

YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



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

ГОДИНА XLII • ОКТОБАР 2013. • БРОЈ 5

КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLII

Број 5

ОКТОБАР 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 Момчило Бабић
Мр др Дејан Станојевић
Проф. др Саша Живић
Др Рајко Косановић
Проф. др Слободан Обрадовић
Прим. др. Перешица Симоновић

Секретар:

Маријана Стојановић

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:
Бојана Голубовић

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-y (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

<i>Биљана Беговић Вуксановић, Ивана Беговић Лазаревић, Андреа Узелац Шкорић, Славица Марис</i> 1. ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ОСОБА САВЕТОВАНИХ И ТЕСТИРАНИХ НА ХИВ У ГРАДСКОМ ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД ОД 2003. ДО 2012. ГОДИНЕ	1
<i>Сафет Љешњанин, Азра Пуришић, Бранка Гледовић</i> 2. УЧЕСТАЛОСТ ПУШЕЊА КОД ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА ОПШТИНЕ ПЛАВ	7
<i>Љиљана Кулић, Страхиња Кулић, Гордана Арсић Комљеновић, Христо Анђелски, Мирјана Шијан Гобељић, Марија Јовановић, Татјана Чикара</i> 3. ПРОБЛЕМИ У КОМУНИКАЦИЈИ СА БОЛЕСНИКОМ И ЊЕГОВОМ ПОРОДИЦОМ	16
<i>Весна Томић</i> 4. УНАПРЕЂИВАЊЕ ЗДРАВЉА ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ – НАСТАВНИ ПРЕДМЕТ: ЗАШТО, КО, КАКО?	25
<i>Никола Богуновић, Момир Јањић, Христо Анђелски, Јасмина Савић Јоксимовић, Здравко Ждрале, Жељко Керкез, Јасмина Радојловић</i> 5. ИЗВЕШТАВАЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ	31
<i>Мирјана Ђорђевић, Марија Џвијетић</i> 6. ПОДРШКА РОДИТЕЉИМА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ	44
<i>Јелена Звекић Сворџан, Јелена Васић, Кармела Филиповић, Тања Јанковић, Јелена Елез, Филип Гојковић</i> 7. ПРЕТХОДНИ ПРЕЛОМИ КАО ПРЕДИКТОРИ НАСТАНКА ОСТЕОПОРОЗЕ	53
<i>Радоје Јевтић, Драгана Јевтић, Јован Ничковић, Вања Ничковић</i> 8. ЗДРАВСТВЕНИ АСПЕКТИ ТЕХНИЧКОГ ОКРУЖЕЊА САВРЕМЕНОГ ЧОВЕКА	60
<i>Слађана Васиљевић, Славица Коневић, Весна Пауновић</i> 9. КОРИШЋЕЊЕ ИНТЕРНЕТА У СВАКОДНЕВНОЈ ПРАКСИ	68
<i>Јелена Крстић</i> 10. МЕНАЏМЕНТ ПРОМЕНАМА – ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПРОМЕНЕ ВИСОКОГ УТИЦАЈА БР. 10 У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ СРБИЈЕ	74

ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ОСОБА САВЕТОВАНИХ И ТЕСТИРАНИХ НА ХИВ У ГРАДСКОМ ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД од 2003. до 2012. ГОДИНЕ

Биљана Беговић Вуксановић¹, Ивана Беговић Лазаревић², Андреа Узелац Шкорић³, Славица Марис⁴

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS COUNSELED AND TESTED FOR HIV IN THE INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF BELGRADE IN THE PERIOD FROM 2003-2012TH YEAR

Biljana Begović Vuksanović, Ivana Begović Lazarević, Andrea Uzelac Škorić, Slavica Maris

Сажетак

У раду су приказане епидемиолошке карактеристике особа, које су саветоване и тестиране на ХИВ у Градском заводу за јавно здравље Београд од 2003. до 2012. године, а разлог доласка на тестирање је био неки од облика ризичног понашања. У посматраном периоду 38.002 особа је тестирано на ХИВ, од којих је 9.511 особа тестирано због неког облика ризичног понашања. Међу њима, мушкираци учествују са 62%. Највећи број саветованих и тестираних особа (27,98%) је старости 25 – 29 година. Као најчешћи разлог доласка на тестирање је наведен ризичан хетеросексуални однос, који је заступљен са 73,33%, а затим интравенска употреба наркотика (ИВН) са 14,34%. Учешиће тестираних због ризичног понашања у укупном броју тестираних на ХИВ се у последњих пет година смањује и креће се од 26,30% – 2008. године, до 19,82% – 2012. године.

Кључне речи: саветовање, тестирање на ХИВ, ризично понашање.

Summary

This document presents epidemiological characteristics of people counselled and tested for HIV in Institute of Public Health Belgrade between 2003 and 2012 and the reason for testing was some kind of risk behaviour. In that period of time 38002 people were tested for HIV in total, out of which 9511 people were tested because of their risk behaviour. Men participated with 62%. The majority among the counselled and tested people were those from 25 – 29 years old with 27,98%. The most frequent reason for testing was heterosexual risk behaviour with 73,33%, then intravenous using of drugs with 14,34%. A part of people tested for HIV because of their risk behaviour in all tested people has decreased particularly in the last five years from 26,30% – 2008 to 19,28% – 2012.

Key words: counselling, test for HIV, risk behaviour

¹ Биљана Беговић Вуксановић, епидемиолог, Градски завод за јавно здравље Београд.

² Ивана Беговић Лазаревић, епидемиолог, Градски завод за јавно здравље Београд.

³ Андреа Узелац Шкорић, епидемиолог, Градски завод за јавно здравље Београд.

⁴ Славица Марис, епидемиолог, Градски завод за јавно здравље Београд.

УВОД

Према проценама СЗО и UNAIDS-а у свету је крајем 2011. године 34 милиона особа живело са ХИВом (31,4–35,9 милиона), што је за 16% више у односу на 2001. годину (29,4 милиона). Од процењених 34 милиона особа које су живеле са ХИВом крајем 2011. преко 3 милиона су деца млађа од 15 година, а скоро 5 милиона су млади узраста 15–24 године (75% младих инфицираних ХИВом живи у подсахарској Африци).⁽¹⁾

Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ од 1985. до краја јуна 2012. године у Републици Србији су регистроване 2.773 особе инфициране ХИВом, од којих је 1.616 особа оболело од АИДС-а, док је 1.126 ХИВ позитивних особа умрло, тако да је крајем јуна 2012. године 1.647 особа живело са ХИВом у Србији.⁽¹⁾

Савремене студије показују да је добровољно поверљиво саветовање и ХИВ тестирање (у даљем тексту: ДПСТ) најефикаснија и најисплативија интервенција у односу на остале свеобухватне методе у борби против ХИВ-а. ДПСТ има улогу у превенцији ХИВ-а, али омогућава, истовремено, и рани приступ третману за оне који имају ХИВ. Оно пружа могућност особи не само да сазна и прихвати свој ХИВ статус у поверљивом окружењу, већ представља и неку врсту отворених врата и за емоционалну и социјалну подршку, као и за медицинску негу.

Сазнавање ХИВ статуса, генерално, може да помогне особи да планира понашање којим ће заштитити себе и своје сексуалне партнere од инфекције. Они који сазнају да немају ХИВ могу да планирају како да остану ХИВ негативни. Они који имају ХИВ имају могућност да на време почну са третманом. Труднице које сазнају да имају ХИВ могу да спрече преношење инфекције на бебу.

Саветовање пре тестирања, ХИВ тестирање и саветовање које затим следи, помажу људима да промене своје ризично понашање и у великој мери смање ризик за ХИВ трансмисију.

ДПСТ је процес који омогућава особи да сама доноси одлуке о томе да ли жели да сазна свој ХИВ статус. Одлука је избор клијента, заснована на сагласности која је донета кроз упознавање са информацијама и у поверљивом окружењу.

Саветовање је поверљив разговор између саветника и клијента, који омогућава клијенту да се носи са стресом које ХИВ тестирање носи, и донесе личне одлуке везане за ХИВ. Саветовање укључује и процену личног ризика за добијање ХИВ инфекције, као и помоћ у промени ризичног понашања.⁽²⁾

ЦИЉ

Циљ овог рада је сагледавање епидемиолошки значајних карактеристика особа које су у посматраном десетогодишњем периоду саветоване и тестиране на ХИВ, а повод долaska у Одсек за ХИВ/АИДС и полно преносиве болести (ППБ) Градског завода за јавно здравље Београд (ГЗЈЗ) био је неки од облика ризичног понашања.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

За анализу карактеристика особа саветованих и тестиралих на ХИВ, коришћени су подаци епидемиолошке анкете. Обрада података извршена је коришћењем софтверске апликације израђене у програму Microsoft Access (2003–2010. године) и NET/SQL Server програму (2010–2012. године).

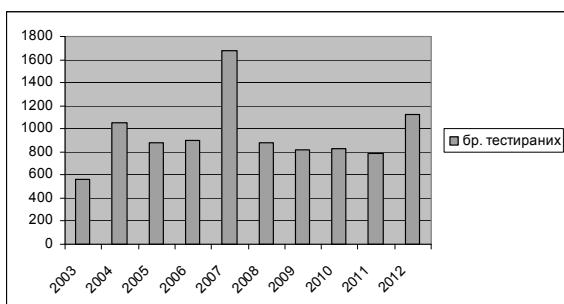
У обради података коришћен је дескриптивни епидемиолошки метод.

РЕЗУЛТАТИ

У Одсеку за ХИВ/АИДС и ППБ ГЗЗЈЗ Београд у периоду од 2003. до 2012. године укупно 38.002 особе су тестиране на ХИВ, од којих је 9.511 особа тестирано због неког облика ризичног понашања и могућег ризика за стицање ХИВ инфекције. Све тестиране особе обухваћене су ДПСТ.

Посматрајући по годинама, највећи број саветованих и тестиралих на ХИВ због ризичног понашања забележен је 2007. године (1.678), а затим 2012. године и 2004. године (1.124 и 1.052). Најмање особа (563) је тестирано 2003. године (Графикон 1).

Графикон 1. Саветовани и тестирали на ХИВ због ризичног понашања по годинама.

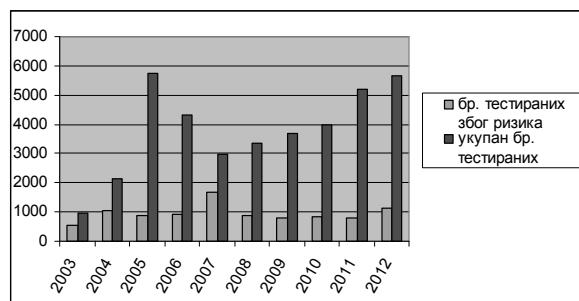


У наведеном десетогодишњем периоду може се запазити знатно веће учешће других разлога за тестирање на ХИВ у односу на ризично понашање као разлог тестирања. Поготово последњих пет година се региструје стални пораст броја тестиралих због неког другог разлога и креће се од 2.471 – 2008. године, 2.879 – 2009. године, 3.148 – 2010. године, 4.406 – 2011. године, до 4.546 – 2012. године. Најчешћи разлози тестирања су припреме за вантелесну оплодњу, хируршке интервенције, лечење хемодијализом, други здравствени проблеми.

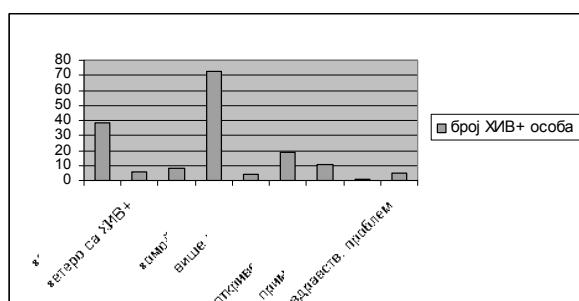
Учешће тестиралих због ризичног понашања у укупном броју тестиралих у последњих пет година (Графикон 2) износи: 2008. године – 26,30% (882), 2009. године – 22,06% (815), 2010. године – 20,74% (824), 2011. године – 15,15% (787) и 2012. године – 19,82% (1.124). Притом

је у посматраном периоду у Одсеку за ХИВ/АИДС и ППБ ГЗЗЈЗ Београд од 165 утврђених новоинфицираних особа 78,2% (129) управо међу особама које су дошли да се тестирају због ризичног понашања (Графикон 3).

Графикон 2. Однос саветованих и тестиралих на ХИВ због ризичног понашања и укупног броја тестиралих.

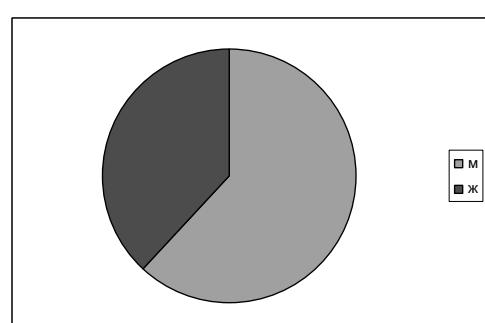


Графикон 3. Број особа са утврђеном ХИВ инфекцијом.



Међу саветованим и тестиралим особама на ХИВ због ризичног понашања, мушкараца је било 5.894, што износи 62% (Графикон 4).

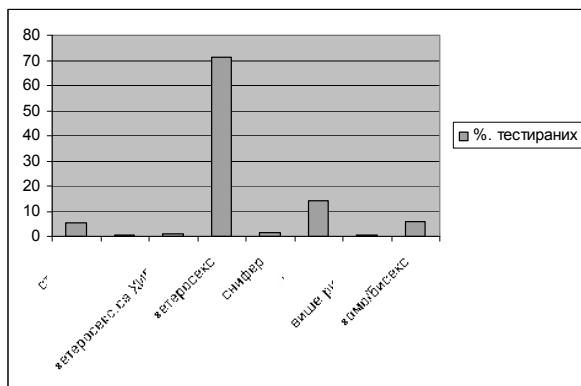
Графикон 4. Дистрибуција по полу саветованих и тестиралих на ХИВ.



Као најчешћи разлог доласка на тестирање је наведен ризичан хетеросексуални

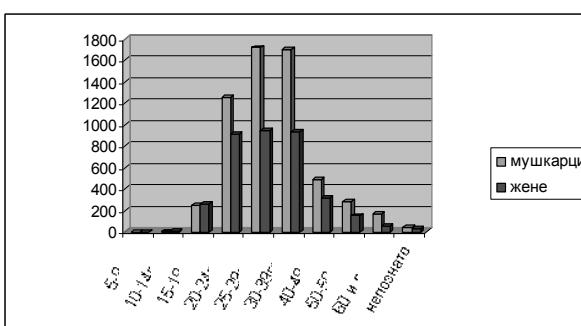
однос, који је заступљен са 73,33%, а затим интравенска употреба наркотика (ИВН) са 14,34%. Ризичан сексуални однос у хомо или бисексуално оријентисаној популацији чини 5,77% свих разлога долaska на тестирање (Графикон 5).

Графикон 5. Саветовани и тестиранi на ХИВ према виду ризичног понашања.



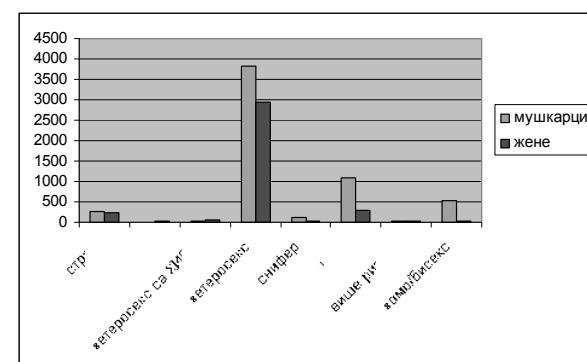
Анализирајући узрасну и дистрибуцију по полу особа саветованих и тестираних на ХИВ, само у узрасној групи од 15 до 19 година су жене незнатно заступљеније са 51,26%, док су у свим осталим узрасним групама заступљенији мушкарци. Највећи број (2.661) тестираних и саветованих особа је старости 25–29 година, што чини 27,98% свих тестираних и саветованих особа на ХИВ, следи узрасна група 30–39 година са 2.631 особом или 27,66%, а узрасна група 20–24 године је са 2.165 тестираних и саветованих трећа по заступљености са 22,76% (Графикон 6).

Графикон 6: Дистрибуција саветованих и тестираних на ХИВ по узрасту и полу.



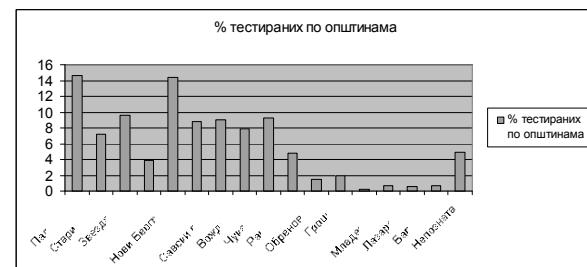
Упоређивањем видова ризичног понашања и пола тестираних и саветованих на ХИВ, доминација мушких пола је присутна у свим ризичним догађајима, који су били повод за тестирање, осим у случају силовања и хетеросексуалног односа са ХИВ позитивном особом, где су жене више заступљене од мушкараца са 97,37% и 55,81% (Графикон 7).

Графикон 7. Дистрибуција саветованих и тестираных на ХИВ по полу и виду ризичног понашања.



Међу саветованим и тестираним особама на ХИВ у Београду у последњих десет година највише је оних који долазе из централних градских општина (Графикон 8) и то са територија општина Палилула (14,63%), Нови Београд (14,35%), Звездара (9,58%) и Чукарица (9,27%). Општине Савски венац, Земун, Вождовац и Стари град следе са 9,07%–7,19%, док је из осталих градских општина долазило знатно мање особа на саветовање и тестирање на ХИВ.

Графикон 8. Дистрибуција саветованих и тестираных на ХИВ по општинама.



ДИСКУСИЈА

У Одсеку за ХИВ/АИДС и ППБ ГЗЗЈЗ Београд од 2003. до 2012. године тестирано је и саветовано на ХИВ због неког вида ризичног понашања 9.511 особа, од којих је 5.894 мушкараца, што износи 62%. Најзаступљенија узрасна група је 25–59 година, односно 27,98%, а најчешћи разлог доласка на тестирање је ризичан хетеросексуални однос са 73,33% учешћа.

Из године у годину расте број тестиралих особа, које су упућене на тестирање из неког другог разлога, који није ризично понашање. Насупрот томе, највећи број новооткривених ХИВ инфекција је међу особама које се тестирају због ризичног понашања.

У Србији се региструје пораст стопе особа тестиралих на ХИВ инфекцију (6,5

на 1.000 становника 2009. године у односу на 1,5 на 1.000 становника 2002). Од 47.734 особе укупно тестиране на ХИВ током 2009. године, 10.008 особа (21%) тестирано је у саветовалиштима за добровољно и повериљиво саветовање и тестирање на ХИВ (у 19 института, односно завода за јавно здравље, у Заводу за заштиту здравља студената у Београду и у Специјалној болници за болести зависности), при чему је више од половине свих саветовања и тестирања извршено у Београду (6.027 тестиралих особа, тј. 60%).⁽³⁾

Према подацима Светске здравствене организације, процењен број саветованих и тестиралих на ХИВ на 1.000 становника у 2009. години у свету и земљама у окружењу приказан је у Табели 1.⁽⁴⁾

Табела 1. Процењен број саветованих и тестиралих на ХИВ (на 1.000 становника) међу популацијом старијом од 15 година.

Држава	број саветованих и тестиралих на ХИВ/1.000 становника
Централна Афричка Република	64,2
Кенија	230
Куба	310,7
Сејшели	233,4
Индира	21,2
Пакистан	0,1
Украјина	140,5
Узбекистан	79,8
Босна и Херцеговина	10,5
Хрватска	0,8
Црна Гора	2,4
Мађарска	20,6
Пољска	1,3
Румунија	25,8

ЗАКЉУЧАК

На основу изнетог може се закључити да:

- и поред велике добробити ДПСТ, у посматраном периоду у Одсеку за ХИВ/АИДС и ППБ ГЗЈЗ Београд није дошло до повећања броја особа тестираних због ризичног понашања;
- некритичним упућивањем на ХИВ тестирање из године у годину повећава се број тестираних који нису имали ризично понашање;

- имајући у виду да се највећи број новоинфицираних открива међу особама које се тестирају због ризичног понашања, утицај медија и кампања може допријети да се пробуди свест људи који би по препознавању ризика тестирањем проверили свој ХИВ статус;
- настојати да услуга саветовања и тестирања на ХИВ буде што доступнија популацији која је најосетљивија за инфекцију, различитим активностима усменим ка тој популацији.

ЛИТЕРАТУРА

1. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“: ХИВ епидемија у свету крајем 2011. године. Извештај о новорегистрованим случајевима ХИВ инфекције, оболевања и умирања од АИДС-а у првој половини 2012. године на територији Републике Србије.

2. Виолета Анђелковић, Верица Лела Илић Влатковић, Драган Илић, Мила Паунић: Водич за ДПСТ.
3. WHO – Data on the HIV/AIDS response: Facilities with HIV testing and counselling by country.
4. Национална стратегија о ХИВ/АИДС-у, 2011–2015. године.

Контакт: Биљана Беговић Вуксановић, Градски завод за јавно здравље Београд, Булевар Деспота Стефана 54а, тел. 011 3230 038, 011 2078 666, e-mail: biljana.begovic@zdravlje.org.rs

УЧЕСТАЛОСТ ПУШЕЊА КОД ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА ОПШТИНЕ ПЛАВ

Сафет Љешњанин,¹ Азра Пуришић,² Бранка Гледовић³

THE INCIDENCE OF SMOKING IN THE ADULT POPULATION OF THE MUNICIPALITY PLAV

Safet Lješnjanin, Azra Purišić, Branka Gledović

Сажетак

Увод: Пушење је један од водећих јавно-здравствених проблема савременог света. Пушење знатно повећава ризик за настанак хроничних незаразних болести, а посебно болести срца и крвних судова. Пушење удвостручује ризик од умирања због болести срца и крвних судова. За педесетак састојака дуванској дима, посебно за катран, доказано је да имају канцерогено деловање. Данас се сматра да је пушење главни ризични фактор за развој рака бронха и плућа, гркљана, ждрела, усне шупљине, једњака, бубрега, мокраћне бешике, гуштераче, рака грлића материце. Такође, и неки облици леукемије чешћи су у особа које пуше.

Циљ: Главни циљ истраживања је да се испита учесталост пушења као водећег фактора ризика хроничних незаразних болести код одраслог становништва Општине Плав.

Методологија истраживања: Истраживање је урађено на репрезентативном узорку који треба да да увид о учесталости пушења код одраслог становништва Општине Плав. Истраживање је урађено анкетирањем. Циљну популацију чине сви становници Општине Плав, старости од 25 до 74 године, оба пола. Истраживањем је обухваћена читава територија Општине Плав. Узорком истраживања је обухваћено око 10% одрасле популације Општине Плав. Истраживање је почело 15. октобра, а завршило се 15. децембра 2011. године.

Summary

Introduction: Smoking is one of the leading public health problems of the modern world. Smoking greatly increases the risk of chronic diseases, especially heart disease and blood vessels disease. Smoking doubles the risk of dying from heart disease and blood vessels disease. For fifty constituents of tobacco smoke, especially for tar, have been shown to have carcinogenic effects. Today it is estimated that smoking is a major risk factor for developing cancer of lung, larynx, pharynx, oral cavity, esophagus, kidneys, bladder, pancreas, cancer of the cervix, and also some forms of leukemia are more common with people who smoke.

Aim: The main aim and objective of this research is to investigate the incidence of smoking as the leading risk factors of chronic non-communicable diseases in the adult population of the Municipality Plav.

Research methodology: The study was conducted with a representative sample which should give an insight into the prevalence of smoking in the adult population of the Municipality Plav. The survey was conducted by questionnaire. The target population consisted of all the residents of the Municipality Plav, aged 25 – 74 years, of both sexes. The survey covered the whole territory of the Municipality Plav. The sample included about 10% of the adult population of the Municipality Plav. Study began on 15th October and ended on the 15th December 2011.

¹ Др Сафет Љешњанин, Дом здравља Плав, Црна Гора.

² Др Азра Пуришић, Дом здравља Плав, Црна Гора.

³ Др Бранка Гледовић, Дом здравља Котор, Црна Гора.

Резултати и дискусија: Све оне компоненте које повећавају ризик настанка болести и смрти називамо факторима ризика. Најчешће су оболевања и умирања изазвана овим компонентама превентабилног карактера, односно могла су бити спречена. Пушење дувана је повезано са бројним хроничним незаразним болестима. Пушење је јако битан фактор ризика незаразних болести и важно као индикатор. Већина испитаника у нашем истраживању су непушачи, али је сваки пети пушач у испитиваној популацији, што је значајно мање него у општој популацији Црне Горе. Међу испитаницима има више пушача мушкираца у односу на жене, као и у односу према општој популацији Црне Горе. Највише пушача је старости између 45 и 54 године.

Закључак: Анализа овог истраживања идентификује највулнерабилније групе које треба да буду приоритет у мерама стратегије за смањење ризика по здравље становништва Општине Плав. Одлучујући корак у реформи здравствене заштите мора бити њено боље каналисање ка пациентима и њиховим потребама, а све у циљу смањења оболевања становништва од масовних незаразних болести.

Кључне речи: пушење, фактори ризика, Општина Плав.

Results and discussion: All those components that increase the risk of illness and death are called risk factors. Most often illness and death were caused by these components of preventable character, ie they could have been prevented. Tobacco smoking is associated with many chronic diseases. Smoking as an indicator of the risk factors of non-communicable diseases is a very important factor. Most respondents in our study were non-smokers, but every fifth person in the study population was a smoker, which was significantly lower than in the general population of Montenegro. Among them there are more smokers in men than women, as well as compared to the general population of Montenegro. Most smokers were aged between 45 and 54 years.

Conclusion: The analysis of this research reveals and identifies the most vulnerable groups which should be a priority in the strategy of measures to reduce the difference to the health of the population of the Municipality Plav. A decisive step in the reform of health care must be its better channeling to patients and their needs, with the aim of reducing population morbidity of noncommunicable diseases.

Key words: smoking, risk factors, the Municipality of Plav.

УВОД

Током XX века, а нарочито у другој половини, дошло је до значајне промене у учесталости узрока оболевања и умирања, нарочито у развијеним државама света. Масовне хроничне незаразне болести постале су водећи узроци умирања и оболевања, не само у развијеним већ и земљама у развоју.⁽¹⁾ Стога је Скупштина Светске здравствене организације (СЗО) 1998. године прогласила незаразне болести глобалним здравственим проблемом и означила превенцију и контролу тих болести као један од приоритета земаља чланица СЗО.

Тренд умирања и оболевања од болести које су узроковане понашањем које није у складу са здрављем, настављен је и у XXI веку.

Неколико хроничних незаразних оболења и стања која имају заједничке ризичне факторе и социоекономске и срединске детерминанте одговорно је за значајан удео у укупном оптерећењу од болести и укупној смртности и присутно је у готово свим земљама европског региона. Међу њима, болести система крвотока представљају „убицу број један“ у свим државама Европе, јер су одговорне за више од половине свих смртних исхода, а за њима следе малигне неоплазме које су одговорне за готово 20% свих смртних исхода.⁽²⁾ Влада Црне Горе је у новембру 2008. године донела Стратегију за превенцију и контролу хроничних незаразних болести као одговор на евидентан проблем, јер у структури укупног умирања становништва Црне Горе удео хроничних незаразних болести износи око 75%, са тенденцијом повећања.⁽³⁾

Оно што је изузетно важно јесте да су ризични фактори заједнички за најчешћа хронична незаразна оболења и стања. Међу факторима ризика који су најодговорнији за појаву хроничних незаразних болести, пушење је препознато као најзаступљенији превентабилни фактор ризика.

Са становишта превенције и контроле незаразних болести, које су данас најтежи здравствени проблем у свету, један од основних циљева је редукција броја пушача у популацији, а посебно међу младима, због њихове вулнерабилности. На овај начин ће се здравствене активности првенствено усмерити на отклањање узрока болести и фактора који утичу на њихову појаву и ширење, што представља суштину превентивног деловања.⁽⁴⁾

Разлози због којих се пушењу приписују својства најприсутнијег фактора ризика за оболевање и умирање у вези су са својствима дуванског дима. Дувански дим садржи преко 4.000 различитих хемијских састојака, међу којима се налазе отровне супстанце, а за педесет њих се тврди да су сигурно канцерогени. Најпознатија од њих је никотин – који ствара зависност код корисника дуванских производа. Доза од 5mg узрокује симптоме акутног тровања, а појединачна летална доза износи 40–60mg никотина. Следећи елемент из дуванског дима који негативно делује на организам је катран (тар) који се таложи у органима система за дисање и онемогућава њихову нормалну функцију. Угљен-моноксид (СО) из дуванског дима такође делује погубно на организам, јер онемогућава нормално снабдевање организма кисеоником.

Код дугогодишњих пушача пушење је одговорно за 50% свих смртних исхода који су се могли избеги, а пола од њих је од кардиоваскуларних болести (КВБ). Овај неповољан утицај пушења је повезан са количином дувана који се дневно пушки и са дужином трајања пушења.⁽⁶⁾ Данас се сматра да је пушење главни ризични фактор за развој рака бронха и плућа, гркљана, ждрела, усне шупљине, једњака, бубрега, мокраћног мехура, гуштераче, а и рак грлића материце и неки облици леукемије чешћи су у особа које пуше.

ЦИЉ

Циљ истраживања је да се идентификује утицај пушења као једног од водећих фактора ризика хроничних незаразних болести код одрасле популације становништва Општине Плав, као и изложеност становништва истом.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање спада у категорију студија пресека, нелонгитудинална студија. Истраживање је урађено на репрезентативном узорку који треба да да увид о пушењу као водећем фактору ризика хроничних незаразних болести код одраслог становништва Општине Плав.

Основни скуп: Циљну популацију чинили су сви становници Општине Плав старости од 25 до 74 године, оба пола. За избор узорка коришћена је компјутерска база података пацијената који су изабрали свог лекара у Дому здравља Плав. Према попису становништва од 2011. године Општина Плав је имала 13.108 становника, а број пацијената који су изабрали свог лекара на дан почетка извођења истраживања износио је 12.460, или лекара је изабрало 95,06% становника Општине Плав.

Величина узорка: Узорак истраживања је одабран из базе података корисника који су регистровани у Дому здравља Плав. Истраживањем је обухваћено око 10% популације становништва Општине Плав. Пре почетка

истраживања је урађена стратификација пацијената према старости и у узорак су укључени испитаници 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. Такође, узорак је стратификован и у односу на пол, те су дефинисане наведене подгрупе за оба пола.

Истраживањем није обухваћено 12 испитаника, те је стопа укључивања испитаника у истраживање износила 98,22% планираног узорка. Планирано је и узорком одабрано 674 испитаника, али је дефинитивно истраживањем обухваћено 662 испитаника.

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

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање о распрострањености пушења је део студије о здравственом стању и понашању становништва Плава. Укупно су истраживањем обухваћене 662 особе.

Пушење у кући

Већина испитаника живи у домаћинству где нико не пуши и то 64,80%, док они или чланови њиховог домаћинства пуше у 35,20% случајева.

Табела 1. Пушење у кући/стану према полу и старости.

ПУШЕЊЕ У КУЋИ/СТАНУ	УКУПНО	ПОЛ		СТАРОСНА ГРУПА				
		Мушки	Женски	25-34 год.	35-44 год.	45-54 год.	55-64 год.	65-74 год.
БРОЈ ОСОБА	662	314	348	147	126	157	128	104
НЕ, НИКО НЕ ПУШИ	64,80%	64,65%	64,94%	63,95%	66,67%	61,78%	59,38%	75,00%
ДА, НЕКО ПУШИ	35,20%	35,35%	35,06%	36,05%	33,33%	38,22%	40,63%	25,00%

Испитаници старости између 55 и 64 године најчешће живе у породицама у којима неко пуши (Табела 1).

Табела 2. Пушење у кући/стану према образовању.

ПУШЕЊЕ У КУЋИ/СТАНУ	УКУПНО	СТЕЧЕНО ШКОЛСКО ОБРАЗОВАЊЕ				
		Без школе или непотпунна основна школа	Основна школа	Средња школа	Виша школа	Висока школа/факултет
БРОЈ ОСОБА	662	106	179	277	42	58
НЕ, НИКО НЕ ПУШИ	64,80%	76,42%	63,13%	61,37%	61,90%	64,15%
ДА, НЕКО ПУШИ	35,20%	23,58%	36,87%	38,63%	38,10%	35,85%

Највише испитаника са средњом школом живи у породицама у којима неко пуши (Табела 2.)

Изложеност пушењу на радном месту

Испитивања су потврдила да постоје опасности повезане са пасивним пушењем. Ово истраживање је установило да је више од

5 сати на радном месту изложено пушењу 8,46% испитаника а између 1 и 5 сати 12,39%. Мушки су нешто више изложени у односу на жене (Табела 3.). Највише је изложена старосна група 35–44 године (10,32%), а најмање старосна група 65–74 године (2,88%).

Табела 3. Изложеност пушењу на радном месту према полу и старости.

ПУШЕЊЕ НА РАДНОМ МЕСТУ	УКУПНО	ПОЛ		СТАРОСНА ГРУПА				
		Мушки	Женски	25-34 год.	35-44 год.	45-54 год.	55-64 год.	65 -74 год.
БРОЈ ОСОБА	662	314	348	147	126	157	128	104
ВИШЕ ОД 5 САТИ	8,46%	9,87%	7,18%	8,84%	10,32%	9,55%	9,38%	2,88%
ИЗМЕЂУ 1 И 5 САТИ	12,39%	16,88%	8,33%	10,88%	11,11%	20,38%	12,50%	3,85%
МАЊЕ ОД 1 САТ ДНЕВНО	10,88%	13,06%	8,91%	6,80%	11,11%	13,38%	17,97%	3,85%
ГОТОВО НИКАДА	20,39%	20,38%	20,40%	18,37%	30,16%	20,38%	16,41%	16,35%
НЕ РАДИМ ВАН КУЋЕ	47,89%	39,81%	55,17%	55,10%	37,30%	36,31%	43,75%	73,08%

Пол (хи-квадрат = 21.892; df = 4; p < 0,001)

Старост (хи-квадрат = 64.373; df = 16; p < 0,001)

У односу на завршену школу највише је изложена група са високом школом/факултетом (13,21%), а најмање без или са непотпуном основном школом (2,80%).

Постоји значајна статистичка разлика у изложености пушењу на радном месту у односу на пол, старост и образовање (p<0,001), што се уочава на Табели 4.

Табела 4. Изложеност пушењу на радном месту према завршеној школи

ПУШЕЊЕ НА РАДНОМ МЕСТУ	УКУПНО	СТЕЧЕНО ШКОЛСКО ОБРАЗОВАЊЕ				
		Без школе или непотпуна основна школа	Основна школа	Средња школа	Виша школа	Висока школа / факултет
БРОЈ ОСОБА	662	106	179	277	42	58
ВИШЕ ОД 5 САТИ	8,46%	2,80%	8,38%	10,11%	9,52%	13,21%
ИЗМЕЂУ 1 И 5 САТИ	12,39%	5,61%	7,26%	18,77%	9,52%	11,32%
МАЊЕ ОД 1 САТ ДНЕВНО	10,88%	1,87%	10,61%	11,19%	21,43%	20,75%
ГОТОВО НИКАДА	20,39%	10,28%	13,41%	24,19%	33,33%	33,96%
НЕ РАДИМ ВАН КУЋЕ	47,89%	79,44%	60,34%	35,74%	26,19%	20,75%

Образовање (хи-квадрат = 12.935; df = 24; p < 0,001)

Садашњи и бивши пушачи

Од укупног броја испитаника свакодневно пуши 19,64%, (мушки 22,29% а жене 17,24%). Повремених пушача је 0,76%, бивших пушача који су престали пушити у последњу годину дана је 1,06% и оних који су престали пушити пре више од

годину дана 6,34% испитаника. Охрабрује висок проценат непушача од 72,21% (мушки 66,88%, жене 77,01%). Највише свакодневних пушача је у старосној групи 45–54 године и то 24,20%, а највише непушача је у старосној групи 65–74 године, и то 83,65% испитаника (Табела 5.).

Табела 5. Садашњи и бивши пушачи према полу и старости.

САДАШЊИ И БИВШИ ПУШАЧИ	УКУПНО	ПОЛ		СТАРОСНА ГРУПА				
		Мушки	Женски	25-34 год.	35-44 год.	45-54 год.	55-64 год.	65-74 год.
БРОЈ ОСОБА	662	314	348	147	126	157	128	104
СВАКОДНЕВНИ ПУШАЧ	19,64%	22,29%	17,24%	19,05%	22,22%	24,20%	21,09%	8,65%
ПОВРЕМЕНИ ПУШАЧ	0,76%	0,32%	1,15%	0,68%	0,79%	1,27%	0,78%	0,00%
БИВШИ ПУШАЧ – престао да пуши до годину дана	1,06%	1,27%	0,86%	0,00%	3,97%	0,64%	0,00%	0,96%
БИВШИ ПУШАЧ- престао да пуши пре више од годину дана	6,34%	9,24%	3,74%	3,40%	4,76%	9,55%	7,03%	6,73%
НЕПУШАЧ	72,21%	66,88%	77,01%	76,87%	68,25%	64,33%	71,09%	83,65%

Пол (хи-квадрат = 14.136, df = 4; p<0,001)

Старост (хи-квадрат = 32.431; df = 16; p<0,001)

Постоји значајна статистичка разлика у односу на пол и године старости ($p <$

0,001) Табела 5, али не и према образовању (Табела 6).

Табела 6. Садашњи и бивши пушачи према завршеној школи.

САДАШЊИ И БИВШИ ПУШАЧИ	УКУПНО	СТЕЧЕНО ШКОЛСКО ОБРАЗОВАЊЕ				
		Без школе или непотпуна основна школа	Основна школа	Средња школа	Виша школа	Висока школа/факултет
БРОЈ ОСОБА	662	106	179	277	42	58
СВАКОДНЕВНИ ПУШАЧ	19,64%	12,15%	22,91%	22,74%	19,05%	11,32%
ПОВРЕМЕНИ ПУШАЧ	0,76%	0,00%	1,12%	1,08%	0,00%	0,00%
БИВШИ ПУШАЧ - престао да пуши до годину дана	1,06%	0,93%	1,12%	1,44%	0,00%	0,00%
БИВШИ ПУШАЧ- престао да пуши пре више од годину дана	6,34%	2,80%	5,03%	5,78%	14,29%	15,09%
НЕПУШАЧ	72,21%	84,11%	69,83%	68,95%	66,67%	73,58%

ДИСКУСИЈА

Здравље није само предуслов већ и резултат укупног развоја друштва. Промене здравственог стања у позитивном смеру подразумевају повећање благостања људи, не само смањењем терета болести већ и постизањем потпуног физичког, психичког и социјалног благостања.⁽⁷⁾ Стога је сасвим разумљиво да здравље не може бити искључиво у ингеренцији сектора здравства.

Здравствени сектор има за обавезу да прати здравствено стање у циљу адекватнијег планирања здравствене заштите и у те сврхе се користе параметри мерења здравственог стања. Одлука о избору здравствених индикатора који се могу повезати са факторима ризика присутним у животној средини треба да буде у складу са препорукама Светске здравствене организације, тако да се омогући анализа и повезивање животне средине са информацијама о здрављу. Процена ризика по здравље, заснована на индикаторима, треба да омогући праћење трендова изложености и насталих ефеката.

Пушење дувана представља велики здравствени и економски проблем. Са једне стране, повезано је са бројним хроничним незаразним болестима, а са друге ствара енормне трошкове за здравствену заштиту, због одсуства са посла, набавке дуванских производа и друго.⁽⁸⁾ Распрострањеност употребе дуванских производа је изражена у готово свим земљама света са евидентним разликама међу земљама.⁽⁹⁾

Сматра се да је Црна Гора међу водећим земљама по броју конзумената дуванских производа, посебно међу младим и међу женама. Стога су оболења која се јављају као компликација пушења врло учестала у популацији. Подаци показују да болести система крвотока представљају основни узрок умирања становништва у Црној Гори, јер се код више од половине умрлих региструје овај узрок смрти, а на другом месту су тумори.⁽¹⁰⁾

Већина испитаника у нашем истраживању су непушачи, али је сваки пети пушач у испитиваној популацији, што је значајно мање него у општој популацији (32,8%) према

истраживању Националне здравствене анкете становништва Црне Горе 2008, што може бити условљено временском разликом у истраживању и израженом тенденцијом смањивања броја пушача у популацији. Запажа се да се у Европи број конзумената дуванских производа смањује, док се у Азији значајно повећава.⁽¹¹⁾

Међу испитаницима у Црној Гори има више мушкираца као и у општој популацији Црне Горе.⁽¹²⁾ Највише пушача је старости између 45 и 54 године. Занимљиво је да, када су у питању пушачи, није евидентирана разлика у односу на степен образовања. Трећина испитаника живи у домаћинствима у којима, поред њих има, и других чланова – пушача. Мушкирци су нешто више изложени пасивном пушењу у односу на жене, што се објашњава понашањем мушкираца за боравак у друштву, а пушачи се иначе најчешће крећу у друштву других пушача. Пасивном пушењу највише су изложене особе са средњом школом, а најмање испитаници без школе, највероватније зато што они чешће раде послове на отвореном, а мање у затвореном простору – канцеларијама. Просечна старост када се започиње са пушењем је 21,6 година, и то за мушкирце раније него за жене. Поред тога, интересантан је податак да су лица са вишом нивоом образовања почињала да пуше у ранијој старосној доби. Овим се потврђује утицај вршњака на понашање адолесцената, посебно када је реч о врстама понашања која се упражњавају у друштву, као што су пушење, конзумирање алкохола или неких других супстанци.⁽¹²⁾

ЗАКЉУЧЦИ

1. Проблем коришћења дуванских производа у Општини Плав, као и у целој Црној Гори, изражен је, и то код оба пола и у свим старосним групацијама. У категоријама становништва са већим образовним нивоом смањује се број корисника дуванских производа.
2. Анализа овог истраживања идентификује највулнерабилније групе које треба да буду приоритет у мерама стратегије за смањење ризика оболевања становништва од масовних хроничних незаразних болести.
3. Приликом израде будућих стратегија развоја здравства наше земље потребно је обавезати локалне заједнице да се оспособе и учествују као активни носиоци, а не само извршиоци централно утврђених мера и активности.
4. Постојећа међународна и национална истраживања фактора ризика, као и њихови протоколи и смернице, могу се користити као веома корисни документи за припрему протокола и упитника истраживања о здравственом стању, здравственим потребама и коришћењу здравствених услуга које се спроводе по домаћинствима и на појединцима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *Br Med J* 1994; 309: 937–939.
2. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Health C, et al. Mortality from smoking in developed countries 1950–2000: indirect estimates from national vital statistics. Oxford, Oxford University Press; 1994.
3. Вулић, Д. et al. Trend risk factors of Coronary Prevention Study in Republika Srpska (ROSKOPS) Atherosclerosis: Risk factors, Diagnosis and Treatment. Monduzzi Editore, Bologna, 2002.
4. Министарство здравља Црне Горе. Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести. Влада Црне Горе, Подгорица, 2008.
5. Wilhelmsen L. Coronary heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. *Am Heart J.* 1988; 115: 242 – 9.
6. De Vries H, Candel M, Engels R, Mercken L. Challenges to the peer influence paradigm: results for 12–13 year olds from six European countries from the European Smoking Prevention Framework Approach study. *Tob Control.* 2006; 15(2): 83–89.
7. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006, 3(11): e442.
8. WHO. The World Health Report 2000. WHO, Geneva, 2000.
9. WHO. European Database on Tobacco Control Country Profiles. WHO, 2006.
10. Институт за јавно здравље Црне Горе. Статистички годишњак 2009. о здрављу становништва и здравственој заштити у Црној Гори. 2010.
11. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011 country profile; Malaysia. Доступно на: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/mys.pdf
12. Завод за здравствену заштиту Подгорица. Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Црне Горе – Истраживачка студија у сарадњи са СЗО и УНИЦЕФ-ом. Подгорица, 2001. Непубликовани подаци.
13. Институт за јавно здравље. Истраживање „Национална здравствена анкета становништва Црне Горе. Институт за јавно здравље, Подгорица, 2008. Непубликовани подаци.

Контакат: Др Сафет Љешњанин, Дом здравља Плав, 84325 Плав, Црна Гора.
Тел.+382 51 251 525, +382 67 811 412, e-mail: dr.safet@yahoo.com

ПРОБЛЕМИ У КОМУНИКАЦИЈИ СА БОЛЕСНИКОМ И ЊЕГОВОМ ПОРОДИЦОМ

Љиљана Кулић,¹ Страхиња Кулић,² Гордана Арсић Комљеновић,³ Христо Анђелски,⁴ Мирјана Шијан Гобељић,⁵ Марија Јовановић,⁶ Татјана Чикара⁷

PROBLEMS IN COMMUNICATION WITH PATIENTS AND THEIR FAMILY

Ljiljana Kulić, Strahinja Kulić, Gordana Arsić Komljenović, Hristo Andjelski, Mirjana Šijan Gobeljić, Marija Jovanović, Tatjana Čikara

Сажетак

Комуникација је процес преношења информација и значења, од једне до друге особе, путем разумљивих симбола или сигнала, односно један вид симболичке интеракције која може бити вербална и невербална. Медицинска сестра је, с обзиром на природу посла, непрекидно у ситуацији да комуницира са болесником и његовом породицом. Комуникација са болесником и његовом породицом мора бити одговарајућа, јер уколико је она добра, може се много више постићи у нези и лечењу. Медицинска сестра је дужна да обезбеди да њена комуникација буде одговарајућа како не би дошло до нежељених проблема и непотребних конфликтата. Постоје различити видови комуникације које треба разликовати, који могу бити задовољавајући и нездовољавајући. Постоје следећи видови комуникације: лажна комуникација, једносмерна комуникација, реактивна комуникација, двосмерна комуникација и др. Препреке у комуникацији су све појаве које спречавају успешно разумевање поруке. Постоји велики број препрека у комуникацији, а неке од њих које се чешће срећу су: утицај културе и наслеђа, бука, лични став, перцепција и порука.

Summary

Communication is a process by which the information and meaning are transmitted from one to another person in the form of comprehensible symbols or signs; it is an aspect of symbolic interaction, either verbal or non-verbal. According to the nature of the nursing profession, a nurse is continuously obliged to communicate with a patient and his family. The communication between the nurse and the patient and his family has to be conducted in an appropriate manner since the good quality of communication contributes to the success of the health care and treatment. It is compulsory for the nurse to provide the appropriate level of communication and to avoid unnecessary problems and conflicts. There are various aspects of communication to be distinguished, some of which are satisfactory and others unsatisfactory. There are the following aspects of communication: false communication, unidirectional communication, reactive communication, two-way communication, etc. Communication obstacles are all those issues preventing the adequate understanding of the message. There are a great number of communication obstacles, and some most frequently occurring are the impact of culture and heritage, noise, personal attitude, perception, and the message itself.

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

² Страхиња Кулић, дипл. ек.

³ Проф. др сц. мед. Гордана Арсић -Комљеновић, Висока медицинска школа стручвних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

⁴ Проф. др сц. мед. Христо Анђелски, Висока медицинска школа стручвних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

⁵ Др Мирјана Шијан -Гобељић, Висока медицинска школа стручвних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

⁶ Др Марија Јовановић, Агенција за лекове, Београд.

⁷ Татјана Чикара, Висока медицинска школа стручвних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

Медицинска сестра не треба себе довести у ситуацију да буде учесник сукоба, и треба их максимално избегавати, а уколико до њих дође, треба их што пре превазићи.

Кључне речи: комуникација, сестричество, нега, болесник, породица.

The nurse must not permit to herself to take part in some conflict and she should avoid them whenever possible, and in the case of one she should put maximal efforts into their resolution.

Key words: communication, nursing, health care, patient, family.

УВОД

Комуникација је процес размене идеја и информација. Комуникација је процес преношења информација и значења, од једне до друге особе, путем разумљивих симбола или сигнала, односно један вид симболичке интеракције која може бити вербална и невербална. Комуникација (лат. *communicatio*) представља чин преношења разумљиве информације. Реч комуникација дословно значи: учинити нешто општим или заједничким. Комуникација је обично описана према три главне димензије: садржају, форми и циљу. Заједно, садржај комуникације и форма креирају поруке које се шаљу према циљу. Циљ може бити сам човек, друга особа (у интерперсоналној комуникацији) или други ентитет (група, предузеће, организација, јавност и др.). Комуникација захтева пошиљаоца, поруку и примаоца. Комуникација је важна активност коју чак и несвесно спроводимо у сваком тренутку нашег свакодневног живота. Често нисмо ни свесни да, као индивидуе, комуницирамо са одређеном појавом или са више њих у исто време. Многи аспекти савремене комуникације се данас подразумевају, јер су постали природна активност у нашим дневним навикама. Пренос информација, као најчешћи облик савремене комуникације, може се, како у историји тако и данас, одвијати у простору, при чему је потребно максимално смањити време потребно за пренос одређене информације и у времену, о чему

сведоче трајни записи. Савремена комуникација остварује се на три основна начина: говорним методама – које користе живу реч, у писаној форми – која користи знакове и симболе, као што су на пример слова алфабета (што представља графичку комуникацију), и визуелне ефекте, где се такође користе знакови и симболи, али који су осмишљени као придрживање једне или више речи посматраном објекту. Поруке које се шаљу путем комуницирања могу имати различите намене у зависности од потреба индивидуе или организације која комуницира. Ове поруке се користе да информишу, упитају, стимулишу, подстакну, наговоре, утичу, пруже знање или да забаве. Стога начин на који се остварује комуникација – креирање и слање поруке, најчешће зависи од неколико главних чинилаца, и то: ситуације, природе (садржаја) поруке и броја људи којима је порука намењена, што је посебно значајно. Људска комуникација се односи на социјалну интеракцију размењивања информација, а све у сврху разумевања и социјалне повезаности. Људи поседују природну и урођену потребу да комуницирају једни са другима, да стварају међуљудске односе, те да одржавају и подржавају људске везе. Комуникација омогућава људима да изразе читаву палету физичких, емоционалних и психолошких потреба. Када човек има неку потребу, комуникација му омогућава да ту информацију пренесе другим људима. Најчешћи облици комуникације укључују говор/слушање; читање/писање; гестикулацију; показивање осећаја. Разговор с

пријатељима, читање књиге или загрљај вољене особе су неки од једноставних облика комуникације. Телефонски разговор, комуникација путем рачунара, радио и телевизија су неки од примера комуникације уз помоћ технологије. Пренос информација, као најчешћи облик савремене комуникације, може се одвијати: у простору, при чему је потребно максимално смањити време потребно за пренос одређене информације и у времену, о чему сведоче трајни записи. Савремена комуникација у области здравствене заштите остварује се на три основна начина: говорним методама које користе живу реч, у писаној форми, која користи знакове и симболе (слова азбуке, абецеде и сл.), и визуелним ефектима, где се такође користе знакови и симболи. Поруке које се шаљу путем комуникаирања могу имати различите намене у зависности од потреба индивидуе или организације која комуницира. Ове поруке се користе да информишу, упитају, подстакну, наговоре, утичу, охрабре, објасне, утеше, саопште и сл. Стога начин на који се остварује комуникација, креирање и слање поруке, најчешће зависи од неколико главних чинилаца: ситуације, природе (садржаја) поруке и броја људи којима је порука намењена, што је посебно значајно.

КОМПОНЕНТЕ ПРОЦЕСА КОМУНИКАЦИЈЕ

Основ међуљудских односа је комуникација и не постоји начин да се не комуницира. Начин функционисања и све што радимо у животу неодвојivo је од комуникације, па чак и размишљање када смо сами спада у комуникацију. Комуникација се не везује искључиво за речи (вербална комуникација) већ и за положај и покрет тела, тзв. говор тела (невербална комуникација), а чак и кад игноришемо неког шаљемо поруку, дакле комуницирамо. Чињеница је и то да „човек повремено говори, а непрестано нешто саопштава“. Невербална комуникација је израженија међу

људима који се познају дуже и често се дешава да уместо поједињих речи некој, нама близкој особи, упутимо само поглед или слегнемо раменима, а да притом та особа потпуно разуме шта смо хтели да кажемо. Невербални начин комуникације, такође, добро функционише и у радним срединама јер много информација добијамо када неког само погледамо. По држању тела дотичне особе можемо да закључимо да ли је прави моменат да се некоме обратимо, тј. можемо да видимо да ли је неко презаузет, преуморан, бесан или добро расположен.

Процес комуникације садржи шест кључних компоненти: извор, поруку, канал, примаоца, буку и повратну спрегу. Извор је креатор поруке, односно њен пошиљалац и то је једна или више особа које започињу процес комуникације. Креатор, односно пошиљалац поруке може да буде појединач, група или организација. Извор је лице које поседује информације и има за циљ да их пренесе другом појединцу или већем броју других лица. Порука је продукт њеног креатора, а њу чини вербални или невербални стимуланс који утиче на примаоца или пошиљаоца, без обзира на то да ли је намеран или није. Канал је веза између извора и примаоца поруке. Постоје бројни различити канали којима се порука шаље, као што су писма, телефони, факсови, компјутери. Прималац је онај који интерпретира поруку и његова чула примају поруку пошиљаоца. Неке поруке могу имати велики број прималаца. Повратна спрега је одговор примаоца пошиљаоцу поруке. Повратна спрега спаја пошиљаоца и примаоца поруке међусобно, на такав начин да они могу истински комуницирати.

ЗНАЧАЈ ОСНОВНИХ ЧИНИЛАЦА КОМУНИКАЦИЈЕ У ПРОЦЕСУ КОМУНИЦИРАЊА

Комуникација је процес преношења информација и значења од једне до друге особе путем разумљивих симбола или сигнала, односно један вид симболичке интеракције која може бити вербална и невербална. Зависно од тога ко су учесници у комуникацији, она може бити: персонална и деперсонализована. Комуникација, зависно од тога како се успоставља, може бити директна и посредна. Основни елементи комуникационог процеса су:

- пошиљалац, извор информације, односно особа која шаље поруку: здравствени радник (лекар, медицинска сестра-техничар), болесник или члан породице;
- прималац, особа којој је упућена порука, односно особа или више њих, које примају поруку: здравствени радник (лекар, медицинска сестра-техничар), болесник или члан породице);
- сама порука (*информација*) и
- канал комуникације (*медијатор*), односно пут који порука прелази.

Важност основних елементарних чинилаца комуникације је у томе што сваки од њих мора да буде у потпуности јасан и конкретан јер код неповратних процеса попут комуникације врло често долази до забуне. Наиме, ми не можемо да вратимо оно што је речено нити можемо да се предомислимо када гестикулирамо. Самим тим, комуникација је процес који не може да се врати уназад (иреверзибилијан процес). Наравно, можете касније додатно да објасните то што сте желели да пренесете, али има ситуација када додатна објашњења или промене изјава и сл. просто немају исту снагу као оно што је првобитно речено.

Пошиљалац мора да зна шта жели да саопшти и на који начин то жели да уради, и да притом на јасан и директан начин пошаље поруку. Ако желимо да саопштимо некоме

да смо, на пример, љути на њега, то нећемо нагласити осмехом и опуштеним држањем тела, напротив, имаћемо намргођено лице и крут став. Наравно, уколико желимо да истакнемо да смо задовољни нечим, нећемо се „снуждити и тугаљиво седети у ћошку”, него ће осмех бити веома видљив, а положај тела отворен и опуштен. Информација мора да буде потпуна, да прималац схвати и на прави начин прихвати поруку, да потом прикаже реакцију и на тај начин постане пошиљалац нове поруке – повратне информације. Потпуна информација би требало да буде таква да неком њоме вербално дамо до знања шта се дешава уз евентуално невербално подржавање поруке. Овај процес се циклично мења током сваког нашег разговора и увек има два смера, од пошиљаоца ка примаоцу и обратно, при чему се улоге мењају током разговора, променом улоге актера и поруке. На успех комуникације утичу и филтери, тј. канали кроз које порука пролази када је одашиљемо, тј. када је примамо. Ти филтери могу бити различити, на пример, наше тренутно емотивно стање. На пример, уколико смо љути или уплашени, нећемо имати доволјно стрпљења да сваком укажемо потребну толеранцију, па ће порука, иако то нисмо хтели (прошавши кроз тунеле нашег расположења), постати љутито или у најмању руку непримерено изречена. Исто тако, на пример, и позиција у којој се налазимо, рецимо ако смо сувише далеко од некога, може утицати на успешан исход комуникације, па постоји шанса да нећемо чути шта нам се говори. Тиме ће канал бити неприступачан. Поред саме садржине и суштине поруке коју шаљемо, важан је и сам начин на који нешто изговарамо (боја и тоналитет гласа), мимика лица и тела који прате поруку. Сви наведени фактори имају могућност да нехотице промене поруку. Пошто су и вербална и невербална комуникација подједнако важне и међусобно се прожимају и допуњују, њихова усклађеност је камен темељац успешне комуникације.

Чињеница је да је успешна комуникација остварена у оном тренутку када је прималац тачно схватио шта је пошиљалац послao. Поставља се питање на основу чега можемо знати да је прималац примио поруку у облику у којем је она одаслана, а одговор је: на основу двосмерне комуникације, тј. повратне информације или *feedback-a*. Повратна информација ће потврдити пошиљаоцу да је прималац разумeo поруку, схватио њену важност и шта (евентуално) с њом треба урадити. Повратна информација се шаље парафразирајући речи пошиљаоца и она не подразумева искључиво вербалне већ и невербалне одговоре. Климање главом, пружање руке као показатељ постизања договора, одмахивање главом, подизање обрва код несхваћања и сл. такође дају саговорнику повратну информацију. У комуникацији између здравствених радника, с једне стране, и болесника и његове породице, са друге стране, веома је важно да комуникација буде успешна. Овде се комуникација остварује у условима који су измењени за болесника и његову породицу, и то пре свега његовом болешћу, присуством знака и симптома болести, присуством компликација, промењеним животним околностима, променом услова окружења, присуством стреса и страха од исхода болести и терапијског третмана.

УСПЕШНОСТ У КОМУНИКАЦИЈИ

Комуникологија је савремена наука која је веома значајна у домену медицине и сестринства. Значај комуникације показују истраживања по којима пациенти у вредновању квалитета рада здравствених радника на прво место стављају њихову комуникативност. Уколико лекар и медицинска сестра у процесу лечења и здравствене неге брзо и лако успоставе комуникацију са болесником и члановима његове породице, лакше ће задобити њихово поверење, имаће бољу сарадњу и више успеха у свом раду. Предуслови за успешну комуникацију су

жеља здравствених радника, болесника и чланова њихове породице да успешно комуницирају, стрпљење лекара и медицинске сестре у раду са пациентима, познавање комуникацијског процеса, овладавање комуникацијским вештинама, животно и радно искуство и вежба. Комуникациона мрежа одређује путеве протока информација у једној здравственој установи. Комуникација у здравственим установама може бити централизована и децентрализована, али мора бити јасна, једноставна и прецизна. Поред тога, комуникација између здравствених радника, болесника и чланова њихове породице може бити формална и неформална. Постоји више начина комуникације присутних приликом остваривања здравствене делатности, и то су: писана комуникација код које постоји документација; усмена комуникација (директни разговор, односно разговор лицем у лице); невербална комуникација (говор тела, који између осталог садржи емоционалну компоненту поруке). Невербална комуникација је комуникација без речи, као што је говор тела, контакт очима и покрети рукама које људи често користе да би потпомогли комуникацију очи у очи. Постоји групна комуникација и комуникација путем медија, односно телефона, факса, и-мејла, телевизије, радија и др.

Лекар и медицинска сестра у свом раду непрекидно користе вербалну комуникацију и да би то радили успешно, они треба да познају суштину комуникације. Вербална комуникација је говорна или писана комуникација у којој се користе речи, а за разлику од ње невербална комуникација је комуникација без речи, као што је говор тела, контакт очима и покрети рукама које људи често користе да би потпомогли комуникацију очи у очи. Оба вида комуникације и вербална и невербална су вештине које се морају научити и практиковати. Пошиљалац кодира поруку користећи вербалне, гласовне (речи, звук, интензитет, мелодичност) и визуелне елементе (израз лица, говор тела), а прималац

декодира поруку тако што је разврстава и интерпретира на основу свог искуства, веровања и потреба. Повратна информација је одговор примаоца на добијену информацију која заокружује комуникациони процес, комуницирање чини двосмерним, даје нам информацију како је порука схваћена и иницира нови циклус комуникације.

Дијалог је основни вид комуницирања у здравственом пословном окружењу и садржи: излагање теме, слушање, размену мишљења, преговарање, контролу саговорника, убеђивање, закључивање и др. Као што је већ назначено, слушање представља значајан фактор процеса комуницирања. Сукоб у току дијалога може настати због непажње, неслушања или погрешног тумачења оног што је изговорено, али врло често до грешке у комуницирању може доћи и због невербалне комуникације. Говор тела људи користе, често невољно, да би истакли оно што желе да кажу, али говор тела може нехотице да ода шта у ствари мисле, а нису желели да покажу. Невербална комуникација сагласно томе може да даје назнаке шта друга особа стварно мисли, што понекад може бити у супротности са оним што у ствари говори. Савремена истраживања показују да је невербална комуникација најважнија и пресудна у првом контакту, тако да лекари и медицинске сестре морају о томе водити рачуна у комуникацији са болесником и његовом породицом. Невербална комуникација укључује:

- изразе лица, као што су осмех или намрштеност;
- контакт очима или избегавање контакта очима;
- гестикулацију (гестове као што су слењање раменима, климање главом и покрети рукама);
- положај тела, као што је стајање скрштених руку;
- додир или избегавање додира;

- тон и висину гласа;
- ћутање (незаинтересовано, агресивно, пасивно) и др.

За неке облике невербалне комуникације дата су тумачења, па на пример сходно томе просторно растојање може да сугерише недостатак поверења, топлине или превише интимности. У интимни простор имају приступ само близке особе, а удаљеност тела у личном простору говори о пријатељским односима. Све остало је удаљеност у социјалном простору и јавном простору када комуницирамо са непознатим особама, односно већом групом људи. Средина у којој се комуницира, односно окружење је веома важно у комуникацији, и канцеларија има већу озбиљност од ходника. Уколико болесничка соба или канцеларија није скучена и пренатрпана већ лепо срећена, уредна, а амбијент пријатан, болесник ће се лакше опустити. Уз то посебна просторија за разговор пружа могућност интимног поверавања и вођења непријатних разговора без присуства других. Спољашњи изглед здравствених радника, односно одећа, физура, држање и све остало што се тиче спољашњег изгледа битно утиче на стварање утиска о особи и у складу са тим пословно облачење је у ускују вези са општом културом и нормама, јер оно одражава идентитет установе. Пословно облачење лекара и медицинских сестара је уобичајено и препознатљиво болесницима. Контакт очима приликом разговора је веома важан и постоји осећај нелагодности ако некога не гледамо у очи или стално зуримо у њега, јер и то може да се интерпретира на различите начине. Прво се може тумачити као нелагода, неискреност или незаинтересованост, а друго се може тумачити као изазивачко и агресивно понешање. Веома је битно гледати болесника тако да то у њему побуди само позитивну реакцију, да му пружи осећај да се неко брине о њему, да му пружи осећај сигурности, сазнање да му је стало и да жели да помогне. Положај тела, пре свега

руке прекрштене напред или позади, као и прекрштање ногу показују негативно мишљење и потребу за одбраном. Изрази лица – осмех, мрштење, широко отварање очију или чкиљење, подизање обрва и др. такође дају неку информацију или дезинформацију (погрешно тумачење). Веома је битно контролисати израз лица и не долазити у ситуацију да пациенти доносе погрешне закључке, али ако ипак до тога дође, треба им објаснити да греше и покушати да се поправи утисак. Уколико се пажљиво, аналитички посматра телесни контакт, много тога може да се закључи. Додир, загрљај, тапшање по рамену и руковање указују на близост две особе. Руковање се такође може тумачити на различите начине. Гестикулација може бити веома информативна, па окретање дланова према саговорнику може да се тумачи као искреност и отвореност, а скривање као неискреност. Махање кажипростом указује на моћ, супериорност и претњу. Време је значајно из више разлога, па неодлучност и окревање иницира неискреност, а убрзавање може да створи утисак брзоплетости. Треба прецизно испланирати време, заказати разговор, одредити време које је потребно за његово обављање и пожељно је наћи право време за разговор прихватљиво за обе стране. Не треба разговор прекидати пре него што је приведен крају.

АНАЛИЗА ГРЕШАКА У КОМУНИКАЦИЈИ

Лекар и медицинска сестра су, с обзиром на природу послана, непрекидно у ситуацији да комуницирају са болесником и његовом породицом. Они, поред тога што комуницирају са болесником и његовом породицом, комуницирају и са другим медицинским сестрама, лекарима, физиотерапеутима, психологозима, нутриционистима, помоћним особљем, сервисним службама, возачима санитетских возила и другим особама. Њихова комуникација са свима мора бити одговарајућа како не

би дошло до нежељених проблема и непотребних конфликтата. Јасно је да се, уколико је комуникација са болесником и његовом породицом одговарајућа, може више постићи у нези и лечењу. Медицинска сестра је непрекидно уз болесника и она мора да сазна много информација о пациенту. Да би то обавила, неопходна је задовољавајућа комуникација са њим и особама на које је упућен, а то су пре свега чланови његове породице. Поред наведеног комуницирања, да би добила жељене податке од значаја за лечење и здравствену негу болеснику, сестра мора болеснику да предочи и да пружи објашњења за многе процедуре и поступке, а и од тога зависи њен успех у раду. Постоје различити видови комуникације које треба разликовати, а они могу бити задовољавајући и нездовољавајући. Постоје следећи видови комуникације:

- Лажна комуникација у којој се води разговор у коме се саговорници нити чују, нити разумеју, нити један другог интересују, и она представља разговор без разговора. Она није пожељна у раду лекара, а ни медицинских сестара.
- Једносмерна комуникација је комуникација која има један смер, односно иде од једнога ка другоме, а не међусобно и обично је наметнута. Ни овај вид комуникације се не препоручује лекарима и медицинским сестрама у раду.
- Реактивна комуникација доводи до међусобног реаговања, али не и утицаја. Лекар и медицинска сестра треба да остваре комуникацију која има циљ и смисао, тако да је овај вид комуникације непожељан јер не даје резултате.
- Двосмерна комуникација је за разлику од претходних видова комуникације права или стварна комуникација у којој се слуша, размишља и говори. Овај вид комуникације лекар и медицинска сестра треба да практикују према болеснику и свим другим особама са којима комуницирају.

Активно слушање има велики значај у комуникационом процесу. Истраживања су показала да су време слушања и количина задржаних порука у великој диспропорцији (само трећина буде задржана). Слушање може бити ефикасно и неефикасно. Ефикасно слушање подразумева да се прво мора престати са причом како би се могао саслушати болесник или чланови његове породице, затим треба уклонити све што омета комуникацију, гледати у саговорника док прича, у ономе што говори отворити главну поруку, концентрисати се на то како саговорник преноси поруку, одвојити особу од идеје, разумети и оно што није речено (читати између редова), бити пажљив у тумачењу, не правити грешке, поштовати личност саговорника и показати саосећајност јер се ради о посебној групи саговорника. Неefикасно слушање подразумева да постоји пасивно слушање, једнослојно слушање, селективно слушање, селективно одбацивање, псеводослушање, отицање речи и/или слушање само себе. Оно што није пожељно у односима медицинске сестре са другим људима је комуникација у сукобу. Сукоби међу људима настају због разлика у вредностима које странама у сукобу изгледају међусобно неспојиве и могу бити интерперсонални, интрагрупни и интраперсонални. Медицинска сестра не треба себе довести у ситуацију да буде учесник сукоба. Уколико до њих дође, треба их што пре превазићи и треба их максимално избегавати.

Грешке у вербалној комуникацији које најчешће настају при обраћању болеснику, члановима његове породице и јавности су бројне: стручна терминологија; коришћење фраза и китњастог говора; употреба туђица, страних речи и израза; помодни изрази и жаргон; много информација одједном; стално прекидање разговора (разговор са другима, разговор телефоном) и др. Препреке у комуникацији су све појаве које спречавају успешно разумевање поруке. Постоји велики број препрека у комуникацији а неке од њих, које се чешће срећу,

јесу утицај културе и наслеђа, бука, лични став, перцепција и порука. Утицај културе и наслеђа може да дефинише начин понашања у неким ситуацијама, чиме може да ограничи терапијски третман према болеснику, да ограничи негу, да спречи давање информација, да модификује понашање и др. Бука и различити звуци из околине ометају пошиљаоца и примаоца поруке да се концентришу на поруку и тиме ометају јасну комуникацију. Превише јака светлост, привлачна особа, необични призори и др., могу одвући пажњу и ометати процес комуникације. Препреку у комуникацији представља и такозвано пригушивање. Када се мисли да је неко упознат са неким чињеницама и информација, због чега порука може да изостане. Велику препреку у процесу комуникације има стање емоција у којима се особе налазе. Велику грешку у перцепцији може изазвати стрес. Лични став учесника у процесу комуникације, односно медицинске сестре, болесника и/или члана породице могу довести до забуне и конфликта. У суштини, ради се о усмености особе на саму себе више него на особу којој се шаље порука. Лични став је заправо резултат поседовања одбрамбеног става, супериорности, инфириорности, егоизма, одсутности и сл. Утицај перцепције на проблеме у комуникацији огледа се у проблему који настаје прекидом слушања када особа говори пребрзо, монотоно, афективно, исувише тихо, агресивно и недовољно течно. Ако се пажња усмери више на чињеницу него на идеју, такође долази до одвлачења пажње.

ЗАКЉУЧАК

Да би добили жељене податке од значаја за лечење и здравствену негу болесника, здравствени радници морају да од болесника и његове породице добију велики број информација, да предоче и да пруже објашњења за многе дијагностичке, терапијске процедуре и поступке, сестринске процедуре, да подржавају болесника и његову

породицу, да покажу хуманост и емпатију. Од успешности у претходно наведеним активностима, умешности вербалне и невербалне комуникације зависиће успех у лечењу и нези болесника. Предлози мера за унапређење комуникације између здравствених радника с једне стране, и болесника и његове породице са друге стране:

- треба говорити јасно да би могло да се чује и разуме шта је речено;
- користити што једноставнији речник;
- избегавати употребу стручних термина;
- користити адекватну интонацију;
- прилагодити разговор саговорнику;
- треба пажљиво посматрати невербалне знаке да би се открило шта болесник и чланови његове породице у ствари мисле;
- треба проверавати да ли су саговорници разумели оно што је речено;

- пажљиво слушати шта болесник и чланови његове породице говоре;
- дозволити саговорнику да говори;
- одговорити на коментаре или питања саговорника;
- строго водити рачуна о невербалној комуникацији;
- ускладити вербалну и невербалну комуникацију;
- вербалну и невербалну комуникацију треба перманентно унапређивати и побољшавати;
- успешно решити могуће препреке у комуникацији;
- не учествовати у сукобима, максимално их избегавати, а уколико до њих дође, што пре их превазићи и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кекуш Д.: Комуникације у професионалној пракси здравствених радника. Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Београд, 2010.
2. Кулић Љ.: Здравствена нега 1. Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2011.
3. Кулић Љ.: Здравствена нега у геријатрији. Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2012.

4. Мандић Т.: Комуникологија. Чигоја, Београд, 1995.
5. Васиљевић Р.: Методика и организација здравствене неге. ВЕТС, Београд, 2000.
6. Тијанић М., Ђурановић Д., Рудић Р., Миловић Љ.: Здравствена нега и савремено сестринство. Научна КМД, Београд, 2004.

Контакт: Проф. др сц. мед. Јиљана Кулић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Црнотравска 27, Београд.

УНАПРЕЂИВАЊЕ ЗДРАВЉА ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ – НАСТАВНИ ПРЕДМЕТ: ЗАШТО, КО, КАКО?

Весна Томић¹

PROMOTING HEALTH OF SCHOOLCHILDREN – SUBJECT – WHY, WHO, HOW?

Vesna Tomić

Сажетак

Школа, као агенс процеса секундарне социјализације, има два општа циља у области унапређивања здравља ученика:

- пружа знања у области здравља и здравог начина живота,
- формира вештине, навике и облике понашања од значаја за здравље.

Излажење из концепта здравственог васпитања у правцу унапређивања здравља води томе да се оно програмским деловањем укључи у постојеће наставне јединице, а не да буде посебан предмет.

Враћање расправе у професионалној јавности на увођење предметне наставе враћа целу ову областу период здравственог просвећивања, који је свуда у свету одавно превазиђен. Поред тога указује и на покушај здравственог система да проблем лоших резултата у цеој области пребаци у двориште просвете, како би се она даље тиме бавила.

Научна сазнања истичу да: позитивна слика о себи, самопоштовање, одговорност, селф-концепт самоефикасност јесу кључни елементи здравља и основа од које зависи његово унапређивање у одговарајућем социјалном контексту.

Кључне речи: здравље, школска популација, наставни предмет, знање, понашање.

Summary

A school as a factor of secondary socialization has two general aims in the promoting health of schoolchildren:

- presents knowledge in the area of healthy life;
- forming attitudes, habits and behaviour of healthy life.

Coming out from the concept of health education leading to that the programmes includes in the school curriculum, and not to be separate unit.

Coming back with the discussion about unit we are returning the health promotion in the area health education. It demonstrate attempting of health system on his worst effects, in that domain to kick the ball in the education system.

Science in health promotion emphasis that: positive self concept, responsibility, self confidence and self efficiency are the key elements of good health and the base from which depend the promotion of health.

Key words: health, schoolchildren, knowledge, behaviour:

¹ Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд (Institute of public health of Serbia, Belgrade).

УВОД

Елаборирајући тему увођења предмета здравствено васпитање у школе, намеће се логично питање: одакле ова стара тема у старом руху, стручно давно превазиђена и апсолвирана, у актуелној садашњици?

Знатан број нејасноћа јавља се у том контексту:

1. Зашто се у професионалној јавности расправља о томе да се као предмет уведе нова наставна јединица – здравствено васпитање?
2. Познат је став просвете да број наставних предмета општег образовања треба да се редукује.
3. Шта је суштина делатности превентивних здравствених институција и која је њихова копча са просветом?
4. Зашто су релевантни здравствени показатељи здравственог стања деце и омладине све више забрињавајући, а неки и алармантни?
5. Зашто, упорно, здравље народа промовишемо, а не унапређујемо?
6. Каква је економска, а каква здравствена добит за систем здравствене заштите, од превентивног рада који је на издисају?
7. Који су ефекти рада референтних здравствених институција које су програмски рад замениле пројектима и кампањама?

Да ли је можда кључни разлог покушаја да се уведе предмет здравствено васпитање у школе, за који се унапред зна да ће тешко или никако проћи код Министарства просвете, камуфлажа лоших ефеката превентивног рада и покушај да се проблем пребаши у двориште просвете?

Да ли је увођење полиције у школска дворишта довело до бихевиоралних промена код деце, или је то дуготрајан посао у који треба улагати много више професионалних знања и труда у васпитавању деце и омладине?

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се писаним путем учествује у расправи о увођењу здравственог васпитања као предметне наставе у школе.

ПРОБЛЕМ

Суштину проблема о ефектима здравствено-васпитног деловања чини прелазак у примарној превенцији са програмског рада на пројекте. Кључну дистинкцију ова два приступа чини то што програмски рад захтева континуирано бављење одређеним сегментом популације и дефинисаним садржајем, и мерењем ефеката предузетих здравствено-васпитних интервенција, док пројекти санирају одређене проблеме које процењују релевантним у заједници.

Следећу разлику чини економска основа тако што је програмски рад инкорпориран у редовни рад превентних здравствених установа, док се пројекти екстерно материјално награђују. У оквирима учествује већи број запослених из установа, док пројекти воде углавном чланице сектора и мали број професионалаца из установа који представљају ресурсе институција, већина професионалних ресурса из институција је неискоришћена.

Последњу деценију превентивне делатности карактерише употреба термина промоција здравља, што јасно указује на оријентацију на комерцијализацију струке и делатности. Увођењем социјалног маркетинга у ову област континуираност у раду иде у други план, а тиме и промена или формирање здравих бихевиоралних шема.

Уколико се реализује увођење предметне наставе, бројни и по природи хетерогени проблеми мултилицираће се у пракси, као што је то случај са увођењем инклузије у предшколске установе, где се због неприпремљености средине (предшколске установе) појављују проблеми: од конфликата са родитељима, до професионалног незнაња запослених како треба да се понашају са појединим врстама ометености деце.

Један од разлога да унапређивање здравља не буде наставни предмет јесте тај што су резултати истраживања показали да дужином боравка у школском систему долази до квантификације знања, али не и до промене понашања код деце. Увођењем предметне наставе био би задовољен образовни циљ школе, али не и васпитни. Процес унапређивања здравља је васпитно-образовни процес. Зато се интензивно програмско деловање (кроз компрехензивне програме) сматра ефикаснијим од предметне наставе када се третира школска популација.

Проблем са тим у вези јесте ко би држао те потенцијалне часове, који је профил наставног кадра оспособљен и обучен да преноси здравствене садржаје и поруке. Можда би био измишљен још један профил кадрова, као што имамо у пракси, који би то „успешно“ реализовао.

Школској деци треба понудити добре узоре и моделе, повезујући тиме здравље са његовим позитивним атрибутима, као што су снага, лепота, осећање самопоштовања, развијање сигурности у себе, размишљање, изазови свакодневног живота. Метод застрашивања болешћу и смрћу свуда у свету давно је превазиђен, само га треба превазићи и у нашој средини. Уместо „борбе против...“ фокус унапређивања здравља треба да буде „здравље и здрав начин живота“. Циљ превентивног рада су атрибути здравља – здрави облици понашања.

Увођење предмета неће решити суштински проблем унапређивања здравља, а то је раскорак између знања и понашања појединца. Уколико модели и/или узори за децу не буду добри, пракса ће имати проблем.

Не решава се проблем злоупотребе дувана законом о забрани, јер наставници излазе у двориште или на улицу да бу пушили на одморима, а деца то виде. Закон је само минимална основа за неопходно програмско деловање на факторе понашања од којих зависи сваки превентивни исход. Тако ни полиција у двориштима не може да реши

васпитне проблеме агресивног понашања код деце, јер ће они увек моћи да нађу начин и време где да та понашања испоље.

Дакле увођење предметне наставе је неоправдано са аспекта васпитних ефеката које свака евалуација треба да инкорпорира.

ФАКТОРИ ОД ЗНАЧАЈА ЗА ПОНАШАЊЕ

Један од главних аргумента против увођења предметне наставе унапређивања здравља јесте циљ тог процеса – формирање здравих облика понашања кроз детерминанте које чине:

1. Фактори предиспозиције, који подразумевају сваку карактеристику особе или популације која мотивише понашање пре него што до њега дође.
2. Фактори оспособљавања, који подразумевају карактеристике средине која интензивира акцију или извори неопходни да подрже специфично понашање.
3. Фактори подршке су свака награда или казна која следи или бива антиципирана као последица понашања, служе да интензивирају мотивацију за понашање након што до њега дође.

Свако понашање у односу на здравље објашњава се синергијом наведених група фактора.

Предиспонирајући фактори укључују знања, ставове, уверења, вредности и перцепционе потребе и способности и мотивишу појединца или групу на активност (онашање). Већина тих фактора су психолошке варијабле. Као такве укључују когнитивне и афективне димензије знања, осећања, уверења, вредности, поседовање самопоуздања и осећања ефикасности. Развијене способности личности, кроз фактор самоефикасности, могу да иницирају предузимање одређене акције.

Квантификација знања не доводи до бихевиоралних промена, али повезаност између њих давно је утврђена. Одређен

степен знања неопходан је да би се свака акција одиграла. Мотивација која покреће понашање потиче од извора који се разликују од фактичког знања. Комбинација наведених фактора одређује мотивацију, а комбинација интервенција одређује циљану промену понашања.

Самоекласност је релевантан појам за контролу понашања и подразумева менталну и когнитивну контролу над њим. Директна је последица различитих облика социјалног учења. Утиче на емоционалне реакције које могу да елиминишу анксиозност и афирмишу одређену вештину.

Бухејвиорална интенција (намера понашања) јесте корак који је под утицајем ставова и социјалне перцепције норми од значаја за понашање.

Фактори оспособљавања јачају извођење акција појединца или групе. Они укључују: корисност, доступност и могућност коришћења здравствене заштите и извора из заједнице. Састоје се од извора и нових вештина неопходних за извођење акција које су потребне за модификовање средине.

Фактори подршке су последице акције које одређују да ли ће актер примити позитиван или негативан фидбек и социјално је подржана након реализације. Тако укључују: социјалну подршку, утицај вршњака, савет и повратну информацију оних који обезбеђују здравствену заштиту. Укључују и физичке последице понашања које могу да буду одвојене од социјалног контекста.

Поред наведеног, понашање зависи и од:

- опажене вероватноће успешног достижења циља који је у директној вези са опаженом добробити од предузете акције;
- опажене озбиљности као степена емоционалног узнемириења које би неки проблем могао да створи;
- доступности алтернатива у редукцији претње за појединца.

Закључак: Увођење предмета здравствено васпитање могло би да доведе до квантификације знања о здравом начину

живота, али не и до трансфера са знања на понашање (праксу), што јесте циљ сваког васпитно-образовног деловања.

СОЦИЈАЛНО УЧЕЊЕ И ПОНАШАЊЕ

Процес социјализације којим појединач стиче социјално релевантне облике понашања и формира се као личност један је од механизама унапређивања здравља. Као такав је последица социјалног учења под којим се подразумева усвајање знања и формирање понашања деловањем сплета социјалних фактора. Облици социјалног учења непосредно применљиви у унапређивању здравља су: учење условљавањем, учење по моделу, увиђањем.

У свакој ситуацији учења јавља се трансфер, који подразумева преношење ефеката ранијих учења на садашње учење или активност уопште. То и јесте један од аргумента због којих не треба уводити предмет здравствено васпитање у школе, него његове садржаје инкорпорирати у све већ постојеће предмете.

Опис значаја проблема:

Нпр.: У ситуацији када прво учимо градиво А, а затим градиво Б основни проблеми преноса знања (трансфера) су:

- Како учење градива А утиче на градиво Б?
- Како учење градива Б утиче на запамћивање наученог?
- Да ли постоји трансфер са знања на праксу (понашање)?
- На ком нивоу наученог се налази усвојено градиво: на нивоу ретенције, реконструкције, репродукције или апликације?

Укупан ефекат интеракције процеса учења и трансфера на праксу може да буде повољан или штетан. Када претходно учење убрзава ново и примењује се у пракси, говоримо о позитивном трансферу. У обрнутом случају имамо негативан трансфер. Обе врсте трансфера јављају се у

стицању нових садржаја или информација, учењу нових вештина и способности, техника и метода; учењу нових социјалних улога, нових принципа и концепата. Трансфер увек има место у учењу иако начин на који се он манифестије у пракси није увек препознат.

Процес генерализације код учења је једноставан пример ефекта трансфера. Нпр. прво лоше искуство детета кроз јављање страха и негативних емоција са стоматологом може да има ефекте учења који постају генерализовани страх од белих мантила и у искуству са другим особама које носе беле мантиле.

Неки услови социјалног учења, као што су: генерализација и дискриминација дражи, интернализација, начин награђивања и кажњавања не би могли да буду реализовани разредном наставом за унапређивање здравља.

УНАПРЕЂИВАЊЕ ЗДРАВЉА ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

Унапређивање здравља школске деце јесте комбинација здравственог васпитања и свих других активности које школа предузима да заштити и унапреди здравље свих учесника васпитно-образовног процеса. Подразумева да сваки ученик представља фокус свих активности за унапређење здравља и да је сваки од њих укључен у те процесе.

Унапређивање здравља у школи садржи три елемента:

1. Формално здравствено васпитање садржано у наставном програму кроз одговарајуће природне и друштвене предмете.
2. Подробније елаборирање „латентних садржаја“ који подразумевају односе између учениковог дома, школе, физичке средине и свих капацитета школе.

3. Значајне активности унапређивања здравља које обезбеђује служба, психолог и заједница.

Инострана литература истиче значај развијања самопоштовања, самопоуздања, доношења одлука, вештине за отпорност на социјалне притиске вршњака, сигурности у донесене одлуке, развој селф-концепта, толеранције на фрустрације и на индивидуалне разлике. Све те релевантне атрибуте здравља немогуће је реализовати квантификацијом знања и развијањем образовне компоненте процеса учења.

Утицај групе вршњака, према великим броју аутора, пресудна је детерминанта понашања ученика. Сваки исход здравственог васпитања који инсистира на дидактичкој методологији и режиму ауторитета, и тиме занемарује утицаје вршњака, унапред је осуђен на неуспех. „Култура вршњака“ одавно је изашла из оквира образовног система.

МОТИВАЦИЈА И ЗДРАВЉЕ ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

Да би се деца васпитала у правцу унапређења здравља, морају се мотивисати, заинтересовати, покренути за оно што им се препоручује да усвоје.

Мотивација у унапређивању здравља има за циљ да оспособи децу да чине оно што им се предлаже и да то чине у интересу свога здравља. Крајњи циљ је да дете усвоји одређене ставове и облике понашања у вези са здравим начином живота и временом их доживљава као своје сопствене. Реч је о интернализацији (поунутрењу) одређених норми и схватања које ће тако усвојене имати трајни и континуиран карактер. У том теоријском концепту наставни предмет не може да понуди такву реализацију.

Захтеви за унапређење здравља биће ефикасни ако се заснивају на неком од основних мотива личности и, посебно, ако уз препоручену активност следи задовољење мотива.

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ

Елаборирајући тему здравствено васпитање у основним и средњим школама, наводимо следеће аргументе за и против.

Аргументи за увођење предметне наставе:

1. Слаби, готово катастрофални статистички показатељи досадашњег рада у тој области.
2. Повећање степена знања на нивоима ретенције и рекогниције.
3. Без обзира на увођење нових термина, пораст начина масовних комуникација као доступност информација од значаја за здравље појединца – расте број нежељених трудноћа и абортуса код омладине, у порасту су и све могуће злоупотребе дрога, цигарета, алкохола, расте стрес код омладине, у порасту је гојазност, поремећени интерперсонални односи и малолетничка делинквенција.

Аргументи против увођења предметне наставе су:

1. Васпитна компонента унапређивања здравља ученика била би запостављена.
2. Квантификација знања не доводи до жељених облика понашања према здрављу, нити евентуалних бихевиоралних промена.

3. Стицање знања не доводи ни до формирања ставова, вредности као ни оних особина личности од значаја за здравље.
4. Потпуна нејасноћа о томе који би профил стручњака реализовао те садржаје.
5. Наставне јединице не би деловале мотивационо на школску децу.
6. Непостојање трансфера са усвојених знања на остале нивое знања и праксу (понашање).
7. Немогуће је промоцију здравља и оно чиме се референтне установе баве већ више од деценије из домена социјалног маркетинга претворити у наставне садржаје.
8. Цела расправа у стручној јавности на ову тему давно је евалуирана, елаборирана и као таква стављена ад акта.

ПРЕДЛОГ ЗА ДАЉИ РАД

Након парцијалних деловања, као ефекта различитих пројеката, вратити струку у добро познате и признате садржаје програмског деловања, уз неопходну демекализацију превентивне делатности и оживљавање институционалног рада, за шта постоје и референтне институције и људски ресурси у њима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Green LW, Kreuter MW: Health Promotion Planning – An Educational and Environmental Approach. Second Edition, Mayfield Publishing Comp, USA, 1991.
2. Томић В: Евалуација здравственоваспитне улоге школа.

Докторска дисертација одбрањена на Медицинском факултету у Београду, 1991.

3. Tones K, Tilford S: Health Education. Chapman and Hall, London, 1990.
4. WHO: A Supplement to the Manual on Health Education in primary Health Care. Geneva, 1996

Контакт: Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

ИЗВЕШТАВАЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ

Никола Богуновић,¹ Момир Јањић,² Христо Анђелски,³ Јасмина Савић Јоксимовић,⁴
Здравко Ждрале,⁵ Желько Керкез,⁶ Јасмина Радојловић⁷

REPORTING ON HEALTH STATUS OF SERBIAN POPULATION

Nikola Bogunović, Momir Janjić, Hristo Andjelski, Jasmina Savić Joksimović,
Zdravko Ždrale, Željko Kerkez, Jasmina Radojlović

„Дилетанти су добошари нове моде. Они не доносе ништа ново, изузев заноса своје убеђености.“
В. М. Диљман

Сажетак

Извештаји о морбидитету и морталитету становништва у Србији, поред осталог, основа су за стручну процену здравственог стања. Она треба да буде подлога за израду одговарајуће здравствене политике и следствено усмеравање финансијских средстава.

За процену здравственог стања становништва користи се неколико група показатеља који се односе на: демографска крећања, хигијенско-епидемиолошке прилике, морбидитет, морталитет, здравствену делатност.

Проценом здравственог стања баве се лекари специјалисти (социјалне медицине, хигијене, епидемиологије) уз помоћ демографа, статистичара, еколога, економиста, правника и др. За стручну процену је потребно искуство, дуже време проучавања и већи простор. Сви наведени стручњаци се налазе углавном у заводима и институтима за јавно здравље, заводима за статистику и органима управе, где се подаци прикупљају, обрађују и објављују.

Summary

Reports of morbidity and mortality in Serbia, among other things, the basis for the expert assessment of health status. It should be a basis for the development of appropriate health policy and consequently directing funds.

To assess the health status of the population is used to group several indicators related to: demographics, sanitary and epidemiological conditions, morbidity, mortality, health activities.

Health assessments with the specialists (social medicine, hygiene, epidemiology) with the help of demographers, statisticians, ecologists, economists, lawyers and others. For a professional evaluation was necessary experience, more time studying and more space. All of the above experts are mainly in institutions and institutes of public health, statistical offices and government institutions, where the data is collected, processed and published.

The processed data allow the conclusion that the health of the population in Serbia convenient. Looking at all the indicators of morbidity, it can be seen that in the first place due to respiratory diseases (42% of all diseases) and diseases of the heart and blood vessels (9%) in second place.

¹ Прим. докторант сц. мед. Никола Богуновић, Лекарска комора Србије, Београд.

² Проф. др сц. мед. Момир Јањић, Српско лекарско друштво, Београд.

³ Доц. др сц. мед. Христо Анђелски, Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић“, Београд, Црнотравска 27.

⁴ Mr сц. мед. Јасмина Савић Јоксимовић, Клинички центар Србије, Београд.

⁵ Mr сц. мед. Здравко Ждрале, Институт за онкологију и радиологију, Клинички центар Србије, Београд.

⁶ Mr Желько Керкез, дипл. инж., Београд.

⁷ Mr сц. Јасмина Радојловић, докторант, Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић“, Београд, Црнотравска 27.

Обрађени подаци потврђују закључак да је здравствено стање становништва у Србији повољно. Сагледавајући све показатеље морбидитета, уочава се да су на првом месту болести дисајних органа (42% од укупног броја болести), док су болести срца и крвних судова (9%) на другом месту. Остале болести су константне у даљем редоследу учешћа.

С обзиром на то да је процена здравственог стања становништва озбиљан посао којим се баве професионалици, појединци у томе не треба да траже неку своју сати-сфакцију.

Кључне речи: здравствено стање становништва, извештавање, процена, професионалици.

УВОД

Из хаоса незнања савремени човек се нашао у хаосу дезинформација, због тога ни њему није лако да се снађе. Овоме често доприносе дилетанти као „врсни“ познаваоци онога о чему говоре и пишу. Неретко се позивају на „слободу медија“ и „независно новинарство“.

Ови „добошари нове моде“ имају своје слушаоце и читаоце. То им омогућава све већи број јавних медија – новина, издавача и ТВ програма.

Није забрињавајуће ако је дилетант „болестан“, али је опасно ако ову болест пренесе на друге, па се појави „епидемија“. А увек је „боље спречити, него лечити“.

Повод за ово јавно реаговање јавио се код аутора овог текста пре више година, а нарочито у последњим месецима, када су учествали извештаји о морбидитету и морталитету становништва у Србији. Ево примера неких пропагандних порука: „Убише нас болештине“, „Поражавајући подаци о узроцима смрти у Србији“, „Сваки други Србин умире од болести срца, а сваки пети од рака“, „Највећи фактори ризика у смртности су пушење и алкохол“ итд.

Other diseases are a constant in order to further participation. Since the assessment of public health a serious work performed by professionals, individuals that do not need and find the satisfaction.

Keywords: *health status of the population, reporting, assessment, professional.*

Ово непрофесионално и нетачно извештавање прате и активности и кампање по трговима великих градова и ТВ емисије „здравственог преваспитавања“. Сви већ знају за „забрањено пушење“, „забрањено точење алкохола“, „правилну дијеталну исхрану“, „разне кухиње и кухињице“, „вежбе духа и тела“ и др. Добар део ових пропагандиста се „иза завесе“ понаша супротно, јер ни сами не верују у оно што препоручују другима. Другачије се не понашају ни наше колеге – доктори медицине.

Оваква ситуација је довела до погрешне здравствене политike и преусмеравања средстава (нпр., „40% буџета фонда здравственог осигурања се издваја за лечење болести срца“). Средства из других извора (донација, добротвора и др.) све више се усмеравају на развој тзв. врхунске медицине и трансплантије срца и других органа.

Скоро сви министри здравља у дужем периоду су клиничари, чије су специјалности везане за болеснике (који болују, или умиру!). Сви они обећавају „реформе здравства“, „укидање чекања на прегледе и операције“, „сузбијање корупције у здравству“, „преусмеравање средстава“, и сл.

Наравно да то није могуће, јер се медицина и даље сматра вештином (по Хипократу), а не науком о здрављу.

Етику врлине заменила је етика утилитарности (корисности), што одговара данашњим лекарима, нарочито у либералном друштву, које се пропагира све више и код нас у Србији. Ова етика се односи и на оне који пружају здравствене услуге.

ПРОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТАНОВНИШТВА

За процену здравственог стања становништва једног подручја (нпр. Србије) користи се неколико група показатеља у областима: демографска кретања, хигијенско-епидемиолошке прилике, морбидитет, морталитет, здравствена делатност.

Проценом здравственог стања баве се лекари специјалисти (социјалне медицине, хигијене, епидемиологије) уз помоћ демографа, статистичара, еколога, економиста, правника и др. За ове процене је потребно искуство, дуже време проучавања и већи простор. Сви ови стручњаци се налазе у заводима и институтима за јавно здравље, заводима за статистику и органима управе, где се подаци прикупљају, обрађују и објављују.

У ширем смислу схваћено, на здравствено стање народа утичу и неке друге појаве и околности, као што су: здравље, демографско стање, исхрана и намирнице, образовање и просвећеност, радни услови, запосленост, потрошња и штедња, саобраћај и везе, становање, одевање, одмор и разонода, социјално стање и слобода народа (Декларација УН о правима човека).

Здравље је стављено на прво место, а сви остали елементи су у директној међузависности са нивоом здравља, или здравственим стањем становништва у његовом ширем значењу.

ДЕМОГРАФСКА КРЕТАЊА

Подаци о кретању становништва добијају се на основу пописа становништва и статистичких истраживања утврђених законом.

Пописи становништва у Србији вршени су 1869, 1921, 1931, 1948, 1953, 1961, 1971, 1981, 1991, 2002. и 2012. године. Ови пописи се прикупљају и обрађују у државним заводима за статистику.

За процену здравственог стања значајни су: број и густина насељености, структура становништва (по полу, годинама старости, активности, занимању, осигурању, образовању, националности и вероисповести), биолошки тип становништва (прогресиван, стационаран, регресиван) и пирамида старости.

Природно кретање становништва (витални догађаји) прати се свакодневно у здравственим установама и матичарским службама, а објављује годишње.

Овде су од значаја: наталитет (рађање), морталитет (умирање), природни прираштај, фертилитет (плодност), стопе репродукције, нупцијалитет (бракови) и диворцијалитет (разводи).

Механичко кретање становништва (миграције) прати се у органима унутрашњих послова (пријаве и одјаве боравка), а објављује повремено.

Овде су од значаја: досељавања (имиграције) и исељавања (емиграције).

Демографска истраживања су од великог значаја за процену здравственог стања становништва. Овим проценама треба да се баве заводи и институти за јавно здравље, а не дилетантси, који су понекад и „политички обожени“.

ХИГИЈЕНСКО- ЕПИДЕМИОЛОШКЕ ПРИЛИКЕ

Услови природне средине под којима становништво живи и ради имају директан утицај на здравље становништва. Природна средина трајно окружује човека и чини са њиме целину. Због тога многи штетни биолошки, хемијски и физички агенси, који загађују ваздух, воду, храну и земљиште могу да угрозе биљке, животиње и човека.

Савремен човек веома брзим темпом загађује природну средину, а веома мало чини да контролише то загађење и сведе га на толерантну меру, која није, или је мање, штетна по здравље. У том смислу, хигијенизација животне средине је приоритетан здравствени проблем.

Утицај неорганске средине

Неорганска (нежива) средина једног подручја умногоме опредељује услове за живот и развој биљног света, животиња и човека. То је сасвим разумљиво када се има у виду да се свак живот одвија на земљи, у делу Земљине коре којој припада основна улога у човековој активности. Због тога су утицаји неорганске средине и њених фактора на живот и здравље човека непосредни и јаки (М. Коматина).

Разградња минерала и стена на површини земље омогућава ослобађање штетних метала, пре свега средњетешких и тешких, што помаже да они пређу у хидросферу и биосферу. Тако неорганска природа опредељује живот и здравље биљака, животиња и човека кроз своје негативне утицаје.

Међутим, неорганска природа може вршити и позитивну улогу. При том, два најважнија ресурса геолошке средине – земља и вода, представљају кључне карике које повезују живу и неживу природу, јер пружају низ хранљивих материја биљкама, а оне кроз ланац исхране животињама и људима.

Утицај спољне средине

Спољна средина, према најновијим истраживањима, учествује са 50–55% у очувању здравља, око 15–17% наследни (генетски) фактори, 14–18% обичаји и навике и 15–16% здравствена делатност. Према томе, природна (спољња) средина глобално утиче са око 70% у формирању квалитета живота, а генетика и здравствена делатност око 30% могуће заштите.

У већини земаља људском делатношћу, а нарочито са развојем технике и технологије, дошло је до загађивања животне средине. У развијеним земљама то је највећим делом резултат индустријализације и неконтролисане употребе хемијских средстава у већини људских делатности, а у неразвијеним земљама то је последица увоза „прљавих технологија“ и недостатка средстава за општу заштиту. Примера за претходне констатације има на претек.

У неразвијеним земљама, па и код нас, у политици здравствене заштите доминира као циљ: „Борба против заразних болести“, а у развијеним земљама два су основна циља: „Заштита животне средине и подизање квалитета животљења“. Имајући на уму да у Србији постоји преко 70% територије са „нетакнутом природом“, као и велике разлике у техничко-технолошком развоју, морају се уважавати сва три претходно дефинисана циља.

Утицај радне средине

Радна средина, као и спољна средина, могу угрозити здравље, често и знатно више, јер услови на радним местима могу бити лошији него у природи.

Већи део свога живота човек проводи на радном месту. Услови на радним местима на нашем подручју су врло различити. Иако је ситуација све повољнија, због постојања старих навика и нових штетности, ови услови бивају угрожени.

Употреба разних токсичних и алергогених материја у технолошким процесима

(димови, гасови, паре, хемијске активне супстанце, индустриска прашина, вуна, кожа, синтетика и др.) условљавају појаву огромног броја акутних и хроничних болести свих органа и ткива. Посебно место имају вентилација, грејање, осветљење, санитарни уређаји, рекреација, положај човека при послу, као и организација рада и радног времена. Ако се овоме додају и навике у исхрани, пушење, пијење и др., може се закључити шта све треба чинити да би се избегле болести, трауматизам и инвалидност, који су присутни.

Ризичне територије Србије

Ризичне територије на подручју Србије за биљке, животиње и човека стварају штетне хемијске, радиолошке и биолошке материје и честице, врло често голим оком невидљиве. Ове материје потичу из прљавих технологија, разних хаварија и намерних и случајних загађења.

Хемијски загађивачи су:

- Хемијска индустрија (Београд, Панчево, Нови Сад, Шабац, Лозница, Прахово, Бор, Мајданпек, Косово и др.);
- Производња угља (Обреновац, Лазаревац, Костолац, Ковин, Косово);
- Ложишта угља и моторна возила (сви већи градови и магистрални путеви);
- Отпадне воде и материје (реке, потоци и стајаће воде);
- Адитиви и друге штетне материје у храни („нова мода“ – брза храна).

Радиолошка контаминација везана је за:

- Џезијум и стронцијум – Чернобил, 1986. године (источна Србија и северна Војводина);
- Уранијум – НАТО бомбе, 1999. године (Косово и Метохија, Београд, Панчево, Нови Сад, Крагујевац, Чачак, Краљево, Ниш, Врање);
- Природну радиоактивност у води (радијум, радон, уранијум).

Стронцијум и џезијум су главни антагонисти калцијума и калијума, са полувеком распада око тридесет година. Ремете кости, ћелије и генетски потенцијал.

Уранијум има полувек распада више милиона година, тако да представља сталну опасност. У нашем организму ствара врло сложене биохемијске и биолошке процесе, који се компликовано и различито одражавају на стање и функције појединачних ткива, организма у целини.

Природна радиоактивност је регистрована у више наших вода и бања на подручју Србије (види књиге о лековитим водама и бањама Србије).

Биолошка загађења, која угрожавају не само људе већ и животиње и биљке, јесу стална (жаришта) и повремена. Данас су посебно значајна имуно-биолошка и генетска испитивања на биљкама и животињама, чиме су добијене и нове врсте, али и створене додатне опасности за угрожавање човека.

Све ово утиче на здравље, нарушујући његов квалитет, угрожавајући и скраћујући живот. У развијеним земљама просечно трајање живота је продужено и траје 70 до 80 година, највише захваљујући искорењивању заразних болести, порасту стандарда и здравственој заштити. У овим земљама дошло је и до пораста хроничних дегенеративних болести (срца и крвних судова, рака, опструктивних плућних болести, шећерне болести, алкохолизма, наркоманије и др.). Насупрот овоме на Кавказу се живи и 140 до 150 година, а у неразвијеним земљама 40 до 50 година.

У Европи је познато да дужи живот имају Скандинавци и планинци, а у нашој земљи, такође, планинско и сеоско становништво. Ово је свакако резултат деловања природних фактора, а нарочито здраве хране.

Институт за јавно здравље Србије сваке године врши истраживања хигијенско-епидемиолошких прилика на територији Србије, која су основ за процену хигијенско-епидемиолошке ситуације и могућег утицаја на здравствено стање становништва.

МОРБИДИТЕТ

Највећи значај за оцену здравственог стања становништва имају показатељи морбидитета, посебно у нашим условима, чије је праћење обезбеђено преко обавезне медицинске документације (здравствени картон, историја болести, протоколи), где се региструје практично сваки случај који затражи здравствену заштиту.

Званично регистровани морбидитет, међутим, не пружа најкомплетнију информацију о оболевању становништва, с обзиром на то да обухвата само онај део становништва који затражи здравствену заштиту и да у знатној мери зависи од степена развијености здравствене службе посматраног подручја. Но, без обзира на извесне недостатке, регистровани морбидитет, како у целини, тако и унутар структуре, пружа поуздане податке за реалну оцену здравственог стања.

Извор података за праћење и проучавање морбидитета представљају у првом реду: извештаји о оболењима и стањима у ванболничкој служби, извештаји о хоспитализацији, извештаји о трајању привремене неспособности за рад, извештаји о болестима од већег социјално-медицинског значаја и пријаве о кретању заразних болести. Сви ови извештаји се попуњавају у матичној здравственој служби и обрађујују највећим делом у службама статистике при заводима за јавно здравље.

Детаљна анализа са подручја Србије показује да морбидитет на овом подручју квантитативно опада, а по структури, слично морталитету, приближава се постепено морбидитету у развијеним земљама (веће учешће болести срца и крвних судова, дијабета, неоплазми, повреда и менталних поремећаја).

Поред анализе основних карактеристика морбидитета у ванболничкој и болничкој здравственој заштити, дати су и други показатељи оболевања, како би се што адекватније могло проценити здравствено

стање становништва. Посебно место је дато кретању акутних заразних болести, неких болести од већег социјално-медицинског значаја и повреда (на основу студија), као најбољих индикатора за процењивање здравственог стања становништва.

Ванболнички морбидитет

Морбидитет регистрован у службама опште медицине, заштите деце и жена, медицине рада, стоматолошкој и другим службама примарне здравствене заштите представља најшири и најобухватнији део морбидитета, јер је регистрован у првом степену и код највећег дела популације. Основни подаци су дати у Табели 1.

Табела 1. Утврђена оболења и стања у амбулантно-диспансерским установама Србије.

Година	Укупно у хиљадама	Стопа на 1.000	Базни индекс
1983.	20.639	2.069,5	94,1
1986.	22.429	2.200,0	100,0
1987.	21.663	2.184,6	99,3
1988.	22.318	2.095,5	95,2
1989.	21.567	2.143,9	97,4
1990.	20.811	2.058,1	93,5
1991.	18.325	1.986,0	90,3
1992.	17.112	611,7	73,2
1993.	14.707	1.376,4	62,6
1994.	14.787	1.375,3	62,5
1995.	16.582	1532,6	73,9

Према овим показатељима, у Србији, 1986. године, општа стопа морбидитета је била 2.200 на 1.000 становника (2,2 дијагнозе по лицу). Од тог периода до 1991. године забележен је благ пад ових стопа (око 2 дијагнозе по становнику), а од 1992. до 1995. године нагли пад ових стопа (око 40% 1994/1986). На ово су искључиво деловале санкције, а делимично и подрегистрација морбидитета (Косово и Метохија и приватна лекарска пракса).

У Србији су ове стопе пале са 2.144,0 у 1989. години на 1.568,0 у 2010. години.

За исти период (централна Србија са 2.251,0 на 1.649,2; Војводина са 2.388,0 на 1.702,7; Косово и Метохија са 1.729,0 на 369,6). Према томе, најстабилније кретање ових стопа је у Војводини, а драстичан пад је забележен на Косову и Метохији (некоришћење здравствене заштите у друштвеним службама).

Поред општег пада стопа морбидитета, важно је посматрање процента учешћа поједињих група болести у структури свих регистрованих оболења, које се не мења битно у дужем временском периоду.

Према овим показатељима, у структури ванболничког морбидитета:

- на првом месту су болести респираторног система са 42,4% (41,6%, 41,5%, 42,4%),
- на другом месту су болести срца и крвних судова са тенденцијом раста (8,6%, 8,8%, 9,3%),
- треће место заузимају болести генито-уринарног система, које су до 1990. године имале тенденцију пораста учешћа (8,4%, 8,0%, 8,3%),
- четврто место припада болестима дигестивног система (7,1%, 7,2%, 6,4%),
- на петом месту су болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, са тенденцијом пораста учешћа (5,8%, 6,1%, 6,0%),
- шесто место заузимају болести нервног система и чула са сталним учешћем 5,8–5,9% у структури целокупног ванболничког морбидитета,
- на седмом месту су болести коже и поткожног ткива, са тенденцијом пада са 5,6% на 5,4%,
- на осмом месту су душевни поремећаји са учешћем 4,1–4,2%,
- заразне и паразитарне болести, на деветом месту, имале су тенденцију пада учешћа 3,6–3,3%,
- десето место припада повредама, које су до 1990. године имале тенденцију

благог раста (3,3%), а у време санкција и криза (смањен саобраћај и производња) већу тенденцију пада учешћа (2,7%).

Кретање осталих оболења и стања, према упоредним показатељима, нема значајнијих одступања.

Болнички морбидитет

Болнички морбидитет представља најсложенији вид морбидитета, како по тежини, тако и структури, јер има највеће негативне последице на биолошки, радни и економски потенцијал друштва. Инвалидитет и смртност се често не могу спречити, али се у сваком случају, добро организованом здравственом службом и њеним деловањем, могу ублажити и избећи.

Болнички морбидитет, како по броју, тако и по структури, не мења се из године у годину. Промене које се дешавају у њему настају постепено и могу се уочавати након пет, десет и више година. Због тога је овај морбидитет посматран у 1983–1988, 1993–1998. и 2003–2010. години, како би се могле пратити промене – стопа и структура учешћа поједињих група болести. Подаци о кретању болничког морбидитета дати су у наредној анализи.

У структури лечених болесника по гранама болести доминирају:

- компликације трудноће и порођаја са 14,3% учешћа и тенденцијом наглог смањивања учешћа (1979. године 19%);
- болести кардиоваскуларног система са 10,7% учешћа и тенденцијом пораста (1979. године 9,8%);
- неоплазме са 9,8% учешћа и тенденцијом благог пораста;
- болести респираторног система са 8,8% учешћа и тенденцијом смањивања учешћа (1979. године 10,5%);
- болести генито-уринарног система са 8,5% са константним учешћем;
- остале дијагнозе (радио и хемотерапија, специјална испитивања, нега) са 7,3%

учешћа и тенденцијом наглог пораста (1979. године 2,7%);

- болести дигестивног система са 6,9% и тенденцијом наглог смањивања учешћа (1979. године 9,7%);
- болести мишићно-коштаног система са 6,6% и тенденцијом наглог пораста учешћа (1979. године 4,3%);
- болести нервног система и чула са 5,8% и тенденцијом пораста; и
- повреде са 4,6% и константним учешћем, без великих осцилација.

Смањује се учешће болничког лечења заразних и кожних болести и болести перинаталног периода, повећава учешће душевних поремећаја, док остale болести имају константно учешће.

Просечна дужина лечења према групама болести указује да се најдуже лече стања у перинаталном периоду (37,5 дана) и душевни поремећаји (37,4 дана), а потом болести коштано-мишићног ткива (25 дана), повреде (24,5 дана), заразне болести (23 дана), неоплазме (20,2 дана), болести нервног система и чула (19,6 дана) и конгениталне аномалије (19,4 дана).

За посматрани десетогодишњи период највећи пад просечног броја дана лечења бележе заразне болести (са 34 на 23 дана), душевни поремећаји (са 55,3 на 37,4 дана), болести нервног система и чула (са 29 на 19,6 дана) и конгениталне аномалије (са 39,7 на 19,4 дана), што је свакако резултат ефикасније дијагностике и терапије. Компликације трудноће и порођаји практично су на истом нивоу (од 7 до 7,5 дана), што је доња граница и повреде (од 23 до 24 дана), што је горња граница, иако расте тежина повреда.

Морбидитет код најчешћих хроничних масовних оболења

У различитим условима, срединама и времену различити су проблеми патологије становништва. Акутне заразне болести, венеричне болести и туберкулоза, у

прошлости, биле су најраспрострањеније масовне болести на овим просторима, а данас су се задржале искључиво као наслеђе прошлости и у економски неразвијеним срединама. Иако у савременим условима социјално-медицински значај неких заразних болести није значајно умањен, посебан проблем данас представљају хроничне дегенеративне и социјалне болести.

Класичну групу масовних болести, као што је познато, сачињавају: туберкулоза, заразне болести, кожне болести, реуматске болести, алкохолизам и др., а у новије време: кардиоваскуларна оболења, опструктивна плућна оболења, малигне неоплазме, душевни поремећаји, шећерна болест, зубни каријес, повреде, наркоманија и пушчење.

Избор поменутих болести у анализи је учињен на основу социјално-медицинског значаја у здравственом стању становништва наше земље.

Распрострањеноост хроничних масовних оболења у Србији и њихов удео у општем морбидитету становништва се може сагледати из Табеле 2.

Табела 2. Хроничне масовне болести у Србији регистроване у служби опште медицине.

Оболења и стања	1986		1990		1995	
	Број	%	Број	%	Број	%
Хипертензија	806.944	52,5	789.893	54,2	739.654	54,7
Бронхитис, емфизем и астма	257.243	16,7	207.767	14,3	175.365	13,0
Улкус желудца и дуоденума	125.330	8,2	116.143	8,0	114.201	8,4
Дијабетес мелитус	58.126	3,8	70.611	4,8	90.295	6,7
Исхемична оболења срца	82.334	5,4	80.855	5,5	78.856	5,8
Холејитиза и холециститис	68.584	4,4	66.595	4,6	52.443	3,9
Реуматоидни артритис	80.584	5,2	61.797	4,2	43.710	3,2
Психозе	36.491	2,4	41.289	2,8	37.765	2,8
Малигне неоплазме	20.346	1,3	20.894	1,4	20.29	1,5
УКУПНО	1.535.803	100,0	1.455.844	100,0	1.352.585	100,0

Иако су стопе општег морбидитета смањене за око 30%, стопе посматраних хроничних масовних болести у служби опште медицине, за исти период су смањене за око 15%. У структури учешћа појединих масовних оболења, према укупно регистрованом морбидитету, расте учешће малигних неоплазми (1,3%–1,5%),

шећерне болести (3,8%–6,7%), психоза (2,4%–2,8%), хипертензије (52,5%–54,7%) и исхемичних оболења срца (5,4%–5,8%). Порасло је учешће и улкуса желуца и дуоденума (8,0%–8,4%). У 1995. години у односу на 1986. годину смањено је учешће опструктивних плућних оболења (16,7%–13,0%), холелитијазе (4,4%–3,9%) и реуматоидног артритиса (5,2%–3,2%).

Према светским студијама, главне болести у овој групи су гојазност, артериосклероза, хроничне плућне болести и малигне неоплазме. Све остале болести (хипертензија, инфаркт, шлог, дијабет и др.) последице су постојеће четири болести.

МОРТАЛИТЕТ

Овај показатељ је пре више десетина година коришћен као најзначајнији параметар за процењивање здравственог стања становништва. Међутим, данас постоје, поред негативних, и позитивни индикатори за процену, тако да је морталитет постао груб показатељ за процењивање здравственог стања становништва и користи се у процени само са другим индикаторима.

Општи морталитет

До 1990. године морталитет је имао тенденцију пада на 9,3 промила, а од тада до 2011. године тенденцију раста преко 10 промила.

Просечна старост умрлих у Србији је повећана од 39 година 1950. на 67 година 1988, 68 година 1993. ($m = 65,5$; $ž = 70,5$ година) и 74 године 2011. ($m = 72$; $ž = 76$ година). Приближно исте стопе морталитета имају Италија и Португал.

У здравственим установама, пре смрти, лечено је око 91%.

Контингент умрлих преко 65 година

Проценат умрлих у старости преко 65 година у Србији се стално увећава, што је повољно. Данас износи преко 66% (овиј контингент је мањи код мушкараца и износи око 60%, а већи код жена, где износи преко 73%).

Специфичне стопе морталитета

Укупна специфична стопа морталитета код мушких до 1990. године је смањивана до 10 промила, а од 1991. (10,7) до 2010. (преко 11 промила) значајно је повећана. Код жена ова стопа је смањена на 8,5 промила у 1990. години, а од 1991. до 2010. године у сталном порасту са 8,8 на 10 промила.

Специфичне стопе морталитета од 1955. до 2010. године су код важнијих контингената кретале се на следећи начин:

- одојчад (0 година) са 24% на 3% у структури свих умрлих;
- предшколска деца (0–6 година) са 34% на 3,5%;
- школска деца (7–19 година) са 2,5% на 0,7%;
- радно активно становништво (20–64 године) са 29% на 22%, и
- старије становништво (преко 65 година) са 34% на 66%.

На основу кретања стопа специфичне смртности може се закључити да се здравствено стање у последње четири деценије значајно поправило. Наиме, учешће смртности одојчади у укупном броју умрлих је смањено за око 8 пута, предшколске деце око 10 пута, школске деце и омладине за 3,5 пута, радно активног становништва је мање (са 29% на 22%), док је контингент умрлих преко 65 година повећан за око 2 пута.

Умрли према узроку смрти

Ово је један од поузданих показатеља за процењивање здравственог стања и у последњим деценијама се запажају значајне промене (подаци су дати у Табели 3).

Табела 3. Структура умрлих у проценитима у Србији.

Ред. бр.	Узрок смрти	1975	1985	1990	2005
1.	Болести кардиоваскуларног система	42,7	54,7	54,4	56,9
2.	Неоплазме	12,0	13,5	16,1	15,9
3.	Болести респираторног система	7,1	5,9	5,1	4,0
4.	Повреде	5,9	4,6	5,2	4,4
5.	Болести дигестивног система	2,5	2,7	2,7	2,8
6.	Инфективне болести	2,3	1,2	0,9	1,2
7.	Болести генито-уринарног система	1,9	2,0	1,7	1,6
8.	Ендокрине болести	0,8	1,4	2,3	1,9
9.	Недефинисана стања	20,1	10,0	8,0	6,0

Према показатељима, водеће учешће у структури умрлих имају болести срца и крвних судова. Од 1985. до 1990. године ово учешће је било око 54,5%, а од 1991. до 2005. око 57%.

Учешће малигних неоплазми у структури умрлих, које су на другом месту, повећава се и износи око 16%.

Повреде су на трећем месту са тенденцијом пада, изузев у периоду 1990–1992. година (5,2%, 5,8% и 5,4%), када су у порасту, а од 1993. до 2005. године имају даљу тенденцију пада учешћа у структури умрлих.

Болести респираторног система према узроцима умирања су на четвртом месту (пре двадесет година били су на трећем) са тенденцијом пада учешћа.

Болести дигестивног система (на петом месту) имају благу тенденцију пораста, а болести генито-уринарног система (шесто место) тенденцију пада учешћа. Ендокрине болести су имале велику тенденцију раста у структури умрлих до 1990. године, а од тада благог учешћа (санкције – исхрана), а инфективне болести већу тенденцију пада (испод 1%), да би у периоду санкција њихово учешће у структури умрлих порасло (до 1,2%).

Учешће недефинисаних стања у структури узрока смрти, иако у паду (од 20% на 6%) још је високо.

Учешће осталих оболења и стања (болести нервног система и чула, стања у перинаталном периоду) константно је, са благим порастом, или падом до 1990. године, а од тада са благим порастом учешћа.

У 2005. години у групи кардиоваскуларних узрока умирања подједнако су заступљени мушкарци и жене. Водећа су оболења пулмоналне циркулације (50%, однос мушких и женских 1:1), затим церебро-васкуларна оболења (25%, нешто више жене) и исхемично оболење срца (до 20%, 2:1 у корист мушкараца).

Од малигних неоплазми (око 17.000 умрлих годишње) више умиру мушкарци (58%), а у овој структури водеће су неоплазме дигестивних органа (5.300, 58% мушкарци), малигне неоплазме респираторних органа (4.200, 82% мушкарци), малигне неоплазме генито-уринарних органа (2.600, 59% жене), неоплазме костију и везивног ткива (1.800, 85% жене) и неоплазме лимфатичког ткива (око 900, 60% мушкарци).

Међу узроцима смрти због повреда и тровања (5.000–6.000 годишње) више су заступљени мушкарци (преко 70%).

ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ

Пратећи рад здравствене службе и њено организовање, може се дати реалнија процена потреба и захтева становништва за здравственом заштитом, као и деловање друштва и појединца на унапређењу здравственог стања.

Здравствена заштита становништва, као саставни део друштвене репродукције, непосредно се спроводи преко мреже здравствених установа и битно је условљена развијеношћу организације и технологије рада.

Становништво Србије остварује здравствену заштиту преко низа организационих јединица здравствене службе, почев од месних јединица (амбулантне, здравствене станице, апотеке), у месним заједницама или радним организацијама, па преко општинских (домови здравља), међуопштинских и регионалних (здравствени центри, опште болнице, заводи), све до високо-специјализованих и високосложених републичких институција (специјалне болнице и заводи, институти, клинике, клиничко-болнички центри и клинички центри).

Примарну здравствену заштиту обезбеђује 181 дом здравља (84 самостални, ван здравствених центара). Од тога 116 је у централној Србији, 45 у Војводини и 20 на Косову и Метохији (сви подаци су из 2000. године).

Болничка здравствена заштита обезбеђује се кроз 47 општих болница (40 болница је у саставу здравствених центара). Од тога 33 болнице је у Централној Србији, 9 у Војводини и 5 на Косову и Метохији. Болничка заштита обезбеђује се и преко 16 специјалних болница (9+6+1), углавном бањских лечилишта.

Високо сложену здравствену делатност у Србији обезбеђују 4 клиничка центра (Београд, Нови Сад, Ниш и Крагујевац) и 5 клиничко-болничких центара (4 у Београду и 1 у Приштини). У оквиру ових центара постоји 39 института и 51 клиника.

Поред наведених, у Србији постоји и 17 самосталних института и 54 самостална завода са стационаром у државној својини.

Мрежа хигијенско-епидемиолошких и социјално-медицинских установа покрива територију Србије. Поред 4 института за јавно здравље (Србије, Војводине, Ниша и Крагујевца), постоји 20 завода за јавно здравље (12 у Централној Србији, 7 у Војводини, 1 на Косову и Метохији).

Апотекарска служба (781 апотека у друштвеном сектору) највећим делом је интегрисана кроз постојеће здравствене центре и стационарне здравствене установе (које преко ових, по правилу, врше и медицинско снабдевање).

Према подацима, може се закључити да је мрежа здравствених установа у друштвеном сектору веома богата, како по броју, тако и врстама делатности. У односу на становништво и територију, најразвијенију мрежу здравствених установа има Војводина (равномерно распоређена) и централна Србија (највећа концентрација у Београду), а слабије развијену Косово и Метохија (недовољни кадровски ресурси у већини области медицине).

У последњим годинама нагло се развија и мрежа приватних здравствених установа. Према непотпуним подацима, у 2000. години регистровано је 420 лекарских ординација, 267 стоматолошких ординација и 1.472 аптеke (2.159 приватних установа). Процењује се да тренутно има око 2.600 оваквих установа (према упису у судски регистар), мада се сваке године гаси 50 до 60, а отвара 80 до 100 приватних установа. У овим институцијама концентрисан је значајан кадровски и технички потенцијал, а у аптекама и значајан промет.

У здравственој служби Србије у 2000. години регистровано је 124.314 запослених, од чега 91.556 здравствених радника или 74%. У 1986. години било је запослено 124.800 радника, од чега 86.375 здравствених радника или 69,0%. На основу ових података се може закључити да је значајно побољшана структура запослених у здравству у корист здравствених радника, иако је укупан број запослених смањен за око 500 радника у протеклом десетогодишњем периоду.

У структури здравствених радника (91.556) има 28.545 са високом стручном спремом (1986. године 26.800), од чега око 21.985 лекара, 4.075 стоматолога, 2.016 фармацеута и 1.141 здравствених сарадника. За протекли десетогодишњи период, до 1990. године расте број запослених лекара, стоматолога и фармацеута, а од 1991. до 2000. године опада. Упоређујући 1995. са 2000. годином, број лекара је повећан за 2.185, стоматолога смањен за око 200, а фармацеута за 470.

Истовремено је порастао број здравствених сарадника са високом стручном спремом за 260 извршилаца.

У здравству Србије је запослено око 63.000 медицинских сестара (1986. је било 59.500), од чега 7.500 са вишом стручном спремом.

ЗАКЉУЧАК

За објективну процену здравственог стања становништва потребна је стручна анализа више показатеља у дужем периоду и на већем броју становника на широј територији. Овим анализама треба да се баве професионалци (лекари, демографи, статистичари и др.), а не аматери (дилетанти) као „добошари нове моде“.

У последњим деценијама у светским размерама, па и у Србији, дошло је до крупних промена у демографским кретањима, промени услова под којим становништво живи и ради, оболевању и умирању становништва и здравственој заштити становништва. Све ово је утицало на здравље и живот људи на овој планети – Земљи.

Посматрајући само територију Србије у последњим деценијама, може се закључити следеће:

- Демографска кретања су углавном неповољна: велике миграције, смањивање наталитета, негативни природни прираштај и повећана старост становништва. То је довело и до повећаног умирања, а природа се постарала да је „боље да умре стар и болестан, него млад и здрав“. Миграциона кретања ка Србији, из околних региона бивше Југославије, значајно су поправила неповољне ефекте на ова кретања у Србији.
- Услови у природној средини, иако наружени прљавим технологијама и загађењима, укључујући и намерну радиоактивну контаминацију, знатно су повољнији. Кризе и санкције су довеле

до престанка производње и штетних емисија, као и чистијих вода, ваздуха и земљишта.

- Морбидитет је значајно смањен код заразних болести (младе категорије) и ризичних група (труднице, повреде, социјалне категорије).
- Морталитет се померио на старија годишта (66 година у просеку). Једино је овде тачна констатација да у структури умрлих у Србији највише учествују болести срца и крвних судова (57%), следе малигне болести (16%), те болести респираторног система и повреде.
- Здравствена делатност значајно утиче на регистрацију морбидитета, па се добијају и апсурдни подаци, нпр. да је становништво Београда болесније и више умире (по месту догађаја). Концептација здравствене службе је највећа у градовима, али то не значи да су здравији становници ових насеља.
- Здравије и дуже живи сеоско и панчинско становништво у Србији.

На крају, може се закључити да је здравствено стање становништва у Србији повољно. Сагледавајући све показатеље морбидитета, прво место имају болести дисајних органа (42%), а болести срца и крвних судова (9%) на другом су месту. Остале болести су константне у даљем редоследу учешћа.

Процена здравственог стања становништва је озбиљан посао којим се баве професионалци, а не појединци који у свему траже неку своју сатисфакцију.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравствено-статистички систем (2009), Славко Станојевић, Христо Анђелски; Удружење за развој електронског пословања „eSrbija“, Београд (362 стране, ИСБН 978-86-913227-0-0)
2. Социјална медицина са здравственом статистиком и биоинформатиком (2008), Христо Анђелски, Гордана Арсић Комљеновић; Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић“, Београд (104 стране, ИСБН 978-86-87639-00-3)
3. Здравствено законодавство (2004), Бранивоје Тимотић, Христо Анђелски; Elit – Medica, Београд (188 страна, ИСБН 86-7222-030-7)
4. Социјална медицина (1998), Момир Јањић, Медицински факултет, Крагујевац.
5. Основне новине у политици Светске здравствене организације „Здравље за све у 21. веку“ (1998), Верица Гбурич, Мирјана Марковић, Христо Анђелски, Славољуб Станојевић, Никола Богуновић, Савезни завод за заштиту и унапређење здравља, Београд (28 страна)
6. Велики биолошки часовници (1982), ВМ Дильман, Знание, Москва.
7. Социјална медицина (1978), Никола Богуновић; Будућност, Зрењанин.

Контакт: Прим. докторант сц. мед. Никола Богуновић, Лекарска комора Србије, Београд.

ПОДРШКА РОДИТЕЉИМА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Мирјана Ђорђевић,¹ Марија Цвијетић²

SUPPORTING PARENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Mirjana Đorđević, Marija Cvijetić

Сажетак

Број особа са интелектуалном ометеношћу у улози родитеља се повећао током последњих деценија. Ова тенденција може се приписати променама у схваташњу појма ометености и све већем укључивању особа са интелектуалном ометеношћу у активности које им раније нису биле доступне. Родитељи са интелектуалном ометеношћу суочавају се са бројним проблемима који им отежавају успешно одгајање њихове деце, као што су: мањак родитељских вештина, сиромаштво, присуство психопатологије, недостатак подршке партнера и др.

Циљ рада је да укаже на значај пружања подршке родитељима са интелектуалном ометеношћу, као и на могуће програме интервенције који могу помоћи овим родитељима да буду успешни у одгајању своје деце. Претрагом електронске базе података Конзорцијум библиотеке Србије за обједињену набавку – КоБСОН, прикупљени су и анализирани радови аутора који су обраћивали проблематику пружања подршке родитељима са интелектуалном ометеношћу.

Резултати студија које су проучавале ефикасност интервенција усмерених на унапређење вештина родитељства код особа са интелектуалном ометеношћу показују да уз одговарајућу подршку ове особе могу унапредити своја знања и вештине родитељства. Наводи се и да су социјалне мреже подршке мајкама са интелектуалном ометеношћу углавном сиромашне, а да би њихов развој могао унапредити адекватност бриге коју ове мајке пружају својој деци.

Summary

Number of persons with intellectual disabilities (ID) that are parents has increased during the last decades. This tendency can be explained by changes in understanding of the concept of disability and the growing involvement of people with ID in the activities that earlier were not available for them. Parents with ID face a number of problems that complicate successful rearing of their children: lack of parenting skills, poverty, presence of psychopathology, lack of support from partners etc.

The aim of this paper is to highlight the importance of supporting parents with ID, as well as the possible intervention programs can help these parents to be successful in raising their children. Studies that examined supporting parents with ID were collected and analyzed by researching the electronic data base of KoBSON (Serbian Library Consortium for Coordinated Acquisition).

The results of studies that examined the effectiveness of interventions aimed at improving parenting skills in people with ID show that parents with ID can enhance their knowledge and parenting skills, when receiving appropriate support. It is also alleged that social support network for mothers with ID are mostly poor and that their development could improve the appropriateness of care provided by the mother to her children.

In order to overcome many difficulties that parents with ID face, it is necessary to provide an appropriate support that will help them to be successful in raising their children.

¹ Мирјана Ђорђевић, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.

² Марија Цвијетић, студент мастер студија, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.

У циљу превазилажења бројних *тешкоћа са којима се родитељи са интелектуалном ометеношћу сусрећу*, неопходно је обезбедити им одговарајућу подршку како би били успешни у одгајању своје деце. Адекватна подршка могла би предупредити негативне исходе код деце ових родитеља и променити честу праксу измештања ове деце из њихове биолошке породице.

Кључнеречи: родитељи, интелектуална ометеност, подршка, интервенција.

Adequate support could prevent negative outcomes for children of these parents and change often practice of relocation of these children from their biological families.

Key words: parents, intellectual disability, support, intervention.

УВОД

Број особа са интелектуалном ометеношћу (у даљем тексту ИО) у улози родитеља се повећао током последњих деценија. Ова тенденција може се приписати променама у схватању појма ометености и све већем укључивању особа са ИО у активности које им раније нису биле доступне. Ипак, ставови о заснивању породица и подизању деце од стране особа са ИО нису јединствени. Већина аргумента против родитељства особа са ИО потиче из еугеничког покрета, док се аргументи за право на родитељство ових особа ослањају на декларације о људским правима и филозофију „нормализације“.¹ Конвенција УН о правима особа са ометеношћу усвојена на Генералној скупштини у децембру 2006. године потврђује права ових особа да се венчавају и заснивају прodiце (члан 23 (1)) и предвиђа одговарајућу помоћ особама са ометеношћу у активностима подизања детета (члан 23 (2)).² Бронфенбронерова филозофија „нормализације“, између остalog, предвиђа и деинституционализацију особа са ИО и њихово учествовање у животним активностима попут особа типичне популације, што самим тим отвара и могућности ових особа за заснивање породица, као и подизања сопствене деце.

Ипак, јавили су се бројни проблеми и сумње у вези са способношћу ових особа

да буду адекватни родитељи. Иницијална истраживања су показала да су деца родитеља са ИО под ризиком за занемаривање, развојна кашњења и проблеме у понашању³, као и да постоји висок ризик за одузимање деце овим родитељима.⁴ Студије спроведене у развијеним државама Европе показују да између 30 и 45% родитеља са ИО не живи са својим децом.² Такође, показало се да родитељи са ИО обично имају мањак родитељских вештина, али и друге проблеме, као што су сиромаштво, присуство психопатологије, историја злостављања или тренутно злостављање, недостатак социјалне подршке, што све заједно може неповољно утицати на капацитет родитеља да адекватно подижу децу.⁵ Издвојени су и бројни фактори који могу утицати на успешност родитеља са ИО, а неки од њих су: величина породице, карактеристике супружника, брачни односи, проширена породица, социоекономски фактори, коефицијент интелигенције или ниво тешкоћа у учењу; институционална историја мајке, емоционално и психичко здравље родитеља.¹

Недостатак универзалне дефиниције „доброг родитеља“ често доводи до тога да професионалци доносе субјективне судове о томе да ли је родитељство ових особа доволјно добро.⁶ Овакав вид процене могао би бити неповољан за родитеље са ИО, због предрасуда које имају неки професионалци

о способностима ових родитеља и које би могле да утичу на њихову процену. У једној студији аутори указују на постојање четири „мита“ који се односе на родитеље са тешкоћама у учењу: прво, да ће сваки потомак ових родитеља бити особа са ометеношћу; друго, да ће ови родитељи имати прекомеран број деце; треће, да они неће бити адекватни родитељи и четврто, да они нису у стању да науче адекватне вештине родитељства. Ови митови оповргнути су резултатима бројних истраживања.¹ До промена у односу према родитељству особа са ИО долази са развојем социјалног модела ометености. Према овом моделу, нагласак се премешта са личне компетенције родитеља са ИО за подизање њихове деце, на подршку коју је потребно пружити овим родитељима како би они били успешни у тој улози. Генерално, истраживања показују да су родитељи са ИО хетерогена група, и да показују варијабилност у вештинама родитељства и околностима у којима живе, те је важно обезбедити им подршку у складу са њиховим јединственим потребама.⁷

Међутим, показало се да различити сервиси често нису у могућности да родитељима са ИО пруже адекватну подршку због финансијских ограничења, али и недовољног разумевања индивидуалних потреба родитеља од стране стручњака.⁸ Многи провајдери услуга у овој области наводе да им недостају неопходне вештине, тренинг и самоувереност да ефикасно раде са овим родитељима.⁹ Као отежавајући фактор успешног рада јавља се и пессимизам пружаоца услуга у вези са способностима ових особа да уче и превазиђу тешкоће родитељства.⁹

МЕТОДОЛОГИЈА

Увид у доступну литературу извршен је преко Sciindex-а (Српски цитатни индекс) и КоБСОН-а (Конзорцијум библиотека Србије за обједињену набавку), прегледом електронских база података (*Wiley Interscience, Sage Publishing, Springer, ScienceDirect, EBSCO*).

Приликом претраге коришћене су следеће кључне речи: *parents, intellectual disability, support, intervention*.

Претрага је вршена и према референцама које су пронађене у издвојеним радовима. Обухваћени су радови који су објављени до 2013. године, на енглеском или српском језику, у којима је обрађивана проблематика пружања подршке родитељима са ИО.

ЦИЉ

Циљ рада је да се укаже на значај пружања подршке родитељима са ИО, као и на могуће програме интервенције који могу помоћи овим родитељима да буду успешни у одгајању своје деце.

ПРЕГЛЕД ИСТРАЖИВАЊА

Ране студије у оквиру којих је проучавана проблематика родитељства особа са ИО углавном су резултирале идејом о неадекватности ових родитеља, док су скорашије студије усмерене на оно што особе са ИО могу и на програме којима се могу унапредити њихове родитељске вештине. Ови програми су углавном усмерени на одређене аспекте родитељства као што су: брига о детету, вештине везане за здравље и безбедност, доношење одлука/решавање проблема и тренинг социјалних вештина. Неретко се догађа да се програми подршке родитељима са ИО примењују тек након што се појави развојно заостајање или злостављање и занемаривање код њихове деце.¹

Један од првих прегледа студија које су се бавиле програмима интервенција код родитеља са ИО обухвата 20 студија објављених од 1983. до 1994. године, у којима је учествовало 190 родитеља са ИО, од чега 188 мајки и 2 оца, чији се количник интелигенције кретао између 50 и 79. Предмет истраживања ових студија односио се на процену ефикасности интервенција усмерених на развој вештина родитељства. Тренинзи су се углавном

фокусирали на базичну бригу о детету, безбедност, решавање проблема, позитивне интеракције родитељ–дете и управљање дечјим понашањем. Најчешћи приступ је био бихевиорални (анализа задатка, моделовање, повратна информација, поткрепљење). Три студије у оквиру овог прегледа поредиле су групе са примењеним тренингом и без њега, и пронашле су значајне разлике између група у циљним понашањима родитеља у корист прве групе. Резултати студија у оквиру овог прегледа показују да је највећи део родитеља показао напредак у једној или више вештина. Када је у питању одржавање вештина, што је испитивало 15 студија, побољшања су се задржала код 92% родитеља и за 55% претходно усвојених вештина. Пет студија које су садржале податке о генерализацији проналазе да је генерализација вештина присутна код 14 од 19 родитеља, али за само 21% вештина. Када су упоређене вештине родитељства особа са ИО и особа из типичне популације, чиме се бавило десет студија, није пронађена значајна разлика између резултата, док је таква разлика пре интервенције забележена. У овом прегледу Фелдман закључује да родитељи са ИО, уз одговарајући тренинг, могу да усвоје адекватне вештине родитељства. Он истиче да су интервенције најефикасније када се спроводе код куће (на месту на којем ће бити коришћене), када су усмерене на одређене, конкретне вештине и користе бихевиоралне стратегије подучавања, као што су моделовање, анализа задатака (разлагање комплексних задатака бриге о деци на кораке који се уче појединачно), давање повратне информације и награђивање. Наводи и да родитељи треба да имају много прилика да увежбавају вештине, а да повремени тренинзи одржавања вештине могу бити корисни, нарочито уколико се околности промене или је потребно вештину применити на другачији начин.⁵

У једној студији, која је обухватала 45 родитеља са ИО, од чега 40 мајки и 5 очева, испитивани су ефекти програма

који је био усмерен на унапређење знања ових родитеља у вези са здрављем детета и безбедношћу њиховог дома. Интервенција се састојала од десет лекција које су родитељи савладавали из припремљених брошура уз помоћ едукатора који их је посећивао једном недељно у њиховом дому. Поред групе за интервенцију, постојале су и три контролне групе: група без интервенције, група која је имала брошуре, али не и помоћ едукатора и група којој је едукатор долазио у неформалне посете. Интервенција је довела до напретка способности родитеља да препознају опасности у кући и дошло је до значајног пораста броја мера предострожности које су родитељи применили у дому. Такође, значајно је унапређено препознавање симптома болести, као и знање и вештине потребне за реаговање у животно опасним ситуацијама и како безбедно користити лекове. Сва усвојена знања одржала су се и након три месеца. Овакви ефекти нису запажени код контролних група. Аутори наводе да је ова интервенција била ефикасна без обзира на здравствени статус, писменост и ниво интелигенције родитеља.⁹

Многе мајке са тешкоћама у учењу имају потешкоће у планирању бриге о детету када се потребе детета мењају и када је неопходно наћи алтернативна решења. У истраживању у коме је примењен програм усмерен на унапређење способности доношења одлука код ових мајки, уз коришћење вињета са ситуацијама бриге о деци, пронађено је да мајке са ИО могу да науче и примене основне кораке у процесу доношења одлука.¹

Вејдова и сарадници дају преглед седам студија које су се бавиле ефектима бихевиоралних интервенција усмерених на овлађивање базичним вештинама бриге о деци и њиховом здрављу и безбедности код родитеља са ИО у кућном окружењу. Све студије примениле су стратегије подучавања за које је потврђено да су ефикасне у раду са родитељима са ИО (bihевиоралне

стратегије – анализа задатка, моделовање и понављање увежбавање). У свим студијама тренинг се спроводио у кућним условима, при чему је интервенција била редовна, једном или два пута недељно. Резултати ових студија показују да родитељи са ИО могу да науче одабране вештине родитељства. Већина студија саопштава краткорочно до средњерочног одржавања ових вештина (између једног месеца и једне године), док су налази у вези са генерализацијом били мање конзистентни.⁷

Нешто другачији приступ од претходно наведених користио је Фелдман, који је испитивао ефикасност самоусмереног учења (учења путем самоинструктивних аудитивних и визуелних материјала) у усвајању основних вештина бриге о деци, о њиховом здрављу и безбедности, код родитеља са ИО. У истраживању је учествовало 33 родитеља (30 мајки и три оца), просечне старости 26,3 година, чија деца су била узраста од 2 до 51 месеца (у просеку 9,9 месеци). Ниво усвојености вештина пре интервенције процењен је чек-листом која је садржала списак базичних активности бриге о деци, о њиховом здрављу и безбедности, након чега су родитељи добили материјале за самоинструирајуће учење. За родитеље који су овладали читањем обезбеђени су приручници са slikama и кратким вербалним описима важних корака у обављању сваке одабране активности бриге о деци. Други приручник односио се на безбедност у кући и састојао се од приказа опасних ситуација за дете и правилног поступања у отклањању опасности, док је трећи садржао слике различитих медицинских стања деце на којима је написано „Звати лекара“ или „Звати 911“. За родитеље који не читају, уз сликовне приручнике обезбеђене су и аудио-касете, на којима женски глас лагано чита садржаје написане у сваком приручнику. Након заједничког анализирања приручника и добијања упутства о њиховом коришћењу, од родитеља се очекивало да самостално увежбавају вештине. Родитељи су посећивани једном

недељно у циљу провере њиховог напредовања. Већина родитеља је брзо научила како да користи приручнике и аудио-касете. Процена усвојености вештина извршена је путем опсервације понашања родитеља током активности бриге о детету. Такође је испитана безбедност саме куће, а усвојеност адекватних облика понашања приликом јављања хитних медицинских потреба код деце је процењена кроз разговор са родитељима. Резултати су показали да само два родитеља нису усвојила ниједну вештину, а да је троје родитеља успело да савлада вештине уз додатну помоћ аудио-касете, док им само са приручником то није пошло за руком. Родитељи са ИО су савладали укупно 96% одабраних вештина, а проценат коректног извођења вештине био је у значајној позитивној корелацији са вештином читања родитеља и иницијалним нивоом прихватања материјала. Усвојено понашање се одржало у просеку 7 месеци и већина родитеља је саопштавала да им приручник више није потребан.¹⁰ Наводе се и бројне предности оваквог начина учења, а неке од њих су: јефтино је, лако доступно, повећава независност родитеља са ИО, елиминише потребу за интензивним тренингом од стране специјално обученог едукатора за родитеље. Такође, родитељи могу задржати материјале као трајну помоћ која ће подстаки генерализацију и одржавање вештина, а доживљено искуство успеха може имати позитиван утицај на мотивацију родитеља, њихово самопоуздање и веру у себе.¹⁰

За разлику од већине аутора који се баве интервенцијама „један на један“ код родитеља са ИО, Лаура Хајнц и Петер Грант³ у својој студији испитују ефекте групног програма који је усклађен са потребама учесника и темама које они предложе и фокусиран на групно учење. Као предности групног програма за родитеље наводи се то што они не само да потпомажу усвајање вештина родитељства, већ и омогућују учесницима да се социјализују и учествују у дискусијама са другим родитељима ван

свог кућног окружења.³ Њихов програм, под називом Родитељи заувек (*Parents Forever*), подразумева да у супортивном (удобном) окружењу водитељи уче родитеље вештинама родитељства. У овом програму учествовало је 34 родитеља са ИО, којима је био обезбеђен транспорт до места где су се тренинзи одржавали, брига о њиховој деци за време тренинга, храна и пиће током пауза и др. У улози водитеља биле су медицинске сестре и социјални радници, који су пре почетка програма имали обуку о раду са овим родитељима и били им доступни за помоћ током целе недеље. Резултати показују да су родитељи успели да науче вештине родитељства и бриге о себи. Поред тога, овај програм је био успешан у привлачењу и задржавању родитеља што је у супротности са налазима многих других студијама.

Када су у питању фактори који утичу на могућност усвајања вештина код родитеља са ИО, резултати студија су показали да мајке које спорије напредују у усвајању вештина или их слабо одржавају углавном имају додатне проблеме као што су депресија, алкохолизам, проблеми физичког здравља, недостатак подршке партнера, хаотична ситуација у кући, или њихови партнери имају проблеме са менталним здрављем.⁷ Упоредо са истраживањима која су имала за циљ да испитају могућности унапређења вештина родитељства код особа са ИО, повећава се и број студија чији су аутори усмерили своју пажњу на мреже друштвене подршке мајкама са ИО, под претпоставком да оне могу бити од значаја за успешније одгајање њихове деце.

У једној од њих Крос је са сарадницима испитивао социјалне мреже подршке 15 мајки са ИО, при чему се показало да је просечан број контаката мањи од седам по мајци. Аутори закључују да је тај број значајно мањи него у општој популацији. Само једна трећина мајки имала је бар једног пријатеља.¹¹

У још једном истраживању, са сличном проблематиком, узорак је чинило 17 мајки деце предшколског узраста. Подаци су прикупљени применом интервјуа у коме су мајке саопштавале о томе ко чини њихове социјалне мреже. Резултати показују да мајке са ИО које живе саме у заједници имају релативно оскудну мрежу подршке, њихове везе су краткотрајне, а једна од четири мајке нема ниједног пријатеља или комшију који за њу представља подршку. Породица је најважнији извор подршке за ове мајке, док су провајдери сервиса друга највећа група веза подршке, али те везе су кратког века и карактеришу их слаби контакти.¹²

Овакви резултати додатно добијају на значају ако се имају у виду студије у којима је пронађена значајна веза између стреса код мајки и социјалне подршке коју добијају.²

Група канадских аутора у истраживању које је обухватило 32 мајке са ИО, чија су деца узраста од две до тринаест година, налази да у просеку ове мајке имају значајно лошије ментално и физичко здравље у поређењу са нормама типичне популације. Такође, резултати ове студије показују да постоји значајна веза између стреса мајке и стила родитељства, као и проблематичног понашања њихове деце. Добијена је и статистички значајна негативна корелација између мајчиног стреса и позитивног родитељства – виши стрес повезан са мање позитивним, а више хостилним или недоследним стилом родитељства.¹³

У прегледу студија које су се бавиле психолошким благостањем родитеља са ИО и социјалном подршком коју ове родитељи имају, анализирано је укупно осам студија, објављених од 1989. до 2009. године. Аутори проналазе да родитељи са ИО саопштавају мање психичко благостање него родитељи из типичне популације, а утврђена је и веза између психолошког благостања и социјалне подршке коју родитељи добијају.⁶

Поједине студије, чији је предмет био родитељство особа са ИО, имале су за

циљ идентификовање фактора ризика у вези са родитељством особа са ИО. У једној од њих учествовао је 101 родитељ са ИО, са укупно сто седамдесет двоје деце. Резултати ове студије указују на то да постоје четири доминантна елемента која су значајно повезана са високим ризиком за потенцијално лош третман детета и која су разликовања родитеље „високог ризика“ са ИО од родитеља „ниског ризика“ са ИО. Висок ризик је повезан са мајкама које су: имале трауму у детињству (емоционално или физичко злостављање), имају додатне тешкоће поред ИО (физички или сензорни дефицит) и које су имале дете са ометеношћу. Повећан ризик за неадекватан третман детета повезан је са партнерима мајки када они немају ИО или када имају историју криминалних активности и/или антисоцијалног понашања (укључујући сексуалне прекршаје, насиље у породици и злоупотребу супстанци).¹⁴

У литератури се наводи неколико битних разлика између родитеља типичне популације и родитеља са ИО, који могу допринети већим тешкоћама родитеља са ИО приликом одгајања деце. Наводи се да родитељи са ИО често немају приступ могућностима да уче, што је родитељима типичне популације гарантовано. Такође, већина родитеља просечних интелектуалних способности је била изложена позитивним примерима родитељства, што није случај са многим родитељима са ИО, нарочито онима који су одрасли у институцијама. Већина родитеља без ИО има приступ популарној литератури и едукативним материјалима о трудноћи и родитељству, док родитељи са ИО имају потешкоће у разумевању и примени знања из те литературе. Поред тога, већина родитеља типичне популације има мрежу особа на које могу да рачунају, за практичну помоћ и саветовање, док родитељи са ИО имају слабије развијене мреже подршке.^{2, 11, 12} Све наведене околности могле би отежавати особама са ИО успешно преузимање и испуњавање улоге родитеља.

Када је реч о различitim врстама подршке мајкама са ИО, поједини аутори истичу да постоје две врсте подршке: прва која је усмерена на унапређење компетенција мајке и која оснажује њихов осећај компетентности, а уједно и истиче значај њихове улоге у животу детета (*competence-promoting*); друга врста подршке је она која инхибира компетентност мајке, критичка је, претпоставља мајчину инкомпетенцију, појачава осећање неадекватности код мајки и подрива њихову независност (*competence-inhibiting*).¹¹

Фелдман истиче да многи програми подршке породици и ране интервенције нису припремљени за интензивно и дуготрајно пружање подршке, што ове породице захтевају. Показало се да едукатори обично немају широк спектар знања и вештина потребних за ефикасно обављање послова едукатора за родитеље. Ове компетенције укључују знања о развоју детета, здрављу, безбедности и храњењу, као и о ефикасним методама подучавања одраслих особа са когнитивним ограничењима.¹⁰ Стога признати стручњаци у овој области наводе низ принципа које особље које пружа подршку родитељима са ИО мора поштовати, како би њихов рад био ефикасан. У те принципе спадају: рад на основу разумевања самих родитеља о њиховој ситуацији, о њиховим приоритетима и преокупацијама; узимање у обзир контекста у коме живе, рад на малим циљевима, фокусирање на оно што родитељи могу и вредновање њихових вештина.⁸

У близкој вези са налазима и тумачењима Фелдмана су и резултати националне студије у Немачкој, у којој се показало да пропорционално више млађе деце живи са својим биолошким родитељима са ИО у односу на старију децу. Аутор ове студије наводи могућност да се родитељи старије деце сусрећу са више тешкоћа, али и да је професионална помоћ усмерена првенствено ка родитељима млађе деце (програми тренинга се углавном баве

вештинама као што су хигијенске навике и стимулација језичког развоја), док се често не излази у сусрет потребама родитеља старије деце, које произилазе из промена као што су полазак детета у школу или улазак у пубертет.¹⁵

ЗАКЉУЧАК

Истраживања која су проучавала ефикасност интервенција усмерених на унапређење вештина родитељства особа са ИО указују на генерално позитивне налазе.^{10, 1, 9, 7} Ове студије потврђују ефикасност интервенција за усвајање и одржавање различитих знања и вештина родитељства као што су: базичне активности бриге о деци (купање, мењање пелена, храњење), здравље и безбедност у кући, интеракција родитеља и детета, доношење одлука управљање понашањем детета и др.

Као најуспешније интервенције наводе се индивидуални бихевиорални програми, али су позитивни ефекти пронађени и приликом примене групних интервенција³, као и путем самоусмереног учења.¹⁰

Резултати истраживања показују да су мајке са ИО често социјално изоловане или да имају веома сиромашне мреже социјалне подршке, које су углавном ограничено на чланове њихове породице.^{11, 12} Овај налаз је

веома важан с обзиром на пронађене значајне везе између оскудне мреже социјалне подршке и стреса код мајки, као и везе између стреса код мајки и проблема у понашању детета. Све наведено указује на закључак да би пружање социјалне подршке могло да буде важно у унапређењу адекватности бриге коју мајке са ИО пружају својој деци.

Идентификовани су и бројни фактори који особама са ИО отежавају успешно играње улоге родитеља: проблеми физичког и психичког здравља, недостатак подршке партнера, партнер са проблемом менталног здравља, емоционално или физичко злостављање у детињству, недостатак позитивних примера родитељства, недоступност или неразумевање едукативне литературе о родитељству и др.

У циљу превазилажења бројних тешкоћа са којима се родитељи са ИО сусрећу, неопходно је обезбедити им одговарајућу подршку како би били успешни у одгајању своје деце. Такође, веома је важно да стручњаци који пружају подршку буду осетљиви на индивидуалне потребе сваког од родитеља и оспособљени да на те различите потребе одговоре. Адекватна подршка могла би предупредити негативне исходе код деце родитеља са ИО и променити честу праксу измештање ове деце из њихове биолошке породице.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sheerin F: Parents with learning difficulties: a review of literature. *J Adv Nurs* 1998; 28(1): 126–133.
2. IASSID Special Interest Research Group on Parents and Parenting with Intellectual Disabilities: Parents labelled with intellectual disability: position of the IASSID SIRG on parents and parenting with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellectl Disabil* 2008; 21(4): 296–307.
3. Heinz L, Grant P: A process evaluation of a parenting group for parents with intellectual disabilities. *Eval Program Plann* 2003; 26(3): 263–274.
4. Booth T: Parents with learning difficulties, child protection and the courts. *Representing Children* 2000; 13(3): 175 – 188.
5. Feldman M: Parenting education for parents with intellectual disabilities: a review of outcome studies. *Res Develop Disabil* 1994; 15(4): 299–332.

6. Darbyshire L, Kroese B: Psychological well-being and social support for parents with intellectual disabilities: risk factors and interventions. *J Pol Pract Intellect Disabil* 2012; 9(1): 40–52.
7. Wade C, Llewellyn G, Matthews J: Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil* 2008; 21(4): 351–366.
8. Clayton O, Chester A, Mildon R, Matthews J: Practitioners who work with parents with intellectual disability: stress, coping and training Needs. *J Appl Res Intellect Disabil* 2008; 21(4): 367–376.
9. Llewellyn G, McConnell D, Honey A, Mayes R, Russo D: Promoting health and home safety for children of parents with intellectual disability: a randomized controlled trial. *Res Develop Disabil* 2003; 24(6): 405–431.
10. Feldman M: Self-Directed Learning of Child-Care Skills by Parents With Intellectual Disabilities. *Infants and Young Children* 2004; 1(17); 17–31.
11. Kroese SB, Hussein H, Clifford C, Ahmed N: Social support networks and psychological well-being of mothers with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2002; 15(4): 324–340.
12. Llewellyn G, McConnell D: Mothers with learning difficulties and their support networks. *J Intellect Disabil Res* 2002; 46(1): 17–34.
13. Aunos M, Feldman M, Goupil G: Mothering with intellectual disabilities: relationship between social support, health and well-being, parenting and child behaviour outcomes. *J Appl Res Intellect Disabil* 2008; 21(4): 320–330.
14. McGaw S, Scully T, Pritchard C: Predicting the unpredictable? Identifying high-risk versus low-risk parents with intellectual disabilities. *Child Abuse & Neglect* 2010; 34(9): 699–710.
15. Pixa-Kettner U: Parenting with intellectual disability in Germany: results of a new nationwide study. *J Appl Res Intell Disabil* 2008; 21(4): 315–319.

Контакт: Мирјана Ђорђевић, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Високог Стевана 2, Београд; e-mail: mira.djordjevic81@gmail.com

ПРЕТХОДНИ ПРЕЛОМИ КАО ПРЕДИКТОРИ НАСТАНКА ОСТЕОПОРОЗЕ

Јелена Звекић Сворцан,¹ Јелена Васић,² Кармела Филиповић,³
Тања Јанковић,⁴ Јелена Еlez,⁵ Филип Гојковић⁶

PREVIOUS FRACTURES AS A PREDICTOR OF OSTEOPOROSIS DEVELOPMENT

Jelena Zvekić Svorcan, Jelena Vasić, Karmela Filipović, Tanja Janković, Jelena Elez, Filip Gojković

Сажетак

Увод: Фрактуре су најчешће први знак остеопорозе.

Циљ: Одредити значај претрпљених прелома као предиктора остеопорозе.

Материјал и методе: Проспективном анализом је обухваћено 2.328 пацијената, спајањем две „Бонлинк“ базе података. Обе „Бонлинк“ базе потичу из референтних остеодензитометријских центара у Србији, једна из Специјалне болнице за реуматске болести Нови Сад, а друга из Завода за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“ из Београда. Свим пацијентима је мерена минерална коштана густина (BMD) на лумбалном делу кичме и на куку. Резултати су интерпретирани према важећој дефиницији остеопорозе. Такође, сви пацијенти су били испитивани о претходно претрпљеним преломима на малу трауму и/или су прегледани радиографски налази у оквиру приложене медицинске документације. У статистичкој анализи коришћене су дескриптивна статистика, мере централне тенденције и χ^2 тест.

Summary

Introduction: Fractures are often the first sign of osteoporosis.

Aim: To establish importance of previous fractures as a predictor of osteoporosis.

Material And Methods: The prospective analysis encompassed 2328 patients by merging two „Bonlink“ databases from two reference osteodensitometric centers in Serbia: one from Special Hospital for Rheumatic Diseases Novi Sad and other from Railway Healthcare Center, Belgrade. All patients had their bone mineral density (BMD) measured at the lumbar spine and at the hip. Results were interpreted according to the valid definition of osteoporosis. All patients were questioned regarding previous low-trauma fractures and/or their radiographic findings were observed from medical documentation. In statistical analysis, descriptive statistics, central tendency measures, and chi-square test were used.

¹ Асист. mr сп. мед. др Јелена Звекић Сворцан, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Специјална болница за реуматске болести Нови Сад, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду.

² Др Јелена Васић, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“ Београд.

³ Асист. mr сп. мед. др Кармела Филиповић, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Специјална болница за реуматске болести Нови Сад, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду.

⁴ Прим. др Тања Јанковић, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, субспецијалиста реуматолог, Специјална болница за реуматске болести Нови Сад.

⁵ Др Јелена Еlez, специјалиста интерне медицине, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“ Београд.

⁶ Др Филип Гојковић, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“ Београд.

Резултати: 97% су чиниле жене, а 3% мушкираци, просечне старосне доби $64,39 \pm 8,84$ године. Према Т скору кука и лумбалног дела кичме, највећи број пацијената је имао BMD на нивоу остеопеније и остеопорозе. Од свих испитаника, њих 31% је имало ниско-енергетски прелом. Посматрајући разлике између испитаника са различитим Т скором на куку и ниско-енергетских прелома ($\chi^2 = 60,19; p = 0,00$) и разлике међу испитаницима са различитим Т скором на лумбалном делу кичме и ниско-енергетских прелома ($\chi^2 = 31,89; p = 0,00$), резултат указује да постоји статистичка разлика међу испитаницима са остеопенијом/остеопорозом и оних са уредним налазом Т скора по питању претходно претрпљених прелома на малу трауму ($p < 0,01$).

Закључак: Ниско-енергетски преломи су важан предиктор остеопорозе. Стога веома је важна рана дијагноза остеопорозе, пре настанка првог прелома.

Кључне речи: преломи, предиктори, минерална коштана густина

УВОД

Светска здравствена организација (СЗО) је 1994. године дала дефиницију остеопорозе на основу студија током којих су испитиване жене различитих година. Мерена је минерална коштана густина двоструком X-зрачном апсортционетријом и добијене вредности су изражаване у апсолутним бројевима (g/cm^2), а потом је остеопороза дефинисана у СД тј. Т скору. СЗО је Т скор као граничну вредност поставила – 2,5 СД. Ризик за преломе се повећава отприлике двоструко за сваку СД која је испод референтне вредности.^(1, 2)

Такође, Национални институт за здравље (National Institute of Health – NIH), као један од најпознатијих светских истраживачких центара, дефинише остеопорозу као скелетни поремећај ниске коштане снаге и повећаног ризика од фрактура.⁽³⁾

Results: 97% of patients were women and 3% were men, with average 64.39 ± 8.84 years of age. According to the T score of the hip and the lumbar spine, most patients had their BMD on the osteopenia and osteoporosis level. From all subjects, 31% had low energy fractures. Regarding differences between subjects with different T score at the hip and low energy fractures ($\chi^2 = 60,19; p = 0,00$) and differences between subjects with different T score at the lumbar spine and low energy fractures ($\chi^2 = 31,89; p = 0,00$) there was statistical difference between subjects with osteopenia/osteoporosis and those with regular T score results regarding previous low-trauma fractures ($p < 0,01$).

Conclusion: Low energy fractures are important predictor of osteoporosis. Therefore early diagnosis of osteoporosis is of utmost importance, before the first fracture occurs.

Key Words: fractures, predictors, bone mineral density.

Последица остеопорозе су фрактуре, тако да ће свака друга жена и сваки пети мушкирац старости 50 и више година добити прелом кости, а 20% жена ће добити нову фрактуру у току прве године после претходног прелома.⁽⁴⁾

Особе које су имале прелом имају повећан ризик од настанка нових прелома. Најзаступљенији су преломи подлактице и вертебрални преломи, који су често само „претходница“ прелома кука. Свака фрактура повећава ризик за нову фрактуру и то за вертебралну 4,4 пута, а за прелом кука 2,4 пута.^(5, 6, 7)

Остеопоротични преломи поред бола могу довести до ограничено функционалне способности, инвалидитета и ране смртности. Зато је код оваквих пациентата потребна рана дијагноза, пре настанка првог прелома, како би се уз правовремено лечење превенирао наредни прелом, а самим тим морбидитет, морталитет и побољшао квалитет живота.⁽⁸⁾

ЦИЉ

Одредити значај претрпљених прелома на малу трауму као фактора ризика за настанак остеопорозе.

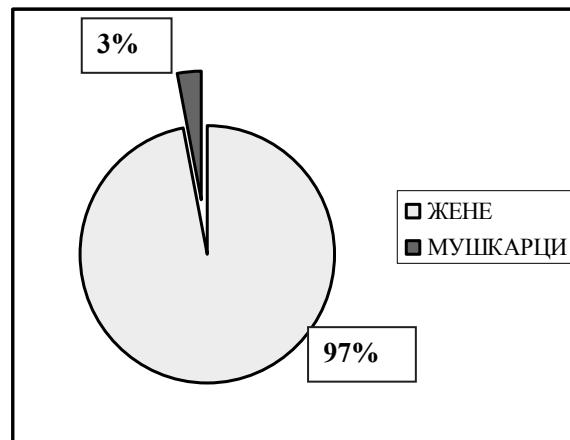
МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Проспективном анализом је обухваћено 2.328 пацијената и то спајањем две базе података „Бонлинк“, који представља помоћ лекарима у свакодневној пракси за унос, обраду и анализу података пацијената којима је рађен остеодензитометријски преглед. Оба „Бонлинк“ програма потичу из референтних остеодензитометријских центара у Србији, један из Специјалне болнице за реуматске болести у Новом Саду, а други из Завода за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“ из Београда. Оба референтна центра у Србији су се држала истог протокола истраживања. Наиме, у испитивању су били укључени пацијенти оба пола, различите старосне доби и свима је рађен остеодензитометријски налаз на куку и на лумбалном делу кичме. Мерена је минерална коштана густина која је изражена у апсолутним вредностима (g/cm^2) и у виду Т скора. Резултати остеодензитометријског прегледа су интерпретирани према важећој дефиницији остеопорозе. Такође, сви пацијенти су испитивани о претходно претрпљеним преломима на малу трауму и/или су прегледани радиографски налази у оквиру приложене медицинске документације. У статистичкој анализи кориштена је дескриптивна статистика, мере централне тенденције и χ^2 тест.

РЕЗУЛТАТИ

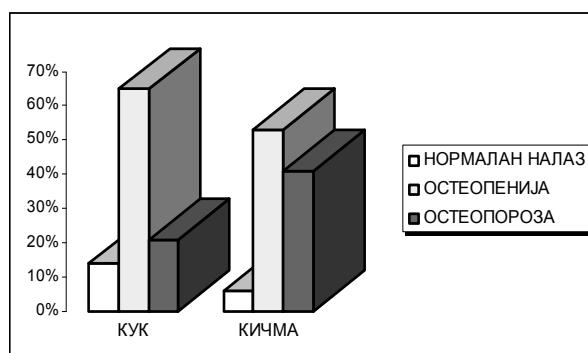
Од свих испитаника највећи број су чиниле жене 97% (2.255/2.328), а само 3% (73/2.328) мушкарци, просечне старосне доби $64,39 \pm 8,84$ година, што је приказано графиконом 1.

Графикон 1. Полна структура испитаника.



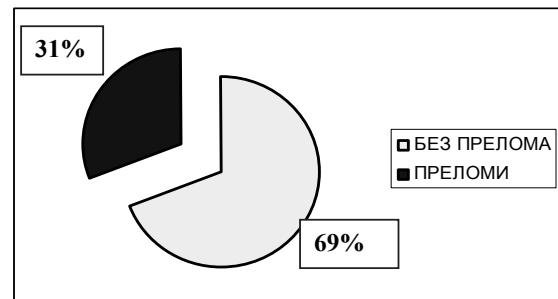
Највећи број пацијената је имао Т скор на нивоу остеопеније, како на куку (65%), тако и на кичми (53%), док је нешто већи проценат Т скора на нивоу остеопорозе био на кичми (41%), него на куку (21%), што је приказано на графикону 2.

Графикон 2. Налаз Т скора на куку и лумбалном делу кичме.



Претходно претрпљени преломи на малу трауму као ризико фактор су били присутни код 31% испитаника, што је приказано графиконом 3.

Графикон 3. Учесталост прелома.



Посматрајући разлике између испитаника са различитим Т скором на куку и претходних прелома ($\chi^2 = 60,19$; $p = 0,00$), уочава се статистичка разлика међу испитаницима са остеопенијом/остеопорозом и оних са уредним налазом Т скора по питању претходних прелома ($p < 0,01$), што је презентовано у табели 1.

Табела 1. Однос претходних прелома и Т скора на куку.

Претходни преломи	Т скор кука			Тотал (Σ)
	Остеопороза	Остеопенија	Нормалан налаз	
Да	Фреквенција	213	455	726
	Процент	29,3%	62,7%	8,0% 100,0%
Не	Фреквенција	281	1055	266 1602
	Процент	17,5%	65,9%	16,6% 100,0%
Тотал (Σ)	Фреквенција	494	1510	324 2328
	Процент	21,2%	64,9%	13,9% 100,0%

Посматрајући разлике између испитаника са различитим Т скором на лумбалном делу кичме и претходних прелома ($\chi^2 = 31,89$; $p = 0,00$), уочава се статистичка разлика међу испитаницима са остеопенијом/остеопорозом и оних са уредним налазом Т скора по питању претходних прелома ($p < 0,01$), што је презентовано у табели 2.

Табела 2. Однос претходних прелома и Т скора на лумбалном делу кичме.

Претходни преломи	Т скор кичме			Тотал (Σ)
	Остеопороза	Остеопенија	Нормалан налаз	
Да	Фреквенција	363	331	32 726
	Процент	50,0%	45,6%	4,4% 100,0%
Не	Фреквенција	603	898	101 1602
	Процент	37,6%	56,1%	6,3% 100,0%
Тотал (Σ)	Фреквенција	966	1229	133 2328
	Процент	41,5%	52,8%	5,7% 100,0%

ДИСКУСИЈА

Дијагноза остеопорозе се генерално базира на мерењу минералне коштане густине двоструком Х-зрачном апсорциометријом. Претрпљени преломи на малу трауму су јак предиктор остеопорозе и даљих прелома, тако да 20% болесника доживљава други прелом у првој години након претрпљеног првог прелома.^(9, 10)

У нашој студији је било далеко више жена него мушкараца и већина пацијената је имала минералну коштану густину на нивоу остеопеније и остеопорозе.

Bonnick 2006. године у свом раду анализира факторе ризика за настанак остеопорозе, као значајног узрока морбидитета и морталитета како код жена тако и код мушкараца. У закључку свог истраживања наводи да су два најзначајнија независна фактора ризика за настанак вертебралних и невертебралних фрактура: повећање година старости и нижа минерална коштана густина.⁽¹¹⁾ Сличне резултате су добили и други аутори у својим радовима.^(12, 13, 14)

У нашем раду код 31% испитаника забележено је да су већ имали претрпљен прелом на малу трауму, што је важан независни фактор ризика за настанак нових остеопоротичних прелома.

У том контексту је Kanis 2005. године објавио рад у коме наводи да се дијагноза остеопорозе базира на мерењу густине коштију, а процену ризика за настанак прелома треба разликовати од дијагнозе остеопорозе, тако што ће се узети у разматрање независне вредности клиничких фактора ризика. Оне укључују старосну доб, претходно претрпљене преломе, историју прелома кука код родитеља, пушење, употребу кортикоステроида, прекомерно конзумирање алкохола и реуматоидни артритис. Независни допринос ових фактора ризика може да се интегрише прорачуном и да се да вероватноћа настанка прелома са или без посматране минералне коштане густине.⁽¹⁵⁾

Woltman и Den Hoed пре три године су процењивали учсталост остеопорозе код пацијената који су имали прелом на малу трауму. У резултатима су добили да је учсталост остеопорозе код пацијената са ниском енергетском фрактуром била висока (46,4%), а скоро сви испитаници (96%) имали су остеопоротични прелом након 50. године живота и сви су били ниже телесне тежине. Најчешћи је био прелом кука (34%), а затим хумеруса (20,1%). На основу добијених резултата закључак је био да је неопходан скрининг програм за остеопорозу и да он треба да је део сваког трауматолошког одељења.⁽¹⁶⁾

Анализом података из наше студије утврђено је да постоји статистичка разлика међу испитаницима који имају остеопорозу/остеопенију и оних са уредним налазом Т скора како на куку, тако и на лумбалном делу кичме, по питању претходно претрпљених прелома на малу трауму.

Испитивањем повезаности ниских енергетских прелома и ниске минералне коштане густине, испитиване су 3.030 жене старосне доби од 55 до 75 година које су имале новодијагностиковане ниско-енергетске преломе и којима је рађен остеодензитометријски преглед на куку, лумбалном делу кичме и на подлактици. Половина испитаница је имала бар један претходни прелом, 19% је имало два, а 6% је имало три или више већ претрпљених прелома. Пацијенткиње са преломом кука или пршиљенова су имале нижу минералну коштану густину и имале су више претходних прелома него пациенткиње са преломом подлактице или хумеруса. Такође, постоји негативна корелација између броја прелома и минералне коштане густине. Вертебралне фрактуре су биле најјачи маркер ниске БМД, а подлакта најслабији. Број претходних прелома је корисна информација за проналажење пацијената са остеопорозом. Свеобухватни закључак студије је био да је скрининг испитивање на остеопорозу оправдано код свих жена старије животне доби са скрашњим ниско-енергетским преломом, а највећи приоритет се даје онима са вертебралним преломима, куком или вишетруким преломима.⁽¹⁷⁾

Посматрајући повезаност минералне коштане густине, претрпљених прелома и нивоа витамина Д, Васић Ј. и сар. су спровели истраживање на 180 постменопаузалних жена, просечне старосне доби 62 године. Скоро код свих испитаница је нађен снижен ниво витамина Д (92,22%). Ниво витамина Д је био ниже вредности код испитаница са преломима, посебно вертебралним и код оних које су биле старије животне доби.⁽¹⁸⁾

У Кореји је спроведено праћење у трајању од $46,3 \pm 2,2$ месеца на великом узорку од 9.351 испитаника (4.732 мушкараца и 4.619 жена) старосне доби од 40 до 69 година. Повезаност са фрактурним ризиком код оба пола показали су: старија животна доб, нижи индекс телесне масе и претходно претрпљене фрактуре.⁽¹⁹⁾

Анализирајући само једну базу података, а која је саставни део овог рада, резултати се практично подударају. Наиме, испитивање је рађено у Специјалној болници за реуматске болести у Новом Саду, где је у остеодензитометријском кабинету прегледано 1.323 пацијента оба пола, старосне доби $64,2 \pm 9,04$ година. Већина испитаница је имала минералну коштану густину на нивоу остеопорозе и остеопеније и код 25,5% испитаница су забележени претходни преломи на малу трауму. Посматрајући разлике између испитаница са различитим Т скромом на куку и претходних прелома ($\chi^2 = 50,21$, $p = 0,00$), Т скромом на лумбалном делу кичме и претходно претрпљених прелома ($\chi^2 = 57,02$, $p = 0,00$) што указује да постоји статистичка разлика међу испитаницима са остеопенијом/остеопорозом и оних са уредним налазом Т скора по питању претходних прелома.⁽²⁰⁾

У три болнице у Онтарију, Канада, анализирало је 2.694 пацијената који су имали прелом, од чега је издвојено 228 болесника (8,4%) који су имали прелом на малу трауму, а од тога њих 56,1% је пристало да учествује у студији, а од испитиваног узорка 18,5% су биле жене у менопаузи и имале су већ раније дијагностиковану остеопорозу. У узорку пацијената са претрпљеним преломом на малу трауму, мање од 20% су даље адекватно праћени и лечени. Пошто претходна фрактура значајно повећава ризик за настанак будућих прелома, то је јесан недостатак.⁽²¹⁾

Како је први прелом јак предиктор наредних остеопоротичних прелома, неопходно је развити програме за повећање свести о остеопорози за здравствене раднике свих нивоа здравствене заштите и ширу популацију, чиме би се смањио морталитет, морбидитет и повећао квалитет живота.

ЗАКЉУЧАК

Смањена минерална коштана густина је најбољи прогностички фактор за будући остеопоротични прелом, а не мање важан је већ присутно постојање прелома на малу трауму. Стога, веома је важна рана дијагноза остеопорозе, пре настанка првог прелома.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Assesment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: technical report series 843. Geneva: WHO,1994.
2. Cummings SR, Bates D, Black DM. Clinical use of bone densitometry: Scientific review. JAMA 2001; 288(15): 1889–97.
3. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001; 285(6): 785–95.
4. National Osteoporosis Foundation (NOF) Fast Fact. At : <http://www.nof.osteoporosis/diseasefacts.htm>.Accessed January 2007.
5. Dontas IA, Yiannakopoulos CK. Risk factors and prevention of osteoporosis-related fractures. J Musculoskelet Neuronal Interact 2007; 7(3): 268–272.
6. Hossian M, Hog MF, Fatima N, Laskor MH, Emran MA. Colles' Fracture - is it a Signal of Osteoporosis? Mymensingh Med J 2011; 20(4): 734–7.
7. Roux C, Fechtenbaum J, Kolta S, Briot K, Girard M. Mild prevalent and incident vertebral fractures are risk factors for new fractures. Osteoporos Int 2007; 18(12): 1617–24.
8. Calin A, De Filippis L, Bagnato GL, Bagnato GF. Osteoporotic fractures: mortality and quality of life. Panminerva Med 2007; 49(1): 21–7.
9. Reginster JY, Burlet N. Osteoporosis: A still increasing prevalence. Bone 2006; 38(2): 4–9.
10. Lentle B, Worsley D. Osteoporosis redux. JNM 2006; 47: 1945–1959.
11. Bonnick SL. Osteoporosis in men and women. Clin Cornerstone 2006; 8(1): 28 – 39.
12. Srivastava M, Deal C. Osteoporosis in eldery: prevention and treatment. Clin Geriatr Med 2002; 18(3): 529–556.
13. Gourlay ML, Fine JP, Preisser JS, May RC, Li C, Lui LY et al. Bone-density testing interval and transition to osteoporosis in older women. N Engl J Med 2012; 366(3): 225–33.
14. Јанковић Т, Звекић-Сворџан Ј, Лазаревић М, Ердељан Б, Стојковић С. Учесталост и локализација остеопоротичних прелома у односу на животно доба болесника – резултати „Бонлинк“ програма. Acta Rheumatologica Belgradensis 2011; 41(1): 124.
15. Kanis JA, Borgstrom F, De Laet C, Johansson H, Johnell O, Jonsson B et al. Assessment of fracture risk. Osteoporosis International 2005; 16(6): 581–589.
16. Wolzman K, den Hoed PT. Osteoporosis in patients with a low-energy fracture: 3 years of screening in an osteoporosis outpatients clinic. J Trauma 2010; 69(1): 169–73.

17. Lofman O, Hallberg I, Berglund K, Wahlstrom O, Kartous L, Rosenqvist AM et al. Women with low-energy fracture should be investigated for osteoporosis. *Acta Orthop* 2007; 78(6): 813–21.
18. Васић Ј, Ђулафић Војиновић В, Гојковић Ф, Елез Ј, Звекић-Сворџан Ј, Никчевић Љ. Ниво витамина Д код постменопаузалних жена са сниженом минералном коштаном густином и преломима. Трећи Конгрес физијатара Црне Горе са међународним учешћем, Игало 4–7. април 2013; 153–158.
19. Lee SH, Khang YH, Lim KH, Kim BJ, Koh JM, Kim GS et al. Clinical risk factors for osteoporotic fracture: a population-based prospective cohort study in Korea. *J Bone Miner Res* 2010; 25(2): 369–78.
20. Zvekic-Svorcan J, Filipovic K, Jankovic T, Lazarevic M, Subin-Teodosijevic S, Tot-Veres K. Previous fracture as a risk factor in development of osteoporosis. European Congress on Osteoporosis and Osteoarthritis. Rome, Italy 17 – 20. April 2013. *Osteoporosis International* 2013; 24(1): 126–127.
21. Hajcsar EE, Hawker G, Bogoch ER. Investigation and treatment of osteoporosis in patients with fragility fracture. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 163(7): 819–822.

Контакт: Асист. mr сц. мед. др Јелена Звекић Сворџан, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације, Специјална болница за реуматске болести, Футошка 68, Нови Сад, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду, e-mail: zvekic.svorcan@gmail.com

ЗДРАВСТВЕНИ АСПЕКТИ ТЕХНИЧКОГ ОКРУЖЕЊА САВРЕМЕНОГ ЧОВЕКА

Радоје Јевтић¹, Драгана Јевтић², Јован Ничковић³, Вања Ничковић⁴

HEALTH ASPECTS OF TECHNICAL ENVIRONMENT OF MODERN MAN

Radoje Jevtić, Dragana Jevtić, Jovan Ničković, Vanja Ničković

Сажетак

Напредак науке и технике довео је до тога да су савременом човеку доступна многа средства која му знатно олакшавају живот у финансијском, временском и енергетском смислу. Поред мобилног телефона, лаптопа, платних картица, уређаја за навигацију, интернета, Скайпа и Фејсбука, постоји још много тога што представља користан производ данашње научно-технолошке револуције. Међутим, много тога што данашњи живот чини лакшим, интересантнијим и економичнијим, има и своје негативне последице које често падају у сенку када се истиче корисност, употребљивост и сврха њихове технолошке моћи.

Циљ овог рада је да, упућујући на релевантне и реалне чињенице, мерења и истраживања, укаже на те могуће последице, првенствено када су у питању мобилни телефон и лаптоп.

Кључне речи: електромагнетно зрачење, бука, здравље, стандард.

Summary

Progress of science and technology has led to the fact that the modern man are many resources available that it makes life easier in the financial, time and energy terms. In addition to mobile phones, laptops, credit cards, navigation devices and the Internet, Skype, and Facebook, there is much that is useful product – today's scientific and technological revolution. However, much of what today's life easier, more interesting and more economical has its negative consequences often fall into the shadows when highlights the usefulness, usability and purpose of their technological power.

The aim of this work is that by referring to relevant and real facts, measurements and research, to point out the possible consequences, especially when it comes to mobile phones and laptops.

Key words : electromagnetic radiation, noise, health, standard.

¹ Радоје Јевтић, магистар техничких наука, ЕТШ „Никола Тесла“, Ниш.

² Драгана Јевтић, професор разредне наставе, ОШ „Ћеле Кула“, Ниш.

³ Јован Ничковић, дипломирани инжењер електронике, ЕТШ „Никола Тесла“, Ниш.

⁴ Вања Ничковић, доктор медицине, Универзитет у Приштини са седиштем у Косовској Митровици.

УВОД

Један од основних циљева савремене науке јесте унапређивање квалитета живота и квалитета здравља људи. Огроман број технолошких иновација у свим сферама људског живота довео је до знатног побољшања наведених ставки. У односу на неколико протеклих деценија, људи живе лакше и брже, при чему су им доступне ствари о којима се раније говорило само у домену теорије.

Огромна експанзија рачунарских технологија, како хардверских тако и софтверских, пад цена рачунара и интернет услуга, допринео је томе да рачунар и интернет постану делови свакодневног живота веома широког дела светске популације. Данас огроман број људи користи рачунар и интернет првенствено из забаве, а мање као средство неопходно у професионалном раду или учило. Непрегледан број садржаја разних врста на интернету доводи до све већег пораста употребе рачунара, мобилних телефона и нових таблет-рачунара у циљу забаве, комуникације и размене информација. интернет полако постаје „простор“ у коме се може буквально све урадити, са сваким комуницирати, свуда бити присутан. Према неким истраживањима, сматра се да данас постоји преко две милијарде интернет корисника широм света, док у Србији интернет користи скоро сваки четврти грађанин (око 26,4% становништва), с тим што је тај број у благом порасту ове године. Један од најинтересантнијих и свакако један од најкоришћенијих садржаја на интернету представља Фејсбук (Facebook). Најчешћи приступ интернету, Фејсбуку и њиховим садржајима данашњи корисници остварују преко лаптопова, савремених телефона (smartphone), таблет и десктоп рачунара.

У односу на протеклих неколико година, цене интернет и телефонских услуга, као и саме цене уређаја који се користе за остваривање тих услуга, драстично су опале тако да једна веома широка популација, углавном непрофесионалног карактера, користи бенефите ових технологија, угла-

вном не размишљајући да ли постоје неке штетне последице, нарочито када је у питању здравље корисника. Чињеница је да све већи број деце од најранијег детињства, често још од предшколског узраста, почиње са играњем видео-игара, гледањем цртаних филмова преко рачунара, слушањем музике преко савремених телефона итд. Време клацкалица и прескакања вијаче по пакетима, нажалост, полако постаје само лепо сећање. Све је више оних који се опредељују за вишечасовно седење поред рачунара или типкање по екранима високе резолуције смартфона, уместо да се баве неком физичком активношћу. Слично је и са старијим генерацијама. Постоје многа истраживања која потврђују отуђење појединца од породице, деце, пријатеља, здравог живота, природе, спорта итд, зарад многих часова проведених на интернету, Фејсбуку итд.

Савремени лаптопови, мобилни телефони и слични уређаји омогућавају веома брз и квалитетан приступ интернету, као и другим мултимедијалним садржајима због својих многих практичних својстава, и због тога је коришћење ових уређаја у порасту. Међутим, у последње време се све више говори о многим штетним последицама по здравље које може изазвати прекомерно и неадекватно коришћење ових уређаја и технологија. Те последице се могу поделити на више група, од којих су најважније: физичке, психичке и социјалне. Физичке последице свакако настају од електромагнетног зрачења, температуре и буке које могу стварати поменути уређаји. Психичке и социјалне последице настају од различитих врста електронског насиља, отуђења, различитих облика девијантног понашања, различитих врста аверзија, страхова и слично.

Циљ овог рада је да на основу мерних и других објављених резултата укаже на неке од последица које могу настати неадекватном и прекомерном употребом наведених савремених уређаја, на првом месту мобилног телефона и лаптопа [1], [2].

МОБИЛНИ ТЕЛЕФОНИ

Пре седамдесет година прва конструкција мобилног телефона била је тешка око једанаест и по килограма и имала је ограничен домет. Мартин Купер из корпорације Моторола (Motorolla) 1970. године представио је прву комерцијалну верзију мобилног телефона, која је била тешка скоро килограм и коштала 4.000 долара. После само петнаест година, 1989. године, појавио се први мобилни телефон са респектабилним дометом и димензијама прикладним за свакодневно непрестано ношење. Године 1994. почиње тзв. доба слања кратких порука. Било је замишљено да слање порука буде коришћено само у сврхе обавештавања корисника о крађим мрежним прекидима, али се врло брзо проширило и постало изузетно популарно и комерцијално. Порука дуга 160 карактера убрзо је постала најпопуларнија услуга у мобилној телефонији.

Слика 1. Мобилни телефони данашњице.



Мобилни телефони и њихова технологија све више напредују и све се више усавршавају у сваком погледу. Поред мобилних телефона на преклоп, настају и тзв. „клизни“ модели. Мобилни телефони постају и неизбежни модни детаљ, а поред

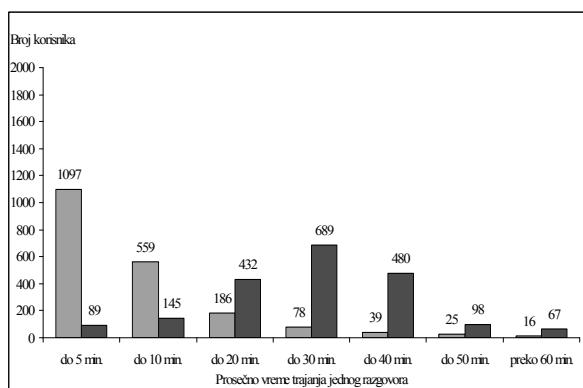
уговора на одређено време, провајдери су корисницима понудили и „припејд“ картице. Nokia 7110 је 1999. године била проглашена за први паметни (smart) телефон, с обзиром на то да је својим корисницима понудила једно сасвим ново хардверско решење, а то је WAP (безични апликациони протокол). На тај начин корисници су први пут могли да приступе интернет услугама уз помоћ мобилног телефона. Иако је реч о текстуалној верзији интернета, WAP је најавио сасвим нови тренд. Развој нових модела бивао је све бржи. Дисплеј у боји, MP3 плејер, радио пријемник, видеофункције за свега пар година постале су стандард. Захваљујући WAP-у и GPRS технологији и квалитет интернет конекције постао је знатно болји. Apple 2007. године на тржиште избацује нешто сасвим ново – ајфон са екраном осетљивим на додир. То у ствари није био смартфон, него први телефон такве врсте са прегледним дисплејем. Убрзо се на тржишту појављује и 3G технологија, која је била доступна још 2001. LTE је четврта генерација мобилне телефоније. Било да се корисник налази у покрету, код куће или у канцеларији, брзина интернета и квалитет везе су знатно бољи и стабилнији. Нови модели смарт телефона просто преплављују тржиште. Услуге су све разноврсније, попут плаћања услуга мобилним телефоном, управљања телефоном погледом корисника, преглед и доступност различитих мултимедијалних садржаја, доступност многих корисничких сервиса итд.

Оно што важи за све мобилне телефоне јесте да они међусобно комуницирају преко електромагнетних таласа помоћу централне базне станице и антена које се најчешће налазе на врху неког торња, куле, зграде или неке високе грађевине. Приликом употребе мобилних телефона долази до прођирања електромагнетних таласа кроз људски организам, нарочито кроз главу, срце, плућа, кожу, гонаде... Поставља се питање да ли постоје опасни утицаји, као и опасне последице коришћења мобилних телефона.

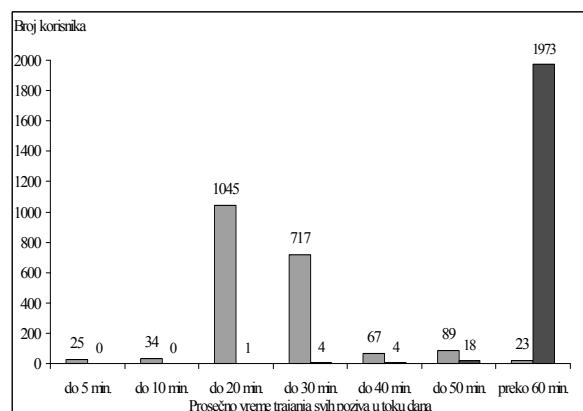
Како одговор на ово питања постоји много различитих мишљења која су заснована на разним студијама, истраживањима и мерењима.

На основу упоредних анализа анкета које су реализоване у Нишу 2010. године и 2012. године, на узорку од 2.000 корисника, може се јасно видети колико је генерално повећана употреба мобилних телефона. Ови резултати приказани су на сликама 2, 3. и 4, при чему су плавом бојом приказани резултати који су реализовани 2010. године, а љубичастом бојом резултати који су реализовани 2012. године.

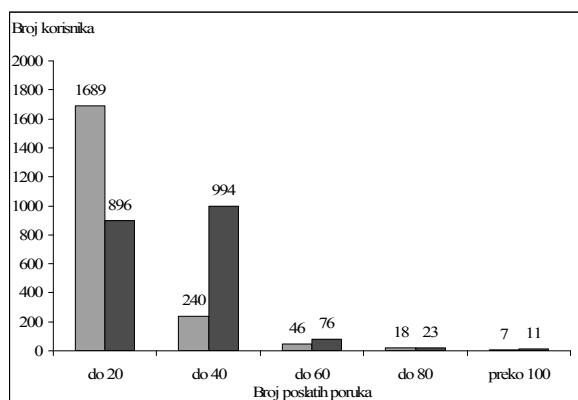
Слика 2. Упоредни приказ резултата истраживања просечног времена једног разговора.



Слика 3. Упоредни приказ резултата истраживања просечног времена свих разговора у току дана.

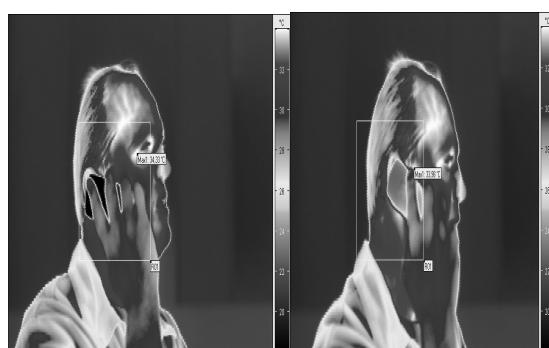


Слика 4. Упоредни приказ резултата истраживања укупног броја послатих порука у току дана.



Ефекти зрачења мобилних телефона могу бити термички и нетермички. Нетермички ефекти су до сада врло мало проучавани и огледају се углавном у поларизацији јона и молекула на ћелијском нивоу, док термички ефекти подразумевају загревање дела тела који се налази близу мобилног телефона (регион уха, шака итд.). Данас се телефони много више држе у рукама и са њима се много више барата него раније. Многобројне апликације које данашњи мобилни телефони подржавају довеле су до тога да се мобилни телефон поред разговора користи за приступ интернету, као платформа за разне видео-игре, мерни инструмент итд. Све то подразумева знатно дуже време баратања овим уређајем.

Слика 5. Снимак инфрацрвеном камером на почетку разговора (лево) и после 270 секунди разговора мобилним телефоном (десно).



Термички ефекти које поље мобилног телефона ствара најбоље су приказани кроз величину која се назива SAR (*Specific Absorption Rate*) и представља количину уписане енергије у [W/kg]. За време трајања разговора од пет минута прорачуната вредност за SAR на основу експерименталних мерења и симулације на рачунару није прешла максималну дозвољену вредност. Максимална дозвољена вредност за SAR је законски регулисана, што се може видети у следећој табели.

Табела 1. Прописане вредности SAR-а

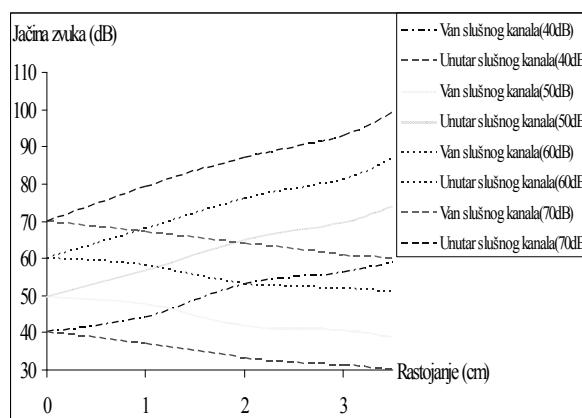
SAR	становништво	професионалци
усредњен за цело тело	0.08 W/kg	0.4 W/kg
усредњен за ткиво главе или трупа масе 10 g	2 W/kg	10 W/kg
усредњен за ткиво екстремитета масе 10 g	4 W/kg	20 W/kg

Законске регулативе постоје и када су у питању максимална јачина електричног поља [V/m] и максимална јачина магнетног поља [A/m], и дефинисане су одговарајућим стандардима (ICNIRP итд.). Посебно је битно истаћи да мобилне телефоне данас користи велики број деце школског узраста код којих многи органи и делови тела нису још потпуно развијени – нпр. глава десетогодишњег детета мања је од главе одраслог човека.

Још један важан проблем новијег датума постоји када су у питању мобилни телефони. Већ је речено да савремени мобилни телефон – смартфон, представља мултимедијални уређај помоћу кога се може приступати многим садржајима. Један од тих садржаја је музика. Свакодневна је појава да се на улици, у градском превозу,

у парку, аутомобилу, чекаоницама и разним другим местима виде десетине људи са слушалицама у ушима који музиком прекраћују време. Међутим, поред тога што такав начин употребе мобилног телефона – смартфона прија и прекраћује време, он има две веома негативне последице. Слушање музике, нарочито у саобраћају, знатно смањује пажњу и концентрацију онога ко слуша па лако може доћи до незгоде. Музика се обично слуша прегласно тако да то знатно може утицати на слух. Мерења која су реализована у ЕТШ „Никола Тесла“ су показала да је јачина звука знатно већа унутар слушног канала него ван њега јер се звук ван слушног канала простира радијално у простор, у свим правцима, а звук са звучника који се налази у слушном каналу иде директно на бубну опну. Слушни канал је симулиран помоћу цевчице дужине 3,5cm и пречника 1cm. Резултати мерења су приказани на Слици 5. где се јасно види да се јачина звука повећава унутар слушног канала у односу на исту вредност ван њега за вредности од 20 до 29 dB. Ако се још у обзир узме чињеница да се овакав начин употребе овог уређаја свакодневно практикује више десетина минута, онда је јасно да су последице оштећења слуха неминовне [3–7].

Слика 6. Јачина звука у зависности од растојања ван и унутар слушног канала



ЛАПТОПОВИ

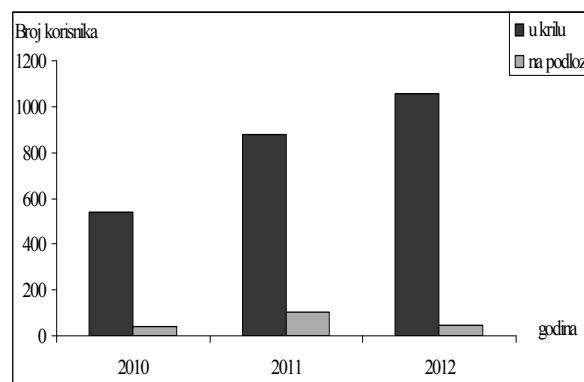
Велике могућности ових уређаја довеле су их до тога да постану саставни и неодвојиви део многих сфера свакодневног живота. Први лаптоп који је назван Grid Compass 1100 (GRiD) био је дизајниран 1979. године од стране британске индустрије Бил Могриџ (Bill Moggridge). Имао је екран величине 320 x 200 pixelsa, Intel 8086 процесор, 340 kb меморије, и 120 bps модем. Тежио је око 5kg и коштао око 10.000 долара. Био је намењен за потребе NASA и америчке војске. Од тада па до данас, могућности и употреба лаптопа су се немерљиво повећале и прошириле. То се пре свега односи на уградњу јачих и бржих процесора, већу количину меморије, могућност коришћења бежичне технологије, многоструко већу аутономију сопственог напајања, као и приступачну цену.

Пре само десет до петнаест година лаптоп се много ређе употребљавао у односу на обичан десктоп рачунар. Данас то, међутим, уопште није случај. Лаптоп је све више и више у употреби и све се више и више времена проводи у раду са њим. Оно што забрињава је то што они који раде са лаптопом држе овај уређај у крилу, што је у складу са његовим именом. Међутим, лаптопови су познати као уређаји чија температура може достићи приличне вредности током рада, чак и они најновијег датума. Топлота коју производе греје крило онога ко их држи, што може имати веома негативне последице, нарочито по мушки део популације. Познато је да би оптимална температура мушких тестиса требало да буде око 33°C. Тестиси су важан део репродуктивних органа, у којима се стално дешавају разни биохемијски процеси чије би нарушавање довело до знатних компликација. Многи од тих процеса су температурно зависни.

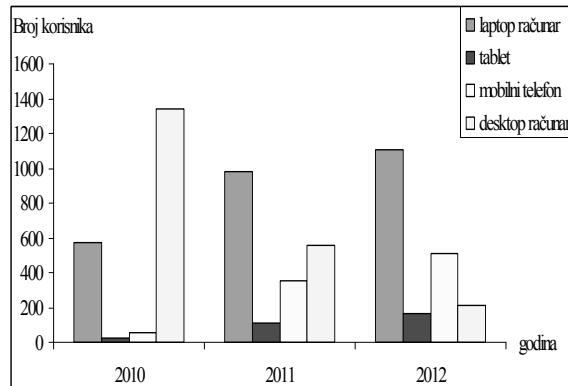
Уколико се анализирају упоредни резултати неких истраживања реализованих од 2010. године до 2012. године на узорку од 2.000 корисника лаптопова, од којих је велики део деце школског узраста и студената, а која

су се бавила начином коришћења лаптопа, начином приступа интернету, као и укупним временом у току једног дана проведеним за лаптопом, претпоставка о прекомерном и неадекватном коришћењу лаптопа се јасно може доказати [8], [9].

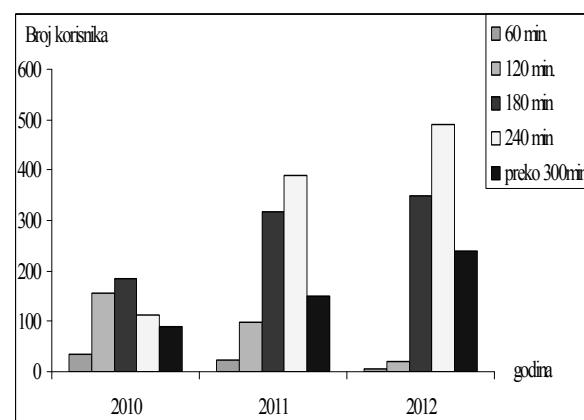
Слика 7. Начин коришћења лаптопа.



Слика 8. Начин приступа интернету.

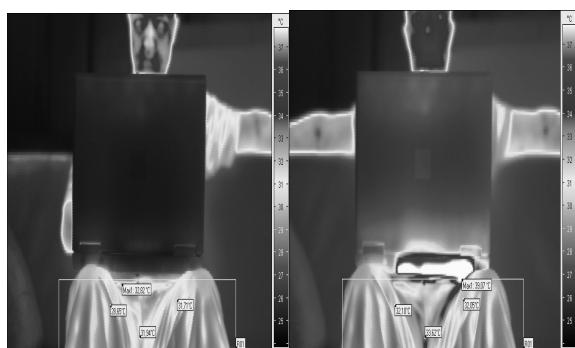


Слика 9. Укупно време у току једног дана проведено за лаптопом.

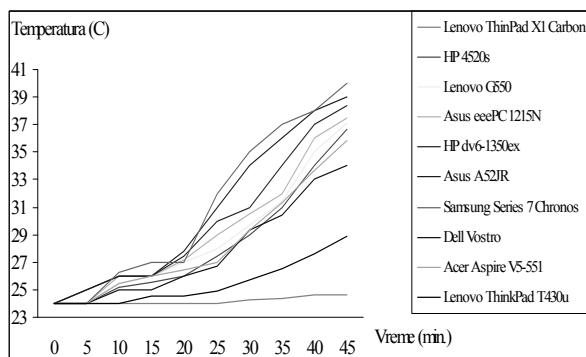


Термички ефекти за време рада са лаптопом најбоље се могу показати на снимцима, који су начињени инфрацрвеном камером, везаним за њихово само загревање, као и за загревање делова тела који је у контакту са лаптопом за време коришћења.

Слика 10. Снимак инфрацрвеном камером на почетку коришћења лаптопа (лево) и после 45 минута коришћења лаптопа (десно).



Слика 11. Резултати мерења загревања неких лаптопова за време од 45 минута



ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

Мобилни телефони и лаптопови су веома корисни производи савремене науке и у знатној мери олакшавају и убрзавају многе активности у животу и раду. Међутим, прекомерна и неадекватна употреба ових уређаја доводи до појаве нежељених наведених ефеката који могу имати утицаја на људско здравље. Наведена истраживања су само мали део обимног проучавања које су урадили аутори, и она непобитно доказују оно што се могло закључити и на основу неких других фактора када је у питању знатно већа употреба поменутих уређаја. Иако постоје стандарди везани за многе величине (јачина електричног поља, јачина магнетног поља, SAR, температура итд.), веома је важно имати у виду да највећи број корисника ових уређаја представљају деца школског узраста и студенти, што знатно мења ствари по питању максимално дозвољених вредности одговарајућих величине – на пример, није исто ако одраслог човека, биолошки и физиолошки потпуно зрелог греје лаптоп два часа и дете које је у процесу биолошког и физиолошког формирања. Такође, не треба заборавити ни социјалне и етичке ефекте који се могу јавити услед употребе ових уређаја (прекомерно коришћење интернета, Фејсбука, видео-игара итд.).

Овим радом аутори су желели да укажу на неке реалне чињенице које су поткрепљене одговарајућим мерењима, као и да иницирају потенцијална истраживања и мерења везана за ову тематику.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.ewg.org/cellphoneradiation/6-SafetyTips?glid=CLH4y4GY17YCFY623godF2QARQ>
2. <http://www.emwatch.com/Computers.htm>
3. Јевтић БР, Ничковић ТЈ: *Термички ефекти за време коришћења мобилних телефона.* међународни научно стручни симпозијум ИНФОТЕХ – Јахорина, Јахорина, 2010.
4. Јевтић БР, Ничковић ТЈ: *Results of the measuring and simulation of electromagnetic field of mobile phones in the human head region.* Facta Universitatis, Working and Environmental Protection, Ниш, 2008; 5(1),
5. Јевтић БР, Ничковић ТЈ, Јевтић ДД: *Electromagnetic field of mobile phones in the human head region.* Техника електротехника, Београд, 2011; 4: 611–616.
6. Јевтић БР, Ничковић ТЈ, Јевтић ДД: *SAR и термички ефекти мобилних телефона.* Техника електротехника, Београд, 2011; 1: 95–99.
7. Јевтић ДД, Јевтић БР, Ничковић ТЈ: *Резултати симулације електромагнетног поља у региону главе код деце узраста од 10 година.* Здравствена заштита, Београд, 2010; 4: 47–50.
8. Јевтић БР, Ничковић ТЈ, Јевтић ДД, Ничковић СВ: *The measurement heating results of some parts of human body by lap top.* 18th Telecommunications Forum TELFOR 2010, Београд, 2010.
9. Јевтић БР, Ничковић ТЈ, Јевтић ДД, Ничковић СВ: *Electromagnetic field and heating measuring results of lap tops.* Facta Universitatis, Working and Environmental Protection, Ниш, 2011; 8(1): A.

Контакт: Радоје Јевтић, Електротехничка школа „Никола Тесла“, Александра Медведева 18, 18000 Ниш, Србија, Тел: +381 63 759 019 3, E-mail: milan.jvtc@gmail.com

КОРИШЋЕЊЕ ИНТЕРНЕТА У СВАКОДНЕВНОЈ ПРАКСИ

Слађана Васиљевић¹, Славица Коневић², Весна Пауновић³

USING THE INTERNET IN EVERYDAY PRACTICE

Sladjana Vasiljević, Slavica Konević, Vesna Paunović

Сажетак

У свакодневном животу интернет је веома значајан као извор знања, као средство у истраживањима, и као предмет истраживања.

Врло је тешко дати тачну процену колики је број корисника интернета, али већина експерата се слаже да је то од око 100 милиона корисника, са тенденцијом пораста чак до 200 милиона. Интернет мрежа обухвата читаву планету. Из најмањег места у једној земљи могуће је успоставити комуникацију за неколико секунди са особом која се налази на потпуно другом крају планете.

Циљ рада је да се изврши анализа примене интернета у свакодневној пракси, међу запосленим медицинским радницима у Дому здравља Земун.

У истраживању су учествовали медицински радници Дома здравља Земун. Истраживање је спроведено на добровољној основи. Сви учесници су одговорили на сва постављена питања. Укупан број испитаника је 223, при чему је свако попунио само један анкетни упитник.

Просечна старост свих испитаника је 42,7 године. Најстарији испитаник имао је 63, а најмлађи 21 годину старости.

На основу добијених резултата и анализе испитаног узорка, константоване су четири латентне димензије о коришћењу интернета.

Међуполна разлика и брачни статус у коришћењу интернета није доказана, односно користе га сви међутим ниво образовања такође не одређује време употребе интернета као и врсту сервиса. Кључни момент је повезаност радног места са рачунаром.

Summary

The internet is very important in everyday life, as a source of information, a research tool, as well as the object of research.

It is very difficult to give an accurate estimate of the internet users' number, but most experts agree it is in the range of 100 million, with a tendency to increase up to 200 million. The internet web has encompassed the entire planet. It is now possible to establish communication from the smallest place in any country with a person who is in a completely different part of the world, in a matter of seconds.

The aim of this work is to analyse the use of the internet in everyday practice among the medical professionals of the Zemun Health Centre. The research was participated by the employees of the Zemun Health Centre. It was conducted on voluntary basis. All examinees have answered all questions asked. Total number of the examinees is 223, and each of them has fulfilled only one survey form. Average age of all examinees is 42.7. The oldest one is 63, and the youngest 21 years old.

Based on the survey results and the sample analysis, four potential dimensions in the internet use were established.

Inter-gender difference and marital status were not proven as the factor in using the internet, i.e. it is used by all. Education level also did not determine the time spent on using the internet, nor the type of the internet service. The key moment is connection of the workplace to the computer.

¹ Слађана Васиљевић, dipl. ecc. mng у здравству, Дом здравља Земун, Београд.

² Славица Коневић, dipl. ecc. meng у здравству, Дом здравља Раковица, Београд.

³ Весна Пауновић, dipl. ecc. meng у здравству, ГАК Народни фронт, Београд.

Поједини испитаници преферирају активности које спроводе сами, као што су прикупљање информација и релативно анонимни односи које је могуће успоставити једино преко интернета.

Фактори који утичу на експоненцијални раст корисника интернета су: развој технологије, универзални приступ, ниски трошкови, повећање користи.

Појединац, без обзира на старосну доб, ниво образовања и радно место, може да: размењује електронску пошту, учествује у онлајн дискусијама, чита комплексну мултимедијалну документацију и презентације, телнетује, четеју.

Кључне речи: рачунар, интернет, пракса.

Some examinees prefer the activities they conduct alone. Information gathering and relatively anonymous relations which can be established through the internet only, can be all they need.

The factors that influence the exponential growth of the internet users are: technology development, universal approach, low cost, increase of usefulness.

An individual, regardless of the age, education level and workplace, can: exchange e-mails, participate in online discussions, read complex multimedia documents and presentations, telnet and chat.

Key words: computer, internet, practice.

УВОД

Одређивање године када је интернет настао није лако утврдити. Потетком интернета сматра се 1961. година када је доктор Kleinrock на универзитету МИТ први пут објавио рад о packet switching-у. Други узимају 1969. годину за годину настанка интернета када је дошло до покретања Advanced Research Project Agency Network, мреже познатије као ARPANET.

Почетком деведесетих се десила комерцијализација интернета и његова јавна доступност свим корисницима, а то је омогућено објављивањем WWW-а у Џерну 1991. године. До 1996. интернет је постао уобичајена ствар којој су приступ имали широке народне масе.

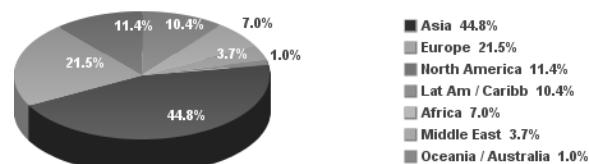
С масовном популаризацијом интернет мреже његово коришћење добија примат. Интернет константно мења начине комуникације, преко и-мејла, чете и система интернет порука.

У свакодневном животу интернет је веома значајан, као извор знања, као средство у истраживањима, и као предмет истраживања.

Сваки од поменутих начина комуникације може да има своје место уколико се стално имплементирају иновације, прате најновији трендови и жеље корисника. Једина ствар која може да узбурка кориснике је приватност, као и колико ће се систем добро примити због нарушавања приватности. Врло је тешко дати тачну процену колики је број корисника интернета, али већина експерата се слаже да је то око 100 милиона корисника, са тенденцијом пораста чак до 200 милиона. Интернет мрежа обухвата читаву планету. И из најмањег места у једној земљи могуће је успоставити комуникацију за неколико секунди са особом која се налази на потпуно другом крају планете.

Графикон 1. Заступљеност интернета на глобалном нивоу.

**Internet Users in the World
Distribution by World Regions - 2012 Q2**



Source: Internet World Stats - www.internetworldstats.com/stats.htm
Basis: 2,405,518,376 Internet users on June 30, 2012
Copyright © 2012, Miniwatts Marketing Group

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се изврши анализа примене интернета у свакодневној пракси међу запосленим медицинским радницима у Дому здравља Земун.

Истраживање покрива питања у којој мери је интернет заступљен у свакодневној пракси, фактори који утчу на коришћење интернета, колико је значајна међуполна разлика и ниво образовања за коришћење интернета.

Такође, један од циљева рада је и увид у коришћење интернета на радном месту.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

За потребе истраживања коришћен је IRBQ упитник. Упитник садржи 41 питање. Истраживање је рађено од априла до септембра 2012. године. У истраживању су учествовали медицински радници Дома здравља Земун. Истраживање је спроведено на добровољној основи. Сви учесници су одговорили на сва постављена питања. Укупан број испитаника је 223.

Варијабле – године старости, пол, брачно стање, стручна оспособљеност, време коришћења рачунара, најчешће коришћени сервис.

Затим, поседовање рачунара, радно место везано за рачунар, време проведено уз рачунар.

Подаци су обрађивани помоћу програма Microsoft Excel, тако што је формирана је база података, а даља обрада варијабли рађена је у програму SPSS 15.0 for Windows. У истом програму урађено је израчунавање у оквиру дескриптивне статистике. Коришћењи тестови су: χ^2 тест, Pearson-ов тест корелације и факторска анализа.

РЕЗУЛТАТИ

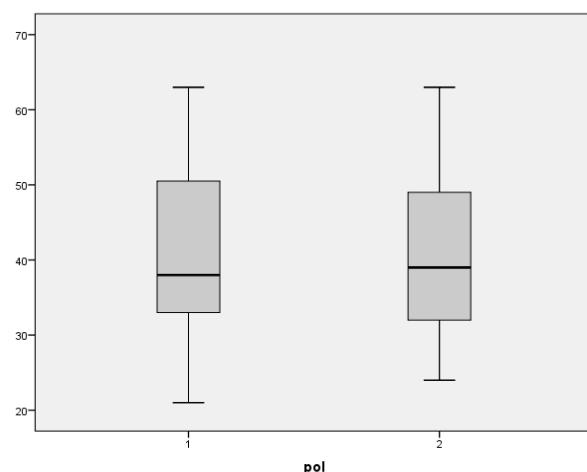
У истраживању су учествовали медицински радници Дома здравља Земун. Истраживање је спроведено на добровољној основи. Сви учесници су одговорили на сва

постављена питања. Укупан број испитаника је 223, при чему је свако попунио само један анкетни упитник.

Просечна старост свих испитаника је 42,7 године. Најстарији испитаник има 63, а најмлађи 21 годину старости.

Када је у питању међуполна разлика у односу на испитивану популацију, 14,48% је испитаника мушких пола, док је 85,52% женског.

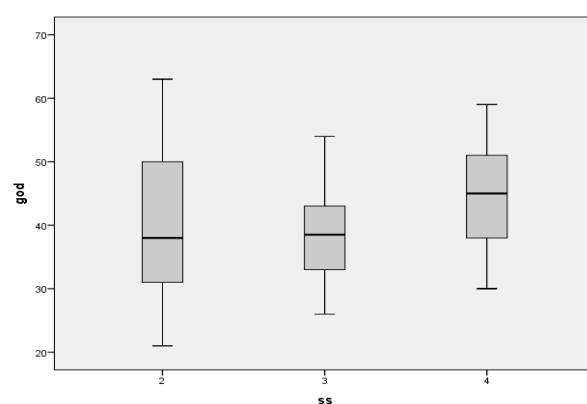
Графикон 2. Мушки 1; жене 2.



У погледу нивоа образовања најзаступљеније су особе са средњом стручном спремом и оне чине највећи део узорка.

Од укупног броја испитаника, 7,69% чине особе са високом стручном спремом; 8,14% чине испитаници са вишом стручном спремом и 84,1% чине испитаници са средњом стручном спремом.

Графикон 3. Средња стручна спрема 2, висша стручна спрема 3, висока стручна спрема 4.



Табела 1. Pearson-ов тест корелације.

	Пол	Стручна спрема	Брачно стање	Време коришћења рачунара	Радно место везано за рачунар	Познавање рада рачунара	Врста сервиса			
Добна група	Pearson Correlation	.005	.091	-.434**	-.031	-.029	.019	-.019		
	Sig. (2-tailed)		.936	.178	.000	.648	.676	.786		
Пол	Pearson Correlation			-.295**	-.048	.110	-.076	-.018	.016	
	Sig. (2-tailed)				.000	.480	.109	.267	.789	.817
Стручна спрема	Pearson Correlation				-.056	.045	.008	.169*	-.074	
	Sig. (2-tailed)					.410	.517	.906	.013	.280
Брачно стање	Pearson Correlation					-.039	.070	-.029	-.049	
	Sig. (2-tailed)						.567	.311	.671	.479
Време коришћења рачунара	Pearson Correlation							.228**	.201**	-.374**
	Sig. (2-tailed)							.001	.003	.000
Радно место везано за рачунар	Pearson Correlation								.456**	-.101
	Sig. (2-tailed)								.000	.141
Познавање рада рачунара	Pearson Correlation									.052
	Sig. (2-tailed)									.449
Врста сервиса	Pearson Correlation									N

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Време коришћења рачунара значајно корелира са варијаблама: радно место везано за рачунар; познавање рада на рачунару и сервиси који се најчешће користе, што потврђују добијени резултати ($p=0,001$; $p=0,003$; $p=0,000$).

Такође, уско корелира веза између познавања рада на рачунару и радног места које изискује виши ниво знања ($p=0,000$).

Код испитаника који су професионално везани за рачунар, израженије је интересовање за интернет.

Табела 2. Радно место везано за рачунар према полу.

Пол	не		да	
Мушки	5	2,26%	27	12,21%
Женски	22	9,95%	167	75,56%
Укупно	27	12,21%	194	87,78%

Интернет као глобални комуникациони систем намењен је размени информација свих облика (текстуалних, графичких, звучних и видео).

Важно је схватити да се ради о добро организованом систему заснованом на техничким стандардима. Глобална компјутерска мрежа је доступна свима.

Табела 3. Процентуална заступљеност коришћења интернет сервиса.

Сервиси	Жене	Мушки	Укупно	%
e-mail	29	6	35	15,84
web	51	10	61	27,60
др. мреже	87	16	103	46,61
друго	18	4	22	9,95
Укупно	185	36	221	100,0

Фактори који утичу на експоненционални раст корисника интернета су:

- Развој технологије,
- Универзални приступ,
- Ниски трошкови,
- Повећање користи.

ДИСКУСИЈА

На основу добијених резултата и анализе испитаног узорка, константоване су четири латентне димензије о коришћењу интернета.

Међуполна разлика и брачни статус у коришћењу интернета није доказана, односно користе га сви, међутим ниво образовања такође не одређује време употребе интернета као и врсту сервиса. Кључни момент је повезаност радног места са рачунаром.

Прекомерна употреба интернета може да утиче на поремећај здравог стила живота, изостављање свакодневних редовних активности, што може да се манифестије изостанком оброка, мањком сна и одмора, па чак и могућношћу смањења радног учинка.

Интернет, такође, може да служи као забава што објашњава преко 50% испитаника који се забављају путем рачунара. Најчешћи вид забаве је приступ посебним садржајима (слике са еротским и порнографским садржајем, различити облици коцкања, виртуелна пријатељства, тражење људи сличних себи, стварање другог идентитета, константно праћење берзанских садржаја), куповина преко интернета.

Поједини испитаници преферирају активности које спроводе у осами, као што су прикупљање информација и релативно анонимни односи које је могуће успоставити једино преко интернета.

Корисници су углавном упознати са постојањем ризика недостатка потпуне приватности. Као резултат тога настаје страх од сазнања да се некоме поверавате, а да га при томе не познајете.

Фактор времена проведеног на интернету највероватније доприноси проблемима који се јављају у свакодневном животу. Међутим, овај фактор не диференцира људе у погледу зависности од интернета.

Врло је тешко дати тачну процену колики је број корисника интернета, али већина експерата се слаже да је то цифра око 100 милиона корисника, са тенденцијом пораста чак до 200 милиона. Интернет мрежа обухвата читаву планету. И из најмањег места у једној земљи могуће је успоставити комуникацију за неколико секунди са особом која се налази на потпуно другом крају планете. Важно је указати да се ради о добро организованом систему заснованом на техничким стандардима. Помало невероватно звучи, али готово целокупно планетарно знање слило се у једну компјутерску мрежу – интернет.

Учешће у раду интернета засновано је на слободној и кооперативној основи уз обавезу једино постављања техничких стандарда како би се успоставило присуство на мрежи.

Сваки од поменутих начина комуникације може да има своје место уколико се стално имплементирају иновације, прате најновији трендови и испуњавају жеље корисника.

Неопходно је указати на опасност од прекомерне употребе интернета укључујући све сервисе које ова технологија подржава.

Без обзира на то да ли имате пет, четрдесет или сејдамдесет пет година, да ли користите интернет једном месечно или неколико пута дневно – увек можете да дате сопствени допринос који може да помогне у обликовању наших искустава везаних за интернет, и општем развијању вештина у коришћењу интернета и безбедности на мрежи. Свако од нас има своју улогу у обезбеђивању безбедног окружења за свакога ко користи интернет.

Интернет реално повећава могућност ефективног комуникаирања и обезбеђује кориснику ефекат дезинхибиције или откочења при комуникацији.

ЗАКЉУЧАК

Интернет као глобални комуникациони систем међусобно повезаних компјутерских мрежа намењен је размени информација свих облика.

Појединац, без обзира на старосну доб, ниво образовања и радно место, може да: размењује електронску пошту, учествује у онлајн дискусијама, чита комплексну мултимедијалну документацију и презентације, телнетује, четеје.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brian Pinkerton. „Finding What People Want: Experiences with the WebCrawler“ (PDF). The Second International WWW Conference Chicago, USA, October 17–20, 1994.
2. Beel, Jöran and Gipp, Bela and Wilde, Erik (2010). „Academic Search Engine Optimization (ASEO): Optimizing Scholarly Literature for Google Scholar and Co.“. Journal of Scholarly Publishing. pp. 176–190.
3. „Google Personalized Search Leaves Google Labs - Search Engine Watch (SEW)“. searchenginewatch.com
4. „Will Personal Search Turn SEO On Its Ear?“. www.webpronews.com James F. Kurose, Keith W. Ross, Umrežavanje računara, Cet, Beograd, 2005.
5. Željko Panian, “Informatički enciklopedijski rječnik”, 2005.
6. www.planeta.rs, magazin za nauku, istraživanje i otkrića, Godina VI, nov-decembar 2009.
7. Pratarelli,M.E. i Browne, (2002). Confirmatory factor Analysis of internet Use and adiction.Cyberpsychology & Behavior.5, 53–64.

Контакт: Слађана Васиљевић, dipl. ecc. mng у здравству, Дом здравља Земун, тел. 0637765-620, e-mail: vasiljevicsladjana2@gmail.com, Владе Вуjiћа бр.13, Добановци, 11272 Земун.

Славица Коневић, dipl. ecc. meng у здравству, Дом здравља Раковица, тел. 0628856-491, e-mail: slavica.konevic@gmail.com

Весна Пауновић, dipl. ecc. meng у здравству, ГАК Народни фронт, тел. 0652525-260.

МЕНАЏМЕНТ ПРОМЕНАМА – ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПРОМЕНЕ ВИСОКОГ УТИЦАЈА БР. 10 У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ СРБИЈЕ

Јелена Крстић¹

CHANGE MANAGEMENT – IMPLEMENTATION OF HIGH IMPACT CHANGE NO 10 IN PRIMARY HEALTH CARE IN SERBIA

Jelena Krstić

Сажетак

На основу стратешких докумената Министарства здравља Србије постоји потреба јачања, модернизације и реорганизације примарне здравствене заштите у Србији. Радници на примарном нивоу оптерећени су администрацијом, недостаје времена за квалитетан рад са пацијентима, као и адекватне модерне вештине потребне за пружање квалитетне услуге.

Циљ овог рада је да се укаже на могућност имплементације једне од промена високог утицаја у примарну здравствену заштиту здравственог система Србије, у циљу унапређења квалитета рада, распределења запослених, боље доступности услуге и са крајним циљем добијања бољих здравствених исхода.

Промена високог утицаја број 10 „Редизајнирање и проширење улога у складу са ефикасним путевима пацијената“ примењена је у Великој Британији и на примарном и на секундарном нивоу, и дала је вишеструке бенефите. Редизајнирање улога на примарном нивоу заштите у здравственом систему Србије био би крупан корак али и добро решење за већину детектованих слабости примарног нивоа.

Кључне речи: промена, агенција, стратешки документи, утицај, примарни ниво.

Summary

Regarding strategic documents of Serbian Ministry of Health, there is a need for empowerment, modernization and reorganizing of Primary Health Care in Serbia. Health workers on Primary level are overloaded with administration, there is a lack of time for quality work with patients as well as lack of adequate modern skills for quality service delivery.

The purpose of this work is to show the possibility of implementation of one of the High impact changes, applied in Great Britain's Health System, in Primary Health Care in Serbia, aiming towards work quality improvement, less load of employees, better accessibility of service and with final purpose to achieve better health outcomes.

High impact change No 10 „Redesign and extend roles in line with efficient patient pathways“ was implemented in Great Britain both on primary and secondary level, and gave multiple benefits. Role redesign on primary level in health system of Serbia would be a great step but a good solution for majority of detected primary level weaknesses.

Key words: change, agency, strategic documents, impact, primary level.

¹ Др Јелена Крстић, Дом здравља Крагујевац (Primary Health Care Center Kragujevac).

УВОД

Према Стратегији развоја примарне здравствене заштите Министарства здравља Републике Србије „Боља примарна здравствена заштита за све нас”, примарна здравствена заштита се реализује пре свега кроз промоцију здравља, примарну превенцију и стално унапређење и очување здравља грађана. Инструментализује се кроз тимски, интердисциплинарни и мултисекторски рад.⁽¹⁾

Мацинко и сарадници наводе да здравствени системи који се ослањају на систем ПЗЗ дају боље здравствене исходе у односу на остале детерминанте здравља становништва. Збрињавање у амбулантним условима, спречавање настанка болести, контрола акутне епизоде или хроничних стања болести даје вишеструке користи а мање трошкове у односу на стационарно лечење.⁽²⁾

У документу „Боље здравље за све у трећем миленијуму” потврђена је потреба за јачањем система примарне здравствене заштите у Србији. Према стратегији развоја ПЗЗ Министарства, иако су значајне инвестиције уложене у инфраструктуру ПЗЗ, пружаоци услуга на примарном нивоу наводе забринутост због обима послана, радне средине, недостатка времена и модерне опреме која им је потребна у обављању послана. Чекаонице су по њиховим наводима увек пуне, пациенти су често узнемирени, и поред система заказивања дешава се да се дуго чека на услугу. Увођењем политике изабраног лекара многи лекари опште медицине осећају да немају доволно вештина да обављају све функције дефинисане улогом изабраног лекара. Општа култура пружања квалитетне здравствене заштите и модернизација медицинске праксе није се развијала током претходних година.⁽¹⁾

Приступ висококвалитетној здравственој заштити основно је људско право које препознаје и цени Европска унија, њене институције, као и грађани Европе. У складу са

ним, пациенти имају право да очекују да су учињени сви напори да би се осигурала њихова безбедност као корисника здравствених услуга.⁽³⁾

Национални здравствени систем (NHS) Велике Британије, препознавши потребу за унапређењем услуга, основао је Агенцију за модернизацију здравствених услуга 2004. године, која је, истражујући на пољу унапређења услуга, радила са неколико хиљада клиничких тимова у периоду од три године. Том приликом дошло се до сазнања да применом дефинисаних десет промена које је Агенција назвала „променама високог утицаја”, долази се до значајног унапређења. На основу добијених доказа у истраживању, израђен је Водич о променама високог утицаја од стране Агенције – за лидере у здравственом систему, који објашњава нове начине размишљања у погледу пружања услуга. Циљ ових промена јесте да сваки пациент добије најбољу могућу услугу – сваки пут. Промене високог утицаја, као и сам водич, засноване су на доказима а не на теоретским импликацијама и академским предпоставкама групе експерата.⁽⁴⁾

ЦИЉ РАДА

Циљ овог рада је да се укаже на могућност имплементације једне од промена високог утицаја, тачније промене број 10 „Редизајнирање и проширење улога здравствених радника у складу са ефикасним путевима пацијената”, у примарној здравственој заштити здравственог система Србије, у циљу унапређења квалитета рада, растерећења запослених, боље доступности услуге и са крајним циљем добијања бољих здравствених исхода.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Коришћен је квалитативни метод рада, претраживана је постојећа литература и стратешки документи Министарства здравља Републике Србије, упоређивани су добијени резултати са препорукама и доказима из Водича Агенције за модернизацију Националне здравствене службе Велике Британије за имплементацију промена високог утицаја. У изради тог водича коришћени су други национални водичи, национални подаци или подаци из пилот-пројекта, извештаји, студије случајева и закључци који наводе на потребе за променама.

ПРОМЕНА ВИСОКОГ УТИЦАЈА БРОЈ 10

Промене високог утицаја су базиране на три принципа:

1. Организоване су са пациентом у фокусу,
2. Засноване су на доказима (evidence-based),
3. Имају системски приступ на пружање здравствених услуга.

Промена о којој је реч у овом раду јесте Промена високог утицаја број десет: Редизајнирање и проширење улога здравствених професионалаца у складу са ефикасним протоколом пацијената.⁽⁴⁾

На основу доказа, након примене ове промене, повећан је број запослених кадрова из ширег спектра професија у циљу пружања здравствене заштите, што говори о интегрисању здравствене услуге, скраћено је време и листе чекања, веће је задовољство и запослених и пацијената, бољи су клинички исходи, повећано је време проведено у раду са пациентима, и већа је уштеда. Институције које су примениле ову промену склапају боље уговоре са другим релевантним институцијама.⁽⁴⁾

Ова промена се сматра једном од најутицајнијих и њеним увођењем доприноси се индиректно још неким променама високог

utiцаја. У оквиру ове промене у здравственом систему Велике Британије предлаже се увођење следећих улога тј. занимања:

- административно и чиновничко осоље (особе које би у нашим условима преузеле већи део чиновничког посла здравствених професионалаца, чиме се сматра да се добија три сата недељно више за рад са пациентима),
- асистент практичар (може лекар или сестра/техничар, особа која би одговарала на мање хитна стања и тиме се растерећивала служба од непотребних пријема),
- виши практичар – асистент лекара (здравствено особље које би својим радом допринело већем протоку пацијената, бољој доступности службе за пациенте и смањењу чекања).⁽⁴⁾

Компабилност са потребама у здравственом систему Србије види се пре свега у СТРАТЕГИЈИ РАЗВОЈА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СРБИЈЕ за период 2010–2015. године, где се наводе правци здравствене политике у вези са људским ресурсима, али и у Стратегији сталног унапређења квалитета рада и безбедности пацијената. У Стратегији развоја ПЗЗ између осталог стоји:

- потреба да Министарство здравља изради стратегију развоја људских ресурса за ниво примарне здравствене заштите као део опште Стратегије развоја људских ресурса за систем здравствене заштите,
- да ће развијати и стратегије побољшања задовољства запослених на радном месту,
- да ће унапређивати процес планирања ради усклађивања између понуде и потражње за здравственим професионалцима,
- да ће Министарство здравља, локалне самоуправе и службе за запошљавање заједнички радити на увођењу флексibilнијих механизама којима ће лакше одговорити на непредвиђене потребе

давалаца здравствених услуга на локалном нивоу,

- да у сарадњи са домовима здравља Министарство планира да ради на развоју програма за КМЕ кадра у здравственим службама, како би квалитет рада и ефикасност у ПЗЗ били унапређени,
- приоритетни програми за едукацију здравственог кадра садржаће оне вештине које су потребне да би се спровеле промене у систему пружања здравствених услуга у ПЗЗ (унапређење тимског рада, рад са вулнерабилним групама становништва, контрола хроничних незаразних болести, промоција здравља, родно осетљива здравствена заштита итд.).⁽⁴⁾

На основу детектованих проблема у ПЗЗ, описаних у стратешким документима Министарства здравља Србије, редизајнирање улога и увођење нових намеће се као једно од больших решења. Промена високог утицаја број 10, када би се применила у здравственом систему Србије, односила би се на растерећење запослених, унапређење квалитета услуге добијањем додатног времена за рад, стављањем пацијента у фокус, повећање задовољства и запослених и корисника, али и на редизајнирање или увођење нових улога радника у циљу привлачења атрактивне радне снаге, односно ради задржавања постојећег и запошљавања новог кадра. Промена може да буде корисна у областима као што су :

- боља доступност и пријем,
- брига о пациентима са дуготрајним хроничним стањима и сл.,
- процес пружања услуга се поједностављује и убрзава јер се уклањају активности које немају додату вредност у протоку пацијената кроз здравствени систем или организацију,
- такође се повећава аутономија пацијената и одлуке се доносе са пациентом у фокусу.⁽⁴⁾

Да би се уопште размишљало о увођењу редизајнирања постојећих улога здравствених радника, по препорукама Агенције за модернизацију треба одговорити на следећа питања:

- да ли је редизајнирање улога основна компонента редизајнирања услуга,
- да ли ова промена има утицаја на време чекања или непотребно кашњење пацијената,
- да ли би дошло до задржавања или новог регрутовања кадра.

Промена високог утицаја приликом имплементације у ПЗЗ мора да буде базирана на употреби протокола, мора да буде јасна, поуздана и безбедна, а пут пацијената мора да буде дефинисан.⁽⁴⁾

Редизајнирање улога подразумева потребу за континуираном личном и професионалном обуком и доживотно учење, што је у здравственом систему Србије донекле већ дефинисано системом континуираних медицинских едукација. У оквиру примарне здравствене заштите у Србији тренутни показатељи иду у прилог вишке немедицинског кадра, као и вишке одређених специјалности. Редизајнирањем улога детектовани вишак чиновника би могао да преузме већи део административног посла здравствених радника. Тиме би се добило додатно време за рад са пациентима и повећало би се задовољство и даваоца и корисника. Ослобођене већег дела административног посла, сестре би могле да преузму део активности од лекара, нарочито при пријему пацијената, затим у раду са хроничним болесницима, у рутинским контролама и лаким дијагностичким процедурама, здравствено-васпитном раду и сл. У примарној здравственој заштити то би подразумевало додатну обuku средњег медицинског кадра, пре свега ради прецизне тријаже, брзе дијагностике, затим едукацију за квалитетније узимање анамнезе, давања рутинских савета о исхрани, основној терапији и сл., али и за унапређење тимског

рада, комуникације и развоја оријентације на циљеве. Познато је да су у примарној здравственој заштити нашег здравственог система учстале посете пацијената (нарочито хроничних), понекад и када нема медицинске оправданости, да у нашем систему постоји превага ка куративном у односу на превентивни вид лечења, као и навика самих пацијената за употребом лекова пре него прибегавању здравим стиловима живљења. Ова промена број десет би могла да доведе до значајног унапређења и обостране користи кроз додатно време за квалитетнији рад са пациентима применом нових вештина. Идентификацијом места у здравственој организацији која су по природи свог посла најоптерећенија и увођењем „асистената практичара“ (за неке потребе то могу бити и адекватно едуковане медицинске сестре) на таква места скратило би се време чекања и успоставио би се бољи проток пацијената. Оно о чему би још требало размишљати је увођење „виших практичара“ који би вршили пријем или тријажирали хитна стања (то, такође, могу бити и лекари и техничари, у зависности од природе радног места), или додељивањем те улоге циклично сваком од запослених лекара, у одређеном временском интервалу, при чему би остали могли да раде несметано и без застоја. Редизајнирање улога гради се на доброј пракси и доказима. Уводећи нове начине рада организација мора да почне да размишља о улогама у оквиру тимова. Потребно је:

- идентификовати проблем који би био решен новим редизајнирањем улога,
- оценити тренутну радну структуру односно дефинисати „ко ради шта“,
- договорити могућности за нове и редизајниране улоге са додатним вештинама или тренингом,
- дефинисати протоколе и водиче који би дозволили ширем спектру професионалаца да пружају негу пациентима,
- договорити едукацију и развојни план.⁽⁴⁾

Према препоруци Агенције за модернизацију, валидни индикатори којима би се на конкретан начин мерило системско унапређење на примарном нивоу могу да буду:

- задовољство пацијената или јавности,
- стопе морталитета од одређених болести,
- време потребно за пријем пацијента на први преглед,
- стопе морбидитета,
- број пацијената упућених на консултације одређеним специјалностима на секундарном нивоу,
- број пријема у болнику због акутизације хроничног стања,
- задовољство запослених итд.⁽⁵⁾

СПРЕМНОСТ НА ПРОМЕНЕ

С обзиром на то да увођење сваке промене за собом повлачи и отпор и да, што је већа промена, и отпор је већи, на такав пријем треба рачунати од самог почетка, у зависности од динамике организације и њене спремности за промену⁽⁶⁾

У нашем систему примарне здравствене заштите протоколи и процедуре се годинама обављају на сличан начин тако да постоје формиране навике и перцепције о перформансама. Такође је утврђена и прихваћена вишегодишња хијерархијска подела улога – лекар, сестра, немедицинско особље. Спремност здравственог кадра за редизајнирање улога била би без отпора у случајевима где то подразумева очување радног места, а то се пре свега односи на немедицинско особље. Мотив за прихватање ове промене од стране лекара и сестара могао би да буде растерећење од администрације, добијање додатног времена за квалитетнији рад са пациентима и веће задовољство свих. Додатно знање и вештине, као што је наведено раније, били би неопходни и подразумевали би континуирани процес усавршавања и доживотно учење. Спремност на промене такође јако зависи од

организационе и опште културе, хијерархијске структуре, динамичности и самозадовљства организације. Промене је много лакше спровести у колективима са добром организационом културом и адекватно едукованим менаџментом који уме да креира осећај нужности промене и који поседује лидерство.⁽⁷⁾

ИЗВОРИ ОТПОРА

Најчешћи извори отпора леже на местима где је промена у односу на постојеће стање највећа. Отпор је врло уско повезан са страхом.⁽⁸⁾

Најчешћи страхови који изазивају отпор променама су:

- страх од губитка претходно стечених позиција,
- страх од непознатог,
- страх од нове количине знања,
- избегавање одговорности,
- губитак комфорта,
- отпор промени стечених навика.⁽⁹⁾

Свако од запослених код кога може да се јави неки од ових страхова био би потенцијални извор отпора. Стратегије за превазилажење отпора односиле би се првенствено на добру информисаност свих запослених у чему се промена састоји, које су предности и користи промене коју ће имати организација у целини а коју сваки запослени појединац. Тражење начина за проналажење личне користи запослених у општој промени подразумевало би и свођење непознавања процеса промене на најмању меру. Промену би требало уводити корак по корак, уз укључивање што већег броја појединача.⁽¹⁰⁾

Од користити би било познавање и израда мотивационих фактора запослених. У процесу увођења промене избор савезника био би од суштинског значаја. План имплементације промене број десет тј. редизајнирање улога запослених требало би да обухвата следеће:

- анализу и мапирање садашњег процеса (одредити прво шта мапирати),
- идентификацију активности без додате вредности и њихово уклањање,
- сагледавање услуга пациентовим очима,
- разумевање захтева,
- јасаноћу по питању капацитета,
- прављење ефективног распореда (права особа, на правом месту, ради праву ствар),
- прављење варијација,
- промовисање нових начина рада,
- дефинисање приоритета за унапређење,
- мерење побољшања на основу валидних индикатора.⁽⁴⁾

Стратешка комуникација је битан елемент за превазилажење отпора и имплементацију промене. Придобијање запослених за овакву промену могуће је представљањем користи и за даваоце и за кориснике услуга, као што је растерећење медицинског особља од административног послана; предочавањем користи на дуже стазе коју би сваки појединач имао услед додатно стечених знања и вештина, колико год то изгледало тешко у првом тренутку. Затим, предочавањем потребе за континуираном едукацијом ради очувања постојећег или добијања бољег радног места, приказивањем модела растерећене службе, истичањем већег задовољства пацијената и запослених и могућношћу склапања бољих уговора.⁽⁴⁾

ЗАКЉУЧАК

Министарство здравља је у својим стешким документима препознalo потребу унапређења и модернизације услуге на примарном нивоу, као и оптерећеност здравствених радника администрацијом, односно потребу за растерећењем. Циљ као што је побољшање услуге која се пружа применом ове промене требало би да постане део стратегије Министарства и за унапређење свеукупне перформансе.

Модел промене дефинисан је у здравственом систему Велике Британије заснован је на доказима, и уз одговарајуће адаптације нашем систему може да буде једно од квалитетнијих решења. Редизајнирање улога би у здравственом систему Србије, у његовом делу примарне здравствене заштите, био крупан корак, али са вишеструким користима за све главне актере, под условом да промену уводи за то адекватно едукован кадар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Больа примарна заштита за све нас. Београд: Министарство здравља Републике Србије, 2010.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes with Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research* June 2003; 38(3): 831–65.
3. European Commission DG Health and Consumer Protection, Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. Luxembourg, 2005.
4. The NHS Modernisation Agency, the Department of Health, High Impact changes for Service Improvement and Deliver. London 2004. Available from URL http://transforminghealth.co.uk/resources/NHSI_10_Impact_Changes.pdf
5. Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D. et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(suppl 1): 14–20.
6. Дулановић Ж, Јашко О. Организациона структура – методе и модели. Београд: Факултет организационих наука, Београд, 2002.
7. Robbins S, Judge T. *Organizational Behavior*. San Diego: San Diego State University; Prentice Hall, 2009.
8. Carnall Colin A. *Managing Change in Organizations*. UK, Harlow: Prentice Hall, 1999.
9. Сајферт З. Управљање променама. Зрењанин: Технички факултет „Михајло Пупин“, Зрењанин, 2008.

Контакт: Др Јелена Крстић, 34000 Крагујевац, ул. Града Сирена 22/35, тел. 060/5306006, e-mail: drjelenakrstic@hotmail.com

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, јавног здравља, здравственог осигурања, економије 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.

Описта 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 усавођа Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). - 26 cm

Месечно.

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

Dijabetičarima vraćeno 10 dana besplatnog lečenja u Vrnjačkoj Banji

Izmenama i dopunama Pravilnika o rehabilitaciji svim osobama obolelim od dijabetesa, starijim od 18 god, na terapiji insulinom, odobreno je desetodnevno lečenje u Specijalnoj bolnici Merkur u Vrnjačkoj Banji o trošku Republičkog Fonda za zdravstveno osiguranje.

Rehabilitacija je produžena sa 5 na 10 dana, a korišćenje ovog vida rehabilitacije omogućeno je jednom u 4 godine, a ne jednom u 7, kako je prethodnim pravilnikom propisano. Navedene promene stupaju na snagu 01. avgusta 2013. godine.

Ovim izmenama svi pacijenti koji su u 2008. godini i u prvoj polovini 2009. godine koristili produženu rehabilitaciju, već sada imaju pravo na ponovni dolazak. Bitno je da prođe tačno četiri godine od završetka prethodnog boravka kako bi se to pravo ponovo ostvarilo.

Potreba za rehabilitacijom obolelih od dijabetesa prepoznata je od strane Republičkog Fonda za zdravstveno osiguranje i direktora prof. Babića. Ona je uticala na promenu odluke RFZO-a, da se rehabilitacija vrati na 10 dana.

Vraćanje rehabilitacije na 10 dana značajno je pre svega za obolele jer se u Merkuru Nacionalnom edukativnom centru za dijabetes sprovodi individualna i grupna edukacija sa svim aspektima problematike koji prate jednu ovaku bolest. Kompleksan edukativni program obuhvata ne samo edukaciju, već i pravilnu ishranu, doziranu fizičku aktivnost, korišćenje prirodnog lekovitog faktora, labaratorijske analize, dijagnostiku (EMNG, ultrazvuk, endoskopija...) najsavremeniju medikamentnu terapiju i akcentovanje motivacije za promenom stila života. Prednost jednog ovakvog Nacionalnog centra je što se edukacija, prevencija i lečenje obolelih od šećerne bolesti sprovode na jednom mestu pod svakodnevnom kontrolom uz timski rad preko 40 lekara različitih specijalnosti i subspecijalnosti. Postignuti su značajni rezultati i veliki pomak u prevenciji i svakodnevnoj borbi protiv hroničnih komplikacija što će u budućem periodu doneti uštede zdravstvenog dinara.

Način da osiguranici iskoriste svoje pravo na desetodnevni boravak produžene rehabilitacije je sledeći:

- 1. Pacijent se javlja svom izabranom lekaru kome prilaže medicinsku dokumentaciju (otpusnu listu ili mišljenje lekara interne medicine ili endokrinologa) i od lekara uzima uput za produženu rehabilitaciju (zeleni uput obrazac 03-3);**
- 2. Sa overenom zdravstvenom knjižicom, uputom izabranog lekara i gore navedenom medicinskom dokumentacijom pacijent se javlja lekarskoj komisiji Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, koja će izdati overeno mišljenje lekarske komisije o upućivanju na produženu rehabilitaciju (obrazac OLK-16);**
- 3. Nakon dobijanja lekarskog mišljenja potrebno je da što pre kontaktiraju Specijalnu bolnicu Merkur kako bi na vreme zakazali termin boravka.**

Tel: 036/618-870, 611-873, 618-860, 618-865, svakog radnog dana od 07:00 do 14:30.

