера).

Медицинска сестра учествује и у дијагностичким процедурама (припрема пацијента, транспортује, збрињава), узима узорке биолошког материјала, асистира при лумбалној пункцији итд. У терапијском приступу код оболелих од можданог удара, у последњој деценији, примењује се тромболитичка терапија која има за циљ да после можданог удара нема дефицита или да је он минималан. Лечење неуролошког болесника је комплексно и дуготрајно. У спровођењу здравствене неге требало би да постоји тим. Сестра – вођа тима за негу прави поделу рада у складу са стручним способностима и афинитетима чланова тима. Сваки члан треба да је одговоран за свој делокруг рада, док је вођа тима одговоран за квалитет неге у целини (једна сестра треба да има стрпљења за храњење болесника, друга да беспрекорно обрађује усну дупљу ...).

Када говоримо о епилепсији и епилептичном нападу, медицинске сестре и техничари требало би да знају да је епилепсија хронично обољење мозга које се карактерише спонтаним (непровоцираним) понављањем епилептичких напада. Епилептични напад се може испољити у виду конвулзија, поремећаја свести или комбинацијом наведених. Епилептични напади према клиничкој слици могу се поделити на парцијалне и генерализоване. Епилепсија учествује са око 1% у глобалном оптерећењу болестима, што је еквивалентно стопи оптерећења коју имају карцином дојке код жена и карцином плућа код мушкараца. Епилепсија не представља специфичну болест или одређени синдром, већ спада у широку категорију групе симптома који се могу јавити код било ког патолошког процеса који доводи до поремећаја нормалне функције мозга. Процењује се да од активне епилепсије болује око 5 особа на 1.000, док је учесталост нових случајева у току једне године око 55 на 100.000 особа. Из ових података се може извести закључак да у Србији око 40.000 људи болује од епилепсије, а да се само на подручју Београда дијагностикује око 1.000 нових случајева годишње. Код особа преко 65 година примећена је већа учесталост епилепсије са старењем, а процењује се да је број нових случајева скоро четири пута већи у старости него у средњем животном добу. Према препорукама Америчке неуролошке академије и Америчког удружења за епилепсију болесници након првог доживљеног непровоцираног епилептичког напада треба да ураде: електроенцефалографију, компијутеризовану томографију ендокранијума или магнетну резонанцу главе, као и рутинске лабораторијске анализе крви.

Улога медицинске сестре – техничара у спровођењу здравствене неге оболелих од епилепсије подразумева: посматрање пацијента и

препознавање симптома. У току епилептичног напада пацијента треба поставити у одговарајући положај, окренути га на страну (кома положај), спречити повређивање, не смеју се спречавати покрети и не сме се подизати пацијент, мора бити под сталним надзором, обавестити лекара и дати прописану терапију.

Познато је да добра комуникација између болесника и медицинске сестре представља основу за добар рад. Она омогућава пружање подршке болесној особи да истраје на свом путу ка опоравку, олакшава му проблеме и тешкоће, улива наду и даје снагу која је често на измаку. Код неуролошког болесника су честа оштећења централног нервног система, што међусобно повезује физичке, говорне и психолошке последице. Комуникација са овим пацијентима веома је отежана, сестра треба да поседује интелектуалну и емоционалну способност и разумевање стања болесне особе (емпатију) као и стрпљење да превазиђе проблеме. Болесник је често усамљена и уплашена особа, треба га ословљавати именом, јер тиме испољавамо заинтересованост за њега и извесно поштовање, што њему много значи, па чак и онда када имамо утисак да није тако. Он је често у паници када схвати да не може разговарати као пре, а чињеница да неко разуме његов проблем олакшава му прихватање стварности. Када је стање пацијента стабилно, настоји се да се започне са раним рехабилитационим третманом, што је пре могуће, у најранијој фази болести. Савремени трендови рехабилитације све више акценат стављају на неуростимулативни приступ здравствених радника пацијенту, чиме се стимулише одузета страна тела и сви поступци око пацијента имају за циљ стимулацију сећања у мозгу, а рехабилитација задовољава један од својих принципа – континуитет. Традиционални приступ болеснику после можданог удара заснива се на компензаторним способностима болесника, тј. изгубљене функције болесне стране надокнађују се очуваним функцијама здраве стране. Сви предмети и ноћни сточић стављају се са здраве стране. Сестра прилази болеснику са здраве стране, не очекујући никакву активност болесникове половине тела која је захваћена слабошћу или одузетошћу. Неуростимулативни приступ не користи компензаторни механизам, већ подједнаку пажњу обраћа на обе стране. Усмерен је на повратак равнотеже тонуса и сензибилитета. Болесник учи најпре једноставне покрете, понављајући их док их не научи. Прибор који је потребан болеснику и ноћни сточић стављају се обавезно на страну захваћену плегијом или парезом. Сви чланови здравственог тима и породица прилазе са одузете стране. Болеснику се говори да гледа на одузету страну и да примећује и води рачуна о одузетим екстремитетима. Када започне процес рехабилитације (када пацијент може да седи и стоји), пацијент треба да „вуче“ здравом страном одузету страну. Међутим, догађа се да здравом страном „гура“ на одузету страну и пада на одузету страну. Овај поремећај назива се „Пушер синдром“. Кроз здравствену негу сестра примењује принципе неурорехабилитације, јер је битно што раније почети са стимулацијом одузете стране и спроводити је континуирано (на тај начин се активирају похрањена сећања у мозгу), а не само једном дневно када са болесником раде физиотерапеути. Императив у раду на оспособљавању јесте подстицати пацијента да што више учествује у активностима при спровођењу здравствене неге и максимално користити његове могућности, давати му јасна упутства шта и како да ради. Кад год је то могуће пацијенту се омогућава одлазак до купатила, редовно се мења положај тела ако пацијент није у могућности да то самостално учини – корективни положај (позиционирање). Ово је веома важно због могућности настанка контрактура и спазама. Најчешће компликације код лежећих пацијената су: декубитус, тромбофлебитис, емболија, запаљење плућа, уринарне инфекције, повишена температура. Медицинске сестре је та која ће прва уочити промене, одмах обавестити лекара и спроводити лечење по налогу. Декубитус је једна од најчешћих компликација у нези и лечењу тешких, непокретних неуролошких болесника. Једини лек је честа промена положаја и употреба јастука и подметача, као и антидекубитални душек. Примена корективних положаја спречава појаву контрактура, јер стварању контрактура доприносе несвесно стање болесника

и бол, тако да он спонтано заузима неправилан положај. Сестра то мора да уочити и коригује положај екстремитета.

Да би спроводила здравствено-васпитни рад у поменутим областима медицинска сестра треба да поседује знања, вештину комуникације и пре свега искуство.

Здравствена нега у геријатрији

Неуролошка обољења погађају све старосне структуре, али су најчешћа код старих особа. Старост са собом доноси мултиморбидност, физиолошке промене у организму и промене у начину задовољења потреба. Једно од неуролошких обољења које погађа популацију старих јесте деменција. Она представља синдром опадања стечених конгнитивних функција при очуваној свести, што подразумева опадање интелектуалних функција (памћења, говора, оријентације, опажања, учења, расуђивања, апстрактног мишљења, планирања и др.) које компромитују професионално и социјално функционисање. Најчешћи типови деменција су: Алцхајмерова болест и васкуларне деменције. Деменција је синдром који се јавља у преко стотину различитих болести, који значајно нарушава свакодневне активности и утиче негативно на квалитет живота оболелог и породице и има своју прогресију. Оболелом није потребна стална хоспитализација и он се враћа у породицу. Сестра треба да објасни члановима породице како да помогну болеснику у успоравању прогресије болести и себи у неговању болесника у кућним условима. Важно је да знају симптоме према стадијумима, које превентивне мере постоје, каква је прогноза и шта их очекује у будућности. Најчешћи проблеми болесника су: поремећај памћења, отежана покретљивост (уклонити неравнине, путокази за кретање), отежано обављање свакодневних активности (подсећати их, помагати и проверавати), поремећај комуникације (разговор о лепим темама, помоћ при изражавању), емоционални поремећаји, поремећај понашања (за агресивно и изгредно понашање потребан је миран приступ и адекватна терапија), поремећај у исхрани (подсећати га да једе, да жваће, да пије воду), неконтролисано обављање физиолошких потреба (помоћи да сачува достојанство, контролом и усмеравањем). Веома је важан правилан приступ овим болесницима: поштовање његове личности и разумевање његових тешкоћа.

Многобројни су проблеми у лечењу и нези старих особа, а најчешћи су: инконтиненција, отежана покретљивост, непокретност, конфузија, падови и декубитуси. Падови представљају један од главних проблема старе популације. Процењено је да скоро трећина старијих пада једном сваке године, а од њих 50% то ради веома често. Они који падају показују оштећеност у перфомансама активности дневног живота, у великом су ризику за последичну хоспитализацију, даљу онеспособљеност, институционализацију и смрт. Повреде које су последица тих падова сврставају се међу водеће, тачније шести су узрок смрти у овој популацији. Нису за занемаривање и психолошки проблеми, као што су анксиозност и депресија, те драматично редуковање устајања и кретања. Већина падова је узрокована комплексном интеракцијом различитих фактора. Падови се могу приписати физиолошком процесу старења или удруженост процеса старења са поремећајима и болестима који су чешћи код старијих. Поступци који помажу у превенцији падова почињу идентификацијом стања и болести који могу довести до падова. Старим лицима треба пружити адекватну здравствену негу, збрињавање уз адекватан надзор, прилагођавање окружења (стамбени фактори, фактори окружења, адекватна обућа), физикална терапија и коришћење одговарајућих помагала. Такође треба узети у обзир лекове које користе и у сарадњи са лекаром направити замене и укинути непотребне лекове.

Здравствена нега у оквиру палијативног збрињавања

Медицинске сестре-техничари и лекари који раде у примарној и секундарној здравственој заштити, у кућном лечењу, као и у домовима за старе, свакодневно се у свом раду суочавају са великим бројем болесника чија је болест

доспела у последњи стадијум и којима треба олакшати болове и бројне симптоме који прате болест и омогућити им да крај живота дочекају са што мање патњи. Приликом збрињавања терминално оболелих, медицинско особље наилази на бројне проблеме, од терапијских могућности и избора најадекватнијег начина купирања најчешће присутног бола, до психосоцијалних проблема болесника и породице, као и са израженом потребом за очувањем преосталог квалитета живота оболелог. Из тог разлога је неопходно стећи сазнања о свим аспектима палијативног збрињавања који се односе на пацијента (спровођење процеса здравствене неге ради задовољења потреба, о чему је већ било речи, примењивање симптоматске терапије) и на породицу и у том смислу је потребна посебна едукација и усавршавање тима стручњака (поред медицинске сестре као незаобилазног члана тима, лекари различитих специјалности, психолог, социјални радник, физиотерапеут, свештеник).

Хронично прогресивни ток неуролошких, малигних и других болести које имају исту или сличну симптоматологију код пацијента ствара осећај да се будућност не може планирати, да се живи од данас до сутра. Чести рецидиви и све краће ремисије уводе болесника у терминалну фазу болести. Палијативна нега почиње сазнањем да се више ништа не може постићи лечењем. Време преживљавања је индувидуално. Оно зависи од основне болести и приступа нези. Адекватна симптоматска терапија је основа у овој фази. Фокус болесника се преусмерава са спољњег света ка себи. Важно је болеснику и његовој породици пружити задовољење физичких, емоционалних и духовних потреба, те омогућити највећи могућ квалитет живота болеснику у датој ситуацији. Најбоља могућа нега се остварује сарадњом свих чланова тима и чланова породице болесника. Медицинска сестра и чланови тима осећањем емпатије пружају подршку оболелом и породици, остварују комуникацију која доприноси успостављању поверења, информисању, смањењу емоционалне напетости и унапређењу међуљудских односа. Стална нега за болесника и његову породицу, у једном од најинтимнијих и најделикатнијих тренутака у животу, може бити најдрагоценији дар који се пружа.

У свету постоје организоване институције, хосписи, који пружају палијативну негу. Палијативна нега се може остварити и у институцијама здравствене и социјалне заштите или у кућним условима од стране обученог особља.

Закључак

Различитост и комплексност здравствене неге болесника у области неурологије, геријатрије и палијативног збрињавања захтева од медицинске сестре критичан и креативан начин размишљања, потребно је професионалне знање и вештине, јер стање пацијента може да се мења из сата у сат или долази до изненадних промена када је потребна брза и адекватна реакција.

Заједничко деловање, са међусобним уважавањем и поверењем, на релацији лекар-болесник-медицинска сестра, чини темељ добре и квалитетне здравствене неге. Адекватна здравствена нега, као и лечење и рехабилитација, у наведеној области имају за циљ смањење стопе морталитета, морбидитета, рецедива, компликација, инвалидности, хендикепа и обезбеђивање што бољег квалитета живота оболеле особе.

Литература

1. Левић З.: Основе савремене неурологије. Завод за уџбенике, Београд, 2000.
2. Максимовић М.: Здравствена нега у неурологији. Ново доба, Београд, 2009.
3. Коњикушић В., Коцев Н.: Здравствена нега у процесу рехабилитације. Чигоја штампа, Београд, 2005.
4. Давидовић М., Милошевић Д., Костић В.: Савремена геријатрија. МСТ Гајић, Београд, 2003.
5. Бабић Л., Матијевић М., Шаренац Д.: Здравствена нега у неурологији. Београд, 2002.

Физикална терапија и могућности превенције Судековог синдрома

Р. Драгојловић Ружичић[1], Г.Арсић Комљеновић[2], В. Меденица[3]

Physical Therapy and Possibilities of Prevention Sudeck's Syndrome

Radica Dragojlović Ružičić, Gordana Arsić Komljenović, Veselin Medenica

Сажетак: *Судеков синдром се јавља као касна компликација разних врста траума, најчешће после прелома костију. Може се јавити и после повреде меких ткива, контузија, или луксација зглобова, најчешће се јавља после прелома костију шаке и стопала, потколенице и подлактице, чешће на доњим него на горњим екстремитетима. У пракси се често касни са дијагнозом као и са почетком физикалне терапије, што у појединим случајевима може довести до тзв. „функционалне ампутације" екстремитета. Лечење болести је дуготрајно и скупо, одсуствовање са посла дуго. Неопходно је на ову компликацију мислити од тренутка дијагностиковања прелома и повреде. Физикалну терапију треба укључити од самог почетка лечења прелома, поготово ако се ради о тешким и компликованим траумама.*

Кључне речи: *преломи костију, касне компликације траума, физикална терапија.*

Summary: *Sudeck,s syndrome occurs as a late complication of various types of trauma, usually after a fracture. It can also occur after injury, soft tissue contusion, or dislocation of joints, most commonly occurs after a fracture of the hand and foot, leg and forearm, often at lower than the upper limbs. Usually diagnosed late and starting physical therapy, which in some cases can lead to so-called. „Functional amputation" of the extremities. Treatment of diseases is long and expensive, long absences from work. It is necessary to think of this complication from the time of diagnosis of fractures and injuries. Physical therapy should be included from the start of treatment of fractures, especially if it is a cumbersome and complex trauma.*

Key words: *bone fractures, late complications of trauma, physical therapy.*

Увод

Судеков синдром (Судекова атрофија костију, CRPS - complex regional pain syndrome, рефлексни дистрофички синдром) је периферно регионално обољење локомоторног апарата изазвано васкуларним поремећајима услед вегетативног дисбаланса након трауме.

Sudeck (први је описао овај синдром 1900. године) сматра да је то вазомоторни поремећај, после реактивне инфламације на трауматизованом ткиву. Lerische наводи да је то „алгична остеопороза", а као узрок истиче патолошку реакцију, тј. одговор организма на стрес[2].

Тешки преломи, поготово ако су отворени, у већини случајева доводе до обољења. Врста и начин интервенције, груба манипулација, неодговарајућа имобилизација, пре ће довести до обољења него адекватно стављена гипсана имобилизација са нежнијом манипулацијом[1]. У пракси се показало да је важна и преморбид-

1 Др Радица Драгојловић Ружичић, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић", Београд.

2 Др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић", Београд.

3 Веселин Меденица, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић", Београд.

на личност пацијента, као и вегетативни и хормонални статус[5].

Према Блумензатовој теорији, Судеков синдром је обољење целог организма са претежно локално периферним симптомима, што подразумева збир клиничких, радиолошких и микроскопских промена дистрофичне природе и то на свим ткивима једног сегмента или целог екстремитета[1].

Клиничка слика

Разликују се три развојна стадијума болести:

1. Први стадијум – траје један до три месеца, доминира бол, оток, вазомоторни и трофички поремећаји, кожа је топла и ливидно црвена, а у захваћеном зглобу покрети су отежани.

Симптоми се могу јавити одмах после повреде или касније при првим покушајима мобилизације (бол има различит степен јачине, може се јавити после повреде и бити перманентан или се јавља тек после неколико дана; обично је локализован у пределу повређене кости, зглобова, а ређе у мишићима; едем је обично знатан и постоји увек, тврђе је конзистенције, кожа је глатка, сјајна, цијанотична, лако повишене температуре, знојење тог дела је нешто повећано).

Оздрављење наступа спонтано или након одређеног терапијског поступка (у 75-80% случајева долази до оздрављења или наступа други стадијум болести)[1].

2. Са напредовањем болести развија се **други стадијум** (стадијум дистрофичних промена), траје три до шест месеци. Смањује се оток и бол. Настају трофичке промене коже и мишића, покрети су све отежанији и појављују се контрактуре. Кожа је блеђа и тања[3].

3. У **трећем стадијуму** (стадијум атрофије) развијају се трајне промене коже, поткожног ткива, мишића и зглобне чауре, те контрактуре зглобова. Кожа је хладна, танка и плавкасте боје[3] (дефект после лечења, смањена функционална, општа животна и радна способност)[2].

На радиографији у почетном стадијуму виде се лезије претежно на епифизама и метафизама у виду ситнијих или крупнијих мрља. Делови који нису захваћени већим губитком показују прво поремећај грађе кости а касније долази до мрљасте атрофије. Ове промене се јављају врло брзо, већ две до три недеље након прелома. У стадијуму излечења поново се јавља сенка коштаног ткива која је временом све хомогенија и уреднија[1].

Дијагноза Судековог синдрома поставља се на основу добро узете анамнезе (посебно обратити пажњу на бол након прелома), клиничког прегледа, радиографског налаза (горе наведена мрљаста атрофија костију у локалној регији где је ткиво трауматизовано). Лабораторијски налази су углавном у границама нормалних вредности.

Терапија Судековог синдрома

Врло је битно уочити прве симптоме болести и адекватно терапијски одреаговати. У пракси се често догађа да пацијенти „трпе“ бол након прелома приписујући га самој природи повреде. Потребно је скренути пажњу на важност супримирања бола, не само као на субјективну тегобу него као и на „окидајући фактор“ за појаву Судековог синдрома (Блумберг 1991)[1]. Код компликованих прелома важно је одмах у терапију укључити вазодилататоре, спазмолитике и седативе. Код старијих пацијената ова медикаментозна терапија готово је обавезна због већ присутних дегенеративних промена у повређеној регији (промене на крвним судовима, смањена коштана густина).

Укључивање појединих физикалних агенаса зависи од стадијума болести. У акутном стадијуму болести укључују се физикалне процедуре за смањивање бола, отока и побољшање циркулације у трауматизованом ткиву. Физикалне процедуре не треба у почетку да буду превише надражајне, већ благе и краћег трајања, уз будно праћење стања третиране регије.

Третман отока започиње се са криотерапијом (терапија ледом) која супримира оток и упалне симптоме. За сам почетак третман ледом може бити болан[4], тј. неугодан за пацијен-

та, па је у појединим случајевима боље укључити хладне облоге, креме са ефектом расхлађивања или укључити криотерапију краћег трајања са постепеним продужавањем.

За аналгезију од електропроцедура користи се ТЕНС, дијадинамске струје и интерферентне струје.

ТЕНС (транскутана електрична стимулација) све више се користи у третману бола. Деловање се заснива на принципу дуализма, односно „gate control“ терапије. Новија истраживања указују на значај ослобађања енкефалина у задњим роговима кичмене мождине посредством ТЕНСА-а, што доприноси аналгетском ефекту. ТЕНС подразумева употребу бифазних симетричних или асиметричних импулса правоугаоног облика с трајањем од 2 до 400мс и фреквенцијом од 1 до 200Hz. Третман се може спроводити два пута дневно, што је врло важно код супресије бола. У САД-у је распрострањена кућна примена ТЕНС-а[6].

Примена ДД струја је битна како због аналгезије, побољшања циркулације и смањења отока, тако и због могућности ганглиотропне примене. Главни симптоми Судековог синдрома проузроковани су поремећајем циркулације услед дисбаланса неуровегетативног система у трауматизираном подручју. Дејством ДД струја преко регионалних симпатичких ганглија може се утицати на наведени дисбаланс и на тај начин утицати на повлачење симптома болести. За индиректно деловање на горње екстремитете врши се блокада Gangliona stelatum-a малим шољастим електродама, користи се ДФ модулација у трајању од три минута без промене полова. Истим параметрима и ДФ модулацијом врши се блокада лумбалног плексуса симпатикуса са великим шољастим електродама које се постављају у нивоу трећег лумбалног пршљена и на тај начин се постиже индиректно деловање на доње екстремитете[7]. Примена ове струје је кратка а постигнути ефекти су значајни.

Примена интерферентних струја такође је битна за постизање аналгезије, за побољшање циркулације, а тиме и смањење отока. У почетку се користе претежно „аналгетске фреквенције“ од 90 до 100Hz, а касније се може користити и фреквенција од 0 до 100Hz која има израженије трофичко дејство. Примена ових струја је значајна због чињенице да се може користити и код присутног метала, као и код гипсане имобилизације. Често се у болничким условима праве отвори на гипсаној имобилизацији да би се могле поставити електроде и спровео третман овим струјама. Такође се може спровести и ганглиотропна примена ових струја на наведене регије, као код ДД струја. Користи се константна фреквенца од 100Hz[7]. Примена интерферентних струја је врло пријатна за пацијенте и не постоји опасност од опекотина.

Од електро процедура у овом стадијуму могу се користити и галванске струје, као и електрофореза лекова (вазодилататора, аналгетика). Неопходан је већи опрез због могућих опекотина, метал представља контраиндикацију за ове третмане.

Ласеротерапија има велике могућности у третману Судековог синдрома. Са њом се може започети и у току имобилизације у виду ласероакупунктуре. Повољно делује на бол, оток, побољшање трофике трауматизиране регије и процес остеогенезе. Третман се једноставно спроводи, присутност метала није контраиндикација.

Од фототерапије се може применити и блага УВ терапија која делује стимулативно на циркулацију, метаболизам, смањење спазма мускулатуре.

Посебно треба нагласити важност примене магнетотерапије (МТ). Ова процедура подразумева примену магнетног поља и спада у релативно новије физикалне агенсе. Магнетотерапију карактеришу три нивоа дејства: целуларни, неуровегетативни и циркулаторни. Као резултат овог дејства испољавају се следећи ефекти: антиинфламаторни, антиедематозни, аналгетски и биостимулативни ефекти[1]. МТ се може примењивати и преко гипсане имобилизације, као и код присутног метала у повређеној регији. Ови ефекти су врло битни за третман Судековог синдрома, као и чињеница да се са третманом може почети одмах након постављања имобилизације. Запажено је и позитивно дејство МТ на процес остеогенезе. МТ се може примењивати два до три месеца у континуитету и једноставно се апликује.

Кинезитерапија је обавезна терапијска процедура коју треба примењивати од момента када стање повреде то дозволи. Почиње се са статичким вежбама у акутном стадијуму, затим пасивним, активно-потпомогнутим и активним у зависности од процењене могућности пацијента. Кинезитерапија доводи до побољшања циркулације, смањења отока, смањења спазма мускулатуре и релаксације у целини, што ублажава тегобе и побољшава стање.

У акутном стадијуму се могу употребити и хидропроцедуре као и хидрокинези терапија (уз избегавање екстремних надражаја), а мора се водити рачуна о могућности парадоксалне реакције крвних судова у трауматизираној регији.

Све горе наведене процедуре се могу користитити и у другом и трећем стадијуму болести, с тим што се сада могу укључити и топлотне процедуре. Примена топлоте треба да буде блага, краћег трајања у почетку, уз будно праћење стања пацијента. Термотерапија доводи до побољшања циркулације, смањује спазам мускулатуре, доводи до „омекшања" везивно-мишићног ткива, што је добра припрема за кинезитерапију и савлађивање контрактура у захваћеним зглобовима. Као топлотне процедуре могу се користити водене купке, инфра руж – где је доминантно загревање, парафин. У бањским лечилиштима користи се пелоидо терапија.

Може се примењивати и електростимулација због трофичких промена мишића изазваних инактивношћу и метаболичким променама. Индикована је електростимулација модулисаним струјама[2].

Кинезитерапијски третман се може слободније спроводити, с обзиром на смањење бола и других пратећих симптома.

С обзиром да се Судеков синдром јавља често након прелома на горњим екстремитетима, посебно шаке, врло је важна радна терапија за комплетни функционални опоравак. Често је неопходно да радна терапија траје и више месеци, ради потпуног опоравка, који подразумева враћање координације и прецизности покрета, нпр. код шаке, што је непоходно код појединих професија (пијаниста, тенисера и др.).

Наведене физикалне процедуре углавном се примењују код пацијената након санирања прелома и скидања имобилизације. Врло ретко се пацијенти упућују на физикалну терапију након постављања гипсане имобилизације, што би могло да буде превенција ове касне компликације прелома. Пракса је показала добре резултате код пацијената који су болнички лечени због компликованих прелома (нпр. постављање спољашњег фиксатора код мултифрагментарног прелома). Укључиване су одмах физикалне процедуре и то: магнето терапија, интерферентне струје, ласеротерапија ради аналгезије, побољшања циркулације и смањења отока у повређеној регији. Изазивана је и „консензуална реакција" крвних судова повређеног екстремитета тако што је супротни, здрав екстремитет потапан у водену купку и тиме се побољшавала циркулација на повређеном екстремитету. Чим је стање повреде дозвољавало, укључивана је кинезитерапија неповређених делова тела, што је доводило до релаксације у целини па и мускулатуре повређене регије. Након скидања имобилизације, настављан је физикални третман. Овакав начин примене физикалних агенаса могао би се применити и у амбулантним условима.

Доста је студија и радова које указују на значај физикалних агенаса у терапији Судековог синдрома.

У септембарском издању, 2010. године, Војносанитетског прегледа (часопис за лекаре и фармацеуте Војске Србије), објављен је рад „Процена терапијског ефекта ласера мале снаге и интерферентних струја код болесника са комплексним регионалним болним синдромом – КРБС применом инфрацрвене термовизијске камере"[8]. Испитивањем је било обухваћено 45 болесникам са унилатералним КРБС I након фрактуре у нивоу ручног или скочног зглоба, лечених у КЦ Нишу од 2004. до 2007. године. У групи А (20 болесника) примењен је ласер мале снаге и кинезитерапија, а у групи Б (25 пацијената) примењиване су интерферентне струје и кинезитерапија. Термовизијском камером снимане су обострано регије од интереса пре и након спровођених 20 процедура. Овом методом доказано је да су обе физијатријске процедуре ефикасне у лечењу КРБС I, али да

је ефикасност ласеротерапије статистички значајно већа него ефикасност терапије инфрацрвеним струјама (Niehof и сарадници су показали да постоји добра корелација између температуре коже и симпатичке активности коже)[8].

Овај рад указује на значај укључења физикалних процедура (ласеротерапије и интерферентних струја) у третману Судековог синдрома, с тим што се ласеротерапија показала као ефикаснија процедура. Битно је да се обе процедуре могу укључити од самог почетка лечења прелома као и првих симптома Судековог синдрома. Присуство метала и гипсана имобилизација нису контраиндиковане за ове третмане. Обе процедуре могу се истовремено укључити, а могу се и комбиновати током третмана. Ласеротерапија је релативно новија физикална процедура и, с обзиром на цену самог апарата, немају га све здравствене установе. Апарат за интерферентне струје, можемо рећи, присутан је на свим местима где се спроводи физикална процедура. Ово указује да се третман Судековог синдрома може спроводити вештом комбинацијом физикалних процедура и да није увек најбитнија скупа апаратурна техника.

Закључак

Пораст трауматизма је евидентна чињеница у нашем друштву, а и у свету, самим тим чешће су појаве компликације повреда, као и Судеков синдром. То је „касна“ и врло озбиљна компликација повреда. Најбоља превенција јесте сам опрез од почетка лечења повреде, односно прелома. То подразумева нежно манипулисање са повређеном регијом, коректну имобилизацију и честе контроле пацијента. Неопходно је укључити медикаментозну терапију, пре свега аналгетике, јер бол представља кључни фактор за настанак синдрома. Важно је започети физикалну терапију код прелома и пре скидања имобилизације. У случају појаве првих симптома болести, кренути што раније са физикалним третманом како би се спречиле и ублажиле евентуалне последице. У пракси је уочено да се далеко брже смирују тегобе, па и потпуно престају, применом физикалних процедура.

Распрострањено је мишљење да физикална терапија „следи“ тек на крају лечења прелома и скидања имобилизације. Овај став став није распрострањен само код пацијената него и код медицинског особља. То доводи до значајног губитка времена, односно до кашњења у започињању физикалне терапије и практично допуштању да се развију трофичне промене на свим структурама повређене регије. Физикални третман ће у том случају бити мање ефикасан, трајаће знатно дуже, а остаће неке последице код пацијента које су се могле избећи.

Литература

1. Зековић П.: Физикална терапија са рехабилитацијом. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд 1996; 215–218.
2. Јевтић М.: Физикална медицина и рехабилитација. Медицински факултет Крагујевац, 1999, 502–507,
3. Јајић И.: Специјална физикална медицина. Школска књига Загреб, 1991, 21–24.
4. Бановић Д.: Повреде у спорту: Медицинска књига Београд,1993; 291.
5. Ruszkowski и сарадници: Ортопедија. Југословенска медицинска наклада, Јумена, Загреб, 1979; 201.
6. Михајловић В.: Физикална терапија. Ободско слово, Ријека Црнојевића, 2002; 353.
7. Кунеј Д.: Практикум физикалне терапије. Београд, 1991.
8. Процена терапијског ефекта ласера мале снаге и интерферентних струја код болесника са комплексним регионалним болним синдромом – КРБС применом инфрацрвене термовизијске камере. Војносанитетски преглед, 2010; Септембар, N° 9.

Реики у медицини

С. Токовић[1], В. Јездић Милатовић[2]

Reiki in Medicine

Snježana Toković, Verica Jezdić Milatović

Сажетак: *Реики је традиционална метода која је законски одобрена и коју је Министарство здравља Србије сврстало у средства за унапређење здравља и рехабилитацију. Суштина Реики методе лежи пре свега у подешавању људског бића са вибрацијама животне енергије, као и у отварању енергетског животног канала особе и њеног повезивања са животном енергијом у циљу протока исте кроз све нивое организма.*

Циљ овог рада је упознати и проширити присуство ове технике, као и показати њен значај. Ова метода се за сада званично спроводи у дому здравља „Стари град“ и примењена је над око 5.000 пацијената.

Методе рада су Реики принципи, Реики третман и Реики технике. А процес отварања и подешавања животне енергије остварује Мастер-учитељ уз помоћ специјалне технике каналисања.

Резултати рада указују да влада Закон Универзума, јер анализом квалитета наших мисли настаје представа, шта ми себи спремамо у будућности, срећу или несрећу.

Закључује се да смо само обични људи, који су добили могућност откривања својих природних способности, каналисања животне енергије, побољшавања квалитета живота и помоћи другим људима.

Кључне речи: *Реики, животна енергија, Закон Универзума, каналисање.*

Summary: *Reiki is a traditional method which is legally approved. Serbian Ministry of Health classifies it in the funds for health promotion and rehabilitation.*

Essence of Reiki method is especially in the harmonization of human beings with the vibrations of life energy, and in opening energy channels of living persons and its connection with the life energy with purpose to flow across all levels of the organism.

The aim of this presentation is to introduce and expand the presence of these techniques and to show its significance. This method is now officially implemented in the health center „Stari Grad“ and applied to about 5000 patients.

Working methods are: principles of Reiki, Reiki treatments and Reiki techniques. Process of opening and setting up life energy is realized by Master teacher with special Technique of Channeling. The results show that the Law of the Universe rules, because the quality analysis of our thoughts and generated images, represents what we are preparing ourselves - for future happiness or unhappiness.

Conclusion is that we are just ordinary people who have received the possibility to discover our natural abilities, to channel our life energy, to improve the quality of life and help other people.

Key words: *Reiki, life energy, the Law of the Universe, channeling.*

1 Сњежана Токовић, Дом здравља „Савски венац“, Београд.

2 Верица Јездић Милатовић, Дом здравља „Савски венац“, Београд.

Увод

Реики има моћ хармонизације читавог бића и услед те хармонизације живота, то је пут ка себи „најбољем“. Центар срећног живљења налази се у нама, стога трагање за срећом треба да започнемо од свог унутрашњег бића. То је једини могући пут. Чекање да се промени политичка и економска ситуација у земљи, да се промене људи око нас, да се промене услови рада и живота јесте пут који не води „никуда“, јер је то нешто што не зависи од нас и на шта ми не можемо довољно утицати. Реики вештина омогућава протицање кроз људски енергетски канал, а тиме и кроз тело човека оне количине животне енергије која је неопходна да особа постигне психо-физичку кондицију. Каналисање и усмеравање животне енергије врши се полагањем дланова на одређену област тела. Такво знање постоји у свакоме од нас, као генетски код за самоисцељење. Човек подсвесно зна да стављањем дланова на болно место олакшава бол. Ако се присетимо неких чуда које је чинио Исус исцељујући људе, можемо храбро претпоставити да је син Божји користио вештину каналисања и усмеравања животне енергије на највишем могућем нивоу, за разлику од обичних људи. Исто је чинио и Буда. Ајнштајнова формула $E=mc^2$ јесте научни доказ да се енергија претаче у материју и, обрнуто, материја у енергију, што је доказ за логичну везу између људског бића и животне енергије.

У већини развијених земаља Реики метода је интегрисана са методама савремене медицине. Процес отварања и подешавања (традиционални назив – иницијација) остварује Мастер-учитељ уз помоћ специјалне технике каналисања животне енергије. Реики се преноси линијски од учитеља ка ученику, по томе је ова метода јединствена. Реики омогућава особи да у року од десет секунди до пет минута активира интензивни проток животне енергије кроз свој организам. Енергија у тело особе долази пре свега кроз теме и спушта се низ кичмени стуб, кроз тзв. енергетски канал који се састоји од седам енергетских центара или чакри. Протичући кроз кичмени стуб, енергија се шири у организму, попуњава сваку ћелију, израња кроз минорне чакре на длановима и стопалима. Реики практичар може да усмерава енергију и ван свог тела: на друге људе, предмете, животиње, биљке, ситуације, области живота.

Научна истраживања су показала да једна особа прима из простора у просеку 5% животне енергије, а Реики методом 90 до 100%. Вештине коришћења универзалне животне енергије датирају од пре 2500 година. Реики се помиње у Санскритским Сутрама, у списима, у списима монаха са Тибета, Индије, Кине. Међу земљама које су користиле Реики су: Индија, Тибет, Кина, Египат, земље Јужне Америке, Грчка, Рим. Знања о овим вештинама су изгубљена један временски период, јер вештина је била на неки начин привилегована. Чувала се у мистичким школама и манастирима старих култура, резервисана само за одабране, истакнуте свештенике и монахе. Почетком XX века, Јапанац, доктор филозофије Микао Усуји сакупио је своја десетогодишња истраживања и 1921. године, са својим учеником, доктором медицине Ћадзиро Хајашијем, отворио прву приватну клинику. Једна од пацијената клинике, била је 31-годишња Американка, јапанског порекла, Хаваји Таката, која је у болницу стигла веома болесна, и након шест месеци напустила је болницу потпуно здрава, научила се Реики вештини и постала прва жена у свету – Реики практичар. Управо је Хаваји Таката проширила Реики широм Америке и касније широм света. Године 1980. Хаваји Таката је пренела своја знања и титулу Гранд Мастера својој унуци Филис Леи Фурумото. Крајем 1980. године Филис Леи Фурумото званично је дала својим учитељима Реикија право на посвећивање у степен Мастер-учитеља, што је убрзало ширење Реики методе у свету. Реики метода ради и даје позитивне резултате код сваког практичара без изузетка, у Америци, Русији, Србији, Немачкој, на Тибету, Аустрији, Француској и другим земљама.

Циљ рада

Значи да болест као појаву посматрамо како на физичком, тако и на танким нивоима људског бића. Узроци многих обољења крију се у менталном и емоционалном нивоу, јер су производ снажних деструктивних мисли и емоција, које се у облику енергија одређене вибрације полако скупљају, гомилају и стварају блокаде, те настављају штетно дејство у систему чакри (енергетских центара) и касније се манифестују на физичком плану у облику симптома болести. Као што лекар може да установи дијагнозу болести, тако искусни Реики терапеут, разматрањем везе анатомије, физиологије и енергетске структуре људског бића, може да установи шта је на танким нивоима послужило као узрок нарушавања здравља. Дијагностика и методе савремене медицине незаменљиви су у исцељивању болести на физичком нивоу. Најбољи резултати се постижу када лекар и Реики практичар заједно прате процес болести. Главни циљ Реикија није само исцељивање болести, већ и развијање постојећих природних талената, равнотеже духа, здравља тела и као последица свега – срећа. У клиници Туксона, у Аризони (САД), од 1995. године, постоји специјализовано Реики одељење, где су сви лекари сертификовани Реики терапеути и Реики мастери. Медицински програм „Реики. добровољци“, спроведен у Америци протеклих година, представио је научне податке који се заснивају на 1.480 медицинских показатеља забележених током три године. Резултати су: смањење стреса и бриге на 94%, смањење мучнине на 80%, смањење болова на 78%, побољшање сна на 86% и побољшање крвне слике на 68%. Ове информације су само кап у мору, јер се од 80-тих година двадесетог века, па све до данас, научници баве разним истраживањима, који постају све прагматичнији, научнији, објективнији. Реики остварује утицај на свест човека и утиче на његово активно учешће у процесу лечења, што је шанса за успех и често кључна тачка у оздрављењу.

Метод рада

Метод рада је третман за себе, који почиње обраћањем Господу Богу или свецима, својим водичима или животној енергији (Реикију) за подршку или помоћ. После се формира намера и активира Реики, стављањем руку на први положај-молитвени, којим се спушта и покреће енергија. Третман за себе увек се спроводи одозго на доле, јер у супротном правцу може доћи до неравнотеже, осећаја нелагодности, хиперактивности и узнемирености. Прсти се држе заједно, да се енергија не би расипала. И ноге се не укршају, јер се тако блокира енергија. Током третмана може да се седи или лежи. Пун Реики третман траје 40 до 60 минута, изузетно и сат и по времена. Намера је мисао, јер мисао претходи свему. Када је намера јасна, Реики ће учинити све да вас доведе до циља у најкраћем могућем року. После завршеног третмана, обавезно се захвалите водичима. Реики принципи су одраз духовног смера и кључ за одржавање целокупне хармоније. Они су рецепт за срећу и чудесни лек за све болести, јер поштовање истих обезбеђује очување хигијене мисли и емоција. То су: 1. Данас – не бринем, 2. Данас – нисам љута, 3. Данас – сам захвална за све, 4. Данас – поштено обављам своје послове, 5. Данас – сам добронамерна и љубазна према свима.

Резултати рада

Подстицање природне способности људског организма на самоисцељивање, мобилисањем свих његових капацитета у ту сврху:

- Остваривање снажног превентивног учинка
- Јачање имунитета
- Повећање виталности организма
- Подмлађивање
- Продужење животног века
- Заштита организма од нежељених дејстава лекова
- Убрзање дејства лекова
- Заштита организма од нежељених дејстава хемотерапије
- Ослобађање од опстипације

- Ослобађање од стреса
- Брзо смирење и потпуна релаксација
- Ослобађање од несанице
- Регулисање температуре тела
- Спречавање настанка и развоја депресије
- Убрзава лечење болести зависности
- Успоставља равнотежу духа и тела
- Хармонизација емоционалног стања
- Уравнотежење леве и десне хемисфере мозга
- Подиже ниво свести
- Видљиво подиже ниво интуиције
- Подстиче самоостварење, развој постојећих и откривање нових талената
- Развој особина као што су: љубав према себи, саосећајност, прихватање себе, љубав према животу, дубље разумевање себе и других, љубав према околини и свим живим бићима
- Повећање социјалне адаптибилности

Остали ефекти:

- Побољшање енергетског квалитета хране и воде, ослобађање истих од токсина
- Стварање око себе пријатног позитивног биополја, повећање харизме и привлачности
- Заштита људског биополја од утицаја спољашних негативних енергија
- Хармонизација међуљудских односа
- Подизање позитивних вибрација у животном и радном простору
- Стварање атмосфере која омогућава опуштену и пријатну комуникацију, независно од околности
- Привлачење позитивних прилика и успеха на пословном и приватном плану
- Постизање позитивних циљева.

И још много тога.

Закључак

Регуларно каналисање животне енергије мења квалитет личних енергија особе и даје снажан осећај да више никада нећемо бити сами, јер увек имамо могућност додира с извором универзалне љубави. Практикујући Реики вештину, постајемо сведоци занимљивих и позитивних промена у нашем бићу и у животу уопште.

Литература

1. Миленковић Маргарита: Реики – Пут ка себи.
2. Лазарев С.Н.: Дијагностика карме.
3. Љубек Валтер, Франк Арџава Петар, Ли Ренд Виљам: Дух Реикија.
4. Димитријева Л.: Карма.
5. Смола Н., Смола В.: Реики – разум Бога.
6. Вејтс Б.: Аура-реики.
7. Артемјев Н.: Симболи Реикија.
8. Некрасов А.: Живе мисли.
9. Блаватскаја Е.: Тајна доктрина.

Рађање, живот и умирање деце у Србији за време НАТО агресије – „Милосрдни анђео“ 1999. године

Х. Анђелски[1], В. Симатовић[2], Н. Богуновић[3], Ж. Керкез[4]

Birth, Life and Death of Children in Serbia During the Nato Aggression „Mercy Angel“ 1999

Hristo Anđelski, Violeta Simatović, Nikola Bogunović, Željko Kerkez

Сажетак: *За време агресије НАТО-а на Србију и Црну Гору, од 24. марта до 10. јуна 1999. године, која је носила иронични назив „Милосрдни анђео“, рођено је око 25.000 новорођенчади на овим просторима, а неколико стотина деце изгубило је живот за време бомбардовања. Многа нерођена деца умрла су са усмрћеним мајкама. Рањено је више хиљада деце, а многа су остала трајни инвалиди.*

Право на живот, као основно право, које се чланом 6. Конвенције о правима детета „признаје сваком детету самим рођењем“, са захтевом да се обезбеди „у највећој могућој мери опстанак и развој детета“, грубо је прекршено.

Великом броју тешко рањене деце, са повредама главе, кичме, са тешким опекотина, са губитком једног или оба екстремитета, са губитком очију, што представља посебну категорију, грубо је укинуто право на сва остала права која пружају детињство и дечаштво, за велики део или за читав живот. Посебно се истиче да су, због тежине и врсте повреда, неадекватног транспорта или лечења, у великом проценту повређени из ове групе постали трајни инвалиди.

Реално је очекивати да ће после НАТО агресије остати дугорочне последице на „опстанак и развој деце“ (члан 6. тачка 2. Конвенције), које ће се исказати погоршањем ос-

Summary: *During NATO aggression on Serbia and Montenegro, from March 24th until June 10th 1999, ironically named “Angel of mercy”, 25000 were born in this area, but several hundreds lost their lives during bombing campaign. Many unborn children died along with their mothers. Several thousands of children were wounded; many of them became permanently disabled.*

Right to live- basic right which is recognized in Article 6 of the Convention on the Rights of the Child, calling for securing survival and development of a child, has been grossly violated.

A large number of seriously wounded children with head injuries, spine injuries, severe burns, with loss of one or both limbs, loss of eye sight etc. represents, special category of citizens which have been denied their rights to enjoy their childhood. Due to severity and type of injuries, lack of adequate transportation and care, a huge percentage of injured from this group has become permanently disabled, or tragically lost their lives.

It is realistic to expect that NATO aggression will have long-lasting consequences on the “survival and development of the children” (Convention, Article 2) and basic indicators of natural migration of the population in the country in the time to come.

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

2 Виолета Симатовић, Висока здрвствена школа струковних студија Земун – Београд.

3 Прим. др Никола Богуновић, Савезни завод за заштиту и унапређење здравља, Београд.

4 Жељко Керкез, дипл. инж., пуковник, виши предавач, Виша војна академија, Београд.

новних индикатора природног кретања становништва у земљи у наредном периоду.

У раду су презентирани изводи из званичних извештаја о НАТО агресији, са хронологијом догађаја и места, као и последице тих догађаја.

Све наведено је побудило ауторе овог текста да отргну из заборава оно што је остало у нашем сећању, за неко хуманије друштво и неке нове људе.

Кључне речи: *агресија, бомбардовање, март–јуни 1999, деца, рађање, живот, умирање.*

This study presents official reports with chronology of events and places, as well as consequences of those events which, unfortunately emerge in some other places today.

These features attracted the authors of this text, to break away from oblivion what remains in our memory, for a more humane society and some new people.

Key words: *aggression, bombing, March - June 1999, kids, birth, life, death.*

Увод

У 1999. години, тадашња Савезна Република Југославија имала је (према процени) 11.139.000 становника, од чега у Србији 10.414.000, а у Црној Гори 725.000 становника. Просечна густина насељености била је 106 становника/км^2 (Србија 114,6 а Црна Гора 50,3). Приближно исту густину насељености имају Француска, Аустрија, Мађарска и Румунија.

У току НАТО агресије на Савезну Републику Југославију највише су бомбардована централна градска језгра у Србији, која су, природно, и најгушће насељена. Ту су се налазиле, највећим делом, болничке установе, школе и административни центри.

Од 24. марта до 10. јуна 1999. године, за време деловања „Милосрдног анђела“ (иронија НАТО агресије!), у Србији је угледало свет око 25.000 новорођенчади. Неколико стотина деце је изгубило живот за време бомбардовања, а многа нерођена деца умрла су са усмрћеним мајкама. Рањено је више хиљада деце, а многа су остали трајни инвалиди.

Великом броју тешко рањене деце, са повредама главе и кичме, са тешким опекотинама, са губитком једног или оба екстремитета, са губитком очију, која представљају посебну категорију, грубо је укинуто, за велики део или за читав живот, право на сва остала права која пружају детињство и дечаштво. Посебно, због тежине и врсте повреда, неадекватног транспорта или лечења, велики проценат повређених из ове групе постали су трајни инвалиди.

„Када се ускоро буду правили биланси овог столећа, међу стварима којих ће се човечанство постидети биће и чињеница да је створен најмоћнији арсенал оружја да би његове главне жртве били ненаоружани, немоћни људи“, записали су званични хроничари.

Најновије истраживање Међународног комитета Црвеног крста упозорава да се „први пут једна епоха склона победама, завршава тако поражавајућим резултатом“. Кључни податак у том документу јесте „да је у 20. веку извршен преврат у карактеру ратова када гине десет пута више цивила него војника“.

Циљано одабирање и бомбардовање школа, дечјих вртића, избегличких колона и кампова са децом и посебно породилишта – места где се од памтивека одвија најузвишенији чин, даривање живота, и где први плач живот означава – био је врхунац свесног злочина над подмлатком једнога народа.

Циљ рада

Циљ рада јесте да се још једном подсети да је „људски живот највећа вредност“ и да „рађање и умирање деце нису само догађаји у животу појединца, већ радост и туга сваког хуманог друштва“ (Маргит Савовић). Рађање и умирање не зависе увек од оних који живот стварају и штите, већ и оних који живот затиру зарад „прљаве политике“.

Метод рада

Коришћен је социјално-медицински метод рада кроз статистичко-аналитички приступ подацима и извештајима, који су били доступни, из расположиве демографске, клиничке, новинске и друге документације.

НАТО агресија и последице по децу

„У периоду од 25. марта до 15. маја 1999. године на територију СР Југославије бачено је преко 60 контејнера са касетним бомбама, од којих сваки садржи око 240 касетних бомби (односно око 15.000 бомби), као и више од 400 касетних бомби. Од тог броја на Косову и Метохији бачено је око 40 контејнера и преко 250 касетних бомби. У тим нападима погинуло је око 200 особа, а рањено је више од 450 лица. Причињена је огромна материјална штета. Уништена су читава стамбена насеља, укључујући школе, болнице и др. Од последица одложеног дејства касетних бомби до сада је погинуло и рањено више десетина лица, претежно деце, те се стога могу очекивати нове жртве и разарања због преосталих неексплодираних бомби.“

Страни стручњаци педантно износе податке да „10% касетних бомби не експлодира, па се морају уклањати уз велике ризике“. Износе примере „да управо оне, као заоставштина из Заливског рата, још увек угрожавају становништво у Ирачкој пустињи“.

Бомбе велике разорне моћи, и оне које стварају температуру до 2000°C, чиниле су да налази лекара и истражних судија на увиђајима буду стравични: „тела једног броја деце се не могу наћи јер су се распала у експлозији“, она која су нађена била су „угљенисана, раскомадана, са откинутим деловима тела - руку, ногу, главе“.

Информације да је, као последица употребе „осиромашеног“ уранијума, повећан степен радијације на просторима Републике Србије, уз

све друге неповољне ситуације (страх, напуштање домова и места боравка, раздвајања породица, немогућност честих контрола и др.), довеле су до узнемирености трудница и њихових породица, па и здравствених радника, због ризика да се трудноћа изнесе до краја. Благовременим апелима надлежних здравствених институција заустављени су у већем броју планирани намерни прекиди трудноће и неповољне краткорочне последице на рађање у току саме НАТО агресије и непосредно после ње.

Међутим, како у међувремену пристижу упозорења домаћих и страних стручних тела и институција да је НАТО агресор користио оружје забрањено по свим конвенцијама, о чијим неповољним последицама на потомство постоје докази, остаће недоумица и оправдани страх за биолошки опстанак нашега народа као дугорочна последица НАТО агресије на „опстанак и развој деце".

Ово су делови извештаја званичних органа државе и хуманитарних организација Светске здравствене организације.

„Затирање корена" Србије

Отворено, јавно признање извршног команданта по завршетку НАТО агресије, да су у СР Југославији гађани цивилни циљеви и да је лично одређивао мете, говоре у којој су мери погажене све норме људскости и основни акти хуманитарног права.

У истом контексту је неприродна и његова изјава да ће „Срби клечати на коленима и молити за милост" (дакле, Срби цивили и Срби деца и Срби избеглице), и ко је та особа у тој истој земљи могла само да осети милост и бригу људи за прогнане и избегле, што је постојало и 50 година пре усвајања докумената којима се забрањује да цивили буду директна мета агресије, као и да избеглице уживају посебну заштиту.

Да би се сагледали сложеност и величина проблема, везани за последице НАТО агресије, треба истаћи да је удео деце и адолесцената до 19 година у Србији износио 27% у односу на укупно становништво, са распоном од 22% у Војводини до 44% на Косову и Метохији. Од 3.050.000 деце и младих до 19 година, 689.726 је било узраста од 0 до 4 година, 767.356 од 5 до 9 година, 790.414 од 10 до 14 година и 804.064 од 15 до 19 година. Може се рећи да је свих три милиона деце прошло кроз својеврсну тортуру, коју само рат доноси.

Реално се очекује да ће дугорочна последица НАТО агресије на „опстанак и развој деце" имати одраза на погоршање вредности основних индикатора природног кретања становништва у земљи у наредном периоду.

Знало се да ће крајем 1999. и почетком 2000. године доћи до осетног пада живорођених у нашим породилиштима, када ће се истовремено у многим земљама рађати циљано – планиране јубиларне бебе за јубиларни век. Па, ипак, злокобне су вести да се крајем новембра 1999. године у току једнога дана на Гинеколошко-акушерској клиници у Нишу није родило ниједно дете, и да у двомилионском Београду у току ноћи на свет дође само осам до десет беба. Осетан пад порођаја забележен је у свим породилиштима у Републици у прва два месеца новог миленијума.

Значајније погоршање основних индикатора природног кретања становништва у земљи, у наредном периоду, биће последица и сложених економских прилика које су настале по окончању НАТО агресије, због великог разарања привреде и инфраструктуре, знатне незапослености, осиромашења становништва, таласа избеглица и расељених лица. То све доприноси драматичном погоршању и паду животног стандарда, пре свега породица са децом. Из тих разлога се очекује изразити пад стопе наталитета, који је иначе присутан последњих година (са 13,3 у 1995. години, када је рођено 140.000 деце, на 10,3 у 1998. години, када је рођено 85.541, односно 10,06 у 1999. години са 83.770 рођене деце), уз упозорење да су ови подаци, као и остали индикатори виталне статистике, непотпуни за Косово и Метохију, због нерегистровања свих виталних догађаја за 20 општина у периоду јун–децембар 1998. године, односно за читаву 1999. годину.

Неповољна стопа природног прираштаја (однос између рођених и умрлих), која је у

истом периоду (1995–1999. година) опала од 3,1 на - 2,5, уз податак да је проценат општина са негативним природним прираштајем још у 1997. години износио у Војводини 100%, а у општинама Централне Србије 85,2%, још више ће се повећати у наредном периоду, као последица повећане смртности у току и после оружаних сукоба и већ наведеног двоумљења „да се многе одлуке о рађању с правом или без, доводе у питање".

Међународно хуманитарно право и последице његовог кршења

За ову прилику дат је осврт на последице НАТО агресије у контексту кршења Међународне конвенције о правима детета, имајући на уму да је крајем године, у којој је извршена агресија на децу СР Југославије, обележен значајни јубилеј: 10-годишњица од како је Генерална скупштина УН усвојила први међународни уговор који се посебно бави правима и заштитом деце.

Право на живот, као основно право које се чланом 6. Конвенције о правима детета „признаје сваком детету самим рођењем", са захтевом да се обезбеди „у највећој могућој мери опстанак и развој детета", грубо су прекршени (прилог: погинула деца у НАТО агресији).

Право на здравствену заштиту (члан 24, тачка 1-2. Конвенције), која обухвата најважније мере и садржаје заштите, унапређења и очувања здравља деце, било је осетно доведено у питање. Пре свега, није могао да се оствари ни основни а не „највиши ниво здравствене и медицинске заштите и рехабилитације" у условима сталног дејства ваздушне опасности, немогућности кретања, порушених мостова, пруга, бомбардовања здравствених објеката. Мало је рећи да је за 87 дана порушено 147 здравствених објеката, од великих болничких комплекса до здравствених станица, и да је заједно са њима страдала и опрема, потрошни материјали, лабораторијски реагенси, лекови. Додатно погоршање у функционисању здравственог система било је нередовно снабдевање водом и струјом.

У условима када је смањено коришћење здравствене заштите (за време НАТО агресије било је смањено и до 50%, па је уместо 500.000 контаката са здравственом службом у Републици Србији, обављано само око 200.000 контаката месечно), посебно је евидентно смањење коришћења здравствене заштите деце при лечењу, контроли здравственог стања и пружању превентивних прегледа. Тако се бележило смањење коришћења здравствене заштите деце предшколског узраста и до 40%, школске деце чак до 65% и посете у кућним условима за око 25%.

Осим уобичајених болести цревних и дисајних органа, превагнули су симптоми астме и кожних инфекција, као последице стреса, страха и загађеног ваздуха, боравка у неусловним склоништима и подрумима. Значајне превентивне мере, везане за обавезну имунизацију деце, посебно, најмлађег и најризичнијег узраста до две године живота, због онемогућене доступности коришћења здравствених услуга, непотпуно су обављене.

У свим таквим околностима било је ускраћено адекватно реаговање и породице и здравствене службе. Изостала је значајна помоћ саветовалишног рада и подршка родитељима у решавању најчешћих здравствених проблема деце. Ово се донекле ублажавало коришћењем контакт телефонских позива и одговора дежурних служби. У многим центрима, истина, углавном за децу градског подручја, осим посета патронажних сестара и педијатри су одлазили у кућне посете, у обилазак, пре свега, тек рођених беба. Ово посебно у условима када је боравак породиља и новорођенчади у породилишту био скраћен.

У условима ваздушне опасности, завијања сирена и отежане комуникације, од значаја су биле организоване мобилне екипе гинеколога које су на позив одвозиле трудице у породилиште или се порођај обављао у колима.

Смањење болничких услуга је у просеку било за око 45%, јер је усмерено само за најтеже случајеве, а пре свега за повређену и рањену децу. Како је то у пракси изгледало, говоре подаци да је на Универзитетској дечјој клиници у Београду „дневно било 36 хоспитализованих малишана за разлику од ранијих

400 пацијената, од шест операционих сала, четири су затворене, од дијагностичких апарата користе се они који троше најмање струје".

Због честих прекида у снабдевању струјом и водом животи стотине младих пацијената на интензивној нези, на дијализи, превремено рођених беба у инкубаторима, били су у опасности. Лечење хронично оболеле деце од дијабета и малигних болести било је вишеструко отежано, због несташице лекова, дужине боравка на болничком лечењу, као и правовремене контроле. На Институту за онкологију и радиологију Србије сведоче да малишани долазе на лечења са већим степеном проширености злоћудних тумора, који смањује шансе за њихово преживљавање, јер многи родитељи оклевају да се одлуче на пут за Београд у доба када НАТО авијација данонoћно бомбардује путеве и магистрале.

Али, није било проблема само са погоршањем физичког здравља деце и адолесцената. Дошло је до изузетних појава и промена психичког здравља и психотраума у знатном проценту ове најосетљивије популације, као последице немоћи, патње због одвајања од родитеља, смрти блиских, и претрпљеног страха у току непрестаних дејстава непријатеља из ваздуха, злокобних брујања авиона и реских звукова сирена.

Непрекидно бомбардовање, када је ваздушна опасност трајала и до 18 сати, приморавало је децу да све време остану у подрумима и склоништима. „Само је понека рођенданска свећица обезбеђивала додатни извор светлости уз жагор раздрагане деце". Кад деца изађу напоље, кретање им је ограничено. Околни паркови, шуме и пољане су несигурне од кад су на њих бачене касетне бомбе.

Најчешћи психички поремећаји код деце за време НАТО агресије били су: поремећаји понашања и емоција, поремећаји говора, хиперкинетички поремећаји, а код адолесцената агресивност понашања. Стручњаци објашњавају: „Звуци сирена за узбуну, појава авиона са серијом „ватромета" над градом разумљиво изазивају страх, а страх често прелази у срџбу и у агресију. Та агресија може бити испољена према себи и довести до самоубиства, или према другима, а то су обично они који су ту, при руци, који су нам најближи".

Ово су најпотпуније исказали стручњаци Института за ментално здравље који најбоље познају душу деце: „Све базичне потребе детињства су угрожене. Угрожена је дечја потреба за сигурношћу, за игром и за истраживањем простора око себе. Лишени су и осећаја контроле над оним што им се дешава, а то је, такође, важан фактор развоја. Наравно, у актуелној ситуацији сва деца пате и свима је тешко, али ће дубина ожиљака на њиховој души зависити од тога да ли су били изложени непосредној опасности, да ли су изгубили неког драгог у овом рату, да ли им је отац био мобилисан ... Међутим, баш као што сваку физичку рану треба што пре санирати, тако и сваку психичку трауму треба што раније терапијски обрадити".

И тимови ових стручњака, све време трајања и непосредно после агресије, организовали су веома успешне програме – пружање психосоцијалне заштите деци која су боравила у склоништима, школама, дечијим вртићима и избегличким камповима.

Информисање родитеља о правилној исхрани деце, и посебно, о предностима дојења у ванредним условима, одвијало се припремом стручног материјала за здравствене раднике и родитеље, преко средстава информисања, и посебно, доследним спровођењем Југословенског програма заштите и подршке дојењу.

Право на "безбедну животну средину" од првог дана НАТО агресије било је ускраћено целокупном становништву, а пре свега деци, посебно у срединама са индустријским, хемијским и нафтним постројењима (Панчево, Нови Сад, Лучани и др., загађења Дунава и ширег водотока у Републици). Забележено је да је у Панчеву, после бомбардовања Рафинерије, облак пун чађи и отровних гасова био примећен и на 200км удаљености, а после погођених резервоара, у којима је било сирове нафте, данима су падале црне кише. Отровне супстанце знатно су прелазиле дозвољене границе.

Непосредне последице на здравље деце одразиле су се акутним симптомима гушења, отежаним дисањем, појачаним асматичним нападима, када се из безбедносних разлога из

наведених места расељавало становништво (око 40.000 у Панчеву и 5.000 у Лучанима). Дугорочне последице угрожености животне околине, земље, ваздуха, још су увек непознате, али су позната кумулативна дејства појединих састојака употребљеног оруђа у агресији НАТО-а, са далекосежним последицама на здравље и живот људи, посебно на млади нараштај.

Према оцени стручњака, због интензитета ратних дејстава, Космет је постао регион у коме су највише угрожене садашње и будуће генерације. Колика је „брига“ наредбодаваца агресије да се тим чином спречи „хуманитарна катастрофа“ и врати избегло албанско становништво у своје домове, види се по јачини даноноћног рушења, паљења, коришћењем касетних бомби и осиромашеног уранијума, уместо „хуманитарне“, створена је еколошка катастрофа у земљи, загађивањем воде, ваздуха, земљишта, подземних вода и хране.

Сведочанства и чињенице

Земља која се последњих година грчевито изборила да, уз санирање хигијенских и грађевинских услова у већини породилишта обезбеди и оне важније, светски признати став за хуманије рађање, и да се са 20 међународно признатих одличја „пријатељи мајки и новорођенчади“ нађе у самом врху Европе, суочила се са правим лицем „Новог“ поретка.

Већ у првој недељи дејства НАТО агресора у центру Београда, у Институту за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије, 70 породиља, 70 беба и трудница које чекају тај најлепши чин, у један сат по поноћи евакуисане су у подрумска склоништа. „Склањали смо их да не би били спаљени у пожару НАТО авиона и бомби твораца демократије“ – саопштавали су руководиоци Института. Три недеље касније (20 маја) ласерски вођена ракета погодила је Завод за гинекологију и акушерство КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ – Дедиње у Београду, када су повређене две породиље и три новорођене бебе. Остаће забележено да је једно од најлепших породилишта у земљи, као „Болница за жене и децу“, изграђена далеке 1926. године уз помоћ страних донатора, коју су покренуле жене лекари добровољци из Шкотске, а пре свих др Елза Инглис, до данашњих дана аветињски празно, без трудница, породиља и новорођене деце.

А како су ту ноћ доживеле мајке забележио је новинар на лицу места.

„Уплашила сам се за своју девојчицу. Да је никада нећу видети, да је никада нећу упознати. Добро је, сада је ту поред мене, рекла је јуче тихо, док су јој се сузе сливале низ лице, а говор прекидали дубоки уздаси и јецаји тридесеттрогодишња Београђанка Ирена Динић, која је са осталим породиљама, бебама и женама на одржавању трудноће, из Клиничко-болничког центра „Др Драгиша Мишовић“ – Дедиње, одмах после страшних детонација које су јуче рано ујутру одјекнуле најпре у десет, а затим у пет минута до једног сата у овој здравственој установи, пребачена на негу у Гинеколошко-акушерску клинику „Народни фронт“.

Ова млада, дубоко потресена жена каже и да је у тренутку агресије НАТО снага на болницу било страшно. Пуцало је на све стране, чуо се језив звук прскања стакала, завладала је паника. Али захваљујући брзој акцији дежурних лекара и осталог медицинског особља, ситуација је брзо била потпуно под контролом. „Пребачене смо одмах у Народни фронт и ту смо наишли на изузетну љубазност и предусретљивост целокупног здравственог особља. Од жена, које су биле са мном на одељењу царског реза, једино сам ја повређена. Иако је мој кревет био најудаљенији од прозора, неколико делова је пало на моје лице, од тога ове ране на уснама и носу“, рекла је Ирена, држећи све време једну руку поред кревеца своје девојчице Јелене, коју је родила пре три дана у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ – Дедиње.

На кревету до ње лежи двадесетседмогодишња Александра Ранчић, која је лице прекрила рукама и нема снаге да проговори ни једну реч. Ова Београђанка породила се царским резом само десет минута пре доласка убица из НАТО алијансе. Њена беба, дечак, јуче је у ГАК „Народни фронт“ мирно поред ње спавао.

Девојчицу је царским резом прексиноћ у 20 сати и 45 минута родила у Клиничко-болничком центру „Др Драгиша Мишовић“ – Дедиње и двадесетпетогодишња Александра Томић. Њен шапат гушили су јецаји. Успела је само да каже да је у тренутку бомбардовања стакло било свуда око њих. Распрснуло се по њиховим креветима и пало на прекриваче. Рекла је да је имала среће и да није повређена. Сад једва чека да се врати својој породици, мужу и троипогодишњем сину. У ГАК „Народни фронт“ одмах после детонације пребачене су још и тридесеттрогодишња Ивана Костић, која је прексиноћ, у 22 сата, царским резом, родила дечака, и тридесетједногодишња Ружица Димић, која је прекјуче, у 11 сати, царским резом, донела на свет сина Огњена“.

Извлачење и пребацивање беба, мајки и трудница у другу здравствену установу описали су дежурни лекари Хитне помоћи.

„Кренули смо мрачним улицама у две колоне. Када смо стигли на место несреће, горело је на све стране. Видели смо разрушено одељење неурологије. Из унутрашњости зграде чули су се повици и јауци, а око нас се ширио густ црни дим. Од ватре која је буктала било је топло, на неким местима се излила вода. Пришли смо другом улазу, где смо сачекивали пацијенткиње и њихове бебе са одељења за гинекологију. Над главом су нам, док смо бебе и маме преносили до кола, зујали авиони. Једну пацијенткињу код које је десет минута пре детонације урађен царски рез изнели смо на носилима. Остале породиље су могле саме. Није било панике, мало је заплакала тек једна беба. Док смо одлазили до ГАК „Народни фронт“ точкови су ломили стакла и камење. Било је мрачно. Срећом, за десетак минута, колико је цела акција трајала, све жене и новорођенчад били су уредно збринути“.

Сличну судбину доживела су и друга породилишта, велике клинике у Новом Саду, Нишу, Приштини и Крагујевцу, као и она у Алексинцу, Лесковцу, Сурдулици, Врању, Смедереву, Чачку, Кикинди, Суботици, када су се дању, или усред ноћи, на звук сирена, износили кревети породиља у сутурене и средишне просторије далеко од разбијених стакала и разваљених прозора. Са њима у ходницима и холовима били су кревети са тек рођеним бебама над којима су их мајке својим телом надкрилиле, грлиле, тепале, али и непрестано дојиле верујући да „ће сваком капи свога млека дати снагу да обоје издрже“.

„То је најлепша ствар коју смо заједно са мајкама и њиховом децом доживљавали“ – говорили су скоро исту причу запослени у породилиштима.

Свакодневно се сабирао број рођених, обавештавала јавност, славило рођење стоте, петстоте, хиљадите бебе, као да се желело да се и на тај начин пркоси смрти.

Процењује се да је за 87 дана НАТО агресије на СР Југославију рођено око 25.000 новорођенчади, када је плач беба којим се најављује нови живот „надјачао бомбе“.

Да се не заборави

Према још увек непотпуним подацима, за време 87 дана даноноћног бомбардовања, на стотине деце изгубило је живот у својим кућама, у колони избеглица, у возу, аутобусу, на мостовима, у пољу, избегличким камповима или од последица експлодираних мина.

Уместо стандардних табела којима се представљају обележја и узроци смртности, послужићемо се подацима брижно сакупљеним и упоређиваним са више званичних извора, а где се као једини узрок смрти бележи последица „НАТО агресије“.

- Прве жртве у првој ноћи бомбардовања било је двоје деце из избегличког кампа у близини Приштине, која су већ доживела голготу као избеглице из Босне и Херцеговине и Хрватске.
- Од касетних бомби са радиоактивним и хемијским пуњењем 25. марта страдала су два дечака у селу Бесник код Рожаја (Сенад Дачић, 16 година).
- 2. априла, у селу Ногавац код Ораховца, настрадале су девојчице Валентина Елшани (9 година) и Едониса Гаши (2 године).
- 6. априла, приликом гранатирања насеља Дубиње, у околини Сјенице, погинуо је дечак (14 година) на игралишту.

- 6. априла у Алексинцу:17 погинулих, више од 30 рањених.
- 7. априла у Приштини, у Косовској улици, погинуло је троје деце турске породице Гаши (деветогодишња Деа, шестогодишња Реа и седмогодишњи) са својим родитељима.
- У селу Мировац код Подујева убијена је беба, једногодишња Дејана Оташевић
- 10. априла у потпуно уништеном селу Мердаре погинула је једанаестомесечна Бојана Тошовић и њен отац, а рањена мајка у шестом месецу трудноће.
- 12. априла у бомбардованом возу у Грделичкој клисури међу 55 настрадалих пронађен је леш Бранка Станијановића из села Прћиловца код Алексинца заједно са оцем и мајком и девојчица од 16 година.
- 14. априла у ромском селу Павловац код Врања убијена је девојчица Милица Стојановић (12 година) док се играла лутком у дворишту. Шеснаестогодишња ученица средњошколског центра Ирена Митић из села Рибнице код Врања добила је тешке повреде лобање, док је на сеоском имању помагала рођацима око сетве. Сутрадан је преминула на Неурохируршкој клиници у Нишу. Погинуо је и дечак Михајло Трајковић (17 година).
- Истог дана бомбардоване су две избегличке колоне углавном жена, деце и старих, у близини Ђаковице, на путу Ђаковица-Призрен, са 82 погинулих и 50 тешко рањених, од којих је 41 задржано на болничком лечењу.
- 17. априла у Батајници, у свом стану, док се припремала за спавање, на ноши у купатилу, гелери од касетне бомбе усмртили су трогодишњу девојчицу Милицу Ракић.
- 18. априла двоје деце, од петоро избеглица албанске националности, погинуло је кад је аутомобил налетео на мину.
- 21. априла у нападу на избегличко насеље „Маја“ у близини Ђаковице погинуло је најмање 10, а рањено 20 избеглица. Међу погинулима су и дечак седмогодишњи Иван Иванчић и четворогодишњи Марко Ивановић.
- У селу Велика Добриња код Липљана живот је изгубила шестогодишња Арта Лугић, а тешке телесне повреде од касетне бомбе задобила су њена браћа и сестра, осмогодишњи Егзон, седмогодишњи Нерон и седмогодишња Аријета.
- Седморо деце из Србице задесила је иста судбина.
- 22. априла при бомбардовању Врања погинуо је осамнаестогодишњи Далибор Тасић.
- 24. априла у близини села Догановић погинуло је петоро деце Коџа – деветогодишњи Фисник, петнаестогодишњи Ваљдет, четрнаестогодишњи Бурим, четворогодишњи Ељдон и четрнаестогодишњи Осман.
- 26. априла убијена су два малишана у Призрену, у насељу „Кула“.
- 27. априла од 11 погинулих цивила у бомбардовању стамбеног дела у Сурдулици, када је 18 кућа потпуно срушено, а више од 500 оштећено, погинуло је троје деце. „Забележено је да у подруму породице Милић где се сакрило десеторо људи остао само кратер“. Међу погинулима су деца домаћина: петнаестогодишња Миљана, дванаестогодишњи Владимир и њихов рођак седамнаестогодишњи Миодраг Миловановић. Забележено је још да град не памти толику тугу од времена Првог светског рата.
- У селу Мировац код Подујева погинула је једногодишња девојчица.
- 28. априла у Призрену у ромској породици Зуљфури погинули су двогодишњи Максум, трогодишња Касандра и четрнаестогодишња Бећира.
- 30. априла, приликом бомбардовања моста на Лиму у варошици Мурино, између Плава и Андријевице, погинули су тринаестогодишња Мирослава Кнежевић и две девојчице избеглице са Космета, десетогодишња Оливера Максимовић и дванаестогодишња Јулка Брудар.
- 1. маја, на путу Приштина-Ниш, код села Лужане, ракетиран је аутобус пун путника, међу њима већина жене и деца. Међу 40 погинулих путника су Петровић Марија (19 година), Никола (17 година), а из породице Капола Ћавит (15 година), Флоринда (18 година), Аријета (13 годиан) Мирљинда (4 године) и Мируша (2 године). Истога дана приликом бомбардовања породичних зграда у Призрену погинули су Бериша Елвис (17 година) и Есад (12 година), Пецали Бесимље (17 година) и Краснићи Ернест (3 године).
- 3. маја са више касетних бомби погођен је аутобус пун путника на месту „Савине воде“,

који се из Ђаковице кретао према Подгорици. Том приликом погинуло је 20 људи, међу њима и деца, а рањена су 44 путника.

- Истог дана тешко је рањен дечак Дејан Јанковић, када је бомбардовано село Катрга код Краљева.
- 5. маја једанаестогодишњи Адем Мунчај из села Велика Јабланица од бомбе донете у кућу усмртио је мајку, брата, стрица, његову ћерку и тешко ранио другог брата и сестру.
- 6. маја Софија Јовановић (23 године) подлегла је повредама (рањена 30. априла у Вардарској улици у Београду).
- 7. маја мета агресора били су Клинички центар у Нишу, Институт за патологију, надомак Дечје клинике и Клинике за гинекологију. Међу 14 погинулих лица налазила се трудница Спасић Љиљана (у седмом месецу трудноће) и њено нерођено дете.
- Истог дана тешко је повређена осмогодишња девојчица Милена Антић из Липљана заједно са сестром Наташом (13 година) и мајком.
- Стање двогодишњег Ненада Радусиновића је критично. Рањен је у аутобусу код Савиних вода. Гелер ширине 1 цм пробио је малишанову лобању са десне стране између чеоног и очног региона, гласио је извештај лекара.
- 10. маја од експлодиране касетне бомбе погинуо је Јован Оташевић (22 године) у возилу после напада на аутобус код Пећи. У току је идентификација осталих погинулих путника.
- 18. маја гелери су усмртили девојку и младића, Гордану Николић (18 година) ученицу III разреда гимназије и њеног младића Милана Игњатовића (19 година) матуранта гимназије „Јован Скерлић“ из Владичиног Хана, када је погођен мост преко Јужне Мораве који повезује делове града са обе стране реке.
- Истог дана у Липљану је погинула четворогодишња Драгана Димић, а њен седмогодишњи брат Бојан и родитељи тешко су повређени.
- 13. маја код села Кориша код Призрена, на путу Призрен Сува Река, гађана је колона избеглица са највише жена и деце. Од 87 погинулих 36-оро је деце: 10 новорођенчади и 26 деце до 15 година живота, а више од 100 рањених 60% су деца смештена у призренску болницу. У извештајима преживелих је забележено.

„Имао сам седморо унучади од једне до десет година“, каже Хасан Ахмет. „Имала сам три сина, снахе и 11 унучади, сви су изгорели“ каже Бахрија Ахмет. Шпреси Реџај погинули су муж, седмомесечна беба, мајка, браћа и њихове породице. „Нас четрнаесторо из породице лежали смо на приколици и испод ње на сунђерима. Тада је пала из авиона бомба. Сећам се светлости и вриска уснуле деце. Од тада ми се прекида памћење. Рука ми је изгорела до лакта“, каже млада жена у болници.

- Истога дана погинуо је Хајдарај Крешник (16 година) из села Ереч код Ђаковице.
- 16. маја од касетне бомбе тешко је рањен Данијел Ивић (13 година) из села Врбовца код Косовске Витине (ампутиране обе ноге).
- 17. маја троје рањене деце из избегличке колоне је у животној опасности. Поред опекотина трећег степена два малишана су задобила повреду главе, а једна девојчица и повреду кичме.
- 26. маја у селу Радоше код Ораховца погинуло је двоје деце Кастрати, Кјутим (11 година) и Исмет (10 година), а треће је тешко рањено (Шукри 15 година). Истог дана при поновном нападу села, тешке повреде задобио је Никола Миљићи (16 година).
- 26. маја у Раљи крај Београда погинули су брат и сестра, осмогодишњи Стефан и четворогодишња Данијела Павловић. Комшије су забележиле: „Страховита експлозија, јауци и запомагање дигли су цело место“. Вапај повређене мајке да јој спасу децу допирао је из рушевина све док није изгубила свест. Кад су њу откопали једва су је препознали“.
- 29. маја у приградском насељу Чамурлија у Нишу троје деце од 8 до 12 година тешко је рањено.
- 30. маја погођен је мост на Великој Морави код Варварина, усред дана, док су улице биле пуне (прослава Свете Тројице и пијачни дан). Највише су страдали људи који су после прве бомбе потрчали да помогну унесрећенима, при другом и трећем нападу. Међу девет погинулих су Сања Миленковић (16 година), олимпијска нада и „драгуљ“ Математичке школе у Београду, и Милан Савић (23 године) радник, 14 теже рањених одмах је оперисано. Извештач Скај Њуза је забележио: „Још један мост

мање, још једна грешка више ... Мост у Варварину углавном користе пешаци јер је узан и не може да служи за пролаз тенкова. Мртвачнице су пуне, а сцене и сувише страшне да би смо их приказали".

- 31. маја у стамбеном делу Новог Пазара од последица бомбардовања 14 је погинулих, међу њима отац и син, Владан и двогодишњи Марко Симић и Мирко Роглић (16 година). Записано је да се бројни мештани, без обзира на веру и националност, јављају Штабу цивилне заштите и нуде крв за повређене, помоћ у превозу и новцу.
- У ноћи између 30. и 31. маја погођена је специјална болница за плућне болести у Сурдулици. Од 19 погинулих, 15 је избеглица из Хрватске, међу којима троје деце Малобабић, Милена (20 година), Раде (19 година) и Ранко (16 година). Забележено је да је „велика разорна снага скоро у потпуности разрушила неколико спратова зграде, затрпавши један број лешева, а друге раскомадао, па су смрвљени делови тела разбацани по гранама дрвећа, пружали страховити призор ..."

Грађани те варошице на југу Србије били су трагично погођени рушењем својих домова, погибијом блиских рођака и суграђана, али и несрећом да по први пут сахрањују децу својих пријатеља и комшија и ону изгнану што су нашла уточиште у њиховом окружењу, која су сада у смрти унакажена до бола. Најчешћи обдукциони налаз био је да „највећи део костију лобање недостаје, недостају екстремитети, ребра вишеструко преломљена, а грудни кош огромном зјапећом раном отворен кроз коју проминира део срца величине дечјег длана". У заједнички сандук двојице младића, сахрањени су „скупови" који садрже њихове раскомадане делове тела.

Док су многа од стотину погођене деце горела у запаљеним аутобусима, на мостовима, у избегличким колонама код Призрена и Ђаковице, чуле су се шеретске поруге навигатора и извршиоца. А поруке изнад Грачанице: „Погледајте у небо, можда вам је то последњи пут", „Зар то није дивно?", писало је на пројектилу којим је усмрћена шеснаестогодишња Ирена Матић из Врбнице код Врања, „Да ли се још увек осећате Србима?", светлело је на траци изнад Ниша, – требало је да имају и друге конотације.

Али једна порука је најстравичнија и најнехуманија, када човек, родоначелник НАТО агресије над једним народом и њеним подмлатком, на самом почетку сулуде одлуке и осам месеци касније, на месту злочина, изговара исте речи: „То је била добра ствар".

Литература

1. Анђелски Х. и сарадници: Снабдевање становништва СРЈ хигијенски исправном водом за пиће. Институт „Кирило Савић", Београд, 1997.
2. Богуновић Н.: Социјална медицина. Будућност, Зрењанин, 1978.
3. Богуновић Н., Керкез Ж.: Природне ризнице Србије. Анђелика, Београд, 2011.
4. Лазаревић А.: Социјална медицина. ВМШ, Београд, 1996.
5. Парезановић В.: Рађање и умирање деце и адолесцената у СРЈ. Савремена администрација, Београд, 2000.
6. Талијан М.: Борба против беле куге у Србији. БМД, Смедеревска Паланка, 2010.
7. Савезни завод за заштиту и унапређење здравља: Стање здравља становништва СРЈ. Савезна влада, Београд, 2000.
8. Савезно министарство иностраних послова: Документа и докази НАТО злочина у Југославији 24.03–10.06.1999. године. Београд, 2000.
9. Министарство унутрашњих послова РС: Часопис „Безбедност", Год XVI, бр. 99.
10. Савезни завод за статистику: Статистички годишњак 1996, 1997, 1998, 1999. и 2000. године, Београд.
11. Институт за заштиту здравља Србије и Институт за заштиту мајке и детета Србије: Стање и развој службе за заштиту мајке и детета у Србији 1991–2009. године, Београд.
12. Градски завод за заштиту здравља: Статистички приказ здравствене делатности Београда, 2000–2010. године.
13. Републички завод за статистику: Пописи становништва у Србији 1981, 1991, 2002. године, Прогнозе и процене у међупописним годинама.

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 рељуиремептс фор манусприпте 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