ГОДИНА XL

Број 5
ОКТОБАР 2011. ГОДИНЕ

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

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Проф. др Георгиос Константинидис

Главни и одговорни уредник:
Доц. др Христо Анђелски

Чланови:
Проф. др Марија Јевтић
Рајко Гргуревић, дипл. ек.
Проф. др Александар Вуксановић
Мр др Дејан Станојевић
Др Драгомир Цимеша
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Доц. др Мирослав Чавлин
Проф. др Александар Павловић

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.

Часопис Здравствена заштита депонује се у Дигиталном репозиторијуму Центра за научне информације Народне библиотеке Србије, а чланци из часописа се могу представити у Српском цитатном индексу у виду пуног текста у режиму отвореног приступа.

С а д р ж а ј

Стручни и научни радови

Соња Чанковић, Ержебет Ач Николић, Душан Чанковић, Ивана Радић, Сања Хархаји
Квалитет живота — теоријски приступ 1

Веселин Меденица, Лидија Ивановић, Радица Драгојловић Ружичић, Гордана Арсић Комљеновић
Актуелна схватања о мултиплој склерози и могућности процене инвалидности код оболелих особа 7

Нада Зец Петковић, Марина Релић
Утицај стоматолошког тима на квалитет рада са предшколском децом 13

Андреа Узелац Шкорић, Предраг Кон, Лепосава Гаротић Илић, Ивана Беговић Лазаревић, Славица Марис, Биљана Беговић Вуксановић
Морбили на подручју Београда у периоду 2001. – 2010. године 21

Предраг Поповић, Сања Коцић, Снежана Радовановић, Светлана Радевић, Душица Бркић
Хроничне незаразне болести – водећи узроци умирања становништва Шумадијског округа 32

Слободан Чеперковић
Морталитет од хроничних незаразних респираторних болести на територији Шумадијског округа 37

Ибрахим Тотић
Политике у здравственом систему Европске Уније 43

Лелица Тодоровић
Неуролингвистички принцип позитивне интенције у лечењу мигрена 56

Нада Јовановић Васиљевић, Славица Симеуновић
Ризик од појаве акутних коронарних синдрома и аритмија код алкохоличара у раном апстиненцијалном периоду 61

Ивица Здравковић
Дилтиазем: неоправдано маргинализован? 67

Наташа Михаиловић, Сања Коцић, Снежана Радовановић, Предраг Поповић, Ивана Симић Вукомановић, Светлана Радевић
Положај особа са инвалидитетом кроз историју 72

Приказ књиге "Филозофија живота" академика проф. др Светомира Стожинића 79

In Memoriam – Проф. др Предраг Мићовић 81

Упутство ауторима 82

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 613

Квалитет живота – теоријски приступ

Соња Чанковић[1], Ержебет Ач Николић[2], Душан Чанковић[3], Ивана Радић[4], Сања Хархаји[5]

Quality of Life – Theoretical Approach

Sonja Čanković, Eržebet Ač-Nikolić, Dušan Čanković, Ivana Radić, Sanja Harhaji

Сажетак: *Светска здравствена организација (СЗО) дефинисала је квалитет живота као перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којем живи, као и у односу на његове сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања. То је широк концепт на који утичу физичко здравље појединца, психичко стање, степен самосталности, социјални односи и најважније појаве у окружењу. Квалитет живота није једноставан концепт за дефинисање, односно субјективност и комплексност квалитета живота представља изазов не само са аспекта дизајнирања и састављања скала за мерење, већ и бодовања и оцењивања. Инструменти за процену квалитета живота могу бити општи (генерички) или специфични упитници. У генеричке инструменте за испитивање квалитета живота спадају: инструменти Светске здравствене организације (World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF), LEIPAD упитник, CASP-19, QLQ упитник (Quality of life questionnaire).*

Кључне речи: *квалитет живота, мерење, упитници.*

Summary: *World Health Organization (WHO) defined quality of life as individual perception of their position in life in the context of culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships and their relationship to salient features of their environment. It is not easy to define this concept and the subjectivity and complexity of quality of life presents a challenge not only to design of quality of life measurement scales, and their composition, but also to their scoring and weighting. Quality of life measures can be generic and disease-specific questionnaires. Broad scales of quality of life are World Health Organization Quality of Life instruments (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF), LEIPAD questionnaire, CASP-19, QLQ (Quality of life questionnaire).*

Key words: *quality of life, measurement, questionnaires.*

1 Др Соња Чанковић, Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

2 Проф. др Ержебет Ач Николић, Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

3 Др Душан Чанковић, Центар за промоцију здравља, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

4 Др Ивана Радић, Центар за информатику и биостатистику у здравству, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

5 Др Сања Хархаји, Центар за информатику и биостатистику у здравству, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

Увод

Израз „квалитет живота“ први пут се помиње још двадесетих година прошлог века, а истраживања на ову тему посебно су се развила деведесетих година и од тада је публиковано на хиљаде радова на тему дефиниције и мерења квалитета живота. С обзиром на то да није постојала дефиниција квалитета живота која је широко прихваћена, Група Светске здравствене организације за квалитет живота (World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL) започела је процес разјашњавања и дефинисања овог концепта. После доста разматрања међународна група експерата, из развијених земаља, али и земаља у развоју, године 1993. постигла је консензус и дала дефиницију према којој квалитет живота представља перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којем живи, као и у односу на његове сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања. То је широк концепт на који утичу физичко здравље појединца, психичко стање, степен самосталности, социјални односи и најважније појаве у окружењу[1].

Квалитет живота није једноставан концепт за дефинисање. То је мултидимензионална поставка која обухвата физичке, менталне, социјалне и бихејвиоралне компоненте благостања и функције[2].

Још специфичнији појам који постоји у литератури јесте квалитет живота повезан са здрављем (Health Related Quality of Life — HRQoL), који се односи на физички, психолошки и социјални домен здравља, као посебне области које су под утицајем искуства појединца, веровања, очекивања и процена[3]. Квалитет живота повезан са здрављем представља једну димензију ширег квалитета живота. Квалитет живота и квалитет живота повезан са здрављем јесу вишедимензиони и аморфни концепти, и оба су од великог значаја као завршне тачке у евалуацији јавних политика, укључујући резултате здравствене и социјалне заштите[4]. Концепт квалитета живота је последњих година привукао велику пажњу здравствених радника из два разлога. Прво, у већини случајева нагласак у пружању здравствене заштите промењио се од уског прилаза симптом-дијагноза-лечење, до једног ширег погледа на здравље појединца. Друго, ефикасност и кост-ефективност медицинских интервенција све су чешће од примарног значаја у пружању услуга[5]. Такође, интерес за ову област се објашњава и успехом који је постигнут на пољу продужетка живота, истичући чињеницу да пацијенти желе да живе а не само да преживљавају[6]. Мерење квалитета живота је драгоцено за поређење еквивалентних терапијских процедура, али исто тако се може користити у одлучивању да ли да пацијент буде подвргнут терапији, односно помаже у одмеравању предности преживљавања у односу на нежељене ефекте терапије, као у случају хемотерапије малигнитета[7].

У савременим светским истраживањима у медицини квалитет живота је важан аспект резултата мера здравствене заштите и заједно са дужином живота чини основу за утемељење одређених мера у здравственој заштити[8].

Истраживања показују да већина људи дефинише свој квалитет живота имајући у виду позитиван психолошки поглед и емоционално благостање, добро физичко и ментално здравље и физичку способност да раде ствари које желе, остваривање добрих односа са пријатељима и породицом, учествовање у друштвеним активностима и рекреацији, живот у сигурном суседству са одговарајућом инфраструктуром, поседовања довољне количине новца и независности[4].

Здравље и квалитет живота

Са становишта готово сваке дисциплине постоји потреба да се дефинише здравље истичући медицински, еколошки, социолошки, економски, психолошки аспект, као и друге аспекте здравља. Све те слике се надопуњују и преклапају, па је шира слика и богатија и истинитија, а расправе и надметања која се о томе воде често су одраз ставова и интереса појединих стручних скупина, које тако бране своје место у заштити и очувању здравља[9].

Практично до 1948. године на концепт здравља гледало се доста поједностављено, без озбиљних покушаја да се уклоне недостаци тра-

диционалних дефиниција. Тек у Уставу Светске здравствене организације (СЗО) здравље се дефинише као „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености“[10].

Упркос дебати коју је изазвала ова утопијска дефиниција, она је водила већем усмеравању ка ширем, позитивнијем концепту здравља, пре него уском, негативном (базираном на болестима)[11].

Многи истраживачи који су се бавили теоријом здравља били су склони да квалитет живота поистовете са здрављем. Међутим, у савременој науци је овај став превазиђен.

Здравље је основни део квалитета живота који је најважнији циљ развоја друштва. Здравље је у основи економског развоја и интегрални део људског благостања[12].

У процени здравља и квалитета живота све већи значај добија самопроцена здравља[13]. Самопроцена здравља представља перцепцију и процену појединца која се односи на његово здравље. Самопроцена здравља, здравствено стање и квалитет живота повезан са здрављем су термини који се често замењују. Ипак, литература потврђује став да је самопроцена здравља укључена у концепт општег здравственог стања, који је, опет, укључен у концепт квалитета живота повезаног са здрављем, односно сматра се да је квалитет живота мултидимензионални, а према томе и шири концепт од самопроцене здравља. Најчешћи начин за мерење самопроцене здравља јесте употреба једног питања у коме се тражи од појединца да дâ општу оцену његовог здравља. Постоје три главне категорије овог питања: појединац оцењује своје здравље уопштено, поредећи са другим особама исте старости, или поредећи у односу на одређено време у прошлости[14].

Сматра се да је самопроцена здравља свеобухватни индикатор квалитета живота повезаног са здрављем, а често се његова свеобухватност сматра изненађујућом с обзиромна то да се овај индикатор базира на само једном питању[15,16].

У литератури постоје два главна концептуална приступа процени квалитета живота: стандардни приступ базиран на потребама, где је квалитет живота виђен као опсег до ког су неке универзалне потребе задовољене, и други приступ психолошког процеса, где се сматра да је квалитет живота састављен од евалуације појединца о главним личним аспектима живота. Велика већина студија о квалитету живота у вези са здрављем користи стандардни-потреба приступ, у коме се здравље сматра основном потребом, и инструменти за мерење се користе да одреде ниво до ког пацијенти сматрају да је ова потреба задовољена, претпостављајући да здравље остаје једнако важно код људи са болестима и онеспособљеностима. Други приступ, насупрот томе, не подразумева да је здравље или било који други аспект живота важнији од других. Овај приступ прво истражује који аспекти живота су важни за појединца, а онда постављају питање да оцени квалитет живота мерећи све аспекте[17].

Скорашњи важан и високо утицајни допринос расправи о процени квалитета живота било је учешће СЗО у покушају да дефинише концепт и да развије одговарајући инструмент за процену. Истраживачи на овом пољу трагали су за начином како да инкорпорирају и субјективне и објективне елементе. Полазећи од гледишта да је квалитет живота субјективан и широк концепт, СЗО је тежила да идентификује и тестира различите аспекте квалитета живота и да испита у студијама у различитим културама у каквој вези су ови аспекти са концептом. Резултат овог истраживања јесте дефинисање четири широка домена која су битна за квалитет живота: физичко здравље, психолошко благостање, социјални односи и окружење[18,19].

Свака област квалитета живота може имати последични утицај на оне друге. Тако на пример, приступачност транспортним средствима омогућава независност и учешће у социјалним активностима, унапређује живот и побољшава квалитет живота, али ово је делимично зависно од здравственог стања и располагања са финансијским средствима[4].

Мерење квалитета живота

Инструменти за процену квалитета живота могу бити општи (генерички) или специфични упитници.

Општи упитници нису специфични за одређену болест или групацију пацијената и примењују се у општој популацији, као и за поређење здравственог стања. Специфични упитници се могу конструисати за одређено стање, одређену болест или одређену врсту третмана[20].

Суштинске разлике међу упитницима не постоје, оне се углавном односе на степен до ког се наглашава објективна димензија здравља у поређењу са субјективном, као и у односу на то који је аспект здравља доминантније истакнут, или у односу на сам формат и прецизност питања.

Поред тога што треба да буду конципирани и конструисани у складу са међународно прихваћеним стандардима, упитници пре употребе морају бити тестирани на основу два критеријума: испитивањем валидности и поузданости упитника[21].

Одсуство концептуалне сагласности утицало је на број инструмената који су сачињени за мерење квалитета живота. Већина инструмената је усмерена на процену квалитета живота код специфичне болести, а мало је општих мерила. Према ауторки Ен Боулинг (Ann Bowling) често је термин квалитет живота коришћен као замена за здравље, функционалну способност или психолошко благостање. Као последица тога, појам квалитета живота често маскира разлике како у концептуалном смислу тако и у условима процене или мерења. Развој и употреба инструмената за процену такође је привукао широку критику јавности због свог предоминантног наглашавања објективних аспеката квалитета живота и недостатка пажње усмерене на субјективно искуство. Колман (Calman) је, на пример, доказивао да је квалитет живота потпуно субјективан концепт коме сваки појединац приписује одређено значење, али то значење варира међу појединцима, и полазећи од такве тачке гледишта, поређење међу појединцима је тешко, ако не и немогуће[22].

Субјективност и комплексност квалитета живота представља изазов не само са аспекта дизајнирања и састављања скала за мерење, већ и бодовања и оцењивања[23].

Мултидимензионалност самог концепта квалитета живота потврђује се и анализом инструмената за његово мерење. Најчешће заступљени домени у најзначајнијим упитницима који се користе односе се на физичко, психичко и социјално функционисање (здравље).

У генеричке инструменте за испитивање квалитета живота који су у великој мери развијени ван болест-специфичног контекста спадају: инструменти World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF), LEIPAD упитник, CASP-19, QLQ упитник (Quality of life questionnaire).

Упитници СЗО, WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life-100) и краћа верзија WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF) развијени су у сарадњи са петнаест међународних центара са намером да се употребљавају у различитим културама, омогућавајући међународна поређења. Ови инструменти садрже питања која припадају доменима физичког здравља, психичког здравља, социјалних односа и окружења, као и питања која се односе на целокупни квалитет живота и опште здравље. Питања су дата у петостепеној Ликертовој скали, а временска одредница за сва питања је „у последње две недеље“[23].

Валидност и поузданост BREF верзије упитника на српском језику потврђена је у истраживању о квалитету живота које је рађено на узорку особа старости 65 и више година које су смештене у геронтолошком центру[24,25].

LEIPAD упитник је сачињен под покровитељством Европске канцеларије СЗО, намењен за процену мултидимензионалног квалитета живота старих особа, а сам назив инструмента потиче од првих слова два од три града из којих су главни универзитети који су учествовали у креирању (LEIden, PADua и Helsinki). Циљ научника је био да створе инструмент који је осетљив на промене и који процењује квалитет живота субјективно из перспективе старих особа, али и да садржи објективне ставке. Актуелна верзија има укупно 49 ставки, од којих је 31 распоређено у 7 подскала (физичко функционисање, самобрига, депресија и анксиозност, когнитивно функционисање, социјално функционисање, сексуално функционисање и задовољство животом) и преосталих

18 који омогућавају посредну процену утицаја фактора социјалне пожељности и личних карактеристика на вредност скора за подскале овог инструмента[26].

Хигс (Higgs) и сарадници дизајнирали су CASP-19 инструмент за мерење квалитета живота у раном старијем добу. Само име осликава садржај инструмента, односно садржи 19 ставки распоређених у четири домена: контрола (Control), аутономија (Autonomy), самореализација (Self-realization) и задовољство (Pleasure). Инструмент се базира на моделу задовољења потреба који је дао Маслоу (Maslow)[23].

Инструмент за испитивање квалитета живота особа старости 18 и више година у дескриптивним истраживањима и истраживањима намењеним евалуацији резултата јавних служби, QLQ упитник, дизајнирали су аутори Иванс (Evans) и Коуп (Cope). Укупно 192 ставке је распоређено у 5 главних домена (опште благостање, међуљудски односи, организационе, професионалне и рекреативне активности и активности у слободном времену) а временска одредница је „у садашњем времену“[23].

Индивидуализована генеричка мерила квалитета живота, као што су SEIQoL (Schedule for the evaluation of individual quality of life) и PGI (Patient generated index), омогућавају да појединци на основу својих критеријума истакну области живота које они сматрају да су најзначајније за њихов квалитет живота, а потом је на њима да истакну приоритете, односно да оцене области које су навели. Ово су инструменти који захтевају комплексне методе бодовања и оцењивања, као и обученог анкетара за валидне резултате и оптималну стопу одговора[27].

Литература

1. Saxena S, Orley J. Quality if life assessment: the World Health Organization perspective. Eur Psychiatry. 1997; 2: : 63-266.
2. Bullinger M, Ravens-Sieberer U. Health related quality of life assessment in children: a review of the literature. Rev Eur Psychol App.1995. 5: 45-254.
3. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Eng J Med. 1996; 34(13): 35-840.
4. Bowling A. Concepts of functioning, health, well-being and quality of life. In:Measuring Health. A review of quality of life measurement scales. 3rd ed. Berkshire:Open University Press, 2005: 1-9.
5. Sollano JA, Rose EA, Williams DL, Thorton B, Quint E, Apfelbaum M, et al. Cost-effectiveness of coronary artery bypass surgery in octogenarians. Annals of Surgery. 1998. 228(3): 297-304.
6. McDowell I. General Health Status and Quality of Life. In: Measuring Health. New York: Oxford University Press, 2006: 520-703.
7. De Haes JCJM, Van Knippenberg FCE. The quality of life of cancer patients: a review of the literature. Soc Sci Med. 1985; 20: 809-817.
8. Miettinen J. Quality of life from the epidemiologic perspective. J Chron Dis.1987; 40: 641-643.
9. Јакшић Ж., Пребег Ж., Ковачић Л., Шошић З., Јуреша В., Ланг С. et al.: Социјална медицина. Медицинска наклада. Загреб: Медицинска наклада; 2000.
10. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.)
11. Seedhouse D. Health: the Foundations of Achievement. Chicester: John Wiley; 1986.
12. Ач Николић Е.: Утицај појединих компоненти здравља на квалитет живота старих. Докторска дисертација. Универзитет у Новом Саду. Нови Сад, 2002.
13. Стаматовић М., Јаковљевић Ђ., Мартинов-Цвејин М.: Здравствена заштита. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства;1995.
14. Bardage C. Cardiovascular disease and hypertension. Population-based studies on selfrated health and health-related quality of life in Sweden. Acta Univ. Ups. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Pharmacy. Uppsala 2000.
15. Huang GH, Palta M, Allen C, LeCaire T, D'Alessio D. **Wisconsin Diabetes Registry: Self-rated health among young people with type 1 diabetes in relation to risk factors in a longitudinal study.** *Am J Epidemiol*. 2004; **159**(4)**:** 364-372.
16. Tsai J, Ford ES, Li C, Zhao G, Balluz LS. **Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes.** *BMC Public Health.* 2010; **23**(10)**:** 365.

17. Browne JP, McGee H, O'Boyle CA. Conceptual approaches to the assessment of quality of life. Psychology and Health. 1997; 1: 737-751.
18. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychological Medicine. 1998; 28: 551-558.
19. World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. [cited 2010. July 27]. Available from: http://www. who.int/mental_health/media/en/76.pdf
20. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. Quality of Life Research. 2005.14; 7: 1651-1668.
21. Scientific Advisory Committee of Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria. Quality of Life Research.2002; 11(3): 193-205.
22. Hendry F, McVittie C. Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. Qualitative health research. 2004; 14: 7: 961-975.
23. Bowling A. Measures of broader quality of life. In:Measuring Health. A review of quality of life measurement scales. 3rd ed. Berkshire:Open University Press, 2005; 148-164.
24. Ач-Николић Е., Чанковић С., Драгнић Н., Радић И.: Испитивање валидности и поузданости WHOQOL-BREF упитника за популацију старих у Војводини. Зборник Матице српске за друштвене науке. 2010; 131: 211-220.
25. Чанковић С: Процена квалитета живота старих особа које живе у геронтолошком центру. Завршни рад. Универзитет у Новом Саду. Нови Сад, 2011.
26. DeLeo D, Diekstra RFW, Lonnquist J, Trabucchi M, Cleiren MHPD, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. Behavioral Medicine. 1998; 24:17–28.
27. Joyce CRB, McGee HM, O'Boyle CA. Individual quality of life: review and outlook. In: Joyce CRB, O'Boyle CA, McGee HM. Individual Quality of life. Approaches to Conceptualisation and Assessment. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999.

Контакт: Др Соња Чанковић, Институт за јавно здравље Војводине, Футошка 121, Нови Сад, тел: 021/4897-866; моб.: 064/156-89-69; sonja.cankovic@izjzv.org.rs

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 616.832-004.2

Актуелна схватања о мултиплој склерози и могућности процене инвалидности код оболелих особа

Веселин Меденица[1], Лидија Ивановић[2], Радица Драгојловић Ружичић[3], Гордана Арсић Комљеновић[4]

Current Views About Multiple Sclerosis and Opportunities Assessment of Disability in Patients

Veselin Medenica, Lidija Ivanović, Radica Dragojlović Ružičić, Gordana Arsić Komljenović

Сажетак: *Циљ рада јесте да се кроз преглед доступне литературе представе актуелна схватања о мултиплој склерози. Осим уводног описа болести, облика болести, начина дијагностиковања, симптоматологије, оштећења и могућности рехабилитације, посебну пажњу у овом раду поклањамо могућностима за процену инвалидности.*

У последњем одељку дајемо преглед могућих начина процене и инструмената процене, притом узимајући у обзир савремене тенденције које налажу да се инвалидност дефинише са социјалног аспекта, на начин на који је то учињено у оквиру ICF класификације.

Кључне речи: *мултипла склероза, инвалидност, инструменти процене.*

Summary: *The aim is to present the current understanding of multiple sclerosis. Apart from the introductory description of the disease, forms of the disease, methods of diagnosis, symptoms, damage and possibilities of rehabilitation in this paper we specifically deal with the possibilities for the assessment of disability.*

The last section gives an overview of possible evaluation methods and instruments, while taking into account the modern trends that dictate that disability is defined from a social point of view, the way it is done within the ICF classification.

Key words: *multiple sclerosis, disability, assessment instruments.*

Увод

Мултипла склероза (МС) је демијелизациона болест централног нервног система (ЦНС-а). Мијелин је масна супстанца која се ствара у специјалним Швановим ћелијама унутар ЦНС-а и обавија неуроне ЦНС-а. Улога мијелина јесте да штити нервне ћелије и да омогућава ефикасну трансмисију електричних импулса дуж аксона нервних ћелија. Многи конгенитални поремећаји, као што су фенилкетанурија и Тај-Саш синдром, утичу на развој мијелинске опне на млађем узрасту. Други фактори, као што су смањен проток крви и присуство токсина, могу довести до привременог или трајног смањења количине мијелина. Када дође до екстензивног и трајног губитка мијелина, може

1 Веселин Меденица, дипломирани дефектолог соматопед, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

2 Лидија Ивановић, дипломирани дефектолог соматопед, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду.

3 Др Радица Драгојловић-Ружичић1, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

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

доћи и до деградације неурона, која може бити трајна. Услед демијелинизирајуће болести ЦНС-а долази до трајних оштећења ЦНС-а, примарно у такозваној белој маси.

МС је једна од најчешћих демијелизирајућих болести и представља поремећај ЦНС-а са спором и често неуједначеном прогресијом. Карактеристична је по вишеструким, демијенизирајућим (склеротичним) регионима који се могу јавити у самом мозгу, можданим ћелијама, или у кичменој мождини. Симптоми МС-а варирају од индивидуе до индивидуе, а стање је обично карактерисано ремисијама и егзацербацијама, између којих понекад протекне више месеци или година. МС као последицу може имати различити степен инвалидности.

Преваленција МС-а повезана је са географском локацијом. Може бити висока од око 1:2.000 на северним географским ширинама, или ниска 1:10.000 у тропима. Нешто повећана инциденца јавља се у породицама чији је члан оболео од МС-а, што може значити да постоје одређени генетски фактори за настанак болести. Жене два пута чешће обољевају од мушкараца. МС се најчешће дијагностикује између 20-те и 45-те године, мада се болест може јавити код особа свих годишта. Осим у релативно ретким случајевима, болест не утиче на дужину живота[1].

Истраживања МС-а нису довела до откривања њених узрока, нити до откривања ефикасних начина лечења. Када се дијагностикује, МС се сматра хроничном болешћу. Постоји већи број доказа да је етиологија болести везана за дисфункцију имуног система, која је узрокована вирусом, у популацији генетски предиспоних особа.

Облици мултипле склерозе

Према току болести, могу се издвојити три типа МС-а: релапсирајући-ремитентни, примарно прогресивни или секундарно прогресивни тип. Постоје одређена опречна мишљења о томе да ли наведени типови МС-а адекватно описују болест, међутим наведена типологија је широко прихваћена. У оквиру сваке од ових категорија хронично стање може перзистирати деценијама.

Релапсирајући-ремитентни облик МС-а карактеришу акутни симптоми, или егзацербације праћене периодима пуног или делимичног опоравка, или ремисијама. У периодима између егзацербација очигледна прогресија болести није приметна, мада неки извори налажу да се процес наставља на субкортикалном нивоу, услед чега пацијент наставља да губи преостале капацитете, услед формирања лезија, без настанка тренутног губитка функција. Може протећи дуже времена између ремисија и егзарцебација, некад и године. Квалитет појединих активности свакодневног живота у највећој мери зависиће од нивоа опоравка након егзарцебације, кроз време. Код неких особа ниво функционисања смањује се мало или нимало, док се код других бележи константно опадање функција. МС често може бити узрок настанка инвалидности, те се тежина болести мери Куртскеовом[2] скалом инвалидности (Expanded Disability Status Scale).

Примарно прогресивни облик МС-а подразумева стабилно прогредирање болести од тренутка дијагностиковања. Иако може понекад изгледати да постоје успорења, или благи опоравак од симптома, јасни периоди ремисије не постоје. Примарно прогресивни облик МС-а ређе се јавља у односу на друга два облика. Губитак функционалних капацитета током времена може бити велики.

Секундарно прогресивна МС почиње на исти начин као релапсирајући-ремитентни облик, али касније „прераста“ у примарно прогресивни. Као и код примарно прогресивног облика МС-а, долази до стабилног опадања функција и погоршања здравственог стања.

Постоје и варијације МС-а у односу на три наведена типа. Ове варијације су у литератури посебно описане. Један од преосталих облика који се у литератури често описује јесте тзв. бенигни облик МС-а. Када је реч о овом облику МС-а, не долази до губитка функција кроз време, већ се јављају минимална оштећења у свакодневном функционисању током егзарцебација, које су генерално ретке. У неким изворима се напомиње да су поједине ремисије трајале чак и по 25 година[3]. Са друге стране спектра, ретких подтипова МС-а, налази се тзв.

малигни облик МС-а. Представља рапидно погоршање здравственог стања са драстичним опадањем функција. Овај облик би се могао поредити са примарно прогресивним обликом који рапридно прогредира, обично са леталним исходом пар година након дијагностиковања.

Дијагностиковање

Пошто МС представља стање ЦНС-а, лезије могу пореметити било који аспект функционисања ЦНС-а. Рани почетак може бити суптилан и подмукао, уз пролазне симптоме, што утиче на објективност клиничког налаза. Почетни симптоми МС-а често укључују замор, замагљен вид и пецкање или слабост екстремитета. Релапси се могу често јављати, или бити ретки, на неколико месеци или година, са често потпуним опоравком између релапса током почетног периода болести. Диференцијална дијагноза подразумева елиминацију болести са сличним почетним карактеристикама, као што су лупус, трансверзални мијелитис или разне инфективне болести. Након почетног периода, ток болести може бити променљив, а код неких пацијената могу се јавити различити дефицити у области моторне контроле и сензорног интегритета, као и промене у когнитивном и емоционалном статусу. Постављање дијагнозе МС-а олакшано је захваљујући њеној цикличној природи, за разлику од многих других неуролошких болести које се не одликују циклусом егзацербације и опоравка. Напретком технологија, као што су магнерна резонанца (МР) и позитронска емисиона томографија (ПЕТ), омогућено је прецизније постављање дијагнозе током последњих деценија. Осим имунолошке анализе ликвора (мождано-кичмене течности) дијагностиковање МС-а се кроз историју мењало. Због склеротичних лезија ЦНС-а које карактеришу МС симптоматологија се у многоме разликује од пацијента до пацијента, те обухвата комплексне и разноврсне симптоме. Иако симтоми теоријски зависе од локације и броја лезија ЦНС-а, технологије као што су магнетна разонанца развиле су се тек у скорије време до тог нивоа софистицираности и сензитивности како би уз њихову помоћ овај однос могао бити емпиријски истражен. Предност МР-е је и у њеној неинвазивности.

Још једна врста помоћи при дијагностиковању МС-а може се тражити у процедури испитивања евоцираних визуелних потенцијала (ЕВП). Ова процедура подразумева фотостимулацију пацијента који се прати енцефелографијом на такав начин да се брзина визуалног сигнала из оптичког нерва до окципиталног режња може утврдити. На одступања од референтних вредности брзине трансмисије гледа се у контексту лезије која има реметилачку улогу на нервне путеве, а тиме и трансмисију.

Из горе наведеног сасвим је јасно да не постоји тест или јединствена метода која би била довољно поуздана како би се поставила дијагноза. Стога, да би се поставила дијагноза мора се извршити дијагностика симптома који су карактеристични за МС, кроз поступке узимања анамнестичких података, неуролошког прегледа, спровођење процедура као што су анализа ликвора, магнетна резонанца, испитивање евоцираних потенцијала, компјутерска томографија. Дијагноза се поставља на бази дијагностичког критеријума. Најсавременији дијагностички критеријум за МС јесте Мекдоналдов критеријум из 2001. године, ревидиран 2005[4]. Априла 2001. међународни панел, у сарадњи са Националним друштвом за МС Америке (National Multiple Sclerosis Society), препоручује ревидиране дијагностичке критеријуме за МС. Уместо раније коришћених термина за дијагностику као што су „клинички дефинитивна“ и „вероватна МС“, предлажу се термини „МС“, „могућа МС“ или „није МС“. Напредак у техници магнетне резонанце користи се са циљем замене Посеровог[5] и старијег Шумахеровог[6] критеријума. Мекдоналд наводи да се дефинитивна дијаноза МС-а може поставити искључиво директно, стандардним хистопатолошким техникама, на аутопсији.

Симптоми и оштећења

Симптоми МС-а могу се разврстати у следеће категорије: емоционално/психолошки, моторни, сензорни, аутономни и когнитивни.

Емоционална и психолошка симптоматологија код МС-а може се јавити услед директног утицаја болести (утицаја склеротичних лезија на неуронску мрежу) или као реакција пацијента на ток болести (реактивна депресија, психосоматске болести). У зависности од локације и броја лезија, појава значајних емоционалних проблема није неуобичајена за МС. Емоционална лабилност са испадима плача или смеха може се јавити. Може доћи и до појаве еудорије, те пацијент може имати претеран осећај благостања.

Када склеротични плакови захватају и неуроне који су у вези са моторним функцијама јављају се умор и слабост мишића, а може доћи и до дискоординације. Поремећај хода представља основни знак угрожености моторних функција код МС-а. Мишићна слабост и поремећај координације дају карактеристичан ход на широкој основи са доста спотицања. Велики број особа са већим степеном инвалидитета принуђен је да користи штапове, ходалице, или инвалидска колица. Мишићна слабост и недостатак контроле горњих екстремитета такође су чести и у комбинацији са тремором и спастицитетом отежавају фину моторну активност, која између осталог подразумева писање, куцање и слично. Тремор који се јавља код МС-а може бити интенциони (тремор који се јавља када пацијент изводи покрет који укључује активацију неке мишићне групе) или статички (у миру).

Постоји велики број сензорних оштећења која се могу јавити код особа оболелих од МС-а. Може доћи до оштећења вида. Тотално слепило је ретка секвела код МС-а, док код мањег броја пацијената долази до великог смањења оштрине вида. Код неких пацијената јавља се пролазно и често унилатерално слепило, након чега долази до побољшања недељама и месецима касније. Разлог за настанак привременог слепила јесте оптички неуритис. Осим овог проблема, може се јавити и делимична атрофија оптичког нерва, сужење видног поља, диплопија и смањења оштрине вида. Све ово су могуће секвеле МС-а.

Када је реч о тактилним сензацијама, код МС-а постоје проблеми и у овој сфери. Може доћи до смањења сензибилитета и трњења које је често локализовано и пролазаног карактера. Комплетан губитак тактилних сензација, са делимичним трњењем и пецкањем јавља се ретко. Бол (у виду пецкања или константан), нарочито код узнапредовале болести, може бити саставни део поремећаја сензибилитета. Проблеми равнотеже и проприоцепције такође се могу јавити, те постоји одређени сигурносни ризик по пацијента при ходу, руковању алатима, или при боравку у неприлагођеном окружењу.

Присутни су и аутономни симптоми који подразумевају урогениталне проблеме као што су импотенција код мушкараца, тешкоће при уринирању и ретенцији урина. Инконтиненција црева и бешике може бити присутна нарочито у поодмаклој фази болести. Други аутономни симптоми, као што су промена срчане радње и крвног притиска, не манифестују се код МС-а.

Физички замор и преосетљивост на топлоту могу представљати посебне проблеме за особе са МС-ом.

Значајне когнитивне промене се јављају у распону од 42 до 62 посто случајева у популацији оболелих од МС-а[7]. Код особа оболелих од МС-а јављају се промене у когнитивном статусу које укључују тешкоће у области краткорочне и дугорочне меморије, смањену когнитивну ефикасност и брзину процесуирања информација, проблеме у домену виших когнитивних функција (апстракција, решавање проблема, доношење одлука). Такође се могу јавити проблеми са пажњом, концентрацијом, опадање коефицијента интелигенције, проблеми говора и језика, перцепције, праксичких и егзекутивних функција. Процена когнитивних фуинкција врши се стандардним неуропсихолошким тестовима.

Рехабилитација и третман

У оквиру медицинског третмана користи се најчешће медикаментозна терапија. Лекови које пацијенти користе могу се поделити у две групе: лекови који служе да измене ток болести и лекови који третирају симптоме.

Третирање симптома био је доминантан приступ медикаментозне терапије све до последњих пар деценија, када на значају добијају медикаменти који мењају ток болести. Од медикамената за третирање симптома најчешће се користе лекови за смирење, миорелаксанти и други лекови који отклањају тешкоће у функционисању црева и мокраћне бешике. Са циљем промене тока болести, најчешће се користе два основна приступа и то: имуносупресија (слабљење имуног одговора организма) и имуномодулација (мењање имуног одговора). Лекови који имају успеха у лечењу МС-а су интерферон бета (betaferon, rebif, avonex), глатирамер-ацетат (copaxone), натализумаб (tysabri), миотоксантрон (novantrone) и још неки цитостатици.

Филозофија рехабилитације особа са МС-ом базира се на едукацији пацијената да воде активну бригу о себи. Рехабилитација има за циљ побољшање квалитета живота кроз развој и одржавање способности пацијената и повећавање нивоа партиципације. Најбитнија компонента успешне рехабилитације особа са МС-ом јесте мултидисциплинарни приступ у процени стања, креирању програма са прецизно дефинисаним циљевима, процени ефикасности програма стандардизованим инструментима[8]. Могућности за рехабилитацију треба тражити у неурорехабилитацији, физикалној терапији, кинезитерапији, радној терапији, неуропсихолошкој рехабилитацији итд.

Инвалидност и процена аспеката инвалидности

МС представља болест која за последицу има настанак различитих типова инвалидности. У литератури се најчешће помиње инвалидност из домена физичког и когнитивног. Када је реч о физичкој инвалидности, код особа са МС-ом прибегавало се мерењу њеног степена у току времена. Инструмент који се најчешће користи за мерење степена инвалидности код особа са МС-ом јесте Курцкеова скала инвалидности (Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS)). Овом скалом се описује степен инвалидности и то према оштећењу функционалних система и способностима пацијента. Она има задовољавајући ниво валидности и поузданости. Као допуну Курцкеовој скали, развијен је глобални скор тежине мултипле склерозе (MSSS) са циљем поређења релативне тежине инвалидности процењене са EDDS (на свим нивоима), у односу на трајање болести, користећи једну клиничку процену, у неком временском тренутку[9].

Када је реч о когнитивним оштећењима, она стварају највеће проблеме у домену запошљавања и укључивања особе у друштво. Когнитивне дисфункције обично немају јаку корелацију са EDDS скоровима. Најчешће потешкоће се јављају у областима пажње, будности, брзине процесуирања, радне меморије и егзекутивних функција. Тестови који се најчешће користе са циљем процене когнитивних функција особа са МС-ом јесу „Paced auditory serial addition test (PASAT)“ и „Symbol digit substitution test (SDT)“. Ова два теста процењују будност, брзину процесуирања, радну меморију и најосетљивија су за популацију особа са МС-ом. Замерка је у дугом трајању тестирања, те коришћење ових тестова изостаје у свакодневној клиничкој пракси[7].

У процени инвалидности такође се користи и „Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC)“ који процењује функцију доњих екстремитета (timed walk), функцију горњих екстремитета (nine-hole peg test) и когнитивне функције (PASAT)[10].

Квалитет живота пацијената са МС-ом најчешће се процењује са „MS quality of life instrument (MSQLI)“, „MSQOL-54“ и „MS international quality of life questionnaire (MusiQol)“. Процена хендикепа најчешће се врши са „The London Handicap Scale (LHS)“[11, 12].

У савременим истраживањима наведени инструменти све више се користе узимајући у обзир терминолошке одреднице дефинисане Међународном класификацијом функционисања, инвалидности и здравља[13, 14].

Уместо закључка

Уместо закључка желимо по ставкама да наведемо у чему је важност проучавања и

процене степена и врсте инвалидности која се јавља код особа које болују од МС-а. Важност се огледа у следећим чињеницама:

Друштво у целини не брине довољно о особама са инвалидитетом и отежава им приступ у институције образовања, социјалне заштите, здравства и управљања, чиме продубљује негативне ставове и тежњу ка додатној изолацији маргинализованих група.

Особе са МС-ом у нашој земљи имају смањену могућност запошљавања, смањен приступ здравственим, образовним и установама социјалне заштите, чија се доступност сматра једним од најбољих критеријума за одређивање квалитета живота.

Природа и тежина МС-а је таква да повремено и/или трајно искључује оболелу особу из друштвене средине те здравствене и/или социјалне потребе постају сталне.

Инвалидност такође погађа и породицу оболеле особе. У случајевима где стање инвалидне особе захтева перманентну негу и помоћ неретко је и породица постављена у стање присилне изолације.

Медицинска терапија је примарна у третману особа оболелих од мултипле склерозе. Заблуда је да треба да буде и једина. Психосоцијална помоћ и друштвена подршка могу уз медицинску терапију да спрече да ова болест прерасте у инвалидност, а ова у потпуну изолацију.

Литература

1. Poser B. Merritt's textbook of neurology. 7th ed. Rowland LP, editor. Philadelphia: Lea & Febiger; 1984.
2. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983 Nov; 33(11): 1444-52.
3. Berkow R. The Merck manual of diagnosis and therapy. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories 1984; 1354–7.
4. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, McFarland HF, Paty DW, Polman CH, Reingold SC, Sandberg-Wollheim M, Sibley W, Thompson A, van den Noort S, Weinshenker BY, Wolinsky JS. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann Neurol 2001 Jul; 50(1): 121-7.
5. Poser CM, Paty DW, Scheinberg L, McDonald WI, Davis FA, Ebers GC, Johnson KP, Sibley WA, Silberberg DH, Tourtellotte WW. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols. Ann Neurol 1983 Mar; 13(3): 227-31.
6. Schumacher GA, Beebe G, Kebler RF. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. Ann NY Acad Sci 1965; 122: 552-568.
7. Rao SM. Neuropsychology of multiple sclerosis. Curr Opin Neurol 1995 Jun; 8(3): 216-20.
8. Kraft GH. Rehabilitation principles for patients with multiple sclerosis. J Spinal Cord Med 1998 Apr; 21(2): 117-20.
9. Roxburgh RH, Seaman SR, Masterman T, Hensiek AE, Sawcer SJ, Vukusic S, Achiti I, Confavreux C, Coustans M, le Page E, Edan G, McDonnell GV, Hawkins S, Trojano M, Liguori M, Cocco E, Marrosu MG, Tesser F, Leone MA, Weber A, Zipp F, Miterski B, Epplen JT, Oturai A, Sorensen PS, Celius EG, Lara NT, Montalban X, Villoslada P, Silva AM, Marta M, Leite I, Dubois B, Rubio J, Butzkueven H, Kilpatrick T, Mycko MP, Selmaj KW, Rio ME, Sa M, Salemi G, Savettieri G, Hillert J, Compston DA. Multiple Sclerosis Severity Score: using disability and disease duration to rate disease severity. Neurology 2005 Apr 12; 64(7): 1144-51.
10. Rudick RA, Polman CH, Cohen JA, Walton MK, Miller AE, Confavreux C, Lublin FD, Hutchinson M, O'Connor PW, Schwid SR, Balcer LJ, Lynn F, Panzara MA, Sandrock AW. Assessing disability progression with the Multiple Sclerosis Functional Composite. Mult Scler 2009 Aug; 15(8): 984-97.
11. Harwood RH, Rogers A, Dickinson E, Ebrahim S. Measuring handicap: the London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. Qual Health Care1994 Mar;3(1):11-6.
12. Thompson AJ. Measuring handicap in multiple sclerosis. Mult Scler 1999 Aug; 5(4): 260-2.
13. Khan F, Pallant JF. Use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe patient-reported disability in multiple sclerosis and identification of relevant environmental factors. J Rehabil Med 2007 Jan; 39(1): 63-70.
14. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. J Rehabil Med 2005 Jul; 37(4): 212-8.

Контакт: Веселин Меденица, Влашићка 5, 11000 Београд, Србија; e-mail: veselin.medenica@gmail.com; телефон: 065/225-00-65

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 616.31-053.2

Утицај стоматолошког тима на квалитет рада са предшколском децом

Нада Зец Петковић[1], Марина Релић[2]

Dental Team Impact on Work Quality With Preschool Children

Nada Zec Petković, Marina Relić

Сажетак: *Увод: Страх од зубара није урођен. Деца снажно реагују на гестове и понашање према њима. То на њих има много већи утицај него речи. Прва посета треба да буде упознавање детета са околином и лекаром, никако интервенција. Здраво дете без проблема прихвата сарадњу, ако је она понуђена на одговарајући начин.*

Циљ: Приказати пораст у броју посета стоматологу код деце предшколског узраста после систематског прегледа, при ком се тим стоматолог - стоматолошка сестра ангажују да анимирају свако дете које дође у ординацију. Упоредити обим најзначајнијих превентивних мера пре и после оваквог систематског прегледа. Истаћи важност добре комуникације на релацији стоматолог – стоматолошка сестра – дете.

Материјал и методе: Помоћу документације, тј. месечних извештаја у стоматолошкој амбуланти, компарирају се резултати прегледаних четворогодишњака. Пореде се вредности у оквиру два систематска прегледа истог статистичког узорка али у две календарске године (2010. и 2011.). Други систематски преглед садржи елементе шаљивих анимација. Пореди се учесталост спровођења превентивних мера.

Резултати: Број посета деце код стоматолога утростручио се након систематског прегледа са анимацијама. Све превентивне мере које су спроведене након другог систематског прегледа много су заступљеније него годину дана раније. Ово је нарочито изражено када су у питању превентивни испуни.

Закључци: Страх од бола и од нечег што је непознато увек, у мањој или већој мери,

Summary: *Introduction: Fear of the dentist is not innate. Children react strongly to the actions and behavior towards them. This has a much greater impact on them than words. The first visit to a dentist should be child's acquaintance with the environment and his/her health care provider without having any intervention. A healthy child accepts the cooperation without any problems, if it is offered appropriately.*

Objective: To show an increase in the number of visits of preschool children to a dentist after the the first dentist checkup occurred on which occasion the dentist-dental nurse team took an active part to animate every child that had come to the doctor's office. To compare the scope of the most important preventive measures before and after this checkup. To emphasize the importance of good communication between the dentist, dental nurse and child.

Material and methods: Using the documentation, i.e. monthly reports in a dental clinic, the results of the checked/examined four-years-old children are compared. The values received from the two dental checkups of the same statistical sample in two calendar years (2010 and 2011) are compared. Second dental checkup includes the elements of humorous animations. The frequency of preventive measures implementation is compared.

Results: The number of children's visits to a dentist has been tripled after the introduction of dentist checkups with animation. All preventive measures implemented after the second dentist checkup have been much more frequent than they were during the previous year. This has been particularly pronounced when it comes to the preventive fulfillments.

1 Др Нада Зец Петковић, Дом здравља Сремска Митровица

2 Марина Релић, Дом здравља Сремска Митровица

постоји код деце. Страх се најбоље превазилази адекватном комуникацијом стоматолог - стоматолошки асистент - дете. Први контакт са стоматологом треба да буде представљен упознавањем, а не интервенцијом. Прве интервенције би требало да буду превентивне мере (уклањање меких наслага, флуоризација...). На страх од бола може утицати генска варијација.

Кључне речи: *страх, превентивне мере.*

Conclusions: The fear of pain and of something unknown always exists more or less with children. The fear is best to be overcome with the adequate communication between the dentist, dental nurse and child. First contacts with a dentist should be made by acquainting each other and not by an intervention. First interventions should be consisted of preventative measures (soft plaque removals, fluorisation...). The genetic variation can influence the fear of pain.

Key words: *fear, preventive measures.*

Увод

Страх од зубара није урођен! Стога је природно да деца немају осећај страха приликом прве посете зубару. Међутим, то заправо није тако, јер родитељи свој страх од зубара преносе на децу, тако да су деца већ заплашена приликом прве посете ординацији. А онда, када и доживе стоматолошки третман, ситуација постаје још тежа.

Деца врло снажно реагују на гестове, расположења и понашање према њима и то на њих има много већи утицај него речи. Код деце се врло брзо развија осећање беспомоћности и напуштености. Речи које стоматолог и родитељ обично говоре деци, као што су „ништа те неће болети" и „не треба да се плашиш", обично изазивају супротни ефекат.

Код деце, као и код других пацијената који се плаше, важи правило да је најбоље са њима све унапред договорити, да су са свим сагласни и да неће бити рађено ништа што није договорено. Такође, веома је важно објаснити сваки поступак и начин на који се он спроводи, као и то да се сваки поступак најави у тренутку када почне његова примена. О функцији апарата и о непријатним звуцима детету треба причати на њему разумљив начин. Током интервенције дете треба често похвалити, јер то подиже његово самопоуздање, тако да посета стоматологу остане детету као пријатна успомена.

Деца имају страх од стоматолога из различитих разлога. Изглед просторија, мирис, униформисаност особља итд., могу имати негативну конотацију из угла детета при посети стоматологу. Сугестивни покушаји родитеља да детету објасне неопходност посете лекару често имају контра ефекат. Реченице типа „ништа те неће болети" индиректно сугерише да је при интервенцији присутан бол и тиме само још више погоршавају ситуацију. Најбитнији је позитиван приступ могућој интервенцији и редовна и рана контрола пре него што интервенција постане неопходна. Тиме ће дете упознати свог лекара и особље, привићи се на чудне мирисе и изглед просторија. Када интервенција постане неопходна, деца ће се са пуно поверења поверити свом „зубару".

Посао стоматолога изузетно је стресан због присутног страха код пацијената, који је углавном резултат лоше припреме у детињству и ружног искуства које неминовно следи. У раду са децом треба бирати неки термин на крају радног времена како би им се посветила неопходна пажња.

Искуство показује да је директан и искрен приступ најбољи. Прва посета треба да буде упознавање детета са околином и лекаром, никако интервенција. Познавање склоности и интереса детета може бити од велике користи за успостављање првог контакта.

Најважније је створити поверење код деце. Могућност прекида интервенције подизањем руке даје им додатну сигурност и осећај контроле ситуације. При разговору треба избегавати условљавања и тврде појмове као: бушење, вађење, боцкање итд. Изненадна светлост, бука или покрет, такође, могу негативно утицати на исход интервенције. Уколико се детету приступи на овакав начин, посете стоматологу могу уместо трауме постати саставни део живота.

Упркос технолошком развоју и модерним приступима у профилакси (дечија стоматологија) и уопште у стоматологији, један од основних разлога занемаривања бриге о оралном здрављу у данашње време јесте страх од стоматолога. Страх од денталних захвата извор је озбиљнијих здравствених проблема, с обзиром на то да изазива губитак мотивације за лечење и орално здравље.

Поверењем против страха

Као један од најчешћих разлога нелагодности у стоматолошкој ординацији пацијенти наводе страх од инјекције и звука бушилице, а некима смета и сам мирис ординације. Најтеже је пацијентима који су већ доживели неко непријатно искуство у стоматолошкој ординацији, и никако га не могу заборавити. Та претходна лоша искуства спречавају их да посете стоматолога, и то до те мере да потпуно запусте здравље својих зуба. Зато стоматолог има велику улогу у спречавању страха од стоматолошке интервенције, јер сваког пацијента треба посматрати индивидуално, па сходно томе стоматолог мора имати стрпљења, знања и креативности, а често мора бити и психотерапеут. Но, ако пацијент развија поверење у свог стоматолога, с временом и страх помало нестаје.

Како мотивисати дете

Страх од непознатог, као и страх због претходног личног лошег искуства људи из нашег окружења, природна је људска особина. Штавише, страх од стоматолога донекле је и разумљив, посебно код срамежљиве и неповерљиве деце. Здраво дете без великих проблема прихвата сарадњу са стоматологом, ако је она понуђена на одговарајући начин. Дете може бити уплашено иако никад пре није долазило у контакт са стоматолошком ординацијом, нити му је околина преносила лоше информације. Такав страх је последица претходних неугодних и болних искустава код педијатра, приликом лечења или лежања у болници. Атмосфера класичне ординације, бела боја и мириси, свакако могу подсетити на та лоша искуства. Међутим, стоматолози у том случају морају бити мало креативнији и потрудити се да простор ординације буде што угоднији, како за малог пацијента тако и за старије (слика 1).

Слика 1. Креативност стоматолошког тима у ординацији

Најбољи начин да се спречи развијање страха код деце јесте да се на време, тј. одмах након ницања зуба, почне с превентивним програмом. Препорука је да се дете тада први пут доведе у стоматолошку ординацију . На тај начин стоматолог ће кроз игру и дружење с малим пацијентом да га упозна са инструментима и амбијентом ординације, провозаће га на столици која је „слична астронаутском“, показаће детету „пиштољ на воду”... Будући да све те интервенције нису болне, него су, штавише, пријатне и занимљиве, посета стоматолошкој ординацији детету ће остати у лепом сећању. Стоматолог ће му постати пријатељ и дете ће се увек с весељем враћати у ординацију. Ако је страх већ присутан, приликом прве посете од пресудне је важности сарадња родитеља. Осим ауторитета, дете у стоматологу мора стећи и пријатеља. На топао и благонаклон став стоматолога дете ће узвратити поверењем и сарадњом. Међутим, мали пацијент мора знати због чега долази у ординацију. Родитељи морају да разговарају с дететом и да му одговарајућим речником објасне због чега треба поправљати зубиће и шта ће се догодити ако се то не учини. Уз то, врло

је важно да се родитељ не меша у комуникацију између детета и стоматолога. Наиме, ако дете одмах не прихвати сарадњу, има родитеља који у ординацији почињу хистерисати, претити, па чак и ударати дете. Такве родитеље потребно је удаљити из ординације. Није пожељна ни супротна крајност, у смислу да се пред дететом паничи или предлаже одлагање интервенције. Ако један од родитеља није у стању да контролише емоције, најбоље је да напусти ординацију и дете остави с другим родитељем или неким од родбине који ће бити смиренији, јер ће се на тај начин успоставити и боља комуникација и сарадња. Ако се приликом прве посете не направи ништа конкретно, него посета прође у игри и упознавању, не треба паничити, јер је тај први контакт између стоматолога и малог пацијента нужан за примењивање било какве стоматолошке интервенције.

Наравно, ситуација је много гора ако се долази у ординацију кад је интервенција нужна. Доћи на време у стоматолошку ординацију значи пуно мање непријатности и болних искустава, више терапијских могућности, а и мање финансијских издатака, што такође није занемарљива компонента.

Циљ

приказати пораст у броју посета стоматологу код деце предшколског узраста после систематког прегледа, при ком се тим стоматолог - стоматолошка сестра ангажују да анимирају свако дете које дође у ординацију.

Упоредити обим најзначајнијих превентивних мера пре и после оваквог систематског прегледа.

Истаћи важност добре комуникације на релацији стоматолог – стоматолошка сестра – дете.

Материјал и методе

Ово истраживање се спроводи уз помоћ документације, тј. месечних извештаја у стоматолошкој амбуланти у којој су пацијенти претежно деца. Посматрање се врши на четворогодишњацима који почетком календарске године долазе на систематски преглед, а у марту месецу долазе у стоматолошку ординацију ради спровођења превентивних мера.

У јануару месецу 2011. године спроведен је систематски преглед као и сваке године. Разлика у овом систематском прегледу јесте само у томе што је постојала прича коју је стоматолог испричао сваком детету. Прича је следећа: „Јутрос пре тебе у ординацији је био кловн и заборавио је свој црвени нос и своје наочаре. Пре него што се прегледамо и провозамо на овој столици било би лепо да заједно испробамо ове реквизите. Кловн може сва-

Слика 2. Детаљ са систематског преледа

Слика 3. Рукавице које постају балони

Табела 1. Апсолутни број прегледане деце и превентивних мера

Прев. мера	Укл. меких наслага	Прев. зал. фисура	Прев. испун
Март 2010. (прегледано 32 детета)	24	50	3
Март 2011. (прегледано 34 детета)	32	75	53
Укупно	56	125	56

Табела 2. Прва и поновљена посета у стоматолошкој ординацији

Сист. преглед.	Прва посета(N)	Поновљена посета(N)	Укупно (N)
2010. година	32	30	62
2011. година	34	99	133
Укупно	66	129	195

Табела 3. Заступљеност појединачних превентивних мера

Систематски преглед/ превентивна мера	Број деце (N)	Уклањање меких наслага (%)	Превентивно заливање фисура (%)	Превентивни испун (%)
Март 2010.	32	75,0	39,1	1,2
Март 2011.	34	94,2	55,1	19,5

ког часа да се врати по заборављене ствари" (слика 2. и слика 3.).

Деца су заједно са тимом у ординацији испробавала „црвени нос и велике наочаре" и сва су се прегледала са пуно поверења код свог изабраног стоматолога код ког „чак и кловн поправља зубе". Након овог дружења, сва деца која су прегледана позвана су писменим путем да у марту месецу дођу код истог стоматолога и у исту ординацију како би се спровеле мере превенције (предавање, уклањање меких наслага, локална апликација флуорида и постављање превентивних испуна). Заливање фисура није обухваћено на првим сталним моларима јер је у питању популација од четири године старости, али су узета у обзир она заливања фисура која су спроведена на млечним петицама.

Сачињене су таблице и графикони који сликовито пореде резултате добијене после обичног систематског прегледа и систематског прегледа који је укључивао игру са децом.

Резултати

У марту 2010. године било је прегледано 32 детета од четири године. У марту 2011. прегледано је двоје деце више.

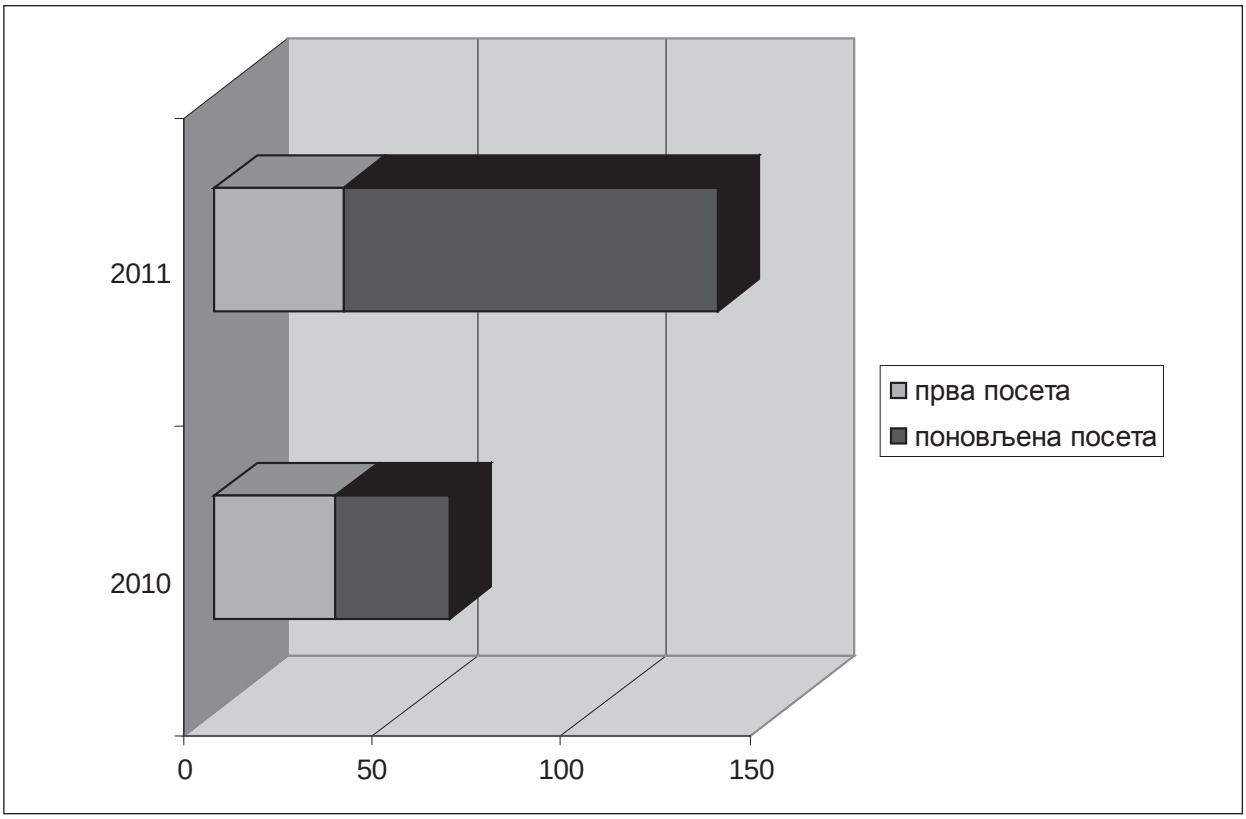
Табела 1. приказује апсолутне вредности свих прегледа и пружених превентивних мера за оба систематска прегледа.

Табела 2. приказује процентуалну заступљеност деце која су се након систематског прегледа јавила на контролни преглед, тј. поновљена посета.

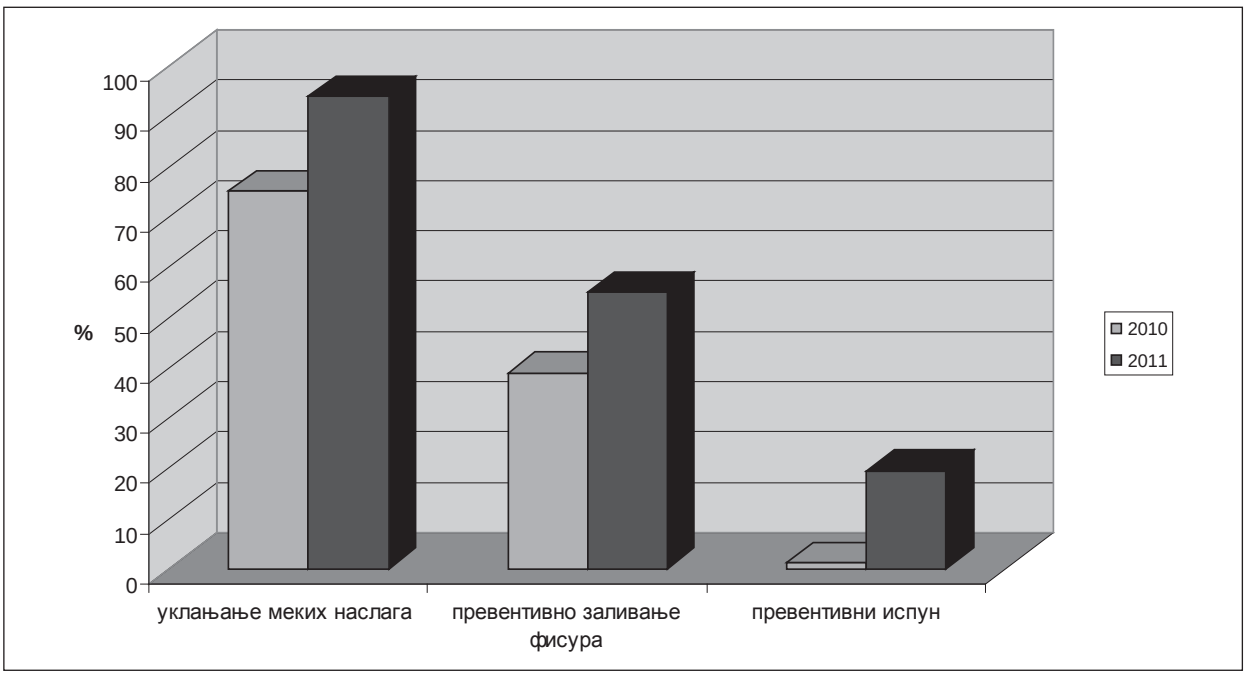
Графикон 1. приказује апсолутну вредност првих и поновљених посета и обухвата оба систематска прегледа

Табела 3. Представља компарацију превентивних мера за један и други мартовски систематски преглед изражену у релативним вредностима.

Графикон 1. Прва и поновљена посета



Графикон 2. Процентуална заступљеност примењених превентивних мера



Дискусија

Ова студија недвосмислено говори у прилог томе да ако се деци посвети време и направи добра сарадња, стоматолошка амбуланта постаје место лепог дружења, а страх се маргинализује.

О овоме најбоље сведочи број посета стоматолошкој амбуланти после систематског прегледа који је децу ослободио страха. Ово илуструје табела 2. и графикон 1. Број посета стоматологу се три пута повећао.

Све превентивне мере које су спроведене након другог систематског прегледа су много заступљеније него годину дана раније. Ово се нарочито примећује када су у питању превентивни испуни. Иако су све превентивне мере безболне и пријатне, за постављање превентивних испуна потребно је извршити минималне препарације. Деца лако пристају на препарације када је приступ стоматолошког тима адекватан.

У овој студији су изабрани четворогодишњаци за посматрање из више разлога:

- Сви млечни зуби су изникли и увелико одржавају оралну хигијену.
- Многи већ имају каријесе и прва искуства у стоматолошкој ординацији.
- Имају добру вербалну комуникацију.
- Може се спровести заливање фисура млечних других кутњака.
- Већ имају искуства са уклањањем меких наслага.
- Прихватају анимације и игре.

Многи стручњаци широм света баве се проблемом страха код деце, али и одраслих, при стоматолошким прегледима и интервенцијама. Постоје истраживања у којима су неке аутономне реакције организма (срчани ритам ...) мерене како би се „измерио" страх[1]. Неки истраживачи су укључивали у студију преко три хиљаде испитаника како би добили што више података и како би извели најбоље закључке[2]. Klingberg је вршио истраживања која су обухватала утицај родитељског страха на дечије предрасуде о стоматолошким интервенцијама[3]. Употребио је чак конвенционалне скале: Corah Dental Anxiety Scale (DAS) и Short Form of Children's Fear Survey Schedule (CFSS-SF). Артман и сарадници су отишли корак даље – укључили су још једну скалу за мерење анксиозности, Venham Picture Test (VPT). Главни фокус овог тима истраживача била је валидност добијених резултата. Поставља се питање да ли и на који начин треба мерити страх код деце[4]. Schuurs i Hoogstraten су извели закључак да увек треба користити више упитника, чак и оних који нису везани за анксиозност како би грешке биле што мање[5].

Свако дете је индивидуа за себе, па сходно томе нема тачног модела понашања када у ординацију долазе „мали" пацијенти. Пажљивом проценом детета већ након првог сусрета потребно је дизајнирати план терапије, како краткорочан тако и дугорочан[6].

Страх који се јавља од нечег непознатог за дете или зато што дете унапред очекује бол различит је од детета до детета.

Праг толеранције бола је такође индивидуалан, али постоји један изузетак где стоматолог треба да обрати посебну пажњу – рињокоси мали пацијенти. Амерички научници су дошли до сазнања да је исти ген који је одговоран за рињу боју косе одговоран и за страх који се јавља у зубарској ординацији. Доказано је да мутација на гену МЦ1Р, који се налази код рињокосих особа, изазива и смањену ефикасност анестезије у стоматологији. Рињокосим особама је потребно око 20% више анестетика него осталим пацијентима да би се изазвао исти ефекат утрнулости у устима пре одређене стоматолошке интервенције. Ово значи да на страх од бола може утицати генска варијација[7].

Закључци

Страх од бола и од нечег што је непознато увек, у мањој или већој мери, постоји код деце.

Страх се најбоље превазилази адекватном комуникацијом стоматолог - стоматолошка сестра - дете.

Први контакти са стоматологом треба да буду представљени упознавањем, а не интервенцијом.

Прве интервенције требало би да буду превентивне мере (уклањање меких наслага, флуоризација …).

На страх од бола може утицати генска варијација.

Литература

1. Margaret M. Bradley, Tammy Silakowski, and Peter J. Lang Fear of pain and defensive activation. Pain. 2008; 137(1): 156–163.
2. Jason M Armfield, Gary D Slade, and A John Spencer. Cognitive vulnerability and dental fear. BMC Oral Health. 2008; 8: 2.
3. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. Swed Dent J Suppl. 1995; 103: 1-78.
4. Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AH. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. ASDC J Dent Child. 1998; 65(4): 252-8, 229-30.
5. Schuurs AH, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review.Community Dent Oral Epidemiol. 1993 Dec; 21(6): 329-39.
6. McWhorter AG. Treatment planning for the pediatric patient. Tex Dent J. 2010 Dec; 127(12): 1275-80.
7. Binkley CJ, Beacham A, Neace W, Gregg RG, Liem EB, Sessler DI. Genetic variations associated with red hair color and fear of dental pain, anxiety regarding dental care and avoidance of dental care. J Am Dent Assoc. 2009 Jul; 140(7): 896-905.

Контакт: Др Нада Зец Петковић, спец. социјалне медицине, Дом здравља Сремска Митровица, 22000 Сремска Митровица, Стари шор 65, тел: 022615105, моб: 0638664674, pema2001@open.telekom.rs

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 616.915(497.11)"2001/2011"

Морбили на подручју Београда у периоду од 2001. до 2010. године

Андреа Узелац Шкорић[1], Предраг Кон[2], Лепосава Гаротић Илић[3], Ивана Беговић Лазаревић[4], Славица Марис[5], Биљана Беговић-Вуксановић[6]

Measles in Belgrade in the Period 2001-2010

Andrea Uzelac Škorić, Predrag Kon, Leposava Garotić Ilić, Ivana Begović-Lazarević, Slavica Maris, Biljana Begović-Vuksanović

Сажетак: *На подручју Београда у периоду од 2001. до 2010. године, захваљујући дугогодишњој успешној имунизацији, морбили се региструју само као појединачни случајеви или у малим епидемијама у невакцинисаној ромској популацији. У посматраном периоду од малих богиња на подручју Београда оболело је 28 особа и забележена је просечна годишња стопа инциденције 0,127/100000. Највише оболелих забележено је 2010. године, када је регистровано седам лабораторијски потврђених случајева, од којих пет припадају епидемијама (три у ромској популацији - генотип Д4, и два у породичној епидемији - генотип Б3), а два случаја су спорадична (последњи случај - генотип Д4). На територији Србије, као и у целој Европи, морбили и даље представљају претњу. У Србији је у последњих десет година забележено 296 оболелих од малих богиња и просечна инциденција 0,39/100000. У том периоду највећа епидемија забележена је 2007. године у Војводини са 201 оболелом особом. У раду је приказана и епидемија морбила, која се одиграла 2010. године у ромском насељу, када су од 1.610 експонираних оболеле три особе. Захваљујући добро спроведеној имунизацији на подручју општине Обреновац (у 2010. години обухват у општини Обреновац је био 99,6%) и правовремено предузетим про-*

Summary: *In the area of Belgrade in the period from 2001 to 2010, thanks to long-time successful immunization, measles are registered only as individual cases or small outbreaks in unvaccinated Roma population.*

In the period in Belgrade area, 28 people are affected by measles with recorded average annual incidence of 0.127 /100000. Most patients diagnosed with the disease recorded in 2010, when registered 7 laboratory-confirmed cases, out of which 5 belong to the outbreak (3 in the Roma population - genotype D4, and 2 in a family outbreak - genotype B3), and 2 cases were sporadic (last case - genotype D4).

In Serbia, as well as throughout Europe, measles remains a threat.

In Serbia in last ten years, there were recorded 296 cases of measles with the average incidence of 0.39/100000. During this period, the largest recorded outbreak was in 2007, in Vojvodina, with 201 persons diagnosed with the disease.

The paper describes the epidemic of measles which occurred in 2010 in the Roma settlement, where 3 out of 1.610 exposed persons were diagnosed with the disease. Thanks to immunization conducted in the field of Obrenovac (in 2010 coverage in Obrenovac was 99.6%), and promptly anti-epidemic measures undertaken, the

1 Др Андреа Узелац Шкорић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

2 Прим. др Предраг Кон, Градски завод за јавно здравље, Београд.

3 Прим. др Лепосава Гаротић Илић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

4 Др Ивана Беговић Лазаревић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

5 Др Славица Марис, Градски завод за јавно здравље, Београд.

6 Др Биљана Беговић Вуксановић, Градски завод за јавно здравље, Београд.

тивепидемијским мерама, ова епидемија се није ширила и оболеле су само три особе.

Кључне речи: *морбили, имунизација, ромска популација, епидемија.*

epidemic has not spread, and only three people diagnosed with the disease.

Key words: *measles, immunization, Roma population, epidemic.*

Увод

Морбили (мале богиње) су акутно врло контагиозно, вирусно обољење праћено наглом фебрилношћу, коњунктивитисом, кашљем и Копликовим мрљама. Од трећег до седмог дана долази до појаве карактеристичне макулопапулозне осипе, која се најпре јавља на лицу, генерализује се, траје четири до седам дана и понекад завршава перутавом десквамацијом. Узрочник морбила је RNA вирус из фамилије Paramyxovirdae, род Morbili вирус. Преноси се ваздушно-капљичним путем или директним контактом са секретима из грла и носа инфицираних особа. Морбили су један од водећих узрока смртности деце у свету, иако се могу ефикасно спречити вакцином која је доступна већ више од четрдесет година.

Имунизација у узрасту од 15 месеци индукује имунитет код 95-98% имунизованих, а реимунизација може да повећа проценат имуних до 99%[1].

План елиминације морбила

Стратегијским планом Европског региона Светске здравствене организације (СЗО) за период од 2005. до 2010. године предвиђена је елиминација морбила на основу којег је и усвојен план активности у Републици Србији, а који је усмерен на:

- достизање и одржавање високог нивоа обухвата (>95%) са две дозе MMR вакцине;
- обезбеђивање допунске имунизације MMR вакцином за популацију осетљиву на морбиле (особа које су из било ког разлога пропуштене да се вакцинишу или ревакцинишу);
- успостављање и одржавање система активног надзора са истраживањем и лабораторијским испитивањем сваког суспектног случаја морбила;
- повратно информисање здравствених радника и јавности о користи и ризицима који се односе на имунизацију против морбила[2].

У складу са усвојеним програмским циљевима, 2008. године на подручју града Београда, у 23 надзорне јединице, уведен је активан епидемиолошки надзор над суспектним случајевима морбила.

С обзиром на постојећу епидемиолошку ситуацију у Европи, циљ елиминације морбила до 2010. године није било моуће достићи, па је тај циљ одлуком Светске здравствене организације померен на 2015. годину.

Појава морбила у Србији и Београду у 2010. години

Након првог потврђеног случаја морбила (Н.З., 1982. године, СО Савски Венац, оболео од морбила 10. 5. 2010. године, а лабораторијски потврђен 17. 5. 2010. године), од 4. 6. 2010. године, а у складу са планом активности за елиминацију морбила у Републици Србији, уведене су следеће мере појачаног надзора над морбилима:

- дневно нулто извештавање из надзорних јединица;
- формирана је линијска листа случајева, са хронолошким уносом свих суспектних/епидемиолошки повезаних/лабораторијски потврђених случајева морбила, која се доставља Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“;
- пријава, епидемиолошко испитивање и лабораторијска анализа сваког суспектног случаја морбила;
- хитна и ванредна ревизија вакциналне картотеке;
- имунизација невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, узраста од 12 месеци до 14 година MMR вакцином на територији Београда, са посебним освртом на што већи обухват вак-

цинацијом у ромској популацији;
- здравствени и епидемиолошки надзор над контактима у колективу, породици оболелих и здравственим установама у којима је обављен преглед и хоспитализација оболелих;
- недељне информације о свим предузетим активностима континуирано се прослеђују Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ и свим здравственим установама које су укључене у пооштрен надзор над морбилима.

Циљ

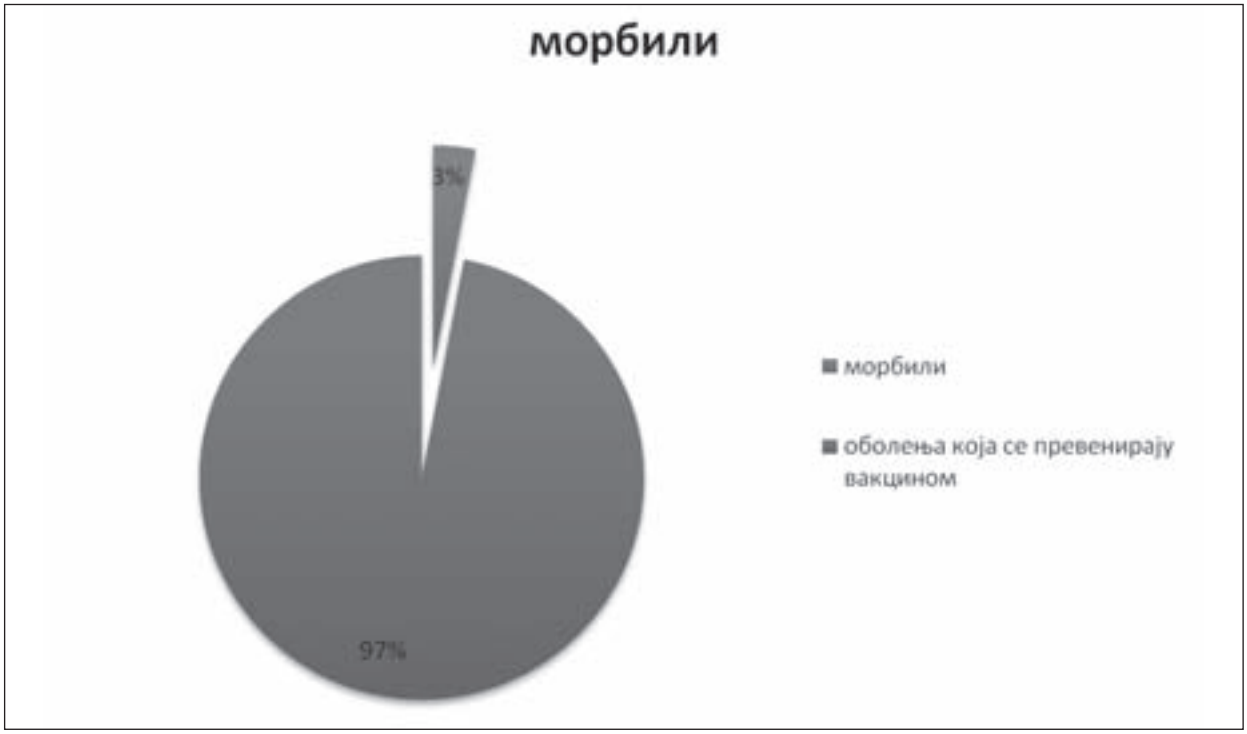
Циљ овог рада јесте да се прикаже:
- оболевање од морбила на подручју Београда у периоду од 2001. до 2010. године са приказом једне епидемије 2010. године у ромском нехигијенском насељу;
- значај високог обухвата имунизације MMR вакцином као најефикасније превентивне мере за сречавање епидемије;
- проблем ромских нехигијенских насеља у ефикасном спровођењу имунизације.

Материјал и методе

За анализу епидемиолошке ситуације морбила на подручју Београда у последњој деценији коришћени су подаци из пријава заразних болести, анкете оболелих, медицинска документација, годишњи извештаји о раду на спречавању, сузбијању и елиминацији заразних болести и резултати епидемиолошких и лабораторијских испитивања. Серолошка и вирусолошка испитивања обављена су у Институту за инфективне и тропске болести, Институту за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“ и Регионалној референтној лабораторији у Луксембургу.

У обради података примењен је епидемиолошко-дескриптивни метод рада.

Графикон 1: Морбили на подручју Београда од 2001. до 2010. године - процентуална заступљеност морбила у обољењима која се могу превенирати вакцином.



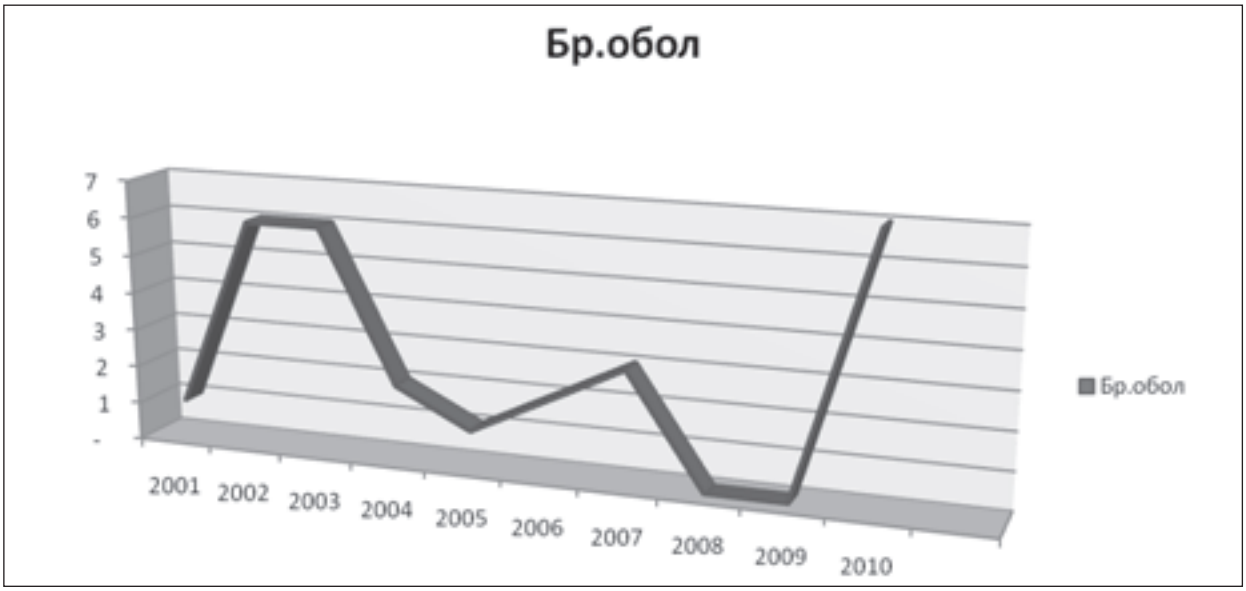
Резултати

Епидемиолошка ситуација морбила у Београду од 2001. до 2010. године

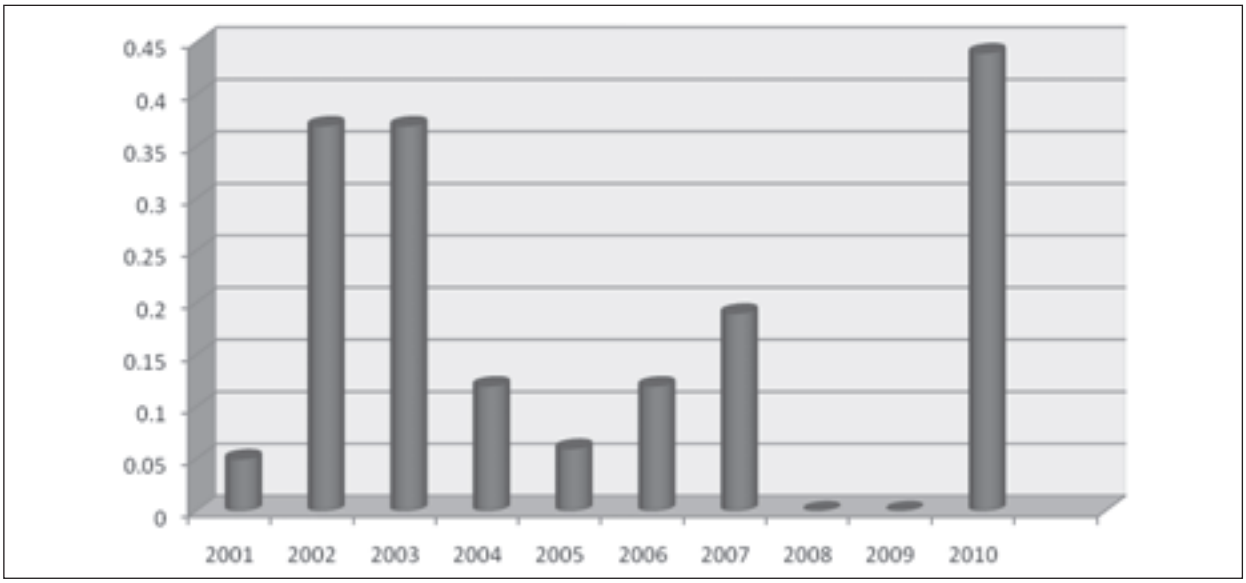
У периоду од 2001. до 2010. године на подручју града Београда регистровано је 313.754 оболелих од акутних заразних болести. Међу њима је пријављено и откривено 891 обољење које се може превенирати вакцином, а од тога 3% оболелих припадају морбилима (графикон 1).

У анализираном периоду регистровано је укупно 28 оболелих од морбила и забележена је просечна инциденција 0,127/100000. Највећи број оболелих (7) и највећа инциденициja

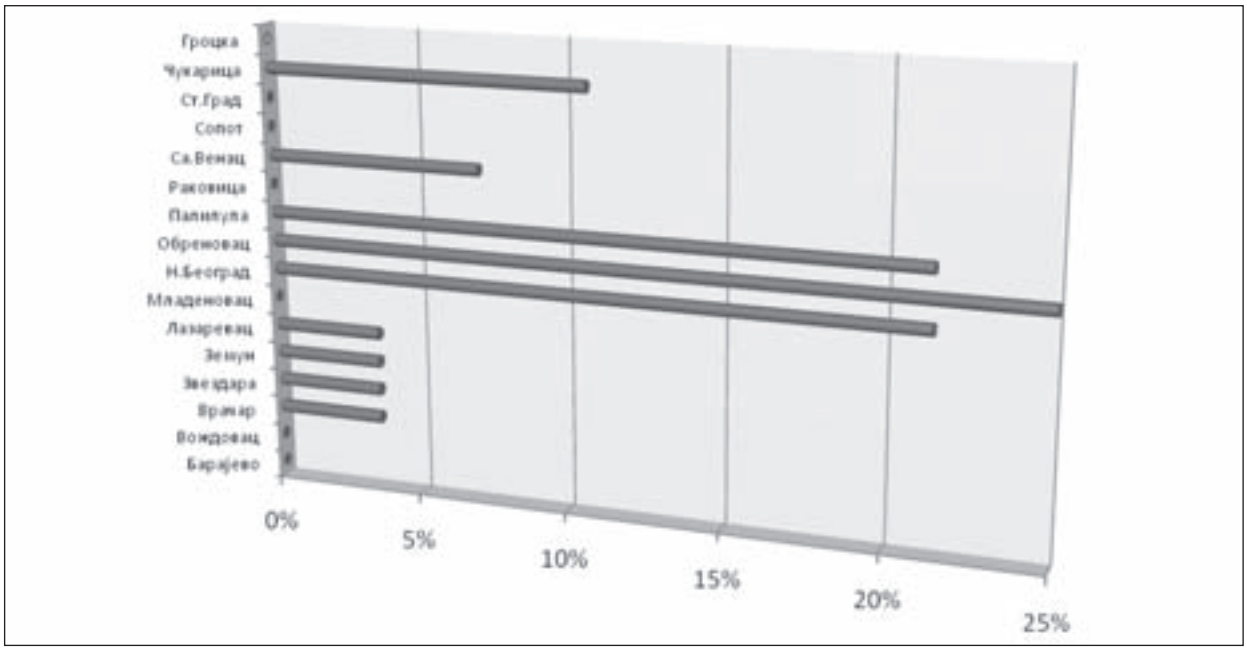
Графикон 2: Морбили на подручју Београда од 2001. до 2010. године – број оболелих.



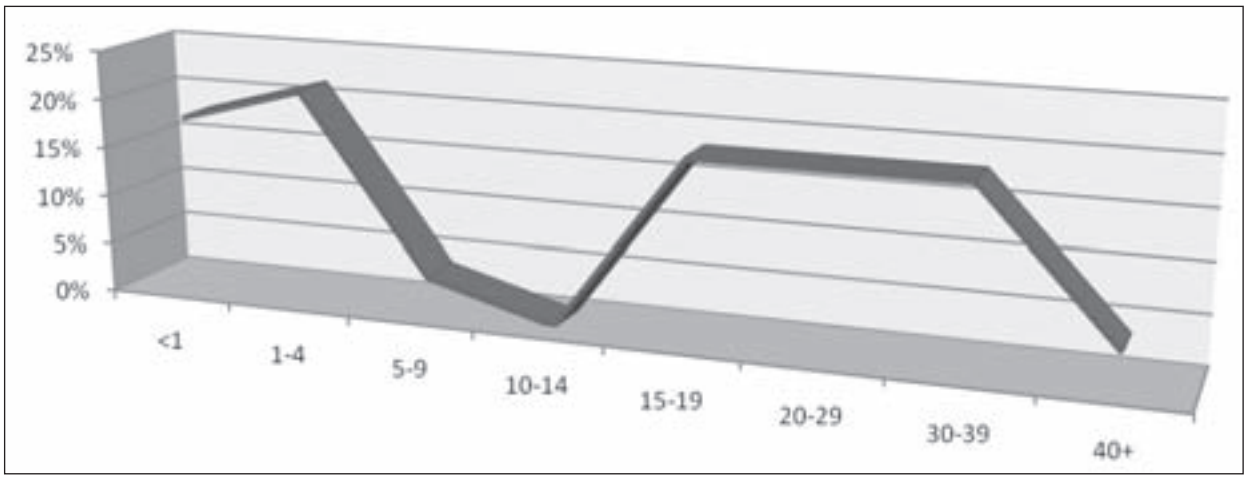
Графикон 3: Морбили на подручју Београда, 2001.- 2010. године – инциденција.



Графикон 4: Морбили на подручју Београда од 2001. до 2010. године - оболевање по општинама.



Графикон 5: Морбили на подручју Београда од 2001. до 2010. године – структура оболелих према узрасту.



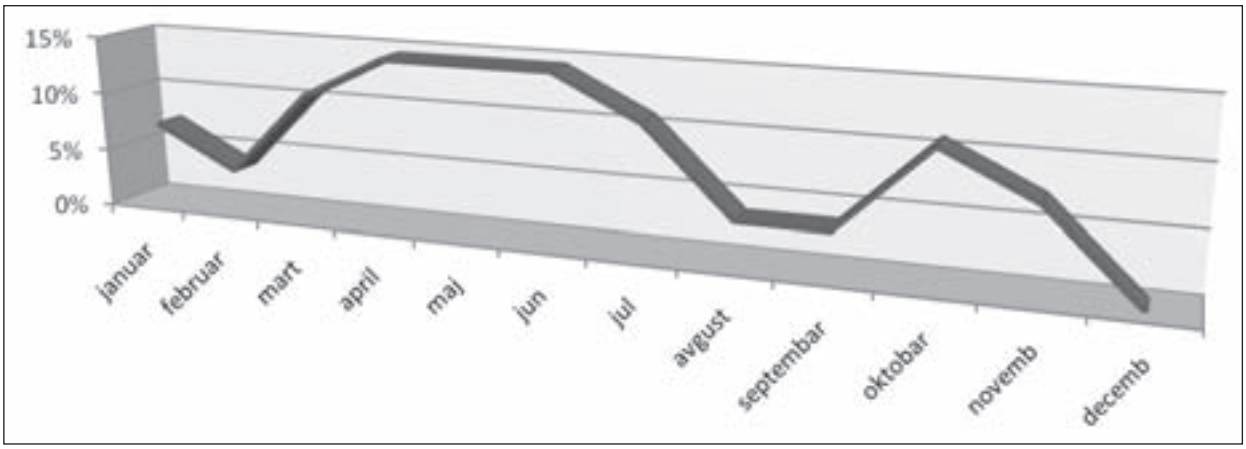
(0,44) забележена је 2010. године. Током 2008. и 2009. године није забележено оболевање (графикон 2. и 3).

Током последњих десет година, морбили су регистровани у девет београдских оптина, од укупно 16. Највећи број оболелих забележен је у општини Обреновац, док у општинама Барајево, Вождовац, Младеновац, Раковица, Сопот и Стари град није било оболевања од морбила (графикон 4).

У структури оболелих од морбила према узрасним групама постоје разлике. Током последње деценије, највећи проценат оболелих 71,4% (20) забележен је у узрасним групама до годину дана и од 15 до 39 година (графикон 5).

У периоду од 2001. до 2010. године оболевање од морбила регистровано је током целе године (изузев децембра), али са различитом учесталошћу у појединим месецима. Највећа учесталост јављања морбила забеле-

Графикон 6: Морбили на подручју Београда од 2001. до 2010. године - оболевање по месецима.



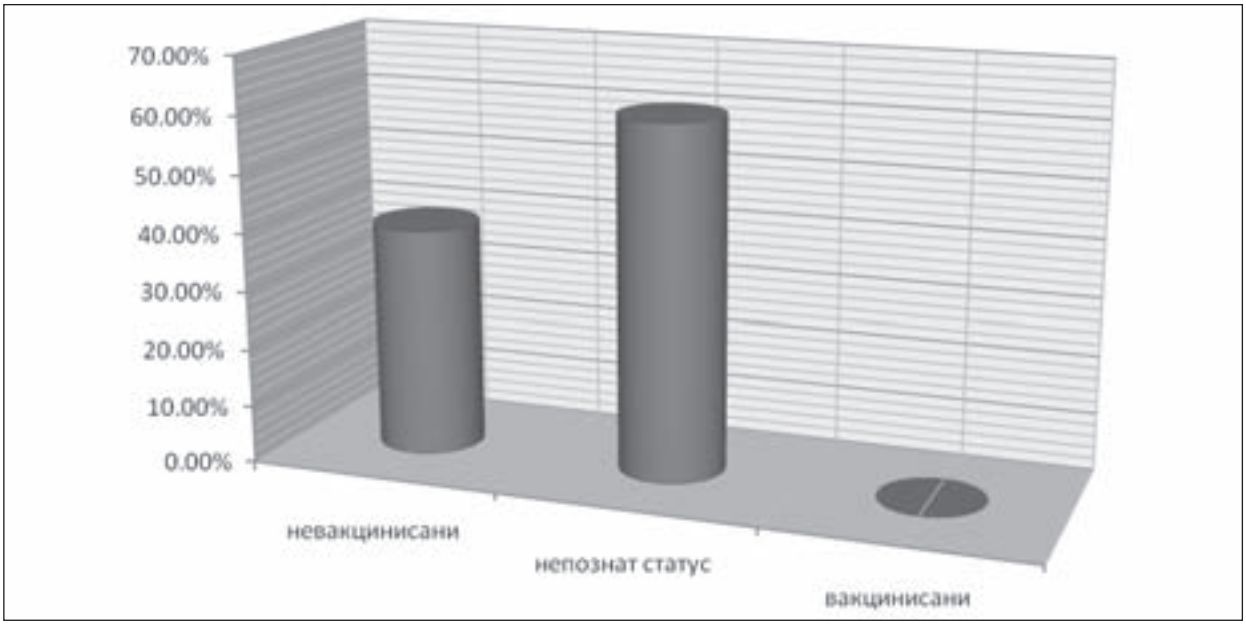
жена је у месецима април, мај и јун, када је оболело 57,14% од укупног броја регистрованих болесника, док у месецу децембру није било оболевања (графикон 6).

Имунизација

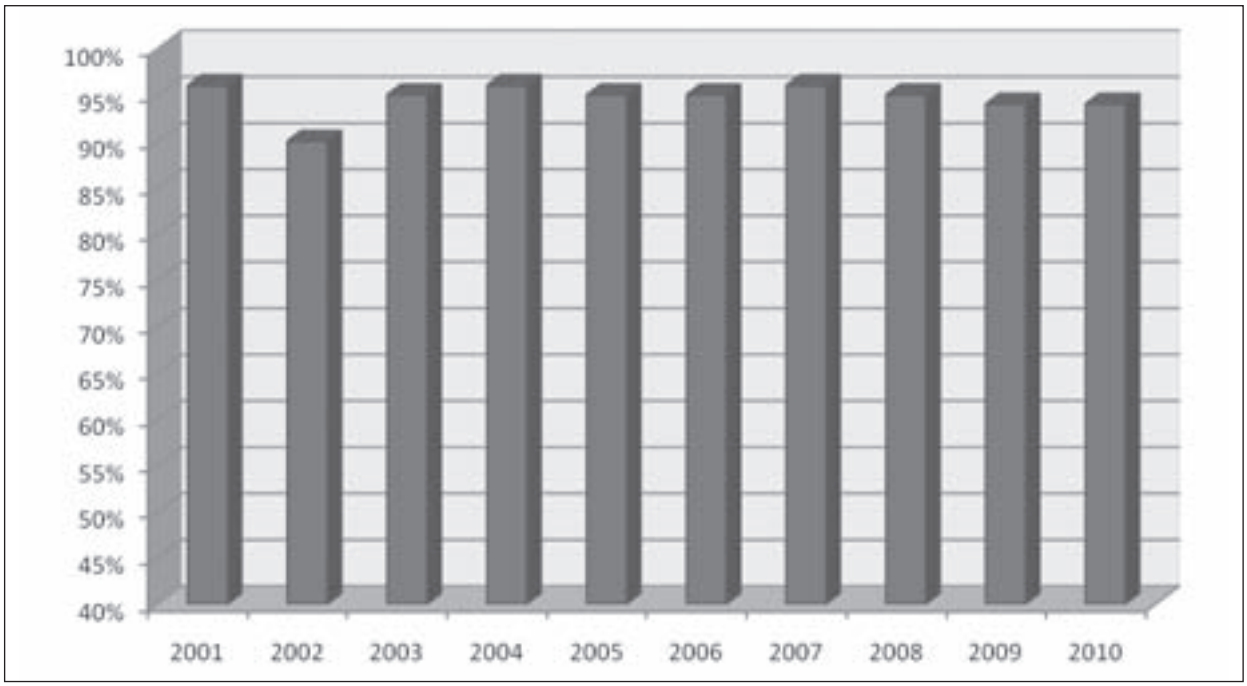
Имунизација је најефикаснија заштита од морбила[3]. Вакцина против морбила у Србији је уведена 1971. године као моно вакцина. Године 1981. уведена је вакцина против морбила и мумпса (ММ), а 1991. године комбинована (MMR) вакцина против мумпса, морбила, и рубеле у 12. години, а 2006. године у 7. години живота[2]. Увођењем вакцине против морбила, просечна инциденција оболевања од морбила на подручју Београда, која је износила 362,8/100000 (1964–1971. године)[3], смањена је на 0,127/100000 (2001–2010. године).

Колико је вакцинација значајна превнтивна мера, можемо видети ако посматрамо вакцинал-

Графикон 7: Морбили на подручју Београда од 2001. до 2010. године – учешће особа вакцинисаних, невакцинисаних и непознатог вакциналног статуса код оболелих од морбила.



Графикон 8: Морбили на подручју Београда до 2001. до 2010. године - обухват вакцинације MMR вакцином.



ни статус особа оболелих од морбила. На подручју Београда у току последњих десет година од морбила су оболевале особе непознатог вакциналног статуса и невакцинисане особе, док вакцинисане особе нису оболевале. Од укупно 28 оболелих од морбила, 39,3% особа није било вакцинисано, док је 60,7% оболелих имало непознат вакцинални статус (графикон 7).

Успешност спровођења имунизације може се пратити приказом обухвата вакцинацијом планиране популације. У Београду у последњих десет година обухват вакцинисане деце креће се од 90% (2002. године) до 96% (2001, 2004. и 2007. године), (графикон 8).

У процесу одржавања високог обухвата имунизацијом (>95%) постоји неколико проблема. Први проблем јесте да се у нехигијенским насељима због сталних миграција не могу уручивати позиви за вакцинацију. Поред тога, деца из ових насеља налазе се ван редовног система здравствене заштите и врло често ван евиденције.

Други проблем за спровођење имунизације и одржавање високог обухвата јесте појава све чешћег одбијања родитеља за вакцинацију њихове деце.

Епидемија морбила на подручју општине Обреновац у 2010. години

На основу података добијених епидемиолошким испитивањем, као и на основу резултата вирусолошких анализа обављених у Институту за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“, констатовано је да су у периоду од 11. 6. до 8. 7. 2010. године са клиничком сликом морбила оболеле три особе ромске популације из Обреновца од укупно 1.610 експонираних (1.491 ученик О.Ш. „Јован Јовановић Змај“ у Обреновцу и 31 породица ромског насеља Шљивице у Обреновцу). Тегобе код првооболеле С. Д. (1994) почеле су 11. 6. 2010. године, а код друге две оболеле особе Б. Б. (1993) 24. 6.2010. године и П. Г. (2007) 29. 6. 2010. године.

У клиничкој слици доминирали су следећи симптоми: повишена телесна температура, кашаљ, коњунктивитис, цурење из носа, пролив и макулопапулозна оспа. Све три оболеле особе јавиле су се у Пријемну амбуланту Института за инфективне и тропске болести. Након прегледа две оболеле особе (С. Д. и Б. Б.) су задржане на болничком лечењу, а дете (П. Г.)

са тежом клиничком сликом бронхопнеумоније упућено је у Универзитетску Дечију клинику где је такође хоспитализовано. Заједничко за све оболеле особе јесте да живе у ромском насељу Шљивице код Обреновца. Пвооболела особа је у периоду заразности похађала наставу у О.Ш. „Јован Јовановић Змај“ у Обреновцу и била у контакту са остале две оболеле особе.

У циљу потврде клиничке дијагнозе, од оболелих је узоркован материјал за вирусолошка испитивања. Код све три оболеле особе из бриса ждрела (Real-time PCR) и у узорцима крви (ELISA IgM антитела), лабораторијски је потврђена дијагноза морбила (Институт за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“) и утврђено географско порекло вируса - генотип Д4 (Регионална референтна лабораторија у Луксембургу).

Противепидемијске мере

Након првог случаја оболевања, извршена је хитна ревизија вакциналне картотеке у општини Обреновац, па су откривена невакцинисана или непотпуно вакцинисана деца млађа од 15 година упућена у службу за здравствену заштиту деце и омладине ради вакцинације. Од 27 деце планиране за вакцинацију, вакцинисано је 27, а од 37 деце планиране за ревакцинацију, вакцинисано је 35. Списак деце која се нису одазвала на вакцинацију достављен је надлежној Републичкој санитарној инспекцији. Особама из контакта са прво оболелом (С. Д.) узети су узорци крви[4] за лабораторијско истраживање и достављени Институту за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“ (резултати су негативни).

Запослени у Дому здравља Обреновац били су упознати са актуелном епидемиолошком ситуацијом и њиховим обавезама у вези са спровођењем појачаног надзора над морбилама и обавезом свакодневног достављања извештаја Центру за контролу и превенцију болести Градског завода за јавно здравље, Београд.

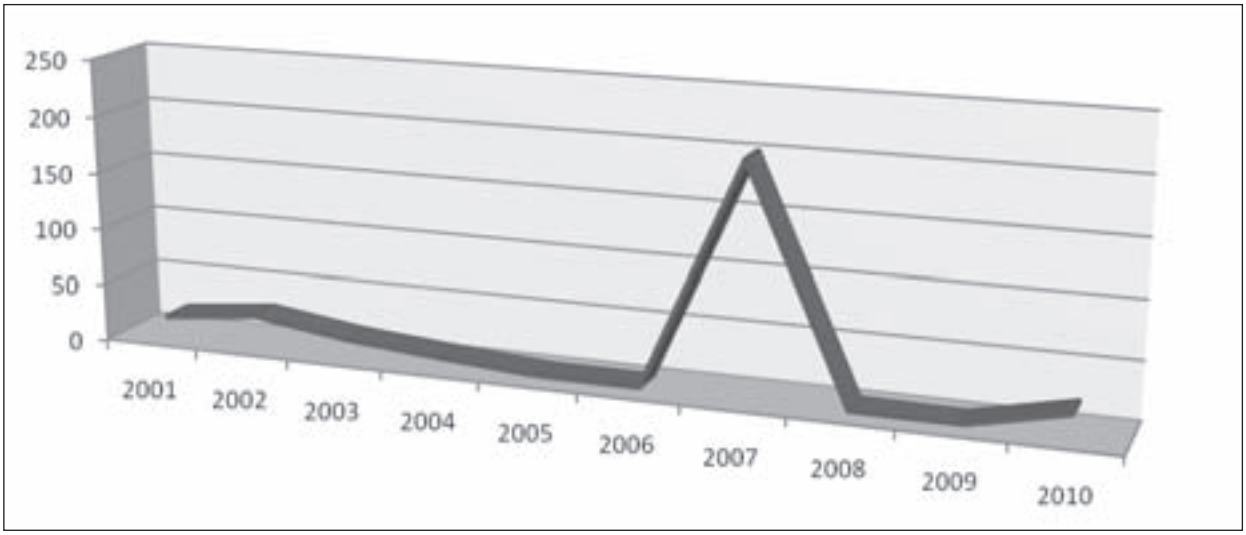
Здравственим радницима скренута је пажња да се хитно пријављује свака сумња на морбиле, уз истовремено подношење исте пријаве епидемиологу Дома здравља Обеновац, да се приликом рада са пацијентима придржавају свих прописаних мера како би се спречило преношење инфекције.

Нови случајеви оболевања нису откривени и поред оваквог појачаног надзора.

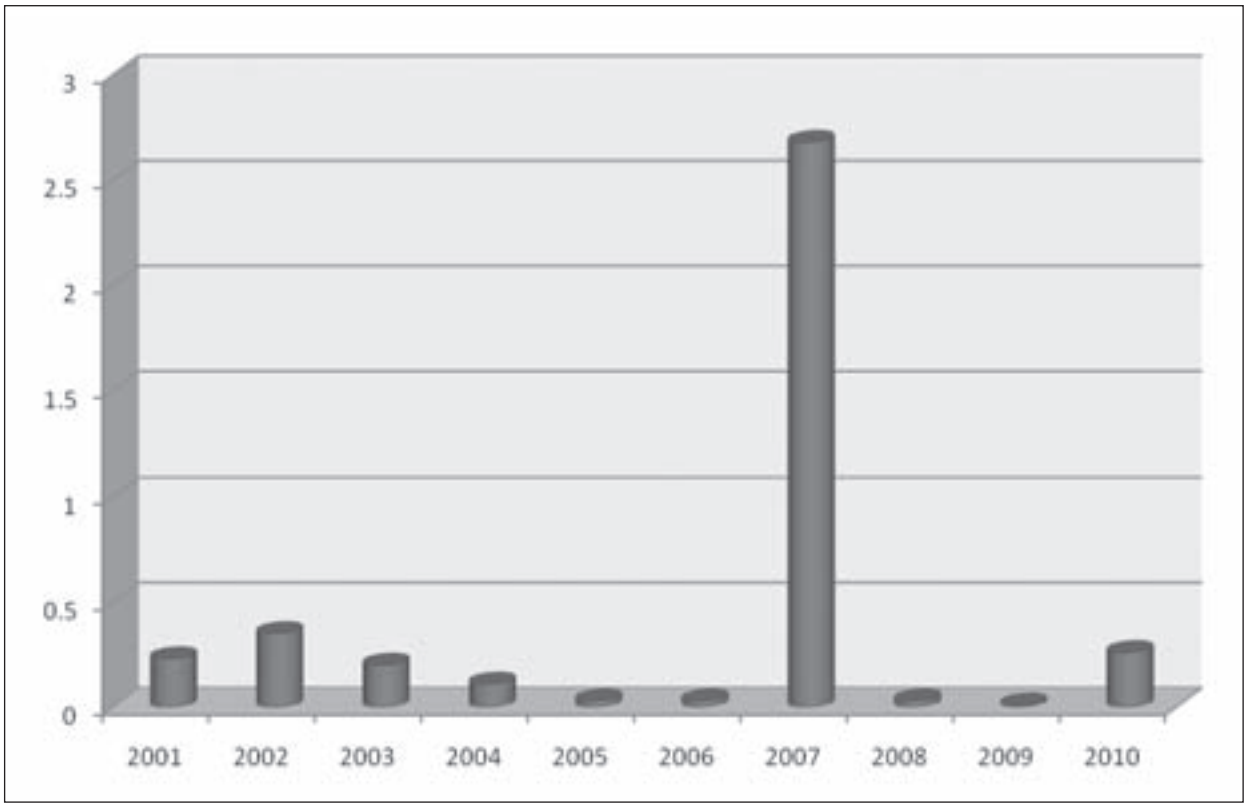
Дискусија

Иако се дешавало да у последњих десет година обухват имунизације MMR-ом у Београду не достигне 95%, не можемо негирати

Графикон 9: Број оболелих од морбила у Србији у периоду од 2001. до 2010. године.



Графикон 10: Инциденција морбила у Србији у периоду од 2001. до 2010. године.



успешност њеног спровођења. То је резултирало појавом само спорадичних случајева оболења и мањих епидемија, без већег ширења морбила у посматраном периоду.

Међутим, епидемиолошка ситуација у свету је далеко озбиљнија и казује нам да морбили и даље представљају велику претњу. У периоду од 2001. до 2010. године, у многим земљама Европе, па и у Србији, дошло је до пада у обухвату имунизације против морбила, а импортовање вируса у осетљиве популације резултирало је епидемијским јављањем малих

Табела 1: Број оболелих од морбила у периоду од 2001. до 2010. године (Аустрија, Грчка, Италија и Велика Британија), и у периоду од 2005. до 2010. године (Бугарска, Румунија и Турска).

Год./ земља	Аустрија	Бугарска	Грчка	Италија	Румунија	Турска	Велика Британија
2001.	0	/	12	799	/	/	73
2002.	0	/	5	**18312**	/	/	327
2003.	44	/	8	10939	/	/	469
2004.	16	/	1	676	/	/	202
2005.	9	3	116	218	**5647**	**6206**	78
2006.	21	1	**512**	595	3196	34	73
2007.	20	1	2	420	352	3	1004
2008.	**427**	1	1	1619	14	4	**1406**
2009.	47	2249	2	173	8	4	1166
2010.	48	**22005**	149	861	187	7	397

Табела 2: Инциденција оболелих од морбила у периоду од 2001. – 2010. године (Аустрија, Грчка, Италија и Велика Британија) и у периоду од 2005. – 2010. године (Бугарска, Румунија и Турска)

Год./земља	Аустрија	Бугарска	Грчка	Италија	Румунија	Турска	Велика Британија
2001.	0	/	0,11	1,39	/	/	0,12
2002.	0	/	0,05	31,87	/	/	0,55
2003.	0,55	/	0,08	19,07	/	/	0,78
2004.	0,20	/	0,01	1,18	/	/	0,34
2005.	0,11	0,04	1,09	0,38	25,49	8,48	0,13
2006.	0,26	0,01	4,60	1,02	14,78	0,05	1,29
2007.	0,24	0,01	0,02	0,72	1,63	0,007	1,67
2008.	5,09	0,01	0,01	2,75	0,07	0,01	2,30
2009.	0,56	29,88	0,02	0,29	0,04	0,01	1,90
2010.	0,57	294,53	1,33	1,46	0,88	0,017	0,65

богиња и њеним ендемизирањем у многим земљама Европе (В. Британија, Немачка, Француска ...)[4].

У анализираном периоду у Србији је регистровано 296 оболелих од морбила и забележена просечна инциденција 0,39/100000. Највећи број оболелих у Србији, регистровано је 2007. године, када је оболела 201 особа у епидемији у Војводини и забележена највећа инциденција од 2,68/100000. Најмање оболелих (један) и најмања инциденција (0,01) забележена је 2009. године (графикон 9 и 10).

У земљама у окружењу уочава се далеко већи број оболелих и већа инциденција него у Београду и Србији.

Највећи број оболелих (22.005) заблележен је у Бугарској 2010. године (са 24 смртна исхода), у Италији 18.312 (2002. године), Турској 6.206 (2005. године) и Румунији са 5.647 (2005. године) оболелих[5].

Уочавамо да је највећа инциденција заблежена у Бугарској 2010. године (294,53), у Италији 2002. године (31,87) и у Румунији 2005. године (25,49) (табела 1 и 2)[5].

Закључак

На основу изнетог може се закључити да:

- Епидемиолошка ситуација морбила на подручју Београда у периоду од 2001. до 2010. године може се дефинисати као уобичајена, јер се и након вишеструке појаве морбила није развила масовна епидемија;
- Морбили представљају сталну претњу Србији и Београду, због осетљиве невакцинисане популације која се у већем броју окупља у нехигијенским насељима и представљају један од највећих проблема за ефикасно спровођење имунизације;
- Због сталне претње, неопходно је континуирано сроводити квалитетан надзор над морбилима;
- С обзиром на постојећу епидемиолошку ситуацију у Европи, циљ елиминације морбила одлуком Светске здравствене организације померен је на 2015. годину, па је због тога и даље неопходно унапређивати системе имунизације и радити на достизању и одржавању обухвата преко 95%.

Литература

1. Benenson AC: Приручник за спречавање и сузбијање заразних болести, 1995.
2. Zaštitimo vakcinom svako dete: http://www.zzjzle.org.rs/pdf/2011-01/morbili-vakcinacija.pdf.
3. Градски завод за јавно здравље: Превенција и контрола болести у новом јавном здрављу. Зборник радова, 2008;39-75.

4. Eurosurveillance: Measles once again endemic in the United Kingdom. http://www.eurosurveillance.or/viewArtile.aspx?ArticleId=18919
5. A Surveillance Community Network for Vaccine Preventable Infectious Diseases. http://www.euvac.net/graphics/euvac/index.html
6. Vaccine preventable diseases and invasive bacterial infections. http://ecdc.europa.eu.en/publications/surveillance_report
7. World Health Organization: Vaccines and immunization. http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/di
8. Sl. glasnik RS 46/95, 66/01, 61/05 и 91/05.

Контакт: Др Андреа Узелац Шкорић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Булевар деспота Стефана бр. 54/а, тел. 2078600.

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 616-036.1-036.8(497.11)

Хроничне незаразне болести - водећи узроци умирања становништва Шумадијског округа

Предраг Поповић[1], Сања Коцић[2], Снежана Радовановић[3], Светлана Радевић[4], Душица Бркић[5]

Chronic Non-Communicable Diseases - The Leading Causes of Mortality in Shumadia District

Predrag Popović, Sanja Kocić, Snežana Radovanović, Svetlana Radević, Dušica Brkić

Сажетак: *Циљ рада јесте сагледавање јавноздравственог проблема које хроничне незаразне болести представљају на територији Шумадијског округа. Као извор података коришћени су подаци Републичког завода за статистику, а презентирани су подаци мортalитетне статистике за Шумадијски округ за период 1997-2008. година. У структури морталитета, у Шумадијском округу, болести срца и крвних судова чиниле су више од половине свих смртних исхода (54,7%), док је скоро свака пета умрла особа (17,2%) била жртва малигнитета, док повреде и тровања учествују са 3,8%, компликације дијабетеса са 2,8%, а хронична опструктивна болест плућа или астма са 2,6%. У посматраном периоду, највећи пораст у умирању у Шумадијском округу забележен је код малигних тумора (са 16,3 % на 17,2 %) и дијабетеса (са 2,2% на 2,8%). С обзиром да у структури морталитета становништва Шумадијског округа доминирају кардиоваскуларне болести и малигнитети, неопходно је интензивирање промотивно-превентивних мера и активности са циљем унапређења здравља становништва.*

Кључне речи: *хроничне незаразне болести, морталитет, Шумадијски округ.*

Summary: *The aim of this work is to overview a public health problem that is represented by chronic diseases on the territory Shumadija district. As data sources,we used data of the Republic Statistical Office, and we presented the data of mortality statistics in Sumadia district for the period 1997-2008.*

In the structure of mortality in Shumadia district, cardiovascular diseases compose more than half of all deaths (54,7%) while nearly one in five died persons (17.2%) was the victim of malignancy, injury and poisoning accounted for 3.8%, complications of diabetes with 2.8% and chronic obstructive pulmonary disease or asthma with 2.6%. During the reporting period, the largest increase in mortality in the Sumadija region was found in malignant tumors (with 16,3% to 17,2%) and diabetes (with 2,2% to 2,8%). According to the fact that, in the mortality structure of Shumadian people district cardiovascular diseases and malignancies dominate it is necessary to intensify the promotional and preventive measures and activities with aim to improve the health of the population.

Key words: *chronic non-communicable diseases, mortality, Shumadia district.*

1 Др Предраг Поповић, Институт за јавно здравље, Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac).

2 Доц. др Сања Коцић, Институт за јавно здравље, Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac), Медицински факултет, Крагујевац (Medical Faculty of Kragujevac).

3 Мр сц. др Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље, Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac), Медицински факултет, Крагујевац (Medical Faculty of Kragujevac).

4 Др Светлана Радевић, Институт за јавно здравље, Крагујевац (Institute of Public health Kragujevac).

5 Др Душица Бркић, Дом здравља, Крагујевац (Health Center Kragujevac).

Увод

Према проценама Светске здравствене организације (СЗО), хроничне незаразне болести су водећи узрок умирања у свету. Од 58 милиона људи колико годишње умре широм света од свих узрока смрти, 70% умре од последица ових обољења. Према истом извору у наредном периоду очекује се пораст смртности од ових обољења, а највећи број умрлих биће из неразвијених земаља и земаља у развоју[1,2,3,4].

У нашој земљи водећи узроци смрти готово су истоветни оним у Европи. Хроничне незаразне болести чине преко 85% свих узрока смрти и у земљама Европског региона[3, 5].

Годишње од свих узрока смрти умре око 100.000 грађана Србије, а хроничне незаразне болести чиниле су више од три четвртине свих узрока смрти у нашој земљи и региону. Од свих поремећаја здравља, становништво Србије највише је оптерећено незаразним болестима. Реч је, заправо, о болестима срца и крвних судова, цереброваскуларним, малигним, хроничним болестима плућа, униполарној депресији, дијабетесу. У Србији сваки други становник умре од болести срца и крвних судова, а сваки пети од малигних тумора[6].

Циљ рада

Циљ рада јесте сагледавање јавноздравственог проблема које хроничне незаразне болести представљају на територији Шумадијског округа.

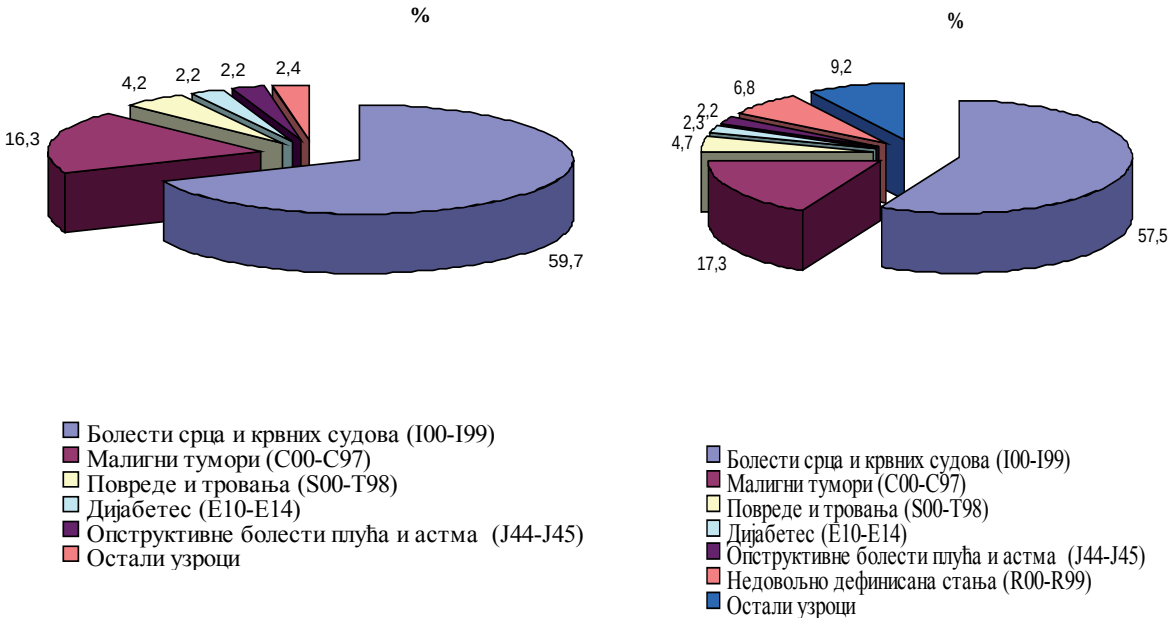
Метод рада

Као извор података коришћени су подаци Републичког завода за статистику, а презентирани су подаци морталитетне статистике за Шумадијски округ за период 1997-2007. година, са посебним осврtим на сагледавање структуре морталитета од хроничних незаразних болести на територији Шумадијског округа.

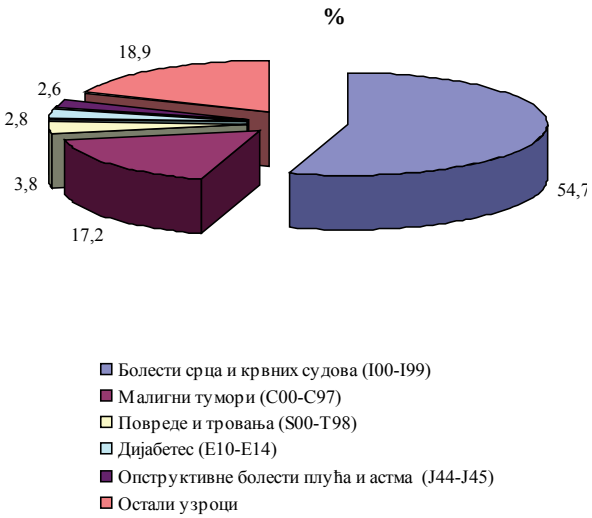
Резултати и дискусија

У структури морталитета, у Шумадијском округу у 2007. години болести срца и крвних судова чиниле су више од половине свих смртних исхода (54,7%), док је скоро свака пета умрла особа (17,2%) била жртва малигнитета. У структури морталитета повреде и тровања

Графикон 1. Водећи узроци умирања на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1997. година



Графикон 2. Водећи узроци умирања на територији Шумадијског округа 2007. године



учествују са 3,8%, компликације дијабетеса са 2,8%, а хронична опструктивна болест плућа или астма са 2,6%. У посматраном периоду 1997-2007. година, највећи пораст у умирању у Шумадијском округу забележен је код малигних тумора (са 16,3% на 17,2%) и дијабетеса (са 2,2% на 2,8%), док је учешће болести срца и крвних судова и повреда и тровања незнатно опало (болести срца и крвних судова са 59,7% на 54,7%, повреде и тровања са 4,2% на 3,8) (графикон 1 и графикон 2).

У структури морталитета на територији Републике наилазимо на врло сличну ситуацију: водећи узроци смрти имају исти ранг. Интересантно је поменути да је у 1997. години учешће болести срца и крвних судова у укупном морталитету било веће на територији Округа (59,7%) у односу на Републику (57,5%), док се 2007. године ситуација мења: у Округу учешће ове групе болести је мање (54,7%) него на нивоу Републике (56,0%). Малигни тумори су нешто учесталији на територији Републике у оба посматрана периода, док повреде 2007. године показују исту учесталост на обе посматране територије (3,8%)[1].

У структури морталитета од болести срца и крвних судова (МКБ 10: I00 - I99) на територији Шумадијског округа у периоду 1998-2008. године болести узроковане повишеним крвним притиском (МКБ 10: I10 - I15) биле су заступљене са просечним учешћем од 2,5%, исхемијске болести срца (МКБ 10: I20 - I25) са учешћем од 21,5%, док је просечно учешће морталитета од болести крвних судова мозга (МКБ 10: I60 - I69) било 24,8%. Заступљеност болести узрокованих повишеним крвним притиском (МКБ 10: I10 - I15) показује стагнацију, док је учешће исхемијских болести срца

Табела 1. Учешће појединих болести срца и крвних судова у структури укупног морталитета од болести срца и крвних судова, на територији Шумадијског округа, 1998-2008. година

Година	И00-И99	И10-И15 Број (%)	И20-И25 Број (%)	И60-И69 Број (%)
1998.	2156	86 (4,0)	390 (18,1)	512 (23,7)
1999.	2334	37 (1,6)	450 (19,3)	598 (25,6)
2000.	2161	56 (2,6)	226 (10,5)	608 (28,1)
2001.	2142	23 (1,1)	518 (24,2)	543 (25,4)
2002.	2275	62 (2,7)	560 (24,6)	583 (25,6)
2003.	2223	65 (2,9)	540 (24,3)	621 (27,9)
2004.	2203	76 (3,4)	557 (25,3)	575 (26,1)
2005.	2599	99 (3,8)	621 (23,9)	599 (23,0)
2006.	2474	36 (1,5)	506 (20,5)	536 (21,7)
2007.	2417	41 (1,7)	528 (21,8)	550 (22,8)
2008.	2406	55 (2,3)	582 (24,2)	570 (23,7)
Укупно	**25390**	**636 (2,5)**	**5478 (21,6)**	**6295 (24,8)**

Табела 2. Учешће малигних обољења у структури укупног морталитета, на територији Шумадијског округа, 1998-2008. година

Година	Шумадијски округ		
	Сви узроци смрти	C00 - C97 број умрлих	%
1998.	3725	645	17,3
1999.	3961	633	16,0
2000.	3967	689	17,4
2001.	3800	667	17,6
2002.	4059	684	16,9
2003.	3999	697	17,4
2004.	3871	694	17,9
2005.	4320	749	17,3
2006.	4072	718	17,6
2007.	4159	792	19,0
2008.	4058	777	19,1
Период	**43991**	**7745**	**17,6**

(МКБ 10: I20 - I25) у порасту, а болести крвних судова мозга (МКБ 10: I60 - I69) показују тренд одржавања (табела 1).

Болести срца и крвних судова (МКБ-10: I00 - I99) представљају водећи узрок оболевања и умирања у свету[5, 7]. Према процени Светске здравствене организације у 2006. години у свету је од болести срца и крвних судова умрло 17,5 милиона људи, што представља 30% свих узрока смрти[5]. У државама европског региона СЗО током 2006. године од болести срца и крвних судова умрло је 5,1 милиона особа, што представља 52% свих узрока смрти. Исхемијске болести срца и цереброваскуларне болести водећи су узроци смртности у овој групи обољења. У структури умирања од болести срца и крвних судова, према проценама СЗО, исхемијска болест срца у просеку је заступљена са 41%, шлог са 32% а друге болести срца са 27%[9].

У Шумадијском округу рак је други најзначајнији узрок смрти од којег умире готово сваки четврти становник.

Учешће малигних обољења (МКБ-10: C00 – C97) у структури укупног морталитета у Шумадијском округу у периоду од 1998. до 2008. године било је 17,6%, са тенденцијом пораста. Број умрлих порастао је од 1998. до 2008. године за 20,5%, односно са 645 на 777 (табела 2).

У истом периоду удео малигних обољења у структури укупног морталитета у Републици Србији био је 18,4%[9].

Хроничне незаразне болести имају мултифакторску етиологију и настају као резултат комплексне интерреакције између појединаца и средине у којој они живе. Индивидуалне карактеристике (као што су, пол, етничка припадност, генетска предиспозиција и др.) заједно са социјално-економским детерминантама, као и условима спољашње средине (као што су доходак, образовање, услови живота и радни услови), одређују разлике у експозицији и осетљивости појединаца за настанак хроничних незаразних болести. Водећи фактори ризика за настанак хроничних незаразних болести јесу пушење, хипертензија, хиперхолестеролемија, алкохол, гојазност, неправилна исхрана и физичка неактивност. Наведени фактори ризика заједнички су за бројне хроничне незаразне болести, чији је настанак, с обзиром на мултифакторску етиологију, повезан са присуством два или више наведених фактора ризика[1].

Закључак

У структури морталитета у Шумадијском округу водећу улогу имају кардиоваскуларне

болести и малигнитети. У периоду од 1997. до 2008. годинае највећи пораст у умирању у Шумадијском округу забележен је код малигних тумора и дијабетеса, док је учешће болести срца и крвних судова и повреда и тровања незнатно опало. С обзиром да у структури морталитета становништва Шумадијског округа доминирају кардиоваскуларне болести и малигнитети, неопходно је интезивирање промотивно-превентивних мера и активности са циљем унапређења здравља становништва. Превенцију треба започети на индивидуалном нивоу и нивоу заједнице сузбијањем фактора ризика, као што су неправилна исхрана, слаба физичка активност, пушење цигарета, повишен крвни притисак, повећан ниво масноћа у крви и шећерна болест.

Литература

1. Здравље становника Србије. Аналитичка студија, 1997-2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.
2. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: WHO; 2005.
3. WHO: Chronich diseases and health promotion (Online). Dostupno na: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
4. Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Disease. Notes & ReportsVol. 18 No. 2 June 2007.
5. World Health Organization. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: WHO; 2006.
6. Институт за јавно здравље Србије. Здравственостатистички годишњак Републике Србије 2006. Београд, 2007.
7. Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92 4 1563001. Also published on http://www.who.int/chp/chronic_disease
8. World Health Organization. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: WHO; 2006.
9. Радна група Министарства здравља Републике Србије. Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести Републике Србије. Доступно на: www.minzdravlja.info/.../ Strategije/Strategija% 20Za%20 Prevenciju%20I%20
10. Инциденција и морталитет од рака у централној Србији, 1999-2006, Регистар за рак централне Србије, Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.

Контакт: Др Предраг Поповић, Институт за јавно здравље, Крагујевац, Николе Пашића 1, тел: 034504532.

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 616.24-036.1-036.8(497.11)

Морталитет од хроничних незаразних респираторних болести на територији Шумадијског округа

Слободан Чеперковић[1]

Mortality of Chronic Non-Communicable Respiratory Diseases on the Territory Shumadia District

Slobodan Čeperković

Сажетак: *Циљ рада јесте сагледавање морталитета од хроничних незаразних респираторних (ХНРБ) болести на територији Шумадијског округа. Као извор података коришћени су подаци Републичког завода за статистику, на основу којих су израчунаване стандардизоване стопе морталитета од хроничних незаразних респираторних болести према полу и старости, као и учешће хроничних незаразних респираторних болести у укупном морталитету на територији Шумадијског округа за период 1998-2008. година.*

Стопа морталитета од ХНРБ у Шумадији порасла је за 27%, од 19,48%000 у 1998. години до 24,77%000 у 2008. години. Смртност од ХНРБ била је већа код мушкараца у односу на жене. Анализом узрасно-специфичне стопе морталитета од хроничних незаразних респираторних болести уочавамо да је она највише (303,16%000) у најстаријој узрасној групи 75 и више година, следе узрасне групе 70-74 године (118,83%000) и 65-69 година (104,29%000). Најниже вредности су у добној групи 40-44 године (5,54%000), док у млађим добним групама нису забележени смртни исходи.

Кључне речи: *хроничне незаразне респираторне болести, морталитет, Шумадијски округ.*

Summary: *The aim of this work is to overview a mortality of chronic non-communicable respiratory diseases - HNRD on the territory Shumadia district. As data sources, we used data of the Republic Statistical Office, upon which are calculated standardized mortality rates of chronic non-communicable respiratory diseases by sex and age, and participation chronic non-communicable respiratory diseases in total mortality on the territory Shumadia district for the period 1998-2008.*

Mortality rate of HNRD in Shumadia increased by 27%, from 19,48%000 in 1998. to 24,77%000 in 2008. HNRD mortality was higher in men than women. The analysis of age-specific mortality rates of chronic non-communicable respiratory diseases, we see that it is the highest (303,16%000) in the oldest age group 75 and over years, following age groups 70-74 years (118,83%000) and 65-69 years (104,29%000) The lowest values is in the age group 40-44 years (5,54%000), while in younger age groups there have been no fatalities.

Key words: *chronic non-communicable respiratory diseases, mortality, Shumadia district.*

1 Др Слободан Чеперковић, Дом здравља, Врњачка Бања (Health Center Vrnjačka Banja).

Увод

Групи хроничних незаразних респираторних болести – ХНРБ (МКБ-10: J42-J45) припадају хроничне опструктивне болест плућа - ХОБП (МКБ-10: J42-J44) и астма (МКБ-10: J45). У свету приближно 400 милиона људи живи са дијагнозом ХНРБ-а, од тога 320 милиона оболелих од астме и 80 милиона оболелих од ХОБП-а[1, 2].

Према резултатима истраживања здравља становника Србије у 2006. години, процењено је да са неком хроничном незаразном респираторном болешћу у нашој земљи живи преко пола милиона људи. Према истом извору, процењено је да у нашој земљи ХОБП има приближно 320.000 особа, а астму 200.000 људи[3].

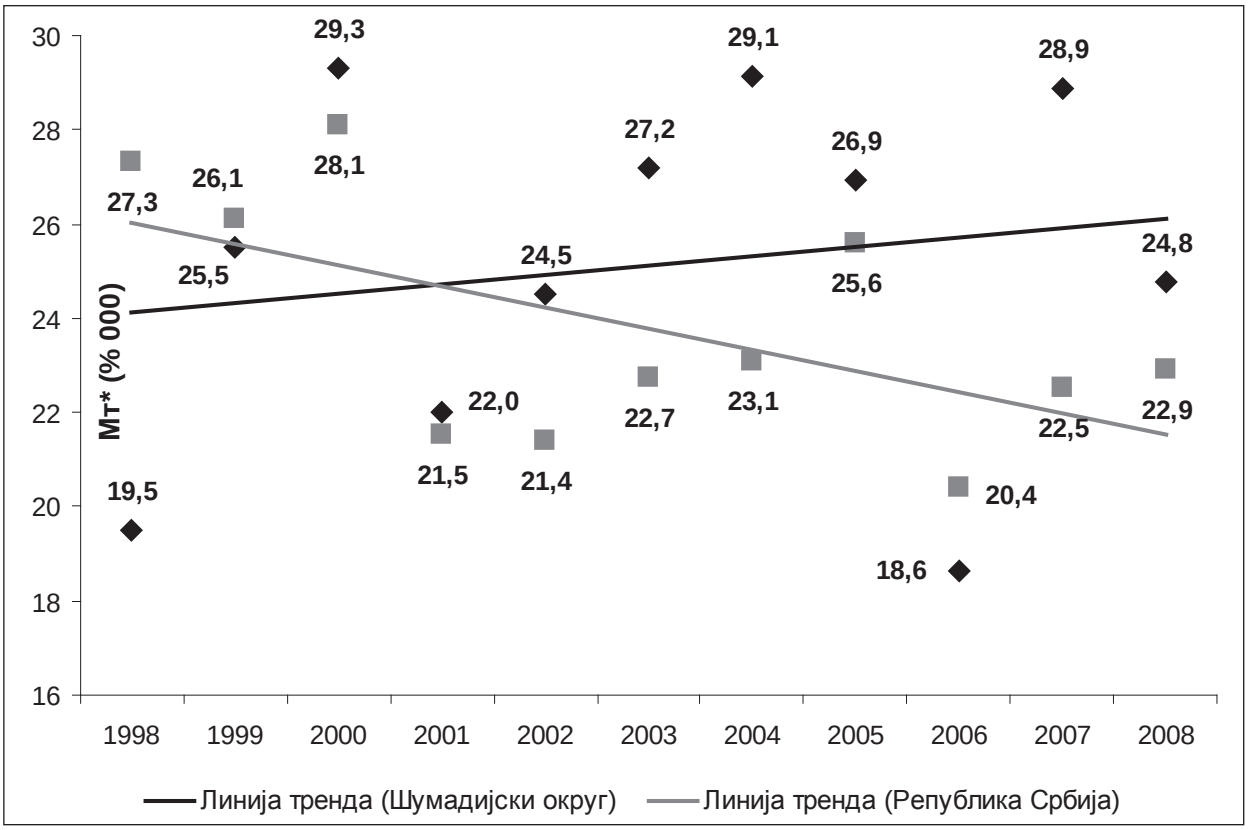
Фактори ризика су генетска предиспозиција, алергије, вирусне и гљивичне инфекције, као и фактори околине. ХНРБ је последица савременог начина живота, узрокована пре свега пушењем (преко 90% оболелих су пушачи), али и све присутнијим аерозагађењем[4].

Због веће изложености факторима ризика, пре свега пушењу, ХНРБ је учесталија у старијим узрасним групама и међу мушкарцима. Запажа се да је последњих година ХНРБ међу припадницама женског пола све чешћа, вероватно као последица и даље врло високе учесталости пушења дувана[3].

Циљ рада

Циљ рада јесте сагледавање морталитета од хроничних незаразних респираторних болести на територији Шумадијског округа.

Графикон 1. Морталитет од од хроничних незаразних респираторних болести (J42-J45) на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998–2008.



*према стандардној популацији Европе

Метод рада

Као извор података коришћени су подаци Републичког завода за статистику, на основу којих су израчунаване стандардизоване стопе морталитета од хроничних незаразних респираторних болести према полу и старости, као и учешће хроничних незаразних респираторних болести у укупном морталитету на територији Шумадијског округа за период 1998-2008. година.

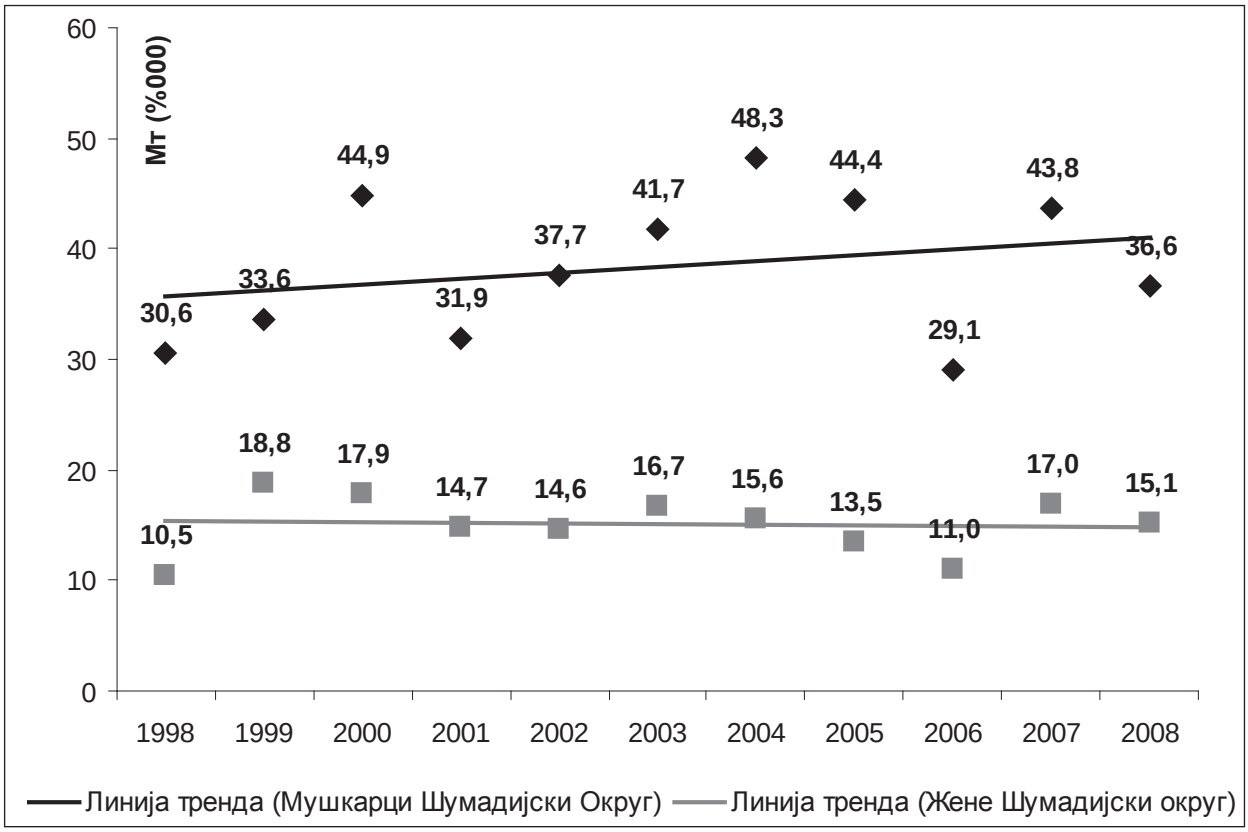
Резултати и дискусија

Стопа морталитета од хроничних незаразних респираторних болести у Шумадији порасла је за 27%, од 19,48%$_{000}$ у 1998. години до 24,77%$_{000}$ у 2008. години. Забележен пораст смртности од ХНРБ-а у последњој години у односу на почетну годину анализираног периода, пратио је пораст вредности стопа морталитета од 1998. до 2000. године и од 2002. до 2004. године, а пад 2001. године, 2005-2006. и 2008. године (графикон 1).

Стопе смртности од ХНРБ-а биле су веће код мушкараца у односу на жене. Пораст вредности стопе смртности од ХНРБ-а у наведеном периоду био је скоро двоструко израженији код жена (30,96%) у односу на мушкарце (16,24%) (графикон 2).

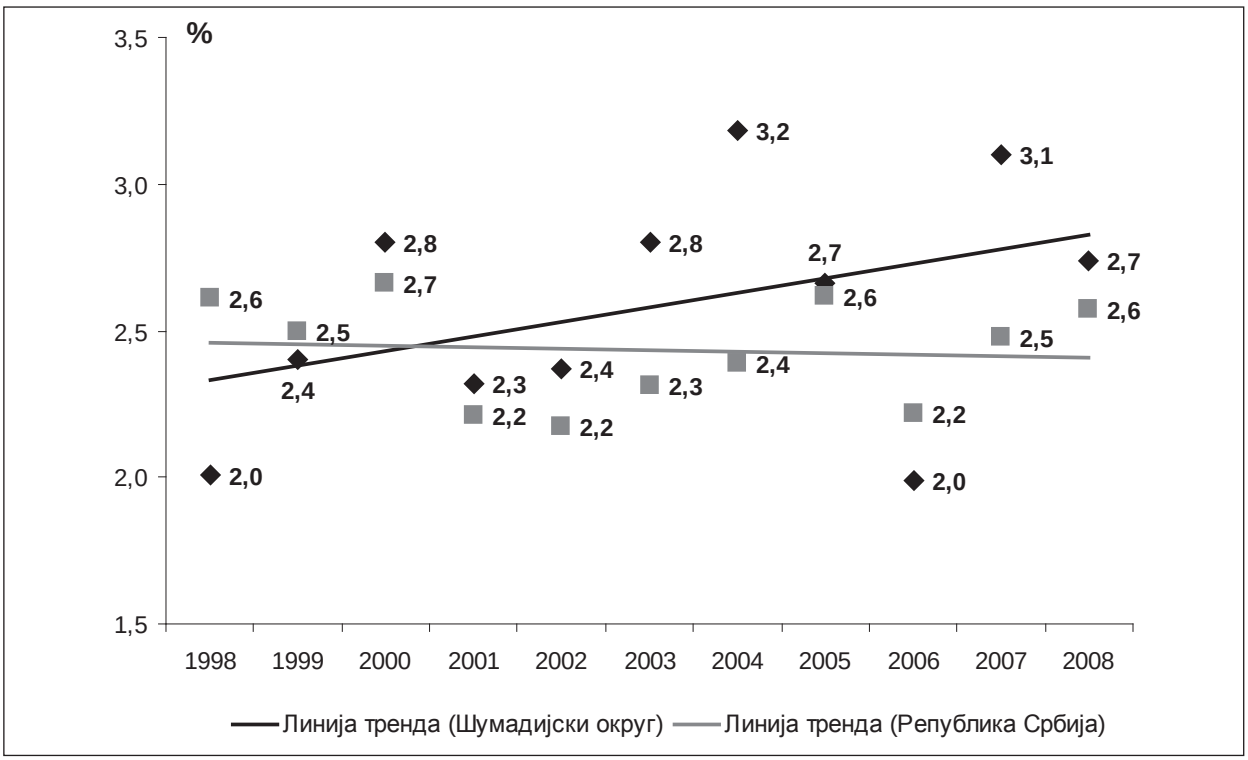
Просечна вредност морталитета на територији Шумадијског округа износила је 25,12%$_{000}$, док је на територији Републике њена вредност 23,79%$_{000}$. У првој години посматрања више стопе морталитета регистроване су на територији Србије, за 40%, док је у последњој години посматрања вредност морталитета виша на територији Округа за 8% (графикон 1).

Графикон 2. Морталитет од од хроничних незаразних респираторних болести (J42-J45) на територији Шумадијског округа, према полу, 1998–2008.

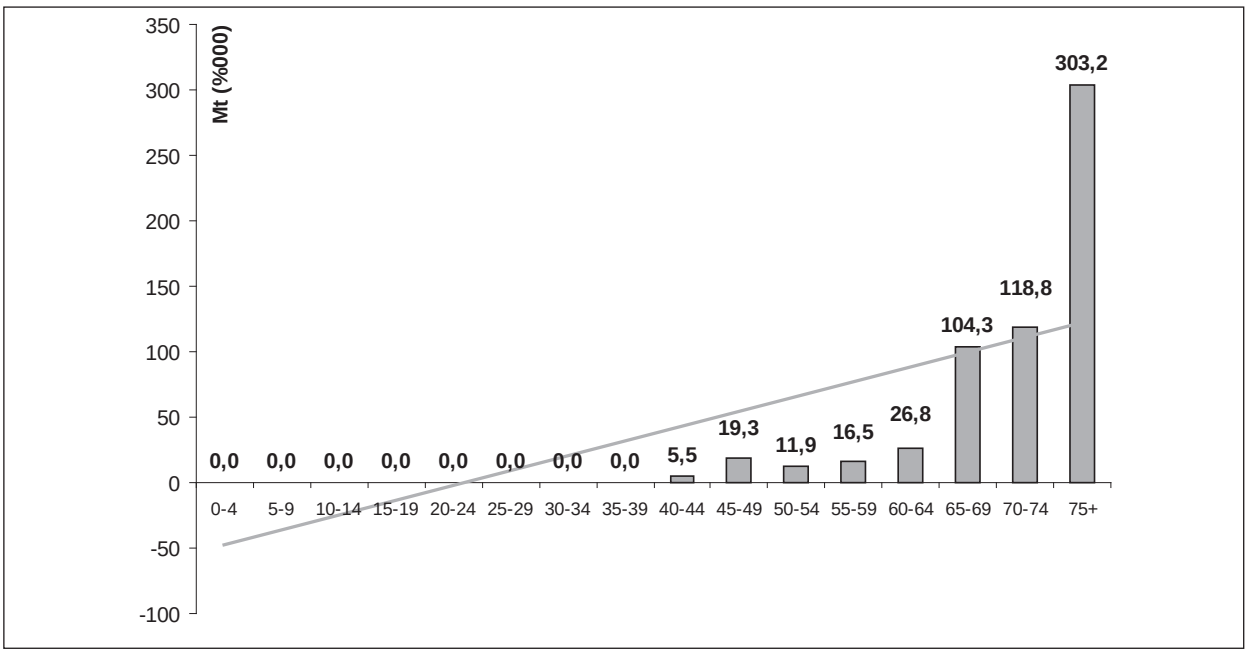


*према стандардној популацији Европе

Графикон 3. Узрасно-специфичне стопе морталитета од хроничних незаразних респираторних болести (J42-J45), на територији Шумадијског округа, 2008. године



Графикон 4. Број умрлих од од хроничних незаразних респираторних болести (J42-J45) у Шумадијском округу, 1998-2008.



Графикон 5. Учешће хроничних незаразних респираторних болести J42-J45 у укупном морталитету, на територији Шумадијског округа и Републике Србије, 1998–2008.

Посматрано у односу на пол, у анализираном периоду, просечна стопа морталитета код оба пола бележи више вредности на територији Шумадијског округа у односу на Србију: за мушкарце 38,4%$_{000}$ у Шумадији и 37,15%$_{000}$ у Србији; за жене 15,05%$_{000}$ у Шумадији и 14,14%$_{000}$ у Србији (графикон 2).

Србија се налази у групи земаља Европе са средње високим вредностима стопа умирања од ХНРБ-а[3].

Највеће стопе морталитета од ХНРБ-а запажене су у Киргистану (99,0%$_{000}$), Казахстану (56,5%$_{000}$) и Молдавији (51,9%$_{000}$), а најниже у Грчкој (0,2%$_{000}$), Бугарској (2,6%$_{000}$) и Француској (8,3%$_{000}$)[4].

Анализом узрасно-специфичне стопе морталитета од хроничних незаразних респираторних болести уочавамо да је она највише (303,16%$_{000}$) у најстаријој узрасној групи, 75 и више година, затим следе узрасне групе 70-74 године (118,83%$_{000}$) и 65-69 година (104,29%$_{000}$). Најниже вредности су у добној групи 40-44 године (5,54%$_{000}$), док у млађим добним групама нису забележени смртни исходи (графикон 3).

Број умрлих од од хроничних незаразних респираторних болести се повећава у посматраном периоду и та тенденција је присутна код оба пола (графикон 4). Врло слична ситуација је присутна и на територији Републике Србије[3].

На територији Округа учешће хроничних незаразних респираторних болести у укупном морталитету показује знатне осцилације, са тенденцијом раста у односу на почетну годину посматрања – пораст за 0,73%. Највише вредности су забележене 2004. и 2007. године. Просечно учешће хроничних незаразних респираторних болести у укупном морталитету у посамтарном периоду на територији Округа износи 2,58%, што је за 6% више у односу на просечну вредност за територију Србије, где износи 2,43% и где су вредности учешћа у укупном морталитету знатно уједначеније у односу на Округ (графикон 5).

Закључак

Стопа морталитета од ХНРБ-а у Шумадији је у порасту у периоду 1998-2008. година. Смртност од ХНРБ-а била је већа код мушкараца у односу на жене. Пораст вредности стопе смртности од ХНРБ-а у наведеном периоду израженији је код жена у односу на мушкарце. Узрасно-специфичне стопе морталитета од ХНРБ-а имају највише вредности у најстаријој добној групи.

Литература

1. Здравље становника Србије. Аналитичка студија, 1997-2007. Институт за јавно здравље Србије, Београд, 2008.
2. World Health Organization, Management of Noncommunicable Diseases Department, WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. World Health Organization, 2002.
3. Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становника Републике Србије, 2006. година. Основни резултати. Министарство здравља Републике Србије; Београд, 2007.
4. Sherrill DL, Lebowitz MD, Burrows B. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Med 1990; 11(3): 375-387.
5. База података „Здравље за све“, СЗО. Доступно на: http://data.euro.who.int/hfadb/

Контакт: Др Слободан Чеперковић, ул. Цара Лазара бб, 37240 Трстеник, тел. 064/8068109

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 364.69(4-672EU); 614.2(4-672EU); 364.32(4-672EU)

Политике у здравственом систему Европске уније

Ибрахим Тотић[1]

Policies in Health System in the European Union

Ibrahim Totić

In varietate concordia.

Сажетак: *Пред вама је рад који анализира политике које утичу на дизајнирање здравственог система у државама - чланицама Европске уније. Реалност је да је свакој од њих примарни циљ унапређење здравствене заштите, формулација и аплицирање јасних здравствених програма, а многим и грчевита борба са проблемима који их у томе спутавају. Здравствени систем је друштвена тековина сваке државе - чланице и зато оне користе снагу разних политика да га уреде као научну базу и као сигурно уточиште сваком грађанину - осигуранику у коме би штитио и унапређивао лично и туђе здравље. Ко је осигураник у Европи? Обичан човек, осовина око које се све окреће, лечени и онај који лечи, онај што финансира здравствено осигурање и, на крају, онај чије здравствене трошкове то осигурање покрива. Пракса је рекла више од једне декларације или директиве: да је то пацијент који ће у свакој здравственој служби у ма којој држави - чланици Европске уније добити онолико квалитетну услугу колико је спреман да је плати.*

Здравствена заштита (и образовање) је најбитнија делатност којом се људски род од давнина организовано бави. Јавне здравствене политике и функционални здравствени системи, чији је основни циљ очување јавног здравља, под великим су утицајем глобализације. Политике заслужују посебну пажњу, те су у овом раду нарочито сагледане политика финансирања, одрживости, запошљавања и мо-

Summary: *You are looking at the work that analyzes policies that affect the design of health systems in the Member States of the European Union. The reality is that each of them aimed at improving primary health care, the formulation and application of clear health programs, and many and fierce struggle with problems that hinder them from doing so. The health system is a social achievements of each member state and so they use the power of various policies to regulate it, as a scientific base and as a safe haven for every citizen-insured which would protect and promote personal and others' health. Who is insured in Europe? An ordinary man, the axle that everything revolves around, treated, and one that heals, that the health insurance fund,and ultimately the one whose health insurance costs to cover. The practice is said, more than any declaration or directive, that is to be patient in every health service in any Member State of the European Union to get as much quality service for which someone is willing to pay.*

Health care (and education) is the most important activity that the human race for centuries engaged in organized. Public health policy and functional health systems have the main goal to preserve the public health, but its greatly affected by the globalization. Policies that deserve special attention in this paper are particularly perceived, financial policy, sustainability, employment and mobility of the medical profession within the European Union. Bearing in mind that the scene of globalization processes, predictions are that they will mark the mobility of the reasons and directions of the medical profession which

1 Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, Депртман за право и департман за економију, Нови Пазар, mail:ibrahimtotic@yahoo.com

билности медицинске професије у оквиру Европске уније. Имајући у виду да су на сцени глобализациони процеси, предвиђања су да ће их обележити разлози и смерови мобилности медицинске професије, чиме се овај рад прилично бави. Такође је повучена паралела између здравственог система Сједињених америчких држава и Европске уније и истакнути су неки недостаци због којих европско здравство није оно што би требало да буде.

Кључне речи: *Европска унија, здравствени систем, економска и фискална одрживост, модели финансирања, мобилност кадрова.*

deals with the work fairly. It is also drawn parallels between the health system of the United States and the European Union and highlight some shortcomings due to which European health is not what it should be.

Keywords: *European Union, the healthcare system, economic and fiscal sustainability, financing models, the mobility of personnel.*

Увод

Економија се обично посматра само као неутралан *backround* чији је задатак да обезбеђује стални економски раст, односно константну упосленост свих продукционих фактора од којих зависи степен људског материјалног благостања. На тој основи Европска унија покушава да преко здравствене политике убрза здравствени успон, да редистрибуционим процесима оствари материјално благостање, расподелу на основу друштвених потреба и здравствену сигурност за све. Временом се наметнула потреба раздвајања процеса производње од процеса расподеле (није могла да се спречи), услед чега је дошло до губитка моћног аналитичког оруђа које је служило за правилно схватање и разумевање утицаја економских чинилаца на јавне функције, на карактер примарне расподеле и на настајање неједнакости. Што се тиче токова неједнакости, они су последица деловања девастирајућих снага које се отимају поменутим процесима и минирају интегритет здравствене делатности. Резултат је да многе државе - чланице Европске уније о многим стварима не мисле на исти начин. Рачунајући на то, академски експерати и *policy makers* преузели су на себе обавезу да објасне везу између процеса стварања негативних чинилаца и могућности утемељења конкретне здравствене политике као промотивне снаге у скоро свим државама - чланицама Европске уније. Иако немоћни да увек избегну препреке које им стоје на путу, аналитичари су студиозном анализом и вредновањем резултата здравствене делатности дошли до завидних открића. Њихов закључак јесте да савремени здравствени систем и научна медицина у свим државама - чланицама Европске уније имају третман правог националног богатства и друштвеног престижа и чиме су посејали оптимизам о могућности елиминације опаких болести које нападају савременог човека и његову околину.

Разуђена мрежа здравствених установа и специјализоване здравствене службе, с обзиром да су богатство цивилизације, свакој држави посебно обезбеђују припадајуће место у међуконтиненталној здравственој породици. Без сумње, за њих је људско здравље епицентар, највреднији поклон који је природа могла да подари човеку на неколико деценија, упозоравајући га како да живи и како да се понаша и да, иако је поклон (живот) толико вредан, он не припада само њему. Човек мора бити свестан да за вођење здравог живота постоји доступан простор, и да често, против његове воље, на његов квалитет значајније могу утицати спољашњи фактори, укључујући и јавне политике које га обликују и стављају у контекст са укупним окружењем. Јавне политике у највећој мери моделују оквир понашања и намећу стил живота групе и појединаца у свакој земљи на свету, а не само у државама - чланицама Европске уније. Европска унија је без сумње велика породица. Према релевантним подацима броји 499.673.300 становника[1] и у обавези је да у име свог опстанка води

озбиљну бригу о квалитету њиховог здравља. Према истом извору, бруто друштвени производ (БДП) износи 15.247 милијарди УСА $, или 30.513 УСА $ *per capita*. У њој се 27 држава - чланица званично служе са 24 језика. Историјски је основана Римским уговором из 1957. године. Идеја о њеном оснивању приписана је Винстону Черчилу *(Winston Churchil)*, коју је изнео у свом говору у Цириху 1946. године. Процурела је, до јуче добро чувана вест, да је њено оснивање ипак дело Билдербершке групе из 1954. године[2]. Она је затворени круг од 100-140 моћних људи из целог света који теже укидању нација, увођењу само једног језика, једне цркве, једне владе и сл. Владари из сенке су банкари, медијски магнати, власници великих компанија и моћни политичари. Шеф саветодавне групе је амерички банкар и државник Дејвид Рокфелер, док је кључни члан Хенри Кисинџер, „архитекта" многих ратова, амерички политичар и лауреат Нобела (поделио је са Ле Дук Тоом, министром спољних послова Вијетнама 1973. године)[2], замислите због склапања мира између Вијетнама и Сједињених америчких држава, које ни дан-данас не знају шта им је требао тај рат.

Финансирање здравствене заштите у Европској унији схваћено је као озбиљна намера свих влада њених држава - чланица да, кроз свеобухватне и ригорозне анализе резултата сопствених здравствених система, доносе одговарајуће одлуке и програме ради подршке и промоције здравствене политике битне за функционисање здравства у Европи. Ова идеја је окупила велики број академика, експерта, аналитичара и велики број креатора здравствене политике, академика и практичара који не престају да анализирају трендове у здравству, да иницирају спровођење реформи и да вреднују постигнуте резултате, ослањајући се на искуства из целе Европе. Не занемарујући раније акције, Европска комисија је од 1994. године почела озбиљније да посматра и процењује физичко и ментално стање својих грађана и њихово благостање и да значајније демонстрира официјелну бригу о глобалном здрављу. Уговором из Амстердама, 1997. године, утврђен је Програм комисије[3] о јавном здрављу, где су у фокус стављене политике које решавају здравствена питања и идентификују социјалне детерминанте здравља.

Циљ рада

Напори приликом прикупљања финансијских средстава потребних за здравствену заштиту огледају се у њиховом удруживању за одређено време и у куповини здравствених услуга од стране становништва и увек су скопчани са многим ризицима. У ту сврху већина држава - чланица Европске уније, поред доприноса, користиле су и друге механизме, укључујући јавна плаћања (порези), приватна плаћања (медицинска штедња и плаћања из џепа, директна плаћања за услуге које нису садржане у пакету који закон гарантује корисницима), поделу трошкова (наплата од корисника за услуге које не обухвата кориснички пакет) и неформална плаћања[4]. И поред тога средства су увек била недовољна. Данас многе државе - чланице Европске уније, па и оне најразвијеније, имају хронични дефицит који отвара дискутабилно питање како ће даље функционисати њихова економија и у оквиру ње здравствена служба. С обзиром на тенденције, чини се да Грчка, Италија, Ирска и Португалија, као велике опомене, неће бити усамљени случајеви.

Крајње је време да сви који се баве проблемима здравственог осигурања и здваствене шатите престану са ламентирањем радника током XVII, XVIII или XIX века, помињања њихових болести, повреда и других „излизаних" разлога, а посебно са истицањем огромених Бизмаркових заслуга. Ото фон Бизмарк *(Otto von Bismarc)*, немачки „гвоздени канцелар", јесте 1871. године од 25 држава створио Немачко царство *(Deutchees Reich),* и јесте 1883. године донео Закон о обавезном здравстеном осигурању радника и оснивач је првог модела здравственог осигурања[5]. Историја му то неће заборавити, али је ваљда толико година од тада прошло, да се ствари морају фундаментално мењати. Зар то није потврдила реформа здравственог осигурања из 2010. године, управо у Немачкој.

У вези са британским Беверицовим моделом *(National Health Sevice)*, постоји једна нелогичност. Обухват становништва здравственим осигурањем у Великој Британији је фантастичан, преко 93%. Начин прикупљања средстава и под једнаким условима обезбеђен приступ здравственом осигурању свим становницима (а не само запосленим) битно га разликује од Бизмарковог модела. Ако модел функционише на задовољавајући начин, онда се поставља питање зашто је својевремено премијерка Маргарет Тачер, свим расположивим средствима, покушала да убеди британски Парламент да се по узору на Сједињене Америчке Државе уведе приватно здравствено осигурање. *Iron lady* (и она је гвоздена као Бизмарк) није у томе успела. Међутим, успела је да уведе глобални буџет *(Global budget)*, који су убрзо прихватиле Шведска, Норвешка, Финска и Канада. То је парадигма спровођења у дело давно донесене резолуције „Здравље за све до 2000. године“, донесене још давне 1977. године, у Алма-Ати (Казахстан)[6]. Здравствена заштита у оквиру Европске уније заснивала се на стратегији свеобухватне и стручне здравствене заштите, универзалне доступности и организовања здравства као јединствене и интегрисане делатности која се препушта лекарима и веровању у оптималну примену научних достигнућа. Савремена, врхунска медицина је високо специјализована, издиференцирана и до те мере уздигнута да све остале професије (и грађане) сматра апсолутним аутсајдерима који треба само слепо да верују у моћи њених виртоуза. Иако врхунска, медицина је све више зависна од других делатности, без којих живот у актуелном тренутку не може ни корак даље. Зато медицинска професија у свим државама - чланицама Европске уније своје задатке све више подређује циљевима индустријског система, а глобалне ствари својим личним интересима. Заведена зависношћу од других сектора у великом броју држава - чланица Европске уније, медицинска професија све више занемарује трагање за узроцима који доводе до типичних масовних болести, и све се више, али арогантније, бави лечењем последица које су друштвено условљене. То значи да на њену усмереност и ефективност све већи утицај имају економско политички чиниоци и посебно наглашена материјална димензија. Материјална димензија је велики разлог због којег је развијени део Европске уније дефинитивно постао простор на коме је присутна висока мобилност лекара свих специјалности, а затим и других здравствених кадрова. Развијене државе - чланице постале су и формалнао база здравствене дијаспоре.

Димензије одрживости здравственог система

У оквиру здравственог система у Европској унији који обавља виталне функције социјалне сигурности, Савет Европске уније почиње озбиљније да разматра различите могућности како да ублажи проблеме везане за здравље становништва, како да пресретне финансијске ризике и како да допринесе глобалном друштвеном и економском благостању становништва. У светлу различитих притисака, Савет Европске уније за почетак је артикулисао изазове са којима се суочавају многе њене државе - чланице и истакао потребу да се обезбеди што боља појединачна финансијска одрживост свих здравствених система како не би дошло до угрожавања следећих њихових вредности:

1. универзална покривеност,
2. солидарност у финансирању,
3. једнакост приступа свим видовима здравствене заштите и
4. пружање квалитетних здравствених услуга и медицинске неге[7].

Осим овог захтева циљ је, а и велики изазов, понудити прави одговор на следећа питања: како уредити дизајн здравствене заштите, како решити проблеме финансирања здравственог система и на који начин обезбедити његову сигурност и одрживост? Одрживости здравственог система у Европској унији посматра се двојако, са економског и фискалног аспекта, али су све акције усмерене на финанијски терен да поменути термини не би збунили онога ко недовољно познаје његову суштину, односно економску и фискалну (по-

реска) димензију. Тиме је учињен маневар ради скретања пажње и озбиљног упозорења компилатора здравствене политике да имају у виду да је проблем одрживости здравственог система првенствено економске (финансијска) природе. Није тајна да у последње време у великом броју држава - чланица Европске уније приходи здравственог система нису ни из далека довољни да покрију расходе настале пружањем здравствених услуга, што додатно истиче значај економске одрживости. Економска одрживост је показатељ здравствене потрошње одређене државе и мери се процентуалним учешћем у њеном бруто друштвеном производу (БДП) у току једне фискалне (календарска) године. На пример, у току 2006. године, учешће здравствене потрошње у Финској износило је 7,5%, Аустрији 10%, Немачкој 10,6%, Малти 9,6%, Литванији 6,1% и сл.[8]

Здравствена потрошња у свакој држави економски је одржива до оне тачке до које њен обим не прелази вредност пружених здравствених услуга (продукти у здравству) које је пружила, односно произвела. Када здравствена потрошња превазиђе укупну вредност таквих продуката, тада она прети да угрози друга подручја и да умањи вредност других, такође важних економских делатности. Дакле, повећана здравствена потрошња у таквим условима постаје економски неодржива и јак реметилачки фактор у привреди сваке земље. Закључак је да се пораст здравствене потрошње не манифестује на исти начин у свим државама - чланицама Европске уније. Већа је вероватноћа да ће прдстављати озбиљну претњу другим подручјима привредне активност у економијама држава - чланица Европске уније које стагнирају или опадају, него у економијама које бележе макар најмањи привредни раст. Европска унија, као конгломерат држава, по сваку цену тежи да опстане[9] и, према ставу Комисије за економску политику још из 2006. године, своју економску одрживост заснива на општем консензусу да ће у догледној будућности бруто друштвени производ (БДП) у свим њеним државама - чланицама сигурно бележити пораст који ће бити довољан да се обезбеде издвајања не само за здравствену потрошњу, већ и за друге економске активности.

Фискална одрживост здравственог система традиционално ствара дозу оправдане забринутости јер се ради о специфичном поимању здравствене потрошње, као дела јавне потрошње. Наиме, здравствени систем може бити економски апсолутно одржив, али то не значи да истовремено мора бити и фискално одржив. Ако су јавни приходи у буџету неке државе - чланице недовољни да покрију пројектоване укупне расходе јавне потрошње, то значи да је прибављање потребних буџетских средстава на основу фискуса (порези, таксе, царине и сл.) створило одређене проблеме. Иначе, фискална одрживост здравственог система се постиже само ако је у укупној јавној потрошњи обезбеђено пристојно место у здравственој потрошњи, чији је она коститутивни део. Реч је пре свега о буџетској снази, односно о апропријацијама које усмеравају довољна или недовољна средства за потребе како здравствене заштите тако и других области од виталног економског интереса. Проблем фискалне одрживости решава се углавном преко три уобичајена приступа:

1. кроз повећање јавних прихода до оне тачке на којој обавезе здравственог система могу бити сервисиране,
2. умањивањем обима обавеза и њихово пројектовање до оне тачке на којој могу бити покривене из постојећих (или пројектовани) прихода и
3. конверзијом одговарајућих ресурса у опипљиве вредности ради побољшања капацитета здравственог система[10].

Напори за повећање јавних прихода могу бити праћени техничким препрекама, као што су институционални капацитети, функционисање тржишта, као и политичке препреке попут неспремности једног дела становништва да субвенционише другим корисницима једнак приступ здравственој заштити. Смањена покривеност обавеза здравственог система могла би да помогне обезбеђивању фискалне одрживости, с тим што би аутоматски биле нападнуте претходно наведене вредности које је утврдио Савет Европске уније. Такође се мо-

ра рачунати да приватно финансирање здравствене заштите може да погорша проблеме економске одрживости због мање вредности новца који је приватно тржиште у стању да обезбеди *vis-a-vis* у јавном систему. Здравствени системи који су способни да генеришу вредности могу се фокусирати на реформисање пружања услуга и њихово финансирање. Експерти који се баве овим проблемима сматрају да побољшање вредности здравља кроз финансирање дизајна здравственог система у принципу представља стални напор да се обезбеди одрживост здравственог система. Треба напоменути да је проблем фискалне одрживости првенствено политички проблем, односно проблем који се односи на нешто што је у литератури названо „политичка економија размене“[11].

Прикупљање средстава

Револуционарна промена у финансирању здравствене заштите у државама - чланицама Европске уније настала је у раним 90-им, када је допринос за социјално осигурање постао скоро доминантан механизам прикупљања финансијских средстава. Од 1996. године јавни расходи за здравствено осигурање доминирају као део укупне потрошње у многим државама - чланицама (изузетак је Кипар који је бележио не нарочито велики пад). Томе у великој мери доприноси и приватна потрошња која значајно генерише директна плаћања и бележи пораст укупних трошкова здравствене заштите, али он није алармантан, јер чини мање од трећине укупне потрошње у већини држава - чланица. Истина, здравствена потрошња из године у годину у већини држава - чланица Европске уније бележи пораст, али треба истаћи да он ни у једном случају још увек не прелази годишње пет одсто бруто друштвеног производа (БДП). Према извештају Светске здравствене организације (СЗО)[12], здравствена потрошња, на пример у Португалији, у 1996. години, износила је 8,6% бруто друштвеног производа (БДП), да би у 2005. години порасла на 10,2%, што је један од највећих скокова у Европској унији, раван оном у Аустрији, а нижи само од Француске и Немачке. У истом периоду укупна јавна потрошња је порасла са 67,5 на 72,7%. Укупни расходи за здравство, као део бруто друштвеног производа (БДП), и у Италији бележе пораст са 7,3% у 1996. години, на 8,8% у 2005. години, док је удео здравствене потрошње у укупној јавној потрошњи порастао са 71,5% у 1996. години, на 75,8% у 2005. години. У Луксембургу је здравствена потрошња током 1996. године учествовала у бруто друштвеном производу (БДП) са 5,7%, да би у 2005. години то учешће износило чак 8,1%. Међутим, учешће здравствене заштите током посматране децније бележи пад у укупној јавној потрошњи са 92,8 на 90,8%. Укупни расходи за здравствену заштиту на Малти, као део бруто друштвеног производа (БДП), импозантно су порасли од 1996. до 2005. године, са 6,8 на 9,6%, као и здравствена потрошња у укупној јавној потрошњи која је скочила са 70,7% у 1996. години, на 78,1% у 2005. години. Бруто друштвени производ (БДП) Летоније био је оптерећен финансирањем здравствене заштите са 6,1% у 1996. години, односно са 7,1% у 2005. години. У овој релативно младој чланици Европске уније, за посматрани период, здравствена потрошња је забележила приметан пад у укупној јавној потрошњи и то са 57,8 на 52,6%. Коначно и Холандија бележи повећано учешће здравствене заштите у бруто друштвеном производу (БДП) и то са 8,2% у 1996. години, на 8,9% у 2005. години. На другој страни, учешће здравствене потрошње у укупној јавној потрошњи пало је са 67,8 на 62,3% у посматраном периоду.

Поред држава - чланица Европске уније, које су наведенене без посебне претензије, има и оних које бележе стабилано учешће здравствене потрошње у бруто друштвеном производу (БДП), на пример, Аустрија, Данска и Кипар, док Финска бележи незнатан пад учешћа са 7,6 на 7,5% у истом периоду.

Удруживање средстава и њихов карактер

Сакупљање средстава која се користе за покривање трошкова здравствене заштите омо-

гуђено је обавезном уплатом доприноса од стране оних којима она у датом тренутку јесте и није потребна. То би се могло назвати суштинским прикупљањем финансијских средстава јер је у једном делу реч о субвенционисању здравствене заштите од стране здравих у корист болесних. Прибављена средства имају строгу намену и користе се као подршка сиромашнијим регионима, оним са мањим пореским основицама, и као надокнада за недостајућа средства сиромашнијим или угроженијим осигураницима чије је здравље на неки начин угрожено. Тиме је искључен сваки облик конкуренције како код удруживања средстава тако и код продаје/куповине здравствених услуга. У већини држава - чланица Европске уније укупна јавно прикупљена средстава су обједињена на националном нивоу у један *pool,* с тим што се он у многим државама не користи на одговарајући начин. Прво, томе прибегавају државе у којима се и даље за здравствену заштиту користе локални порези (Велика Британија), а затим и оне у којима су приватни здравственим фондови одговорни за прикупљање сопствених доприноса за социјално осигурање (Француска). Француски систем се са много аспеката сматра скоро идеалним и сигурно је водећи у Европској унији. Ако се упореди здравље њене популације са здрављем америчке популације долази се до сазнања да су француска 62 милиона становника здравија од петоструко бројнијих америчких становника. Француско здравство је такав степен здравља обезбедило својим корисницима са упола мањим издвајањима за здравствену заштиту по глави становника од америчког. Многи тај успех приписују срећном *мixu* јавног и приватног финансирања. За разлику од америчких, сваком француском грађанину, посредством Националног фонда у који доприносе уплаћују запослени и послодавци, обезбеђен је приступ основној здравственој заштити. Онима који су без посла и не могу сами себи да обезбеде такав ниво здравствене сигурности, француска влада се побринула да то могу добити преко запосленог члана своје породице. На како је високом нивоу издигнут интерес за квалитетним здрављем најбоље говори податак да близу 90% француских становника уплаћује премије допунског добровољног (приватно) осигурања. Кључ успеха француског здравственог система јесте што у њему пацијент својевољно врши избор лекара и контролише процедуру у медицинском одлучивању а поступак је исти као и у Сједињеним Амерички Државама. Разлика је, међутим, у томе што се то у Француској чини са 3.500 УСА $ по глави становника, док Сједињене Америчке Државе за исте процедуре издвајају скоро дупло више 6.100 УСА $. Учешће здравствене потрошње у бруто друштвеном производу (БДП) у Сједињеним Америчким Државама је близу 17%, док је у Француској 10,7%, с тим што су зараде француских лекара око 30% од онога што зарађују њихове америчке колеге.

Грађани Европске уније никада нису живели тако дуго као данас. Али и те како постоји потреба да се избегне и спречи ниво морбидитета и морталитета и да се додатно коригују још увек присутне разлике међу житељима њених дражава - чланица. Но, живот је један велики парадокс. Док се на једној страни суочавамо са буквалним нестајањем на десетине хиљада деце која никада нису сазнала шта је оброк, на другој страни се становници читаве Европске уније упињу да унапреде начин исхране и промовишу здрав стил живота њеним умереним конзумирањем. У последња три месеца, пред очима целог света, у Сомалији је више од 29.000 деце млађе од пет година умрло од глади. Ненси Линдборг из владе Сједињених Америчких Држава изјавила је, а *Press online* је пренео, исход хуманитарне катастрофе, и да је та процена извршена на основу истраге о исхрани и смртности које је проверио Амерички центар за контролу и превенцију болести[13]. ,'Да, мрс. Линдборг, деца умиру од глади, то је страшна људска небрига, а у Европској унији и Сједињеним Америчким Државама изобиље, опијати и гојазност лагано убијају милионе Европљана и Американаца. Не заборавите, круг се кад-тад мора затворити.''

То су напокон схватили у Европском савету који је апеловао на Комисију да допринесе да се нездрава исхрана и недостатак физичке активности, као водећи узроци болести и пре-

ране смрти у Европи, предупреде и да се преферира конзумирање здраве хране. Истовремено је објављена Зелена књига о европској димензији за промоцију здраве исхране и физичке активности за превенцију гојазности и хроничних болести. На инсистирање Светске здравствене организације, подигнуте су друштвене детерминанте здравља, што би требало да буде од кључног значаја за разумевање његових социјалних квалитета и за смањење неједнакости у здравственом развоју. Сиромаштво и низак квалитет здравља су у тесној корелацији, која ће наставити и даље да живи ако се не искорене социјалне неједнакости, што је тренутно највећи изазов држава - чланица Европске уније[14]. Потирање друштвених неједнакости захтева јавну акцију на свим нивоима управљања, и директно суочавање са веома проблематичном детерминантом глобалног здравља. То је централно европско питање које мора да има озбиљан третман у свим јавним политикама, с обзиром да су све оне у непосредној вези са здрављем становништва и у сваком контексту заслужују одређену пажњу.

Карактеристике модела здравственог осигурања

Бизмарков модел здравственог осигурања успоставио је законодавни ред у подручјима која се баве проблемом заштите људског здравља и извршио је велики утицај на развој здравственог осигурања у већем делу Европе. Тако је после Немачке и Аустрија, 1887. године, први пут донела Закон о обавезном здравственом осигурању, Норвешка је то учинила 1902. године, а Велика Британија 1910. године. По овом моделу доприносе за осигурање од ризика плаћају сви који остварују доходак, послодавци и запослени и, по правилу, у једнаком износу. Осигуравајући фондови у које се сливају финансијска средства одређују стопе доприноса за здравствено осигурање, опредељују права осигураних особа у односу на здравствене услуге и утврђују новчане токове[15]. Бизмарков модел финансирања здравственог осигурања примењују државе - чланице Европске уније (Словенија, Аустрија, Белгија, Француска, Немачка, Луксембург), као и државе које то нису (Швајцарска, Република Србија). Будући да се његови стубови одавно и значајно клате, то је уплашило дисциплиноване Немце који масовно уплаћују премије за приватно (добровољно) здравствено осигурање. То чине и Аустријанци и становници Бенелукса. Један од разлога због којих је управо у Немачкој уследила реформа јесте модификација Бизмарковог модела.

Посланици демохришћанске и либералне странке су *per vota mayora* у немачком Бундестагу, 12. новембра 2010. године, 306 „за“ и 253 „против“, усвојили нови Закон о финансирању здравственог осигурања. Њиме је утврђена нова (већа) стопа доприноса за здравствено осигурање од 15,5%, уместо досадашње 14,9%, чија је примена почела од 1. јануара 2011. године. Сви запослени су дужни да у фонд здравствене заштите уплаћују 8,2%, а послодавци 7,3% од своје бруто зараде. Повећане трошкове мораће убудуће да подмирују сами осигураници, јер је стопа за послодавце фиксна и неће се повећавати. Подмиривање повећаних трошкова пре реформе износило је само 1% од зараде, а у будуће таквих ограничења неће бити. Но, претпоставља се да ће евентуална поскупљења бити подношљива и да неће бити потребно да ико од своје зараде издваја више од 2%.

С обзиром на милијарде еура дефицита здравствених осигурања и оштрих критика опозиције, савезни министар здравства у влади Немачке, Филип Реслер, уверен је да ће спроведена реформа решити проблеме у току 2011. године, и да она представља прелазак на праведнији и бољи систем. Опозиција мисли супротно, да се реформом ствара нова класа која ће директно плаћати здравствене услуге и да ће имати бољи третман него раније. За њу овај систем представља копију приватних осигурања и процене су да реформа може само краткорочно да се одржи, односно само колико је потребно да се преброди очекивани дефицит у 2011. години. И неутрални стручњаци сматрају да ће, ако се усвојени закон не измени, трошкови у здравству дугорочно расти. Становништво Немачке

је из године у годину све старије и трошиће више здравствених средстава, због чега је донесени закон дугорочно неодржив[16]. Ако у Немачкој, правој економској сили, са 82 милиона становника и, по многим проценама, осовини Европске уније, ствари не стоје најбоље, каква судбина чека грађане других европских држава и чему се они могу надати?

Енглески лорд Виљем Хенри Бевериџ *(William Henry Beveridge)*, критичким ставом према Бизмарковом моделу[17], иницирo је успостављање другачијег модела финансирања социјалног система и у оквиру њега здравственог осигурања. На основу његовог извештаја дошло је до формирања Британске националне здравствене службе *(National Health Service)*. Њену верификацију извршила је прва послератна влада Лабуриста (1945-1951), на основу закона из 1948. године[18], закључком да је финансирање здравственог осигурања путем пореза ефикаснији начин. Уместо доприноса, премија и субвенција, основни извор за финансирање сигурности енглеских грађана постају порези, односно државни буџет за једну фискалну годину, а здравствени фондови који су изгубили функцију престају да постоје. Држављанство је пресудан услов за стицање права на здравствено осигурање.

Ово је право место да се направи здравствена паралела између Европске уније и Сједињених Америчких Држава. „За оне који могу да плате, Сједињене Америчке Државе обезбеђују највиши квалитет медицинске неге, каква не постоји нигде у свету. Они који не могу да плате, не пролазе нимало добро“[19]. Вилиамсон је овим цитатом намеравао да истакне суштину, квалитет и друштвене функције укупног здравственог система који функционише на територији Сједињених Америчких Држава. Међутим, овим цитатом (можда несвесно) заобилази човека, обичног човека који, ако нема, мора да сачека ред код Светог Петра. У америчком здравству не постоји посебна национална здравствена служба која би се бавила мрежом здравствених капацитета и квалитетом здравствених услуга које се пружају у свим видовима здравствене заштите. Такође не постоји дизајниран систем здравственог осигурања који би обухватио становништво, покрио расходе здравствених услуга и трошкове лекова. Грађани Сједињених Америчких Држава здравствене услуге углавном плаћају из сопственог џепа. Скоро све здравствене службе су у приватном поседу, са изузетком неких врста независних болница чији су оснивачи каритативне организације или држава, које послују на непрофитном принципу. Поређења ради, много је више оних у приватном власништву које раде на профитној основи као и друге привредне организације или компаније.

Фасцинира мера у којој светски жандарм број један нема слуха за људско здравље. То одсуство слуха је разлог зашто су разни истраживачи врло рано одлучили да идентификују праве разлоге заостајања америчког становништва у области здравствене заштите за другим популацијама, првенствено европским. Смит-Абел, не узимајући у обзир специфичност друштвеног развоја Сједињених Америчких Држава, на следећи начин је прокоментарисао основне недостатке у развоју здравства. Наиме, америчко бело становништво било је оптерећено присуством обојених и емиграната који су на разне начине улазили на простор Сједињених Америчких Држава и само увећавали најсиромашнији друштвени слој. Њихови проблеми нису занимали беле Американце који нису имали воље да их идентификују и да их учине јавним. Други разлог изостајања конкретне бриге за здравственим системом су велике површине слободне земље које су сиромашни слојеви запосели не чекајући да им ненаклоњени белци решавају важна животна питање. За разлику од многих европских држава, индустријализација на америчком тлу је знатно каснила. Тако је и концентрација становништва у градовима закаснео процес, због кога је изостало насилно наметање проблема здравствене заштите од стране запослених радника. Није било организованог радничког покрета који би се изборио са пословдацима око решавања сигурности и социјалног обезбеђења радника, јер су се синдикати бавили преговорима око радног времена, услова рада и надница. Професионално здравствено особље је имало веома јак фронт за одбрану монопола и лако је успело да се одупре сваком покушају

оснивања обавезног социјалног (здравствено) осигурања или националне здравствене службе. Традиционални адут максимално приватне иницијативе - минимална улога државе[20], донео им је превагу у тој борби.

Крај 2009. године обележиле су живе политичке расправе америчких конгресмена око тога да ли председник Барак Хусеин Обама намерава да увођењем обавезног здравственог осигурања Американцима уведе социјализам. Али, ко познаје прилике у америчком здравству, сведок је да је сваки председник Сједињених Америчких Држава, од 1952. године до данас (укупно њих 15), истицао потребу спровођења здравствене реформе као „централног питања будућности и преломне тачке" у хуманом развоју америчког друштва. Више не вреди подсећати да су жеље свих председника у последњих сто година остале неостварене. А онда на сцену ступа Сорошов кандидат[21], изјавом: „…да је време препирки и игара завршено и да је време за акцију... ја нисам први председник који се прихватио овог задатка, али сам одлучио да будем последњи. Земља у којој сваки шести становник нема осигурање (таквих је 47 милиона), а тек сваки трећи има само повремено, једина је напредна демократија и једина богата нација која допушта такве тешкоће за милионе својих људи"[22]. Овај коментар председника Сједињених Америчких Држава је најава за понедељак, 20. март 2010. године, који представља дан његове историјске победе. Након девет месеци оштре политичке борбе на Капитол Хилу и вишечасовне, често на граници политичке пристојности, бурне раправе, Закон о реформи здравствене заштите, одобрен у Сенату 2009. године, усвојен је са 219 гласова „за" и 212 гласова „против".

Усвајање за многе најзначајнијег закона у области социјалне политике истовремено је и највећа победа једног америчког председника у тој области у последњих сто година. „Још 32 милиона Американаца ће имати приступ здравственој заштити, пореским обвезницима ће бити уштеђена 1,3 милијарде УСА $ долара, осигуравајуће компаније неће моћи да се испрече између пацијената и њихових лекара", изјавила је том приликом видно узбуђена председница Представничког дома Ненси Пелоси. Она сматра да ће усвојене мере обезбедити здравију и фискално стабилнију будућност. „Победити у овој борби значи направити огроман корак ка промени целог система здравствене заштите", нагласио је активиста за људска права Џеси Џексон. Једна од кључних тачака реформе јесте што осигуравајуће компаније неће више имати могућности да ускраћују осигурање људима због постојећег здравственог стања. Процењује се да би трошкови реформе до 2020. године могли достићи око 950 милијарди УСА $. Узимајући у обзир садашње економске прилике у Сједињеним Америчким Државама, судбина реформе је врло дискутабилна.

Медицинска професија и њена мобилност

Експерти за питања у вези са медицинском професијом (Матијас Висмар, Жил Дисо, Хајнц Јоахим Сајтц и др.), износе заједнички став да би у блиској будућности требало озбиљније пратити развој медицинске професије у државама - чланицама Европске уније како би се додатно упознали са проблемима у глобалној здравственој политици. То је неопходно ради обезбеђивања лакше, а самим тим и обимније, размене постојећих и планирања будућих кадрова, као и упознавање са методама које неке земље користе и ефектно решавају присутне недоумице. То подразумева контролу при упису нових студената медицине, одређивање потребног броја специјалиста и разрешење проблема око запошљавања лекара свих профила у места на перифирији. Деценијама уназад се сакривају, али невешто, познати разлози да се у развијеним државама - чланицама Европске уније врло мало припадника младе генерације одлучују за студије медицине. Она им изгледа тешка, затворена, национално хетерогена (то многима смета), скупа, многи кажу и захтевна. Изнад свега дуго траје и младост се завршава тамо где је и почела - у школској клупи. Државе, имајући проблем у виду, усмерене су у тражењу решења и играју на карту велике мобилности. Чим се појави проблем, примењују

стратегију увоза већ готових стручњака. Тада нема породице (Европска унија), постоје само шићарџије које завршавају своје послове без обзира на штету коју наносе другима.

Профил мобилности медицинске радне снаге је прилично тешко објаснити, јер га карактерише двострука тендеција, она у оквиру Европске уније и она према Европској унији. Да би обе биле јасне, треба поћи од чињенице да лекари одлазе у суседне земље, на пример, из Аустрије у Немачку, из Белгије у Холандију, из Белгије у Немачку, из Немачке у Француску, или из Естоније у Финску. При томе треба истаћи да ова селидба није последица мањих зарада од оних у изабраној земљи, напротив, оне су исте или приближне и нису основни мотив мобилности, али добијање жељене специјализације, напредовање у каријери, радни амбијент, близина изабране земље матичној земљи и сл., јесу основни мотив. Друго, независно од тога колико је удаљена изабрана држава, лекари се селе од југа ка Северу (из Италије у Велику Британију, из Шпаније у Француску, из Португалије у Немачку, Шведску и посебно задњих година у Норвешку, односно из Литваније, Летоније, Румуније у Немачку, Француску и сл.). У овом случају основни разлог одласка је зарада, затим услови рада, док се о каријери и стручном усавршавању макар у почетку размишља врло мало. Европска унија је изменила медицинску популациону слику тим пре што је све више лекара из мање развијених држава - чланица Европске уније увек спремно да попуни празнину у некој развијенијој држави - чланици. Приметно је неколико година уназад да на пример Велика Британија све мање упошљава лекаре са Истока (Кореја, Пакистан, Индија и сл.). Али и ту се проблем не завршава.

Постоје државе - чланице Европске уније које једноставно нису из различитих разлога довољно добра дестинација за долазак медицинске професије. Једноставно су затечене чињеницом да људи у њих нерадо долазе. То је случај Словеније, која је уласком у Европску унију гајила наду да ће због заиста фантастичних услова у којима функционише њен здравствени систем (модерна опрема, европске зараде, мали број осигураника, велике шансе за специјализирањем и напредовањем), лекари из других држава - чланица Европске уније радо долазити, али се све завршило само на надањима. Слично се догодило Финској и Шведској. И поред поменутих неуспеха, многи здравствени системи се и даље у највећој мери ослањају на радну снагу из иностранства, било са ширег европског простора, простора који покривају државе - чланице, или на ону из Азије и Јужне Америке. Поред ових токова мобилности, у Европи постоји уверење да сви лекари који су променили државу због два наведена разлога, на крају би најпре завршили у Сједињеним Америчким Државама или Канади. Према подацима Светске здравствене организације, Сједињене Америчке Државе, Канада и Аустралија, представљају огромна тржишта са великим потребама. Врата су отворена и тамо се може запослити велики број представника медицинске професије, не само лекари, већ и техничари, сестре, лаборанате и слично, из разних европских земаља.

Groso modo на снази је велика миграција медицинске професије коју воде уклети путеви новца. Дакле, зашто отићи својих интереса ради, не осврћући се на потребе својих дојучерашњих пацијената (*све за пацијента* - прекрижано), на проблеме који остају, јер се са њима могу сретати управо њихови најближи? Матијас Висмар је тај проблем назвао осипање (употребио је благу реч): „...како спречити људе да одлазе да раде у другој професији, у неком другом сектору... образовни систем често пружа образовање погрешним људима. У многим земљама је присутан проблем старије радне снаге и очекује се велики пораст броја пензионера у европским државама. Али у многим европским земљама нема замене за оне који ће напустити радна места у наредних десет година“[23]. Ова констатација је само делимично прихватљива. Устаљена је пракса да неразвијене земље уписују прекобројне студенте медицине, скоро до нивоа хиперпродукције, и многи од њих ће кренути тамо где могу остварити своје снове. Осим тога, и сам обим мобилности варира, и то у великој мери. Кретање медицинске професије биће у оним правцима у којима се буде нудио

већи новац и већа могућност каријерног и стручног скока. Није искључено да ће кадрови у Европу опет долазити управо из Европе, можда из Азије и Јужне Америке, али и из Африке. На крају, постављају се питања: колико се у таквим условима може рачунати на стручност, на борбу са све агресивнијим болестима, са заостајањем медицине у односу на поремећаје које трпи људско здравље и која је то зона сигурности у којој су пацијенти безбедни. Илузорно би било очекивати да Европска унија постане, и после свега, обећани простор или реплика давно нестале државе благостања. Међутим, несрећа је што многи у њој заиста виде највише државу благостања, иако се може навести низ чињеница које говоре потпуно супротно. Просто не постоје утемељења да им се жеље могу остварити. У то име подсетимо се на две познате чињенице које је изнео представник Франкфуртске школе научне мисли, Клаус Оф. Прва је: „... када су у питању најбогатије државе на свету које експлицитно и без изузетака обавезују себе да као битном циљу теже општем благостању“, и друга, „да све развијне земље својим структуралним механизмима креирају ендемске (домаће) системске проблеме и широку скалу необезбеђених потреба људи, независно од њиховог степена“[24].

Закључак

Утицај европске политике на детермисање здравља је дуго времена био недовољан, с тим што су све претпоставке ишле у том правцу да ће тај утицај у најскорије време бити много већи. Многе од њих су се обистиниле и већ се показује да су европске политике утицале на национални и европски простор, на обим политике за заштиту и унапређење здравља, на механизме једнакости, на унакрсно субвенционисање трошкова и на децентрализацију здравствених система. Ангажовање свих политика у вези са питањима здравља укључује још један елемент, а то је здравствени систем. „Здравствени систем“ је термин који се често, али исправно, користи као институционални израз здравствене политике, чиме се покривају не само јавнездравствене мере, попут превенције и промоције здравствене заштите, већ и мере у смислу бољег организовања особља и финансирања здравствених услуга. Будући да се здравствени систем посматра као савремени склоп у коме све његове компоненте беспрекорно функционишу, треба нагласити да се као такав зачео и обликовао под утицајем програма убрзане индустријализације. Њени програми су дубоко укоренили очекивања да ће њен већи степен развоја директно допринети здравственој експанзији, што се догодило пред крај XX века, када здравствени системи у многим земљама бележе прави развојни *boom*. Са развојем друштвено-економског бића Европске уније, развила се потреба за формирањем органа и тела која су постепено преузимала компетенције да уређују битне области које су им припале формирањем (Савет, комисије, Суд правде, влада, парламент и сл.).

Између много одржаних конференција, ни на једној се није тако озбиљно дискутовало о кључним питањима јавног здравља као у Амстердаму 1997. године. Посебно је вредновано значај политика које обезбеђују висок ниво здравствене заштите, при чему је превентива по ко зна који пут истакнута као највећи приоритет. Када смо код приоритета, поменимо да су ту ствари прилично нејасне, без обзира што помињање термина подразумева нешто изванредно важно. Дакле, ако се одређена питања и задаци планирају на бази приоритета, то значи да је у питању само идеја да се успостави некакав поредак у степенима онога што треба уређивати. На пример, приоритет се може успоставити када се каже: „...ублажите прво ово, а када то завршите, пређите на ово друго и све тако док траје могућност градирања задатака по важности...“[25]. То може бити, а најчешће и јесте, на траци попис поређаних циљева и задатака или најобичнија листа жеља. Рачунајући на то, поставља се питање да ли је приоритет правилно идентификован, да ли реално објашњава потребе, да ли је услов за доношење одлука и да ли се и у којој мери поистовећује са хитношћу. Може се са њом поистовећивати, међутим разлика ипак постоји. Хитност, ма како је посма-

трали, степен је изнад приоритета, ако ни због чега другог, а оно због његове продужене, моралне димензије.

Било је озбиљнијих осврта и на карактер рада, на бирократију у здравству, о којој је као о нечему од чега нема спаса давно писао такав геније попут Вебера *(Karl Emil Maximilian „Max" Weber)*[26]. Европска унија уместо да преузме део одговорности за решавање планетарних питања, она се бави проблемима своје периферије, економијом Грчке, Ирске, Португалаије и сл. Значи ли то да ове земље, и поред тога што су у економском колапсу, с обзиром да су у њеном наручју, могу свом грађанству приуштити врхунску здравствену заштиту. Шта је са осталима, и да ли то они нису по укусу политичких кројача Европске уније, која често игра лукаву игру, игру на увек сигурну комбинацију.

Литература

1. Радић И.: Водич кроз придруживање Европској унији. Едиција: Водичи, ИСАК фонд, центар за међународне и безбедносне послове, уз подршку Савезне Републике Немачке и амбасаде Немачке у Београду, Београд, 2007, стр. 29.
2. Deutsche Welle: Билдербершка група ,, владари из сенке? Среда, 8 јун 2011. године.
3. Јосимовић О.: Осигурање и здравствено осигирање. Мегатренд, Београд, 2005, стр. 66-68.
4. Kutzin J.: A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 2001, 56(3): 171–203.
5. Тотић И.: Правноекономски аспекти развоја здравственог система. Правни факултет, Крагујевац, 2001, стр. 218.
6. Saltman RB, Busse R, Figueras J: Social health insurance systems in Western Eurpe. Berkshire/New York: Open University Press/McGraw-Hill, 2004, p. 174.
7. Акциони програм Заједнице у области здравља (2007-2013). П6ТА 0093. У Бриселу, Европски парламент, Савет Европске уније, 2006. године.
8. Светска здравствена организација (СЗО), Копенхаген, 2007. године.
9. Jacobs R, Godarrd M: Trade-offs in social health insurance systems. International Journal of Social Economics Nov. 2002; 11: p. 861–875.
10. Tompson S, Foubister T, Messialos E, Koivusalo M: Finansin Health care in European Union - Challenges and policy responses. Observatory Studies Series No 17, World Health Organization (WTO), 2009, p. 5.
11. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF: US health care spending in an international context. Health Affairs, 2004, 23 (3):10–25
12. World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfi gsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.
13. Press online, понедељак, 5. август 2011. године.
14. Koviusalo M: Moving higer up the European agenda. Helath in All Policies - prospects and pothentials. Ministry of Social and Affairs Health, Finland, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, p. 21.
15. Менке Р. и сарадници: Извештај о социо-економским разликама у здравственим индикаторима у Европи. Билефелд, Немачка, Институт за јавно здравље, 2003, стр. 23.
16. Вести, Реформа здравства у Немачкој, петак 12. новембар 2010. године. (Аутор: Борис Рабреновић).
17. Раичевић Б.: Јавне финансије. Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду, 2008, стр. 290.
18. Ружица Мирослав: Социјална политика ,, критика теоријских основа. Виша школа за социјалне раднике, Београд, 1985, стр. 113.
19. Williamson JB: Strategies Against Poverty in America. John Wiley and Sons, New York, 1975, p. 45-77.
20. Smith B: History of Medical Care. In: Comparativive Development in Social Welfare (ed) EW Martin, G Alenand Unwin, London, 1972, p. 219-240.
21. The Guardian: Билдербершка група најавила нови светски рат. Извор: SEEbiz, петак, 29 јул 2011. године. http://www.gdeinvestirati.com/ostale-teme/politika-i-drustvo/svet/5217-the-guardian-bilderberska-grupa-najavila-novi-svetski-
22. Тотић И., Марић-Крејовић С.: Финансирање здравственог осигурања и здравствене заштите. Медицински гласник, Чигота, Златибор, 2010, стр. 33.
23. Висмар М.: На крају сви оду у САД или Канаду. Прва конференција српске медицинске дијаспоре од 2-4. септембра 2010. године, Гласник, Лекарска комора Србије, Београд, 6/2010, стр. 24-30.
24. Offe C: Advanced Capitalism and the Welfare State. journal: Politics and Society Vol. 2. No 4/1972, p. 479-488.
25. Доувер Н.: Светско сиромаштво. (У: Сингер П., Увод у етику, издавачка књижарница Зорана Стојановића, Сремски Карловци-Нови Сад, 2004, стр. 399.
26. Wilensky H, Lebeaux Ch: Industrial Society and Social Welfre. The Free Press, New York, 1965, p. 34-35.

Контакт: Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, Депртман за право и департман за економију, Нови Пазар, mail:ibrahimtotic@yahoo.com

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 616.857-085.851

Неуролингвистички принцип позитивне интенције у лечењу мигрена – приказ случаја

Лелица Тодоровић[1]

Neurolinguistic Principle of Positive Intention in the Treatment of Migraine Headaches

Lelica Todorović

Сажетак: *Неуролингвистичко програмирање (НЛП) је нашло своју примену и у психотерапији, а посебно у лечењу психосоматских болести. НЛП принцип позитивне интенције полази од тога да иза сваког понашања стоји субјективно позитивна интенција или намера. Темељна претпоставка на којој почива тај принцип гласи да су системи (нарочито самоорганизовани и „кибернетски“ системи) усмерени ка прилагођавању. Човек се у НЛП посматра као један такав систем. Могли би смо рећи да у већини случајева особа има позитивну интенцију само за део система којег је свесна и са којим се поистовећује. Велики допринос НЛП јесте откриће да се проширењем модела света особе и додавањем нових алтернатива особи омогућава да направи мудрији и здравији избор за остварење исте позитивне интенције. НЛП техника Преуоквиравање у 6 корака, експериментисањем са новим опцијама и њиховим усвајањем, доводи до губитка психосоматских симптома. Уместо болног и непријатног понашања особа усваја нове опције за остварење исте позитивне намере. Л. Т., 43 године, високо образована, мајка двоје деце. Имала је повремене главобоље 26 година. Последњих 18 година су биле углавном мигренозног типа. Интервенција помоћу технике Преуоквиравање у 6 корака урађена је пре више од четири године од публиковања овог рада. У том периоду имала је само један напад мигрене блажег интензитета.*

Summary: *Neuro-linguistic Programming (NLP) found its application in psychotherapy as well, particularly in the treatment of psychosomatic disorders. Basis for the NLP Positive Intention Principles is that behind any behavior there is a subjectively positive intention. Baseline assumption upon which the principle is based states that all systems (particularly self-organized and “cybernetic” systems) are directed towards adjustment. In the NLP framework, a person is considered as such system. It could be said that in majority of the cases a person has positive intention only for part of the system he/she is aware of and which the person identifies with. Great contribution of NLP is the discovery that expansion of the person’s model of the world and adding new alternatives enable the person to make a wiser and healthier choice for realization of the same positive intention. NLP technique, Six Steps Reframing, leads to the loss of psychosomatic symptoms through experimenting with new options and adopting such options. Instead of painful and unpleasant behavior, a person adopts new options for realization of the same positive intention. LT, 43 years of age, is a college educated mother of two children. She has had occasional headaches for 26 years. For the last 18 years, those headaches mostly included different types of migraines. Intervention using the Six Steps Reframing Technique was done more than 4 years before publishing this work. During that period, she experienced only one moderate migraine attack.*

1 Проф. др мед. сц. Лелица Тодоровић, професор струковних студија, специјалиста интерне медицине, тренер неуролингвистичког програмирања (НЛП), Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

Кључне речи: *НЛП, принцип позитивне интенције, мигрена, преуоквиравање у 6 корака.*

Key words: *NLP, positive intention principle, migraine, six steps reframing.*

Увод

Неуролингвистичко програмирање (НЛП) је нашло своју примену и у психотерапији, а посебно у лечењу психосоматских болести и посттрауматског стресног синдрома. Неуролингвистичка психотерапија (НЛПт) се развила у оквиру развоја целокупног НЛП модела и интегрише:

- Јединствено системско размишљање и деловање, уз велико уважавање екологије Gregory Batesona,
- „Unified field theory" НЛП-а према Robertu Diltsu[1],
- Основу утилизације и кооперације у хипнотерапији Miltona Eriksona,
- Посебан облик рада са унутрашњим деловима личности Fritza Perlsa
- Развојно-здравствено оријентисан приступ породичној терапији Virginije Satir (укључујући реконструкцију породице као важан облик интервенције).

НЛПт наставља свој развој и развија нове технике користећи најновије резултате истраживања квантне физике, биологије, системских наука и конструктивизма. Такође, укључује и концепт вишегенерацијске перспективе према I. Boszormenyi-Nagy, B. Hellinger и J. Framo, као и његов даљи развој[2].

Принцип позитивне интенције

НЛП принцип позитивне интенције полази од тога да иза сваког понашања стоји субјективно позитивна интенција или намера. Темељна претпоставка на којој почива тај принцип гласи да су системи (нарочито самоорганизовани и „кибернетски" системи) усмерени ка прилагођавању[2]. Човек се у НЛП посматра као један такав систем. Полази се од тога да сва понашања, укључујући и телесне симптоме, служе некој сврси, тј. постизању одређеног исхода ради прилагођавања, тј. уравнотежавања и опстанка система. Понашање, тј. симптом, схвата се као покушај решења, тј. постизања тог исхода. Избор понашања, као и сам исход, нису увек доступни свести и понекад је понашање потпуно супротно од интенције због које се то понашање и започиње. Наизглед парадоксални однос између позитивне интенције и понашања (симптома) који из тога произлази лежи у прошлим догађајима и моделу света у коме се тај однос и створио. Уколико би се унутар оквира човековог модела света појавила алтернатива која боље одговара, систем човека би је прихватио. Или, уколико би се човеков модел света променио у неким сегментима, човек би добио нове опције понашања за остварење позитивне интенције и могао би неку од њих да изабере и интегрише уместо симптома.

Понекад неко понашање или симптом могу да послуже већем броју позитивних интенција[3]. Такве ситуације су комплексније за решавање и потребно је решавати их корак по корак. У свим случајевима неопходно је открити позитивну интенцију у дубинској структури чији је површински одраз симптом. Позитивна интенција се никако не сме занемарити већ јој се мора придати значај, а затим наћи алтернативна, особи прихватљива решења за њено остварење. Уколико се позитивна сврха не идентификује и не анализира на прави начин, јавиће се отпор пацијента и може се догодити да се симптом интензивира или чак да се појаве нови.

У неким ситуацијама позитивне функције симптома нису део почетних околности, већ се касније претварају у „секундарне добити". Пример тога јесте добијање веће пажње од уобичајене и ослобађање од обавеза када се особа разболи.

Некада позитивна интенција није остварена понашањем које је особа „изабрала", али је њен осиромашен модел света ту опцију нудио као најбољу могућу.

Могли би смо рећи да у већини случајева особа има позитивну интенцију само за део система којег је свесна и са којим се поистовећује. Мотивисаност за неко понашање иза кога стоји позитивна намера, и избор тог понашања од стране особе као најбољег могућег, никако не значи да је та особа имала могућност да води рачуна о битним интересима целокупног система. У првом реду сопственог (ум, тело, емоције), а затим и осталих система чији је она део. Велики допринос НЛП је откриће да се проширењем модела света особе и додавањем нових алтернатива особи омогућава да направи мудрији и здравији избор за остварење исте позитивне намере.

НЛП техника - преуоквиравање у 6 корака

На основу напред изложеног осмишљена је НЛП техника: *Преуоквиравање у 6 корака*, која експериментисањем са новим опцијама и њиховим усвајањем доводи до губитка психосоматаких симптома. Уместо болног и непријатног понашања, особа усваја нове опције за остварење исте позитивне намере. С обзиром на то да позитивне интенције нису увек ни свесне ни очигледне, техника је осмишљена тако да се комуницира са несвесним деловима личности на начин који може, али не мора, бити вербалан. С обзиром на то да дубинска структура може бити састављена од слика, звукова и осећаја, начин добијања информација из ње, као и давање сугестија или инструкција, специфичан је.

Симптом је потпуно „реконтекстуализован“ тек када је утврђено који део личности ствара проблемску реакцију, када је призната и схваћена позитивна интенција у основи те реакције, и када је део интериоризовао друге изборе који могу довести до остварења позитивне интенције[3].

У НЛП постоји гесло: „Једна могућност није избор. Две могућности доводе до дилеме. Тек када има три могућности човек може да бира.“ Управо због тога у овој техници се трага за најмање три алтернативна решења за остварење позитивне намере.

Овом техником обрађује се неколико аспеката: секундарна добит, транс и вештине преговарања између делова[4].

Укупно време за анамнезу и примену технике је индивидуално, али предлажем да се терапеут и клијент виде најмање два пута. Први пут ради упознавања, успостављања односа и провере да ли се може успоставити бар неки ниво поверења, као и узимања оквирне анамнезе. Други сусрет би требало да послужи ради даљег продубљивања односа поверења, узимања детаљније анамнезе, провере клијентове спремности да прође кроз процес и примену саме технике. Идеално би било да се све ово уради у три термина од по један до један и по сат. Појединачни сусрет би требало да траје онолико колико је потребно да се заврше започете процедуре, али не више од 90 минута максимално. Сусрет се никада не завршава пре него што се клијент доведе у ресурсивно стање, без обзира на стања која је пролазио током процеса[5]. Зато је значајно да је терапеут добро обучен за калибрирање, праћење и вођење.

Кораци технике преуоквиравања у 6 корака[3, 4]

1. Утврдити симптом.
2. Успоставити канал „асоцијативне комуникације“ са оним делом који је одговоран за симптом.
3. Раздвојити позитивну интенцију поменутог дела од симптома.
4. Пронаћи најмање три друге могућности које задовољавају позитивну интенцију дела, а да не дају симптом, нити друге негативне последице.
5. Издејствовати дозволу од стране дела који ствара симптом да неколико недеља користи нове изборе уместо старих образаца понашања.
6. Еколошка провера - провера да ли су нове могућности прихватљиве за остале делове система.

Приказ случаја

Л. Т., 43 године, високо образована, мајка двоје деце. Прве главобоље су се појавиле пре 26 година, тј. када је имала 17 година. Биле су свакодневне, појачавале су се како је дан одмицао и трајале су шест месеци. Наредних пет година, које су се поклапале са периодом њеног студирања, имала је повремено главобоље различитих карактеристика. Од њене 25. године усталиле су се главобоље мигренозног типа. Углавном су се јављале месечно у периоду менструација. Чешће са аурама и видним сензацијама, ређе без њих. Од видних сензација наводи да су се јављале светлосне тачкице, превише светла у видном пољу, а неколико пута је имала и испаде у видном пољу који су трајали по неколико сати. Главобоље су се јављале и у неким стресним ситуацијама, углавном када није знала шта да предузме или када није могла да се одлучи између више опција. Повремено су главобоље нестајале након сна од више сати, а некада су трајале више дана упркос употребљеним аналгетицима. Наводи да су јој аналгетици помагали искључиво када би их попила „истог момента када би осетила први наговештај главобоље“. У периодима када је имала главобоље тешко је функционисала, и физички и ментално, а понекад је била потпуно афункционална и једноставно је само лежала. Што се тиче емоција, наводи да је у тим периодима била „емотивно тупа“. У данима главобоља имала је лош сан током ноћи. Током живота имала је више стресних догађаја високог интензитета.

Након детаљне анамнезе и уз сагласност пацијенткиње урадили смо технику *преуоквиравања у 6 корака*. Технику смо радили у дану када није имала главобољу. То није услов за примену технике, већ је заказан термин био у том дану. Договорили смо се за контролу након месец дана, евентуално раније уколико се појаве неки симптоми.

Од момента интервенције до публикације овог рада прошло је четири године. У том периоду клијенткиња три године није имала ниједан напад мигрене. Након три године имала је један напад током стресне ситуације, али је био блажег тока, краћег трајања и без видних сензација. Током разговора, у време поновљеног напада, дошле смо до закључка да је клијенткиња поново изабрала опцију за остварење позитивне интенције коју је користила и свих година док је имала мигрену. Подсећањем на друге могућности и изборе који јој стоје на располагање, а уз искуство које је имала да то функционише, клијенткиња је била спремна да их поново интегрише уместо оне која је као последицу имали мигрену. Од тада је прошла једна година и за то време клијенткиња није имала ниједан напад мигрене. Значајно је напоменути да се код ње није појавио ниједан други хронични симптом који би евентуално заменио постојећи, што се понекад може јавити уколико се техника не примењује уз довољно рапорта, калибрације, праћења и вођења. Поштовање модела света клијента и инсистирање на његовим изборима који су еколошки за цео његов систем, без наметања терапеутових избора, кључни су за успех технике.

Интересантна је чињеница да након што се она решила мигренозних главобоља, главобоље истог типа су се проредиле и код кћерке која живи са њом, иако са кћерком није рађена техника. Ова чињеница иде у прилог хипотези да се у великом броју „породичних болести“ наслеђују обрасци болести, а не сама болест.

Закључак

Преуоквиравање у 6 корака је једноставна метода, ефикасна и ефективна у разрешавању неких симптома, укључујући и мигренозну главобољу. Једноставност методе, мала цена, ефикасност и нешкодљивост одличне су препоруке за већу примену ове методе у пракси. За пар година имаћу нове резултате од клијената са којима је рађена ова техника. Кроз НЛП едукацију лекари, психолози и психотерапеути могу употпунити своја знања и вештине овом и другим методологијама и тиме добити већу ефикасност у решавању неких упорних хроничних симптома. Такође, ова техника се може применити као допунски третман код многих болести, укључујући и болести зависности.

Литература

1. Dilts R, Epstein T. Systemic NLP – A Unified Field Theory. Ben Lomond: Dynamic Learning Publications, 1991.
2. Schütz P, Schneider-Sommer S, Gross B, Jelem H, Brandstetter-Halberstadt Y: Теорија и пракса неуро-лингвистичке психотерапије (НЛПт). Медицинска наклада, Загреб, 2003.
3. Dilts RB: Strategies of Genius. Volume III, Sigmund Freud, Leonardo da Vinci, Nikola Tesla, Meta Publicacions, Capitola, California 95010, 1995.
4. O'Conor J, Seymour J: Introducing Neuro-Linguistic Programming. Thorsons, London, 1995.
5. Младеновић Д., Врсаљко Ј.: НЛП - Увод у особни раст и развој. Киген, Загреб, 2009.

Контакт: Проф. др мед. сц. Лелица Тодоровић, професор струковних студија, специјалиста интерне медицине, тренер неуро-лингвистичког програмирања (НЛП), 18000 Ниш, Ул. Мајаковског 26/21, тел. 0611583760, e-mail: dreamntwrk@yahoo.com

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 613.81:616.11/.14

Ризик од појаве акутних коронарних синдрома и аритмија код алкохоличара у раном апстиненцијалном периоду

Нада Јовановић Васиљевић[1], Славица Симеуновић[2]

The Risk of Appearance of Acute Coronary Syndroms and Arrhythmie at the Alcoholics in the Early Abstinence Period

Nada Jovanović Vasiljević, Slavica Simeunović

Сажетак: *Многа истраживања говоре о штетном дејству алкохола на све системе и органе, али постоји и велики број доказа у вези са корисним ефектима на кардиоваскуларни систем. Заштитни ефекти алкохола односе се на процес артериосклерозе, али је уочено и повећано оболевање од дегенеративних болести, као алкохолне миокардиопатије.*

Постоје докази да алкохол подиже ниво HDL холестерола као и вредности укупног холестерола.

У раном периоду обуставе алкохола долази до промене липидног статуса у смислу смањења укупног холестерола, незнатног пораста LDL, али и значајног пада HDL холестерола, што повећава фактор ризика за артериосклерозу.

Циљ рада јесте да утврдимо липидни статус код алкохоличара у току апстиненције, с обзиром да пораст нивоа липида у плазми убрзава артериосклеротични процес и појаву акутног коронарног догађаја.

Кључне речи: *алкохолизам, апстиненција, липидни статус, акутни коронарни догађај.*

Summary: *A lot of searches speak about harmful effect of alcohol on all the systems and organs, but there are a lot of proofs relating to the useful effects on cardio vascular system. The protective alcohol effects relate to the process of arteriosclerosis but the increasing degenerative diseases such as alcoholic miocardiopaty have been also noticed.*

There are proofs that alcohol increases the level of HDL cholesterol, as well as total cholesterol.

In the early period of the alcohol abstinence the lipid status is changing in the sense of decreasing of total cholesterol, slight increasing of LDL, but considerable decreasing of HDL cholesterol, what increases the risk of arteriosclerose.

The aim of the study is to define the lipid status at the alcoholics during the abstinence since the increase of lipid level in plasm speeds up the process of arteriosclerose, appearance of acute coronary event.

Key words: *alcoholism, abstinence, lipid status, acute coronary event.*

Увод

Алкохолизам је као болест дефинисана веома касно с обзиром на то да су алкохолна пића производили народи древних цивилизација и да је и тада постојала злоупотреба алкохола као и тровање алкохолом.

У прошлом веку су истраживања у вези са дејством алкохола на соматско и душевно здравље била спровођена од великог броја научника и многа говоре о штетним ефектима на све системе и органе, али постоји и велики број доказа у вези са корисним ефектима, посебно на кардиоваскуларни систем.

1 Др Нада Јовановић Васиљевић, специјалиста ургентне медицине, Дом здравља Вождовац, Београд.

2 Др Славица Симеуновић, специјалиста ургентне медицине, приватна лекарска ординација Симеуновић, Београд.

Корисни ефекти алкохола на кардиоваскуларни систем у вези су са умереним пијењем, мада докази говоре о кардиоваскуларној протекцији и код алкохоличара који пију по обрасцу тешког пијења. Заштитни ефекти алкохола односе се, пре свега, на процес артериосклерозе, док је уочено повећано оболевање од дегенеративних болести као што је алкохолна миокардиопатија настала као последица токсичних ефеката алкохола и његових метаболита на срчани мишић.

Уочено је да различите врсте алкохолних пића испољавају различите ефекте на процес артериосклерозе и посебно се црно вино издваја као врста пића која штити, али постоје докази да и друге врсте алкохолних пића успоравају или спречавају процес артериосклерозе. Заједнички састојак свих алкохолних пића јесте етанол, али је доказано да више од етанола флавоноиди који се налазе у црном вину испољавају свој антиоксидантни ефекат, као и фитоестрогени који потичу из биљака од којих се производе алкохолна пића.

Франкел са сарадницима је доказао да у Француској, где се вино пије у већим количинама него у другим земљама, има мање оболелих од исхемијске болести срца што је дефинисано као „Француски парадокс“.

На који то начин алкохол делује на процес артериосклерозе јесте било питање на које научници покушавају да добију одговор дуги низ година и сви докази иду у прилог тези да алкохол, заправо, утиче на подизање нивоа HDL холестерола у плазми.

HDL холестерол је један од најјачих антиоксиданата и познато је да су особе које имају више вредности ове липидне фракције на неки начин заштићене од ране појаве артериосклерозе и од свих клиничких манифестација ове врло малигне болести.

Постоје различита извештавања о томе како алкохолна пића, било етанолом или и етанолом и флавоноидима, подижу ниво HDL холестерола код оних који пију у односу на апстиненте, али у свим извештајима се наводи предност умереног пијења које подразумева два стандардна пића дневно за одрасле мушкарце или једно стандардно пиће на дан за жене и особе старије од 65 година, без обзира на пол. Такође је заједничко за већину извештаја да алкохоличари, без обзира на образац пијења, имају виши ниво HDL холестерола у односу на апстиненте, али и нешто виши укупни холестерол. У моменту када алкохоличар нагло престане да пије долази до промене липидног статуса у односу на период док је пио, у смислу смањења укупног холестерола (UH), незнатног повишења LDL холестерола, али и значајног пада HDL холестерола, што повећава фактор ризика за артериосклерозу, односно UH/HDL и LDL/HDL. Запажено је да се ове промене дешавају углавном у раном периоду обуставе алкохола код оних особа које су пре тога дуже време конзумирале веће количине алкохолних пића.

Циљ рада

С обзиром на познати ефекат повишеног нивоа липида у плазми на акцелерацију артериосклеротичног процеса и појаву акутног коронарног догађаја, циљ нашег рада био је да утврдимо липидни статус алкохоличара у току апстиненције.

Материјал и методе

У току нашег рада смо утврђивали липидни статус код 28 пацијената мушког пола који болују од алкохолне зависности, што је дијагностиковано кроз ICD 10 критеријуме и који су лечени у Заводу за болести зависности у Београду у периоду од 15. маја 2003. до 14. априла 2004. године. Старост наших пацијената је била од 35 до 55 година. Они су пили дуже од десет година више од шест стандардних пића дневно, а у последњој години пре пријема, у просеку 10 до 15 стандардних пића дневно, углавном и пиво, и вино и жестока пића.

Свих 28 пацијената су пушачи и наставили су да пуше и у току лечења од алкохолне зависности.

У студију су укључени они пацијенти код којих у биохуморалном статусу нису утврђени маркери оштећења функције јетре.

Неопходан услов за укључивање у студију је био да пацијенти не користе лекове за које се зна да мењају ниво липида у плазми.

У току лечења пацијенти су од медикамената користили искључиво бензодиазепине, антидепресиве и поливитаминску терапију. Нису имали никакве физичке активности и дневно су уносили храном око 2.000 kcal енергетског нивоа.

Пацијенти су стационирано лечени у прве четири недеље, а каснији третман се спроводио у дневној болници.

У нашем истраживању смо радили биохемијске анализе липида у плазми:
1. укупног холестерола (UH),
2. липопротеина мале густине (LDL),
3. липопротеина велике густине (HDL),
4. триглицерида (TG).

Такође смо одређивали однос укупног холестерола и HDL холестерола као познати фактор ризика за артериосклерозу (UH/HDL), као и однос LDL и HDL (LDL/HDL) у времену, такође као фактор ризика за артериосклерозу.

Липидни статус смо утврђивали три пута:
1. ПРВО МЕРЕЊЕ, на пријему (пре почетка лечења),
2. ДРУГО МЕРЕЊЕ, након три недеље од престанка пијења (након три недеље лечења),
3. ТРЕЋЕ МЕРЕЊЕ, након осам недеља од престанка пијења (четири недеље након стационарног лечења).

У студију су укључени само они пацијенти који су уз већ наведене критеријуме били на дванаесточасовном гладовању пре првог узимања крви за анализу липида. Било их је укупно 30.

У току стационарног лечења било је могуће контролисати физичку активност, узимање ле-

Табела 1. Статистика резултата лабораторијских мерења.

	N	Mean X	Std. Dev. SD	Std.error.SE	Minim.	Maxim.
UH Број мерења 1	28	6,5211	1,7279	0,3265	3,45	10,84
2	28	6,7364	1,3902	0,2627	4,45	9,31
3	28	6,3207	1,3510	0,2553	3,82	9,30
Total	84	6,5261	1,4909	0,1627	3,45	10,84
HDL Број мерења 1	28	1,6311	0,4702	8,887E-02	0,78	2,83
2	28	1,3461	0,3586	6,777E-02	0,69	2,36
3	28	1,1989	0,2822	5,332E-02	0,74	1,92
Total	84	1,3920	0,4150	4,528E-02	0,69	2,83
LDL Број мерења 1	28	3,8861	1,4481	0,2737	1,11	7,53
2	28	4,1971	1,3380	0,2529	2,06	7,31
3	28	4,0811	1,1822	0,2234	2,06	6,23
Total	84	4,0548	1,3175	0,1438	1,11	7,53
TG Број мерења 1	28	2,3432	1,2418	0,2347	0,82	4,45
2	28	2,6982	0,8519	0,1610	1,29	4,25
3	28	2,1979	0,7935	0,1500	1,18	3,87
Total	84	2,4131	0,9936	0,1084	0,82	4,45
UH/HDL Број мерења 1	28	4,3386	1,8042	0,3410	1,84	9,25
2	28	5,1779	1,4883	0,2813	2,92	9,06
3	28	5,4639	1,4583	0,2756	3,14	9,39
Total	84	4,9935	1,6438	0,1794	1,84	9,39

Табела 2. Статистика резултата лабораторијских мерења.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
UH међугрупно унутаргрупно total	2,421 182,072 184,493	2 81 83	1,210 2,248	0,538	0,586
HDL међугрупно унутаргрупно total	2,703 11,592 14,295	2 81 83	1,352 0,143	9,444	0,000
LDL међугрупно унутаргрупно total	1,384 142,689 144,172	2 81 83	0,692 1,762	0,393	0,676
TG међугрупно унутаргрупно total	3,710 78,233 81,943	2 81 83	1,855 0,966	1,921	0,153
UH/HDL међугрупно унутаргрупно total	19,158 205,118 224,276	2 81 83	9,579 2,532	3,783	0,027

кова и дневни енергетски унос. Такође, могла се испоштовати и дијета пре узимања крви на анализу липида тако да је код свих 30 пацијената урађено и друго мерење.

За треће мерење 17 пацијената је искључено из студије јер су у току претходног дана имали обилну и калоричну вечеру са доста масти коју су узели у времену краћем него што је предвиђено да би се узела крв на анализу липида. Неки од њих се нису ни појавили у дневној болници тога дана.

Сматрали смо да је за закључивање недовољан број пацијената који је остао, па смо код још тридесет пацијената урадили прво и друго мерење. Од нових 30 пацијената код 15 смо узели крв за треће мерење нивоа липида у плазми јер су само они задовољили критеријуме за даље истраживање.

Анализе су рађене на Институту за медицинску биохемију Клиничког центра Србије.

Статистичка метода

Методом анализе варијансе за поновљена мерења (1 до 3) праћени су следећи лабораторијски параметри: UH; HDL; LDL, TG, UH/HDL и LDL/HDL и табелом је по редоследу мерења за сваки дата: аритметичка средина (X), стандардна девијација (SD), стандардна грешка (SE), интервал поверења и минимална и максимална вредност.

Анализа прикупљених података рађена је статистичком евалуацијом, уз помоћ различитих модела дескриптивне и аналитичке статистике, уз рачунарску подршку и коришћење програма SPSS верзије 10.0 for windows.

ANOVA је показала статистички високо значајну разлику ($p<0,01$) за HDL холестерол између:

a. ПРВОГ и ДРУГОГ мерења
b. ПРВОГ и ТРЕЋЕГ мерења.

Између ДРУГОГ и ТРЕЋЕГ мерења разлика није значајна ($p>0,05$).

Такође је показала статистички значајну разлику ($p<0,05$) за UH/HDL између: ПРВОГ и ТРЕЋЕГ мерења

Дискусија

У резултатима наших истраживања утврђено је статитстички високо значајно снижење аритметичких средина нивоа ($p<0,01$) HDL холестерола између првог и другог мерења код

пацијената који су лечени од алкохолне зависности.

С обзиром да се ради о пацијентима који су лечени по уобичајеном протоколу за ову врсту обољења и који су од медикамената добијали бензодиазепине и витаминску терапију, а да нико од њих није узимао неку другу терапију због удружених болести, нити је имао поремећаје у функцији јетре, сматрамо да је обустава алкохола директно одговорна за снижење нивоа HDL холестерола.

У периоду када дође до обуставе узимања алкохола, код умереног, али дугогодишњег пијења, долази до проатерогеничних промена у нивоу плазма липида, пада нивоа HDL, али и до пораста нивоа укупног холестерола, LDL и липопротеина. Има много епидемиолошких и експерименталних доказа да поремећај у концентрацији плазма липида повећава глобални ризик од кардиоваскуларног догађаја.

У радовима Rimma, Ahlawata и Goldberga говори се о повећању глобалног и кардиоваскуларног морталитета код апстинената и оних који тешко пију у односу на оне који умерено пију (један до два стандардна пића на дан).

Резултати нашег истраживања показују пад вредности аритметичких средина нивоа HDL холестерола у 2. и 3. мерењу. Постоји статистички високо значајна разлика у смањењу нивоа плазма HDL између 1. и 2. мерења и између 1. и 3. мерења ($p<0,01$), док између 2. и 3. мерења не постоји значајна разлика.

Такође, уочено је статистички високо значајно повишење нивоа LDL холестерола у другом мерењу у односу на прво ($p<0,01$) и статистички значајно повишење нивоа LDL у трећем мерењу у односу на прво ($p<0,05$), док значајна разлика у трећем мерењу у односу на прво није уочена ($p>0,05$). Та померања у фракцијама су се одразила и на ниво укупног холестерола, тако да је дошло до статистички значајне разлике у повишењу нивоа UH у другом у односу на прво мерење ($p<0,05$), као и статистички значајно снижење нивоа UH у 3. мерењу у односу на 1. и у 3. у односу на друго мерење ($p<0,05$).

Уколико је концентрација укупног холестерола изнад 5mmol/L, а LDL холестерола изнад 3mmol/L, постоји ризик за коронарну болест. Повећање LDL холестерола за 10% повећава ризик за коронарну болест за 20%. Концентрација триглицерида изнад 2mmol/L, а HDL холестерола испод 1mmol/L, такође повећава ризик за артериосклерозу и исхемијску болест срца. Концентрације укупног и LDL холестерола су у јакој позитивној корелацији.

Након три недеље од престанка пијења уочено је високо статистички значајно снижење нивоа HDL холестерола ($p<0,01$), статистички значајно повишење нивоа укупног холестерола, UH ($p<0,05$), као и високо статистички значајно повишење нивоа LDL холестерола ($p<0,01$). Вредност фактора ризика LDL/HDL је статистички значајно повишена ($p<0,05$). С обзиром да су у студију укључени само они пацијенти код којих не делује ниједан други механизам који мења ниво плазма липида, сматрамо да је обустава уноса алкохола довела до ових промена које представљају основу за развој и акцелерацију процеса артериосклерозе.

Budzynski и сарадници сугеришу да се код мушкараца алкохоличара у току апстиненцијалног периода дешавају проатерогеничне промене у концентрацијама плазма липида.

Апстиненција код алкохолних зависника након потпуног прекида уноса алкохола доводи до пада HDL и подизања нивоа LDL, UH и Lp(a). Постоји више епидемиолошких и експерименталних доказа да таква дистурбанца концентрације плазма липида може повећати глобални ризик од кардиоваскуларног догађаја. Позитивна корелација између учесталости исхемијске болести срца и концентрације UH, LDL и триглицерида је позната, као и негативна корелација између ризика за исхемијску болест срца и нивоа HDL, посебно HDL_2 субфракције.

Закључци

На основу резултата нашег истраживања можемо да закључимо да:

Постоји статистички високо значајно снижење нивоа плазма HDL у другом мерењу у односу на прво, и у трећем мерењу у односу

на прво мерење ($p<0,01$), али није дошло до статистички значајних промена у нивоу плазма HDL холестерола у трећем мерењу у односу на друго ($p>0,05$). У односу на време промене вредности нивоа HDL холестерола су повезане високо значајно, просечне вредности опадају ($p=0,444$; $p<0,01$).

Постоји статистички значајна разлика у повишењу нивоа укупног холестерола (UH) у плазми у другом мерењу у односу на прво мерење ($p<0,05$), као и статистички значајна разлика у снижењу нивоа укупног холестерола (UH) у трећем мерењу у односу на прво мерење, као и у трећем мерењу у односу на друго мерење ($p<0,05$). Нема правилности у мерењима у односу на време ($p>0,05$).

Постоји високо статистички значајно повећање нивоа LDL у плазми у другом мерењу у односу на прво мерење ($p<0,01$), као и статистички значајно повишење нивоа LDL у плазми у трећем периоду у односу на први период ($p<0,05$). Нису уочене статистички значајне разлике у нивоима LDL холестерола у трећем мерењу у односу на друго мерење ($p>0,05$). Нема правилности у мерењима у односу на време ($p<0,05$).

Не постоји статистички значајна разлика у нивоу триглицерида (TG) у плазми у другом мерењу у односу на прво, у трећем мерењу у односу на друго и прво мерење ($p>0,05$). Нема правилности у мерењима у односу на време ($p>0,05$).

Постоји статистички значајна разлика у просечним вредностима атерогеног фактора LDL/HDL од првог до трећег мерења ($p<0,05$). Просечне вредности расту. Повезаност у односу на време је статистички високо значајна ($p=0,305$; $p<0,01$).

Постоји статистички значајна разлика у просечним вредностима атерогеног фактора UH/HDL између првог и трећег мерења ($p<0,05$). Просечне вредности расту. Повезаност у односу на време је високо статистички значајна ($p=0,32$; $p<0,01$).

Литература

1. Clayden Jonathan, Nick Greeves, Stuart Warren, Peter Wothers (2001). Organic chemistry.
2. Bunc M, Pedzir T, Molina H, Molina M, Brvar M (2006). Butanol ingestion an airport hangar. Human & experimental toxicology.
3. McMurry John E. (1992). Fundamentals of Organic chemistry.
4. Слободан Јакулић: Ургентна психијатрија. Srempublik, Београд, 1994.
5. Fundamental beliefs, 2005, Retrived 20006-03-07.

Контакт: Др Нада Јовановић Васиљевић, Криволачка 4-6, Београд, тел. 3080501, моб. 062/8057227, e-mail: nada.v@inbox.com

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 615.22

Дилтиазем: неоправдано маргинализован?

Ивица Здравковић[1]

Diltiazem: Unjustifiably Marginalized?

Ivica Zdravković

Сажетак: *Дилтиазем, лек из групе блокатора калцијумских канала, у последњих десетак година потиснут је као лек у лечењу хипертензије. Њега и друге старије Са-антагонисте заменио је амлодипин, један од најчешће ординираних антихипертензива у нашој земљи. Аутор је направио малу клиничку студију којом проверава емпиријско искуство о ефикасности дилтиазема у лечењу артеријске хипертензије, изоловане или удружене са срчаном исхемијом. Резултати показују да је дилтиазем ефикасан антихипертензив и да је без убедљивих разлога потиснут из свакодневне клиничке праксе.*

Кључне речи: *дилтиазем, амлодипин, хипертензија, исхемија.*

Summary: *Diltiazem, a drug from the group of calcium channel blockers, has been gradually marginalized over last ten years as a choice of treatment for hypertension. Amlodopine has replaced both diltiazenm and older calcium channel blockers, thus becoming one of the most frequently prescribed antihypertensive drugs in our country. Author conducted a small clinical study to verify empirical effectiveness of diltiazem in treatment of hypertension, isolated or associated with cardiac ischemia. Results demonstrate that diltiazem is an effective antihypertensive drug, which has been suppressed from daily clinical practice without compelling reasons.*

Key words: *diltiazem, amlodipine, hypertension, ischemia.*

Увод

Лекови из групе блокатора калцијумских канала (calcium channel blockers, CCB, или „Са-антагонисти“) првобитно су употребљавани као антиепилептици. Међутим, њихов је прави и пуни терапијски капацитет искоришћен у лечењу хипертензије. Поред тога, својим дејством на мишић срца и на мишиће у зиду крвних судова, Са-антагонисти делују повољно и у третману ангине пекторис, кардиомиопатије и поремећаја срчаног ритма[1].

Према хемијској структури, Са-антагонисти се деле у две групе. Прву групу чине дихидропиридински Са-антагонисти, који имају претежно периферно дејство, односно дејство само на мишићна влакна крвних судова, а не и на срчани мишић. Њихова је основна терапијска намена лечење атеријске хипертензије смањењем системске васкуларне резистенције, односно периферном вазодилатацијом. У последњих неколико година најчешће употребљаван лек из ове групе јесте амлодипин (Norvasc, Amlogal, Monodipin, Vazotal...), а већ неколико деценија је на нашим просторима најпознатији нифедипин (Nifelat). Осим њих, на тржишу и у свакодневној клиничкој пракси у Србији су у употреби (у много мањој мери) и лерканидипин (Lercanil) и фелодипин (Plendil). Посебно место у овој групи заузима лек нимодипин (Nimotop), који је уврштен у неуролошку терапију као лек у превенцији и терапији дефицита после субарахноидних крварења.

У другој „не-дихидропиридинској“ групи Са-антагониста (non-DHP CCB) су лекови који

1 Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, РЈ Костолац (Ivica Zdravković, MD, general medicine specialist, Health center Požarevac, OFC. Kostolac).

имају веће деловање на срчани мишић, и то су:
1. Деривати фенилаклиламина - код нас у широкој употреби верапамил, антиаритмик у терапији тахикардија, суправентрикуларних аритмија и екстраситола;
2. Деривати бензотиазепина - дилтиазем (Cortiazem), лек у терапији ангине пекторис и хипертензије, предмет ове студије;
3. Неселективни non-DHP Ca-антагонисти, који нису регистровани на домаћем тржишту.

Ca-антагонисти имају неколико прилично добро објашњених нежељених споредних ефеката, међу којима су најчешће помињани:
1. едеми потколеница и еритем лица услед периферне вазодилатације,
2. хипотензија код преосетљивости или неадекватног дозирања лека,
3. реактивна тахикардија услед хипотензивног деловања,
4. појачана протеинурија услед повећања пермеабилности гломеруларне мембране,
5. негативно инотропно дејство које је непожељно код појединих пацијената,
6. негативно хронотропно дејство, брадикардија.

С обзиром на наведене нежељене ефекте, који су, према извештајима, мањи код новијих Ca-антагониста[2], као и због наводне веће ефикасности, стабилности ефеката и других предности тих новијих лекова, у последњих десетак година дошло је до нагле „смене“ на врху најчешће ординираних Ca-антагониста у лечењу хипертензије. Амлодипин је заузео апсолутни примат, истискујући скоро у потпуности све остале DHP и non-DHP лекове. Инсистирање на преписивању амлодипина порасло је и због његовог наведеног дужег полуживота, који омогућава да се амлодипин ординира једном дневно, најчешће увече.

Са друге стране, не мали број клиничара и данас се ослања на проверену и доказану изузетну ефикасност нифедипина, који се и даље рутински даје као сублингвална брза иницијална терапија код хипертензивних криза. Поред тога, нифедипин остаје у употреби и код пацијената који су годинама навикнути на њега и код којих нема често помињаног „црвенила у лицу“, ни других нежељених дејстава[3].

Предмет овде приказане мале клиничке студије било је испитивање ефикасности дилтиазема (Cortiazem) у поређењу са амлодипином, код пацијената који болују од изоловане артеријске хипертензије, или хипертензије удружене са срчаном исхемојом, односно са ангином пекторис.

Циљ рада

Циљ студије био је да се егзактније потврди или оповргне раније емпиријско запажање које је говорило у прилог веома доброј ефикасности дилтиазема и његовом неоправданом потискивању из свакодневне клиничке праксе.

Метод рада

Анализа ефеката укључивања дилтиазема у терапију код пацијената код којих је раније већ уведен амлодипин у терапију, као самостални лек или уз бета блокаторе и друге антихипертензиве и лекове за лечење исхемијске болести срца, а код којих *нема повољног или стабилног терапијског одговора* на претходно ординиране лекове.

Према наведеним инлузивним критеријумима, у периоду током марта и априла 2011. године, у Дому Здравља у Костолцу, издвојени су пацијенти старости између 30 и 75 година, код којих постоје:
1. историја медикаментозног лечења хипертензије дужа од годину дана, са или без срчане исхемије верификоване од стране интерниста,
2. евидентиране понављане вредности дијастолног притиска преко 90mmHg и/или вредности систолног притиска преко 160mmHg, или већи појединачни одскоци артеријске тензије,
3. антихипертензивима одржавана нормална тензија, али евидентиране стенокардичне тегобе са или без ЕКГ промена.

Пронађено је укупно 25 оваквих пацијената (табела 1):

Овим пацијентима је у терапију уведен дилтиазем (Cortiazem) према следећим принципима:

1. код оних пацијената код којих је постојала само артеријска хипертензија са или без без исхемије, а није раније уведен Са-антагонист, ординиран је дилтиазем;
2. код оних пацијената код којих је постојала артеријска хипертензија са или без без исхемије, а раније је већ уведен Са-антагонист (скоро по правилу амлодипин), ординиран је уместо амлодипина дилтиазем.

Пацијенти су праћени током редовних месечних контрола током маја, јуна и јула 2011. године. У здравственим картонима су евидентиране нове вредности артеријске тензије, задовољство пацијената квалитетом живота по-

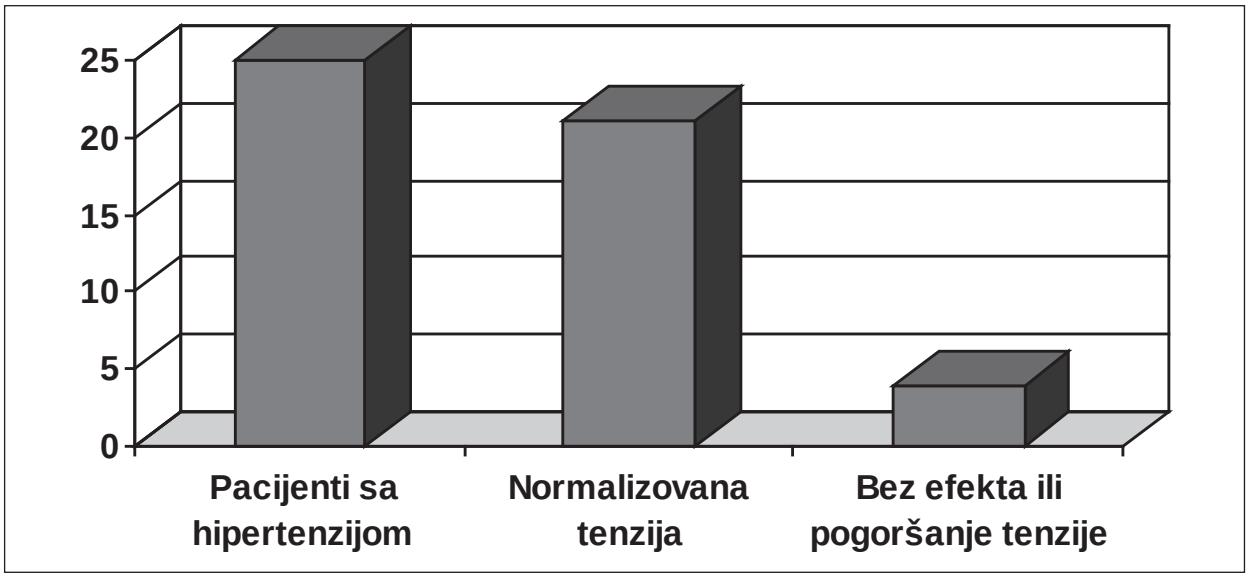
Табела 1. Структура пацијената према полу

	само хипертензија	хипертензија и исхемијска болест срца
мушкарци	7	5
жене	9	4

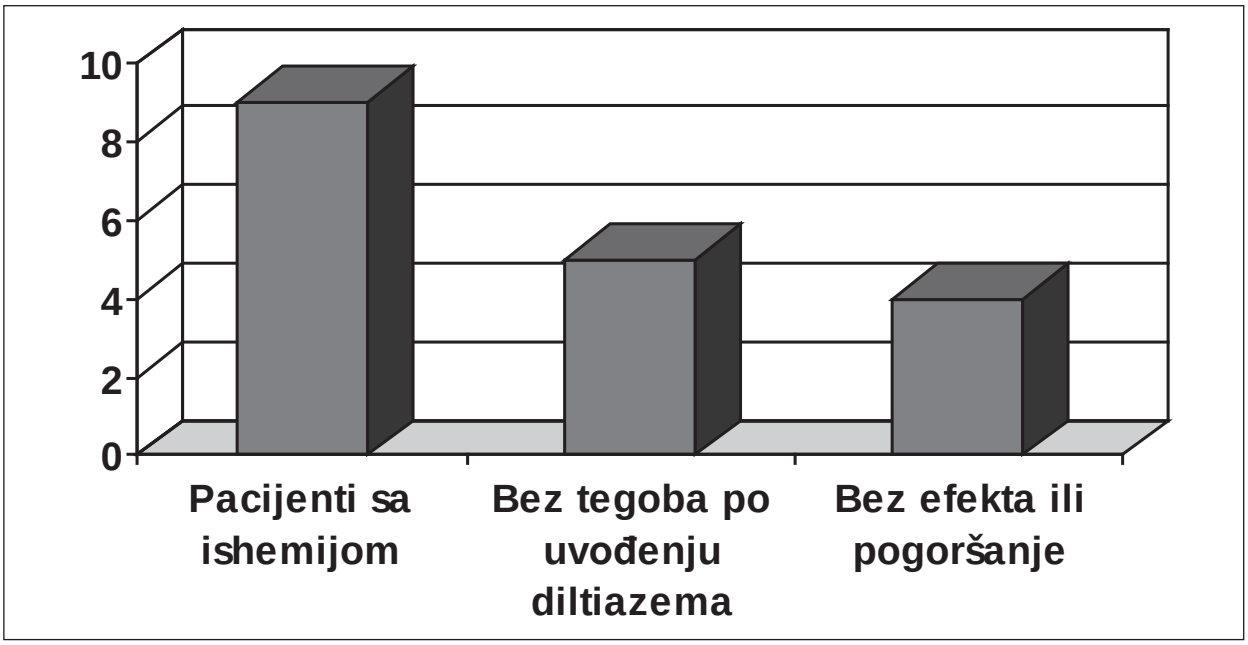
Табела 2. Преглед регистрованих података код 25 пацијената

	само хипертензија	хипертензија и исхемија	УКУПНО	нормализовање артеријске тензије	смањивање или нестанак исхемијских тегоба	изостанак позитивног терапијског одговора или погоршање	појава нежељених ефеката
мушкарци	7	5	12	10	3	2	2
жене	9	4	13	11	2	2	4

Графикон 1. Ефекат дилтиазема на артеријску тензију



Графикон 2. Ефекат дилтиазема на исхемијске тегобе



сле новоуведене терапије, као и жалбе пацијената на старе или нове тегобе пореклом од основне болести или леком изазваних нежељених ефеката.

Резултати

Као нежељени ефекти евидентиране су главобоље услед хипотензије (троје пацијената), појава отока на ногама (двоје пацијената) и тахикардија (један пацијент). Пацијетни код којих је дошло до погоршања хипертензије и/или исхемије, или су имали нежељене ефекте, упућени су интернисти, осим код двоје пацијената, код којих је иницијална доза дилтиазема (Cortiazem Retad таблете 90mg) са 2x1 смањена на 2x1/2 таблете, чиме је анулитана нежељена хипотензија (табела 2).

Дискусија

Праћењем вредности артеријске тензије и субјективних тегоба (уз ЕКГ) код пацијената који имају изоловану хипертензију, или хипертензију удружену са срчаном исхемијом, у периоду од неколико месеци по увођењу дилтиазема, код 21 пацијента од њих 25 (84%) артеријска је тензија доведена у физиолошке оквире, а од девет пацијената са стенокардичним тегобама и раније верификованом исхемијом њих петоро је узгубило тегобе. Притом, ради се о иста четири пацијента код којих је истовремено изостао антихипертензивни и антиангинозни терапијски ефекат дилтиазема. Ови су пацијенти имали и нежељене ефекте, укључујући тахикардију, едеме потколеница и главобољу.

Од 25 пацијената којима је уведен дилтиазем у терапију, њих 21 је и даље на истој терапији, са стабилном артеријском тензијом и без стенокардичних тегоба. Код троје од ових пацијената иницијална доза од 2x90mg је смањена на 2x45mg, због хипотензије која се јавила по увођењу терапије. Највећи број пацијената изјављује да се осећа боље по увођењу терапије дилтиаземом. Позитиван терапијски одговор равномерно је распоређен код оба пола.

Закључак

Постоји статистички значајан проценат пацијената код којих је терапија дилтиаземом довела до регулисања артеријске тензије. Ова клиничка студија не обухвата довољан број пацијената са удруженом срчаном исхемијом и хипертензијом, да би се на основу резултата добили сигнификантни статистички подаци о деловању дилтиазема на стенокардију. Раније клиничке студије потврђују да дилтиазем има антиангинозно дејство скоро слично као атенолол[1]. Имајући у виду да је свим пацијентима укљученим у мини-студију дилтиазем уведен по први пут, не може се са сигурношћу и квантификовано искључити плацебо ефекат „нове терапије“. Индикативно је да већина пацијената пријављује субјективно побољшање по добијању дилтиазема, што се поклапа са високим процентом пацијената код којих и објективно постоји регулација артерисјке тензије (84%).

Преко половине пацијената је пре увођења дилтиазема користило амлодипин, којим није регулисана артеријска хипертензија. Ова мини-студија не сугерше да је дилтиазем ефикаснији у лечењу артеријске тензије од амлодипина, јер постоје обимније студије које тврде управо обрнуто[2]. Са друге стране, потребно је напоменути да и студије са другачијим резултатима (нпр. Lawrence D Horwitz и сарадници, 1997. година) нису велике, нити двоструко слепе, и нису рађене на великим серијама пацијената, већ на релативно малим групама од по 50-ак пацијената, са периодом праћена ефеката који је трајао до 10 недеља.

У контексту изостанка већих и поузданијих студија, као и новијих радова (већина студија о ефикасности амлодипина у поређењу са другим Са-антагонистима стара је више од деценије), као и у контексту резултата ове мини-студије, може се закључити да је потискивање дилтиазема из свакодневне клиничке праксе неоправдано и да тај лек има добру ефикасност, безбедност и клиничку употребљивост, на коју не треба заборавити приликом избора терапије за лечење хипертензије и/или исхемије.

Литература

1. Charles J. Knight, Kim M. Fox, on behalf of the Centralised European Studies in Angina Research (CESAR) Investigators: Amlodipine versus diltiazem as additional antianginal treatment to atenolol, 1997.
2. Lawrence D Horwitz, Howard D Weinberger and Lois Clegg: University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado, USA.: Comparison of Amlodipine and Long-Acting Diltiazem in the Treatment of Mild or Moderate Hypertension. Am J Hypertens (1997); 10: 1263–1269; doi: 10.1016/S0895-7061(97)00264-1
3. Здравковић И.: Приручник за лекаре опште медицине. Друго допуњено издање, Обележја, Београд, 2011.

Контант: Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, РЈ Костолац.

Стручни и научни радови

UDK бројеви: 316.662-056.24/.34(091)_

Положај особа са инвалидитетом кроз историју

Наташа Михаиловић[1], Сања Коцић[2], Снежана Радовановић[3], Предраг Поповић[4], Ивана Симић Вукомановић[5], Светлана Радевић[6]

Status of People With Disabilities Through History

Nataša Mihailović, Sanja Kocić, Snežana Radovanović, Predrag Popović, Ivana Simić Vukomanović, Svetlana Radević

Сажетак: *Циљ рада је да прикаже проблеме са којима су се инвалидне особе током дуге историје човечанства сусретале, као и однос друштва према истима. Особе са инвалидитетом најчешће живе на маргинама друштва, без наде у боље сутра – имају мање могућности да се школују, запосле, оснују породицу, немају право гласа. Положај и гледиште на особе са инвалидитетом пролазио је кроз разне фазе, почевши од праисторије, у којој је положај инвалида био много бољи него што би се то очекивало, преко средњег века, у коме је страх од инвалидности довео до лишавања и одбацивања, све до 20. века, када се слика менталне и психичке инвалидности убрзано мењала. Слично је било и у Србији, у којој инвалидност није била последица само ратова, већ и епидемија заразних болести (куга, богиња и ендемски сифилис), а манастири су постали азил за „ненормалне“.*

Кључне речи: *инвалидност, историјат, друштво.*

Summary: *The aim of the paper is to present the problems that were disabled during the long history of humanity encountered, as well as society's attitude to them, and in order to rectify this injustice and is not repeated. People with disabilities often live on the margins of society, with no hope of a better tomorrow - there are fewer opportunities to be educated, employed, found a family, have no voting rights. The position and view of disabled people has been going through various phases, starting from prehistoric times in which the position of disabled persons was much higher than would be expected, through the Middle Ages in which the fear of disability led to deprivation and rejection, until 20 century when the image is the mental and physical disability is rapidly changing. It was the same in Serbia, where disability was the result only of war but also epidemics of various diseases (plague, smallpox and endemic syphilis), and the monasteries became the asylum for „abnormal“.*

Key words: *disability, history, society.*

1 Др Наташа Михаиловић, Институт за јавно здравље, Крагујевац.

2 Проф. 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.

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

5 Др Ивана Симић Вукомановић, Институт за јавно здравље, Крагујевац.

6 Др Светлана Радевић, Медицински факултет, Крагујевац.

Увод

Према наводима Светске здравствене организације у свету има преко 650 милиона људи са инвалидитетом.

Особе са инвалидитетом најчешће живе на маргинама друштва, без наде у боље сутра – имају мање могућности да се школују, запосле, оснују породицу, немају право гласа. У приручнику Уједињених нација (УН) под називом „From Exclusion to Equality: Realizing the Rights of Persons with Disabilities“ се наводи да су 20 одсто најсиромашнијих људи на свету инвалиди, 98 одсто ове деце из земаља у развоју не иде у школу, а око трећина њих живи на улици, док је стопа писмености одраслих у појединим земљама свега три одсто[1]!

Дефиниције и виђење узрока инвалидитета откривају ниво развоја здравствене и образовне политике сваке земље[2].

Постепено медицина одбацује предрасуде према овим особама, али је то дуг процес.

Однос и ставови према особама са инвалидитетом почели су брже да се мењају 1970-тих година прошлог века, захваљујући самим инвалида[3, 4], али и тренду да се на инвалидност гледа као на питање људских права[5].

Теме које се тичу давања подршке, као и равноправног укључивања инвалидних лица у све активности друштва постаће још актуелније са временом и демографским променама које се дешавају у друштву[6].

Конвенција о правима особа са инвалидитетом је одговор Међународне заједнице на дугу историју дискриминације и дехуманизације ових људи. Највећи број земаља је потписао и Конвенцију и Протокол, који је усвојен 13. 12. 2006. године, а ступио на снагу у мају 2008. године.

Договорено је да 3. децембар буде Дан особа са инвалидитетом. Циљ је да промовише свест о питањима и положају особа са инвалидитетом, правима и интеграцији у свим друштвеним сферама[7].

Циљ рада

Циљ рада је да прикаже проблеме са којима су се инвалидне особе током дуге историје човечанства сусретале, као и однос друштва према истима.

Положај инвалида кроз историју

Током историје, положај инвалида је пролазио кроз различите фазе. У праисторији положај особа са инвалидитетом био је много бољи него што би се то очекивало. Пошто су их „више силе” на рођењу обележиле физичким недостацима, веровало се да имају одређену магијску моћ[8]. То је допринело јачању њиховог друштвеног положаја.

У Старом Риму особе са хендикепом биле су подељене у две категорије. Прва се тицала свих облика инвалидности схваћених као деформисаност и дефектност. Други облик инвалидитета, тзв. „наказност”, обухватао је медицински хермафродитизам, сијамске близанце и друге облике тешких деформитета[9].

Све до 17. века особе са хермафродитизмом посматране су као чудовишта, убијане су и спаљиване на ломачи[10].

Страх од стварне или замишљене преносивости инвалидности на здраве особе довео је до социјалне табуисаности инвалида[11]. Створио се групни идентитет здравих особа насупрот категоријама трајно болесних лица[12].

Законски прописи према инвалидима били су рестриктивне и дискриминаторске природе.

О инвалидима се уопштено размишљало увек у контексту неспособности у поређењу са особама без инвалидитета. Маргинализација инвалида била је сведена на обичаје одбацивања, непризнавања и лишавања друштвено непожељних. Смештај и негу су им обезбеђивале породица или манастири, али се све сводило на задовољавање физичких потреба (исхрана, преноћиште, одећа).

Лик „наказе” био је изазов за правне системе, пошто они нису подносили изузетке од онога што се сматрало нормалним и уобичајеним. Управо зато што није постојао адекватан правни одговор на појаву човека са деформитетом, то се сматрало највећом опасношћу за успостављени ред, па чак и повредом осно-

вног морала дефинисаног као сличност Бога и људи. Самим тим био је то напад и на религиозну сферу живљења.

Друштвени одговор на ову врсту изазова сводио се на три категорије: прва се тицала физичког уништења наказе, друга - медицинске бриге о таквим појединцима, а трећа, најближа општим религиозним ставовима, инсистирала је на милосрђу као одговарајућој емоцији на појаву таквог облика инвалидности.

Особа са облицима психичког инвалидитета спадала је у другу категорију појединаца који су се могли „поправити" и поново укључити у општи друштвени оквир.

Током развоја медицинских наука стопа учесталости појаве људи који су се могли психички реобликовати, у сарадњи породице и институција за „поправљање", сходно друштвеним намерама, била је много већа од стопе појава наказе.

Положај инвалида у југословенским земљама до 20. века

Немар југословенске државе и друштва према инвалидима испољавао се у постојању двоструког морала и одсуства солидарности међу људима[13].

Српска медицина у средњем веку полазила је од идеје да су патолошка стања, па и инвалидност, последице злих демонских сила, које су, наводно, ушле у људе[14]. Препоручивало се, у складу са верским мистицизмом, да болеснике треба лечити егзорцизмом.

Постојао је и одређени напредак у односу према инвалидној деци, која су, пре појаве хришћанства, била одбацивана или убијана. Милосрђе према ближњем постало је једна од централних тема нове религије. Манастири и монаси постали су уточиште, склониште и заштитници за ненормалне, болесне, старе и инвалиде. Свети Сава је по угледу на византијске азиле оснивао каритативне болнице при манастирима.

Судећи према сачуваним записима, глувоћа и слепило били су веома заступљени као узроци инвалидности. Постојале су посебне норме по којима су се „убоги" хранили по српским црквама, а ктитори цркава морали су да обезбеде храну за ту популацију.

Судије у српском царству имале су неопозиву дужност да се, обилазећи области под својим правним ингеренцијама, старају да се не повреде елементарна права „убогих и сиротих" поданика[15].

Осим инвалида који су то постали због ратова и болести, било је и оних код којих је инвалидност била последица казни које су уследиле након кршења законских норми, као што је казна сакаћења руку[16].

Под вишевековном владавином Отоманског царства, у погледу лечења и статуса инвалида, ситуација се знатно погоршала[2]. Инвалидност углавном више није била последица ратова, већ епидемијама разних болести (куга, богиња и ендемски сифилис) на југословенским просторима.

Када је Београд, за време аустријске окупације Србије 1718–1739. године, добио карактеристике вароши, донета је уредба о стварању установе назване „Немоћница", која је почела са радом 1724. године, а служила је као болница за смештај сиротиње и инвалида. Две „немоћнице" основане су у Земуну између 1758. и 1769. године, које су се касније фузионисале у један „Убошки дом". Институција истог типа отворена је и у Панчеву пре Првог српског устанка. У сличне сврхе служила је и градска болница у Загребу[13].

Аустријска власт у Србији, у 18. веку, допринела је појави новог обичаја збрињавања инвалида и осталих социјалних категорија (удовица, сиромашних, скитница, бивших затвореника и калуђера). Недељом и верским празницима испред цркве је ношен „сиротињски тас", чији је приход записиван у одређен „сиротињски тефтер". Из ове претече хуманитарних фондова дељена је помоћ у новцу и огреву.

У Новом Саду, 1730. године, основана је „Српска болница" намењена смештају инвалида.

Међу писменим Србима, Захарије Орфелин, у Вечном календару из 1739. године, први је промовисао значај ширења здравствене културе. За Орфелина, приоритет у здравственим

правилима имало је очување вида, што довољно говори о раширености слепила у народу.

Један од првих поборника теорије стварања азила за сиромашна слепа лица био је офталмолог Константин Пејчић из Будима, током 1830. године[8]. Препоручивао је да се слепе особе у таквим заводима негују и хране, али би се, можда, могли издржавати од рада на лакшим пословима. Међутим, све ово је остало на нивоу теоријског приступа проблему.

Судбина ментално неразвијених и душевно болесних особа била је најтежа. Најчешће би их одводили у манастире, где су их полуписмени свештеници, под видом лечења, подвргавали молитвама, дугом посту, а када то не би успевало, и систематском изгладњивању. Последње „терапеутско" средство било је мучење болесника. Алке, разне врсте ланаца за везивање, затвор и батинање пацијента обешеног за ноге о плафон, да би се „нечастиве" силе истерале из тела, били су свакодневица манастирских исцелитеља[9]. Третмани ових врста примењивали су се до 1839. године.

Наговештаји другачијег приступа указали су се тек када су министарства просвете и правосуђа покренула питање смештаја душевних болесника који су починили убиства. Мислило се да је најбоље решење сместити их у манастире. Тако су манастири (посебно Студеница) све до 1861. године били и азил за „ненормалне".

Почетак 19. века донео је инвалидима свих националности у Аустрији и Угарској другачији статус у поређењу са онима који су били поданици Турске. Битну улогу у побољшању услова живота српских инвалида у Војводини одиграло је отварање Завода за глувонеме у угарском граду Вацу, 1802. године. Управник те институције, Антон Шварцер, објавио је 1828. године књигу о методици учења глувонемих[2].

Велики број слепих особа појавио се као резултат великих богиња, катаракте и лоших услова становања. Недостатак лекара имао је за последицу појаву медицинског шарлатанства.

Године 1861. у Србији се појављује посебна институција за збрињавање „ненормалних", под називом „Дом за с ума шедше", у који су примана и деца.

Проблем је представљала и чињеница да су „ненормална деца" учила школу заједно са осталом децом и због свог незнања излагани су физичком малтретирању и батинању. Низак ниво педагошког знања просветних радника довео је до појаве „магареће клупе" и „магареће ушију" као средства кажњавања[13]. Теодор Јанковић Мирјевски је издао „Ручну књигу", један од првих педагошких приручника на старословенском језику из 18. века. И поред тога што се у књизи каже да су учитељи дужни да покажу више разумевања за појединачне интелектуалне способности ђака, овакав начин кажњавања опстајао је још дуго у Војводини.

Када је Кнежевина Србија 1830. године добила фактичку независност, социјална питања била су у другом плану. Прошле су готово две деценије док, 1847. године, није наређено општинским властима да се посвете старању о људима који се нису могли сами издржавати, што је значило и о инвалидима.

У делокруг Министарства унутрашњих дела, од 1862. године, спадала је и брига о „убогим" особама и сирочади. Нови стимуланс социјалној политици дао је Владан Ђорђевић, 1879. године, централизацијом локалних болничких фондова, који су 1837. године претворени у „Народни санитетски фонд Краљевине Србије"[14]. Био је то материјални основ за државну здравствену политику до почетка Првог светског рата. Залагањем Владана Ђорђевића, 1881. године донет је *Закон о уређењу санитетске струке и чувању народног здравља*, који је био на снази 40 година[12]. Творац је најхуманијих здравствених закона који су Србију ставили међу прве земље у тадашњој Европи и зато се са правом Владан Ђорђевић сматра једним од првих социјалних медицинара у Србији.

Посебно место припада још једном великану српске медицине, др Милану Јовановићу Батуту. Поред тога што је био руководиоц и реформатор, Батут је познат и као здравствени васпитач и пропагатор идеја у области народног здравља[2]. Био је председник Српског лекарског друштва, председник Друштва за чување народног здравља, оснивач и уредник часописа „Народно здравље", оснивач, профе-

сор и први декан Медицинског факултета у Београду. Заговорник је става да је породица темељ опстанка и напредка сваке људске заједнице.

Следбеник др Милана Јовановића био је др Андрија Штампар, један од оснивача Светске здравствене организације и председавајући на првој Генералној скупштини Светске здравствене организације[17].

Понор између прокламованог и стварног дошао је до изражаја оног тренутка када није било могуће отворити „Сиротињски дом за телесно неспособне“ у Нишу, што је било предвиђено тим законом. Државне власти желеле су да у њему издржавају глувонему и слепу децу са породицом, као и децу без родитељског старања, заједно са социјалним категоријама сирочића, ванбрачне и одбачене деце, док се не оспособе за самостално привређивање, под чиме се подразумевао искључиво неки од заната.

Одрасле особе, према нацрту, биле су издвојене у посебне зграде. Предвиђало се да у Дому трајно бораве и физички инвалиди неспособни за рад који из неких разлога нису имали право да се користе издржавањем из постојећег инвалидског фонда, а нису поседовали ни имовину неопходну за самосталан живот. По нацртима, Дом је био установа каритативно-азилантског типа, уобичајена у европским оквирима, по моделу Завода за слепе из Беча. Требало је да се делом издржава из сопствених прихода, мада је формално био на буџету санитетског одељења Министарства унутрашњих дела. Баш када се озбиљно приступило плановима за стварање те институције, дошло је до негативног уплива политике.

Неколико година по усвајању *Закона о уређењу санитетске струке и чувању народног здравља* дошло је, 1884. године, до измена норми, у негативном смислу по Сиротињски дом. Посланици Народне скупштине одлучили су да „у интересу штедње” Народног санитетског фонда интегришу тадашњу општу болницу са Домом и болницом за душевне болести у Централну хуманитарну колонију, али тек када сви окрузи у Србији буду имали подесне зграде за државне болнице[2]. То се никада није десило.

Здравствена ситуација у Краљевини Југославији између два светска рата није се битније мењала.

Напор државних власти и појединаца да то и остваре није уродио плодом, што се видело и из изјава посланика у Народној скупштини да југословенско социјално законодавство спада у изузетно модерне правне прописе, који се могу поредити са нормама Француске или Сједињених Америчких Држава, док је стварност, по њиховом признању, далеко испод нормативних стандарда.

Недостатак лекара постао је горући проблем социјалне и здравствене политике[14]. Током 1932. године Југославија је имала 4.644 лекара, од чега је у градовима било 3.850, а на селу само 794, што је било мање него у Београду, где је живело 812 лекара. И они лекари који су наводно живели на селу боравили су по градовима, а на своја радна места одлазили су ретко, једном у две недеље.

У периоду од 1918. до 1932. године промењен је 31 министар социјалне политике и 25 министара народног здравља.

Уобичајено је било гледиште по коме је већина нервних поремећаја била уско повезана са анатомским променама, што је доводило до уочавања везе између „интелектуалних аномалија” и физичких недостатака[11]. Предрасуда, условљена оваквим понашањем, била је у ставу да дете са оваквим симптомима физичке инвалидности аутоматски постаје предмет специјалног школства.

За менталну ретардираност или, како су је тада називали, слабоумност, медицина није имала јединствен критеријум за дефинисање.

У зависности од типа оштећења, деца су подељена у три категорије, и то: дете са говорном маном било је на лествици „идиота” првог степена; глувонемо и слепо дете били су на нивоу „идиота” другог степена. Оба степена нису имала примарно медицински карактер, за разлику од детета ментално ометеног у развоју. што је био чисто медицински појам и означаван је „идиотизмом” трећег степена[3].

Са педагошког становишта постојала је посебна категоризација према способностима деце за образовање. По њој су слабоумни на нивоу дебила били способни за образовање и

васпитање. Имбецилна лица била су способна за васпитање али не и за образовање. Трећи степен обухватао је инвалиде неспособне и за образовање и за васпитање, који су добијали, нимало ласкав, епитет идиота. Најтежи облик слабоумности био је кретенизам. Такви инвалиди нису могли да науче читање и писање, а кретенизам је повезиван са неправилним радом штитне жлезде[12].

Међу предрасуде тадашње медицине убраја се и веровање да је могуће повући знак једнакости између душевне и физичке заосталости. Посебан куриозитет било је веровање да је известан проценат левака имао физичку инвалидност са могућим последицама на менталном плану.

Слика менталне и психичке инвалидности убрзано се мењала кроз цео 20. век.

Данас у Србији, према проценама утемељеним на критеријумима Светске здравствене организације, постоји између 600.000 и 800.000 особа са инвалидитетом. Најбројнију групу инвалида чине ментално недовољно развијена лица, којих, према подацима Савета друштва за помоћ ментално недовољно развијених у Србији, има 92.000, иако процене говоре о много већем броју. Главни проблеми ових особа, поред здравствених, јесу и слаби услови за школовање, мале шансе за запошљавање, тешко долажење до ортопедских помагала, као и даље присутна, својеврсна одбаченост од друштва.

Закључак

Слика менталне и психичке инвалидности током историје се мењала, почевши од праисторије, у којој је положај инвалида био много бољи него што би се то очекивало, преко средњег века, у коме је страх од инвалидности довео до лишавања и одбацивања, све до 20. века, када се менталној и психичкој инвалидности приступа знатно другачије. Данас, у готово свим развијеним земљама света, особе са инвалидитетом равноправно учествују у свим облицима јавног живота. Ситуација у неразвијеним земљама и даље је јако лоша.

Литература

1. From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol. Geneva: United Nations 2007; 14: 1-5.
2. Петровић Љ.: Поглед на инвалидност кроз историју. Hereticus 2004; 2(3): 49-77.
3. Campbell J.: Disability politics: understanding our past, changing our future. London: New Fetter Lane, 1996.
4. Charlton J.: Nothing about us without us: disability, oppression and empowerment. California: University of California Press, 1998.
5. Quinn G. A survey of international, comparative and regional disability law reform. In: Breslin ML, Yee S, eds. Disability rights law and policy - international and national perspectives. Ardsley, Transnational, 2002.
6. Lee R.: The demographic transition: three centuries of fundamental change. The Journal of Economic Perspectives 2003; 17: 167-190.
7. World report on disability 2011. WHO; World Bank 2011. Avaliable from URL: www.who.int/entity/mediacentre/events/...disabilities/en/index.html.
8. Берић Б.: Историја медицине и здравствене културе на тлу данашње Војводине. Нови Сад 1994; (1): 11-32, 39-59.
9. Цуцић В., Јовановић И.: Особе са инвалидитетом и окружење. Зборник радова „Особе са инвалидитетом и окружење“ 2001; 11-17.
10. Disabled persons - statistics and numerical data. WHO; World Bank 2011; 19-46.
11. Jenkins R.: Rethinking Ethnicity Arguments and Exploprations. London: SAGE Publications Ltd, 1997.
12. Голубовић З.: Антрополошка истраживања индивидуалног и колективног идентитета. Београд: Народна библиотека Србије, Београд, 1999.
13. Савић Љ.: Теорија и пракса специјалног школства у Србији до Другог светског рата. Београд: Савезни одбор савеза глувих Југославије, 1966.
14. Свирчевић М.: Један несентименталан приступ политици. Hereticus 2008; 2(6): 267-271.
15. Радојчић Н.: Законик цара Стефана Душана 1349. и 1354. Београд: Научно дело 1960; 104-137.

16. Николић К.: Страх и нада у Србији 1941-1944, свакодневни живот под окупацијом. Београд: Завод за удбенике и наставна средства Београд, 2002.

17. Јањић М.: Социјална медицина и стари у 20. веку. Gerontologija 2009; 36(1): 64-68.

Контакт: Др Наташа Михаиловић, Николе Пашића 1, 34 000 Крагујевац, тел: 034/504-532; моб: 065/220-5-630; фах: 034/331-344; e-mail: natalimihailovic@gmail.com

Приказ књиге

Зоран Живковић

“Филозофија живота” академика проф. др Светомира Стожинића

Издавач: Слобомир П., Универзитет Бијељина, 2011.

Ка добром здрављу и узвишеном животу

Књиге на тему филозофија живота, и у свету и код нас, одувек су привлачиле пажњу. Као нека врста подсетника или бревијара оне су представљале лични избор аутора из тог обиља сентенци и изрека знаменитих појединаца, али и народа, у целокупној светској цивилизацији. Када је савремени човек схватио да му опстанак у овом свету више гарантује победа над собом, а мање над природом, појавила су се та бројна дела на тему о филозофији нам живота свагдашњег.

Књигу под управо тим насловом недавно је издао један више него афирмисани лекар, др Светомир Стожинић, који је своју лекарску и научну каријеру крунисао звањем професора универзитета, а поготово избором у Руску академију медицинских наука и Бугарску академију медицинских наука.

Остварујући дуг и плодотворан живот у најхуманијој области човековог живота, борећи се за здравље других људи, након ласкавих академских звања и високих функција у здравственој делатности, др Стожинић је овом књигом приредио својеврсну духовну синтезу своје научне каријере и лекарске праксе.

Овај лични избор значајних мудрости из наше и светске културне ризнице, пре свега на тему смисла и тајне живота и здравља, потврђује колико сваки позив, а лекарски понајвише, у суштини почива на оплемењеном интелекту и деликатном духовном сензибилитету. Само такав човек, лекар поготово, може да разуме и одгонета тајне рођења, живота и смрти.

Поједностављено речено, знање је оно што стичемо у школама и књигама, али у животу се најчешће налазимо у ситуацијама да морамо изаћи из кола и наставити пешке ван утврђених путева.

Тако и у медицини, без обзира на њен развој, неке ствари и даље остају ван домета рационалног и материјалистичког и спадају у оно што зовемо онострано. Као да нас на то и убедљиво подсећа руска реч за лекара.

Дати хуманистички реалитет и смисао несазнатљивом у области медицине, а посебно у безизлазним ситуацијама, могу само они који нису само зналци, већ људи, лекари од духа и културе, које и сами морају препознати.

На више од 700 страна др Стожинић је направио један шири избор животних појава и феномена које утичу на живот и здравље савременог човека, и поводом сваког од њих направио избор сентенци, најчешће афористичних, у концепту дриблинга духа на малом простору, са намером да подсете ако већ не могу да подуче.

У овој амбициозно замишљеној књизи читалац се сусреће са многим познатим мислима наших и светских великана, али уз то открива још више нове, као одговор на суштинско питање у оквиру оног његошевског ‘’што је чоек а мора бит чоек’’.

Ова књига је очигледно зачета са идејом о корисном бревијару, који се убрзо отео и надрастао у неочекивани контрапункт кроз који сагледавамо једно разумевање своје, древне професије, али у исти мах представља један лични поглед на истору културе и цивилизације.

Колико год слави бљесак ума и вечни сјај мудрости, др Стожинић у исти мах сведочи да је за духовно и животно здравље, па и за животни смисао, каткада важнији ‘’грам доброте од оке памети’’.

Водећи нас преко изрека о најзначајнијим особинама човековим и друштва уопште, по-

некад кратко коментаришући и преко њих, аутор истим методама уводи и најважнија савремена питања која данас представљају предмет супротстављених полемика и гледања, као што су расправе на тему живот, смрт и еутаназија.

Због тога је ово упечатљива ауторска и више него корисна и занимљива похвала једној великој професији. Прожета искуством, она је и потврда оног најдуховнијег и најхуманијег у човеку. Без сумње и, наравно, и самом аутору.

In Memoriam

Проф. др Предраг Мићовић

Др Предраг Мићовић, професор Медицинског факултета Универзитета у Београду и експерт Светске здравствене организације, преминио у Београду септембра ове (2011) године и сахрањен је 13. септембра на Новом гробљу у Београду.

Професор Мићовић, светски експерт јавног здравља, изванредни професионалац и велики интелектуалац и хуманиста, родио се 1932. године у Кривој Паланци у Македонији. Мајка му је била учитељица, а отац лекар. После боравка у Скопљу извесно време, породица професора Мићовића доселила се у Зајечар 1941. године.

Отац професора Мићовића постаје познати зајечарски лекар и бива први директор Завода за здравствену заштиту у Зајечару. У Зајечару је професор Мићовић провео своје детињство, а затим је ту учио основну школу и гимназију, коју је завршио 1951. године. Те године је у Београду уписао Медицински факултет. После завршетка медицинских студија др Мићовић постаје асистент код професора др Радомира Герића на социјалној медицини у Хигијенском заводу у Београду.

Студије социјалне медицине професор Мићовић је похађао у Лондону. Већ 1968. године бива позван од стране Светске здравствене организације да ради у Африци у Абиџану и Нигерији, а њен експерт остаје до краја живота.

Од 1971. до 1973. године, тада доцент и директор Института за социјалну медицину и статистику Медицинског факултета Универзитета у Београду, др Мићовић ради на реализацији пројекта „Регионална организација здравствене службе“. После 1980. године професор Мићовић је у многим земљама ангажован као експерт СЗО за планирање у области јавног здравља. У Рангуну у Бурми припрема састанак, пишући програм и припремајући материјале. После тога он одлази у Хавану на Куби, где активно учествује на међународној конференцији о јавном здрављу, а после тога одлази на рад у Индију. У Пјонгјангу у Северној Кореји 1993. године учествује у припреми и раду међународне конференције о јавном здрављу. Једно време је боравио и у Непалу. У Индију се поново враћа 1988. године на челу мисије СЗО, са инструкцијама за реализацију стратегије „Менаџмент процес у националном развоју здравља“. Те године је путовао и у Нигерију у Африци.

Професор Мићовић од 1990. године ради у Женеви у седишту СЗО, где остаје до 1997. године. После тога професор Мићовић прелази на рад у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ у Београду, где ради на истраживањима у области јавног здравља. У то време он постаје и специјални саветник Европског центра за здравље и развој и професор на Мегатренд универзитету у Београду.

Радови професора Предрага Мићовића су у области јавног здравља и менаџмента у здравству. Познате су његове књиге „Глосар термина у вези здравља, здравствене заштите и здравственог менаџмента“, „Менаџмент здравственог система“, „Менаџмент здравља“, „Глосар термина у вези унапређења здравља, здравствене заштите и менаџмента здравствених институција“ и „Како постати успешан менаџер у здравству“.

Професор др Предраг Мићовић остао је до краја живота наш учитељ и пријатељ.

Уредник

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 e-mail адресу.

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

Обим рукописа

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

Кратак садржај

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

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

Табеле

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнад табеле приказује њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

Слике (фотографије)

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

Цртежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

Списак литературе

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

НАПОМЕНА: Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submited to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ у N. Eng. J. Med. 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