YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLII • FEBRUAR 2013. • BROJ 1

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLII

Број 1
ФЕБРУАР 2013. 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:
Проф. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:
Доц. др Мирослав Чавлин

Чланови:
Проф. др Марија Јевтић
Драган Морача дипл. правник
Проф. др Александар Вуксановић
Мр др Дејан Станојевић
Проф. др Саша Живић
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Проф. др Александар Павловић

Секретар:
Милка Томић-Каришик

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Драган Морача дипл. правник
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

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

Лектура/Коректура:
Босиљка А. Делић

Припрема за штампу:
Дарко Јовановић, Београд

Тираж:
500 примерака

Штампа:
Принтива, 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 именом 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.

САДРЖАЈ

Стручни и научни радови

Катарина Васиљевић–Пантелић, Љиљана Лештарић, Маријола Обрадовић, Александар Тимотић
1. ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИШТВА И ЗАДОВОЉСТВО ЖИВОТОМ 1

Љиљана Лазић, Споменка Марков, Јасмина Павловић Стојановић
2. ТЕОРИЈСКИ КОНЦЕПТ ЕВАЛУАЦИЈЕ ЗДРАВСТВЕНО–ВАСПИТНИХ ПРОГРАМА У ЗАЈЕДНИЦИ 9

Радмила Кандић, Драгана Трифуновић Балановић, Гордана Маринковић, Драгана Тодоровић, Љубомир Ердоглија, Сњежана Лончар, Олга Дурлевић
3. ПРОГРАМСКЕ И КАМПАЊСКЕ ЗДРАВСТВЕНО–ВАСПИТНЕ АКТИВНОСТИ ДОМА ЗДРАВЉА ЗВЕЗДАРА 19

Тамара Каматовић, Сања Коцић, Снежана Радовановић, Светлана Радевић, Наташа Михаиловић
4. ЖЕНЕ ПИОНИРИ У СТОМАТОЛОГИЈИ 37

Наташа Стојковић, Слободан Суботић
5. ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ ФЛУОРИЗАЦИЈА ВОДЕ 43

Сафет Љешњанин
6. КОРИШЋЕЊЕ УСЛУГА ГИНЕКОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ТЕРИТОРИЈИ ОПШТИНЕ ПЛАВ 53

Лидија Ивановић, Веселин Меденица, Сања Трговчевић, Драгана Кљајић, Радица Драгојловић-Ружичић
7. СОЦИЈАЛНА ПАРТИЦИПАЦИЈА ОСОБА СА МУЛТИПЛОМ СКЛЕРОЗОМ У ОДНОСУ НА КАРАКТЕРИСТИКЕ БОЛЕСТИ 62

Бојана Петровић, Милица Комненић, Александар Љубић, Виолета Јоксимовић, Оливера Лекић Миладиновић
8. ХРОМОЗОМСКЕ АБЕРАЦИЈЕ КАО УЗРОК СПОНТАНИХ ПОБАЧАЈА У ОДНОСУ НА СТАРОСТ ТРУДНИЦЕ 79

Ивица Здравковић
9. ИНТРААРТИКУЛАРНЕ И ПЕРИАРТИКУЛАРНЕ ИНФИЛТРАЦИЈЕ КОРТИКО-СТЕРОИДИМА–БЕЗБЕДНОСТ И ЕФИКАСНОСТ 83

Душанка Крајновић, Драгана Јоцић, Андријана Милошевић Георгиев
10. ЕТИКА У САВРЕМЕНОЈ ФАРМАЦЕУТСКОЈ ПРАКСИ 88

Упутство ауторима 101

Стручни и научни радови UDK BROJEVI: 613/614 (497.11)

ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИШТВА И ЗАДОВОЉСТВО ЖИВОТОМ

Катарина Васиљевић-Пантелић[1], Љиљана Лештарић[2], Маријола Обрадовић[3], Александар Тимотић[4]

PUBLIC HEALTH AND THE LIFE SATISFACTION

Katarina Vasiljević-Pantelić, Ljiljana Leštarić, Marijola Obradović, Aleksandar Timotić

Сажетак

Савремена здравствена заштита ставља у центар пажње квалитет живота, јер људи желе да живе пуним, активним и делотворним животом кроз цео животни век, а не само да преживљавају у случају болести. Према таквом схватању, квалитет живота укључује функционалну способност, степен социјалне интеграције, психичко благостање, соматске карактеристике и опште задовољство сопственим животом.

Основни циљ рада је да се сагледају главни елементи здравља и квалитета живота и задовољство животом. Све то је сагледано по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, образовању и имућном стању.

Остварујући циљ рада анализирани су подаци обимног анкетног истраживања које је извршио Институт за јавно здравље Србије.

Резултати су показали да 23,6% становника Србије своје здравље оцењује као добро, 31,8% као просечно, а 38% као лоше и прилично лоше. Да је здравље исто као и претходне године сматра 55,7%, а 25% да је лошије. Око 39% њих сматра да су сами одговорни за своје здравље, нарочито мушкарци.

Исправан став о одговорности за сопствено здравље има четвртина школске деце, а 24,4% одраслог становништва, највише у Београду и осталим градским насељима, затим мушкарци млађих узраста, образованијих и имућнијих становника. Као највишу животну вредност школска деца сматрају бављење политиком, бизнис, религију итд, а одрасло становништво такође на прво место ставља бављење политиком, затим бизнис, религију итд, а на последње стављају здравље.

Као разлог незадовољства садашњим животом школска деца на прво место стављају новчану ситуацију, затим школу/посао, политичку ситуацију итд, а одрасли такође новчану ситуацију, политичку ситуацију, посао, здравље итд. Ови ставови су израженији код становника сеоских насеља, мушкараца, мање образованих и сиромашнијих становника.

Кључне речи: *Здравље, задовољство животом, квалитет живота.*

Summary

Modern health care brings to attention the quality of life, because people want to live a full, active and effective life throughout the life cycle, not just to survive in the event of illness. According to this understanding of quality of life including functional ability, the degree of social integration, psychological well-being, somatic characteristics and overall satisfaction with their lives.

The main objective of this paper is to review the main elements of health and quality of life and life satisfaction. All this was seen by the territorial parts of Serbia, settlement type, sex and age, education, and prosperous state.

Achieving the goal of this paper, a large-scale data were analyzed of research survey conducted by the Institute of Public Health of Serbia.

The results showed that 23.6% of the population of Serbia see their health as good, 31.8% as average, and 38% as poor and very poor. That health is the same as the previous year is considered 55.7%, and 25% worse. About 39% of them believe that they are responsible for their own health, especially men.

The proper attitude of responsibility for their own health has a quarter of school children and 24.4% of the adult population, mostly in Belgrade and other urban settlements, men younger age, better educated and wealthier population. Like most of life's worth of school children considered politics, business, religion and so on. And the adult population also puts the politics, then business, religion and so on, and at last put health.

As a reason for dissatisfaction with current life of school children in the first place the financial situation, then school/business, political situation, etc. And adults also financial situation, the political situation, job, health, etc. These attitudes are more pronounced in the rural villages, men, less educated and poorer residents.

Keywords: health, life satisfaction, quality of life.

[1]Др Катарина Васиљевић-Пантелић, Дом здравља Уб.
[2]Др Љиљана Лештарић, Дом здравља Уб.
[3]Мр сц. мед. др Маријола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“, Београд.
[4]Мр Александар Тимотић, Каритас, Беч.

УВОД

Здравље је стање динамичке равнотеже између човека и његове физичке и социјалне околине. Оно се састоји из био-психосоцијалних компоненти индивидуе и еколошко–социјалних компоненти околине. То значи да је здравље резултат ендогених, наследних чинилаца и оних који се јављају у току развоја плода пре рођења и егзогених, који окружују човека читавог живота[1].

Између човека и његове околине постоји сталан динамичан однос у облику интеракције међусобних утицаја–својим активностима човек мења своју околину, али се под њеним утицајем мења и он сам. На тај начин се човек, под утицајем свог окружења у коме се рађа, расте и сазрева, од чисто биолошког постепено претвара у биосоцијално биће[2].

Пошто се здравље сматра процесом динамичке равнотеже човека и његове околине, та болест представља неспособност или немогућност успостављања те равнотеже[3]. На основу савременог концепта здравље се схвата као људско благостање и задовољство животом и као „способност за вођење економски и социјално продуктивног живота“ (СЗО).

Данас здравствена заштита у центар пажње све више ставља квалитет живота, што је подстакнуто жељом људи да живе пуним, активним и делотворним животом кроз цео животни век, а не да, у случају болести, само преживљавају. Према таквом схватању, квалитет живота укључује функционалну способност, степен социјалне интеракције, психичко благостање, соматске карактеристике и опште задовољство сопственим животом[4].

ЦИЉ И МЕТОД РАДА

Основни циљ рада је да се сагледају основни елементи здравља и квалитета живота и задовољство животом и то по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, образовању и имућном стању становништва Србије.

У том циљу су анализирани подаци обимног анкетног истраживања које је у два наврата (2000. и 2006. године) спровео Институт за јавно здравље Србије.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Становништво Србије је своје здравље оценило као добро и релативно добро у 23,6% случајева, као просечно 38,1%, а лоше и прилично лоше у 38% случајева.

Табела 1. *Оцена здравља у односу на претходну годину.*

Оцена здравља	Број			%		
	Мушко	Женско	Свега	Мушко	Женско	Свега
Лошије	1114	1702	2816	21,0	28,6	25,0
Исто	3232	3044	6276	61,0	51,1	55,7
Боље	394	533	927	7,4	8,9	8,2
Без оцене	560	682	1242	10,6	11,4	11,1
УКУПНО	5300	5961	11261	100,0	100,0	100,0

Према подацима табеле 1, највећи број испитаника (55,7%) оцењује своје здравље истим као и претходне године, а 25% да је лошије, док само 8,2% сматра да је боље. Да им је здравље исто сматра знатно већи проценат мушкараца него жена, а да је боље или лошије више су се изјасниле жене.

Табела 2. *Ставови о свом здрављу по полу.*

Ставови о здрављу	Број испитаника			%		
	Мушко	Женско	Свега	Мушко	Женско	Свега
Бићу здрав ако бринем о себи.	3978	4261	8239	38,3	36,7	37,5
И ако бринем, разболећу се.	721	942	1663	6,9	8,1	7,6
Одговорни смо за своје здравље.	4198	4362	8560	40,5	37,6	38,9
Здравље је чиста срећа.	1479	2046	3525	14,3	17,6	16,0
УКУПНО	10376	11611	21987	100,0	100,0	100,0

Кад је реч о ставовима о здрављу, око 39% сматра да је сам одговоран за своје здравље, нарочито мушкарци (табела 2). Затим ако брине о свом здрављу, биће здрави – сматра 37,5% испитаника, опет више мушкараца него жена. Да је здравље чиста срећа сматра 16% испитаника, знатно више жена.

Табела 3. *Мишљење о сопственој личности.*

Ставови и мишљења	Број анкетираних			%		
	Мушко	Женско	Свега	Мушко	Женско	Свега
Здрава сам особа.	2852	2636	5488	17,7	15,8	16,7
Волим себе какав сам.	3279	3333	6612	20,3	19,9	20,1
Не слажем се лако с другим.	1143	1134	2277	7,1	6,8	6,9
Сувише лако одустајем.	517	700	1217	3,2	4,2	3,7
Тешко се концентришем.	583	771	1354	3,6	4,6	4,1
Задовољни породичним односима.	3705	3743	7448	23,0	22,4	22,7
Воли кад је окружен другим особама.	4038	4397	8435	25,1	26,3	25,8
УКУПНО	16117	16714	32831	100,0	100,0	100,0

Шта испитаници мисле о себи показују подаци табеле 3, из које се види да је највећи број изјавио да им је пријатно кад су окружени другим особама (25,8%) и да су задовољни породичним односима (22,7%), затим да воле себе (20,1%) и да су здрави (16,7%). При овоме мушкарци су углавном у већем проценту давали наведене одговоре.

Табела 4. *Тешкоће при напору.*

Тешкоће	Број анкетираних			%		
	Мушко	Женско	Свега	Мушко	Женско	Свега
При пењању уз степенице	1884	3326	5210	41,3	43,5	42,7
При трчању 100м	2674	4318	6992	58,7	56,5	57,3
УКУПНО	4558	7644	12202	100,0	100,0	100,0

Здравствене тешкоће при пењању уз степенице и трчању стотинак метара има велики број испитаника (42,7% и 57,3%) и то при пењању уз степенице више жене, а при трчању мушкарци.

Табела 5. *Ранг животних вредности школске деце.*

Показатељи		Имају правилан став о здрављу	Просечан ранг (у %)								
			Срећа у љубави	Пуно пара	Добро здравље	Занимљив посао	Бављење политиком	Бизнис	Мир	Слобода	Религија
Територија	Београд	43,9	3,2	4,3	1,8	5,0	8,4	6,6	3,9	4,0	6,8
	Војводина	21,1	3,0	4,0	2,0	4,9	8,1	6,2	4,0	4,4	6,9
	Ц. Србија	20,5	3,1	3,7	2,0	5,1	8,2	6,4	3,2	4,5	6,8
	Србија	25,3	3,1	3,9	2,0	5,1	8,2	6,4	3,9	4,4	6,8
Тип насеља	Градски	31,5	3,1	4,0	2,0	5,1	8,1	6,4	3,9	4,3	6,8
	Остали	26,9	3,0	3,7	2,0	5,2	8,2	6,4	4,0	4,6	6,9
Пол	Мушко	24,9	3,3	3,5	2,1	4,9	8,0	6,0	4,1	4,6	7,0
	Женско	25,7	2,8	4,2	1,9	5,3	8,3	6,7	3,8	4,2	6,6
Узраст	7 до 11	18,5	3,2	3,4	2,1	5,1	8,0	6,3	3,8	4,3	6,6
	12 до 14	26,0	3,1	4,1	1,9	5,1	8,2	6,4	3,9	4,3	6,8
	15 до 19	31,0	2,8	4,2	2,0	5,1	8,3	6,4	4,1	4,5	7,0
Имовинско стање	Најсиромашнији	16,4	3,0	3,2	2,2	5,0	8,2	6,4	4,1	4,7	7,0
	Најимућнији	36,1	3,2	4,4	1,9	5,1	8,2	6,4	3,9	4,2	6,7

Према подацима табеле 5, исправан став о свом здрављу има 25,3% становника Србије, највише Београђана и уопште становника градских насеља, жене, старија деца и најимућнији. На рангу животних вредности школска деца су се највише изјаснила за бављење политиком и религију, затим бизнис, занимљив посао итд. Интересантно је да је добро здравље на задњем месту. У односу на све остале показатеље, нема значајнијих разлика.

Ранг животних вредности одраслог становништва приказан је на табели 6.

Табела 6. *Ранг животних вредности одраслог становништва (%).*

ПОКАЗАТЕЉИ		Бављење политиком	Бизнис	Религија	Занимљив посао	Пуно пара	Слобода	Срећа у љубави	Живот у миру	Добро здравље	Имају правилан статав о здрављу
Територија	Београд	8,6	6,9	6,9	5,2	4,9	4,2	3,5	3,5	1,4	43,5
	Војводина	8,4	6,7	6,8	5,3	4,7	4,4	38	3,3	1,5	18,6
	Ц. Србија	8,4	6,7	6,6	5,4	4,5	4,4	42	3,6	1,5	19,8
	Србија	8,4	6,8	6,7	5,4	4,6	4,4	3,8	3,5	1,5	24,4
Тип насеља	Градски	8,4	6,7	6,9	5,2	4,7	4,4	3,7	3,5	1,5	29,4
	Остали	8,4	6,8	6,5	5,6	4,4	4,4	4,0	3,5	1,4	17,9
Пол	Мушки	8,3	6,6	6,9	5,3	4,5	4,4	3,9	3,6	1,5	25,9
	Женски	8,5	7,0	6,5	5,5	4,7	4,3	3,7	3,4	1,4	22,8
Добне групе	20 до 34	8,4	6,5	7,1	5,1	4,5	4,8	3,0	4,0	1,7	30,7
	35 до 44	8,5	6,6	7,0	5,2	4,6	4,6	3,4	3,7	1,5	27,0
	45 до 54	8,4	6,7	6,0	5,3	4,6	4,4	3,9	3,5	1,5	25,2
	55 до 64	8,3	6,9	8,6	5,6	4,6	4,1	4,2	3,2	1,4	21,5
	65 до 74	8,3	7,1	6,2	5,8	4,7	3,9	4,5	3,1	1,4	17,5
	75 и више	8,2	7,2	5,9	6,0	4,8	3,7	4,8	3,0	1,3	17,1
Образовање	Основно	8,4	7,0	6,2	5,9	4,3	4,1	4,4	3,3	1,4	14,8
	Средње	8,4	6,6	7,0	5,2	4,6	45	35	36	15	27,3
	Високо	8,3	6,6	7,0	4,9	5,2	44	35	36	15	38,5
Имовинско стање	Најсиромашније	8,3	7,0	6,3	5,7	4,3	42	43	34	15	14,1
	Најимућније	8,3	6,7	7,0	5,0	5,0	44	34	37	15	42,1

Одрасло становништво Србије у 24,4% случајева има исправан став о одговорности за сопствено здравље, а највише Београђани и уопште становници градских насеља, мушкарци, млађи, образованији и имућнији становници (табела 6).

На листи животних вредности, на прво место стављају бављење политиком (8,4%), затим бизнис, религија, имати занимљив посао, пуно пара итд, а на последњем месту је добро здравље. Нема значајнијих разлика по територијалним јединицама Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовању и имућном стању.

Табела 7. *Разлози незадовољства школске деце садашњим стањем (%).*

ПОКАЗАТЕЉИ		Просечна оцена задовољства	Потпуно задовољство	Новчана ситуација	Школа/посао	Љубав, живот	Политичка ситуација	Друг/другарица	Сопствени живот	Породица
Територија	Београд	8,5	45,1	31,4	21,3	6,2	8,5	5,3	4,3	3,3
	Војводина	8,3	42,2	30,6,	16,9	12,3	9,8	6,9	6,0	3,6
	Ц. Србија	8,0	42,6	34,9	13,8	11,5	11,5	7,3	3,9	3,6
	Србија	8,2	43,3	33,5	16,5	11,1	10,9	7,0	4,7	3,5
Тип насеља	Градски	8,3	45,0	30,8	17,6	9,6	9,8	6,3	5,1	3,9
	Остали	8,1	38,6	37,2	15,0	13,3	12,4	8,0	4,2	3,0
Пол	Мушки	8,2	41,5	36,0	18,0	9,5	13,5	6,7	3,8	2,8
	Женски	8,3	43,0	31,1	15,1	12,7	8,4	7,3	5,6	4,2
Добне групе	7 до 11	8,6	60,2	21,2	11,1	4,7	4,6	7,5	1,7	2,6
	12 до 14	8,3	41,4	31,6	20,7	9,3	9,2	8,4	5,0	3,0
	15 до 19	7,7	26,7	46,0	18,5	18,3	17,7	5,7	7,2	4,7
Имовинско стање	Најсиромашнији	7,5	31,0	51,2	14,7	12,0	9,1	7,9	5,9	6,5
	Најимућнији	8,7	52,1	21,7	16,7	9,4	9,3	6,9	4,4	2,8

Садашњим стањем задовољно је 42,3% школске деце у Србији са просечном оценом задовољства 8,2. Задовољство и просечна оцена задовољства је веће код становника Београда и уопште градских насеља, жена, млађих и најимућнијих ученика.

Као разлог незадовољства на првом месту је новчана ситуација, затим школа/посао, љубавни живот, политичка ситуација итд. Ово је углавном изразитије код деце из сеоских насеља, мушке, старије и најсиромашније деце.

Табела 8. *Разлози незадовољства одраслих садашњим стањем (%).*

ПОКАЗАТЕЉИ		Незадовољство									
		Приходима	Пол. ситуацијом	Послом	Здрављем	Самћом	Самим собом	Родбином	Пријатељима комшилуком	Друго	Нема соц. подршку
Територија	Београд	61,8	32,4	22,8	19,3	7,9	10,8	8,6	2,2	8,9	4,8
	Војводина	63,5	32,2	24,8	19,8	8,0	8,7	9,9	4,0	4,7	6,2
	Ц. Србија	62,7	33,0	24,2	19,8	7,7	7,4	9,3	5,2	3,1	8,0
	Србија	62,8	32,6	24,3	19,9	7,8	8,2	9,3	4,4	4,8	6,8
Тип насеља	Градски	61,9	33,6	24,8	18,8	7,3	8,6	7,2	3,8	5,3	6,5
	Остали	63,9	31,3	23,6	21,3	8,4	7,4	9,5	5,3	4,2	7,2
Пол	Мушки	63,8	37,7	26,8	17,5	6,3	7,8	8,1	3,9	4,5	6,9
	Женски	61,7	27,0	21,4	22,5	9,4	8,6	10,7	5,1	5,1	6,7
Узраст	20□34	63,7	29,2	33,9	4,9	9,7	8,1	7,0	4,9	5,6	4,0
	35□44	68,0	35,8	36,1	8,7	4,0	9,2	13,4	4,5	4,5	6,6
	45□54	67,0	36,7	32,0	16,7	5,4	7,9	9,8	3,7	5,3	8,1
	55□64	62,2	37,1	16,0	28,6	7,3	7,2	10,6	5,5	4,3	7,2
	65□74	58,8	30,4	6,0	37,6	13,3	7,8	10,3	3,7	4,0	8,2
	75 и више	49,6	23,9	4,3	44,4	19,7	9,3	11,9	4,1	4,4	9,1
Образовање	Основно	64,2	26,2	16,0	31,4	11,0	8,4	11,5	5,0	3,7	9,3
	Средње	65,4	34,3	29,9	13,7	5,4	7,8	8,0	4,1	5,1	5,6
	Високо	50,0	42,6	24,9	12,9	6,3	9,1	8,7	4,0	6,4	4,6
Имовинско стање	Најсиромашнији	68,7	25,4	22,0	26,7	12,4	8,7	13,5	5,1	3,9	12,3
	Најимућнији	53,3	37,0	23,2	13,1	6,4	9,8	8,3	3,3	7,6	3,9

Подаци табеле 8 показују да је главни разлог незадовољства садашњим животом одраслог становништва лоше материјално стање (приходи), затим политичка ситуација, посао, здравље итд. Ови разлози су израженији код становника сеоских насеља, мушкараца, мање образованих и сиромашнијих становника.

ЗАКЉУЧАК

Становништво Србије је своје здравље оценило као добро и релативно добро у 23,6% случајева, као просечно у 38,1%, а лоше и прилично лоше у 38% случајева. У односу на претходну годину, 55,7% сматра да је здравље исто, 25 % да је лошије, а 8,2 да је боље.

Око 39% испитаника сматра да су сами одговорни за своје здравље, нарочито мушкарци. Здравствене тешкоће при пењању уз степенице има око 43%, а при трчању стотинак метара 57,3% испитаника. Ипак 16,7% испитаника сматра да су здраве особе, посебно мушкарци.

Исправан став о сопственој одговорности за здравље има четвртина школске деце Србије, више београдске и уопште градске, женске, старије и имућније деце. Као највишу животну вредност ова деца сматрају бављење политиком, затим религију, бизнис, затим занимљив посао, пуно пара итд, а на последње место стављају здравље.

Садашњим стањем је задовољно 42,3% школске деце, израженије код београдске деце и уопште деце градских насеља, женске, млађе и најимућније деце. Као разлог незадовољства на прво место стављају новчану ситуацију, затим школу/посао, љубавни живот , политичку ситуацију итд.

Главни разлог незадовољства одраслог становништва је доходак, затим политичка ситуација, посао, здравље итд. Ови разлози су израженији код становника сеоских насеља, мушкараца, мање образованих и сиромашнијих становника.

ЛИТЕРАТУРА

Тимотић Б. и сар, *Социјална медицина*, Веларта, 2000.

Тимотић Б, *Увод у медицину*, Елит медика, Београд, 2004.

Тимотић Б, Јањић М, *Примарна здравствена заштита*, Елит медика, Београд, 2004.

Обрадовић М, *Развој службе за здравствену заштиту жена и њена активност на очувању и унапређењу здравља*, Магистарска теза, Медицински факултет универзитета у Крагујевцу, Крагујевац, 1998.

Контакт: Др Катарина Васиљевић-Пантелић, Дом здравља Уб.

Стручни и научни радови UDK BROJEVI: 37.03:613

ТЕОРИЈСКИ КОНЦЕПТ ЕВАЛУАЦИЈЕ ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНИХ ПРОГРАМА У ЗАЈЕДНИЦИ

Љиљана Лазић[1], Споменка Марков[2], Јасмина Павловић Стојановић[3]

EVALUATION THEORETICAL CONCEPTS OF HEALTH-EDUCATION PROGRAMS IN THE COMMUNITY

Ljiljana Lazić, Spomenka Markov, Jasmina Pavlović Stojanović

Сажетак

Евалуација здравствено-васпитних програма битан је сегмент у вођењу једног програма, имајући у виду време у коме живимо, друштвене околности и целокупну ситуацију у свету. Све што се ради мора бити засновано на доказима, уочени проблеми и препреке у менаџменту програмима морају се исправљати у току самих програма, зато мора да постоји прецизна процедура којом се све може пратити и доказати.

Циљ је да се сагледа теоријски концепт процеса евалуације здравствено-васпитних активности и све снаге и слабости.

Метод јесте квалитативна анализа и претраживање постојеће литературе, анализа појмова, њихова теоријска подлога, практична примена и проблеми са којима се сусрећу стручњаци у области евалуације здравствено-васпитних програма.

Резултати показују да су многи теоретичари значајно радили на евалуацији програма у области здравственог васпитања, као и на проблемима које процес евалуације носи са собом.

Евалуација се према њима може дефинисати као систематско прикупљање, анализа и тумачење података с циљем одређивања вредности друштвене политике или програма. Најчешће се дефинишу пет димензија извршења програма: значајност, прогрес, успешност, утицај и ефикасност.

Закључак је да евалуација представља системски процес мерења обима до кога су здравствено -васпитне активности достигле свој циљ, оцењује његов квалитет, анализира однос постигнутог циља, предузетих мера и утрошених средстава.

Резултати евалуације морају бити реални, показују ефикасност, ефективност и корист тог здравствено-васпитног програма.

Кључне речи*: евалуација, здравствено-васпитање, мониторинг, менаџмент, здравствено-васпитни програм.*

Summary

Evaluation of health-educational programs is an essential element in managing a program, given the times we live in, social circumstances and the overall situation in the world. Everything that is done has to be based on evidence, perceived problems and obstacles in the management of programs must be corrected during the exact programs, therefore there has to be a precise procedure to monitor and verify everything.

The aim is to realise the theoretical concept of the process of evaluation of health-educational activities and all strong points and weaknesses.

The method is a qualitative analysis and the search of already existing literature, analysis of concepts, their theoretical background, practical applications and problems professionals are facing with in the field of evaluation of health-educational programs.

The results show that many theorists have significantly worked both on the program of evaluation in health education, and on the problems that the evaluation process brings.

Evaluation, according to them, can be defined as the systematic gathering, analysis and interpretation of data in order to determine the value of social policy or program. Mainly five dimensions of performance are defined: significance, progress, effectiveness, impact and efficiency.

The conclusion is that the evaluation is a systematic process of measuring the extent to which the health-educational activities have reached their target, assesses its quality, analyses the ratio of the achieved goal, the undertaken measures and spent funds.

The evaluation results must be realistic, showing the efficiency, effectiveness and benefits of the health-educational program.

Key words*: evaluation, health education, monitoring, management, health-educational program.*

[1]Др Љиљана Лазић, специјалиста социјалне медицине и менаџмента у здравству, субспецијалиста здравственог васпитања, Завод за јавно здравље Панчево, Панчево.

[2]Др Споменка Марков, специјалиста социјалне медицине и менаџмента у здравству, Завод за јавно здравље Панчево, Панчево.

[3]Др Јасмина Павловић Стојановић, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Панчево, Панчево.

1. УВОД

Евалуација здравствено-васпитних програма је битан сегмент у вођењу једног програма, можда данас више него икада, имајући у виду време у коме живимо, друштвене околности и целокупну ситуацију у свету. Ако се тежи томе да све што се ради мора да буде засновано на доказима и да се уочени проблеми и препреке у менаџменту програмима могу исправљати у току самих програма, мора да постоји прецизна процедура којом се све то може пратити и доказати. Зато се евалуација може дефинисати као систематски процес мерења обима до кога су активности достигле своје циљеве, оцене квалитета постављених циљева и однос постигнутих циљева, предузетих мера и утрошка средстава[1].

Она има задатак да документује успешност једног програма односно да изврши анализу да ли је за уложена средства програм дао најбоље могуће резултате, односно да потврди сврсисходност здравствено-васпитних програма. Имајући у виду да су у протеклом периоду спровођени бројни здравствено-васпитни програми са мање или више успеха, са или без евалуације истих, неопходно је добро познавање и спровођење метода евалуације програма.

2.ЦИЉ

Циљ рада јесте, да се сагледа теоријски концепт процеса евалуације здравствено-васпитних активности ценећи све снаге и слабости на које се може наићи.

3. МЕТОД

Коришћен је квалитативни метод рада, претраживања постојеће литературе, анализа појмова, њихова теоријска подлога, практична примена и проблеми са којима се сусрећу стручњаци у области евалуације здравствено -васпитних програма.

4. РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА

Вршена је анализа теоријског концепта појмова у вези са евалуацијом здравствено -васпитних активности и сагледана су бројна тумачења ових активности. Многи теоретичари су се осврталн на значајност рада на евалуацији програма у области здравственог васпитања, као и на проблеме које процес евалуације носи са собом.

Здравствено–васпитни програми прате светске трендове и у другим областима, развој науке и технике, развоја информационих технологија, а све у циљу да активности на унапређењу здравља буду у тренду са потребама и интересовањима како појединца, тако и заједнице.

4.1 Појам евалуације

Евалуација представља и повратни механизам конструисан у циљу добијања релевантних информација за доношење одлука у процесу руковођења[2]. Евалуација је и пут до научно утемељених програма или стратегија, објективни процес чији је циљ утврђивање успеха неке стратегије или програма о томе да ли је и у којој мери стратегија или програм остварио своје циљеве и задатке[3].

Све ове дефиниције имају циљ да нам разјасне шта заправо представља евалуација, колико је то сложени процес и који су то принципи којих се придржава. Такође на основу различитих дефиниција евалуације и различитог приступа тумачења процеса евалуације, његових компоненти, постоје бројне поделе процеса евалуације. Једна од њих је и подела према Мобергу, која се може дефинисати и као систематско прикупљање, анализа и тумачење података с циљем одређивања вредности друштвене политике или програма. Исти аутор дефинише пет димензија извршења програма: значајност, прогрес, успешност, утицај и ефикасност[4].

Према овим димензијама, и евалуација се може поделити на:

а) **Евалуација значаја или важности (relevance evaluation)**, назива се још и формативна евалуација или процена потреба, која се односи на активности усмерене на то да процене да ли је програм стварно потребан и да ли је намењен онима којима треба. Најчешће користи квалитативне методе.

б) **Евалуација процеса или прогреса (progress evaluation**), односи се на процену програма у извођењу и оцену да ли се програм развија према дефинисаном плану. Најчешће се користе комбинација квалитативних и квантитативних метода.

в) Евалуација успешности (effectiveness evaluation), односи се на процену да ли резултати, односно ефекти програма одговарају постављеним циљевима. Најчешће се користе комбинација квалитативних и квантитативних метода.

г) Евалуација утицаја (impact evaluation) анализира параметре колико је програм утицао на заједницу или на појединце или колико резултати програма могу да утичу на здравствено стање становништва. Најчешће се користе комбинација квалитативних и квантитативних метода.

д) Евалуација ефикасности (efficiency evaluation) представља довођење у везу резултата и ефеката одређеног програма са свим средствима који су у њему коришћени, почев од материјалних, кадровских, опреме итд. Ова евалуација спада у домен економске евалуације. Најчешће се користе квантитативне методе.

Здравствени евалуатори су у протеклом периоду више били окренути болести него здрављу. Када су се изборили да се здравствено-васпитни рад окрене здрављу као главној окосници, било је јако мало здравствено-васпитних програма који су акценат стављали на здравље. Евалуација тих здравствено-васпитних програма била је јако спора. Требало је процесом евалуације доказати да су здравствено-васпитни програми који су окренути здрављу далеко бољи и да дају већи здравствени ефекат од оних који су окренути болести. У томе велику улогу има добро вођена евалуација. Зато су у последњих двадесет година многи аутори из читавог света дали јако велики значај поступку евалуације програма, што је довело до одговарајућег развоја квалитета и врсте одређених здравствено-васпитних програма[5].

Зашто је данас толико важна евалуација, односно „заснованост на доказима“? (Докази су параметри које помажу формирању закључака или судова)[6]. Разлози су:

- ресурси и приоритети,
- чињеницама вођена политика,
- на чињеницама заснована медицина,
- професионализам,
- етика,
- значај транс- и мултидисциплинарног приступа,
- интерес корисника.

Поред добрих разлога за успостављање процеса евалуације, постоје и бројне препреке које могу бити[7]:

- **психолошке**: мањак интереса и ангажованости, страх од „негативне евалуације“, мањак искуства и способности,
- **техничке**: мањак добрих приручника, готових инструмената за рад (алата), низак ниво знања о евалуационим техникама и процедурама,
- **финансијске**: средства која су на располагању менаџерима за евалуацију су ограничена (или не постоје).

Целокупна програмска евалуација, ради лакшег праћења и разумевања, може се поделити на неколико компоненти: а) социјално програмирање, б) вредновање, в) формирање знања, г) примена знања и д) евалуациона пракса[8].

а) Социјално програмирање представља систематично проучавање програма у контексту његовог утицаја на одређене околности у заједници[8]. Тако, без обзира на то којим питањем се бави евалуација, евалуатори би морали да запамте да се одређена добијена информација објашњава на локалном нивоу помоћу једноставног начина одвијања тог програма у односу на друштвени проблем којим се бави[8].

б) Вредновање програма представља процес којим се оцењује неки програм након евалуације.

в) Формирање знања представља врло важан аспект код евалуације програма посебно за лица која се баве евалуацијом програма из разлога поседовања нивоа знања и велике ширине у овој области[8]. Сматрало се да они који се баве евалуацијом програма то могу да чине на бази расположивог знања из области основних природних и друштвених наука. Међутим методологија евалуације програма мора бити скуп разноврсних ефеката и метода које ће помоћи код евалуације конкретних програма.

г) Примена знања јесте битан елеменат евалуације. Примена резултата је нарочито битна доносиоцима одлука у вези са конкретним здравствено–васпитним програмима. Постоји инструментална, концептуална и подстицајна примена података евалуације. Инструментална примена се односи на конкретну примену резултата конкретног програма, која одмах може да послужи сврси[8].

Концептуална употреба се дефинише као употреба резултата евалуације да би се утицало на размишљање о проблемима на мало општији начин, без утицаја на конкретне програме.

Подстицајна примена која је представљена већим делом ван домашаја оних који врше евалуацију, описује се као „евалуациони резултати који се користе било да одбране или нападну неке политичке ставове“[8]. Људи обично користе резултате подстицајне примене када су у позицији да утичу на политичке одлуке или политичаре лично.

Евалуација се, како је дато у графикону 1, може поделити на основу времена и врсте питања на:

- Структурну евалуацију: Анализира концептуални модел програма, садржаје и циљеве.
- Евалуацију поступка: Анализира поступак и програмске активности.
- Евалуацију резултата: Анализира тренутни учинак и резултате.

Графикон 1. *Однос евалуационих питања и тока програма.*

Извор: Moberg P, Evaluation of preventions programs. A basic guide for practitioners. Madison, Wisconsin: Wisconsin Clearinghouse 1984. [4]

Евалуација резултата у здравствено-васпитним програмима ради се да би се показао учинак интервенције и њена могућност да се прошири на шири круг становништва, да се програми и интервенције које се евалуирају темеље на теоријским моделима понашања и моделима промене, као и да дизајн евалуације мора да води рачуна и о питањима вере, ставова, понашања и других вредности који су везани за интервенцију јер и од њих зависе резултати интервенције[9].

д) Евалуациона пракса је много мање заступљена у стручној литератури од теоријског концепта евалуације.

Одмах су се појавили проблеми, захтеви за евалуацијом су порасли, поготову од стране финансијера програма.

Кључна питања које се намећу сама по себи јесу да ли прихватити евалуацију као појам, која је њена сврха, улога, која је улога онога ко врши евалуацију и када и у које сврхе треба користити резултате евалуације и на који начин. У евалуационој пракси се показало да је евалуација врло комплексна ствар, да је веома тешко спровести је за одговарајући програм. Тешко је тумачити добијене резултате и представити корисницима на прави начин.

4.2. Принципи евалуације

Према неким ауторима, постоје три основна принципа евалуације[8].

Први принцип се односи на принцип партиципативности, односно учешћа заједнице у евалуацији здравствено-васпитних програма. Учествовање заједнице није једина битна карактеристика унапређења здравља, али такође помаже у погледу три друга аспекта[8]. Помаже у идентификовању ставова припадника интересне групе, нарочито оних мање моћних, повећава степен уважавања сврхе евалуације и разумевања и прихватања њених резултата и подстиче одлучност да се на њу реагује.

На основу тога колико је заједница укључена у евалуацију програма, она може бити унутрашња и спољашња[4].

Унутрашња значи да су у процес евалуације укључени вођа и учесници програма. Њене карактеристике су да стручњаци знају принцип евалуације, да је она саставни део програма и да особље које је учествовало у реализацији програма учествује и у евалуацији.

Спољашња евалуација јесте процес у коме је укључена заједница. Њене карактеристике су да је знање о спровођењу евалуације под знаком питања, да је евалуација део спољашње бирократије и да су стручњаци из заједнице одговорни за процес и резултате евалуације.

Резултати спољашње и унутрашње евалуације некада не морају да се поклопе и зато је врло битно тумачење резултата евалуације, односно исхода.

Унутрашња евалуација некада се зове и „превише демократска евалуација“ (democratic evaluation), док се спољашња зове „арбитражна евалуација“ (realistic evaluation).

Други принцип односи се на временски период када је евалуација уведена. Најбоље је да се евалуација уведе у раној фази и интегрише у све фазе развоја и имплементације неке иницијативе унапређења здравља.

Поред тога што је евалуација комплексна анализа и што се може спроводити континуирано, она ипак треба да има неке специфичне интервале, односно временски пресек. Тако њене процене могу бити:

- пре почетка програма,
- у првој години програма, када се мери прогрес и ефикасност,
- у периоду не дужем од годину дана, када се мери ефективност,
- у периоду од најмање пет година и више, када се мери исход, односно ефекат програма.

Трећи принцип се односи на то да би резултате евалуације требало пренети свим учесницима и припадницима интересне групе на адекватан, правовремен и прихватљив начин.

4.3. Основни кораци

Први се односи на опис предложеног програма, планске политике или иницијативе, као и одабир кључних евалуацијских питања.

Ово подразумева да се боље објасни шта иницијатива налаже, циљеве и задатке, везе између других иницијатива, процедура и структура. Овај корак такође подразумева укључивање људи у иницијативу, успостављање групе која ће да надгледа и спроводи евалуацију, разматрање преокупације зравствене проблематике и сакупљање информација о битним питањима.

Следећи корак је дизајнирање и одабир инструмената. Идентификовање проблема и питања која нас муче. Постоји опасност да ће, ако мерење налаже израчунавање циљева иницијативе, тежити само мерљивим циљевима.

Трећи корак је планирање и осмишљавање процеса за добијање неопходних података. Овај корак би требало такође да укључи избор најбољег приступа питањима која се разматрају, као и план имплементације нацрта. Обезбеђивање максималног учешћа у овом процесу омогућиће вредновање целокупног искуства, и то да су информације сакупљене из поузданих извора.

Четврти корак је прикупљање неопходних података применом договорених метода и процедура сакупљања.

Пети корак је анализирање и евалуација података. Ово последње подразумева интерпретирање података и поређење посматраних исхода са очекиваним.

Шести корак се састоји у тумачењу и расправи о налазима и препорукама. Сви припадници интересне групе би требало да буду укључени у тумачење резултата. Ово подразумева разјашњавање краткорочних и дугорочних значења сазнања до којих се дошло, утврђивање трошкова и бенефита од имплементације препорука или од њиховог одбацивања.

Седми корак је коришћење налаза евалуације. Обавештавање финансијских организација и других припадника интересних група о сазнањима до којих се дошло на адекватан и користан начин.

Резултати евалуације би требало да доведу до предузимања акције. Ови кораци су поновљиви.

4.4. Индикатори евалуације

Евалуација представља јако комплексан и одговоран процес у спровођењу једног здравствено–васпитног програма и јако зависи од ресурса који се користе. Један од битних ресурса јесу и индикатори евалуационих процеса.

Индикатори зато и јесу варијабле за мерење промена.

Евалуатори програма морају јако да воде рачуна око избора индикатора без обзира на то за коју фазу процеса се везују.

Идеални индикатори не постоје, али одабрани индикатори треба да задовоље неколоко битних критеријума.

Индикатори треба да буду валидни, објективни, осетљиви и специфични[(2)].

Према томе на основу којих података се израчунавају, индикатори могу бити директни и индиректни.

Директни индикатори су они који се добијају у току самог испитивања од података прикупљених на терену.

Индиректни индикатори су изведене категорије из директних индикатора.

Према особинама индикатора, евалуационе методе могу бити:

- Квантитативне (где, шта, кад, ко),
- Квалитативне (како, зашто).

Код квантитативне евалуације до података се долази на основу упитника, анкета, статистичких истраживања.

Код квалитативне евалуације до битних података се долази на основу интервјуа, рада фокус групе, посматрања и слично.

Разлика између квантитативне и квалитативне евалуације дата је у табели 1.

Имајући у виду разноврсност прикупљања података, немогуће је применити једну групу метода, зато се најчешће оне комбинују.

Генерално гледано, добро спроведена евалуација треба да покаже да ли је:

- Дошло до пораста позитивног понашања;
- Дошло до заустављања пада позитивног понашања;
- Дошло до пада негативног понашања;
- Дошло до заустављања пораста негативног понашања[10].

Ако се овакви одговори могу добити на бази релевантних чињеница, онда је процес евалуације потврдио своју сврху

Табела 1. *Разлика између квалитативних и квантитативних метода евалуације.*

Квантитативна евалуација	**Квалитативна евалуација**
Већи број учесника – генерализација могућа на целу популацију;	Мањи број учесника/случајева;
Дедуктивна генерализација – објективност; снага научног метода; експериментални/квазиексперименталн дизајн; статистичке анализе;	Индуктивни процес – феноменолошка испитивања; натуралистичко, холистичко разумевање искуства у контексту; анализа случајева;
Валидан, поуздан инструмент за прикупљање података; специфичан административни протокол;	Инструмент је сâм истраживач; мање ригидан протокол;
Коришћење стандардизованих мера; претходно одређене категорије одговора;	Способна да дубински и детаљно изучава посебне теме;
Ригидна	Флексибилна; омогућава сагледавање;
Ригидна за добијање одређених резултата, могућ биас, предвидљивост;	Даје кредибилност лаику који прави процену;
Резултати се лако сакупљају за анализу и лако презентују;	До резултата се долази након дужег времена, детаљнији су, варирају у садржају; тешка за анализу;
Подаци укључују тренутно добијене вредности; фреквенце/број људи, догађаја, промена у систему, политичких/законских мера, итд; трендове...	Подаци укључују збир индивидуалних мишљења и перцепција, односа, коментара у виду анегдота, процену квалитета, описе, студије случајева, непредвидивих исхода...
Експериментални услови и дизајн ради контроле и смањења варијација између различитих обележја; усмерена на ограничен број претходно детерминисаних мера.	Отвореност према варијацијама и већем броју праваца.

4.5. Модели евалуације здравствено -васпитних програма у заједници

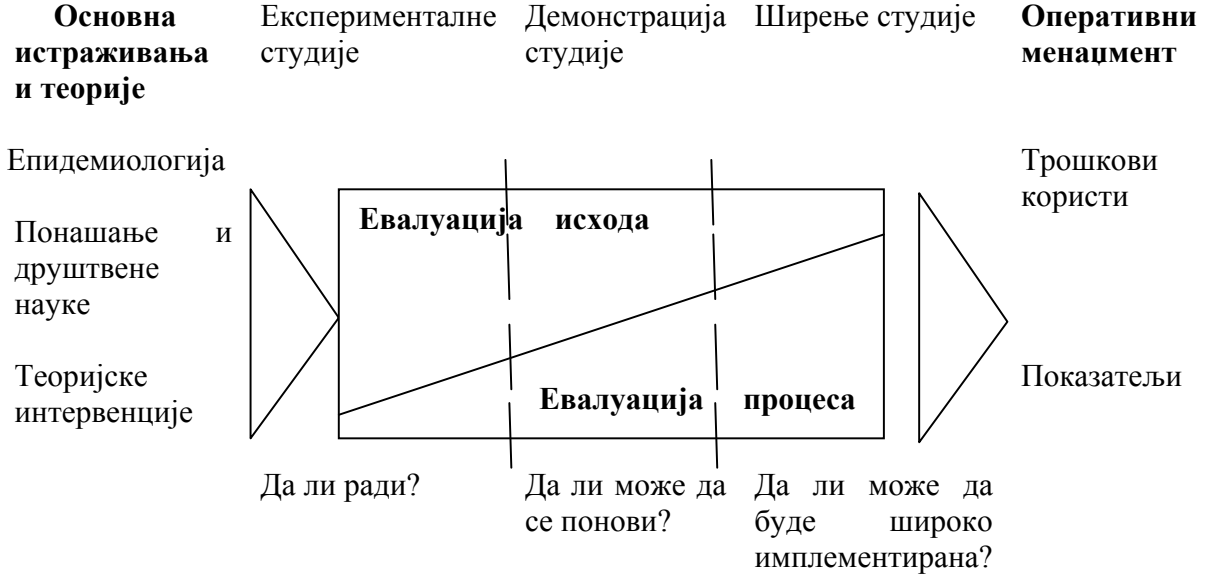
Евалуација здравствено-васпитних програма у заједници доводи до одабира добрих програма који могу бити поновљиви, проширивани и одрживи.

Евалуација здравствено-васпитних програма у заједници се базира на основним принципима евалуације, а то је евалуација процеса промене, евалуација утицаја (impact) и евалуација исхода (outcome)[5], како је дато у графикону 2.

Евалуација утицаја (impact) мери краткорочне ефекте програма и да ли су испуњени дефинисани специфични циљеви.

Евалуација исхода (outcome) је најтежа евалуација, јер она некада не може да се изврши на бази једне активности већ у оквиру мултифакторских програма или више сличних програма и на некој временској дистанци од реализације програма. Међутим, највећи број примера евалуације базира се баш на приказивању постигнутих резултата.

Графикон 2. *Развојни модел за процену програма здравственог васпитања.*



Извор: Nutbeam D, Smith C, Catford J. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities, and problems, Journal of Epidemiology and Community Health 1990.[5]

Евалуација исхода (outcome) мери да ли је достигнут општи циљ.

Евалуација процеса је јако битна, јер од разумевања процеса зависи и исход процене. Евалуација процеса даје оцену о томе како се програм спроводи, које су интервентне активности, који су услови спровођења интервенције, које активности и под којим условима дају боље резултате, које активности заједница боље прихвата. Многи учесници евалуације процеса су се жалили како су подаци за евалуацију процеса често нереални, резултати „меки“, па је јако тешко радити процену процеса.

Евалуације процеса као издвојени поступци су релативно ретке, већ се оне најчешће уклапају у укупну евалуацију програма.

Многи научници су се носили мишљу како је добро дефинисати јединствене методе процене здравствено-васпитних програма и успоставити стандарде.

Тако је према Green-у, основ за планирање и евалуацију програма одређени стандардни модел који чине две компоненте[11]:

1. Дијагностика и процена потреба названа ***precede***,

2. Дијагностичка процена и иницирање процеса спровођења и евалуације исхода названа ***proceed***.

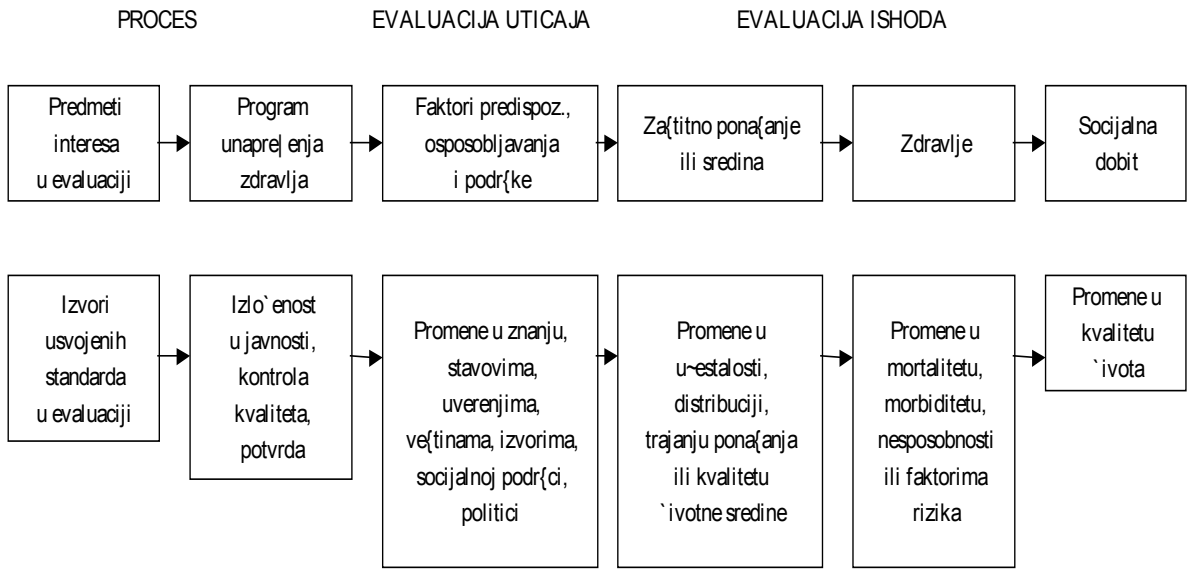
Примена ***precede-proceed*** модела за планирање и евалуацију програма у заједници, како је приказано на графикону 3, може пружити одговоре на питања, ШТА (начин живота, очекивано здравље, проблеми понашања), КО (има те проблеме), ЗАШТО (се јављају проблеми, који су узроци). Овај модел даје могућност да се развију, имплементирају и евалуирају здравствено-васпитни програми у заједници.

Евалуација здравствено-васпитних програма у заједници мора да буде саставни део сваког програма. Мора да се дефинише модел евалуације за сваки корак програма[12].

5. ЗАКЉУЧАК

Процеси евалуација чине битну компоненту здравствено-васпитних програма. Успешно вођена евалуација представља стуб одрживости програма.

Графикон 3. *Нивои евалуације код PRECEDE-PROCEED модела.*



Извор: L.W. Green and N.Gordon, Health Education 13 (1982): 4–10[13]

Добра евалуација програма се постиже ако се спроводи током имплементације целог здравствено-васпитног програма, ако се укључи заједница, обезбеде потребна средства, превазиђу могући отпори и ако се обезбеди одговорност свих учесника у заједници. Она представља системски процес мерења обима до кога су здравствено –васпитне активности достигле свој циљ, оцењује његов квалитет, анализира однос постигнутог циља, предузетих мера и утрошених средстава.

Ако се евалуацијом једног здравствено -васпитног програма покаже да је дошло до пораста или је заустављен пад позитивног понашања, да је дошло до пада или заустављања пораста негативног понашања појединца или заједнице у целини, онда је тај здравствено-васпитни програм дао жељени резултат.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Грујић В, Новаковић Б, *Хигијена и здравствено васпитање*, Нови Сад, 2004.

2. Мићовић П, *Глосар дефиниција термина*, Београд, 1996.

3. *Prevention Terms Glossary*, 2000.

4. Moberg P. *Evaluation of preventions programs. A basic guide for practitioners*. Madison,Wisconsin: Wisconsin Clearinghouse 1984.

5. Nutbeam D, Smith C, Catford J. *Evaluation in health education. A review of progress, possibilities, and problems*, Journal of Epidemiology and Community Health 1990.

6. *Промоција здравља заснована на доказима (Evidence based health promotion)*, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2006.

7. Ulh A. *Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs*. European Commission, COST A6, 1998.

8. *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*/edited by Irving Rootman et al, WHO regional publications. European sreies, No 92.

9. Boyd G. *Methodology of evalutive studies in USA 1995*.

10. Цуцић В. и сарадници, *Социјална медицина*, Савремена администрација, Београд, 2000.

11. Легетић Б, *Промоција здравља, теорија и пракса,* Институт за заштиту здравља, Нови Сад, 1999.

12. *WHO Health for all in the twenty-first century*. Geneva 1998. Available from URL (www.who.ch).

13. Green L.W and N.Gordon. *Health Education* 13 (1982): 4–10.

Контакт: Др Љиљана Лазић, специјалиста социјалне медицине и менаџмента у здравству, субспецијалиста здравственог васпитања, Завод за јавно здравље Панчево. Самјуела Бекета 17/5 Београд, тел 011/3422-114, 063/439-173. e-mail: ljilja_zavod@hotmail.com.

Стручни и научни радови UDK BROJEVI: 37.03:613 (497.11); 614.2 (497.11)

ПРОГРАМСКЕ И КАМПАЊСКЕ ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНЕ АКТИВНОСТИ ДОМА ЗДРАВЉА ЗВЕЗДАРА

Радмила Кандић[1], Драгана Трифуновић Балановић[2], Гордана Маринковић[3], Драгана Тодоровић[4], Љубомир Ердоглија[5], Сњежана Лончар[6], Олга Дурлевић[7]

PROGRAMME AND CAMPAIGN HEALTH EDUCATION ACTIVITIES OF HEALTH CENTER ZVEZDARA

Radmila Kandić, Dragana Trifunović Balanović, Gordana Marinković, Dragana Todorović, Ljubomir Erdoglija, Snježana Lončar, Olga Durlević

Сажетак

Здравствено-васпитни програми и кампање представљају моћне, а релативно једноставне и јефтине моделе који омогућују појединцу и локалној заједници да успоставе бољу контролу над већином детерминанти здравља. Уз стално нарастање свести и превладавање схватања о томе да превентивне активности могу помоћи људима у успостављању равнотеже на физичком, социјалном и емоционалном плану, стручни тим Дома здравља Звездара непрекидно настоји да пружа снажну подршку имплементацији управо оних програма који су намењени очувању и унапређењу здравља наших суграђана, нарочито специфичних група и њихових највулнерабилнијих чланова. Трагајући за најподеснијим организационим и функционалним формама, сва наша досадашња искуства кретала су се у правцу интегративних континуирано спровођених здравствено-васпитних активности које људима могу помоћи у обликовању животног стила и достизању оптималног нивоа здравља. Полазећи од тога да промишљена кампања заснована на активној, за здравље мотивисаној

Summary

Health education programs and campaigns are powerful and relatively simple and inexpensive models that enable individuals and communities to establish better control over most of the determinants of health. With constant excrescence awareness and overcoming perceptions that preventive action can help people in establishing a balance of physical, social and emotional level, the expert team of the Health Center Zvezdara continually strives to provide strong support for the implementation of the programs that are aimed to preserving and enhancing the health of our citizens particularly for specific groups and their most vulnerable members. Searching for the most appropriate organizational / functional forms, all our previous experience ranged continuously in the direction of integration health and educational activities that people can help in shaping the lifestyle and achieving optimal level of health. Assuming that a deliberate campaign based on the active, health motive individual is not too complicated to implement, and that the addition of a large effort, knowledge and good will not need any special financial investments, in order to

[1] Прим. др Радмила Кандић, спец. социјалне медицине, Дом здравља Звездара, Београд.
[2] Прим. др Драгана Трифуновић Балановић, спец. опште медицине, директор, Дом здравља Звездара, Београд.
[3] Др Гордана Маринковић, спец. медицинске статистике и информатике, Дом здравља Звездара, Београд.
[4] Др Драгана Тодоровић, спец. социјалне медицине, Дом здравља Звездара, Београд.
[5] Прим. др Љубомир Ердоглија, спец. превентивне и дечије стоматологије, Дом здравља Звездара, Београд.
[6] В.м.с. Сњежана Лончар, главна сестра дома здравља, Дом здравља Звездара, Београд.
[7] В.м.с. Олга Дурлевић, поливалентна патронажна сестра, Дом здравља Звездара, Београд.

индивидуи није превише компликована за спровођење, а и да ту осим великог труда, знања и добре воље нису потребна нека посебна материјална улагања, у намери да се јавност сензибилише на одређен здравствени проблем, Дом здравља Звездара је 2011. године према календару јавног здравља учествовао у реализацији бројних здравствених манифестација у локалној заједници. Наше вишегодишње позитивно искуство комбиновања дуготрајних континуираних програма са кратким кампањским едукативним активностима показује да се тиме у једном примереном маниру без наметљиве агресивности, у пракси на најбољи могући начин популарише једна од важнијих, али ипак за сада још увек недовољно истицана законска одредба: „Дужност је грађана да чувају и унапређују своје здравље“.

Кључне речи: *здравствено васпитање, програми, кампање.*

sensitize the public on specific health problem, Health Center Zvezdara in 2011, according to the calendar of public health, participated in numerous health campaing, both within the institution and the local community. Our many years of positive experience of combining long-term continuous program with a short educational activities on a campaign that shows the time in an appropriate manner without the aggressive, in practice the best way to popularize one of the most important, but so far still under-emphasized statutory provision: „Duty of the citizens is to keep and improve their health.”

Key words: *health education, programs and campaigns*

УВОД

Вредност здравља у људском животу је несумњива, а здраво понашање основни је предуслов здравља, које по свом значају доспева у фокус интересовања, не само здравствене службе и друштвне заједнице, већ и сваког појединца. Наиме, познато је да поред бројних наследних, при томе непромењивих фактора ризика, одређени начини живљења могу допринети развоју како физичког, тако и менталног и социјалног благостања, док га разни штетни чиниоци немилице нарушавају, нарочито убрзан темпо живота и његов верни пратилац стрес који су, са мноштвом усвојених лоших навика, међу којима предњаче неправилан образац исхране, недовољно кретање, злоупотреба алкохола и дувана, постали део наше свакодневнице. И поред свих наших теоријских сазнања да су лични фактори ризичног понашања подложни променама, почев од њихове модификације и редукције до потпуне елиминације, стварност нас непрекидно уверава да се у пракси веома тешко мењају. Зато не треба да нас чуди што данас у свету и у нас све већи број људи пати од дуготрајног дејства емотивне напетости, сметњи срца и крвних судова, гојазности, шећерне болести, опструктивних болести дисајних органа, малигних обољења, разних проблема мишићно-коштаног система, менталних и других поремећаја, који су због неких својих основних карактеристика – велика распрострањеност, неприметан почетак, доживотни ток, превремен губитак радне способности, честа појава тешких компликација и ране инвалидности, као и дугогодишње скупо лечење, названи заједничким именом хронична масовна незаразна обољења.

Имајући у виду овакву слику обољевања у којој доминира глобална пандемија претежно социомедицинских проблема повезаних за ризична понашања људи, сасвим је извесно да су и јавно-здравствени сектор и примарна здравствена заштита, после дужег периода неприкосновене владавине заразних болести и класичне фармаколошки и техницистички оријентисане медицине, изоловане од осталих области, данас више него икад суочени са неминовношћу апликовања нових, далеко ефикаснијих технологија и начина рада, према којима излечење није више ни једини, а ни најважнији циљ. Поред тога, не треба занемарити важну чињеницу да људи често сасвим спонтано чине разне ствари штетне по своје здравље, само зато што недовољно знају о ризику којем се излажу, или не знају за неку здравију алтернативу, а и када су добро информисани о утицају појединих штетних навика, то обично није довољно, јер знање само по себи не мења понашање.

Очигледно да је људима потребно понудити нешто што ће им помоћи да лакше и безболније премосте постојећи јаз између знања о здрављу које поседују и понашања које у свакодневном животу испољавају. Изгледа да је најзад наступио моменат када се традиционалном биомеханистичком, све чешће супротстављају психодинамички и холистички модел, а нарочито савремен модел активног унапређења здравља, тако да програми са претежно нефармаколошким методима рада здравствене службе, постају незаобилазни у циљу успешног решавања „болести понашања“ које здравство, ма колико моћно и богато било, више није у стању да решава самостално. Истовремено, данашњи начин рада, заснован на принципима тржишног пословања и поимању здравља, поред биолошко-социјалне, све више и као економске категорије неминовно намеће потребу за таквим маркетиншким потезима којима би се на тржишту услуга подржала партнерска улога у анимирању заједнице за предузимање првенствено оних мера и активности које воде ка „производњи здравља“, односно изградњи здравог појединца. У том смислу, здравствено-васпитни програми и здравствене кампање представљају моћне и релативно једноставне моделе који омогућују појединцу, породици и заједници

да успоставе бољу контролу над детерминантама здравља.

Уз стално нарастање свести и превладавање схватања о томе да одређене превентивне активности могу помоћи људима у успостављању равнотеже на физичком и емоционалном плану, стручни тим Дома здравља Звездара већ годинама настоји да пружа подршку имплементацији управо оних програма који су намењени очувању и унапређењу здравља наших суграђана. У непрекидном упорном трагању за најподеснијим формама, сва наша досадашња искуства кретала су се у правцу интегративних континуираних активности које људима могу помоћи у обликовању животног стила и достизању оптималног нивоа здравља. Наиме, полазећи од општеприхваћених сазнања о истовременом утицају већег броја различитих штетних чинилаца на формирање понашања људи, дом здравља је више пута до сада био у прилици да предност даје интегрисаним интервентним програмима (*Синди – Поздрављамо вас, Хајде да причамо о здрављу*), при чему је основни концепт схватан крајње широко, са рефлектујућом чињеницом да водеће болести и стања везују исти фактори ризика, те да је могуће вишеструко везаним активностима и ресурсима, интерсекторском сарадњом утицати на степен њихове повезаности са здравственим проблемима.

Уважавајући основне циљеве и визију нашег система здравствене заштите и посебне стратешке пројекте за унапређење хуманих односа међу младима, превенцију и контролу хроничних незаразних болести, превентивну стоматолошку заштиту, контролу дувана и друге, дом здравља учествује у реализацији тзв. малих превентивих програма, намењених пре свега очувању здравља најосетљивијих групација становништва, као што су жене, труднице и деца. Поред тога, имајући у виду бројна домаћа и страна искуства, која недвосмислено показују да промишљена кампања заснована на активној, за здравље мотивисаној, просвећеној и самосвесној индивидуи није превише компликована за спровођење, као и да ту осим несумњиво великог труда, знања и добре воље нису потребна посебна материјална улагања, у намери да се јавност сензибилише на одређене здравствене проблеме, наша установа традиционално према „календару јавног здравља“ учествује у реализацији различитих здравствених манифестација како у локалној, тако и широј заједници (прилог 1).

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се сагледају континуиране програмски уобличене и кампањске здравствено-васпитне активности Дома здравља Звездара, реализоване према календару здравља током 2011. године.

ПРОГРАМСКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Програм „Психофизичка припрема трудница за порођај“

Спровођење психофизичке припреме трудница за порођај у примарној здравственој заштити плод је схватања да порођај као природан процес који представља једну од физиолошких функција организма треба да буде безболан. Интересантно је да су за разлику од других, болови за време порођаја једини природни који сигнализирају његов почетак, а њихово учестало јављање и појачавање интензитета да се овај ближи крају. Пошто правилна едукација женама може помоћи, не само у превазилажењу страха, већ и стицању самопоуздања које им омогућава да овај чин доживе као једно лепо пријатно искуство, у оквиру превентивног рада гинеколошке службе Дома здравља Звездара успешно се већ више од 15 година одвија Програм психофизичке припреме трудница за порођај. У реализацији

Прилог 1. *Основне карактеристике програмске и кампањске здравствено -васпитне интервенције (ЗВИ)*

Обележје	Програмска ЗВИ	Кампањска ЗВИ
Временски период	дужи (више месеци, година)	краћи (дан, недеља, месец)
Обухват популације	мали	велики
Избор облика рада	мала група, предавање	базар, сајам здравља...
Тип комуникације	двосмерна/интерактивна	једносмерна/пасивна
Место реализације	здравствена установа, вртић, школа...	улица, трг, спортски центар
Организација	стручно-методолошки дефинисана	организована уз могућност импровизације
Здравствено -васпитна средства	видео-презентација, графоскоп, табла...	лифлет, плакат, брошура
Искористљивост едукативног процеса	велика	мала
Тип решавања проблема	конструктивно решавање здравственог проблема	сензибилизација на здравствени проблем
Корисност пренете информације	велика	мала
Степен интервенције	модификација понашања	информисаност
Улога здравствених радника и сарадника	велика	мала
Партнерска улога заједнице	мала	велика
Мониторинг	континуирани	тренутни
Евалуација	процесна и коначна	ситуациона
Финансијска средства	мала	мала
Улога мас-медија	велика	велика

теоријских часова из нормалне физиологије трудноће и порођаја и програмски организованих телесних вежби, учествују две едуковане бабице које вештом комбинацијом учења о природном порођају, укидању старих и стварању нових услова рефлексних веза и позитивних представа о том чину, применом вежби прилагођеним гестацијској старости, као и учењем активног диригованог дисања, труднице припремају за све фазе порађања. Током извођења овог, по много чему врло специфичног метода рада, непрекидно се тежи остварењу најважнијег циља – изгра-

дњи правилног емоционалног односа према трудноћи, порођају и дојењу, као и формирању позитивне здраве везе између будуће мајке и детета. О успеху примењиваног метода, поред високог мишљења стручне јавности, ипак, најбоље сведоче бројне похвале самих обучених трудница, као и фотографије њихових здравих насмејаних беба, које су своје место нашле на постеру инсталираном у сали за вежбе, као топлој амбијенталној подршци и промоцији овог нефармаколошког и изнад свега хуманог начина рада:

...На свет сам донела дивну здраву, преслатку мушку бебу. Срећу кад сам га видела није ми помутио ни вишесатни порођај са јаким боловима. У оним најјачим ударима снагу ми је давало енергично дисање... Била сам тиха осим дисања, па се доктор чак нашалио да сам „школована трудница“. *Драги моји другари, од срца вам желим да у порођајну салу уђете са осмехом као ја и изађете из ње са осмехом. Напуните батерије топлином са наших припрема, пажљиво слушајте и чујте све оно што вам се каже и све ће бити у реду.*

...Поред свега што сам научила на вежбама, оно што је највредније јесте самопоуздање и позитиван став који је помогао да будем максимално опуштена и релаксирана, што је и допринело да мој порођај буде готово безболан. Само позитивно и порођај ће вам бити једно лепо пријатно искуство и уједно средство да се ви и ваша беба, без трауме коначно после пуно ишчекивања сретнете!

Програм „Школа за труднице и родитељство“

Поштујући стручно–методолошко и доктринарно усмеравање у контроли спровођења „Програма за планирање породице и здравствену заштиту жене у току трудноће, порођаја и материнства“, као и УНИЦЕФ-ов програм „10 корака до успешног дојења“, у Дому здравља Звездара се већ неколико година успешно одвија превентивни програм „Школа за труднице и родитељство“. Стручни тим, имајући у виду пре свега улогу и значај одговорног родитељства, у циљу остварења основних програмских задатака посебну пажњу посвећује јасним и сажетим информацијама у вези са заштитом и унапређењем здравља мајке и детета, изградњи вештина за доношење одлука важних за одговорно родитељство и успешно планирање породице, унапређењу квалитета уз повећање обухвата и доступности здравствене заштите мајке и детета у највулнерабилнијем периоду, као и упознавању будућих родитеља и осталих чланова породице са значајем и препорукама о предностима дојења и правилне исхране одојчади и мале деце.

Програм се методом рада у малој групи спроводи сваког уторка од 17 до 18 часова у прикладно уређеном амбијенту библиотеке и поливалентне патронажне службе. Непосредни извршиоци су патронажне сестре, а стручни консултанти већ према текућој актуелној тематици, лекари из различитих области гинекологије, педијатрије и стоматологије. Придржавајући се устаљеног распореда у првој недељи радионицу води гинеколог, у другој педијатар, затим стоматолог, а у последњој самостално поливалентна патронажна сестра, чији је иначе основни стални задатак да према утврђеној методологији организује групу, остварује контакте са трудницама, подсећа их на договорене састанке, припрема простор, обезбеђује сва неопходна учила, комуницира са стручним консултантима и слично.

Као корисна допуна и подршка садржајима „Школе за труднице и родитељство“ изводи се програмска радионица „Све што сте хтели да знате о дохрани ваше деце од 6 месеци“. Намењена је у првом реду младим мајкама и трудницама којима је на тај начин пружена могућност да сваке среде пре подне од 10 до 11 часова у просторијама библиотеке дома здравља сазнају нешто више о хигијени и нези породиље и груди, дојењу као предности мајчиног млека, широком повијању одојчета, нези одојчета, контрацепцији, исхрани бебе и слично.

На основу евидентираних података, утврђено је да је овим видом едукације тимским радом патронажних сестара током 2011. године обухваћено више од 600 родитеља са децом и другим члановима породице. Ипак, успешност извођења радионице, као и добру прихваћеност и задовољство родитеља боље од било ког броја илуструју њихове речи из књиге утисака:

...Са предавања излазим с великим задовољством и већим самопоштовањем и знањем како да храним своје дете.

Одлични савети, пријатно окружење! Корисно је разменити мишљење са другим родитељима.

Пријатно сте ме изненадили – показали сте нам да мислите на нас баш онда кад смо најнесигурнији. Хвала вам што постојите...

Програм за унапређење репродуктивног здравља младих

Репродуктивно здравље младих и хумани односи међу половима основа су здравог друштва, јер је човек као друштвено биће током целог свог живота упућен на друге људе. Познато је да адолесценција као једно веома динамично раздобље у којем се одвијају бројни процеси сазревања особе социјално адаптиране и способне да прихвати животне обавезе и преузме одговорност за своје поступке, уједно представља период изузетне осетљивости на многобројне утицаје окружења, због чега су млади често склони разним видовима ризичног понашања, као што су пре свега пушење, конзумирање алкохола, експериментисање са дрогом и рана сексуална активност.

Доба младалаштва, између осталог, карактеришу и учесталије дружење са вршњацима, веће интересовање за особе другог пола, буђење првих симпатија и љубави, што их све може оплеменити и обогатити, али донети и низ разочарања и трауматичних искустава, а понекад оставити и трајно негативне последице на личност. Улазећи у свет одраслих млади неминовно наилазе на ситуације у којима морају донети важне одлуке, и често се налазе пред дилемама, препрекама и забранама које им обично намеће средина у којој живе. Зато је потребно да заједно градимо хумане односе, да помогнемо њима и њиховим родитељима да савладају препреке и крену даље у зрелије, реалније и срећније односе.

Већина досадашњих искустава показује да у примарној превенцији репродуктивног здравља посебно место има здравствено -васпитни рад са младима, а да се теме за које постоји опште интересовање, посебно оне развојно условљене, најрадије расправљају у вршњачким групама. Пошто су садржаји који се обрађују деликатни, целокупан саветовалишни начин рада у дому здравља већ више од десет година спроводи се у складу са Програмом за унапређење репродуктивног здравља младих, као и методолошким упутством уобличеним у форми радне свеске „Сачувајмо здравље“, са детаљним описом извођења едукативних радионица кроз које су на Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије иначе претходно прошли наши тимови педијатара и гинеколога.

Све програмске активности одвијају се под окриљем Саветовалишта за младе у форми тродневних семинара и то кроз 10 тема популарно названих: *Упознавање, Ја и моје здравље, Мушки пол – женски пол, Љубав, Одлука, Контрацепција, Беба – бити или не бити, Ризична понашања, Полно преносиве болести и Безбедан секс.*

Радионице се изводе по принципу рада у малој групи структуираних према дефинисаним фазама. На почетку се обично користе различите игрице, чија је основна сврха „загревање“ чланова групе, најава теме и изградња добре мотивације, главни највећи део радионице посвећен је разради саме теме, док се у завршној фази износе коментари и групни закључак, а за опуштање и мотивацију учесника за следећи долазак на групу пласира се опет нека занимљива игра. Апликовањем различитих техника, међу којима се најчешће бира „групна дискусија“, „разговор у кругу“ или посебно омиљена „играње туђе улоге“,

постиже се неопходна динамика и интеракција већег броја чланова групе. На крају семинара полазници имају прилику да кроз израду свог групно осмишљеног постера, покажу шта су научили, изразе однос према проблему и тиме дају свој мали, али вредан допринос креирању графичких комуникација у процесу едукације за здравље.

Овај метод, који централно место даје адолесценту уз уважавање равноправности свих учесника, показао се ефикасним за обрађиване теме и добро је прихваћен од стране младих. О њиховој високој мотивацији и заинтересованости за овакав начин подучавања између осталог сведоче занимљиве и духовите поруке на задату тему „Безбедан секс“.

● *Мисли својом главом – употреби гумицу!*

● *Предузми што треба данас, сутра ће бити касно!*

● *Мисли на своју, али и на будућност других!*

Освајање слободе у вербализовању дилема и појмова у вези са сексуалношћу, лакше усвајање нових знања и вештина, подстицај за развијање разумевања сопствених потреба и осећања, интерперсоналних комункација и хуманизације односа међу половима са изградњом зрелих и одговорних образаца понашања, само су неки од бројних бенефита оваквог начина рада са младима (прилог 2).

Прилог 2. Календар јавног здравља

Календарјавногздравља

31. јануар – Национални дан борбе против пушења
Март – Месец борбе против рака
24. март – Светски дан борбе против туберкулозе
7. април – Светски дан здравља
7. мај – Светски дан борбе против астме
8. мај – Међународни дан Црвеног крста
10. мај – Међународни дан физичке активности
12. мај – Међународни дан сестринства
15. мај – Међународни дан породице
III недеља маја – Национална недеља здравља уста и зуба
31. мај – Светски дан без дуванског дима
5. јун – Светски дан заштите животне средине
14. јун – Светски дан добровољних давалаца крви
26. јун – Светски дан борбе против дроге
11. јул – Светски дан становништва
II недеља августа – Светска недеља дојења
12. август – Међународни дан младих
11. септембар – Светски дан прве помоћи
24. септембар – Светски дан срца
1. октобар – Међународни дан старих
10. октобар – Светски дан менаталног здравља
15. октобар – Светски дан слепих
16. октобар – Светски дан хране
Новембар – Месец дана против болести зависности
14. новембар – Светски дан борбе против шећерне болести
16. новембар – Међународни дан толеранције
20. новембар – Међународни дан детета
25. новембар – Међународни дан борбе против насиља над женама
1. децембар – Светски дан борбе против сиде
3. децембар – Међународни дан особа са повећаним потребама
5. децембар – Светски дан волонтера
20. децембар – Међународни дан људске солидарности

ЗДРАВСТВЕНЕ КАМПАЊЕ ПРЕМА КАЛЕНДАРУ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА

Европска недеља превенције рака грлића материце

Подржавајући Националну кампању „Србија против рака“, Дом здравља Звездара је у периоду од 23. до 29. јануара 2011. године низом примерених активности и садржаја обележио пету за редом Европску недељу превенције рака грлића материце.

- У оквиру превентивне делатности Службе за здравствену заштиту жена последње недеље јануара 2011. године обављено је укупно 138 прегледа на рак грлића материце са саветовањем.
- На паноу гинеколошке службе истакнут је постер, ауторски рад наших бабица „Фактори ризика за малигна обољења гениталних органа жене“, а у чекаоницама је дистрибуиран сет лифлета „Кажи свима које волиш“.
- У форми индивидуалног и групног здравствено-васпитног рада у здравственој установи и на терену, патронажне сестре су своје штићенике у породицама и месним заједницама, упознале са главним факторима ризика за малигна обољења у чијој превенцији су нарочито истакле неке основне постулате рационалне избалансиране исхране обраћањем на следећи начин:

„...Да ли сте знали да... избором хране можете помоћи себи и смањити могућност добијања рака? Зато узимајте више намирница са фиброзним влакнима и целулозом – црни хлеб, густе супе од поврћа, салате од грашка и црвеног пасуља, мекиње, јер биљна влакна за себе везују воду, чиме знатно повећавају запремину цревног садржаја, убрзавају његову пасажу и на тај начин скраћују време контакта са потенцијалним канцерогеним материјама из хране, као и више порција разноврсног воћа и поврћа 4 до 5 пута дневно, одржавајте телесну тежину у границама нормале – уносите мање количине меса, смањите конзумирање намирница богатих животињским мастима у дневном јеловнику, избаците колаче и друге слаткише. Поред тога будите физички активнији на послу, а у слободно време настојте да се више крећете, и то сваког дана брзим ходом око 30 минута...“

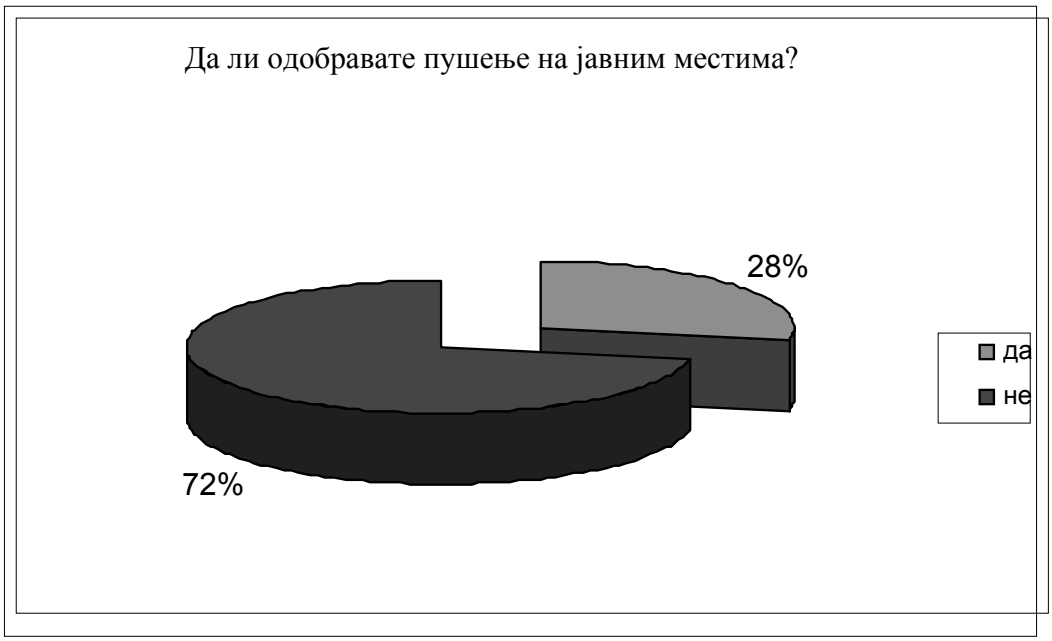
Национални дан без дуванског дима

Сагласно прихваћеној Стратегији превенције и сузбијања пушења, као и актуелном Закону о заштити становништва од изложености дуванском диму, стручни тим дома здравља је широком палетом различитих садржаја 31. јануара 2011. године под актуелним слоганом „Добар избор, здрава Србија“ обележио Национални дан без дуванског дима.

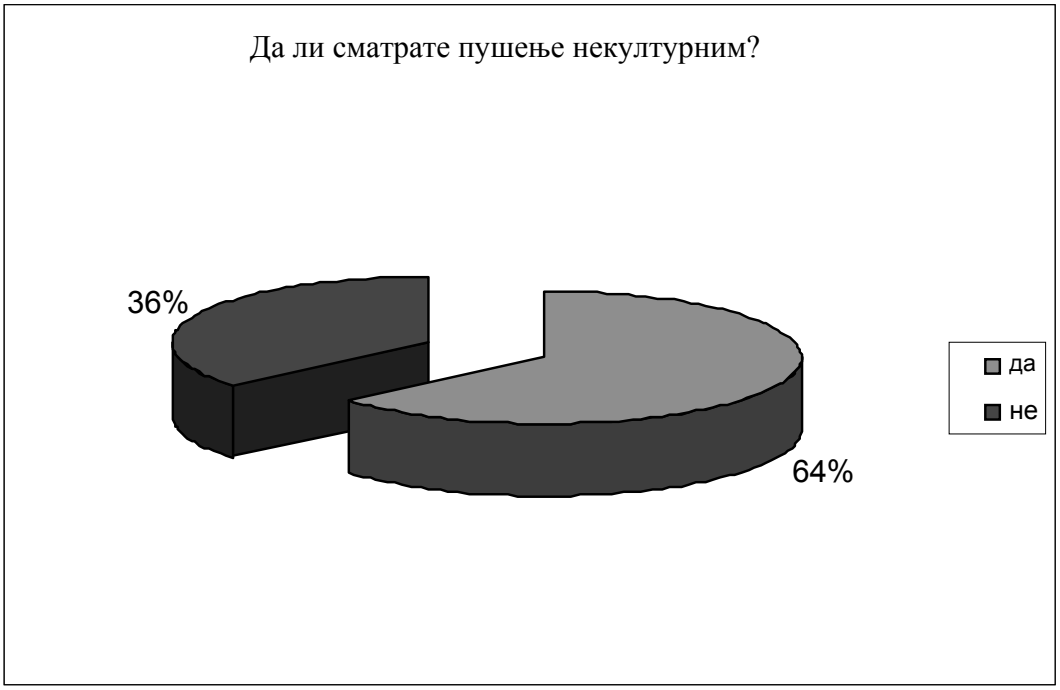
Главне активности у самој установи су већ традиционално обухватиле саветовање у вези са активним и пасивним пушењем, као и уручивање наших оригиналних едукативних лифлета „Ако желите да престанете са пушењем“ и разгледница „Хвала вам што не пушите“. Поред тога, поливалентне патронажне сестре су у оквиру својих редовних посета породицама и месним заједницама на Звездари анкетирале укупно 25 одраслих грађана у вези са пушењем, при чему су добијени следећи резултати (прилози 3–5).

- Приближно три четвртине (19 или 76%) је са високом и по 3 (12%) са средњом или нижом стручном спремом.
- Свега троје (12%) анкетираних су пушачи.
- Не одобрава пушење на јавним местима њих 18 (72%).
- Пушење сматра некултурним укупно 16 (64%) грађана.
- Свих 25 испитаних мисли да пушење штети здрављу.
- Чак око три четвртине (19 или 76%) верује да ће деца родитеља који пуше једног дана и сами постати активни пушачи.

Прилог 3. *Да ли одобравате пушење на јавним местима*

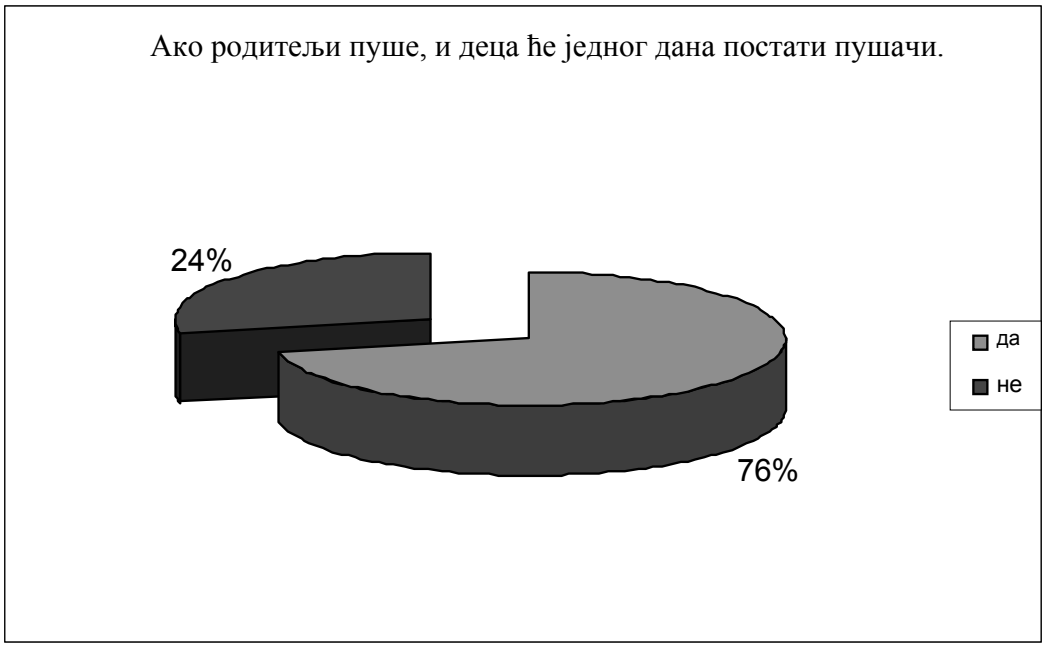


Прилог 4. *Да ли сматрате пушење некултурним?*



Као подршку и одговор на препоручене мере и активности за примену Стратегије превенције и сузбијања пушења, стручни тим дома здравља је у алгоритамској форми „малог водича добре праксе“ намењеног здравственим радницима и сарадницима, креирао *Програм за одвикавање од пушења* са пратећим здравствено-васпитним материјалом.

Прилог 5. *Ако родитељи пуше, и деца ће једног дана постати пушачи.*



Програм за одвикавање од пушења
– мали водич за здравствене раднике и сараднике–

1. Лекар и сестра не пуше – будите позитиван пример у „непушачкој клими“!
2. Не дозволите пушење у чекаоници–створите амбијенталну подршку истицањем тематских плаката–„Налазите се у кући здравља, хвала што не пушите!“
3. Сваког пацијента питајте да ли је пушач и ако је одговор потврдан, у картон евидентирајте: број година пушачког стажа, број попушених цигарета дневно и симптоме пушења.
4. Објективним прегледом и тестовима процените здравствено стање пушача и саопштите му га на прикладан начин.
5. Саветујте пушачу да покуша да остави дуван.
6. Одаберите индивидуални и/или групни метод здравствено-васпитног рада.
7. Без обзира који сте метод одабрали, инсистирајте на следећим активностима пушача:

- Понављајте више пута у току дана одлуку: „Од данас више не пушим“.
- Одмарајте се што више, одложите стресне послове и максимално се посветите себи.
- Уносите довољно течности – воду и воћне сокове.
- Избаците зачињену и масну храну.
- Нека у вашој исхрани доминирају воће и поврће.
- Што чешће се туширајте и масирајте влажним пешкиром.
- Избегавајте места где сте најчешће седели.
- Клоните се старог друштва с којим сте пушили.
- И не заборавите да се крећете – шетајте, возите бицикл...

8. Обе методе примењујте довољно дуго.
9. Ако је пушач успео да остави дуван, честитајте му и заказујте контролне прегледе, јер повратак на стари облик понашања је могућ.
10. А уколико нисте успели, не жалостите се, покушајте поново или упутите пушача у неко од саветовалишта за одвикавање од пушења!

Светски дан здравља

Поводом 7. априла 2011. године на теренима и у просторијама Спортског центра „Олимп“ на Звездари одржана је јавна манифестација посвећена Светском дану здравља, на којој је поред представника локалне самоуправе, релевантних образовних, спортских и здравствених установа, учествовао и тим наше куће.

Бројне и разнолике кампањске активности у форми здравствено-васпитних, дијагностичких и саветодавних садржаја, који су иначе већ уобичајени на оваквим догађањима, обележене су под интригантним и прилично упозоравајућим слоганом: „Антимикробна резистенција: данас без акције, сутра без лека“. Ову свечану, али и радну манифестацију поздравили су председник општине Звездара, као и амбасадор пријатељског Јапана, а придружило нам се и више стотина грађана свих узрасних скупина.

Цео догађај је започет „малим маратоном“ на атлетској тартан стази, као и демонстрацијом физичких вежби са циљем да се на овако популаран начин код грађана промовишу здрави стилови живота. Дом здравља је на основу претходно усвојеног плана активности организовао три засебна пункта, и то један на коме је спроведено мерење крвног притиска, други где је одређиван шећер у крви, и трећи који је обухватио електрокардиографско испитивање са интернистичким прегледом, а потом и разговор и саветовање са грађанима. Према евидентираним подацима обављено је укупно 172 електрокардиографска снимања, поред тога одређено је укупно 230 вредности шећера у крви, а у 72 присутних грађана су измерене вредности артеријске тензије.

Поред промотивног материјала кампање, коришћен је наш оригинално дизајниран и креиран здравствено-едукативни материјал -банери са ознакама манифестације и плакат „Чистоћа је више од пола здравља“. Направљена је и серија квалитетних фотографија свих значајних призора и личности у оквиру овог занимљивог догађаја које се чувају у нашој документацији, поред одговарајућих забелешки и фотозаписа са сличних манифестација на којима је учествовала наша кућа. Коначно, поред корисних информација, лепе речи и здравствених савета, грађанима је уручиван и мали поклон – јабука као симбол здравља, што је наишло на одобравање и задовољство присутних.

XXI Недеља здравља уста и зуба

Наше континуирано спровођене активности на очувању и унапређењу оралног и општег здравља становништва Звездаре, као и претходних година интензивиране су у интервалу од 9. до 15. маја, када је већ традиционално у оквиру „XXI недеље здравља уста и зуба Србије“ реализована јавно-здравствена кампања под актуелним познатим слоганом „Боље спречити него лечити“.

Стручни тим дечије и превентивне стоматологије је у свим предшколским установама и основним школама на локалном нивоу организовао избор најлепшег дечјег цртежа на задату тему овогодишње недеље, која је уједно представљала завршну манифестацију нашег свеукупног континуираног ангажовања на плану промоције и заштите здравља уста и зуба. При томе, бројна искуства до којих смо дошли током наших редовних активности на очувању оралног здравља наших суграђана презентирано је на постер-сесији XXVII Симпозијума здравственог васпитања у стоматологији, који је одржан у Врњачкој Бањи 4. јуна 2011. године.

У овогодишњој кампањи су учествовале све предшколске установе и основне школе, а у више вртића са Звездаре одржане су мале креативне радионице и изложбе дечјих ликовних радова. Комисија састављена од чланова из стоматолошке службе дома здравља одабрала је најуспелији цртеж – колективни рад предшколске групе вртића

„Бубамара“, који је према пропозицијама достављен на републичко такмичење Институту за јавно здравље Србије.

Светски дан без дуванског дима

Основни циљ јавно-здравствене кампање организоване у форми изложбе поводом Светског дана без дуванског дима – 31. маја 2011. године у дому здравља, био је да сензибилише јавност на проблем пушења, али и читав низ пратећих разних облика ризичног понашања, посебно смањену физичку активност, гојазност, повишен крвни притисак и стрес, и уједно мотивише грађане да уз помоћ изабраног лекара и његовог стручног тима факторе одговорне за настанак кардиоваскуларних, респираторних, малигних и других масовних хроничних обољења, открију у њиховој почетној фази, док се болест још није испољила, или у најбољем случају успоре њен развој и одложе могуће теже компликације.

На изложбеном паноу у централном холу дома постављен је постер у виду мале креативне радионице „Ваша порука против пушења дувана“, сачињен од колажа порука и сугестија грађана анкетираних на ранијим здравственим манифестацијама, који су послужили као оригиналан окидач за уписивање на постер нових, занимљивих и духовитих порука заинтересованих посетилаца изложбе – активних учесника ове занимљиве радионице у едукацији за здравље.

***Креативна радионица* „Ваша порука против пушења дувана“**

● *Оставите дуван – штети здрављу!* (ученица основне школе).

● *Сањала сам да остављам пушење – и десило се после 30 година.* (домаћица)

● *Против дуванхоличара сам – нека се пуши само у одређеним приликама! Хоћу да смањим пушење на 5 до 6 цигарета дневно, а то не може на силу. Многи проблеми су драстичнији: зрачење, издувни гасови, дуванска индустрија... Да се оснује невладина организација за „дуванхолизам“ па да се боримо за људско достојанство – не може пушење испред банке, здравствене установе, никако испред школе, али ни у непримереном простору, нека се издвоји једна нормална просторија за пушаче.* (економиста)

● *Не треба да пушите – ко није пушач, да никада не запали цигарету!* (возач)

● *Није страшно само активно пушење, још је страшније пасивно пушење!* (фармацеут)

● *Пушење је штетно – помозимо спортистима!* (студент)

● *Оставити пушење – то је јако тешко, као да сте изгубили неког драгог члана породице.* (трговац)

● *Више спорта – мање кафенисања, јер некако уз кафицу иде и цигарета!* (професор)

● *Баш сте ме затекли, да, ја сам пушач, заправо немам поруку, ипак, чекајте да стилизујем.* (службеник)

Међународни дан борбе против злоупотребе дроге

Кампања посвећена борби против злоупотребе и кријумчарења дроге одвијала се под слоганом: „Глобална акција – здраво окружење без дрога“, чији су садржаји усмерени првенствено ка тинејџерима и омладини, као групацији која је нарочито осетљива на злоупотребу психоактивних супстанци. На сталној поставци плаката „Цени себе, учини прави избор“, лифлета „Твоје не–мења све“ и постера „16 савета родитељима“ изложених на паноу у школском диспанзеру дома здравља ученици и њихови родитељи, пратиоци и наставници могли су, између осталог, прочитати следеће корисне поруке:

Цени себе... То су године када је утицај вршњака да се пробају недозвољене дроге веома јак, а самопоштовање је често ниско, штавише они који користе дрогу су често недовољно свесни свих ризика по здравље које дрога носи. У неким случајевима злоупотреба дроге може проузроковати озбиљну депресију, панику, нерегуларан срчани ритам, проблеме са дисањем, чак и изненадну смрт. Поред тога, док су под дејством дроге, корисници могу донети погрешне одлуке о сексуалном односу без заштите, чиме се повећава ризик да се заразе. Зато учини прави избор... Здрав стил живота представља избор за поштовање свог тела и ума... Спорт је добар пример.

Светски дан срца

У тесној сарадњи са партнерима из локалне заједнице, Дом здравља Звездара је у периоду од 29. септембра до 2. октобра 2011. године низом превентивних активности под занимљивим слоганом „Један свет, један дом, једно срце“ учествовао у обележавању овог важног датума из календара здравља. На свим фреквентним местима – у ходницима и чекаоницама наше установе дистрибуиран је овогодишњи промотивни материјал, док је директорка дома здравља у Установи културе „Вук Караџић“ веома надахнуто, топло и стручно са аспекта примарне здравствене заштите, одржала уводно предавање на акредитованом стручном састанку посвећеном превенцији кардиоваскуларних обољења.

Централни догађај који је већ традиционално реализован у Спортском центру „Олимп“ обухватио је снимање ЕКГ-а, мерење тензије, телесне висине и тежине, процену телесне ухрањености, специјалистичке прегледе, савете о исхрани и физичкој активности, анкетирање и слично. На основу регистрованих података утврђен је следећи здравствени билтен учесника ове занимљиве манифестације:

- Крвни притисак је измерен код укупно 204 грађана, од којих је око 54% било женског, а 36% мушког пола; у добној структури доминирале су особе узраста од 30 до 64 година (57%), док је старијих од 65 година било 42%; код приближно половине регистроване су нормалне вредности, 36% је имало повишене и 12% снижене вредности крвног притиска.
- Гликемија је одређена код 280 посетилаца штандова и анализом регистрованих података утврђено је да је већина (61%) била женског, а 39% мушког пола; око две трећине учесника имало је од 30 до 64 година, а приближно трећину чиниле су старије особе; нормалне вредности шећера у крви измерене су у 65%, а повишене у 35% грађана.
- Снимање ЕКГ-а са пратећим прегледима и саветима лекара специјалиста интерне медицине реализовано је код 350 грађана.
- Анкета популарно названа „Здраво срце“ показала је да се чак 92% испитаних грађана тачно изјаснило на сва постављена питања у вези са штетним чиниоцима одговорним за настанак и развој болести срца и крвних судова.

Промотивни материјал кампање – флајери „Србија за здраво срце“, као и сет наших оригиналних лифлета „Бројке које треба знати ако желите да будете здрави“, „Још увек нисте изабрали свог лекара у Дому здравља Звездара?“ и други, уручивани су посетиоцима током целе манифестације, док су пригодни банери са актуелном текстуалном и сликовном поруком овогодишње кампање инсталирани као допунска амбијентална подршка свеукупним здравствено-васпитним активностима.

Међународни дан старих

Сагласно препорукама за обележавање 1. октобра – Међународног дана старих, дом здравља је у сарадњи са партнерима из заједнице пригодним садржајима учествовао у реализацији програма за старије

популарно названог „Дани сениора на Звездари“.

Главни циљ овог занимљиво осмишљеног и надасве хуманог програма у организацији Градске општине Звездара био је да се скрене пажња јавности на актуелне проблеме, могућности и неке од начина решавања свакодневних проблема наших најстаријих суграђана.

Програм који је трајао пет дана одвијао се у форми оригинално дизајнираних целина, од којих је прва посвећена важној и комплексној теми „Сениори данас – приоритетне потребе и оптималан одговор пружалаца социјалних услуга“ и реализована у просторијама библиотеке „Вук Караџић“ као скуп социјалних партнера из јавног и цивилног сектора, медија и стручњака који се иначе баве проблемима старих. Следећег дана доминирали су садржаји претежно везани за „Здравље и правну заштиту сениора“, а потом су следиле теме „Међугенерацијска солидарност“ у форми перформанса промотивног понашања младих у градском превозу, и „Слободно време сениора“ уприличено у виду сатирично-хумористичког програма и концерта за сениоре у фоајеу Установе културе „Вук“. Завршница једноставно названа „Спорт и рекреација сениора“ дешавала се на теренима Спортског центра „Олимп“, где је организовано групно вежбање уз стручну помоћ и савете тренера, као и бесплатна промотивна рекреација популарних терапеутских вежби за здравље „чи-гонг“, које иначе могу да се изводе и у кућним условима.

Током свих ових активности грађанима је дељен штампан промотивни материјал и спровођена анкета чији је основни циљ био да се допринесе унапређењу бриге општине Звездара за своје старије суграђане. Стручни тим предвођен директором и главном сестром Дома здравља Звездара је 27. септембра у партнерској сарадњи са канцеларијом Волонтерског сервиса Звездаре, у времену од 9 до 11 часова у оквиру теме посвећене здрављу и правној заштити сениора, учествовао у реализацији одређених медицинских садржаја, као што су: саветовање у вези са факторима ризика, мерење крвног притиска, одређивање шећера у крви и слично. На основу нотираних података утврђено је да је приближно једна четвртина старијих имала повећан крвни притисак, а у нешто више од половине регистроване су повишене вредности шећера у крви.

Светски дан хране

Под актуелним слоганом „Цена хране: од кризе до стабилности“, наша установа је већ традиционално и 2011. године обележила 16. октобар – Светски дан хране, који се иначе подудара са Даном оснивања Дома здравља Звездара.

- Поводом овог значајног датума из календара јавног здравља интензивирани су иначе континуирано током године спровођени здравствено-васпитни садржаји посвећени обрасцима рационалне исхране, како у самој здравственој установи, тако и у вртићима и школама на територији општине Звездара.
- Дистрибуиран је наш оригинално дизајниран едукативни материјал сачињен за потребе реализације превентивних програма: лифлети „Припремите се за долазак бебе“ и „Исхрана одојчета и малог детета“.
- Саветовање у вези са основним правилима и препорукама избалансиране исхране спроведено је према стандардно усвојеном дијетолошком принципу „Моја пирамида“.

Светски дан борбе против шећерне болести

Сагласно резолуцији Генералне скупштине Уједињених нација о посебној стратегији борбе против дијабетеса, који у виду пандемије прети да надвлада здравствене ресурсе и угрози економски развој многих земаља, Дом здравља Звездара је поводом

Светског дана борбе против дијабетеса 14. новембра 2011. године под слоганом „Контрола шећерне болести – заједнички циљ“ реализовао низ активности, као што су уручивање пригодних флајера пацијентима и истицање плаката компонованог од нашег оригиналног материјала и оног преузетог са сајта Дијабетолошког савеза Србије на главном изложбеном паноу установе.

Међународни дан борбе против ХИВ-а

У склопу припрема за кампању 1. децембра – Светског дана борбе против ХИВ-а, на стручном састанку одржаном у Градском заводу за јавно здравље у Београду, тим Центра за контролу и превенцију болести је све присутне учеснике из домова здравља упознао са актуелном епидемиолошком ситуацијом на територији града Београда: „...У односу на пол 2,5 више инфицираних је међу мушкарцима, а у узрасној структури доминира група становништва од 35 до 39 година живота. Што се тиче трансмисије, на првом месту по заступљености су интравенски наркомани, друго место припада хомосексуалцима, а треће хетеросексуалном путу преношења...“

Уважавајући добијене информације и препоруке, наша установа је кроз различите видове превентивних активности учествовала у обележавању овог важног датума из календара јавног здравља:

- Предавања у вези са ризичним понашањем и могућностима заштите од сиде и радионице са практичном демонстрацијом употребе кондома на моделу у оквиру систематских прегледа школске деце у просторијама патронаже и библиотеке дома здравља током целог месеца децембра.
- „Едукативни инфо-штанд“ у школском диспанзеру дома здравља са претећом изложбом постера, саветовањем, уручивањем кондома, анкетирањем ученика о познавању сиде и слично.
- Подела фотокопираног пригодног постојећег штампаног материјала, емитовање аудио-записа са кратким корисним саветима о здравим стиловима живљења преко разгласа на одељењима за здравствену заштиту деце, жена и одраслих грађана са пратећом изложбом постера у школском диспанзеру.
- Индивидуално и групно саветовање са пратећом дистрибуцијом промотивног материјала у месним заједницама, породицама и школама на територији општине Звездара.

Резултати спроведене анкете међу ученицима у школском диспанзеру дома здравља поводом обележавања Светског дана борбе против сиде 2011. године показали су да је више од три четвртине ученика основних школа са Звездаре тачно одговорило на свих 7 постављених питања из анкетног упитника; приближно 25% свих обрађених анкета садржала је по један нетачан одговор: 10% испитаних ученика се нетачно изјаснило на питање број 1, пошто сматрају да је ХИВ инфекција исто што и сида болест, док 15% верује да ХИВ -инфицирана трудница не може пренети вирус свом нерођеном детету.

Светски дан волонтера

У циљу унапређења квалитета живота свих грађана Звездаре, нарочито маргинализованих и рањивих категорија, формиран је и 14. фебруара 2011. године почео са радом Волонтерски сервис Звездаре. Његова особеност, између осталог, огледа се у томе што су услуге фокусиране пре свега на заштиту вулнерабилних и често за друштво невидљивих групација становништва-старија, немоћна лица и лица са инвалидитетом без породичног старања, или особе чије породице немају капацитете у самосталном свакодневном функционисању, децу и младе ометене у развоју и њихове породице, као и родитеље који имају проблеме у родитељским компетенцијама, имају децу са девијацијама у друштвеном

понашању, редовним похађањем школе, коришћењем психоактивних супстанци и слично.

Своју делатност Волонтерски сервис на Звездари реализује организовано кроз неколико програмски дефинисаних целина: Програм инфопулта (пружање информација на дежурном телефону), Програм бесплатне правне помоћи у кућним условима, просторијама центра и путем телефона, Програм клуба за родитеље (стручна подршка родитељима кроз реализовање радионица и дружења примењујући принципе помоћи и самопомоћи) и Програм саветовалишта за старија лица (подршка старијим суграђанима у самосталном становању кроз стручну помоћ и дружења). Све услуге се пружају у кућним условима и просторијама сервиса, а тим за волонтерску подршку договара и прати све активности. Током две посете недељно у трајању од по 90 минута, волонтери су спремни да обезбеде лакше техничке послове везане за одржавање хигијене у стану, набавку основних животних намирница, набавку средстава за хигијену, спремање хране, плаћање основних рачуна, „апотеку на точковима“ (подизање рецепата и лекова), „библиотеку на точковима“ (достављање књига на читање), помоћ у самосталном кретању (одлазак код лекара, у посету, куповину, шетњу и слично).

Право на волонтирање иначе стичу сва она лица која желе да помогну другима у невољи, која су прошла почетну обуку за волонтерско ангажовање и која су спремна, поштујући начело добровољности, узајамности и заштите приватности и личних података, да учествују у реализацији програма рада сервиса.

На Светски дан волонтера, 5. децембра 2011. године у партнерској сарадњи са Волонтерским сервисом Звездаре, тим опште медицине, предвођен директором и главном сестром дома здравља, у месној заједници општине обавио је серију превентивних прегледа, попут мерења крвног притиска и шећера у крви, као и узимање материјала у кући за лабораторијску дијагностику. Резултати мерења изведених у оквиру ове хумане акције су показали следеће:

- Око 87% свих прегледаних грађана женског су пола.
- Скоро 45% је било старијих од 65 година.
- Код трећине су регистроване повишене вредности крвног притиска.
- Повећан шећер у крви измерен је код њих 37%.

Поред прегледа сви учесници су добили усмене и писане мале корисне савете у вези са здравим стиловима живљења и препоруке за спровођење редовних контролних прегледа код свог изабраног лекара.

Поводом Светског дана волонтера, штампа, телевизија и други представници масовних медија, врло високо су оценили сав досадашњи рад Волонтерског сервиса на Звездари и препоручили га као добар модел за ефикасну подршку у решавању многих сложених здравствених и социјалних проблема „трећег животног доба“ и осталим локалним заједницама у Србији.

ЗАКЉУЧАК

Наше вишегодишње позитивно искуство комбиновања дуготрајних континуираних програма са кратким повременим кампањским здравствено-васпитним активностима показује да се тиме у једном примереном маниру без наметљиве агресивности и доцирања, у пракси на најбољи могући начин популарише једна од важнијих, али ипак за сада још увек недовољно истицана законска одредба: „Дужност је грађана да чувају и унапређују своје здравље“.

Зато је главни циљ свих наших едукативних програма и јавно-здравствених манифестација, поред побољшања информисаности становништва да се многе болести могу спречити, или у најбољем

случају одложити и ублажити, пре свега изградња образаца здравог понашања и рано откривање фактора ризика, уз непрекидно нарастање свести да у томе најзначајнију улогу не играју врхунске, при томе обично доста скупе здравствене институције и високоспецијализовани стручњаци, већ дом здравља као најједноставнија и најисплативија установа из корпуса примарне здравствене заштите на нивоу локалне заједнице и у њој активан, самосвесан и просвећен, за здравље мотивисан појединац.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванковић Д, Акулов Д, Жигић Д, Константиновић Д, *Људске потребе, здравље и здравствено васпитање*. Нови дани, Монографија, Београд, 1991.

2. Жигић Д, Иванковић Д, Константиновић Д, *Фактори ризика и коронарна болест*. Монографија, Београд, 1994.

3. Еко У, *Култура информатичких комуникација*. Београд, Нолит, 1973.

4. Barry J, Mead K, Nabel G et al. *Effects of smoking он the activity of ishemic heart disease*. JAMA 1989; 261: 398–402.

5. Мијалковић Стамболић Д, Пудар Бранковић Г, *Гојазност, спречити или лечити*. Медицинска књига, Београд– Загреб, 1990.

6. Стожинић С, *Етиопатогенеза инфаркта миокарда.* Научна књига, Београд, 1991; 34.

7. Каличанин П, Лечић Тошевски Д, *Књига о стресу*. Медицинска књига, Београд, 1994.

8. Ferlay J. ISC *Conversion Programs for Cancer*, 1994.

9. Мијалковић Стамболић Д, *Шећерна болест и исхрана*. Београд, 1994.

10. Ђорђевић М. и сарадници, *Примарна и секундарна онколошка заштита на нивоу дома здравља*. 4. стручни сусрети домова здравља са међународним учешћем. Зборник радова, Београд, 1998.

11. Дрезгић М, *Дијететско лечење гојазности. Дијабетес мелитус, Иновације знања*, 1996.

12. Банићевић М. и сарадници, *Примарна здравствена заштита мајке и детета*. УНИЦЕФ–Београдска канцеларија, 1997.

13. Кандић Р. и сарадници, *Промоција здравља на локалном нивоу – актуелно стање и перспективе*. 9. стручни сусрети домова здравља, Београд, Зборник радова, 2004; 3–22.

14. Васиљевић Н, Драговић Р, Пауновић К, Ристић Г, *Проблеми исхране старих особа*. Војносанитетски преглед, 2005, 62:1.

15. Кандић Р. и сарадници, *Масовни медији у промоцији и маркетингу јавног здравља*. Гласник института за јавно здравље Србије, 2008, 80(1–2): 32–37.

Контакт: Прим. др Радмила Кандић, Дом здравља Звездара, Београд, Олге Јовановић 11, тел: 011-3041434, e-mail: radmila.kandic@dzzvezdara.rs.

Стручни и научни радови UDK BROJEVI: 614.23:616.31

ЖЕНЕ ПИОНИРИ У СТОМАТОЛОГИЈИ

Тамара Каматовић[1], Сања Коцић[2], Снежана Радовановић[3], Светлана Радевић[4], Наташа Михаиловић[5]

THE PIONEER WOMEN IN DENTISTRY

Tamara Kamatović, Sanja Kocić, Snežana Radovanović, Svetlana Radević, Nataša Mihailović

Сажетак

Жене пионири у стоматологији су достојне дивљења и признања. Уклониле су традиционалне баријере везане за њихов пол и поставиле стандарде за оне који желе да прате пут професионалних стоматолога. У време када је очекивана улога жене у друштву била уско ограничена на мајчинство, или на типично „девојачка“ занимања, као што су учитељица или медицинска сестра, појавиле су се неке независне и снажне жене које су прокрчиле пут за будуће генерације жена у стоматологији. Данас жене представљају скоро 50 процената свих студената стоматологије. До 2020. године 20 посто свих стоматолога САД-а биће жене. Овим радом биће приказана достигнућа неких од пионирки кроз историју стоматологије.

Кључне речи: *стоматологија, жене, историја стоматологије.*

Summary

The pioneer women in dentistry are worth of recognition and admiration. They broke the traditional barriers for their sex and set the standards for those who followed in their path as dental professionals. At the time when expected role of women in society was closely limited to motherhood, or the typical „girl's“ professions, like a teacher or a nurse, there appeared some strong and independent women wo pave the way for future generations of women in dentistry. Today, women represent almost 50 percent of the dental students in some dental schools. It is projected that by the year 2020, 20 percent of all dental practitioners in the United States will be women. This article will show achievements some of the pioneer women through history of dentistry.

Key words: *dentistry, women, history of dentistry.*

[1] Тамара Каматовић, Дом здравља „Свети Ђорђе“, Топола (Public Health Center „St. George“, Topola).
[2] Сања Коцић, Институт за јавно здравље, Крагујевац, Факултет медицинских наука, Крагујевац (Institute of Public health, Kragujevac, Medical Faculty of Kragujevac).
[3] Снежана Радовановић, Институт за јавно здравље, Крагујевац, Факултет медицинских наука, Крагујевац (Institute of Public health, Kragujevac, Medical Faculty of Kragujevac).
[4] Светлана Радевић, Факултет медицинских наука, Крагујевац (Medical Faculty of Kragujevac).
[5] Наташа Михаиловић, Институт за јавно здравље, Крагујевац (Institute of Public health, Kragujevac).

УВОД

Жене су повезане са стоматологијом још од њених почетака. Једна од најранијих референци за „даме у стоматологији“ могла се наћи у књизи „Историја природе зуба“, аутора *Levi S. Parmly*. Књига је објављена у Лондону 1821. године, и у њој су дате инструкције за даме и господу - „либерална едукација за стоматолошку праксу“. Број дама које су користиле инструкције је непознат, али пописом од 1870. године у САД-у наведене су 24 жене стоматолози, а у британском попису 1872. године уписано је 116 професионално опредељених жена, од којих су 63 биле млађе од двадесет година [(1)].

ЦИЉ РАДА

Овим радом биће приказана достигнућа неких од пионирки кроз историју стоматологије.

ЖЕНЕ СТОМАТОЛОЗИ

Emeline Roberts Jones

Emeline Roberts Jones је прва жена са сопственом стоматолошком праксом у САД. У својој седамнаестој години (1854. године) удала се за стоматолога по имену *Daniel Albion Jones* и постала „интензивно“ заинтересована за његов рад. Након дужег посматрања свога мужа током рада са пацијентима, почела је са самосталном вежбом (пуњење екстрахованих зуба). Невољно, у мају 1855. њен супруг се сложио да обавља праксу заједно са њим у ординацији. Коначно 1859. године он је узима за свог партнера и она почиње да ужива репутацију „вештог зубара“ [(1)].

Данијел Џонс умире 1864. године, остављајући Емелин са њихово двоје деце, трогодишњим сином и шестогодишњом ћерком. Године 1876. сели се у Њу Хејвен, где оснива једну од највећих и најуноснијих приватних стоматолошких пракси у држави, у време када је присуство жена у пословним и професионалним круговима представљало реткост. Емелин Робертс Џонс је призната од стране својих вршњака 1896. године као „жена пионир“ која је самостално од 1855. године у приватној ординацији обављала комплетне стоматолошке услуге [(2)].

Године 1893. била је представник женског саветодавног удружења на Светском конгресу стоматолога у Колумбији. Изабрана је за почасног члана Стоматолошког друштва 1912. и 1914. године, а такође је била изабрана и за почасног члана у Националној стоматолошкој асоцијацији. Бавила се стоматолошком праксом до своје 78. године. Умрла је 1916. године у осамдесетој години живота [(1)].

Lucy Beaman Hobbs Taylor

Lucy Beaman Hobbs Taylor је прва жена на свету која је дипломирала на званичном стоматолошком факултету и добила звање доктора стоматологије. Луси је рођена 14. марта 1833. године у Еленбергу као седма од десеторо деце. Остала је сироче са дванаест година. Десет година је учила школу у Мичигену истовремено радећи као кројачица и маштајући да настави студије медицине. Школовање је било једно од ретких часних „поштених“ занимања доступно женама 1849. године.

Године 1859. сели се у Синсинати ради уписа на „Eclectric Medical College“, али је обавештавају да јој је молба одбијена јер „женама је забрањен упис“. Након тога она се окреће стоматологији улазећи у ту професију као приватни ученик. Прво јој декан стоматолошког факултета у Охају *dr Jonathan Taft* дозвољава да ради и учи у његовој ординацији [(3, 4)].

Коначно ју је *dr Samuel Wardle*, који је тек дипломирао на стоматолошком факултету 1859. године, преузео за асистента у својој

ординацији, али без обзира на тај посао, била је и даље присиљена да ноћу у својој соби у поткровљу шије да би преживела. После неког времена јој је одао признање да јој „припада част што је омогућила улазак женама у професију стоматолога“. Много месеци касније у марту 1861. године она подноси пријаву на стоматолошки факултет у Охају, али је поново због пола била одбијена. Након тога јој др Семјуел саветује да отвори сопствену праксу без факултетске дипломе, јер у то време и већина мушких колега отварала је стоматолошке ординације без факултетских диплома [5, 1].

Луси Хобс отвара сопствену ординацију у својој 28. години живота у једној малој згради у Синсинатију. Након плаћања закупнине није јој остајало много од зараде – само 25 центи недељно, толико да преживи на ивици гладовања. У априлу 1861. избија грађански рат, чиме се њен посао драстично смањује. Позајмљује новац од пријатеља и сели се у Белевју тражећи бољу локацију за посао, а одатле у Мекгрегор где започиње посао (од 1862. до 1865. године). Људи постају радознали и знатижељни да виде жену која је постала позната под називом „жена која вади зубе“.

Репутација Луси Хобс је расла током времена. У јулу 1865. године, као знак да се Луси доказала као једнако вредна као и њене мушке колеге, Стоматолошко друштво државе Ајове прихватило ју је као свог активног члана. Њен пријем у друштво историчари виде као „витешки“ акт [1]. Након тога Луси Хобс одлази на конвенцију Америчког стоматолошког друштва у Чикагу као делегат. Тамо се среће са неким од професора стоматолошких факултета који цене њен рад. Састављају формалну жалбу поводом досадашњих одбијања за пријем Луси Хобс на факултет уз претњу да ће као професори бојкотовати факултет који одбије њен пријем. И коначно, у новембру 1865. године, после 4 године лечења пацијената у приватној пракси, бива примљена на последњу годину стоматологије на колеџу у Охају. Због стеченог знања и искуства, дипломиора већ после једног семестра, 21. фебруара 1866. године. Луси Хобс је тако постала прва жена у историји САД-а, а вероватно и света, која је стекла звање доктора стоматологије.

Након дипломирања отвара праксу у Чикагу, ту се упознаје и у априлу 1867. године се венчава са *James M. Taylor*, ветераном грађанског рата, који под утицајем своје жене такође постаје стоматолог [6]. После смрти мужа, 1886. године, повукла се из већине професионалних дужности, али је остала активна у градским и политичким дешавањима, укључујући и Покрет за право гласа жена. Добила је признање од стране њених колега истомишљеника и суграђана, као пионир у отварању врата женама у свет стоматологије. До краја овог века, скоро хиљаду жена је примљено у ову професију, што представља знак огромног напретка за који Луси Хобс има велике заслуге. Ова храбра и одлучна пионирка умрла је у Лоренсу, 3. октобра 1910. године, у 77. години живота.

Од 1983. године Америчко друштво жена стоматолога, истакнутим женама у овој професији додељује „Годишњу награду Луси Хобс Тејлор“. То друштво ову част означава као највишу и најпрестижнију награду коју оно може да да једном од својих професионалних чланова.

Henriete Pegalsen Hirschfeld

Henriete Pegalsen Hirschfeld рођена је 1836. године у Силту, малом острву на западној обали области Шлезвиг-Холштајн, Немачка. У деветнестој години се удала, али је брак поништен пре њене тридесете године због менталне болести мужа, који је послат у установу за ментално оболеле. Док је боравила у Берлину, била је изненађена великим потребама за дечјим стоматолозима. Међутим, у то време у Немачкој није постојао стоматолошки факултет, само приватна обука која није задовољавала њене амбиције. Једино решење је било да отпутује на студије стоматологије

у САД [7]. Хенријете Хиршфелд стиже 1867. у Филаделфију на Стоматолошки факултет Пенсилваније. Међутим, декан одбија да је прими због тога што је професор анатомије навео да он „неће да предаје жени“. Факултет је одбија већином гласова, али су ипак два гласа била у њену корист. Срећом по њу, *dr James Truman* је био на њеној страни, он је посредовао и направио договор са Медицинским факултетом Филаделфије да часове анатомије похађа код њих са осталим женским студентима. Њене прве посете факултету код мушких колега нису наилазиле на добродошлицу [1, 8]. Без обзира на тешкоће у похађању наставе, на званичном Стоматолошком факултету она стиче диплому 27. фебруара 1869. године.

Пре поласка за Америку Хенријете је од пруске владе добила писмено обавештење да јој неће бити дозвољен рад у пракси у Немачкој и ако стекне диплому акредитованог Стоматолошког факултета Америке. Међутим, она се враћа за Берлин и отвара сопствену ординацију.

Друштво је тешко прихвата, прво је за пацијенте имала послугу богатих и имућних, затим њихову децу, а на крају и саму господу. Међутим, професионална пракса јој дефинитивно бива осгурана тек када је принцеза ангажује за лечење њене сестре [1]. Мајке су биле одушевљене третманом њихове деце од стране Хенријете. Са великим поверењем су препуштале лечење зуба своје деце докторки.

Хенријете Хиршфелд се 1872. године удала и у том браку је добила двоје деце. Године 1893. се вратила у САД да би присуствовала Светском конгресу стоматолога у Колумбији, као једна од 41 жене стоматолога. Заједно са Емелин Робертс Џонс и Луси Беман Хобс Тејлор бива изабрана у женско саветодавно удружење стоматолога. Наставља борбу за права жена на рад у здравственим установама. Одлази у пензију тек након увођења жена у рад клиника и болница 1899. године. Умрла је 24. августа 1911. године у својој 77. години [1].

Emilie Foeking

Emilie Foeking, из Прусије, била је прва жена која је стекла диплому из медицине, односно стоматологије у Балтимору. Диплому је стекла на колеџу зубне хирургије у Балтимору 1873. године након присуствовања свим вежбама, предавањима и полагањем завршног испита.

Она је прво покушала да се упише на стоматолошки колеџ у Пенсилванији, где јој је одбијен пријем, али је од стране већ раније поменутог др Џејмса Трумана (који је помогао и Хенријети Хиршфелд) добила помоћ. Он је деловао као правни заступник жена у стоматолошкој професији.

Емили је објавила рад у америчком „Журналу стоматолошке науке“ у априлу 1873. године под адекватним насловом „Да ли је жена прилагођена стоматолошкој професији?“ Стоматолошки часопис Мисурија прокоментарисао је у свом чланку да су жене „по природи много талентованије за кување, кројење итд. “ и да ће моћи да постигну и „највиша признања и као професионалци“. Након дипломирања Емили се вратила у Берлин и тамо започиње сопствену праксу [1, 9].

Annie D. Ramburger

Annie D. Ramburger, из Филаделфије, друга је америчка жена која је добила диплому доктора стоматологије и прва жена која је дипломирала на стоматолошком колеџу у Пенсилванији 28. фебруара 1874. године. Њен рад је насловљен „Зуби, њихове болести и лечење“. Након дипломирања она је отворила сопствену ординацију за лечење жена и деце. Стоматолошки регистар је прокоментарисао да је у почетку своје праксе имала одређених „предрасуда“ приликом сусрета са пацијентима које је касније током рада превазишла. Осим тога уредници су дошли до следећих података: „Да три четвртине свих операција на зубима жена и деце могу бити исто тако добро урађене, и у великом

броју случајева чак и боље, од оператора жена него мушкараца“[1].

Ани Рамбургер наводи 1884. године да у својој десетогодишњој пракси није пропустила ниједан дан рада у ординацији у Филаделфији. Тада је осећала слободу коју јој је дала стоматологија ослободивши је понижавајућих професионалних „стега“ наметнутих женама тог доба [10].

Ida Grey Rollins

Ida Grey Rollins је прва Афро-американка са дипломом стоматолога у САД. Она је рођена негде од 1865. до 1867. године у Тенесију, али је одрасла и школовала се у Синсинатију, држава Охајо. Средњу школу је завршила 1887. године. Исте године уписује Стоматолошки факултет Универзитета у Мичигену, а дипломира 1890. године. Отвара праксу у Синсинатију, али се удаје за *James S. Nelson*, рачуновођу и адвоката и пар се сели 1895. године у Чикаго. Њен муж је био учесник шпанско-америчког рата и ветеран Првог светског рата, умро је 1926. године.

Она се поново удаје 1929. године и постаје госпођа *William A. Rollins*, али и даље остаје позната као др Ида Н. Ролинс.

Наставља са радом у ординацији до 1930. године, а умире 3. маја 1953. године. На њеном надгробном споменику је писало: „Др Ида Н. Ролинс, прва црнкиња стоматолог у Америци“ [11].

Theresa Hunt Tyler

Theresa Hunt Tyler рођена је 1872. године, а дипломирала стоматологију на „Western Dental“ колеџу у Канзас Ситију. Постала је први стоматолог на територији Оклахоме. Првог дана праксе зарадила је 18 долара. Такође је пружала стоматолошке услуге становницима града Егал, путујући ноћу и користећи једну берберску столицу за пружање стоматолошких услуга. Без разлике лечила је и америчке Индијанце, одлазећи у резервате ове области. Пензионисана је 1941. године, а умрла је 1972. године [12].

M. Evangeline Jordon

M. Evangeline Jordon (пионир у дечијој стоматологији) рођена је 1865. године у Illinois. Њена породица се 1885. године сели у округ Сан Бернардино у Калифорнији, где она похађа школу.

У току летњег распуста 1897. године она ради као стоматолошки асистент и тада одлучује да постане стоматолог. Уписује Стоматолошки факултет на Универзитету у Калифорнији. Дипломирала је 1898. године. Почиње рад у општој пракси, али се током времена све више окреће раду искључиво са децом. Тако постаје први дечији стоматолог у САД [13].

Године 1900. изабрана је од стране декана Стоматолошког факултета Универзитета Јужне Калифорније да развије курс у виду предавања на тему стоматологија деце. Такође је започела и програм клиничке праксе за студенте стоматологије при сиротишту у Лос Анђелесу.

Године 1923. почиње да пише књигу из дечије стоматологије, као збирку чланака „Интересантни случајеви у стоматологији“. Објављује је 1927. године. У уводу је написала: „Каријес је болест коју је могуће спречити у детињству, јер настаје као последица неправилне исхране и недостатка хигијене“. Предвидела је да у будућности каријес може бити излечен [14].

Године 1921. иницирала је оснивање и учествовала у организацији Савеза америчких жена стоматолога, била њен први председник. Такође је охрабрила др Семјуела Д. Хариса да од Педијатријског стоматолошког друштва оформи Америчко друштво за дечију стоматологију. Евангелин Џордон отишла је у пензију 1928. године, а умрла 1952. године [13].

Jeanne C. Sinkford

Године 1975. *dr Jeanne C. Sinkford* постала је прва жена декан Стоматолошког факултета Универзитета у Харварду [15].

Geraldine T. Morrow

Године 1991. *Geraldine T. Morrow* постала је прва жена председник Америчког стоматолошког удружења [16].

Hazel J. Harper

Године 1997. *dr Hazel J. Harper* постала је председник Националног удружења стоматолога (17).

ЗАКЉУЧАК

Многе генерације жена стоматолога оставиле су неизбрисив траг иза себе, крчећи пут новим генерацијама. Овде смо покушали да поменемо оне најважније које су дале кључни печат у историји женске стоматологије. Оне ће остати упамћене по својим достигнућима. Мада без обзира на постигнуте резултате и признања, жене стоматолози још увек не достижу ниво зараде својих мушких колега. Зарада жена се креће од 58 до 75 процената зараде мушких стоматолога. Дакле, простора за напредак и даљу борбу за равноправност жена у стоматологији још увек има.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Federation of American Women Dentists. Women in dentistry: 1855–880*. J Am Dent Assoc 1928; 15: 1735–55.
2. Bebb W. *Early record of a woman dentist*. Pacific Dent Gazette 1922; 30: 664.
3. Kinsler MS. *The American woman dentist: A brief historical review from 1855 through 1968*. Bull Hist Dent 1969; 17: 28–9.
4. Luz C. *New York honors Dr Lucy Hobbs Taylor*. ADA News 1999; 30: 14.
5. Adair WG. *Sketch of Lucy Hobbs Taylor*. J Ohio State Dent Assoc 1949; 23: 89.
6. Hobbs LB. *The use of the mallet*. Dent Register1866; 20: 483–86.
7. Truman J. *Henriette Hirschfeld (Henriete Tiburtius) DDS, and the women dentists of 1866-73*. Dent Cosmos 1911; 53: 1380–1.
8. Stanton E, Anthony S, Joslyn Gage M. *Women in dentistry. History of Woman Suffrage*. Odontographic J 1886; 7(3): 41.
9. Stanton E. *Women in Dentistry*. Dent Cosmos 1873; 41–2.
10. Ramburger AD. *Women in the dental profession*. Dent Practitioner 1884; 2:64.
11. Kidd F. *Profile of the Negro in American Dentistry*. Washington: Howard University Press, 1979.
12. Giangrego E. *AAWD: a voice for women in dentistry*. JADA 1988; 117(3): 441–445.
13. Loevy HT. *M. Evangeline Jordon, pioneer in pedodontics*. Bull Hist Dent 1984; 332 (1): 19–26.
14. Jordon ME. *Operative Dentistry for Children*. Brooklyn, NY: Dental Items of Interest Publishing, 1939.
15. Niessen LC, Kleinman DV, Wilson AA. *Practice characteristics of women dentists*. JADA 1986; 115: 883.
16. Lee JW. *Women impact dentistry*. J Mass Dent Society 1991; 40: 120.
17. Dummett CO, Dummett LD. *NDII: the Story of America's Second National Dental Association.* Washington: National Dental Association Foundation, 2000.

Контакт: Снежана Радовановић, Николе Пашића 1, 34 000 Крагујевац, тел: 034/504-532; моб: 064/15-09-414, fax: 034/331-345, e-mail:jovanarad@yahoo.com

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI:628.168.094.412(091); 616.314-002-083(091)

ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ ФЛУОРИЗАЦИЈА ВОДЕ

Наташа Стојковић [1], Слободан Суботић[2]

HISTORICAL REVIEW OF WATER FLUORIZATION

Nataša Stojković, Slobodan Subotić

Сажетак

Флуорисање воде за пиће је најмасовнија превентивна мера којом се, додавањем оптималних количина флуорида води за пиће, постигла широм света значајна редукција каријеса.

Флуорисање воде за пиће је најједноставнија и најефикаснија превентивна мера којом се може обухватити целокупна популација урбаних средина са централним водоводима. Технички, додавање флуорида води за пиће је успешно решено и не разликује се од додавања многих хемијских супстанци које се рутински додају води како би се поправио њен квалитет (нпр. хлор). Флуориди се аутоматски додају води помоћу сувих или течних флуоринатора, а њихова концентрација у води се непрекидно очитава и прати. Цена хемикалија је изузетно мала, а за флуорисање воде за пиће најчешће се користи натријум.

Према резултатима добијеним применом ове методе, слободно се може тврдити да је она једна од најбољих превентивних метода примене флуорида у превенцији каријеса.

Кључне речи: *каријес, вода за пиће, флуоризација.*

Summary

Fluoridation of drinking water is the most frequent preventive measure that, by adding the optimal amount of fluoride to drinking water, has achieved significant worldwide reduction in caries.

Fluoridation of drinking water is the simplest and most effective preventive measure that can encompass the entire population of urban areas with central water supply. Technically, the addition of fluoride to drinking water has been successfully resolved, and is no different from adding many chemicals that are routinely added to water to improve its quality (eg. chlorine). Fluorides are automatically added to the water with dry or liquid fluorinatora and their concentration in the water is continuously read and follow. Price chemicals is extremely low, and the fluoridation of drinking water is the most useful of sodium.

According to the results obtained by this method is safe to say that it is one of the best preventive method of fluorides in caries prevention.

Keywords: caries, drinking water, fluoridation.

[1] Наташа Стојковић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

[2] Слободан Суботић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

1. УВОД

Флуоридима припада значајно место у превенцији каријеса. Масовна примена флуорида је уследила тек након дугих клиничких и научних истраживања, којима је доказана њихова ефикасност у превенцији каријеса, као и нешкодљивост по опште здравље људи.

По мишљењу бројних научника, флуорисање воде за пиће представља једну од најуспешнијих превентивних јавних здравствених мера која је до сада примењена у свету, а чији се резултати примене могу поредити са применом вакцине у искорењивању неких обољења.

На основу многих епидемиолошких, клиничких и експерименталних истраживања, несумњиво је утврђено да су флуориди најмоћније средство у превенцији каријеса. Данас, након више од пола века од њихове масовне примене, може се са сигурношћу тврдити да примена флуорида у превенцији каријеса представља велику тековину превентивне стоматологије („камен темељац“) и да су флуориди умногоме одговорни за значајно смањење каријеса у свим економски развијеним земљама света[1].

2. ХЕМИЈСКА И БИОЛОШКА СВОЈСТВА ФЛУОРИДА

Флуор припада групи халогених елемената и сврстан је у есенцијалне микроелементе. Због своје изузетне реактивности, флуор се ретко може наћи у елементарном стању. Он реагује са свим хемијским елементима, изузев неких племенитих гасова (He, Ne и Ar). Флуор поседује изразити афинитет према јонима калцијума.

Флуор је есенцијални микроелемент у исхрани и сматра се да је неопходан за нормалан развитак скелета и зуба. Флуориди директно стимулишу пролиферацију остеобласта, а истовремено повећавају активност серумске алкалне фосфатазе, ензима који има велики утицај на добру минерализацију тврдих ткива. Студије *in vitro* су показале да флуориди имају утицаја на повећано стварање остеобласта, повећање активности алкалне фосфатазе, повећање диференцијације других ћелија у остеобласте, повећање раста и минерализације ембрионалних костију[2].

Јединствено изражавање количине флуора у некој течности се врши у ppm-а (*parts per million*), што одговара милиграму флуора на литар течности (mg F/l) или милиграму флуора на килограм (mg F/kg). Концентрација флуора се у растворима може изразити и у процентима. Једнопроцентни раствор флуора садржи 10.000 ppm F. Међутим, мора се имати у виду да се концентрација флуорида често не даје у процентима, односно да одређени проценат отпада и на друга једињења. Тако нпр. 2% раствор натријум-флуорида садржи 0.9 % флуора (9.000 ppm F) і 1,1% натријума. Слично је и са пастама за зубе, тако да нпр. паста на којој је назначено да садржи 0,7% натријум-монофлуорфосфата садржи 0,1% флуора, односно 1000 ppm F (mg/kg). Ово уједно значи да се апликацијом 1 грама пасте за зубе у уста уноси 1 mg флуора.

Оптимална концентрација флуора у води за пиће је око 1 ppm F, што је еквивалентно 1 ppm F = 0.0001%.

3. РАСПРОСТРАЊЕНОСТ ФЛУОРИДА

Флуориди су широко распрострањени у природи. Они улазе у атмосферу вулканском активношћу и разносе се ветром, а из атмосфере се враћају на земљу путем прашине, кише, снега или магле. Флуориди улазе у хидросферу растварањем стена и земљишта. Из земљишта и воде флуориди асимилацијом доспевају у биљни свет, а преко њега у животиње и људе.

Људи уносе флуориде у организам путем воде за пиће, храном, удисањем или јатрогено – путем различитих лекова.

Флуориди су 13. по количини у Земљиној кори и људском организму, а 12. у морској

води. Њихова концентрација у води зависи пре свега од геолошких, хемијских и физичких карактеристика тла кроз које вода пролази до свог извора. Флуориди се у људски организам најчешће и највише уносе путем воде за пиће. Захваљујући присуству флуорида у Земљиној кори не постоји вода која не садржи флуориде.

Вода за пиће садржи различите концентрације флуорида, али је њихова концентрација најчешће мања од 0,3 ppm F. Воде из великих дубина, као и све минералне воде обично су богатије флуоридима. Тако нпр. минерална вода *Књаз Милош* садржи око 3 ppm F а *Милан Топлица* 10 ppm F[1].

3.1. Методе примене флуорида у превенцији каријеса

Мада постоје бројне поделе метода примене флуорида у превенцији каријеса, најчешће и најдуже се користила она која је њихову примену делила у две групе: *системску* (ендогену) и *локалну* (егзогену). Првој групи припадале су све оне методе којима се системским давањем флуорида у време минерализације зуба желело утицати на већу уградњу флуорида у тврда зубна ткива, како би она била отпорнија на настанак каријеса. Применом локалних (егзогених) метода желело се, директном апликацијом флуорида на површине изниклих зуба, повећати отпорност спољашњих слојева глеђи на каријесне ноксе. [3]

Методе примене флуорида се такође могу поделити у односу на број особа које се обухватају. Тако примена флуорида може бити свеобухватна (нпр. флуорисање воде), групна (нпр. школски програми за испирање уста растворима са флуоридима) и индивидуална.

Међутим, према новијим сазнањима везаним за механизам дејства флуорида у превенцији каријеса, можда је најбоље методе примене флуорида поделити према концентрацији флуорида у препаратима који се апликују: примена нискоконцентрованих, средњеконцентрованих и висококонцентрованих флуорида.

Примена нискоконцентрованих флуорида:

- флуорисана вода за пиће,
- таблете са флуоридима,
- флуорисано млеко,
- системи за лагано отпуштање флуорида.

Примена средњеконцентрованих флуорида:

- флуорисана кухињска со,
- пасте за зубе,
- раствори за испирање уста,
- желеи за четкање зуба.

Примена висококонцентрованих флуорида:

- раствори или желеи за премазивање зуба,
- профилактичне пасте за уклањање наслага са зуба,
- лакови за премазивање зуба.

3.2. Историјат истраживања флуорозе зуба

Најранији извештај Кунса о зубима промењеног облика са мутно пребојеним деловима глеђи код становника појединих делова централног Мексика, датира још из 1888. године[4].

J. M. Eager је 1901. године у часопису *Public Health Reports* описао дефектне структуре, као и промене боје глеђи зуба италијанских емиграната који су у Америку дошли из Поцуолија, малог места 7 км удаљеног од Напуља. *Eager* описује ове промене на глеђи као „врло карактеристичне са ситним беличастим мрљама, жутим или браон пегастим површинама, распоређеним неправилно по целој површини зуба“, а у Напуљу познатих као *denti di chaie*, по професору *Chaie-y,* који је први описао овакве зубе, назвавши их *denti neri*. [5] *Eager* је сматрао, што је било и мишљење професора *Chaie-a,* да су овакве промене на зубима вероватно последица конзумирања пијаћих вода контаминираних вулканским парама из Везува. Касније су зуби са

таквим променама различито означавани: *denti scritti, dientes veteados, Colorado brown stain, mottled enamel* и дентална флуороза.

Прва епидемиолошка истраживања извршио је у Колорадо Спрингсу *P. McKay (*1908), који је овако промењене зубе назвао *Colorado brown stain* (обојени зуби из Колорада), да би у сарадњи са *Black-ом* (1916), након обимних епидемиолошких истраживања, овакву појаву на зубима описао као „развојна ендемска несавршеност зуба непозната до сада у литератури". Они су закључили да је највероватнији узрок оваквих промена на зубима мека вода која извире из великих дубина. Касније су назив *Colorado brown stain* заменили изразом *Mottled Enamel* (шарена глеђ)[114]. До сличног закључка је дошао и *Ainsworth* (1928) након епидемиолошких испитивања шарених зуба код деце из Есекса.

Churchill (1931) је међу првима открио да је повећана концентрација флуорида у води за пиће могући узрочник настанка шарених зуба. Он је анализирајући пијаћу воду из Боксита (Арканзас), чији су становници имали шарене зубе, утврдио високу концентрацију флуорида (13,7 мг/л)[6]. Убрзо затим, коначан доказ да су флуориди узрочници настанка шарених зуба, дошао је од бројних истраживача (*Mc Collum, Simmonds, Becker, Bunting, Smith, Lantz, Velu, Sebrell*), који су након додавања већих количина флуорида у исхрани експерименталним животињама (пацову, овци) успели да изазову настанак шарених зуба. Назив „шарени зуби" замењен је након тога изразима ендемска флуороза зуба, тј. флуороза зуба.

3.3. Епидемиолошка истраживања флуорозе зуба

Флуороза зуба се јавља ендемски у јасно ограниченим подручјима у многим земљама широм света. Тек после извештаја *Mc Kay-a* (1929) о слабој пријемчивости шарених зуба на каријес, а нарочито након што су *Churchill* (1931) и *Smith* са сарадницима (1931) идентификовали флуор као узрочник, почињу значајна испитивања садржаја флуорида у водама за пиће широм света[5].

Прва, врло значајна епидемиолошка истраживања утицаја флуорида из пијаћих вода на оболења зуба извршили су у САД 1930. и 1933. годин*е Dean, Arnold и Elvove*. Прегледом 7.257 деце узраста 12–14 година у 21 граду САД, они су између осталог закључили: да постоји обрнут однос између распрострањености каријеса и концентрације флуорида у води за пиће; да постоји директан однос између концентрације флуорида у води за пиће и појаве шарених зуба и да је појава шарених млечних зуба везана за велике концентрације флуорида у води за пиће.

У земљама северне Европе откривена су жаришта ендемске флуорозе зуба јер су поједини извори вода за пиће садржали повећане концентрације флуорида (Шведска 10 mg/l; Норвешка 2,7 mg/l; Финска 5 mg/l; Данска 3,4 mg/l; Енглеска 5,8 mg/l и Ирска 10 mg/l)[7].

Поједини извори централног масива у Француској садрже концентрације флуорида од 18 mg/l, док је у Толеду у Шпанији та концентрација чак 21,65 mg/l. Жаришта ендемске флуорозе откривена су у Немачкој, Аустрији, Италији, Пољској и северозападним деловима Чешке. Поједини извори питке воде у Румунији садрже и до 12 mg/l, док је у Бугарској у 41 узорку питке воде откривена повећана концентрација флуора (максимална концентрација 20,2 mg/l).

У Грчкој, Турској и на Кипру има ендемске флуорозе, а концентрације флуорида у води за пиће износиле су просечно 3 mg/l.

Бројна су жаришта ендемске флуорозе и у северној Африци (воде за пиће Марока и Алжира садрже флуора и до 12 mg/l). Египат има два жаришта ендемске флуорозе, док су она бројна у Кувајту (8 mg/l), Нигерији (3 mg/l), Уганди (3 mg/l) и Танзанији (46 mg/l). Највећа природна концентрација флуорида

у води у свету откривена је у језеру Накуру у Кенији (2800 mg/l). Јужна Африка, где су концентрације флуорида у води за пиће од 2,6 до 13 mg/l има бројна жаришта ендемске флуорозе.

Бројна су подручја ендемске флуорозе и у Индији, а у Пенџабу откривене су концентрације флуорида и од 16,2 mg/l. Максималне концентрације флуорида у води за пиће Шри Ланке износе 9,0 mg/l.

Бројни извори воде у Кини садрже повећане концентрације флуорида (од 1,48 до 13,1 mg/l), тако да су откривена бројна подручја ендемске флуорозе. Концентрације флуорида до 10 mg/l у водама за пиће Кореје, односно 15 mg/l у Јапану, јасно указују о појави ендемске флуорозе и у тим земљама.

Само у јужним деловима Аустралије, где се концентрације флуорида у води за пиће крећу од 0,7 до 20 mg/l, постоје ендемска жаришта флуорозе[7].

Преваленција ендемске флуорозе је најдетаљније испитана у САД. Откривена су 335 жаришта у 25 држава. Више од 4 милиона људи употребљава воду за пиће са повећаним концентрацијама флуорида. Поједини извори садрже и до 30 mg/l.

Поједини делови Еквадора, као и северни делови Венецуеле имају жаришта ендемске флуорозе, док је у Мексику откривено 13 извора са повећаним концентрацијама флуорида. У Аргентини је откривено 175 жаришта ендемске флуорозе, док у осталим деловима Јужне Америке нису откривена места са ендемском флуорозом.

Скупљајући податке из литературе током последњих 15 година, Авцин (1981) сматра да на земаљској кугли ендемском флуорозом је обухваћено више од 20 милиона људи[7].

Испитивања концентрација флуорида у водама за пиће у бившој Југославији, упоредо са испитивањем распрострањености зубног квара у Србији, први је започео З. Граовац 1953. године. Касније је испитивања наставио П. Стошић са сарадницима, тако да је у преко 100 места у Србији испитано више од 500 узорака пијаћих вода, а у многим местима испитивања су извршена и по неколико пута. Највећи број испитиваних вода имао је 0,1 mg/l, нешто мањи број од 0,1 до 0,4 mg/l, а незнатан број око 1 mg/l. Највеће вредности флуорида у пијаћим водама су нађене у Чучалама (4,7 mg/l), Лисицама (6,1 mg/l), Партизанима (7,5 mg/l) и Врањској Бањи (7,2 mg/l)[5].

На основу десетогодишњег прегледа 4.222 узорака вода различитог порекла на садржај флуора у Србији, извршеног од Завода за здравствену заштиту СР Србије, установљено је да су воде у Србији веома сиромашне у погледу садржаја флуора, са изузетком појединих мањих подручја ендемске флуорозе.

Садржај флуора у водама различитог порекла у Србији

Јавни водоводи	0,098	0,613 mg/l
Плитки бунари	0,079	0,877 mg/l
Извори	0,046	0,295 mg/l
Артешки и субартешки бунари	0,076	1,423 mg/l
Реке и језера	0,090	0,500 mg/l
Минералне и терминалне воде	0,17	6,450 mg/l
Подручја ендемске флуорозе	2,580	7,520 mg/l

(Шибалић, 1964)

Дугогодишња испитивања Ж. Граовца и П. Стошића и сарадника показала су да се, упоређујући утврђене вредности флуора у пијаћим водама Србије и распрострањености зубног квара, јасно може уочити да у свим испитаним местима постоји очигледна подударност: мало флуора–много каријеса; оптималне количине флуора–мало каријеса; прекомерне количине флуора–мало каријеса, честа појава флуорозе зуба[8].

Поред нежељеног дејства прекомерних количина флуорида (флуороза зуба) из вода за пиће у појединим местима у Србији, П. Стошић (1971) је јасно уочио и њихово позитивно дејство на преваленцију каријеса код деце.

4. ФЛУОРИСАЊЕ ВОДЕ ЗА ПИЋЕ

Флуорисање воде за пиће је превентивна мера, чијом је применом широм света постигнута значајна редукција каријеса бројних популација. Према резултатима добијеним применом ове методе, слободно се може тврдити да је то једна од најбољих метода у превенцији каријеса. Са становишта превентивне стоматологије и социјалне медицине, од историјске важности је 25. јануар 1945. године, када је започело флуорисање воде за пиће у Гранд Рапидсу (Мичиген, САД).

Историјат флуорисања воде за пиће је *Easley* (1995) поделио у 4 временска периода.

Период клиничких откривања који се одвијао од 1901. до 1933. године, а који је резултирао открићем да су флуориди, који се природно налазе у води за пиће, одговорни за значајну редукцију каријеса. Период епидемиолошких истраживања (1933–1945) карактерише откриће *Dean-a* са сарадницима да постоји обрнут однос између количине флуорида у води за пиће и учесталости каријеса. Након евалуације података епидемиолошких испитивања, закључено је да се најбоља заштита зуба од каријеса постиже када су флуориди присутни у води у концентрацији од 1 до 1,2 ppm F (mg F/l).

Из овог периода треба издвојити и истраживања *Galagan-a* и *Knutson-a*, који су установили да оптимална количина флуорида у води за пиће умногоме зависи од климатских фактора подручја. У односу на средње вредности годишње температуре одређеног подручја, оптималне дозе флуорида могу бити између 0,6 и 1,2 ppm F. Овај период се завршава почетком флуорисања воде за пиће у Гранд Рапидсу.

Период демонстрације (1945–1954) карактеришу бројна лонгитудинална истраживања која су се бавила поређењем оралног здравља људи из градова са флуорисаном водом и оних са ниским концентрацијама флуорида у води за пиће: *Grand Rapids* (Мичиген); *Muskegon* (Мичиген); *Newburg* (Њујорк); *Kingston* (Њујорк); *Brantford* (Онтарио); *Sarnia* (Онтарио). Рани резултати поређења били су тако импресивни да су многи градови започели са флуорисањем воде пре него што су ова испитивања у потпуности завршена. *Sheboygon* (Висконсин) и *Midland* (Мичиген) започели су флуорисање 1946, а *Evanston* (Илиноис) 1947. године. Период трансфера технологије започео је средином педесетих година, и још увек траје. Овај период карактерише покушај друштвених заједница да се флуорисање воде уведе у све градове који имају јавни водовод[3].

4.1. Превенција каријеса флуорисањем воде

Ефикасност свакодневног уношења оптималних количина флуорида путем воде за пиће по здравље зуба је добро документована. Хиљаде студија је објављено за последњих 60 година. Више од 3.700 студија је урађено само до 1970. године, а стотине других чланака бавило се ефикасношћу флуорисане воде у очувању здравља зуба. Све ове студије недвосмислено указују да флуорисана вода значајно утиче на очување здравља зуба, како деце, тако и одраслих, без обзира на то да ли се ради о млечној или сталној дентицији.

Септембра 1944. године, *Dean* са сарадницима је прегледом близу 20.000 деце из Гранд Рапидса, и нешто више од 4.000 деце из суседног Мускегона установио сличну распрострањеност каријеса. У оба ова града концентрација флуорида у води за пиће је била ниска. Прегледом преко 5.000 деце из Аурора (Илиноис), где је концентрација флуорида у води за пиће износила 1,4 ppm F, установио је значајно боље стање оралног здравља него код деце из Гранд Рапидса и Мускегона.

У Великој Британији истраживања *Weaver-a* (1944) су показала да је распрострањеност каријеса код становника Саут Шилда, где је концентрација флуорида у води износила 1,4 ppm F, била за око 50%

мања од оне у становника Норт Шилда, где је природна концентрација флуорида у води износила 0,25 ppm F.

Од 1945. до 1947. године четири обимна епидемиолошка истраживања су спроведена у Гранд Рапидсу, Њубургу, Еванстону и Брантфорду, како би се установио ефекат флуорисања воде за пиће на здравље зуба. У свим испитиваним градовима води за пиће је додаван 1 mg F на литар. Суседни градови са сличним популационим саставом, али са ниским (< 0,3 ppm F) вредностима флуорида у води за пиће, послужили су као контролни.

Ефекте флуорисања воде на здравље млечних зуба у деце, након шест и по година од флуорисања воде у Гранд Рапидсу, објавио је Амолд са сарадницима 1953. године. Резултати су били јасни: распрострањеност каријеса у шестогодишње деце из Гранд Рапидса била је готово упола мања од оне у деце из контролног града Мускегона. Власти званичне здравствене службе из Мускегона одлучиле су да се јула 1951. године започне са флуорисањем воде, тако да овај град више није могао бити контролни.

Три године након флуорисања воде у Њубургу (држава Њујорк) каријес је смањен за трећину, а десет година касније редукција каријеса у деце узраста 6–9 година износила је 58%. Петнаест година након флуорисања воде за пиће, тринаестогодишњаци и четрнаестогодишњаци из градова са флуорисаном водом за пиће имали су 50–70% мање каријеса на сталним зубима од вршњака из контролних градова (табела 1).

Табела 1. *Распрострањеност каријеса на сталним зубима у местима са флуорисаном водом и ниским вредностима флуорида*[3].

Место	F у води	Година прегледа	Узраст (год.)	KIP	Редукција каријеса
Grand Rapids	Без F	1945	12–14	9,5	55,5%
	Флуорисана	1959		4,3	
Evanston	Без F	1946	12–14	9,0	48,8%
	Флуорисана	1959		4,7	
Sarnia	Без F	1959	12–14	7,5	56,7%
Branford	Флуорисана	1959		3,2	
Kingston	Без F	1960	12–14	12,7	70,1%
Newburgh	Флуорисана	1960		3,7	

У Мидланду (Мичиген) резултати флуорисања били су још очигледнији. Деца узраста 12–14 година просечно су имала само два каријесна зуба, а пре флуорисања чак седам. Четрнаест година након флуорисања воде у Еванстону (Илиноис), четрнаестогодишњаци су имали 57% мање оболелих зуба од вршњака из истог града пре флуорисања воде. У Филаделфији, седам година након флуорисања воде, редукција каријеса код деце узраста 6–12 година износила је 34–75%, а највећа је била код шестогодишњака који су најдуже били изложени дејству флуорида из воде за пиће.

4.2. Учесталост примене флуорисања воде за пиће у свету

Данас преко 50% становништва пије флуорисану воду за пиће у САД, Ирској, Аустралији, Новом Зеланду и Малезији, док је у Хонг Конгу и Сингапуру целокупно становништво обухваћено овом превентивном мером.

Murray 1986. године указује да 313 милиона људи широм света користи флуорисану воду или ону која природно садржи оптималне или повећане количине флуорида, док Ekstrand 1988. извештава о 320 милиона. Према подацима *Moller-a* из 1987.

године, експерта СЗО из Копенхагена, флуорисање воде за пиће се спроводило у 40 земаља у свету, тако да је преко 250 милиона људи обухваћено овом методом. Крајем 1963. године у САД је природно флуорисану воду користило око 10 милиона, а вештачку око 43 милиона становника. У 1977. години 105,3 милиона (49%) становника је пило флуорисану воду, да би 1995. године готово 145 милиона Американаца (око 56% свих или 62,2% оних од 232,5 милиона који су прикључени на јавни водовод) уживало благодети флуорисане воде за пиће. Четири од пет највећих градова, односно 43 од 50 већих, флуорише воду за пиће у САД (Easky,1995). Влада САД је средином деведесетих година зацртала план по коме ће у САД до 2000. године 75% становника бити обухваћено флуорисаном водом за пиће. Ово се пре свега односило на градове у Калифорнији (Лос Анђелес, Сан Диего, Сан Антонио и Сан Хосе).

Канада такође има дугу историју флуорисања воде, јер је то започето још 1945. године у Брандфорду. У Канади је 1970. године флуорисану воду за пиће користило само 6,6 милиона људи, да би 1980. године она била доступна 37% целокупне популације. Флуорисање воде је распрострањено и у Јужној Америци. Флуорисану воду је 1978. године користило 35 милиона људи. У Парагвају су сви водоводи флуорисани, међутим само десети део популације је прикључен на јавни водовод. У Чилеу 1978. године флуорисану воду је пило око 4 милиона људи, у Панами око један милион. Вода се флуорише и у Никарагви. У Бразилу је са флуорисањем воде започето 1962. године (*Campinos City*), а 1978. године флуорисањем је обухваћено 10,5 милиона људи. У Колумбији око 10 милиона људи такође пије флуорисану воду. У Централној Америци, у Порторику је 1961. године 93% становника, повезаних на јавни водовод, пило флуорисану воду. Флуорисање воде је 1972. године започело на Тајвану.

Вода се не флуорише ни у једном граду у Јапану, а једини град који је започео са флуорисањем воде, а потом прекинуо, био је Јамашина.

Од 1963. године у граду Темворту у Аустралији је започето са флуорисањем воде за пиће. У Сиднеју се вода флуорише од 1988. године, а према извештају Аустралијског завода за здравствену заштиту из 1982. године, 66% Аустралијанаца пије флуорисану воду за пиће. На Новом Зеланду је 1980. године, 54% укупне популације пило флуорисану воду (84% популације повезане на јавни водовод).

Moller 1987. године наводи да је у Европи флуорисање воде спроведено у око 10 земаља, тј. да око 60 милиона Европљана ужива благодети ове превентивне мере. Флуорисање воде је спроведено у Чехословачкој (3.450.000), Финској (74.000), Савезној Републици Немачкој (3.400.000), Ирској (2.275.000), Израелу (902.000), Пољској (1.312.500), Швајцарској (260.000), Великој Британији (5.527.200) и Совјетском Савезу (41.340.000).

У Великој Британији са припремама за почетак флуорисања започело се 1952. године, када је Влада послала специјалну делегацију у САД и Канаду, да се детаљније упозна са овом методом. Са флуорисањем воде за пиће у Великој Британији је започето 1955. године, и то у три подручја: *Watford, Kilmarnok* и *Anglesey.* Са флуорисањем воде су нешто касни је започели и у Бирмингему, Камбрији, Њукаслу, Нортумберленду и Лидсу. Интересантно је поменути да је у Килмарноку, након престанка флуорисања (1962), само након неколико година установљен евидентан пораст каријеса. У Ирској је од 1964. године започето са флуорисањем воде за пиће, а 1995. године је обухваћено око 67% целокупне популације.

Године 1952. је започето са флуорисањем воде у Немачкој (*Kassel-Wahlershausen*). *Kincel* 1986. године извештава да је 1/3 популације обухваћена флуорисањем, и да се овај метод користи у 40 градова Источне Немачке. Водовод у Тиелу (Холандија) је 1953. године започео са флуорисањем, а

Конинг (1986) наводи да од 1973. године 18 водовода обезбеђује флуорисану воду за око 13 милиона Холанђана. У Белгији је у граду Асесу 1954. године започето са флуорисањем воде. У Шведској, Норкопинг је започео са флуорисањем воде за пиће 1952. године, али је оно престало 1962. иако је након седмогодишњег функционисања редукција каријеса у деце од 7 година износила 52%.

У Финској се у Куопију (77.000 становника), од 1959. године, вода за пиће флуорисала, али је 1992. године престало. Према Хефтију (1977) у Аиглу у Швајцарској је 1960. године започето са флуорисањем воде за пиће, али је из техничких разлога 1965. године прекинуто. Од 1962. године у Базелу (250.000 становника) се флуорише вода.

У Мађарској покушај да се уведе флуорисање воде за пиће није био успешан. Флуорисање је започето у Сзолноку 1962. године, али је прекинуто годину дана касније.

У једном извештају из 1974. године, стоји да је у Бугарској 63% становништва обухваћено флуорисаном водом за пиће.

4.3. Флуорисање воде за пиће у Србији

На основу десетогодишњих прегледа 4.222 узорака вода различитог порекла у Србији, извршених од стране Завода за здравствену заштиту СР Србије, установљено је да су воде у Србији веома сиромашне флуоридима, изузимајући оне са појединих мањих подручја ендемске флуорозе зуба.

Испитивање концентрације флуорида у водама за пиће, упоредо са преваленцијом каријеса зуба у деце из различитих места широм Србије, започео је још 1953. године Граовац са сарадницима. Касније је испитивања наставио Стошић са сарадницима, тако да је у преко 100 места у Србији испитано више од 1000 узорака пијаћих вода. Највећи број испитиваних вода садржао је око 0,1 ppm F, нешто мањи број од 0,1 до 0,4 ppm F, а само незнатан око 1 ppm F. Прегледом преко 50.000 школске деце широм Србије, установљена је корелација између распрострањености каријеса и концентрације флуорида у води за пиће. Јасно је уочено да у местима где вода за пиће садржи ниске вредности флуорида деца имају много каријеса. У местима где вода садржи оптималне количине флуорида деца имају мало каријеса, а код прекомерних количина флуорида у води за пиће деца имају мало каријеса, али и флуорозу зуба.

Познајући све аспекте примене флуорида у превенцији каријеса, Граовац је крајем педесетих година двадесетог века био иницијатор да се у закон Србије унесе обавеза о флуорисању воде за пиће. У Београду 17.10.1963. године, Градски завод за здравствену заштиту је образовао Републичку комисију за флуорисање водоводске воде у Београду.

Након огромног труда чланова Комисије, као и поднесених бројних извештаја и елабората, посланици Скупштине Србије су 1971. године изгласали Закон о флуорисању воде за пиће (Службени гласник СР Србије, бр.л, од 9.1.1971. год.). У члану 1 овог закона се каже: „Према овом Закону вода за пиће у водоводима... чији природни садржај флуора није довољан, обавезно се флуорише...“ У члану 2 стоји: „Вода за пиће у водоводима који снабдевају више од 20.000 становника, а који садрже мање од 0,8 mg/l F, мора се стално флуорисати до одређене концентрације флуора.“ У члану 3 пише: „Садржај флуора у води за пиће мора се кретати у распону од 0,9 до 1,1 mg/l.“ Члан 4 гласи: „За флуорисање воде могу се користити следећи флуориди: калцијум флуорид, натријум флуорид, силикофлуороводонична киселина и магнезијум-силикофлуорид.“ Законом је такође прописано да су радне организације које снабдевају водом за пиће више од 20.000 становника, а у чијим водама је концентрација флуорида мања од 0,8 mg/l, дужне да приступе флуорисању воде за пиће најкасније у року од 5 година, а изузетно се рок може продужити још годину дана. У датом року од 6 година (до 1977) ни у

једном граду у Србији није започето са флуорисањем воде за пиће.

Нажалост, у Србији је до сада флуорисање воде за пиће уведено само у Ужицу (1981), Крушевцу (1985) и Панчеву (1988) и 1996. године у систему Рзав (Ариље, Чачак, Пожега, Горњи Милановац и Лучани).

5. ЗАКЉУЧАК

Флуорисање воде за пиће је најмасовнија превентивна мера којом се додавањем оптималних количина флуорида води за пиће постигла широм света значајна редукција каријеса. Према резултатима добијеним применом ове методе, слободно се може тврдити да је она једна од најбољих превентивних метода примене флуорида у превенцији каријеса. Флуорисање воде за пиће је најједноставнија и најефикаснија превентивна мера којом се може обухватити целокупна популација урбаних средина са централним водоводима. Технички, додавање флуорида води за пиће је успешно решено и не разликује се од додавања многих хемијских супстанци које се рутински додају води како би се поправио њен квалитет (нпр. хлор). Флуориди се аутоматски додају води помоћу сувих или течних флуоринатора а њихова концентрација у води се непрекидно очитава и прати. Цена хемикалија је изузетно мала, а за флуорисање воде за пиће најчешће се користи натријум-флуорид, натријум-силикофлуорид и силикофлуороводонична киселина.

У САД је широко прихваћено мишљење да нема одговорајуће алтернативне мере за флуорисање воде у превенцији каријеса, тако да данас преко 75% Американаца пије флуорисану воду за пиће. У превенцији каријеса употребљене су и друге мере примене флуорида за протеклих педесет година, али ниједна није тако ефикасна и једноставна. Алтернативу флуорисању воде за пиће треба користити само тамо где не постоји јавни водовод.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Вуловић М. Д, Белоица Д, Гајић М, Стевановић Р, Ивановић М. Д, Царевић М. Р, Вулићевић З. Р, Марковић Д. Љ, *Превентивна стоматологија*, Elit Medika – Драслар, Београд, 2002.
2. Frachella J. *Fluoride and Bone mineralization: An important issue in dentistry*, J. Dent – Child, 1984.
3. Гајић М, *Флуориди у превентивној стоматологији*, Наука, Београд, 2002.
4. WHO, *Appropriate use of fluorides for human helath*, Kellog foundations joint conference on fluroides, Vienna, 1982.
5. Белоица Д, *Флуориди и тврда зубна ткива*, Докторска дисертација, Београд, 1978.
6. Churchill HV. *The Occurence of fluorides in some waters of the United States*, J. Induct Engin. Chem, 1931.
7. Авцин А. П, Жаворонков А. А, *Патологија флуороз*е, Наука сибирског одељења, Новосибирск, 1981.
8. Стошић П, Поповић В, Белоица Д, Вуловић М, *Флуор и каријес у деце у СР Србији*, СГС, 1977.

Контакт: Наташа Стојковић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI:613.99 (497.16); 618-084-055.2(497.16)

КОРИШЋЕЊЕ УСЛУГА ГИНЕКОЛОШКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ТЕРИТОРИЈИ ОПШТИНЕ ПЛАВ

Сафет Љешњанин[1]

USE OF SERVICES GYNECOLOGICAL HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF PLAV

Safet Lješnjanin

Сажетак

Увод: Коришћење и доступност гинеколошке здравствене заштите је веома важно за очување и праћење здравственог стања жена, посебно жена у репродуктивном добу.

Циљ: Циљ истраживања је да се спровођењем анкете код жена старости од 25. до 74. године на репрезентативном узорку добије увид у развијеност, доступност и коришћење услуга гинеколошке здравствене заштите на територији општине Плав.

Методологија истраживања: Истраживање је урађено на репрезентативном узорку који треба да да увид у коришћење услуга гинеколошке службе на територији општине Плав. Истраживање је обављено анкетирањем. Циљну популацију чиниле су све жене општине Плав старости од 25. до 74. године. Планирано је и узорком одабрано 353 испитанице, али је дефинитивно истраживањем обухваћено 348 испитаница. Истраживање је почело 15. октобра, а завршило се 15. децембра 2011. године.

Резултати и дискусија: У току посљедњих годину дана код гинеколога је била свака четврта жена, док свака девета није била на прегледу никада. У истраживање су укључене жене репродуктивне доби, те је забрињавајућа чињеница да релативно велики број жена ове доби никада није посјетио изабраног гинеколога.

Закључак: Процјена потреба жена у оквиру здравственог система пружа могућност да се размотре недостаци пружања услуга у оквиру ПЗЗ, као и доношење предлога мјера за њихово отклањање.

Кључне речи: Гинеколошка здравствена заштита, жене, општина Плав.

Summary

Introduction: Using and availability of gynecology health protection is very important for saving and observing of women's state of health, especially of women in their reproductive age.

Aim: The aim of the research is to get – by conducting a poll (questionnaire) with women aged between 25 and 74, on representative sample – insight into development, availability and using of gynecology health protection services on the territory of Plav community.

Research methodology: The research was done on the representative sample which should give insight in using of gynecology services on the territory of Plav community. The research was conducted through the poll. The aimed population were all the women of Plav community aged between 25 and 74. It was planned and, by the sample, 353 women were chosen, but the research finally included 348 women. The research commenced on October the 15th and it finished on December the 15th 2011.

Results and discussion: During the last year, every fourth woman visited a gynecologist, while every ninth woman has never done the medical examination. The research included women of reproductive age, so the worrying fact is that relatively large number of women of this age has never visited their chosen gynecologist.

Conclusion: The estimate of the women's need in scope of the health system gives the posibility to consider disadvantages of offering services in the scope of PZZ, as well as making prepositions and measures for their removal.

Key words: Gynecology health protection, women, the Plav community.

[1]Др сц.мед. Сафет Љешњанин, лекар специјалиста гинекологије и акушерства, Дом здравља Плав.

УВОД

Здравље становништва одређено је индивидуалним карактеристикама појединца (пол, старост и др.), факторима спољне средине–социјалном, економском, физичком и културном средином и међусобним утицајем наведених параметара.

Коришћење и доступност гинеколошке здравствене заштите је веома важно за очување и праћење здравственог стања жена, посебно жена у репродуктивном добу.

Гинеколшка здравствена заштира жена у општини Плав остварује се у Диспанзеру за жене, гдје се пружају услуге примарне здравствене заштите. Диспанзер обавља своју дјелатност путем превентивног и куративног рада, кроз рану дијагностику, терапију, континуирани здравствено-васпитни рад, рад на планирању породице, као и рад у Саветовалишту за труднице.

С обзиром на то да се у домовима здравља пружају услуге углавном примарне здравствене заштите, тако и у Диспанзеру за жене у Дому здравља Плав, највећа пажња се поклања превентивним прегледима, а све у циљу раног дијагностиковања и лечења болести које се могу открити у својој почетној фази, као и раду Савјетовалишта за труднице, с обзиром на то да је пад стопе наталитета један од проблема и у нашој општини посебно у задњих неколико година.

ЦИЉ

Циљ истраживања је да се спровођењем анкете код жена старости од 25. до 74. године на репрезентативном узорку добије увид у развијеност, доступност и коришћење услуга гинеколошке здравствене заштите на територији општине Плав.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање спада у категорију студија пресјека, нелонгитудинална студија. Истраживање је урађено на репрезентативном узорку који треба да да увид у коришћење услуга гинеколошке службе на територији општине Плав. Истраживање је обављено анкетирањем. Циљну популацију чиниле су све жене општине Плав старости од 25. до 74. године. Планирано је и узорком одабрано 353 испитанице, али је дефинитивно истраживањем обухваћено 348 испитаница. Истраживање је почело 15. октобра, а завршило се 15. децембра 2011. године.

Основни скуп: Циљну популацију чиниле су све жене општине Плав старости од 25. до 74. године. За избор узорка, коришћена је компјутерска база података пацијената који су изабрали свог љекара у Дому здравља Плав. Према попису становништва од 2011. године, општина Плав је имала 13.108 становника, а број пацијената који су изабрали свог љекара на дан почетка извођења истраживања износио је 12.460 или љекара је изабрало 95,06% становника општине Плав.

Истраживањем је обухваћена читава територија општине Плав, односно варошице Плав, Гусиње и Мурино, као и сва села у општини, којих има око двадесет.

Величина узорка: Узорак истраживања је одабран из базе података корисника који су регистровани у Дому здравља Плав. Истраживањем је обухваћено око 10% женске популације општине Плав. Прије почетка истраживања урађена је стратификација испитаница према старости и у узорак су укључене испитанице добне старости од 25. до 74. године, при чему су подгрупе по старости дефинисане према стандардним методама које дужину старосног интервала за сваку подгрупу дефинишу у распону од десет година. Тако се у узорку издвајају следећих пет подгрупа, и то: 25–34, 35–44, 45–54, 55–64 и 65–74.

Истраживањем није обухваћено 5 испитаница, те је стопа укључивања испитаница у истраживање износила 98,58% планираног узорка. Планирано је и узорком одабрано 353 испитанице, али је дефинитивно истраживањем обухваћено 348 испитаница.

Време истраживања: Истраживање је почело 15. октобра, а завршило се 15. децембра 2011. године.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

1.1. Посјета гинекологу

Од жена испитаница, у току последњих годину дана у посјети гинекологу било је 26,44%, пре више од годину дана 60,34% и није било никада код гинеколога 13,22% испитаница. Током последње године највише испитаница је било у пројети гинекологу у старосној групи од 25. до 34. године, проценат оних жена које су код гинеколога биле прије више од годину дана расте са старењем и највише их је било у старосној групи од 65. до 74. године 74,14%, док код гинеколога није било највише испитаница у старосној групи од 25. до 34. године 34,21%.

Разлика у посјети гинекологу према старости и образовању је статистички високо значајна (p<0,001) табеле 1. и 2.

1.2. Број посјета гинекологу у последњих годину дана

Од жена испитаница које су посјетиле гинеколога у последњих годину дана, једну посјету имало је 60,44%, две посјете 21,98%, три посјете 9,89% и четири и више посјете 7,69% испитаница. Просјечан број посјета гинекологу по једној жени која је у последњих годину дана посјетила гинеколога је 1,78. Највише посјета су имале најмлађе испитанице старосне групе од 25. до 34. године 2,50 а најмање – најстарије

Табела 1. *Посјета гинекологу према старости.*

ПОСЈЕТА ГИНЕКОЛОГУ	УКУПНО	СТАРОСНА ГРУПА				
		25–34. год.	35–44. год.	45–54. год.	55–64. год.	65–74. год.
БРОЈ ОСОБА	**348**	**76**	**69**	**83**	**62**	**58**
БИЛИ ТОКОМ ГОДИНЕ	26,44%	34,21%	33,33%	26,51%	17,74%	17,24%
БИЛИ ПРИЈЕ ВИШЕ ОД ГОДИНУ ДАНА	60,34%	31,58%	63,77%	63,86%	74,19%	74,14%
НИЈЕСАМ БИО НИКАДА	13,22%	34,21%	2,90%	9,64%	8,06%	8,62%

Старост (hi-квадрат=55.005; df=8; p<0,001)

Табела 2. *Посјета гинекологу према завршеној школи.*

ПОСЈЕТА ГИНЕКОЛОГУ	УКУПНО	СТЕЧЕНО ШКОЛСКО ОБРАЗОВАЊЕ				
		Без школе или непотпуна основна школа	Основна школа	Средња школа	Виша школа	Висока школа/факултет
БРОЈ ОСОБА	**348**	**77**	**100**	**136**	**17**	**18**
БИЛИ ТОКОМ ГОДИНЕ	26,44%	14,29%	30,00%	28,68%	35,29%	33,33%
БИЛИ ПРИЈЕ ВИШЕ ОД ГОДИНУ ДАНА	60,34%	79,22%	59,00%	55,15%	52,94%	33,33%
НИЈЕСАМ БИО НИКАДА	13,22%	6,49%	11,00%	16,18%	11,76%	33,33%

Образовање (hi-квадрат=22.827; df=8: p<0,001)

испитанице старосне групе од 65. до 74. године 1,30 посјета код изабраног гинеколога. Када се посматра ниво образовања, највише посјета су имале испитанице са високом школом/факултетом 3,17, а најмање испитанице без школе или непотпуном основном школом 1,45 посјета (табеле 3 и 4).

Нема битних разлика у броју посјета гинекологу према старости и завршеној школи.

Табела 3. *Број посјета гинекологу према старости.*

БРОЈ ПОСЈЕТА ГИНЕКОЛОГУ	УКУПНО	СТАРОСНА ГРУПА				
		25–34. год.	35–44. год.	45–54. год.	55–64. год.	65–74. год.
БРОЈ ОСОБА	**91**	**26**	**22**	**22**	**11**	**10**
ЈЕДНОМ	60,44%	46,15%	54,55%	72,73%	72,73%	70,00%
ДВА ПУТА	21,98%	19,23%	22,73%	22,73%	18,18%	30,00%
ТРИ ПУТА	9,89%	19,23%	13,64%	4,55%	0,00%	0,00%
ЧЕТИРИ И ВИШЕ ПУТА	7,69%	15,38%	9,09%	0,00%	9,09%	0,00%
СРЕДЊА ВРИЈЕДНОСТ	**1,78**	**2,50**	**1,77**	**1,32**	**1,45**	**1,30**
МЕДИЈАНА	**1,00**	**2,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**
СТД ДЕВ	**1,52**	**2,42**	**1,02**	**0,57**	**0,93**	**0,48**

1.3. Разлози посјете гинекологу

Од жена испитаница које су посјетиле гинеколога у последњих годину дана, најчешћи разлог посјете је контрола здравственог стања 78,02%, трудноћа 15,38%, разне тегобе 5,49% и абортус 1,10% испитаница. Проценат посјете гинекологу због контроле здравственог стања је исти око 90,00% за старосне групе 45–54, 55–64. и 65–74. године. Док због трудноће је највише испитаница у старосној групи од 25. до 34. године, а због абортуса у старосној групи од 45. до 54. године и то 4,55% испитаница. Када се посматра образовање, највише

Табела 4. *Број посјета гинекологу према завршеној школи.*

БРОЈ ПОСЈЕТА ГИНЕКОЛОГУ	УКУПНО	СТЕЧЕНО ШКОЛСКО ОБРАЗОВАЊЕ				
		Без школе или непотпуна основна школа	Основна школа	Средња школа	Виша школа	Висока школа/факултет
БРОЈ ОСОБА	**91**	**11**	**30**	**38**	**6**	**6**
ЈЕДНОМ	60,44%	72,73%	60,00%	63,16%	66,67%	16,67%
ДВА ПУТА	21,98%	18,18%	20,00%	18,42%	16,67%	66,67%
ТРИ ПУТА	9,89%	0,00%	13,33%	10,53%	16,67%	0,00%
ЧЕТИРИ И ВИШЕ ПУТА	7,69%	9,09%	6,67%	7,89%	0,00%	16,67%
СРЕДЊА ВРИЈЕДНОСТ	**1,78**	**1,45**	**1,87**	**1,63**	**1,50**	**3,17**

испитаница са средњом школом 84,21% је било код гинеколога због контроле здравља, док због абортуса највише испитаница 9,09% је у групи без школе или непотпуна основна школа (табела 5).

Разлози посјете немају статистичке значајности према старости и образовању

Табела 5. *Разлози посјете гинекологу према старости.*

РАЗЛОЗИ ПОСЈЕТЕ ГИНЕКОЛОГУ	УКУПНО	СТАРОСНА ГРУПА				
		25–34. год.	35–44. год.	45–54. год.	55–64. год.	65–74. год.
БРОЈ ОСОБА	**91**	**26**	**22**	**22**	**11**	**10**
КОНТРОЛА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА	78,02%	61,54%	72,73%	90,91%	90,91%	90,00%
ТЕГОБЕ	5,49%	7,69%	4,55%	0,00%	9,09%	10,00%
ТРУДНОЋА	15,38%	30,77%	22,73%	4,55%	0,00%	0,00%
КОНТРАЦЕПЦИЈА	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
АБОРТУС	1,10%	0,00%	0,00%	4,55%	0,00%	0,00%
СТЕРИЛИТЕТ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ДРУГО	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

1.4. Рађен Папаниколау тест у последње двије године

Проценат испитаница које су радиле Папаниколау тест је 26,72%. Према степену образовања, највише испитаница је радило Папаниколау тест (48,05%) у групи жена без школе или непотпуна основна школа. Са повећањем нивоа образовања мијења се и број жена које су подвргнуте поменутој методи раног откривања обољења, тако да је код испитаница са високом школом/факултетом најмањи и износи 16,67% испитаница. Постоји значајна статистичка разлика у броју жена подвргнутих Папаниколау тесту у односу на степен њиховог образовања (p<0,001) табела 6.

Табела 6. *Рађен Папаниколау тест према завршеној школи.*

ПАПАНИКОЛАУ ТЕСТ	УКУПНО	СТЕЧЕНО ШКОЛСКО ОБРАЗОВАЊЕ				
		Без школе или непотпуна основна школа	Основна школа	Средња школа	Виша школа	Висока школа/факул-тет
БРОЈ ОСОБА	**348**	**77**	**100**	**136**	**17**	**18**
ДА	26,72%	48,05%	23,00%	19,85%	17,65%	16,67%
НЕ	72,70%	50,65%	76,00%	80,15%	82,35%	83,33%
БЕЗ ОДГОВОРА	0,57%	1,30%	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Образовање (hi-квдрат=26.068; df=8; p<0,001)

1.5. Број дјеце жена које су биле трудне

Од жена које су икада у животу биле трудне, једно дијете има 9,29%, двоје 18,57%, троје 25,36%, четворо и више 44,64% и нема дјеце, а биле су трудне 2,14% испитаница.

Четворо и више дјеце највише имају испитанице у старосној групи од 65. до 74. године и то 83,02%, док је најмање испитиваних жена са четворо и више дјеце у старосној групи од 25. до 34. године. Међу женама које су биле трудне, а немају дјецу највише је оних из старосне групе од 55. до 64. године. Постоји значајна статистичка разлика у броју дјеце испитиваних жена у односу на њихову старост (p<0,001), што је приказано на табели 7.

Према степену образовања, четворо и више дјеце имају испитанице без школе или непотпуна основна школа (81,16% испитаница), а једно дијете имају највише испитанице са високом школом/факултетом 40,00%. Четворо или више дјеце нема ниједна испитаница са високом школом/факултетом, док 20% ових жена имају по троје дјеце. Постоји значајна статистичка разлика у броју дјеце испитиваних жена у односу на њихову старост (p<0,001), што је приказано на табели 8.

Табела 7. *Број дјеце жена које су биле трудне према старости.*

БРОЈ ДЈЕЦЕ ЖЕНА КОЈЕ СУ БИЛЕ ТРУДНЕ	УКУПНО	СТАРОСНА ГРУПА				
		25–34. год.	35–44. год.	45–54. год.	55–64. год.	65–74. год.
БРОЈ ОСОБА	**280**	**40**	**59**	**69**	**59**	**53**
НЕМА ДЈЕЦЕ	2,14%	0,00%	3,39%	1,45%	5,08%	0,00%
ЈЕДНО	9,29%	32,50%	11,86%	5,80%	3,39%	0,00%
ДВОЈЕ	18,57%	45,00%	16,95%	18,84%	13,56%	5,66%
ТРОЈЕ	25,36%	15,00%	33,90%	34,78%	25,42%	11,32%
ЧЕТВОРО И ВИШЕ	44,64%	7,50%	33,90%	39,13%	52,54%	83,02%

Старост (hi-квадрат=99.906; df=16; p<0,001)

Табела 8. *Број дјеце жена које су биле трудне према завршеној школи.*

БРОЈ ДЈЕЦЕ ЖЕНА КОЈЕ СУ БИЛЕ ТРУДНЕ	УКУПНО	СТЕЧЕНО ШКОЛСКО ОБРАЗОВАЊЕ				
		Без школе или непотпуна основна школа	Основна школа	Средња школа	Виша школа	Висока школа/факултет
БРОЈ ОСОБА	**280**	**69**	**88**	**100**	**13**	**10**
НЕМА ДЈЕЦЕ	2,14%	1,45%	2,27%	2,00%	7,69%	0,00%
ЈЕДНО	9,29%	2,90%	5,68%	14,00%	7,69%	40,00%
ДВОЈЕ	18,57%	8,70%	13,64%	27,00%	23,08%	40,00%
ТРОЈЕ	25,36%	5,80%	29,55%	33,00%	46,15%	20,00%
ЧЕТВОРО И ВИШЕ	44,64%	81,16%	48,86%	24,00%	15,38%	0,00%

Образовање (hi-квадрат=83.439; df=16; p<0,001)

1.6. Претходни абортуси код испитиваних жена

Од жена које су икада у животу биле трудне, абортус је имала свака трећа (33,57%). Када се посматрају године старости највише жена (50,94%) које су имале абортус било када у току свог живота, евидентирано је међу испитаницама које су завршиле репродуктивни период (у старосној групи од 65. до 74. године). Са старошћу расте број жена које су било када, током свог живота имале абортус. Постоји значајна статистичка разлика према старости (p<0,001), табела 9.

1.7. Број намјерних прекида трудноће (абортуса)

Од жена које су имале абортус, један абортус је имало 41,49%, два 29,79%, три 13,83% четири 6,38% и пет и више 8,51% испитаница. Пет и више абортуса највише су имале испитанице у старосној групи од 65. до 74. године 14,81%, један абортус су највише имале испитанице старосне групе од 25. до 34. године 100%. Када се анализира завршена школа, највише абортуса пет и више су имале испитанице са високом школом/факултетом 50,00%, док најмање абортуса, то јест један имале су испитанице са вишом школом 50,00%. Постоји статистичка значајност у односу на старост, али не и на образовање (p<0,05), табела 10.

Табела 9. *Жене које су имале абортус према старости.*

ЖЕНЕ КОЈЕ СУ ИМАЛЕ АБОРТУС	УКУПНО	СТАРОСНА ГРУПА				
		25–34. год.	35–44. год.	45–54. год.	55–64. год.	65–74. год.
БРОЈ ОСОБА	**280**	**40**	**59**	**69**	**59**	**53**
ДА	33,57%	2,50%	25,42%	40,58%	38,98%	50,94%
НЕ	66,43%	97,50%	74,58%	59,42%	61,02%	49,06%

Старост (hi-квадрат=28.539; df=4; p<0,001)

Табела 10*. Број намјерних прекида трудноће(абортуса) према старости.*

БРОЈ НАМЈЕРНИХ АБОРТУСА	УКУПНО	СТАРОСНА ГРУПА				
		25–34. год.	35–44. год.	45–54. год.	55–64. год.	65–74. год.
БРОЈ ОСОБА	**94**	**1**	**15**	**28**	**23**	**27**
1	41,49%	100,00%	66,67%	39,29%	17,39%	48,15%
2	29,79%	0,00%	13,33%	50,00%	39,13%	11,11%
3	13,83%	0,00%	13,33%	10,71%	17,39%	14,81%
4	6,38%	0,00%	0,00%	0,00%	13,04%	11,11%
5 и ВИШЕ	8,51%	0,00%	6,67%	0,00%	13,04%	14,81%

Старост (hi -квадрат=26.259; df =16; p<0,05)

ДИСКУСИЈА

У току посљедњих годину дана, код гинеколога је била свака четврта жена, док свака девета није била на прегледу никада. У истраживање су укључене жене репродуктивне доби, те је забрињавајућа чињеница да релативно велики број жена ове доби никада није посјетио изабраног гинеколога. Чињеница је да, у Црној Гори, велики број жена није изабрало свог гинеколога, а и ситуација у Дому здравља Плав је таква да постоје само изабрани гинеколози мушкарци, што може бити препрека реализовања здравствене потребе у сегменту репродуктивног здравља. Врло често жене нису информисане о својим правима на здравствену заштиту код изабраног гинеколога, те би било значајно прослиједити потпуне и правовремене информације женама у вези са овим правима.

Највише жена су у последњој години једном посјетиле изабраног гинеколога и то најчешће због контроле, потом трудноће и само мали број због неке гинеколошке болести. Готово половина испитиваних жена има четворо и више дјеце. Трећина испитиваних жена је имала абортус и то најчешће жене старије доби. Ово нам говори да раније жене нијесу имале довољно информација и знања, те се нису консултовале са својим доктором по питању контрацепције и суштинска контрацептивна метода била је абортус. Број абортуса се кретао до десет, али је највише жена које су изјавиле да су абортирале у претходном периоду, то урадиле, најчешће једном.

У земљама гдје је абортус основна контрацептивна метода, неопходно је развијати едукативне и информативне програме. Традиционална, неефикасна контрацепција, у великој мјери инкорпорирана у систем вриједности, постала је природни део сексуалног односа у нашој средини и представља, са индивидуалног становишта, рационалан превентивни избор. Но, када се из различитих разлога трудноћа не жели или не може прихватити, прибјегава се намјерном прекиду трудноће. Ослањање на конзервативну и неефикасну контрацепцију која укључује абортус није логично рјешење дилеме о виду контроле рађања, не само што је намјерни прекид трудноће цивилизацијски и морално најмање прихватљив метод, већ пре свега, због посљедица које се тичу и индивидуе и друштва.

ЗАКЉУЧАК

1. Здравствена заштита жена на територији општине Плав није на задовољавајућем нивоу, јер само једна од четири одрасле жене посјетила је гинеколога у посљедњих дванаест мјесеци. Треба посветити много више пажње у раду поред редовних прегледа и разним скрининзима гдје се жене морају позивати на заказане прегледе, а све у циљу ране дијагностике и лечења болести које се тим методама могу открити.

2. Процјена потреба жена у оквиру здравственог система пружа могућност да се размотре недостаци пружања услуга у оквиру ПЗЗ, као и став љекара према корисницама. Добијени подаци омогућавају даљу анализу добијених резултата и укрштање и упоређивање са резултатима добијеним анализом ставова љекара. Новодобијени подаци ће пружити могућност да се дефинише предлог за побољшање услуга у ПЗЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Amery A, Birkenhager W. et al. *Mortality and morbidity results from the European Working Part on High Blood Pressure in the Elderly Trial*. Lancet, 1985, 1: 1349–1354.

2. Јаковљевић Ђ, Бјелоглав Д, *Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите у Републици Српској*. Бања Лука, EPOS, 2003.

3. Јаковљевић Ђ, Планојевић М, *Двадесет година MONICA пројекта у Новом Саду*. Сремска Каменица, Институт за кардиоваскуларне болести, 2005, 99–103.

4. Институт за јавно здравље Црне Горе, Статистички годишњак 2009. о здрављу становништва и здравственој заштити у Црној Гори. Подгорица, 2010.

5. Мићовић П. М, Ђокић Д, Јаковљевић Ђ, Грујић В, *Процена здравственог стања становништва–методологија*. Београд, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић-Батут“, 1998.

6. Alani RM, Munger K. *Human papilloma viruses and associated malignancies*. J Clin Oncol 1998; 16(1): 330–7.

7. Akujobi CN, Ikechebelu JI, Onunkwo I, Onyaorah IV. *Knowledge, attitude and practice of screening for cervical cancer among female students of a tertiary institution in South Eastern Nigeria*. Niger J Clin Pract. 2008; 11(3): 216–9.

Контакт: Др Сафет Љешњанин, Дом здравља Плав, 84325 Плав, Црна Гора.
тел. +382 51 251, +382 67 811 412, e-mail: dr.safet@yahoo.com.

Стручни и научни радови

UDK BROJEVI: 616.832-004.2-056.26; 316.662-056.26

СОЦИЈАЛНА ПАРТИЦИПАЦИЈА ОСОБА СА МУЛТИПЛОМ СКЛЕРОЗОМ У ОДНОСУ НА КАРАКТЕРИСТИКЕ БОЛЕСТИ

Лидија Ивановић[1], Веселин Меденица[2], Сања Трговчевић[3], Драгана Кљајић[4], Радица Драгојловић-Ружичић[5]

SOCIAL PARTICIPATION OF PEOPLE WITH MULTIPLE SCLEROSIS RELATED TO CHARACTERISTICS OF DISEASE

Lidija Ivanović, Veselin Medenica, Sanja Trgovčević, Dragana Kljajić, Radica Dragojlović-Ružičić

Сажетак

Мултипла склероза (МС) је једна од најчешћих демијелизирајућих болести и представља поремећај ЦНС-а са спором и често неуједначеном прогресијом. Симптоми мултипле склерозе су многобројни и разноврсни. У зависности од тога који је део ЦНС-а захваћен болешћу, јављају се и различити симптоми. МС као последицу може имати различит степен инвалидности[3].

Према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља, социјална партиципација се дефинише као учешће у животној ситуацији у односу на степен у којем се особа активно укључује, а не у односу на то колико особа може или жели да се укључи[5].

У оквиру овог истраживања посматрана је социјална партиципација групе особа са МС-ом у односу на детерминанте саме болести. Циљ је био утврдити на који начин карактеристике болести детерминишу социјалну партиципацију особа са МС-ом.

Истраживањем се дошло до закључка да особе са МС-ом имају умерено ограничење социјалне партиципације. Аналиизирајући најчешће симптоме који су присутни код мултипле склерозе, издвојили су се поремећаји хода, сексуалне дисфункције, депресија и когнитивне потешкоће као детерминанте социјалне партиципације. Утврдили смо на који начин број присутних симптома утиче на степен социјалне партиципације.

Кључне речи: *мултипла склероза, социјална партиципација, детерминанте социјалне партиципације, дефектологија, соматопедија.*

Summary

Multiple sclerosis (MS), also known as „disseminated sclerosis“ or „encephalomyelitis disseminata“, is an inflammatory disease in which the fatty myelin sheaths around the axons of the brain and spinal cord are damaged, leading to demyelination and scarring as well as a broad spectrum of signs and symptoms.

According to the International Classification of Functioning, Disability and Health, social participation is defined as involvement in a life situation in relation to the degree to which a person is actively engaged, not in relation to how much person can or wants to be engaged.

This study analysed determinants of social participation of people with MS. The goal was to determine how the characteristics of the disease determine the social participation of persons with MS.

The study also found that people with MS have a moderate restriction of social participation. Symptoms that are present in multiple sclerosis were identified as determinants of social participation (gait disturbance, sexual dysfunction, depression and cognitive difficulties).

Keywords: *multiple sclerosis, social participation.*

[1]Лидија Ивановић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитета у Београду.
[2]Веселин Меденица, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.
[3]Сања Трговчевић, Факултет политичких наука, Универзитета у Београду.
[4]Драгана Кљајић, Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји.
[5]Радица Драгојловић-Ружичић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

УВОД

Мултипла склероза

Мултипла склероза *(Sclerosis multiplex)* је хронично инфламаторно обољење централног нервног система (ЦНС), чија је основна патофизиолошка карактеристика деструкција мијелина – демијелинизација[1]. Мултипла склероза погађа готово све делове централног нервног система, у типским случајевима најчешћи су знаци спиналних лезија. Основне карактеристике овог обољења су дисеминованост лезија, и ток са ремисијама и егзацербацијама[2]. Моторички поремећаји су различити. Могу се манифестовати у виду мишићне слабости (монопареза, хемипареза, парапареза, тетрапареза) до потпуне одузетости (парализа) једног или више удова. Поред ових поремећаја, јављају се поремећаји координације, током извођења покрета и поремећаји равнотеже[2].

Мултипла склероза је једна од најчешћих демијелизирајућих болести и представља поремећај ЦНС-а са спором и често неуједначеном прогресијом. Карактеристична је по вишеструким, демијелизирајућим (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 различит степен инвалидности[3].

Симптоми мултипле склерозе су многобројни и разноврсни. У зависности од тога који је део ЦНС-а захваћен болешћу, јављају се и различити симптоми. Симптоми се разликују од особе до особе, али могу варирати код појединог болесника током времена. Особа оболела од мултипле склерозе никада нема све симптоме болести. Поједини симптоми чешће се појављују у раној фази болести, док се симптоми–отежано кретање, повишени тонус доњих екстремитета, нестабилност у ходу и стајању–углавном јављају у каснијој фази болести. Почетни симптоми мултипле склерозе по реду учесталости су: субјективне сметње чула, смањење оштрине вида, губљење снаге у једном или више удова, диплопија, поремећаји равнотеже и вртоглавица, сметње функције сфинктера. Најчешћи симптоми ове болести су: поремећај осећаја, слабост мишића, спазми, отежано кретање, проблеми са координацијом и равнотежом, тешкоће говора, дисфагија, сметње вида, поремећаји функције сфинктера, акутни или хронични бол, поремећаји сексуалних функција, когнитивни и емотивни поремећаји[4].

Социјална партиципација

Према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља, социјална партиципација се дефинише као учешће у животној ситуацији у односу на степен у којем се особа активно укључује, а не у односу на то колико особа може или жели да се укључи[5].

Социјално учешће се односи на потпуно остваривање животних потреба и навика као производа интеракције између личних обележја (оштећења, неспособности и других личних карактеристика) и срединских чинилаца (олакшавајућих или отежавајућих), док се ситуација хендикепа односи на непотпуно остваривање животних навика као производа интеракције између личних обележја и срединских чинилаца[6].

У дефектологији партиципација подразумева учешће особа са инвалидитетом у свим аспектима живота[7].

ПРОБЛЕМ ИСТРАЖИВАЊА

Особе са МС-ом се мање укључују у друштвену средину. Поједини аутори нагађају, а некада и наводе разлоге ограничене социјалне партиципације особа са МС-ом, а да притом узроци нису истражени. Стога је проналажење детерминанти социјалне партиципације особа са МС-ом први корак

за развој могућности интервенције која ће допринети већем степену партиципације, а самим тим и имплементације адекватних системских решења.

У оквиру овог истраживања посматрана је социјална партиципација групе особа са МС-ом у односу на детерминанте саме болести. Циљ је био утврдити на који начин карактеристике болести детерминишу социјалну партиципацију особа са МС-ом. Дефинисали смо независне варијабле: време настанка МС-а, тип МС-а, симптоми болести, број симптома болести. Зависна варијабла је степен социјалне партиципације.

МЕТОДЕ И ТЕХНИКЕ ИСПИТИВАЊА

За потребе овог рада, коришћена је дескриптивна метода. Испитаници су анкетирани и вршено је прегледање доступне медицинске документације. Добијени подаци су вредновани, а након тога поређени добијени резултати са резултатима ранијих испитивања чиме се остварује лонгитудинални приступ у дескрипцији. Истраживачка техника која је коришћена у раду је анкетирање.

Инструменти којим се процењивало су: Социо-демографски упитник, посебно конструисан за потребе овог истраживања, Протокол за бележење података о здравственом стању, посебно конструисан за потребе овог истраживања, Скала социјалне партиципације *(Participation Scale 6.0*, скала је развијена у оквиру INF RELEACE пројекта у Непалу; психометријске карактеристике–валидност, поузданост, стабилност и респонзивност на промене–темељно су проверене на 6 језика и показале су се одличним).

Истраживање је спроведено у „Друштву мултипле склерозе Србије“, „Друштву мултипле склерозе Аранђеловац“ и у „Дому за одрасла инвалидна лица“ у Београду.

Обрада података вршена је уз помоћ статистичког пакета SPSS. Коришћени су дескриптивни статистички показатељи, корелационе анализе и статистичке технике за поређење група.

Узорак

Узорак чине особе оболеле од мултипле склерозе, старости од 30 до 65 година, оба пола. Критеријуми за формирање узорка су били следећи: да су особе са МС-ом чланови Друштва за мултипле склерозе Србије, да нису оболели од болести које могу утицати на способност особе да разуме концепт учешћа у истраживању и да имају завршено бар основно образовање. Узорак је уједначен према полу. Од укупног броја испитаника, 14 испитаника чине особе мушког пола (46.7%), док особе женског пола броје 16 испитаника (53.3%). Испитаници су просечне старости 51,08 година, најмлађи испитаник 30.2 године, док најстарији испитаник 64.8 година. Код највећег броја испитаника МС је дијагностикована у периоду између 30. и 40. године (44.8%), док је у најмањем проценту дијагностикована после 41. године (код 6 испитаника). У највећем броју су особе оболеле од мултипле склерозе са примарно прогресивним обликом (12 особа), док је свега 2 испитаника са секундарно прогресивним обликом (8.3%) (табела 1).

Табела 1. *Дистрибуција испитаника према типу МС-а.*

Тип МС-а	Фреквенца	Проценат
Релапсирајући ремитентни	10	41.7%
Примарно прогресивни	12	50.0%
Секундарно прогресивни	2	8.3%
Укупно	24	100.0%

Из табеле 2 види се да је код 28 особа оболелих од МС-а заступљен замор и поремећај хода, па су ти симптоми у највећем проценту присутни (93.3%), док су сексуалне дисфункције у најмањем броју присутне (код 7 испитаника).

РЕЗУЛТАТИ

У табели 3. приказани су резултати добијени на Скали социјалне партиципације у односу на степен ограничења партиципације. Из табеле се види да укупно 11 испитаника нема никакво (23.3%) или има мало ограничење (13.3%), док потпуно ограничење имају 3 испитаника (10.0%). Највећи број испитаника се изјаснио да има велико ограничење (33.3%).

Табела 2. *Дистрибуција испитаника према присуству симптома болести.*

Симптоми	Фреквенца	Проценат	N
Замор	28	93.3	30
Трњење	20	66.7	30
Бол	17	56.7	30
Проблеми са видом	21	70.0	30
Мишићни спазам	22	73.3	30
Поремећаји контроле бешике	26	86.7	30
Поремећаји контроле црева	16	53.3	30
Сексуалне дисфункције	7	25.0	28
Депресија	11	36.7	30
Когнитивне потешкоће	15	50.0	30
Проблем са равнотежом	25	83.3	30
Лоша координација	21	70.0	30
Поремећаји хода	28	93.3	30
Тремор	14	46.7	30
Проблеми са говором	14	46.7	30
Вртоглавица	15	50.0	30
Поремећена осетљивост на топлоту	19	63.3	30

Табела 3. *Дистрибуција испитаника према скору на Скали социјалне партиципације.*

Степен ограничења социјалне партиципације	Фреквенца	Проценат
Ни најмање ограничење (0–12)	7	23.3%
Мало ограничење (11–22)	4	13.3%
Умерено ограничење (23–32)	6	20.0%
Велико ограничење (33–52)	10	33.3%
Потпуно ограничење (53–90)	3	10.0%
Укупно	30	100.0%

Социјална партиципација у односу на године када је дијагностикована болест

Табела 4. *Дистрибуција испитаника према скору на Скали социјалне партиципације у односу на године дијагностиковања болести.*

Партиципација	0–29		30–40		41–65	
	N	%	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0–12)	3	30.0	2	15.4	2	33.3
Мало ограничење (13–22)	2	20.0	1	7.7	1	16.7
Умерено ограничење (23–32)	2	20.0	1	7.7	2	33.3
Велико ограничење (33–52)	1	10.0	7	53.8	1	16.7
Потпуно ограничење (53–90)	1	10.0	2	15.4	0	0.0
Укупно	10	100.0	13	100.0	6	100.0

У табели 4. приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на године живота испитаника у којима им је дијагностикована болест.

Једнофакторском анализом варијансе истражен је утицај времена настанка МС-а на нивое социјалне партиципације, мерене Скалом партиципације. Субјекти су по времену настанка МС-а подељени у три групе (група 1: група код које је МС настао пре 29. године; група 2: код које је настао МС између 30. и 40. године, група 3: код које је МС настао од 41. и касније). Утврђено је да не постоји статистички значајна разлика међу групама (група 1: АС=25, СД=26.18, група 2: АС=39.15, СД=20.69, група 3: АС=19.67, СД=12.64) $p>0.05$ на Скали партиципације: $F (7.26)= 2.07$, $p=0.15$.

Социјална партиципација у односу на тип мултипле склерозе

У табели 5. приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на тип мултипле склерозе.

Једнофакторском анализом варијансе истражен је утицај типа МС-а на нивое социјалне партиципације, мерене Скалом партиципације. Субјекти су по типу МС-а подељени у три групе (група 1: испитаници са релапсирајуће-ремитентним обликом МС-а ; група 2: испитаници са примарно прогресивним типом МС-а, група 3: испитаници са секундарно прогресивним обликом МС-а). Утврђено је да не постоји статистички значајна разлика на нивоу $p<0.05$ између групе 1 (АС= 28.80, СД=18.20), групе 2 (АС= 30.33, СД=20.26) и групе 3 (АС= 32 СД=25,46) у резултатима постигнућа на Скали партиципације групе: $F (2.21) = 4.64$, $p=0.97$.

Табела 5. *Дистрибуција испитаника према скору на Скали социјалне партиципације у односу на тип болести.*

Партиципација	Релапсирајући ремитентни		Примарно прогресивни		Секундарно прогресивни	
	N	%	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0–12)	3	30.0	2	16.7	0	0.0
Мало ограничење (11–22)	1	10.0	2	16.7	1	50.0
Умерено ограничење (23–32)	0	0.0	4	33.2	0	0.0
Велико ограничење (33–52)	5	50.0	3	25.0	1	50.0
Потпуно ограничење (53–90)	1	10.0	1	8.3	0	0.0
Укупно	10	100.0	11	100.0	2	100.0

Социјална партиципација у односу на симптоме болести

Замор ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутан симптом замор и групе особа оболелих од МС-а код којих замор није присутан. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих је присутан симптом замор (АС=30, СД=22.61) и особа оболелих од МС-а код којих замор није присутан, АС=32.50, СД=16.26; t(28)= -0.15, p=0.88 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = -2.50, 95% Cl:-36.11 до 31.11) била је врло мала (ета квадрат = 0.0008).

Трњење ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутан симптом трњење и групе особа оболелих од МС-а код којих трњење није присутно. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих је присутан симптом трњење (АС=28.65, СД=22.66) и особа оболелих од МС-а код којих трњење није присутно, АС=33.20, СД=21.58; t(28)= -0.53, p=0.60 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = -4,55. 95% Cl:-22.26 до 13.16) била је врло мала (ета квадрат = 0.009).

Бол ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутан симптом бол и групе особа оболелих од МС-а код којих бол није присутан. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих је присутан бол (АС=28.35, СД=24.10) и особа оболелих од МС-а код којих бол није присутан, АС=32.54, СД=19.70; t(28)=-0.51, p=0.61 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = -4.18, 95% Cl:-21.03 до 12.66) била је врло мала (ета квадрат = 0.009).

Проблеми са видом ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих су присутни проблеми са видом и групе особа оболелих од МС-а код којих проблеми са видом нису присутни. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих су присутни проблеми са видом (АС=32.95, СД=23.09) и особа оболелих од МС-а код којих проблеми са видом нису присутни, АС=23.67, СД=18.97; t(28)= 1.06, p=0.30 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 9.29, 95% Cl:-8.66 до 27.23) била је мала (ета квадрат = 0.03).

Мишићни спазам ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутан симптом мишићни спазам и групе особа оболелих од МС-а код којих мишићни спазам није присутан. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих је присутан мишићни спазам (АС=28.73, СД=21.73) и особа оболелих од МС-а код којих мишићни спазам није присутан, АС=34.12, СД=23.89; t(28)= -0.59, p=0.56 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = -5.40, 95% Cl:-24.25 до 13.45) била је мала (ета квадрат = 0.01).

Поремећаји контроле бешике ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих су присутни поремећаји контроле бешике и групе особа оболелих од МС-а код којих поремећаји контроле бешике нису присутни. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих су присутни поремећаји контроле бешике (АС=32.31, СД=22.40) и особа оболелих од МС-а код којих поремећаји контроле бешике нису присутни, АС=16.25, СД=14.61; t(28)= 1.38, p=0.18 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 16.06, 95% Cl:-7.82 до 39.94) била је умерена (ета квадрат = 0.06).

Поремећаји контроле црева ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих су присутни поремећаји контроле црева и групе особа оболелих од МС-а код којих поремећаји контроле црева нису присутни. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих су присутни поремећаји контроле црева (АС=31.19, СД=23.01) и особа оболелих од МС-а код којих поремећаји контроле црева нису присутни, АС=29, СД=21.68; t(28)= 0.27, p=0.79 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 2.19, 95% Cl:-14.60 до 18.98) била је врло мала (ета квадрат = 0.002).

Сексуалне дисфункције ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих су присутне сексуалне дисфункције и особа оболелих од МС-а код којих нису присутне сексуалне дисфункције. Нађена је статистички значајна разлика код особа оболелих од МС-а код којих су присутне сексуалне дисфункције (АС=50, СД=20.87), односно особа оболелих од МС-а код којих нису присутне сексуалне дисфункције, АС=24.09, СД=19.85; t(26)= 2.95, p<0.05 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 25.90, 95% Cl: 7.88 до 43.93) била је врло велика (ета квадрат = 0.25).

Депресија ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутна депресија и особа оболелих од МС-а код којих није присутна депресија. Нађена је статистички значајна разлика код особа оболелих од МС-а код којих је присутна депресија (АС=39.09, СД=24.17), односно особа оболелих од МС-а код којих није присутна депресија, АС=25, СД=19.52; t(28)= 1.75, p<0.05 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 14.09, 95% Cl: -2.44 до 30.62) била је врло велика (ета квадрат = 0.09).

Когнитивне потешкоће ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих су присутне когнитивне потешкоће и особа оболелих од МС-а код којих нису присутне когнитивне потешкоће. Нађена је статистички значајна разлика код особа оболелих од МС-а код којих су присутне когнитивне потешкоће (АС=38.47, СД=21.73), односно особа оболелих од МС-а код којих нису присутне когнитивне потешкоће, АС=21.87, СД=19.65; t(28)= 2.19, p<0.05 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 16.60, 95% Cl: 1.10 до 32.09) била је врло велика (ета квадрат = 0.15).

Проблем са равнотежом ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутан проблем са равнотежом и групе особа оболелих од МС-а код којих проблем са равнотежом није присутан. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих је присутан проблеми са равнотежом (АС=32.56, СД=22.35) и особа оболелих од МС-а код којих проблем са равнотежом није присутан, АС=18.20, СД=17.57; t(28)=1.35, p=0.19 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 14.36, 95% Cl:-7.45 до 36.17) била је умерена (ета квадрат = 0.06).

Лоша координација ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутна лоша координација и особа оболелих од МС-а код којих није присутна лоша координација. Нађена је статистички значајна разлика код особа оболелих од МС-а код којих је присутна лоша координација

(АС=34, СД=23.43), односно особа оболелих од МС-а код којих није присутна лоша координација, АС=21.22, СД=16.12; t(28)= 1.48, p<0.15 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 12.78, 95% Cl: -4.84 до 30.40) била је умерена (ета квадрат = 0.07).

Поремећаји хода ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих су присутни поремећаји хода и особа оболелих од МС-а код којих нису присутни поремећаји хода. Нађена је статистички значајна разлика код особа оболелих од МС-а код којих су присутни поремећаји хода (АС=32.32, СД=21.20), односно особа оболелих од МС-а код којих нису присутни поремећаји хода, АС=0, СД=0; t(28)= 2.12, p<0.05 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 32.32, 95% Cl: 1.11 до 63.53) била је врло велика (ета квадрат = 0.14).

Тремор ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутан тремор и групе особа оболелих од МС-а код којих тремор није присутан. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих је присутан тремор (АС=35.29 СД=21.41) и особа оболелих од МС-а код којих тремор није присутан, АС=25.69, СД=22.26; t(28)= 1.20, p=0.24 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 9.60, 95% Cl:-6.80 до 25.99) била је умерена (ета квадрат = 0.05).

Проблеми са говором ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих су присутни проблеми са говором и групе особа оболелих од МС-а код којих проблеми са говором нису присутни. Није нађена статистички значајна разлика код групе особа оболелих од МС-а код којих су присутни проблеми са говором (АС=37.21, СД=21.69) и особа оболелих од МС-а код којих проблеми са говором нису присутни, АС=24, СД=21.08; t(28)= 1.70, p=0.10 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 13.21, 95% Cl:-2.80 до 29.23) била је велика (ета квадрат = 0.09).

Вртоглавица ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутна вртоглавица и особа оболелих од МС-а код којих није присутна вртоглавица. Нађена је статистички значајна разлика код особа оболелих од МС-а код којих је присутна вртоглавица (АС=29.80, СД=21.71), односно особа оболелих од МС-а код којих није присутна вртоглавица, АС=30.53, СД=23.12; t(28)= -0.09, p=0.93 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = -0.73, 95% Cl: -17.51 до 16.04) била је врло мала (ета квадрат = 0.0002).

Поремећена осетљивост на топлоту ~ Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а код којих је присутна поремећена осетљивост на топлоту и особа оболелих од МС-а код којих није присутна поремећена осетљивост на топлоту. Нађена је статистички значајна разлика код особа оболелих од МС-а код којих је присутна поремећена осетљивост на топлоту (АС=29.32, СД=22.25), односно особа оболелих од МС-а код којих није присутна поремећена осетљивост на топлоту, АС=31.64, СД=22.65; t(28)= -0.27, p=0.79 (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = -2.32, 95% Cl: -19.70 до 15.06) била је веома мала (ета квадрат = 0.002).

Социјална партиципација у односу на број симптома болести

Даљу статистичку анализу везано за утицај симптома болести на степен партиципације смо спровели тако што смо издвојили четири симптома за које се показало

да имају одређени утицај на ниво социјалне партиципације. Занимало нас је да ли социјална партиципација зависи од броја присутних симптома. За сваки симптом његово присуство је кодирано бројем 1, а одсуство бројем 2. Креирана је нова варијабла која представља збир присутних симптома и израчунава се по формули Z=СД+ДП+КП+ПХ у којој су: Z збир, СД сексуалне дисфункције, ДП депресија, КП когнитивне потешкоће, а ПХ поремећаји хода. По израчунавању збира по овој формули мањи збир значи присуство већег броја симптома. Минимална вредност збира је 4, а максимална 8. Веза између збира присутних симптома (Z) и постигнућа на Скали социјалне партиципације истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Обављене су прелиминарне анализе да би се доказало задовољење претпоставки о нормалности, линеарности и хомогености варијансе. Израчуната је јака негативна корелација између те две променљиве, $r=-0.58$, $n=30$, $p<0.01$, при чему мале вредности збирова присутних симптома прате високи скорови на Скали партиципације. Наведено значи да што је присутно наведених симптома више, то су ограничења партиципације већа.

Социјална партиципација у односу на тип МС-а

Једнофакторском анализом варијансе истражен је утицај типа МС-а на нивое социјалне партиципације, мерене Скалом партиципације. Субјекти су по типу МС-а подељени у три групе (група 1: испитаници са релапсирајуће-ремитентним обликом МС-а; група 2: испитаници са примарно прогресивним типом МС-а, група 3: испитаници са секундарно прогресивним обликом МС-а). Утврђено је да не постоји статистички значајна разлика на нивоу $p<0,05$ између групе 1 (АС= 28.80, СД=18.20), групе 2 (АС= 30.33, СД=20.26) и групе 3 (АС= 32, СД=25.46) у резултатима постигнућа на Скали партиципације групе: $F(2,21) = 4.64$, $p=0.97$.

Табела 6. *Корелациона анализа карактеристика болести и социјалне партиципације.*

	Замор	Трњење	Бол	Проблеми са видом	Мишићни спазам	Поремећај контроле бешике	Поремећај контроле црева	Сексуалне функције	Депресија
Питање	r	R	r	r	r	r	r	r	r
Имате ли једнаке могућности као и ваши вршњаци да нађете посао?	-0.03	-0.19	0.08	**-0.36***	0.12	-0.25	-0.29	**-0.44***	**-0.43***
Да ли радите марљиво као ваши вршњаци? (исти број сати, тип посла итд.)	0.28	-0.17	-0.27	-0.01	0.15	-0.11	-0.09	-0.23	-0.21
Да ли економски доприносите домаћинству на сличан начин на који то чине ваши вршњаци?	0.14	-0.04	-0.18	-0.07	**0.42***	-0.13	-0.13	**-0.56****	**-0.55****
Да ли обилазите места изван насеља у којем живите у оној мери као што то ваши вршњаци чине? (осим због терапије, нпр. продавнице, маркети)	0.008	0.12	0.10	0.10	0.05	-0.21	-0.18	-0.27	0.02
Да ли учествујете у ритуалима или великим фестивалима као ваши вршњаци? (нпр. венчања, сахране, верски обреди)	-0.04	0.08	0.07	-0.03	0.27	-0.20	0.11	**-0.52****	-0.30
Да ли учествујете у уобичајеним рекреативним/ социјалним активностима као ваши вршњаци? (нпр. спортови, разговори, састанци)	0.09	-0.01	0.02	-0.23	0.09	-0.33	-0.17	-0.23	-0.20
Да ли сте друштвено активни као ваши вршњаци? (нпр. религијске активности или оне у заједници)	0.25	0.22	0.23	-0.91	0.21	-0.13	0.16	-0.35	-0.28
Да ли уживате исто поштовање у заједници као ваши вршњаци?	-0.11	-0.34	0.03	-0.26	0.02	-0.16	0.003	-0.10	-0.14
Да ли имате исте могућности да бринете о себи (изглед, исхрана, здравље, итд.) једнако добро као ваши вршњаци?	0.17	0.12	0.18	-0.02	0.08	-0.31	-0.06	-0.32	-0.34
Да ли имате исте могућности као ваши вршњаци да отпочнете или одржите дугу везу са животним партнером?	0.29	-0.12	-0.19	-0.14	0.35	-0.23	-0.14	**-0.46***	**-0.53****
Да ли посећујете друге људе у заједници једнако често као други људи?	-0.28	0.19	0.16	-0.24	-0.09	-0.30	-0.17	**-0.52****	-0.23
Да ли се крећете у кући и ван ње, као и кроз насеље у коме живите, као што то чине други људи?	0.11	0.34	**0.38***	-0.11	-0.15	-0.10	0.08	-0.19	0.04
У вашем насељу, да ли посећујете јавна места, често као што то чине други људи? (нпр. школе, продавнице, канцеларије, маркете и кафиће)	-0.03	0.11	0.28	-0.12	-0.10	-0.04	-0.03	-0.26	0.10
У вашем домаћинству, да ли обављате кућне послове?	-0.20	0.30	**0.48****	-0.20	-0.16	-0.18	0.24	-0.32	0.10
Да ли се ваше мишљење узима у обзир у породичним дискусијама?	-0.10	0.16	0.07	-0.24	0.06	-0.15	-0.10	-0.31	-0.23
Да ли помажете другим људима (нпр. комшијама, пријатељима или рођацима)?	-0.15	0.67	0.01	-0.10	0.06	-0.13	-0.15	**-0.57****	-0.35
Да ли вам је пријатно да упознајете нове људе?	-0.10	0.67	-0.01	-0.25	-0.16	-0.13	-0.10	-0.30	-0.24
Да ли се осећате самоуверени да покушате да научите нове ствари?	-0.17	0.00	-0.23	-0.30	-0.10	-0.25	-0.17	**-0.66****	**-0.40***

$*p<0.05$, $**p<0.005$

Табела 7. *Корелациона анализа карактеристика болести и социјалне партиципације.*

	Когнитивне потешкоће	Проблеми са равнотежом	Лоша координација	Проблеми са ходом	Тремор	Поремећај говора	Вртоглавица	Осетљивост на топлоту
Питање	R	r	r	r	r	r	r	R
Имате ли једнаке могућности као и ваши вршњаци да нађете посао?	**-0.45***	**-0.54****	-0.21	**-0.38***	-0.34	**-0.37***	-0.10	-0.07
Да ли радите марљиво као ваши вршњаци? (исти број сати, тип посла итд.)	**-0.38***	-0.25	-0.09	-0.30	-0.20	-0.13	-0.13	-0.05
Да ли економски доприносите домаћинству на сличан начин на који то чине ваши вршњаци?	-0.28	-0.31	-0.28	-0.19	0.10	-0.23	0.24	0.07
Да ли обилазите места изван насеља у којем живите у оној мери као што то ваши вршњаци чине? (осим због терапије, нпр. продавнице, маркети)	-0.04	-0.09	0.10	-0.29	-0.09	-0.12	0.01	-0.24
Да ли учествујете у ритуалима или великим фестивалима као ваши вршњаци? (нпр. венчања, сахране, верски обреди)	-0.33	-0.13	-0.26	-0.24	0.06	-0.11	0.22	0.16
Да ли учествујете у уобичајеним рекреативним/ социјалним активностима као ваши вршњаци? (нпр. спортови, разговори, састанци)	**-0.43***	-0.13	-0.04	-0.33	-0.26	-0.26	-0.07	0.16
Да ли сте друштвено активни као ваши вршњаци? (нпр. религијске активности и оне у заједници)	-0.35	-0.08	-0.31	-0.29	0.01	-0.16	0.01	0.28
Да ли уживате исто поштовање у заједници као ваши вршњаци?	-0.17	-0.18	-0.26	-0.11	-0.19	-0.05	-0.02	-0.06
Да ли имате исте могућности да бринете о себи (изглед, исхрана, здравље, итд.) једнако добро као ваши вршњаци?	-0.19	0.00	-0.11	**-0.37***	-0.13	-0.24	0.04	-0.29
Да ли имате исте могућности као ваши вршњаци да отпочнете или одржите дугу везу са животним партнером?	-0.18	-0.26	-0.09	-0.15	0.006	-0.17	0.00	-0.02
Да ли посећујете друге људе у заједници једнако често као други људи?	**-0.39***	-0.17	-0.24	-0.28	0.10	**-0.46***	0.05	0.23
Да ли се крећете у кући и ван ње, као и кроз насеље у коме живите, као што то чине други људи?	-0.11	-0.05	-0.11	**-0.47****	-0.30	-0.23	-0.11	0.07
У вашем насељу, да ли посећујете јавна места, често као што то чине други људи? (нпр. школе, продавнице, канцеларије, маркете и кафиће)	-0.23	-0.12	-0.24	**-0.37***	-0.35	-0.32	-0.05	0.08
У вашем домаћинству, да ли обављате кућне послове?	-0.22	-0.13	-0.33	-0.20	-0.23	-0.05	0.00	-0.03
Да ли се ваше мишљење узима у обзир у породичним дискусијама?	-0.12	-0.17	-0.24	-0.10	-0.15	-0.15	0.07	-0.03
Да ли помажете другим људима (нпр. комшијама, пријатељима или рођацима)?	-0.32	-0.08	-0.23	-0.15	-0.16	-0.23	0.13	-0.17
Да ли вам је пријатно да упознајете нове људе?	-0.13	-0.17	-0.25	-0.10	-0.15	-0.15	-0.19	-0.02
Да ли се осећате самоуверени да покушате да научите нове ствари?	**-0.59****	-0.29	**-0.42***	-0.17	-0.15	**-0.47****	0.05	0.23

$*p<0.05$, $**p<0.005$

У табелама број 6 и 7 приказана је корелација између карактеритика групе особа са МС-ом и појединачних варијабли у оквиру скале партиципације.

ДИСКУСИЈА

Резултати који су испитаници постигли на Скали социјалне партиципације показују да особе са МС-ом имају просечно постигнуће на Скали партиципације 30.17 (СД=22.04), што значи да ове особе имају умерено ограничење социјалне партиципације. Како су стандардна одступања у постигнућима на Скали социјалне партиципације велика, посебна пажња ће бити усмерена на дистрибуцију испитаника према ограничењу социјалне партиципације. Само 11 испитаника (23.3%) нема никакво ограничење партиципације док се највећи број испитаника изјаснио да има велико ограничење партиципације (33.3%).

Истраживали смо како сама природа болести са својим карактеристикама утиче на социјалну партиципацију оболелих особа. Прво смо испитали да ли време настанка болести представља детерминанту социјалне партиципације и поредили групе испитаника код којих је болест настала до 29. године, између 30. и 40. године и после 40. године. Није утврђена разлика међу овим групама, те се може рећи да година настанка МС-а не представља детерминанту социјалне партиципације. Разлог за овакав резултат може се тражити у постојању различитих облика болести. Њен ток може бити разноврстан. Могу се смењивати егзацербације и ремисије. Могуће је да се након прве егзецербације стање прогресивно погоршава, или пак да дође до скоро потпуног или делимичног опоравка способности. Оно што је битно нагласити је да иако знамо од ког типа болести је особа оболела, не можемо знати ни претпоставити када ће се следећа егзацербација догодити, ни каквог ће интензитета бити њене последице. Стога је сасвим разумљиво да добијени резултати указују да тип МС-а не представља детерминанту социјалне партиципације. Нажалост, нису постојали нити се могло доћи до тачних података о томе пре колико времена се егзацербација догодила и какве су последице остале након. Према томе, утицај дужине времена од последње егзацербације на степен социјалне партиципације није могао бити утврђен. Наглашавамо да се често егзацербације које остављају мале или никакве последице не дијагностикују, што је додатно отежавајући фактор проналажења односа времена од последње егзацербације и степена социјалне партиципације.

Код особа са МС-ом анализирали смо симптоматологију. Симптом замор присутан је код 28 испитаника, трњење је присутно код 20 испитаника, бол код 17 испитаника, проблеми са видом код 21 испитаника, мишићни спазам код 22 испитаника, поремећаји контроле бешике код 26 испитаника, а поремећаји контроле црева код 16 испитаника, сексуалне дисфункције присутне су код 7 испитаника, депресија код 11 испитаника, когнитивне потешкоће код 15 испитаника, проблем са равнотежом код 25 испитаника, лоша координација код 21 испитаника, поремећаји хода код 28 испитаника, тремор и проблеми са говором код 14 испитаника, вртоглавица код 15 испитаника, а поремећена осетљивост на топлоту код 19 испитаника. Од наведених симптома поремећаји хода, сексуалне дисфункције, депресија и когнитивне потешкоће представљају детерминанте социјалне партиципације. Ако је неки од наведених симптома присутан, ограничење социјалне партиципације је веће. Утврдили смо на који начин број присутних симптома утиче на степен социјалне партиципације.

Степен социјалне партиципације не зависи од броја присутних симптома, али зависи од броја присутних симптома који детерминишу социјалну партиципацију. Дакле, што је код особа са МС-ом удружено више симптома из групе коју сачињавају поремећаји хода, сексуалне дисфункције,

депресија и когнитивне потешкоће, то је ограничење социјалне партиципације веће.

Први симптом који ћемо анализити јесте поремећај хода и његов утицај на социјалну партиципацију. Главне потешкоће које се јављају услед поремећаја хода утичу на поједине аспекте социјалне партиципације. Особе са поремећајем хода имају смањене могућности да нађу посао, да брину о себи, да се крећу по кући или ван ње, као и да посећују јавна места (школе, продавнице, маркете, кафиће) као што то чине њихови вршњаци. Може се рећи да се услед поремећаја хода смањује степен социјалних интеракција.

Шчепман и сарадници[8] користе Скалу партиципације како би утврдили да ли постоји веза између између телесних структура, функција и активности и социјалне партиципације код особа оболелих од Кашин-Бекове болести. Испитаници су били особе које болују од Кашин-Бекове болести, просечне старости 54.83 године (СД=11.29). Укупно 87.7% испитаника је тренутно у брачној заједници, 67.1% је запослено. Од 20 до 40 посто испитаника има неки од деформитета доњих екстремитета. Ово истаживање наводимо из два разлога. Прво, истраживачи у овом раду наводе дистрибуцију испитаника према степену ограничења социјалне партиципације. Дистрибуција је на исти начин представљена и у нашем истраживању, те је дескриптивна статистика упоредива. Код особа са Кашиновом болешћу свега 4.1% испитаника има потпуно ограничење социјалне партиципације док је код испитаника који болују од МС-а тај проценат 10%. Велико ограничење у партиципацији има 27.4% са Кашин-Бековом болешћу, док је овај проценат код испитаника са МС-ом из нашег истраживања 33.3%. Како ови тако и остали подаци о скоровима испитаника на Скали партиципације говоре у прилог томе да особе са МС-ом имају веће ограничење партиципације. Ово је потпуно очекивано када се у обзир узму природе и тежине наведених болести. Друго, Шчепман и сарадници истраживали су корелацију обима покрета, мишићне снаге и боли приликом вршења неке активности са постигнућима на скали партиципације. Активности које су анализиране биле су везане за одржавање стојећег положаја и ход. Само две од осам активности су се односиле на активности горњих ектремитета. Корелација је нађена углавном између обима покрета и мишићне снаге и скора социјалне партиципације. Присуство бола за време вршења активности није корелирало са скоровима на скали партиципације. Наиме уопштено би се могло рећи да што је мања снага и што су присутнији поремећаји у обиму покрета, то је ограничење партиципације веће. Ови наводи су сагласни резултатима добијеним у нашем истраживању када је поређено присуство поремећаја хода и ограничења социјалне партиципације. Присуство поремећаја хода и смањена мобилност су у вези са већим ограничењем социјалне партиципације, те овој детерминанти треба посветити велики значај. Пошто се показало да потешкоће при ходу представљају детерминанту социјалне партиципације, потребно је одговорити на питање због чега је то тако. Могу се наћи бројна истраживања у којима се наводи да архитектонске баријере представљају могући узрок.

Особе које имају потешкоће у сексуалним функцијама ређе учествују у ритуалима и фестивалима заједнице, такође имају смањену могућност да отпочну дугу везу са животним партнером, мање посећују друге људе, мање помажу другима и мање су самоуверени у покушају да науче нове ствари. Сексуални односи и интеракција са супротним полом представљају значајну животну потребу човека, те услед немогућности да своје емоције преточе у дубљи физички контакт, особе са МС-ом смањују број интеракција са околином у којој постоји могућност за проналажење партнера или развој емоционалних односа са другим људима. За разлику од потешкоћа у ходу, где је основа за смањење социјалне

интеракције физичко ограничење, недостатак подршке или архитектонске баријере, у случају сексуалних дисфункција, по нашем мишљењу узрок смањења социјалних интеракција лежи у смањеном степену мотивације да се упусти у социјалне интеракције.

Код особа са мултиплом склерозом код којих је присутна депресија, присутна је смањена могућност за проналажење посла, а тиме и смањена могућност за економско доприношење породици. Такође имају смањену могућност да отпочну или одрже везу и мање су самоуверени да покушају да науче нове ствари. Како је депресија ментално стање које се карактерише дуготрајним осећањима потиштености, туге, песимизма и једно опште стање дубоке празнине, разумљиво је зашто особе са МС--ом имају ограничења управо у наведеним областима социјалне партиципације.

Когнитивне потешкоће обухватају неке од проблема памћења, мишљења, пажње и слично. Ове способности су круцијалне за обављање радних активности, обављање социјалних интеракција, као и за учење неких нових ствари. Нађено је да особе са мултиплом склерозом управо имају ограничења у наведеним областима.

У популацији особа са МС–ом испитивани су различити видови партиципације, између осталих партиципацију у комуникацији. Бејлор и сарадници наводе да је партиципација у комуникацији узимање учешћа у животним ситуацијама у којима се размењују знање, информације, идеје и осећања[9]. Поремећаји у комуникацији посматрани кроз призму биопсихосоцијалног приступа представљају међуоднос партиципације, тежине поремећаја у комуникацији, комуникационог окружења, личног идентитета и ставова. У истаживању Бејлора и сарадника истражује се управо партиципација у комуникацији, јер како аутори сматрају, у овој области има веома мали број истраживања која истражују које то детерминанте утичу на партиципацију у комуникацији код особа са МС-ом. Степен партиципације у комуникацији испитан је спровођењем посебно дизајнираног упитника, на популацији особа са МС-ом код којих је болест дијагностикована након осамнаесте године. Узорак је чинило 498 испитаника који су задовољили све критеријуме за укључење у узорак. Просечна старост испитаника била је 51.51 година (СД=11). Резултати су показали да је партиципација у комуникацији у групи особа са МС-ом у статистички значајној корелацији са степеном замора, депресијом, проблемима мишљења, радним статусом, социјалном подршком и поремећајима говора. Оно што аутори наводе као највреднији резултат овог истраживања је управо то да партиципација у комуникацији не зависи искључиво и једино од поремећаја говора, већ и од других детерминанти. Како бисмо поредили резултате нашег истраживања, морамо поћи од различитости дефиниција социјалне партиципације и партиципације у комуникацији. Социјална партиципација је шири појам од комуникационе партиципације и обухвата: учење и примену знања, комуникацију, кретање, бригу о себи, послове у домаћинству, интерперсоналне односе, социоекономски статус и живот у заједници. Дакле, партиципација у комуникацији представља једну област социјалне партиципације. Стога, није изненађујуће поклапање резултата наведеног рада и нашег истраживања. Депресија и когнитивне потешкоће су заједничке детерминанте партиципације у оба истраживања. Што се радног статуса тиче, он не представља детерминанту социјалне партиципације, међутим наведено приписујемо чињеници да је свега 3% испитаника из нашег истраживања запослено, док је велика већина испитаника у пензији. У истраживању Бејлора и сарадника које је спроведено на територији САД-а, око 40% испитаника је запослено. Иако због мале дистрибуције испитаника који су запослени нисмо могли спровести дубљу статистичку

обраду, одређена слика о партиципацији особа са МС-ом може се стећи из података о радном статусу испитаника пре настанка МС-а. Из резултата истраживања може се видети да је већина испитаника била у радном односу пре настанка болести. За испитанике из нашег истраживања може се рећи да се не враћају на посао након настанка болести, већ одлазе у инвалидску пензију, те се може рећи да је социоекономски домен социјалне партиципације код ових особа у огромној мери угрожен, те да се мора радити на њиховом поновном укључењу у процес рада уколико је то могуће. Неразумљив говор и замор у истраживању Бејлора и сарадника препознати су као детерминанте партиципације у комуникацији, док у нашем истаживању то није био случај. Наведено можемо приписати различитом дефинисању варијабли у истраживању. Наша варијабла носи назив потешкоће при говору, док варијабла у наведеном истраживању носи назив неразумљив говор. Сасвим је јасно да није реч о истој варијабли, те их није могуће упоредити. Друго, у нашем истраживању детектовано је присуство замора генерички, док у истраживању комуникативне партиципације аутори користе скалу замора која обухвата когнитивни и физички замор. Када се оцењује само присуство замора, испитаници подразумевају да је реч о физичком замору, али не и о когнитивном. Иако варијабле носе исти назив, њихова суштина је у ова два истраживања различита.

Преостали симптоми који не представљају детерминанте социјалне партиципације корелирају са појединачним варијаблама на скали социјалне партиципације, што је било недовољно за корелацију на нивоу читаве скале. Бол, на пример, корелира са кретањем у кући и ван ње, као и могућношћу за обављање кућних послова. Проблеми са видом корелирају са могућношћу налажења посла, мишићни спазам са степеном економског доприноса домаћинству.

Поремећаји равнотеже корелирају са могућношћу проналажења посла. Лоша координација корелира са самоувереношћу за учење нових ствари. Поремећај говора такође корелира са могућношћу налажења посла, посећивањем других људи и самоувереношћу за учење нових ствари. Поремећај осетљивости на топлоту, присуство вртоглавице, присуство тремора, поремећај контроле црева и бешике, трњење и присуство замора не корелирају ни са једном варијаблом из скале социјалне партиципације.

Ви и Лисах истражују факторе који утичу на мерење активности и партиципације особа са поремећајима кретања[10]. Узорак је чинило 24 испитаника (М=9, Ж=15). Испитаници су били просечне старости 63,5 година. Четири испитаника боловало је од мишићне дистрофије или миопатије, три је имало оштећење мозга, пет је боловало од мултипле склерозе, четворо је имало полиомијелитис, три повреде кичмене мождине и пет ортопедска стања, укључујући артритис и ампутације. Осам испитаника било је у браку. Само два испитаника су била запослена. Такође, имали су различита места становања. Неки су живели у установама, док су други живели у кућним условима. У првом делу истраживања они су имали задатак да детектују факторе који утичу на активности свакодневног живота и социјалну партиципацију. Идентификовано је 258 фактора који су касније разврстани по доменима. Рангирањем ових фактора од стране испитаника аутори су дошли до закључка да испитаници сматрају да су најзначајнији фактори за социјалну партиципацију: карактеристике личности, приступачност, оштећење, инвалидска колица, транспорт, приходи, сервиси, породица и пријатељи, околности, систематска подршка, адаптивна помагала. Ако поредимо ове резултате са резултатима нашег истраживања, могу се извући закључци о одређеним слагањима и неслагањима у добијеним резултатима. Наше истраживање показује да депресија има велики утицај

на социјалну партиципацију. У контексту наведеног истраживања депресија се може протумачити као фактор личности. Помагала, инвалидска колица, оштећење, транспорт и приступачност се као фактори који утичу на степен партиципације могу довести у везу са присуством потешкоћа хода. Мора се нагласити и да у истраживању Вија и Лисаха само испитаници једног дела узорка болују од мултипле склерозе, иако сви испитаници имају проблем мобилности; овако хетерогена популација није у потпуности предмет нашег истраживања, те је могућност за поређење резултата само делимична. Оно што је важно јесте да постоје заједнички фактори за групу испитаника са МС-ом и групу испитаника са потешкоћама мобилности, што даје на значају истраживања односа присуства симптома код особа са МС-ом и ограничења социјалне партиципације.

ЗАКЉУЧАК

Истраживањем се дошло до закључка да особе са МС-ом имају умерено ограничење социјалне партиципације. Бракел[11], аутор Скале социјалне партиципације, налаже да постојање било ког степена ограничења социјалне партиципације представља индикацију за неку врсту социјалне интервенције. Како бисмо утврдили на којим пољима треба спровести социјалну интервенцију било је потребно утврдити које су то основне детерминанте социјалне партиципације. У оквиру овог истраживања истражили смо на који начин карактеристике болести особа са МС-ом утичу на социјалну партиципацију. Од карактеристика болести социјалну париципацију особа са МС-ом детерминишу карактеристике из области симптоматологије (поремећаји хода, сексуалне дисфункције, когнитивне потешкоће и депресија). Што је више присутних симптома из групе детерминишућих, то је ограничење социјалне партиципације веће.

Потешкоће мобилности могуће је решити на више начина, било уклањањем архитектонских баријера или укључивањем квалитетних помагала за кретање. Приступачност није довољно обезбедити у оквиру јавних установа, као што су општине, болнице, школе, већ је потребно обезбедити приступачност свим објектима у којима се поспешује социјална интеракција. Потребно је прилагодити што више објеката да буду приступачни за особу са инвалидитетом и донети такву регулативу да сви објекти који се граде буду прилагођени особама са инвалидитетом, као и обезбедити адекватна средства транспорта која би била доступна за особе са МС-ом сходно њиховим потребама у договореним терминима, а у складу са могућностима заједнице. Мобилност, иако једна од најбитнијих, није једина детерминанта социјалне партиципације[4].

Когнитивне функције највећим делом утичу на обављање послова у домаћинству, а и на професионалном ангажовању. Степен и врсту послова које особа обавља треба индивидуално прилагодити способностима особе у договору са члановима домаћинства. Када је реч о професионалном ангажовању, решење за укључивање особе у процес рада треба тражити у прилагођавању радног места и окружења у смислу коришћења различитих когнитивних стратегија којима би се извршила компензација у доменима у којима су оштећене когнитивне способности за обављање послова.

Резултати нашег истраживања указују на присуство одређених детерминанти социјалне партиципације, али с обзиром на то да се нисмо појединачно бавили сваком од њих, будућа истраживања требало би да досегну дубље у ову тематику како би се тачно и прецизно дефинисали локуси за различите типове социјалних интервенција које би допринеле побољшању социјалне партиципације.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кисић-Тепавчевић Д, Пекмезовић Т, Друловић Ј, *Испитивање квалитета живота болесника са мултиплом склерозом*, Војносанитетски преглед, 2009, vol. 66, бр. 8, 645–650.

2. Радојичић Б, *Клиничка неурологија*. Београд, Завод за уџбенике и наставна средства, 1995.

3. Меденица В, Ивановић Л, Драгојловић-Ружичић Р, Арсић-Комљеновић Г, *Актуелна схватања о мултиплој склерози и могућности процене инвалидности код оболелих особа*. Здравствена заштита, 2011, 40(5), 7–12.

4. Ивановић Л, *Детерминанте социјалне партиципације особа са мултиплом склерозом.* Мастер рад. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду, 2012.

5. *WHO. International classification of functioning, disability and health*: ICF, Geneva, 2001.

6. Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, St-Michel G. *The Quebec Classification: Disability Creation Process*. Lac St-Charles, Quebec, Canada: CQC-IDIH, 1999.

7. Недовић Г, Одовић Г, Рапаић Д, *Развој социјалних вештина код особа са сметњама у развоју*, Друштво дефектолога Србије, Београд, 2010.

8. Schepman K, Engelbert H, Visser M, Yu C, Vos R. *Kashin Beck Disease: more than just osteoarthrosis: a cross-sectional study regarding the influence of body function-structures and activities on level of participation*. Int Orthop, 2011; 35(5): 767–776.

9. Baylor C, Yorkston K, Bamer A, Britton D, Amtmann D. *Variables associated with communicative participation in people with multiple sclerosis: a regression analysis*. American journal of speech-language pathology/American Speech-Language-Hearing Association. 2010; 19(2): 143–53. Epub 2009/12/02. doi: 10.1044/1058-0360(2009/08-0087). PubMed PMID: 19948761; PubMed Central PMCID: PMC2873072.

10 Wee J, Lysaght R. *Factors affecting measures of activities and participation in persons with mobility impairment. Disability and rehabilitation*. 2009; 31(20): 1633–42. Epub 2009/05/30. doi: 10.1080/09638280902736346. PubMed PMID: 19479498.

11. Van Brakel, W. *Participation Scale – User Manual*. Amsterdam: KIT Leprosy Unit, 2010.

Контакт: Веселин Меденица, Влашићка 5, 11000 Београд, Србија,
e-mail: veselin.medenica@gmail.com, тел: 065/0065225.

Стручни и научни радови UDK BROJEVI: 575.224.2:576.316; 618.39-021.3

ХРОМОЗОМСКЕ АБЕРАЦИЈЕ КАО УЗРОК СПОНТАНИХ ПОБАЧАЈА У ОДНОСУ НА СТАРОСТ ТРУДНИЦЕ

Бојана Петровић[1], Милица Комненић[2], Александар Љубић[3], Виолета Јоксимовић[4], Оливера Лекић Миладиновић[5]

CHROMOSOMAL ABERRATIONS AS THE CAUSE OF SPONTANEOUS ABORTIONS IN CORELLATION WITH PREGNANT WOMAN AGE

Bojana Petrovic, Milica Komnenic, Aleksandar Ljubic, Violeta Joksimovic, Olivera Lekic Miladinovic

Сажетак

Увод: Хромозомске аберације узрок су приближно 50% побачаја пре 15. недеље гестације.

Циљ: Испитивање је вршено са циљем да се утврди значај хромозомских аберација одговорних за спонтани побачај у односу на године трудноће.

Метод: Анализирали смо кариотип 190 фетуса, из ткива плаценте, које је одстрањивано приликом киретажа које су вршене због изосталих (missed) побачаја у првом триместру трудноће. На основу старосне границе од 35 година, пацијенткиње су подељене у две групе: прву групу чинило је 120 жена млађих од 35 година, а другу 70 жена старијих од 35 година. За обраду података коришћен је χ^2 тест.

Резултати: Од укупно 190 анализираних узорака, у 75 (39,5%) случајева су детектоване хромозомске аберације. Са највећом учесталошћу јављале су се тризомија хромозома број 21 у 18,6%, хромозома 16 у 14,6%, и тризомије хромозома Ц групе у 10,6% случајева. У групи трудница испод 35 година, заступљеност хромозомских аберација фетуса била је 32,5%, а у групи старијих од 35 година 51,4%. Статистичка обрада података показала је статистички значајну разлику између две испитиване групе, јер је добијен резултат $\chi^2=6,58 > \chi^2_{(1u\ 0,05)}=3,841$.

Закључак: Године трудноће су значајан фактор ризика за настанак хромозомских аберација фетуса, које могу довести до спонтаног побачаја, што је од изузетне важности за генетичко саветовање и планирање ране пренаталне дијагностике.

Кључне речи: *хромозомске аберације, спонтани побачаји, старост трудноће.*

Summary

Introduction: Chromosomal abnormalities account for approximately 50% of fetal losses before 15 weeks of gestation.

Objective: This study was conducted in order to determine the significance of chromosomal aberrations responsible for spontaneous abortions, compared to the pregnant women age.

Methods: We analyzed 190 karyotypes from placental tissue, obtained after missed abortions in the first trimester of pregnancy. Patients were divided into two groups: the first group consisted of 120 women younger than 35 years, and second of 70 women older than 35 years. For data processing we used χ^2 test.

Results: Of the 190 samples analyzed, in 75 (39.5%) cases we detected chromosomal aberrations. With the highest incidence occurred: trisomy 21, trisomy 16 and trisomy of C group in 18.6%, 14.6%, 10.6% of cases, respectively. In the group of women under the 35 years, presence of fetal chromosomal abnormalities was 32.5%, and in the group of women above 35 years 51.4%. We found statistically significant difference between those two studied groups, because the result obtained was $\chi^2 = 6.58 > \chi^2$ (1 and 0.05) = 3.841.

Conclusion: Age of a pregnant woman is a significant risk factor for chromosomal abnormalities of the fetus that can lead to spontaneous abortion, which is of great importance for genetic counseling and planning early prenatal diagnosis.

Key words: *chromosomal aberrations, missed abortion, woman age.*

[1]Мр др Бојана Петровић, специјалиста имунологије, Клиника за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд.
[2]Милица Комненић, дипломирани молекуларни биолог, Клиника за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд.
[3]Проф. др Александар Љубић, специјалиста гинекологије и акушерства, Медицински факултет, Универзитет у Београду.
[4]Др Виолета Јоксимовић, специјалиста педијатрије, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.
[5]Оливера Лекић Миладиновић, лабораторијски техничар, Клиника за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд.

УВОД

Спонтани побачај се дефинише као нежељени губитак трудноће, пре навршене 20. недеље гестације, са тежином фетуса мањом од 500 грама, и једна је од најчешћих компликација ране трудноће, а учесталост му је много већа него што се клинички препознаје.[1] Узрок спонтаних побачаја могу бити разни фактори, као што су поремећаји материце, инфективни, ендокринолошки, имунолошки и специфични генетички фактори[2] Генетички узроци спонтаних побачаја могу бити нумеричке или структурне аберације хромозома, затим моногенски и мултифакторски узроци. Хромозомске аберације узрок су приближно 50% побачаја пре 15. недеље гестације.[3] Нумеричке аберације су заступљене код 95% хромозомских поремећаја који изазивају побачај[4] Највећи број анеуплоидија настаје као последица неодвајања хромозома у мејози једног од родитеља, што доводи до стварања ненормалних гамета.[5]

ЦИЉ

Испитивање је вршено са циљем да се утврди значај хромозомских аберација одговорних за спонтани побачај у односу на године труднице.

МЕТОД

Ова ретроспективна студија обухватила је 190 пацијенткиња које су лечене на Институту за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду, у периоду од пет година, од 2006. до 2011. године.

Анализирали смо 190 узорака хорионских ресица, добијених из ткива плаценте, које је одстрањивано приликом киретаже. Киретаже су вршене због изосталих (missed) побачаја у првом триместру трудноће. Узорци су инкубирани 24 сата на 37˚C у RPMI подлози. Препарација хромозома вршена је стандардним техникама 1,5 сат након додавања колцемида. У сваком узорку, анализирано је најмање 10 ћелија у метафази, након бојења Гимзом (Giemza) и Г-техником трака.

На основу старосне границе од 35 година, пацијенткиње укључене у испитивање, подељене су у две групе: прву групу чинило је 120 жена млађих од 35 година, док је другу групу чинило 70 жена старијих од 35 година.

Од статистичких метода, за обраду података коришћен је χ^2 тест.

РЕЗУЛТАТИ

Од укупно 190 анализираних узорака, 115 (60,5%) је имало нормалан хромозомски комплемент, док су у 75 (39,5%) случајева детектоване хромозомске аберације. Међу аберантним налазима, најчешће је нађена тризомија аутозома. Са највећом учесталошћу јављале су се тризомија хромозома број 21 у 18,6%, затим хромозома 16 у 14,6%, као и тризомије хромозома Ц групе (хромозоми 7, 8, 9 и 12) у 10,6% случајева. Нађене су тризомије свих аутозома, осим хромозома број 1, 5, 6, 10, 11, 15, 17, 19 и 22. Такође, учестало су откриване и триплоидија (10,6% случајева) и монозомија Х хромозома (9,3% случајева). Тетраплоидије су откривене у три, а тризомија полних хромозома (и то Клинефелтеров синдром) у два случаја. У два случаја нађен је и маркер хромозом у вишку, као и случај тризомије 21 са маркер хромозомом у вишку. Структурне аберације хромозома нађене су у два случаја и биле су балансиране, и то Робертсонова транслокација хромозома 13 и 14, као и 14 и 21.

У групи трудница испод 35 година, заступљеност хромозомских аберација фетуса била је 32,5%, а у групи старијих од 35 година, било је 51,4% таквих случајева. У обе групе су са истом учесталошћу детектоване тризомија 16 и 21, као и полиплоидије. Монозомија Х хромозома преовлађивала је код испитаница прве групе, а тризомија 18 код друге. Тризомија 13

чешће се јављала код старијих, а тризомија хромозома Ц групе код млађих трудница. Остале аберације хромозома нађене су са приближно једнаком учесталошћу у обе групе.

Статистичка обрада података, применом χ^2-теста независности, показала је статистички значајну разлику између две испитиване групе, јер је добијен резултат $\chi^2=6,58 > \chi^2_{(1и\ 0,05)} =3,841$.

ДИСКУСИЈА

Између 15% и 20% клинички дијагностикованих трудноћа заврши спонтаним побачајем.[6, 7] Генетички фактори су најчешћи узрок спонтаних побачаја, и то се посебно односи на побачаје који се догоде у првом триместру трудноће, од којих је 50% до 80% узроковано аберацијама хромозома, претежно анеуплоидијама.[8] Сходно томе, цитогенетичка испитивања представљају основни дијагностички инструмент у изучавању овог репродуктивног проблема, јер обезбеђују вредне информације како лекару, тако и пацијенту. Ово је посебно важно ако се има у виду емотивни доживљај пацијената, који се погоршава у случају недостатка дијагнозе.[9]

У нашој студији 40% побачених фетуса имало је патолошки кариотип. Са највећом фреквенцом детектоване су тризомије у 69,3%, затим полиплоидије у 14,6% и монозомије у 9,3% случајева. Подаци које смо добили корелирају са подацима из литературе.[1, 7, 10]

За разлику од других студија, у нашем истраживању, са највећом учесталошћу нађена је тризомија 21 у 18, 6%, док је тризомија 16, иако се сматра најчешћим узроком спонтаних побачаја, откривена у 14,6% свих аберантних случајева.[11, 12, 13] Раније студије су показале и да је тризомија хромозома 22 један од најчешћих узрока спонтаних побачаја, мада, у нашој студији нисмо имали ниједан такав случај.[1, 14]

Ризик за многе хромозомске дефекте расте са годинама мајке. Старија животна доб жене је једини етиолошки фактор непогрешиво повезан са тризомијама код човека, што наше истраживање потврђује.[15] Наша студија показује значајно већу учесталост хромозомских дефеката код жена изнад 35. године живота. Такође, на основу резултата нашег истраживања, можемо закључити да је монозомија Х карактеристичан узрок побачаја код жена млађе, а тризомија 18 код жена старије животне доби. Љунгер и сарадници нашли су да су тризомије аутозома и Клинефелтеров синдром повезани директно, а монозомија Х инверзно са годинама мајке.[12] Бе и сарадници такође су нашли корелацију између мајчиних година и тризомије фетуса, са изузетком тризомије 16.[11] Ефекат мајчиних година је евидентан за све тризомије, с тим да тризомија 16 и тризомије хромозома А и Б групе мање зависе од мајчиних година него тризомије других хромозома.[15]

У студији Салазар и сарадници, проценат патолошких кариотипова у побачајима био је од 44,2% код жена млађих од 25 година, до чак 78,7%, код жена старијих од 37 година. У нашем истраживању, хромозомске аберације фетуса нађене су у 32,5% жена које су имале побачај а биле млађе од 35 година, и 51,4% жена старијих од 35 година.

Заправо, у иностраним студијама, описана је тенденција прогресивног раста броја хабитуалних побачаја изазваних хромозомским аберацијама, што је уопштено повезано са пролонгацијом материнства у савременом друштву.[16]

ЗАКЉУЧАК

Резултати наше студије показују да су године труднице значајан фактор ризика за настанак хромозомских аберација фетуса, које могу довести до спонтаног побачаја, што је од изузетне важности за генетичко саветовање и планирање ране пренаталне дијагностике.

Напомена

Део рада презентован је у виду постер презентације на конгресу „Новости у хуманој репродукцији“, који је одржан у Београду, у децембру 2010.

ЛИТЕРАТУРА

1. Finderle A, Petrovic O, *Rani gubitak trudnoće nakon procesa potpomognute oplodnje*. Medicina 2007; 43: 290–294.

2. El Ameer NA, Meguid NA, Mohamed AM, El Mohandes MI, Shehab MI. *Cytogenetic and fluorescence in situ hybridization study in couples with repeated spontaneous abortion*. Egypt Med J NRC 2005; 4(3): 17–22.

3. Abruzzo MA, Hassold TJ. *Etiology of nondisjunction in humans*. Envior Mol Mutagen (suppl) 1995; 26: 38–47.

4. Warburton D. *Chromosomal causes of fetal death*. Clin Obstet Gynecol 1987; 30: 268–277.

5. Chandley AC. *The origin of aneuploidy. In: Human genetics: Part B: Medical aspects*. New York: Alan R. Liss; 1982; p. 337–347.

6. Alonso Lopez AG, Bermejo Huerta S, Hernandez Galvan R, Ayala Posadas R, Gonzalez del Angel A, Gonzalez PG. *Cytogenetic diagnosis of first trimester spontaneous abortion*. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(12): 779–784.

7. Salazar AU, Alamos CB, Arriagada A, Selman EC. *Cytogenetic study of 677 spontaneous abortions*. Revista ANACEM 2011; 5(2): 74–77.

8. Simpson JL. *Causes of fetal wastage*. Clin Obstet Gynecol 2007; 50(1): 10–30.

9. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. *Incidence of early loss of pregnancy*. N Engl Med 1988; 319(4): 189–194.

10. Manzur A. *Recurrent pregnancy loss*. Rev Med Clin Condes 2010; 21(3): 416–423.

11. Be C, Velasquez P, Youlton R. *Spontaneous abortion: cytogenetic study of 609 cases*. Rev Med Chil 1997; 125(3): 317–322.

12. Ljunger E, Cnattingius S, Lundin C, Annaren G. *Chromosomal anomalies in first-trimester miscarriages*. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84(11): 1103–1107.

13. Rolnik DL, Carvalho MH, Catelani AL, et al. *Cytogenetic analysis of material from spontaneous abortion*. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(6): 681–683.

14. Nagaishi M, Yamamoto T, Linuma K, Shimomura K, Berend SA, Knops J. *Chromosome abnormalities identified in 374 spontaneous abortions collected in Japan*. J Obstet Gynaecol Res 2004; 30(3): 237–241.

15. Hassold T, Chiu D. *Maternal age-specific rates of numerical chromosome abnormalities with special reference to trisomy*. Hum Genet 1985; 70: 11–17.

16. Eiben B, Bartels I, Bahr-Porsch S, et al. *Cytogenetic analysis of 750 spontaneous abortions with the direct-preparation method of chorionic villi and its implications for studying genetic causes of pregnancy wastage*. Am J Hum Genet 1990; 47(4): 656–663.

Контакт: Бојана Петровић, Булевар Арсенија Чарнојевића 25/23, 11070 Нови Београд, тел.: 7116810, e-mail: bojana.petrovic1977@gmail.com.

Стручни и научни радови UDK BROJEVI: 615.357.065

ИНТРААРТИКУЛАРНЕ И ПЕРИАРТИКУЛАРНЕ ИНФИЛТРАЦИЈЕ КОРТИКОСТЕРОИДИМА – БЕЗБЕДНОСТ И ЕФИКАСНОСТ

Ивица Здравковић[1]

INTRAARTICULAR AND PERIARTICULAR CORTICOSTEROID INFILTRATION – THE SAFETY AND EFFICACY

Ivica Zdravković

Сажетак

Употреба кортикостероида давањем интраартикуларних и периартикуларних инјекција код запаљенских и дегенеративних обољења зглобова одавно је постала део рутинске праксе лекара опште праксе у развијенијим земљама. Код нас је ово још увек ређе примењиван метод лечења на нивоу примарне здравствене заштите. Аутор саопштава сопствена искуства у току последњих двадесетак месеци, која илуструју безбедност и сврсисходност интраартикуларне и периартикуларне апликације кортикостероида.

Кључне речи: *интраартикуларне, инјекције, инфилтрације, кортикостероиди.*

Summary

The use of corticosteroids given through intraarticular and periarticular injections in inflammatory and degenerative joint diseases has become routine practice of family doctors in developed countries. In our country, however, this is still an „unorthodox“ method, seldom seen in facilities of public primary health care. This report presents author's own experiences during the past 20 months, which illustrate the usefullness and safety of intraarticular and periarticular corticosteroid application.

Keywords: *intraarticular, injections, infiltrations, corticosteroids.*

[1]Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, Здравствена служба Костолац.

УВОД

Апликација кортикостероида код инфламаторних и дегенеративних процеса на зглобним и перизглобним структурама деценијама је у употреби у званичној медицини. Ефекти такве (најчешће адјувантне) терапије добро су документовани у бројним студијама и радовима. Ипак, у нашој земљи је овај метод лечења појединих ортопедско-реуматолошких проблема на нивоу примарне здравствене заштите (ПЗЗ) још увек запостављен. Разлози су двојаки: најпре, приметно је одсуство тренинга код лекара ПЗЗ, односно њихова недовољна оспособљеност да апликују кортикостероиде у зглобне шупљине и периартикуларна мека ткива на безбедан и ефикасан начин; друго, постоји уврежено мишљење да је овај облик локалне терапије „резервисан“ само за ортопеде, реуматологе, односно за лекаре који раде у болничким условима.

Механизми дејства кортикостероида на успоравање или заустављање инфламаторних и дегенеративних процеса су вишеструки. Најпре, кортикостероиди ограничавају упалну реакцију тако што смањују пермеабилност крвних судова и капиларну дилатацију, чиме се смањује акумулација полиморфонуклеара и макрофага и индиректно се смањује ослобађање вазоактивних кинина. Такође, кортикостероиди смањују лучење ензима који су задужени за разлагање посттрауматског целуларног дебриса, а који најчешће корлатерално нападају и здраве ткивне структуре. Новије студије показују да кортикостероиди инхибирају и ослобађање арахидонске киселине из фосфолипида, чиме смањују стварање простагландина, битних медијатора инфламаторних процеса.

ЦИЉ

Циљ ове студије/саопштења је да анализира примењену кортикостероидну инфилтративну терапију код пацијената Дома здравља Пожаревац Здравствене службе Костолац и да евалуира учесталост нежељених ефеката и ефикасност наведене терапије.

МЕТОД

Аутор је у периоду од марта 2011. године до децембра 2012. године у превијалишту Дома здравља Пожаревац Здравствене службе Костолац извео неколико десетина интраартикуларних и периартикуларних инфилтрација кортикостероидима. Индикације су постављене на основу клиничке слике, као и на основу изостанка повољног терапијског одговора након примењене класичне пероралне или парентералне – интрамускуларне терапије. После инфилтративне апликације кортикостероида, пацијенти су праћени током неколико месеци, приликом редовнх јављања изабраном лекару, или на специјалистичке ортопедске, реуматолошке или физијатријске контроле. Праћене су појаве нежељених ефеката, као и проценат пацијената са побољшањем након дате терапије (евалуирано као субјективна процена пацијента, битно повлачење субјективних тегоба), дужина периода током кога је трајало наведено побољшање, и коначно, проценат пацијената са евентуалним погоршањем након примењене инфилтративне кортикостероидне терапије.

РЕЗУЛТАТИ

Током наведеног периода од 21 месеца, изведен је следећи број интра–и периартикуларних инфилтрација:

Табела 1. *Изведене интервенције.*

ИНДИКАЦИЈА	БРОЈ ПАЦИЈЕНАТА	МЕТОД
Остеоартроза колена са реактивним синовитисом и претходним уклањањем излива артроцентетезом (просечно уклањано око 10–15mL серозне, жућкате или сукрвичаве течности, макс. око 80mL)	14	Латерални или медијални субпателарни приступ, евакуација течности иглом 0,8mm или већом, потом (кроз исту иглу) убацивање мешавине Diprophosa (betametazona), 1 ампула (7mg/mL) са Lidocain-hlorid ампулом или Lidocain--adrenalin ампулом као анестетиком
Остеоартроза колена без хидропса (гонартроза и/ или пателофеморална остеоартроза)	9	Директна инфилтрација латералним или медијалним субпателарним приступом
Остеоартроза кука	2	Перитрохантерична инфилтрација у циљу смањења бола, мешавина: Hydrocortizon и Cistocain
Хумероскапуларни периартритис и „rotatory cuff“ синдром	4	Предњи приступ субакромијално, инфилтрацијом ротаторне манжетне, мешавином Diprophosa и Lidocaina
Бурзитис олекранона	2	Евакуација течности или пихтијастог садржаја, потом инфилтрација мешавином Diprophosa и Lidocaina
Бакерова циста	1	Евакуација садржаја, потом убацивање мешавине Diprophosa и Lidocaina
Epicondilitis („тениски лакат“)	5	Периартикуларна „плитка“ инфилтрација у ентезу и, парцијално, у радиохумерални зглоб, мешавином Diprophosa и Lidocaina

ДИСКУСИЈА

Од укупно 37 изведених артроцентеза или периартикуларних инфилтрација, ни код једне није примећена ниједна од следећих нежељених појава:

- оштећење околних ткива (тетива, нерава, васкуларних структура),
- погоршање тегоба (болови, парестезије, слабост функције екстремитета),
- инфекција коже или дубоких ткива услед акциденталне инокулације микроорганизама,
- системске реакције на дат кортикостероид.

Добра припрема за инфилтрацију (рад по правилима асепсе и антисепсе) изводљива је на нивоу примарне здравствене заштите и њом се у потпуности елиминише опасност од озбиљних постинокулационих

инфекција. Познавање основа анатомије и поштовање уобичајених протокола и инструкција (коректан приступ приликом инфилтрације, пре свега!) практично онемогућују акциденталну повреду дубоких поткожних анатомских структура. Правила периартикуларна дисперзија кортикостероида помешаног са анестетиком онемогућава ткивну деструкцију механичким раздирањем превеликом количином течности инфилтрираном у исту тачку.

Субјективна процена степена побољшања и дужина тог побољшања (до наредне епизоде егзацербације, одн. до индикације за новом инфилтрацијом) је следећа:

Иницијално побољшање (смањење субјективних тегоба) примећено је код 30 од 37 пацијената (преко **80%**). Овакво се стање одржава код укупно 23 пацијента и после 3 месеца (грубо, око **60%**). Коначно, 15 пацијената и после периода од 6 месеци нема рецидиве (око **40%**). Од рецидива, најчешћи су они везани за бол у оквиру коксартрозе и гонартрозе (од 23 пацијената који су прошли интраартикуларну инфилтрацију, само 6 има битно смањене тегобе и после шест месеци, што је око **једне четвртине**).

Није било пацијената који су се жалили на погоршање, односно појачавање симптома после дате инфилтрационе терапије.

Табела 2. *Ефикасност интервенција.*

ИНДИКАЦИЈА	Побољшање после недељу дана	Побољшање перзистира и после 3 месеца	Без рецидива после 6 месеци и дуже
ОА колена са претходним изливом (хидропсом) услед синовитиса	13/14	9/14	4/14
Остеоартроза колена без хидропса (гонартроза и/или пателофеморална остеоартроза)	6/9	5/9	2/9
Остеоартроза кука	2/2	1/2	0/2
Хумероскапуларни периартритис и „rotatory cuff“ синдром	4/4	2/4	2/4
Бурзитис олекранона	1/2	1/2	1/2
Бакерова циста	1/1	1/1	1/1
Epicondilitis („тениски лакат“)	3/5	3/5	3/5

ЗАКЉУЧАК

Апликација кортикостероида код инфламаторних и дегенеративних процеса на зглобним и перизглобним структурама на нивоу примарне здравствене заштите је безбедна терапијска метода. Најоправданије индикације су акутне „стрес“ упале, као што су „тениски лакат“ (епикондилитис), хумероскапуларни периартритиси услед пренапрезања или истезања, бимеханичке лезије као што су бурзитиси, и сл. Проценат пацијената са иницијалним и накнадним дуготрајним побољшањем и одсуством симптома је највећи код ових болести. „Спектакуларни“, али, на жалост, релативно краткотрајни резултати се постижу код најчешћих остеоартроза, окоштавања кука и колена. Иако иницијално већина пацијената доживи олакшање у виду смањења болова, само око једне четвртине пацијената има упадљиво смањене тегобе и после периода од 6 месеци. Понављање локалних интраартикуларних апликација кортикостероида је индиковано, али уз свест како лекара, тако и пацијента да је ово само адјувантна терапија и привремено решење, најчешће до дефинитивног ортопедско-хирушког лечења (замене зглоба).

ЛИТЕРАТУРА

1. Desaia A, Ramankuttya S, Boardb T, Rautb V. *Does intraarticular steroid infiltration increase the rate of infection in subsequent total knee replacements?,* Wrightington Hospital, Hall lane, Appley Bridge, Wigan WN6 9EP, United Kingdom, 2008.

2. Bain GI, Van Riet RP, Gooi C, Ashwood N. *The long-term efficacy of corticosteroid injection into the acromioclavicular joint using a dynamic fluoroscopic method*, University of Adelaide, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, 5000 Adelaide, Australia, 2009.

3. www.antirheumatics.com, *Current Intra- and Periarticular Injection Techniques in Rheumatology*, May 17th, 2012.

4. Jess D Salinas Jr. *Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues,* Medscape, USA, Jul 29, 2011.

5. Seah VWT, Chin PL, Chia SL, Yang KY, Lo NN, Yeo SJ. *Single-dose periarticular steroid infiltration for pain management in total knee arthroplasty: a prospective, double-blind, randomised controlled trial,* Singapore Med J, 2011.

6. Zdravković I, *Priručnik za lekare opšte medicine,* drugo prošireno izdanje, IP Obeležja, Beograd, 2011.

Контакт: Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, Здравствена служба Костолац.

Стручни и научни радови UDK BROJEVI: 174:615.15

ЕТИКА У САВРЕМЕНОЈ ФАРМАЦЕУТСКОЈ ПРАКСИ

Душанка Крајновић[1], Драгана Јоцић[2], Андријана Милошевић Георгиев[3]

ETHICS IN MODERN PHARMACEUTICAL PRACTICE

Dušanka Krajnović, Dragana Jocić, Andrijana Milošević Georgiev

Сажетак

Увод: Фармацеути су дужни да допринесу побољшању нивоа здравствене заштите и побољшању квалитета здравствених услуга обављајући своје професионалне задатке у складу са законским прописима, али и моралним начелима и етичким принципима. У јавној апотеци, фармацеут се суочава са великим бројем ситуација у којима је потребно да одлучи шта је исправно, у циљу старања за добробит пацијента, што доноси са собом и нова очекивања и обавезе у професионалном смислу, а што би могло да проузрокује озбиљне конфликте и етичке дилеме.

Циљ: Приказати значај професионалне етике и познавања етичких кодекса, етичких принципа и моралних начела од стране фармацеута, као и начине доношења одлука у ситуацијама када се фармацеути суоче са етичким проблемом у условима савремене фармацеутске праксе. Специфични циљеви су: садржајна анализа етичких кодекса и разматрање начина превазилажења етичких проблема у фармацеутској пракси.

Метод: Ово је дескриптивно истраживање у коме се користи метода деск анализе секундарних података.

Резултати: Подаци из литературе говоре о правном тумачењу етичких проблема у пракси и слабом познавању кодекса од стране фармацеута. Анализом кодекса утврђено је постојање 4 основна принципа: доброчинство, нешкодљивост, правичност и аутономија. У етичким ситуацијама фармацеути се налазе у стању моралне узнемиреност у чијој основи је анксиозност и морални конфликт. Постоји више начина доношења моралне одлуке.

Закључак: Потребно је едуковати фармацеуте, развити свест о значају професионалне етике и унапредити начин доношења моралне одлуке.

Кључне речи: *професионална етика, савремена фармацеутска пракса, етички кодекси.*

Summary

Introduction: According to legal provisions and moral and ethical principles, pharmacists are required to contribute to improving the level and quality of health care services of their professional duties. Modern pharmaceutical practice in a community pharmacy setting presumes a pharmacist faced to many situations, when is required to see the right decisions to concern for the welfare of the patient. It carries a new kind of professional expectations and obligations, but may produce serious conflicts and ethical dilemmas as well.

Objective: To describe the importance of professional ethics and knowledge of ethical codes, ethical principles and moral principles by pharmacists, and the ways of making decisions in situations where pharmacists encounter to the ethical problems in terms of contemporary pharmacy practice. Content analysis was performed and ethical problems solving was analysed.

Methods: We used a descriptive approach with desk research method of reviewing available data from different sources and literature.

Results: Data from the literature say about the legal interpretation of the ethical problems in practice and poor knowledge of the codes by pharmacists. By the analysis of codes, four basic principles were established: beneficence, safety, justice and autonomy. In ethical situations, pharmacists are in the state of moral anxiety based on agitation and moral conflict. There are several ways of making moral decisions.

Conclusion: It is necessary to educate pharmacists in terms of knowledge of ethical codes and making distinctions with legal problems. It is necessary to develop an awareness of the importance of professional ethics and how to improve the moral decision-making.

Keywords: *professional ethics, modern pharmaceutical practice, codes of ethics.*

[1]Душанка Крајновић, Катедра за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство, Фармацеутски факултет, Универзитет у Београду, Београд; Секција за Србију Унескове Катедре за биоетику.

[2]Драгана Јоцић, Катедра за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство, Фармацеутски факултет, Универзитет у Београду, Београд; Апотека „Кумодраж 2“, Београд.

[3]Андријана Милошевић Георгиев, Катедра за социјалну фармацију и фармацеутско законодавство, Фармацеутски факултет, Универзитет у Београду, Београд.

„Делуј тако да човечност у себи и у другој особи употребиш увек као сврху, никада као средство.“

УВОД

Фармацеутска пракса се све више мења и појављује се нова улога фармацеута као неког ко управља терапијом лековима у циљу што ефективније и ефикасније здравствене заштите, као и захтеви за што бољим облицима комуникације који се односе на сам процес лечења[1]. У средишту фармацеутског деловања је пацијент и преузимање одговорности за исходе фармакотерапије, као и предузимање бројних интервенција усмерених на циљ одржавања или унапређења квалитета живота (здравља) пацијента[2,3]. Активности фармацеута интегрисане су кроз фармацеутску праксу свих нивоа (примарни, секундарни и терцијарни), а у последњих неколико деценија увођење и развој нових здравствених технологија довели су до промене услова у којима се пружа сама здравствена заштита[3]. Свеобухватан развој фармацеутске праксе подразумева и бројна етичка и законска разматрања са којима се фармацеути стално сусрећу, што захтева што бољу когнитивну обраду датог проблема од стране фармацеута како би „помогли људима да на што бољи начин спроведу сопствену терапију“[4]. Самим тим и одговорност фармацеута у пружању квалитетне здравствене услуге је већа. Светска здравствена организација сматра фармацеутску професију и фармацеуте на примарном нивоу здравствене заштите најдоступнијим здравственим радницима и главним извором информација о здрављу, а не само терапији, те сматра да је неопходно њихово боље позиционирање у односу на интеракцију са пацијентима[5,6]. У обављању свог позива фармацеути су самостални и независни, а за свој рад одговорни су пред самим собом, својом професијом и друштвом. Савремена фармацеутска пракса у апотеци као здравственој установи подразумева пре свега бригу за добробит пацијента, и носи са собом нове врсте професионалних очекивања и обавеза, које могу произвести озбиљне конфликте и етичке дилеме[7]. Зато фармацеути морају да препознају етичке дилеме и на њих одговоре у складу са општим и специфичним етичким принципима који се примењују у фармацеутској здравственој заштити. У обавези су да константно улажу напоре у циљу усавршавања и примене најновијих сазнања и достигнућа на пољу фармацеутских и медицинских наука.

ЦИЉЕВИ РАДА

1. Приказати значај професионалне етике и познавања етичких кодекса, етичких принципа и моралних начела од стране фармацеута.

2. Размотрити начине доношења одлука у ситуацијама када се фармацеути суоче са етичким проблемом у условима савремене фармацеутске праксе.

МЕТОД РАДА

За постизање наведених циљева урађено је дескриптивно истраживање у коме се користи метода деск анализе секундарних података за структурално садржајну анализу етичких кодекса и разматрање етичких проблема и начина њиховог превазилажења у фармацеутској пракси.

ПРОФЕСИОНАЛНА ЕТИКА И ЕТИЧКИ КОДЕКСИ

Друштвена улога фармацеута се мења, а са њом и степен свесности коју фармацеути имају о значају професионалне и пословне етике. Иако се здравствена професија од давнина објашњава корпусом етичких ставова развијених примарно у корист пацијента, фармација као струка има нарочито изражену посебност својих етичких норми, и због тога се пословна и професионална етика у фармацеутској пракси донекле разликују. Професионална етика настоји да истражи на који начин се моралне вредности, норме и принципи могу применити на конкретне ситуације у одређеним

професијама, као и да формулише нормативе у којима су кодификоване норме правилног, исправног, доброг поступања у одређеним професијама. Пословна етика је скуп моралних вредности и стандарда којима се дефинише пожељно понашање.

Професионална етика у фармацији може да се дефинише као скуп правила и принципа на основу којих се доносе одлуке и одређује понашање фармацеута– дисциплина која се бави питањем шта је добро, а шта је лоше, шта је исправно, а шта је погрешно, као и питањем моралне дужности и обавеза у фармацеутској пракси. Њу одређује скуп моралних правила и принципа којих се придржавају фармацеути у свим елементима пословања у пружању фармацеутске здравствене делатности, а који их воде ка успеху у послу и доприносе задовољству и добробити корисника здравствене услуге. Разлика између пословне фармацеутске и професионалне фармацеутске етике је у томе што пословна етика представља колективну етику, тј. етику апотеке, а професионална етика је етика појединца, тј. фармацеута која је инкорпорирана у колективну етику и наметнута појединцу од стране струковних организација (Фармацеутска комора Србије).

Кодекси (било етички или неки други) генерално представљају скуп правила и стандарда понашања који се очекују од одређене групе људи, чланова група, сталежа или професија, који су у обавези да се понашају онако како је то нормирано, тј. прописано у њима. Професионални кодекси дефинишу професионалну одговорност, која произилази из питања личне свести у пружању здравствене заштите[8]. Тако моралне обавезе постају дужности којих чланови треба обавезно да се придржавају и да их поштују. Моралним кодексима се врши саморегулација у групама, сталежима, професијама. Професија се на тај начин аутономно одређује и смањује се утицај спољашњих регула које држава прописује. Кодекси су данас најзаступљенија врста етичких норматива у свим здравственим професијама[9]. Јавност и држава очекују да се стандарди понашања објаве и да се професионална дисциплина утврди етичким кодексом. Гледано са позитивне тачке гледишта, етички кодекс је најчешће резултат промишљања, анализе и дебате између „редовних“ чланова професије и јавности. Етички кодекс може бити користан водич за активности, посебно за студенте и младе фармацеуте. Етички кодекс је јавни документ тако да други здравствени радници и јавност знају шта треба да очекују од фармацеута[8–10]. Етички кодекси као врста норматива могу бити локалног, национаног, регионалног или међународног карактера, које у виду писаног документа доносе и прихватају одговарајућа стручна удружења, асоцијације, организације и други. У зависности од тога ко их је донео и за кога су обавезујући, кодекси су најчешће национални, као што је то у Србији (на нивоу комора здравствених радника) и у већини развијених земаља, или ређе, федерални, при чему се примењују на неколико земаља као у САД, Аустралији и Канади, док су неки прокламовани од стране интернационалних тела, као нпр. Светске фармацеутске асоцијације (*Fédération Internationale Pharmaceutique* – FIP). Једна друга варијација може се видети у Француској, где је етички кодекс део општег кодекса који се односи на све здравствене професионалце, а зове се *Code de Déontologie des Pharmaciens*, и део је француског *Code de Santé Publique*[8].

Кодекси захтевају константно ревидирање како би остали у кораку са праксом, и могу постати развучени, у циљу да буду свеобухватни (и често, због тога, тешки за читање).

Кодекси желе да „нагласе позитивно“ и очекивано професионално понашање, али ретко описују понашање које није професионално, вероватно због тога што су могућности бескрајне. То проузрокује проблеме у области неиспуњавања дужности. Када је у питању доношење судова, већина кодекса

ситуацију посматра из угла здравственог професионалца, а не из угла пацијента. На крају, етички кодекси су ретко од помоћи у решавању спорова, посебно у споровима који укључују балансирање између два етичка принципа или између етичког принципа и законске обавезе.

Пароји́ћ (2005) јасно наглашава да је у основи свих етичких норматива хуманост, али не само као љубав према човеку већ много шире, као осећај одговорности према друштву и људској заједници[9]. Сваки члан фармацеутске професије мора бити свестан, пре свега, одговорности за пацијенте, како пред друштвом, пред другим здравственим професионалцима, тако и пред самим собом[8]. Индивидуална морална свест фармацеута интегрисана је у колективни етички кодекс установе, у овом случају апотеке, који утиче на понашање фармацеута, и директно на квалитет пружене здравствене заштите и безбедност пацијената.

Етички кодекс фармацеута Србије који је Фармацеутска комора Србије усвојила 2007. године, обавезујући је за све фармацеуте који раде на непосредним пословима здравствене заштите обављајући фармацеутску здравствену делатност, односно за све чланове Фармацеутске коморе Србије. Овај кодекс промовише принципе професионалне етике ради успостављања етичког понашања чланова Фармацеутске коморе Србије у обављању послова фармацеутске здравствене делатности[11]. Све док су ови принципи у фокусу рада фармацеута и део професионалне обавезе фармацеута, фармацеути ће своје знање и вештине користити за добробит других. Дужности исказане у кодексима сматрају се стандардима професионалног понашања које треба прихватити и примењивати. Уколико дође до повреде етичког кодекса, може се затражити мишљење етичког одбора Фармацеутске коморе Србије. Кодекс обавезује фармацеуте, али не спутава етичку различитост, већ се може користити као водич за размишљање о дужностима у одређеној ситуацији и као помоћ при одлучивању. Решење неке дилеме понекад зависи од посебних околности случаја, а понекад од приоритета у избору међу више етичких принципа о којима људи могу имати различита мишљења[12, 13].

Нека истраживања различитих етичких норматива, какво је нпр. анализа 52 кодекса понашања професионалних удружења у Великој Британији (*Friedman*, 2002) показала су да, иако су по структури, језику и начину спровођења доста различити, постоји велики број заједничких тема, а неки етички принципи се могу сматрати универзалним јер се појављују у свим испитиваним кодексима[8]. *Appelbe* (1992) и *Redman* (1995) су предложили да сви здравствени радници треба да имају исте моралне обавезе, иако до данашњих дана свака професија наставља да развија свој етички кодекс[8].

У табели 1. дата је садржајно-структурна перспектива темељних начела у Етичком кодексу, тј. етичких принципа који су засновани на моралним обавезама фармацеута према пацијентима, колегама, друштву[11]. Темељ Кодекса чини 13 изјава које обухватају исказане моралне принципе, фундаменталне моралне вредности и морална начела фармацеутског позива. Морални принципи здравствене етике су: принцип поштовања аутономије корисника здравствене услуге, принцип добробити, принцип ненаношења штете и принцип правде, информисаност, верност и поверљивост. Ради успостављања етичког понашања чланова Коморе, ове изјаве су разрађене кроз дужности које детаљније упућују фармацеуте у стандарде професионалног понашања које они морају да прихвате и поштују у односу према пацијентима, међусобном односу и према лекарима, професионалној комуникацији са јавношћу, обављању фармацеутског занимања.

Табела 1. *Етички принципи које прописује Етички кодекс фармацеута Србије.*

Етички принципи	**Етички кодекс фармацеута Србије**
Принцип 1	Фармацеут поставља здравље, сигурност и добробит пацијента у центар своје професионалне пажње.
Принцип 2	Фармацеут изграђује професионални однос са сваким пацијентом.
Принцип 3	Фармацеут уважава интегритет, потребе пацијента и његово достојанство.
Принцип 4	Фармацеут поштује право поверљивости и приватности у здравству.
Принцип 5	Фармацеут поштује права пацијената на добијање одговарајуће фармацеутске здравствене заштите и омогућава испуњење ових права.
Принцип 6	Фармацеут пружа стручне савете и препоруке у професионалном раду уважавајући етичке принципе аутономије и информисане сагласности.
Принцип 7	Фармацеут поштује законске прописе, придржава се високих професионалних стандарда и истиче достојанство и часност свог позива.
Принцип 8	Фармацеут континуирано настоји да обогати своје знање и ниво стручне оспособљености.
Принцип 9	Фармацеут сарађује са својим колегама и другим здравственим радницима у циљу постизања максималних резултата у обављању фармацеутске здравствене делатности.
Принцип 10	Фармацеут доприноси систему здравствене заштите и излази у сусрет потребама друштва.
Принцип 11	Фармацеут активно учествује у испитивањима лекова и медицинских средстава.
Принцип 12	Фармацеут не учествује нити подржава рекламне кампање лекова и/или медицинских средстава, које нису у складу са законским прописима и служе ширењу информација које доводе општу јавност у заблуду.
Принцип 13	Фармацеут у границама своје стручне оспособљености комуницира са медијима у циљу пружања објективних и веродостојних информација и сноси одговорност за јавне наступе.

Предуслов моралног понашања јесте и осећање дужности које проистиче из нагона друштвености, пошто сваки човек мора да увиди да је са своје стране дужан да пружи одређени допринос заједници да би могао да очекује узвратну помоћ. Фармацеут поставља здравље, сигурност и добробит корисника здравствене услуге у центар своје пажње и изграђује професионални однос са сваким пацијентом. За лекаре, исказ „на првом месту не повреди“ представља суштину Хипократове заклетве која траје вековима и истиче основну дужност здравствених радника, тј. да се ради у корист других и да се при том не повреде пацијенти (*Beauchamp and Childress*, 2001)[8]. Овакве дужности имају исти значај и за фармацеуте. Већина савремених етичких кодекса описује однос фармацеута и пацијента као однос у коме „здравље

и добробит пацијента јесу најважнији“ уз истовремено захтевање поштовања пацијента као самосталног бића које има право на самосталне одлуке, самопоштовање, правичност и непристрасност[8]. Тренутно важећи кодекс за фармацеуте у Србији подржава основну филозофију која каже да је примарна улога фармацеута, а која се односи на здравље и безбедност пацијената, да усклади своје понашање са легислативом и другим препорукама за фармацеуте, и да при том одржава статус професије. Додатно, кодекс се односи на друге етичке дужности, као што су постизање високих стандарда компетентности, поверљивост, истинитост, препознавање аутономије пацијената промоцијом њиховог достојанства, интегритета и права да самостално одлучују. Без обзира на године живота, пол, расу, националну припадност, вероисповест, друштвени положај, образовање, социјално порекло или друго лично својство, фармацеут је дужан да помоћ пружа једнако свима, поштујући људска права и достојанство сваког. Неопходно је да настоји да изгради однос поверења и да придобијено поверење корисника здравствене услуге одржава и продубљује. Све информације у вези са корисником здравствене услуге добијене током обављања фармацеутске здравствене делатности мора да задржи у тајности, јер се ове информације сматрају стручном, односно, професионалном тајном[11].

У табели 2. приказана је анализа садржаја 16 одабраних етичких кодекса различитих здравствених професија (три четвртине за фармацеутску струку), из 10 различитих земаља, националног и међународног карактера (11, 5 проспективно) у односу на постојање основних етичких принципа (доброчинство, нешкодљивост, правичност, поверљивост, аутономија, информисаност, верност). Резултати показују да постоје знатне разлике у заступљености етичких принципа, и да су веће разлике између кодекса исте струке, него међу кодексима различитих здравствених струка исте земље.

Иако је једно од основних начела у кодексу фармацеута у нашој земљи учествовање у испитивањима, у самом кодексу нема третираног понашања фармацеута у улози испитаника[14]. С обзиром да је ово тема која завређује пажњу, овде је дат део прелиминарних резултата студије на узорку од 204 фармацеута који су били у улози испитаника, који указују да су у великом проценту истраживања у јавним апотекама били задовољени принципи добровољног учешћа у испитивању, информисаност испитаника, добробит испитаника, дискреција и поверљивост, као и однос објективности са истраживачем. Постоји корелација између поштовања принципа добровољног учешћа у истраживањима и одређених варијабли. Фармацеути верују истраживачима, дискреција и поверљивост података су били заштићени, а фармацеути који су старији, са већим искуством, са више стажа и из државних апотека, сматрају да је принцип добровољног учешћа у истраживањима био задовољен (Јоцић Д, Крајновић Д, 2012).

Само постојање етичких стандарда не значи и њихову директну примену, а да би се ефикасно имплементирали, неопходно је:

1. формулисање етичких критеријума и правила;
2. формална презентација етичког кодекса;
3. едукација;
4. формална институционализација, формализација кроз упутство, правилник;
5. сагласност о употреби етичког кодекса,
6. дефинисање улоге и места етичких одбора или комисија;
7. одређивање очекивања од примене етичког кодекса.

Табела 2. *Заступљеност етичких принципа у селектованим етичким кодексима здравствених радника.*

	Кодекси	**Доброчинство**	**Принцип „Не нашкодити“**	**Аутономја**	**Правичност**	**Информисаност**	**Верност**	**Поверљивост**
1	ФИП 2004	+		+	+	+		+
2	Етички кодекс фармацеута Србије	+	+	+	+	+	+	+
3	Етички кодекс биохемичара Србије	+	+	+	+	+	+	+
4	Кодекс фармацеутске деонтологије БиХ	+	+		+	+	+	+
5	Кодекс професионалне етике лекарске коморе Србије	+	+	+	+	+	+	+
6	Етички кодекс коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије	+	+	+	+	+	+	+
7	Кодекс деонтолошког и етичког нивоа усавршавања чланова, Република Српска	+	+		+	+		+
8	Етички кодекс доктора стоматологије	+	+	+	+	+	+	+
9	Кодекс љекарничке етике и деонтологије–Хрватска	+	+	+	+	+	+	+
10	Етички кодекс фармацеута – Бања Лука	+	+	+	+	+		+
11	Етички кодекс Америчког фармацеутског друштва	+		+	+	+		
12	Етички кодекс Јапанског фармацеутског друштва	+			+		+	
13	Етички кодекс за фармацеуте Фармацеутског друштва Аустралије	+	+	+	+	+	+	+
14	Етички кодекс Фармацеутског друштва Северне Ирске	+	+	+	+	+	+	+
15	Етички кодекс Велике Британије	+	+	+	+	+		+
16	Етички кодекс Аустралијског друштва болничких фармацеута	+				+		+

ТЕШКОЋЕ У ПРИМЕНИ ЕТИЧКИХ КОДЕКСА У ПРАКСИ

Често се дешава да се у савременој фармацеутској пракси етички кодекси користе као подсетници, а не као основ доношења етичких одлука. Главни проблеми примене етичких кодекса тичу се:

1. интерпретација проблема, тј. начина тумачења проблема: да ли је проблем етички или регулаторни? Овај проблем је додатно појачан постојањем вишеструких кодова тумачења етичких проблема у пракси;

2. многострукости проблема, тј. постоји мноштво проблема у пракси, а не постоји могућност дефинисања свих ситуација у којима се етички проблеми јављају, као ни евентуалних предлога решења датих ситуација;

3. легализације етичких проблема– проблеми законског тумачења етичких принципа;

4. непостојања хијерархије етичких принципа–посебно у ситуацијама које укључују балансирање између два етичка принципа или између етичког принципа и законске обавезе.

Тенденција у савременој фармацеутској пракси је да се етички проблеми схватају као правни проблеми. Фармацеути у доношењу својих одлука и организовању својих активности полазе од законски одређених вредности чије непоштовање подлеже санкцијама. Према томе, понашање мора бити усклађено и са законским одредбама и утврђеним моралним вредностима, што је дефинисано и Етичким кодексом.

Подаци из литературе указују да се улога етичких прописа (етичких кодекса) смањује уколико је фокус већи на законским прописима, јер етички стандарди све више добијају карактер правних норми. Због тога је у савременој фармацеутској пракси појам „моралне обавезе“ предмет трансформације, тј. постаје законска обавеза, односно принуда[15]. Ово не мора неминовно бити у колизији једно са другим. Напротив, потребно је:

1. дефинисати етичка правила у односу на дату ситуацију, јер етички принципи не дају смернице у смислу да ли нешто треба урадити или не, они се примењују у складу са актуелном ситуацијом;

2. направити разлику између етичког и законског проблема кроз процес етичке анализе.

Свесност о значају професионалне етике и прављење дистинкције са законским прописима основ је моралне обавезе фармацеута у савременој фармацеутској пракси[16, 17].

ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА МОРАЛНО ОДЛУЧИВАЊЕ

Када је суочен са етичком ситуацијом, често новом и непријатном, фармацеут може активно да учествује и да је препозна, а затим да донесе одлуке које ће је променити набоље, или да ситуацију игнорише – што у савременој фармацеутској пракси значи етичку пасивност (енг. *ethically passive pharmacist*). Фармацеути се често налазе у ситуацијама које изазивају моралну узнемиреност (енг. *moral distress*). *Wingfield* и *Badcott* објашњавају концепт тако што фармацеут у свим ситуацијама зна шта је исправно, али није у могућности да оствари жељени правац деловања[15]. Бројни су фактори који утичу на процес доношења моралне одлуке. У табели 3. дата је подела фактора који утичу на фармацеута да донесе моралну одлуку. То су: општи фактори, специфични фактори, фактори потенцијалног утицаја и личне карактеристике фармацеута[16].

Табела 3. *Фактори утицаја на моралну одлуку.*

Општи фактори • прихватање ауторитета, • награда/казна–мотивација, • интернализовани стандарди исправног и погрешног, • когнитивна обрада–одлука.	**Специфични фактори** • умањити потенцијални утицај правних прописа, • умањити утицај стручно--комерцијалног конфликта, • оријентација ка интроспекцији, • рад на професионалним вредностима и самопоуздању –повећање могућности самоодлучивања, • побољшати вештине комуникације, • рад на повећању самоефикасности.
Личне карактеристике • морална осетљивост, • морално одлучивање, • морална мотивација, • морална храброст.	**Потенцијални утицај** • професионални развој, • усклађивање личних карактеристика са знањима и вештинама–утицај на доношење одлука, • емоционална интелигенција, • когнитивна дисонанца, морални сукоби и етичке дилеме.

У ситуацијама сусретања са етичким проблемом највећи утицај имају личне карактеристике фармацеута. Фармацеут мора бити морално осетљив да препозна и разграничи етичке ситуације и одлучи између исправног и погрешног у складу са етичким начелима. Мора бити морално мотивисан и свестан да етичка начела имају приоритет у односу на предрасуде, економске факторе и личне интересе, и мора бити морално храбар да етичку одлуку спроведе у дело иако то може довести до конфликта.

Испитивање рађено у Енглеској 2007. године на узорку од 175 фармацеута јавног и болничког сектора показало је да се етичке дилеме у пракси најчешће јављају у вези са следећим проблемима: пријем непотпуних рецепата, продаја посткоиталне (ургентне) контрацепције, враћање лекова које пацијенти нису користили, тражење информација о пацијенту од чланова његове породице[17]. Етички проблеми су чешћи у јавним апотекама у односу на болничке апотеке.

У Србији су препреке које се наводе махом институционалне, временска ограничења у обављању дужности, недостатак подршке надређених, неуравнотеженост моћи лекара и фармацеута, институционална политика или законска ограничења која се постављају, а која не подржавају принцип да је пацијент на првом месту и да су све услуге њему подређене у олакшавању приступа неопходној фармакотерапији.

У сусрету и суочавању са различитим врстама етичке проблематике, фармацеут долази и у ситуацију етичког конфликта интереса. Његова професионална дужност је да настоји да конфликт реши у најбољем интересу пацијента и друштва. Пример је конфликт професионалног алтруизма (бриге о пацијенту) и комерцијалне стварности, тј. комерцијалног опстанка и профитабилности, у сектору апотека које су основане као приватна пракса.

Истраживање на узорку од 369 фармацеута у јавним апотекама у Србији, показало је да се фармацеути често налазе у ситуацијама моралне узнемиреності у чијој основи се налази анксиозност. Резултати показују да је више од 40% фармацеута показивало симптоме стања анксиозности, више од половине узорка фармацеута (53,1%) било је под стресом, а преко 30% фармацеута са симптомима синдрома изгарања на послу (Јоцић Д, Крајновић Д, 2011)[5].

Фармацеути не познају довољно етичке кодексе или их не користе приликом доношења моралне одлуке, што је показало истраживање рађено методом дубинског интервјуа са 14 фармацеута, при чему је 22% фармацеута рекло да не зна да постоји етички кодекс (Црњански Т, 2011)[5,6]. Фармацеути не користе етичке кодексе првенствено зато што немају довољно обуке у етичком расуђивању и већина фармацеута приступа проблематици разрешавања етичке ситуације на практичан начин, користећи претходно искуство и здрав разум, и ослањајући се на логично разматрање, практичне вештине и лични морал у управљању ситуацијом[18–20].

Истраживање рађено на узорку од 150 фармацеута из јавних апотека и 50 фармацеута из болничких апотека, показало је да се приликом доношења моралне одлуке фармацеути руководе интересом за здравље пацијента, затим законским прописима, и на крају односом са самим пацијентом. Остали фактори (непостојање интереса за здравље пацијента, смернице за праксу, емпатија) показали су се мање значајним[17].

Истраживања показују да постоји мало литературе која је базирана на етици у фармацеутској пракси, као и критичке анализе и решавања проблема из праксе у периоду од 1990. до 2002. године[21]. Искуство из праксе показује неопходност постојања база које би обухватале случајеве из праксе са адекватним освртом на етичке проблеме и разрешења на законски и морално прихватљив начин[22]. Такође, неопходно је увести појам „етичке компетенције“, који означава надлежност фармацеута за решењем етичке дилеме у пословном окружењу, а нарочито у условима јавне апотеке и у ситуацијама када постоје корпоративни системи вредности који утичу на процес доношења одлуке и етичку надлежност фармацеута[23].

Фармацеут мора да разуме принципе који му помажу да донесе одлуку када се нађе пред етичком дилемом у пружању услуга здравствене заштите. Обавеза фармацеута је да поштује аутономију пацијента, штити поверљивост информација које добије од пацијента, ради у интересу благостања пацијента, прилази пацијенту са поштовањем и емпатијом. Фундаментална дужност фармацеута је професионално опхођење према пацијенту. Користећи систематски приступ у процесу доношења одлуке у случајевима суочавања са етичким дилемама, фармацеут може да донесе етички исправну одлуку.

ЗАКЉУЧАК

Савремена фармацеутска пракса у апотеци као здравственој установи подразумева пре свега бригу за добробит пацијента, и носи са собом нове врсте професионалних очекивања и обавеза, које могу произвести озбиљне конфликте и етичке дилеме. Фармацеут је дужан да изгради етички адекватан однос са корисником здравствене услуге, а ово се посебно односи на нека деликатна питања која у комуникацији са корисником здравствене услуге поставља фармацеут, као и питања везана за очување професионалне тајне.

Однос између фармацеута и корисника здравствене услуге не одвија се само према правним правилима, него према правилима здравствене етике, а која се ослањају једно на друго и међусобно допуњавају. Потребно је развити свест о постојању разлике између законског и етичког и развити осећај колективне етике која служи као основа за одређивање исправног и погрешног. Уједно, неопходно је професионалну етику интегрисати у колективну етику апотеке и развити моралну свест и осетљивост на етичке проблеме у пракси, тј. научити како препознати етичке дилеме и како их решити у реалним радним условима. Из тог разлога неопходна је свесност о постојању етичких принципа којих се фармацеути морају придржавати у интеракцији са пацијентом, као и познавање професионалних етичких кодекса. Практична примена етичких кодекса и принципа није увек тако једноставна и успешна, па фармацеути морају понекад да преиспитају и своје личне системе вредности како би били сигурни да њихова професионална комуникација задовољава независне информационе потребе корисника здравствене услуге, те да су исходи фармацеутске здравствене делатности усмерени на одржање и унапређење квалитета живота пацијента.

Рад је урађен у оквиру интегралног--интердисциплинарног научно-истраживачког пројекта (*Ретке болести: молекуларна патофизиологија, дијагностички и терапијски модалитети, социјални, етички и правни аспекти*) који финансира Министарство просвете и науке Републике Србије (бр. пројекта 41004).

ЛИТЕРАТУРА

1. Dhillon S, Duggan C, Joshua AE. *What part should pharmacists play in providing medicines/-related information?* The Pharmaceutical Journal, 2001; 266: 364–366.

2. Taylor KMG, Harding G. ed. *Pharmacy Practice*. Taylor & Francis, London, 2001.

3. *Developing pharmacy practice. A focus on patient care*. WHO, FIP, 2006. Доступно на:http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf.

4. Tindall WN, Millonig MK. *Pharmaceutical Care: Insights from Community Pharmacists*. Boca Raton FL: CRC Press, 2003.

5. Zellmer WA. *Role of Pharmacy Organizations the Profession*. APhA Annual Meeting, San Francisco, CA, 2001.

6. *Joint FIP/WHO Guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services*. FIP, 2010. Доступно на http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/pharmprep/CLEAN-Rev2Final-GPP-StandardsQ-PharmacyServices-QAS10-352_Sept2010.pdf.

7. *FIP Statement of Professional Standards Codes of Ethics for Pharmacists*, New Orleans, 2004.

8. Wingfield J, Badcott D. *Pharmacy Ethics and Decision Making*. Pharmaceutical Press, London, 2007: 71–94.

9. Пароjчић Д, *Развој етике у фармацији од теорије до савремене праксе*. Конститси, Београд, 2006.

10. Пароjчић Д, *Нови етички кодекс фармацеута Србије*. Апотекарска пракса, 2007; 59: 6–7.

11. *Етички кодекс фармацеута Србије*. Службени гласник Републике Србије, 6/2007.

12. Пароjчић Д, Ступар Д, Ступар М, *Професионални однос фармацеута и лекара од 13. до 20. века: етички и стручни аспект*. Тимочки медицински гласник, 2004; 29(2): 118–126.

13. Крајновић Д, Коцић Пешић В, Тадић И, *Етика и тимски рад здравствених радника као предуслов безбедности пацијената*. Трећа конференција са међународним учешћем „Маркетинг у фармацији – Брига за пацијента – одговорност фармацеута“, Београд, 2010; 44–45.

14. Јоцић Д, Крајновић Д, Милошевић А, *Етика у односу истраживач–испитаник: пилот студија*. Зборник радова, Други конгрес фармацеута Босне и Херцеговине, Бања Лука, 2011: 386–387.

15. Resnik DB, Ranelli PL, Resnik SP. *The Conflict Between Ethics and Business in Community Pharmacy: What About Patient Counseling?* Journal of Business Ethics 2000; 28 (2): 179–186.

16. Bartkowiak LE. *Between obligation and duty-on deontological codes in medical professions*. Wiad Lek. 2006; 59(11–12): 882–888.

17. Deans Z. *Ethics in pharmacy practice*. Pharmacy Practice Research Trust, 2010; 18–34.

18. Bioethics Core Curriculum. Pariz: *Division of Ethics of Science and Technology –Sector for Social and Human Sciences*, 2008.

19. Тасић Љ, Крајновић Д, Јоцић Д, Јовић С, *Комуникација у фармацеутској пракси*. Универзитет у Београду–Фармацеутски факултет, 2011. ИСБН: 978-86-80263-86-1.

20. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. C*linical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. New York: McGraw – Hill, 2002.

21. Wingfield J, Bissell P, Anderson C. *The Scope of pharmacy ethics – an evaluation of the international research literature, 1990–2002*. Soc Sci Med. 2004; 58(12): 2383–2396.

22. Shah A. *Pharmacy intervention in the medication-use process: the role of pharmacists in improving patient safety*, FIP Report, 2010.

23. Lairumbi GM, Michael P, Fitzpatrick R, English MC. *Ethics in practice: the state of the debate on promoting the social value of global health research in resource poor settings particularly Africa*. BMC Medical Ethics 2011; 12:22.

Контакт: Драгана Јоцић, Апотека „Кумодраж 2“, Кумодрашка 382, Београд,
моб. 063414025, draganajocic@beotel.net, djocic@pharmacy.bg.ac.rs.

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, јавног здравља, здравственог осигурања, економике и менаџмента у здравству. Уз рад треба доставити изјаву свих аутора да рад није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рад слати на имејл: kzus@open.telekom.rs.

Општа правила

Рукопис доставити ћирилицом, у фонту Times New Roman, величине 12. Литературни подаци означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. На посебној страници рада навести пуна имена и презимена аутора, године рођења, њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројевима. Такође откуцати име и презиме аутора за контакт, његову адресу, број телефона и интернет адресу. Текст 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. сида, РИА итд).

Обим рукописа

Обим 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, за извештај и приказ књиге две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад дати и кратак садржај до 200 речи на српском и енглеском језику (Сажетак и Summary). 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.

Табеле

Табеле, графиконе, слике, цртеже, фотографије и друго дати у тексту и означити их арапским бројевима по редоследу навођења у тексту. Наслови се куцају изнад и они треба да прикажу садржај табеле и другог. Коришћење скраћеница у насловима обавезно објаснити у легенди табеле и другог.

Списак литературе

Списак литературе дати 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“.

CIP-Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

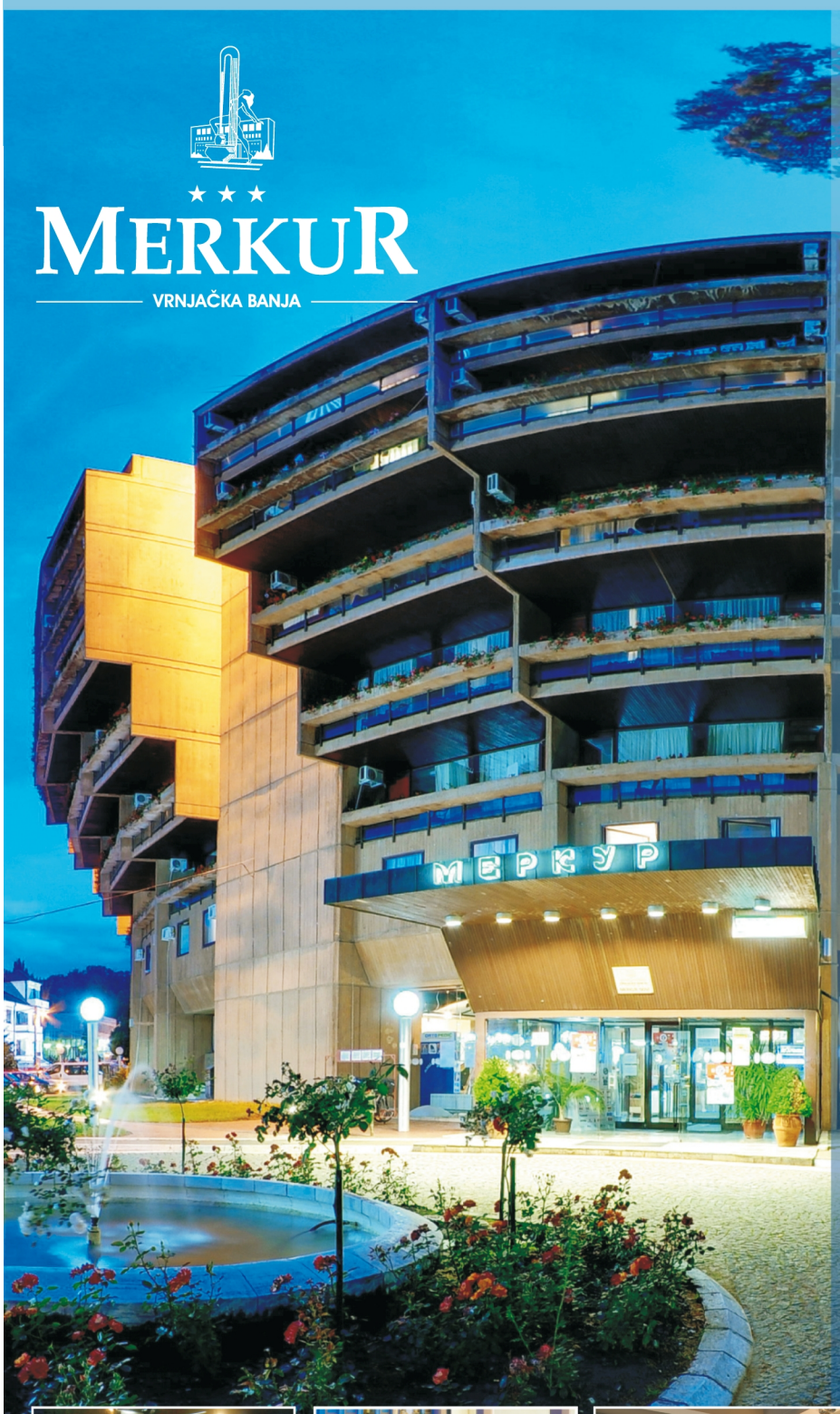
ЗДРАВСТВЕНА заштита: часопис за социјалну медицину, јавно здравље, здравствено осигурање, економику И менаџмент у здравству / главни И одговорни уредник Христо Анђелски. - Год. 1. бр. 1 (1972) - . - Београд : Комора здравствених усанова Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). - 26 cm

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

...mir i harmonija

MERKUR

VRNJAČKA BANJA



PROGRAMI ZDRAVLJA

Odmor uz medicinski tretman,

Prevencija i lečenje dijabetesa,

Lečenje bolesti organa za varenje,

Prevencija i lečenje osteoporoze,

Menadžerski preventivni program,

Medicinska dijagnostika za 5 dana,

Paket za mršavljenje,

Za bolove u kičmenom stubu i zglobovima,

Za otežano kretanje za slabe-teške noge,

Ginekološki preventivni program,

Stomatološki paket,

WELLNESS PROGRAMI

Medeni mesec,

Welness vikend,

Kraljevski vikend,

Relax vikend,

Romantični vikend za dvoje,

Oblikovanje tela - kafitacija,

Radio talasni lifting lica...

Specijalna bolnica "Merkur", 36210 Vrnjačka Banja tel: 036 611-626, 611-625, 618-865

www.vrnjcispa.com, marketing@vrnjcispa.rs