

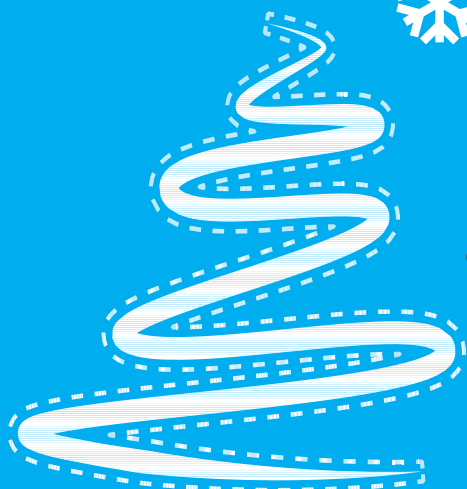
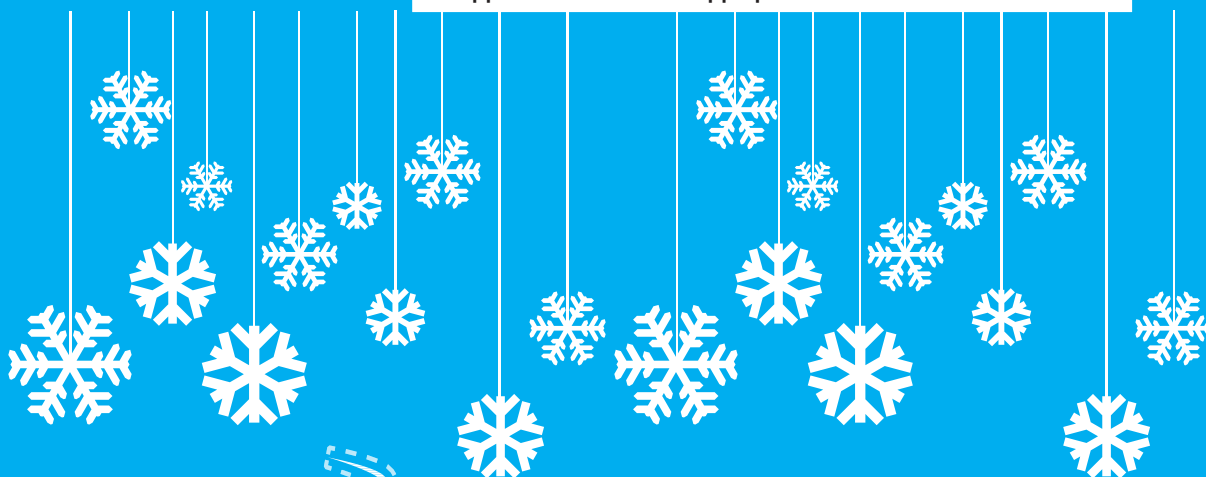
ЗДРАВСТВЕНА



ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLVII • ДЕЦЕМБАР 2018. • БРОЈ 4



*Срећни новогодишњи
и Божићни празници*

2019

ГОДИНА XLVII

Број 4

ДЕЦЕМБАР 2018. ГОДИНЕ

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

ЗДРАВСТВЕНА ЗНАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:

Проф. др Георгиос Константиноидис

Главни и одговорни уредник:

Проф. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:

Доц. др Мирослав Чавлин

Секретар:

Маријана Стојановић

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. Периша Симоновић

Проф. др Дончо Донеv, Македонија

Проф. др Жива Новак Антолич, Словенија

Проф. др Агима Љаљевић, Црна Гора

Доц. др Данијела Штимац, Хрватска

Проф. др Жолт Молнар, Мађарска

Проф. др Васолиос Фанос, Италија

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Снежана Рашић Ђорђевић

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

Тел/факс: (+381 11) 3622 523, 3622 524; Жиро-рачун: 205-4707-32

Лектура/Коректура:

Бојана Пасер

Тираж:

500 примерака

Припрема за штампу:

Дарко Јовановић, Београд

Штампа:

Принтива, Београд

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

Чланци из часописа објављени су у Библиографији Србије, под именом чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

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

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

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

САДРЖАЈ

Стручни и научни радови

<i>1. Љиљана Кулић, Милица Вујовић, Весна Крстовић Спремо</i> ИСПИТИВАЊЕ НИВОА ИНФОРМИСАНОСТИ О БОЛЕСТИ И НИВОА ЗАДОВОЉСТВА КВАЛИТЕТОМ ПРУЖЕНИХ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ, ЛЕЧЕЊЕМ И ЕДУКАЦИЈОМ БОЛЕСНИКА СА ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	1
<i>2. Весна Томић</i> ОСПОСОБЉАВАЊЕ РОДИТЕЉА ДА ПРЕПОЗНАЈУ ЗЛОУПОТРЕБУ ДРОГА	8
<i>3. Драгана Кљајић, Фадилъ Еминовић, Слађана Арсић, Марија Трајков</i> СПОРТСКЕ АКТИВНОСТИ ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ И АРХИТЕКТОНСКЕ БАРИЈЕРЕ	16
<i>4. Констанса Лазаревић</i> ПРИМЕНА БАЛНЕОТЕРАПИЈЕ И КЛИМАТОТЕРАПИЈЕ У ДЕРМАТОЛОГИЈИ	25
<i>5. Срђан Милановић, Никола Милошевић, Марко Дожвић</i> РАДИОТЕРАПИЈА У ЛЕЧЕЊУ НЕМЕЛАНОМСКИХ КАРЦИНОМА КОЖЕ	33
<i>6. Јелена Цвијановић</i> САВРЕМЕНИ ПРИНЦИПИ У ЛИЈЕЧЕЊУ СИНДРОМА КАРПАЛНОГ КАНАЛА	40
<i>7. Биљана Стојановић Јовановић, Стеван Јовановић</i> ДИДАКТИЧКО-МЕТОДИЧКО УСАВРШАВАЊЕ НАСТАВНИКА ЗДРАВСТВЕНЕ СТРУКЕ – ОСНОВ ЗА ПРИМЕНУ ИНОВАЦИЈА	46
<i>8. Рајко Косановић, Христо Анђелски</i> ЛИЦА КОЈИМА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈУ ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ, СА ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЛИЦА КОЈА НИСУ ОБУХВАЋЕНА ОБАВЕЗНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ ОСИГУРАЊЕМ	53
Упутство ауторима	67

ИСПИТИВАЊЕ НИВОА ИНФОРМИСАНОСТИ О БОЛЕСТИ И НИВОА ЗАДОВОЉСТВА КВАЛИТЕТОМ ПРУЖЕНИХ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ, ЛЕЧЕЊЕМ И ЕДУКАЦИЈОМ БОЛЕСНИКА СА ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Љиљана Кулић¹, Милица Вујовић², Весна Крстовић Спремо³

EXAMINATION OF LEVEL OF AWARENESS ON DISEASE AND LEVEL OF SATISFACTION WITH THE QUALITY OF PROVIDED HEALTH CARE SERVICES, TREATMENT AND EDUCATION OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Ljiljana Kulić, Milica Vujović, Vesna Krstović Spremo

Сажетак

Увод. Кардиоваскуларне болести представљају водеће узроке оболевања, одсуствовања са посла, инвалидности и превремене смртности у свим земљама Европе. Овај тренд је најжалост исти широм света.

Циљ рада је испитивање нивоа информисаности о болести од стране здравствених радника и нивоа задовољства квалитетом пружених услуга здравствене неге, лечењем и едукацијом болесника са инфарктом миокарда.

Метод рада. Сprovedено је ретроспективно-проспективно истраживање, дизајнирано као студија пресека. У истраживању су коришћени: социодемографски упитник, упитник за процену здравственог стања, о животним навикама, коморбидитетима и карактеристикама тегоба оболелих, Short Form 36 Health Survey-SF-36 и упитник о информисаности и заинтересованости оболелих од АИМ-а за стицање знања о њиховој здравственој нези. Статистичка анализа података је урађена помоћу SPSS софтверског статистичког програма.

Summary

Introduction. Cardiovascular diseases are the leading causes of illness, absence from work, disability and premature mortality in all countries of Europe. This trend is unfortunately the same around the world.

Objective is to examine the level of awareness on the disease by health workers and the level of satisfaction with the quality of the provided health care services, treatment and education of patients with myocardial infarction.

Methods. A retrospective-prospective study was conducted, designed as a cross-sectional study. The survey used the following: Socio-demographic questionnaire, Questionnaire for assessment of health status, life habits, comorbidities and characteristics of the illnesses of patients, Health Survey-SF-36 and Questionnaire on information and interest of AMI patients for acquiring knowledge about their health care. Statistical analysis of data was made using the SPSS statistical software.

Results. The study covered 175 respondents, 68% of respondents stated that it was fully informed by health professionals about their illness, 22,9% were partially, while the remaining 9,1% of respondents were not informed at all. A statistically significant difference in

¹ Доц. др Љиљана Кулић, Медицински факултет Универзитета у Приштини, Косовска Митровица, Србија (Ljiljana Kulić, PhD, Assistant Professor, University of Priština, Faculty of Medicine, Kosovska Mitrovica, Serbia).

² Мр Милица Вујовић, Одељење за неурохирургију, Клиничко болнички центар Подгорица, Црна Гора (Milica Vujović, MSc, Odeljenje za neurohirurgiju, KBC Podgorica, Montenegro).

³ Проф. др Весна Крстовић Спремо, Медицински факултет Универзитета у Источно Сарајеву, Фоча, Република Српска (Vesna Krstović Spremo, PhD, Professor, University of Istočno Sarajevo, Faculty of Medicine, Foča, Republic of Srpska).

Резултати. Студијом је обухваћено 175 испитаника, 68% испитаника је изјавило да је у потпуности информисано од стране здравствених радника о својој болести, 22,9% је делимично, док преосталих 9,1% испитаника није уопште информисано. Уочена је висока статистички значајна разлика у погледу информисаности болесника ($\chi^2=32,488$; $p=0,001$), при чему је значајно већи број испитаника старије доби, који су делимично или потпуно информисани (55,1%), у односу на млађу групу испитаника (36%), а у односу на пол није уочена статистички значајна разлика. Квалитетом пружених услуга задовољно је 83,4% испитаника, старији (50,9%) су задовољнији од млађих (32,6%), али разлика није статистички значајна. Између две групе испитаника различитог пола није уочена статистички значајна разлика у односу на задовољство квалитетом пружених услуга у болници. Већина испитаника (89,7%) сматра да медицинске сестре посвећују довољно пажње њиховој едукацији и лечењу, при чему између група испитаника у односу на старост и пол не постоји статистички значајна разлика.

Дискусија. Око две трећине је у потпуности, око једне петине делимично, а око једне десетине није уопште информисано о својој болести од стране здравствених радника. У односу на старост, уочена је висока статистички значајна разлика у погледу информисаности, при чему је значајно већи број старијих испитаника делимично или потпуно информисано, у односу на млађе, а у односу на пол није уочена статистички значајна разлика. Квалитетом пружених услуга задовољно је око 80%, старији су задовољнији од млађих, али разлика није статистички значајна, а није уочена статистички значајна разлика у односу на пол. Око 90% сматра да медицинске сестре посвећују довољно пажње њиховој едукацији и лечењу, а у односу на старост и пол не постоји статистички значајна разлика.

patient information was observed ($\chi^2=32,488$; $p=0,001$), with a significantly higher number of elderly respondents who were partially or fully informed (55,1%) compared to the younger group of respondents (36%), and statistically significant difference was noticed in relation to gender. The quality of the services provided is satisfied with 83,4% of the respondents, the elderly (50,9%) are satisfied with the younger ones (32,6%), but the difference is not statistically significant. There was no statistically significant difference between the two groups of respondents of different sexes in relation to satisfaction with the quality of services provided in the hospital. Most respondents (89,7%) think that nurses pay enough attention to their education and treatment, where there is no statistically significant difference between the groups of respondents compared to age and gender.

Discussion. About two-thirds is fully, about one-fifth is partly and about one-tenth is not fully informed about their illness by health workers. Compared to age, there was a high statistically significant difference in terms of information, with significantly higher number of elderly respondents being partially or fully informed compared to younger ones, and statistically significant difference was noticed in relation to gender. The quality of services provided is satisfactory in about 80%, the older are satisfied with the younger ones, but the difference is not statistically significant, and there is no statistically significant difference in relation to gender. Approximately 9% of them think that nurses pay enough attention to their education and treatment, and there is no statistically significant difference in relation to age and gender.

Conclusion. Regarding the level of information about their illness by health workers, the majority of respondents, about two-thirds said that it is completely, about one-fifth, partly, and about one-tenth, that they are not informed at all about their illness by health workers. Compared to age, a statistically significant difference was observed in terms of information,

Закључак. У погледу нивоа информисаности о својој болести од стране здравствених радника највећи број испитаника, око две трећине, изјавило је да је у потпуности, око једне петине делимично, а око једне десетине да није уопште информисано о својој болести од стране здравствених радника. У односу на старост уочена висока статистички значајна разлика у погледу информисаности, при чему је значајно већи број испитаника старије доби који су делимично или потпуно информисани, у односу на млађу групу испитаника, а у односу на пол није уочена статистички значајна разлика у погледу информисаности. Квалитетом пружених услуга у болници и посвећеном пажњом њиховој едукацији и лечењу од стране медицинских сестара задовољна је већина болесника са инфарктом миокарда, али у односу на старост и пол не постоји статистички значајна разлика.

Кључне речи: инфаркт миокарда, информисаност, здравствена нега, лечење, едукација болесника.

with a significantly higher number of respondents of the elderly who were partially or fully informed compared to the younger group of respondents, and statistically significant difference in terms of information was noticed in relation to gender. Most patients with myocardial infarction are satisfied with the quality of hospital care and attention given to their education and treatment by nurses, but there is no statistically significant difference in relation to age and gender.

Keywords: myocardial infarction, awareness, health care, treatment, patient education.

УВОД

Кардиоваскуларне болести представљају водеће узроке оболевања, одсуствовања са посла, инвалидности и превремене смртности у свим земљама Европе. Сваке године у свету од болести срца и крвних судова умире преко 17,3 милиона људи, а до 2030. године број умрлих износиће око 23 милиона. Светска федерација за срце упозорава да 82% смртних исхода од болести срца и крвних судова и више од 60% оптерећења исхемијском болешћу срца потиче из ниско и средње развијених земаља. То значи да у Србији сваког сата од различитих облика кардиоваскуларних болести умире шест особа. Као најтежи облик исхемијских болести срца, акутни коронарни синдром (АКС), који укључује акутни инфаркт миокарда и нестабилну ангину пекторис,

водећи је здравствени проблем у развијеним земљама света, а последњих неколико деценија и у земљама у развоју. Болести срца и крвних судова су у Србији водећи узрок оболевања и умирања и код више од половине од укупног броја умрлих узрок смрти су болести срца и крвних судова. Морталитет од АКС у Србији износи 68,4 на 100.000 становника. Између 16.000 и 18.000 пацијената доживи инфаркт годишње, а да трећина њих никада не дође у болницу.^(1, 2) За болеснике са инфарктом миокарда веома је значајна информисаност о болести од стране здравствених радника. Поред тога веома је значајно да ли су болесници задовољни квалитетом пружених услуга здравствене неге, едукацијом о њиховој болести и лечењем.

ЦИЉ РАДА

Циљ овог рада је испитивање нивоа информисаности о болести од стране здравствених радника и нивоа задовољства квалитетом пружених услуга здравствене неге, лечењем и едукацијом болесника са инфарктом миокарда.

МЕТОД РАДА

У циљу испитивања нивоа информисаности о болести од стране здравствених радника, задовољства квалитетом пружених услуга здравствене неге и нивоа посвећивања медицинских сестара едукацији и лечењу болесника са инфарктом миокарда, спроведено је ретроспективно-проспективно истраживање, дизајнирано као студија пресека. Истраживање је спроведено у Интернистичкој амбуланти Клиничко-болничког центра у Подгорици и Дому здравља у Подгорици, при доласку пацијената на контролне прегледе. У истраживању су коришћени: социодемографски упитник, упитник за процену здравственог стања, о животним навикама, коморбидитетима и карактеристикама тегоба оболелих, Short Form 36 Health Survey-SF-36 и упитник о информисаности и заинтересованости оболелих од АИМ-а за стицање знања о њиховој здравственој нези. Статистичка анализа података је урађена помоћу SPSS софтверског статистичког програма. Од непараметријских статистичких тестова су коришћени Хи-квадрат (тест, а од параметријских тестова је коришћен тест независних узорака. Разлика на нивоу вероватноће $p < 0,05$ се сматра статистички значајном, а вероватноћа $p < 0,01$ ће се сматрати високо статистички значајном. Резултати ће бити приказани у виду табела.

РЕЗУЛТАТИ

Студијом је обухваћено 175 испитаника старости од 20 и више година, међу којима највећи број испитаника (61,7%) припада старосној групи од 51 до 70 година, док преосталих 38,3% испитаника припада млађој старосној групи од 20 до 59 година, а просечна старост испитаника је 53,12 година. Међу испитаницима је било било 113 (64,6%) мушкараца и 62 (35,4%) жене.

У погледу нивоа информисаности о својој болести од стране здравствених радника, 68% испитаника је изјавило да је у потпуности информисано од стране здравствених радника о својој болести, 22,9% је делимично, док преосталих 9,1% испитаника није уопште информисано о својој болести. Између две старосне групе испитаника је уочена висока статистички значајна разлика у погледу информисаности ($\chi^2=32,488$; $p=0,001$), при чему је значајно већи број испитаника старије доби који су делимично или потпуно информисани (55,1%), у односу на млађу групу испитаника (36%). Између две групе испитаника различитог пола није уочена статистички значајна разлика у погледу информисаности (Табела 1).

Табела 1. Подаци добијени анкетом о нивоу информисаности о својој болести од стране здравствених радника у односу на пол и старост испитаника.

Редни број	Социо-демографске карактеристике испитаника	Да ли сте довољно информисани о својој болести од стране здравствених радника? Број (%)			χ^2	<i>p</i>
		Да	Делимично	Не		
0	1	2	3	4	5	6
1	Старост 20–50 година 51–70 година	62 (35,4) 57 (32,6)	1 (0,9) 39 (22,3)	4 (2,3) 12 (6,9)	32,488	0,001
2	Пол Мушкарци Жене	78 (44,6) 30 (17,1)	26 (14,9) 14 (8)	9 (5,1) 7 (4)	0,356	0,551

Квалитетом пружених услуга задовољно је 83,4% испитаника. Испитаници старије доби (50,9%) задовољнији су квалитетом пружених услуга у болници за разлику од млађе популације (32,6%), међутим,

разлика није статистички значајна. Када је у питању пол, између две групе испитаника различитог пола није уочена статистички значајна разлика у односу на задовољство квалитетом пружених услуга у болници (Табела 2).

Табела 2. Подаци добијени анкетом о задовољству квалитетом пружених услуга у току боравка у болници у односу на пол и старост испитаника.

Редни број	Социо-демографске карактеристике испитаника	Да ли сте задовољни квалитетом пружених услуга у болници? Број (%)		χ^2	<i>p</i>
		Да	Не		
0	1	2	3	4	5
1	Старост 20–50 година 51–70 година	57 (32,6) 89 (50,9)	10 (5,7) 19 (10,9)	0,213	0,645
2	Пол Мушкарци Жене	96 (54,9) 50 (28,6)	17 (9,7) 12 (6,9)	0,538	0,463

Већина испитаника (89,7%) сматра да медицинске сестре посвећују довољно пажње њиховој едукацији и лечењу, при

чему између група испитаника у односу на старост и пол не постоји статистички значајна разлика (Табела 3).

Табела 3. Став испитаника о нивоу посвећивања медицинских сестара едукацији и лечењу испитаника у односу на пол и старост испитаника.

Редни број	Социо-демографске карактеристике испитаника	Сматрате ли да медицинска сестра посвећује довољно пажње Вашој едукацији и лечењу? Број (%)		χ^2	<i>p</i>
		Да	Не		
0	1	2	3	4	5
1	Старост 20–50 година 51–70 година	62 (35,4) 95 (54,3)	5 (2,9) 13 (7,4)	0,938	0,333
2	Пол Мушкарци Жене	102 (58,3) 55 (31,4)	11 (6,3) 7 (4)	0,105	0,746

ДИСКУСИЈА

У погледу нивоа информисаности о својој болести од стране здравствених радника највећи број испитаника, око две трећине, изјавило је да је у потпуности, око једне петине делимично, а око једне десетине да није уопште информисано о својој болести од стране здравствених радника. У односу на узраст, односно старост уочена је висока статистички значајна разлика у погледу информисаности ($\chi^2=32,488$; $p=0,001$), при чему је значајно већи број испитаника старије доби који су делимично или потпуно информисани (више од половине), у односу на млађу групу испитаника (трећина). Између две групе испитаника различитог пола није уочена статистички значајна разлика у погледу информисаности. Квалитетом пружених услуга задовољна је већина испитаника, њих око 80%, при чему су испитаници старије доби задовољнији квалитетом пружених услуга у болници за разлику од млађе популације, али разлика није статистички значајна. Када је у питању пол, није уочена статистички значајна разлика у односу на задовољство квалитетом пружених услуга у болници. Већина испитаника (око 90%) сматра да медицинске сестре посвећују довољно пажње њиховој едукацији и лечењу, при чему између група испитаника у односу на старост и пол не

постоји статистички значајна разлика. Резултати овог истраживања потврђују резултате из литературе.⁽³⁻⁹⁾

ЗАКЉУЧАК

У погледу нивоа информисаности о својој болести од стране здравствених радника највећи број испитаника, око две трећине, изјавило је да је у потпуности, око једне петине делимично, а око једне десетине да није уопште информисано о својој болести од стране здравствених радника. У односу на старост уочена је висока статистички значајна разлика у погледу информисаности, при чему је значајно већи број испитаника старије доби који су делимично или потпуно информисани, у односу на млађу групу испитаника, а у односу на пол није уочена статистички значајна разлика у погледу информисаности. Квалитетом пружених услуга у болници и посвећеном пажњом њиховој едукацији и лечењу од стране медицинских сестара задовољна је већина болесника са инфарктом миокарда, али у односу на старост и пол не постоји статистички значајна разлика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Финални извештај и Основни резултати истраживања здравља становника Републике Србије у 2015. години, Здравствено статистички годишњак за 2015. годину. <http://www.batut.org.rs/index.php?content=59>.
2. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients needs, satisfaction and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcome*, 2004; 2: 32.
3. Rančić N., Petrović B., Apostolović S., Mandić M., Antić I. Assessment of health-related quality of life in patients after acute myocardial infarction. *Med Pregl*, 2011; LXIV(9–10): 453–460.
4. Kristofferzon LM, Lofmark R., Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart Lung*, 2005; 34(1): 39–50.
5. Васиљевић З., Матић Д., Мицковски-Каталина Н., Панић Г., Кротин М., Путниковић Б., и сар. Клиничка обележја, лечење и смртност болесника с акутним коронарним синдромом у Србији од 2002 до 2005. године: анализа података националног регистра за акутни коронарни синдром. *Srp Arh Celok Lek*, 2007; 135(11–12): 645–54.
6. Dobrić M., Ostojić M., Nedeljković M., Vukčević V., Stanković G., Stojković S., et al. Treatment of acute ST elevation myocardial infarction with primary percutaneous coronary intervention in Department of cardiology, Clinical centre of Serbia, Belgrade: movement and treatment of patients from the onset of chest pain till the attempt of reopening the infarct-related artery. *Srp Arh Celok Lek*, 2007; 135(9–10): 521–31.
7. Secondary prevention after a myocardial infarction. NICE quality standard 99. Issued: September 2015. Доступно на: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs99>. Датум приступа: 28. 6. 2016.
8. Вуковић Глорија Гочин. Здравствена њега у кардиологији, умијеће садашњости и изазов будућности. *Cardiologia Croatica*, 9 (2014).
9. Мијаиловић ЗМ, Стајић З., Јевтић М., Александрић С., Матуновић Р., Тавчиовски Д. Терапијски приступ код пацијената који се подвргавају перкутаном коронарним интервенцијама. *Мед. прегл*, 2009; 62(7–8): 331–6.

Контакт: Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.

ОСПОСОБЉАВАЊЕ РОДИТЕЉА ДА ПРЕПОЗНАЈУ ЗЛОУПОТРЕБУ ДРОГА

Весна Томић¹

MAKING CAPABLE OF PARENTS TO RECOGNIZE DRUG ABUSE AMONG CHILDREN

Vesna Tomić

Сажетак

Алармантни подаци о порасту броја младих који злоупотребљавају дроге и започињу са тиме све раније довољни су разлози за хитну интервенцију у заједници.

Циљ рада је практичне природе да се скрене пажња родитељима како да се баве овим проблемом уколико до њега дође у породици и како могу да то препознају у пракси. Рад је структуриран кроз следеће целине:

- 1. промене породичне структуре и динамике интерперсоналних односа;*
- 2. супротстављање социјалном притиску вршњака за пробање дроге;*
- 3. примање и пружање социјалне подршке заједници.*

Мотиви због којих млади експериментирају са дрогом или је континуирано злоупотребљавају су бројни и по природи хетерогени. Свакој од тих погрешних одлука доприносе родитељи на директан или индиректан начин кроз: неразумевање, немање времена за дете, несналажење у родитељским обавезама и одговорностима, незнање о проблемима наркоманије.

У закључку наводимо да је, поред предлога мера за детекцију проблема наркоманије, предложен и план едукације родитеља за школску децу.

Кључне речи: *родитељи, дрога, комуникација, социјални притисак.*

Summary

The facts about increasing drug abusing among adolescents and beginning with this addict at less ages demands urgent intervention in the community.

The aim of this paper is to give practice recommendations for parents and make them capable to recognize potential problem abusing drugs in family. This paper is organized through three wholes off:

- 1. changing structure and dynamics of interpersonal relations,*
- 2. oposite social pressure of same age children,*
- 3. social support in the community.*

The number of motives of drug abuses are numerous and different. In every of this wrong making decision parents participate through: not understanding the youth, having no time for talking with children, don't knowing how in parents obligations and responsibilities.

In the conclusion emphasized it will be behind recommendations for detecting problem will be suggested the plan for education of parents in schools.

Key words: *parents, drug abuse, communication, social pressure.*

¹Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, Србија.

ПРОБЛЕМ

Пораст броја младих који злоупотребавају дрогу, као и све нижи (млађи) узрасти на којима се то започиње и/или наставља, алармантне су чињенице и подаци надлежних институција.

Анализа тих података указује да су здравствене установе чији је приоритет превентивна делатност у знатној мери затајиле у вршењу својих основних функција – превенцији болести зависности.

Социјалнопсихолошке околности у заједници које директно и индиректно промовишу агресивну и нетолерантну комуникацију кохерентне су са ставом о минимизирању улоге породице, што олакшава да дрога нађе пут ка младим нараштајима.

У третирању проблема злоупотребе психоактивних супстанци на превентивном нивоу мало је шта ново. Одавно се зна да је и економски и медицински најисправније и најефикасније улагање у програмски здравственоваспитни рад. Оно што је ново у проблемима наркоманије су:

- дисперзија психоактивних супстанци преко интернета и социјалних мрежа – нови начини њене дистрибуције;
- нове су поједине синтетичке врсте дрога.

Најчешће предрасуде у заједници које прате овај проблем су: да дрога не ствара зависност; да улепшава доживљај; да побољшава квалитет живота – све три у супротности са реалношћу и фаталним исходом који дрога најчешће има за последицу.

УВОД

Иако се чини да су сва знања лако доступна и распрострањена у заједници, у пракси то није случај, што демантује распрострањеност злоупотребе дрога. Листа разлога због којих млади експерименту са дрогом или наставе да је користе је

неисцрпна, а могуће је груписати на следећи начин:

1. Једна група потиче из породичне средине и односи се на неодговарајућу структуру и динамику интерперсоналних односа у њој, презаузетост родитеља да се баве својом децом, недовољно знање родитеља да препознају промене у понашању деце, „психичко слепило“ родитеља за проблем злоупотребе психоактивних супстанци, зазирање од става околине по том питању.
2. Друга група односи се на неке развојне особености младих које погодују за експериментисање са дрогом: несигурност, неразвијено самопоуздање, потреба за идентификацијом са вршњацима, социјални притисци вршњака, жеља за постизањем задовољства, одржавање социјалних интеракција са вршњацима који експериментуишу са дрогом, жеља за променама, неразвијена одговорност за поступање.
3. Трећу групу чине фактори ширег социјалног окружења – заједнице: негативни модели понашања, губитак традиционалних вредности, губитак ауторитета институција, злоупотреба интернета и социјалних мрежа, промовисање насилне комуникације.

Злоупотреба дроге међу младима највише угрожава преадолесцентну и адолесцентну популацију са кризом или конфузијом идентитета, а болест названа „бела куга“ постала је опасна епидемија које дрогама некритички додељује ореол модерног мита. Та социјална реалност увела је у свет субкултуру (антикултуру) наркомана који имају своју филозофију, језик, „хедонистичко слављење живота“, тиранију култа сада и овде, што брже и безбрижније. А суштина проблема је сасвим супротна.

У покушајима да нађе себе, адолесцент има потребу да се идентификује са референтном групом у којој доживљава могућност

гратификације. Удруживањем са осталим вршњацима у групу млада особа стиче и осећање самопоштовања. У групи они изграђују сопствене нормативе и стандарде понашања. Имају слична интересовања и интерна мерила која се разликују од мерила и морала њихових вршњака. Многи међу њима су свесни чињенице да то није прави пут ка социјалној афирмацији, али сматрају да је то привремена, импровизирана егзистенција из које ће једног дана када буду желели они изаћи и наставити реалним путем да изграђују своју егзистенцију.

ФАКТОРИ РИЗИКА И НАРКОМАНИЈА

Уочљиви су неки општи трендови у старосној и социјалној структури младих корисника као и модалитети употребе дрога код нас:

- свакодневно расте број корисника дроге и број наркомана, али и број малолетника међу њима;
- старосна граница првог контакта са дрогом помера се на све ниже, према старијим основношколским узрастима;
- старосна граница се спустила и за редовну злоупотребу дрога;
- социјална структура корисника се шири и дрога продире у све социјалне кругове;
- развијају се политоксикоманије – млади користе различите супстанце (лекове, алкохол) које комбинују са дрогом;
- расте број малолетних делинквената због прекшаја у вези са дрогом;
- деца су та која дилују дрогу, по налогу старијих, јер не подлежу санкцијама.

Фактори ризика за злоупотребу дрога су чиниоци који су у корелацији са већом могућношћу злоупотребе дрога. Кроз бројне социјалне интеракције различитих нивоа и степена сложености могуће је издвојити факторе ризика кроз:

- Друштвене факторе: економска криза, морална криза, промовисање негативних вредности, социјална изолованост, дезорганизација заједнице, доступност дроге.
- Породичне факторе: поремећена структура и динамика међуљудских односа у породици најшире схваћених; агресивна комуникација.
- Школски фактори: лош успех у школи, честа изостајања, асоцијативно понашање;
- Фактори ризика у личности: недисциплина, незреле одлуке, толерантан став према дроги, алкохолу, непостајање отпорности на социјалне притиске вршњака.

Познавање фактора ризика је пут за идентификацију циљаних група за превентивне интервенције. Колико год озбиљно анализирали факторе ризика и утицај културе у порасту броја младих који злоупотребљавају психоактивне супстанце, кључна је улога родитеља и породице у моделима система вредности, ставова и шема понашања са којима се млади идентификују.

У том контексту пружићемо практичне препоруке за деловање родитеља у два главна правца превентивног деловања:

- Како да препознају код свог детета да злоупотребљава дрогу.
- Како да помогну детету да развије вештину јачања отпорности на социјалне притиске вршњака.

Проблеми са којима се млади суочавају у животној реалности могу се поделити на:

1. Проблеме сопственог идентитета – проблеме проналажења себе.
2. Проблеме оријентације у социјалној средини.
3. Социјалне притиске вршњака.

Већина младих стиче информације о дрогама ван своје куће, ван породице.

Углавном се информишу од вршњака и преко социјалних мрежа. Родитељи могу да имају страх од тога да ће, уколико разговарају са својом децом о дрогама, подстаћи их да са њима експериментишу. Тај страх је нереалан, јер разговор у ситуацији поверења неће их мотивисати на погрешан избор. Предрасуде, заблуде и ограничења родитеља не смеју да буду изговор за одговорно обављање својих улога.

АКТИВНОСТИ У ПОРОДИЦИ КОЈЕ ПОМАЖУ ПРЕВЕНЦИЈИ ЗАВИСНОСТИ

Понекад родитељи осете да могу утицати врло мало на то да се њихова деца уздрже од употребе цигарета, алкохола, дрога. Они обично реагују на израз бриге око злоупотребе дрога. Оно што родитељи могу да учине је да створе пријатну и љубављу испуњену атмосферу у свом дому и да подрже неке породичне вредности и активности које доприносе превенцији.

1. Нека чланови ваше породице знају да их волите и у породичном амбијенту имају сигурност. Када се јави неки од проблема у породичној динамици, не осуђујте дете због неадекватног поступка или понашања, већ му до детаља објасните у чему греша.
2. Имајте времена за своје дете (децу) – уведете у различите активности кроз које ћете му понудити конструктивне начине да користи своје време.
3. Контролишите и ограничите детету гледање телевизије, седења на интернету и друштвеним мрежама.
4. Разговарајте са децом о систему вредности – о ономе што је прихватљиво или неприхватљиво као стандард понашања.
5. Контролишите своје дете са ким се дружи, како и колико. Нека ваша породица буде отворена за вршњаке вашег детета и њихове родитеље.

6. Прилагодите своје понашање према особама из за вас социјално референтног круга. Испољите бригу, помоћ и подршку за остале чланове породице – посебно старе и болесне.

7. Разговарајте отворено о болестима зависности – посебно алкохолу, дрогама и дувану. Забраните им да их користе и детаљно објасните зашто.

8. Анализирајте како ваше понашање утиче на вредносни систем вашег детета – деца уче имитацијом, идентификацијом и по моделу од својих родитеља различите облике понашања. Ускладите, ако то није случај системе вредности оба родитеља, да не би један причао једно, а други друго, чиме ће дете бити у забуни и унутрашњем конфликту које вредности да усвоји.

9. Промовишите здраво и одговорно понашање – кроз различите активности понудите свом детету да се бави спортом, музиком или читањем књига, не интернета. Да бисте развијали његову одговорност, поверите му неке редовне обавезе у кући. Правила понашања и одговорност у случају њиховог кршења морају да буду унапред познати и трајни.

10. Научите све што треба да знате о дрогама и алкохолу – отворено забраните њихову злоупотребу у кући и ван ње.

11. Подстичите сигурност и самопоуздање свога детета, чиме ћете индиректно деловати и на формирање његовог самопоштовања.

12. Научите га да критички мисли – прима и обрађује информације.

13. Контролишите своје понашање које је модел за формирање ставова и понашање детета.

ПРЕПОРУКЕ ЗА РОДИТЕЉЕ КАКО ДА ПРЕПОЗНАЈУ ДЕТЕ КОЈЕ ЕКСПЕРИМЕНТИШЕ СА ДРОГОМ

Први корак који родитељи треба да предузму ако посумњају да њихово дете злоупотребљава дрогу јесте да консултују стручњаке за ту проблематику у референтним здравственим установама.

Родитељи који игноришу овај потенцијални проблем чине то углавном из два разлога: недовољно знање или незнање о проблему наркоманије и други је „психолошко слепило“ – отпор изазван психолошким факторима да се суоче са проблемом које има њихово дете.

Практични савети који би могли да им олакшају препознавање експериментисања или злоупотребе дрога у смислу његовог препознавања су:

1. Промењен, занемарен изглед детета различит од претходно уобичајеног.
2. Проширене зенице, несконцентрисан поглед.
3. Дуги периоди неуредног спавања и слабије исхране.
4. Склоност учесталим конфликтима у кући и у школи.
5. Повећана активност и ексцитираност.
6. Говорљивост, еуфорија, узбуђеност.
7. Слаба концентрација пажње у комуникацији.
8. Агресивна, насилна комуникација када проблем не може да реши.
9. Незаинтересованост за збивања око себе.
10. Промењен круг непосредног социјалног окружења.
11. Необјашњиво трошење или губитак новца.
12. Пад у школском успеху и постигнућу у школи.
13. Учестали одласци од куће.

14. Поремећени интерперсонални односи у школи и кући.

15. Неоправдани изостанци у школи.

16. Малолетничко, делинквентно, криминогено понашање.

Наведени су делови репертоара у промени понашања које родитељи треба и могу да уоче код своје деце, као могућност да они злоупотребљавају психоактивне супстанце.

Поред наведених, родитељима треба скренути пажњу на суштину проблема наркоманије, а то су: да је то стање привремене или трајне интоксикације организма узроковано поновним уношењем дроге (природне или синтетичке). Њене карактеристике су следеће: неодољива жеља да се настави са узимањем дроге и да се она набави по сваку цену; тенденција да се повећа доза, стварање психичке и физичке зависности од дроге.

ПРАКТИЧНИ САВЕТИ ЗА РОДИТЕЉЕ

1. Комуницирајте са децом – основу квалитетне комуникације са децом чини поверење које је једини реални капитал за све врсте међусобних односа које са њима изграђујете. Комуникација са децом треба да буде отворена, јасна, експлицитна у изношењу ставова и вредности. Разговарајте са њима о свему: постављајте им питања о свему – учењу, вршњацима, како се друже, а онда их пажљиво саслушајте шта имају да вам кажу или вас питају. Одговорите им на свако постављено питање. За ову врсту активности потребно је само да родитељи одвоје време и то сваког дана. Укратко: пажљиво их слушајте, обавезно их охрабрујте и подржавајте, критикујте са објашњењима, наводите им примере позитивних узора (модела), пратите његову невербалну комуникацију, реагујте разборито, не импулсивно.

2. Обучавајте дете да критички размишља и одупре се штетном социјалном притиску вршњака – један од разлога широке распрострањености дрога је тај што знатан број вршњака дилује дрогу. Окружење врши социјални притисак кроз нуђење дроге, а уколико се одбија крећу са исмејавањем детета, психолошким малтретирањем и искључивањем из социјално референтне групе вршњака. То представља проблем за младе који желе и да припадају референтној групи и да се социјално афирмишу. Оспособите их на време да критички мисле, цене индивидуалност, да избегну ризичне ситуације, да цене себе и своје одлуке.

3. Контролишите дететове социјалне контакте – та врсте контроле односи се како на круг пријатеља са којима се дружи свакодневно тако и на контакте које остварује путем социјалних мрежа. Ако сумњате да неко дете има негативан утицај на ваше, проверите га, а онда о њему отворено разговарајте са вашим дететом. Ограничите детету време вечерњих излазака, време које ће провести испред телевизора и време које ће проводити на компјутеру или телефону.

4. Оспособите дете да самостално одлучује и да за своје одлуке сноси одговорност – с обзиром на развојне карактеристике адолесценције, њихове жеље и потребе, постепено им дајте све већу слободу у процесу доношења одлука који је кључан за иницирање понашања. Разговарајте са њима о процесу како су дошли до одређене одлуке и јасно укажите на потенцијалне последице коју та одговорност носи са собом. Испољите стрпљење у комуникацији са њима када је одлучивање у питању, не намећите им своје мишљење и савете.

5. Пренесите деци потребне информације о дрогама – сигурно је да им нећете о томе држати трибине и предавања, него је најефикасније да о томе са њима

разговарате у форми питања и одговора. Увек им наводите добре, позитивне примере из ширег социјалног окружења. Будите јасни у манифестовању става забране да експериментишу са дрогом.

6. Помозите детету да развије самопоздање и самопоштовање – за развијање отпорности на социјалне притиске у развоју личности детета кључни су самопоздање и самопоштовање, које је могуће развијати похвалама и подршкама за оно што ураде у свакодневним активностима. Подстицање развоја сопствених капацитета један је од начина за ефикасно суочавање са стресним ситуацијама у које свакако спада и социјални притисак вршњака. Он се сматра стресором за онога ко трпи притисак, не жели да ми подлегне, а познате су му санкције које следе – међу којима је кључна искључивање из социјално референтног круга вршњака. Децу треба хвалити експлицитно и пред осталим члановима породице за сваки мањи успех или обавезу коју испуни. Децу је могуће казнити за учињени прекршај уз објашњење зашто се то ради, али их никако не треба омаловажавати и потцењивати.

7. Контролишите себе и своје поступке – задржите контролу у изненадним, провокативним ситуацијама потенцијалног конфликта са дететом. Немојте дозвољавати негативним емоцијама и бесу да вас преплави. У конфликтним ситуацијама инсистирајте на отвореној комуникацији и проналажењу компромисног решења. Преиспитајте своје личне и породичне ставове и вредности. Веома је важно да родитељски пар има кохерентан и конзистентан систем вредности, а не да буде један родитељ удара у клин, други у плочу. Таква ситуација инкомпатиблиних вредности може у детету да изазове интрапсихички конфликт, па да тако ситуационо изазвано дете скрене у ризично понашање.

8. Промовишите у породици здравље као вредност и здраве облике понашања у свакодневном животу – нека они буду избор као начин живота ваше породице. Децу треба укључити у што већи број школских и ваншколских активности: од спорта и рекреације до различитих секција. Не мора оно да буде најбољи у групи, већ је битније да развија сарадњу и добије подршку када је то потребно. Научите децу да је важно да имају свој џепарац и да о њему самостално брину и распоређују га. Када постану довољно зрела, подстицати их да до новца новца самостално дођу кроз хонорарне послове.

9. Учествојте у превентивним напорима школе – у свему ономе што се тамо организује будите активни, пратите и размењујте информације са осталим родитељима.

10. Обратите пажњу на квалитет социјалних интеракција вашег детета са његовим вршњацима – континуирано са дететом разговарајте о односима између полова, развијању и неговању другарства и пријатељства. Покажите личним примером да су квалитет међуљудских односа и пријатељи нешто што се мора неговати, ценити и одржавати током целог живота. Објасните разлике између стварног и виртуелног света који се данас нуди.

11. Научите дете да се суочава са стресним ситуацијама и да су оне делови свакодневне праксе. Посебно му посветите пажњу и разговарајте на тему конфликта у интерперсоналним односима и начинима за њихово превазилажење. Не дозволите у неком од адолесцентних проблема да посежу за дрогом мислећи да ће им она решити свакодневне проблеме у кући или школи.

12. Оспособите да позитивно размишљају и креативно решавају проблеме, а не да одустају чим се неки од њих појаве или да не прибегавају „помоћним

средствима“, за које мисле да ће им подићи расположење и одагнати проблем.

13. Оспособите личним примером децу да читају књиге и да о њима развијају критичко мишљење.

14. Запамтите да је ваша улога у одабиру како ће ваше дете живети кључна у свим узрастима вашег детета, иако је добро позната чињеница да је трговина и дистрибуција дрога у делатности организованог криминала. Будите свесни своје васпитне обавезе и улоге у животу детета!

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ

Резултати у лечењу наркоманије истичу у први план превентивни приступ у решавању овог проблема. Превентивне мере заснивају се на упознавању људског понашања – на упознавању психолошких потреба младих и откривању узрока који леже у основи пораста наркоманије. Стварање већих могућности за младе на слободним – спортским или дугим активностима корак је у добром правцу. Не мање значајно је постепено мењати систем вредности који је традиционалан заменио виртуелним, широко провокативним.

На нивоу заједнице напори друштва би били усмерени на заштити личности од могућности да дође у контакт са дрогом. Када се зна да је трговина дрогама у ресору организованог криминала, јасно је да је у томе улога полиције и свих осталих институција од пресудног значаја.

Улога медија, писаних и електронских, јесте у томе да нуде позитивне моделе угледних јавних личности, а не лечене наркомане који анимирају публику према новокомпонованој методологији формирања јавног мњења кроз рејтинге. Не треба губити из вида, као што је то већ помало случај, да се знатан број ХИВ инфицираних регрутује управо из популације наркомана, хомосексуалаца и проститутки.

Страх који се покушава наметнути у професионално одговорној јавности да се негативно етикетирају поједини делови популације тиме што се зна да се велики

број наркомана регрутује из разведених породица, па се као они негативно етикетирају је сасвим без смисла када је струка у питању.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонијевић М., Букелић Ј. Наркоманије младих. БИГЗ, Култура, Београд, 1970.
2. Бацковић А., Мугоша Б. и сар. Превенција наркоманије. Уницеф, Подгорица, 2000.

3. Букелић Ј. Дрога – мит или болест. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1981.
4. Ђокић Д. Заштитите своје дете од дрога. Институт за заштиту здравља Србије, Београд, 2000.

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

СПОРТСКЕ АКТИВНОСТИ ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ И АРХИТЕКТОНСКЕ БАРИЈЕРЕ

Драгана Кљајић¹, Фадиљ Еминовић², Слађана Арсић³, Марија Трајков⁴

SPORTS ACTIVITIES OF PERSONS WITH DISABILITIES AND ARCHITECTURAL BARRIERS

Dragana Kljajić, Fadilj Eminović, Slađana Arsić, Marija Trajkov

Сажетак

Увод: Реализација спортских активности особа са инвалидитетом захтева пре свега приступачност спортских објеката и спортских терена. Архитектонске баријере су просторне препреке унутар изграђеног окружења које корисницима инвалидских колиџа ограничавају или у потпуности онемогућавају њихову самосталну употребу.

Циљ истраживања је био да се испита на које архитектонске баријере наилазе особе са повредом кичмене мождине – параплегијом које се рекреативно или професионално баве спортом.

Методологија рада: Узорак испитаника је чинило 26 особа са повредом кичмене мождине – параплегијом, оба пола, који се активно баве спортом, тренирају минимум 2–3 пута недељно. Истраживање је реализовано у Београду, и то у Дому за одрасла инвалидна лица, Удружењу параплегичара и квадриплегичара „Дунав“, Атлетском клубу „Погледи“, Клубу кошаркаша у колиџима „Дунав“, Стонотениском клубу особа са инвалидитетом Београда „СТИБ“ и Спортско-рекреативном удружењу „Све је могуће“. За потребе истраживања конструисан је упитник који је обухватио опште социо-демографске карактеристике и архитектонске баријере на које наилазе бавећи се спортом.

Summary

Introduction: The realization of sports activities of persons with disabilities requires, above all, the accessibility of sports facilities and sports grounds. Architectural barriers are physical barriers within a built environment, which restrict or completely disable the wheelchair users.

The aim of the research was to examine which architectural barriers persons with spinal cord injuries-paraplegia who were engaged in sports recreationally or professionally encountered.

Methodology: The sample consisted of 26 persons with spinal cord injury-paraplegia, both gender, who were active in sports and trained at least 2-3 times a week. The research was conducted in Belgrade, in the Home for Adult Disabled Persons, in the Association of paraplegics and quadriplegic „Dunav“, Athletic club „Pogledi“, Wheelchair Basketball club „Dunav“, Table tennis club for persons with disabilities of Belgrade „STIB“ and the Sports and recreation association „Everything is Possible“. For research purposes, a questionnaire covering general socio-demographic characteristics and architectural barriers that persons encountered when they were engaged in sports was constructed.

Conclusion: The most common architectural barriers encountered by athletes with spinal cord injuries-paraplegia are unadjusted wheelchair ramps (73.1%) and parking spaces (69.2%).

¹ Др Драгана Кљајић, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Србија.

² Проф. др Фадиљ Еминовић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду, Србија.

³ Др Слађана Арсић, Висока медицинска школа струковних студија у Њуприји, Србија.

⁴ Др Марија Трајков, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Србија.

Закључак: Најчешће архитектонске баријере на које наилазе спортисти са повредом кичмене мождине – парализацијом су неприлагођене рампе (73,1%) и паркинг-места (69,2%).

Кључне речи: спорт особа са инвалидитетом, особе са повредом кичмене мождине, архитектонске баријере.

Keywords: sport of persons with disabilities, persons with spinal cord injuries, architectural barrier.

УВОД

Спорт има виталан значај за сваку заједницу и због тога су јавне власти свих нивоа у обавези да обезбеде развој спорта и поспеше учешће становништва у спортским активностима.

⁽¹⁾ Примена спортских активности особа са инвалидитетом има своје значајно место у рехабилитацији и након ње због доказаног позитивног дејства на психичке и моторичке способности, као и на квалитет живота. ^(2, 3) Реализација спортских активности особа са инвалидитетом захтева пре свега приступачност спортских објеката и спортских терена, саобраћајница, набавку спортске опреме, финансијску подршку за набавку спортских помагала и опреме, едукацију стручног кадра и др. ⁽⁴⁾

Приступачност значи да свако има једнак приступ изграђеном окружењу без дискриминације на основу нечијег нивоа способности. Може се дефинисати као могућност коју појединац на било којој локацији и са било којом способношћу има на располагању како би учествовао у одређеној активности или низу активности у оквиру изграђеног окружења. ⁽⁵⁾

Спортски објекти спадају у јавне објекте и односе се на мање и веће дворане за различите спортове (са лоптом, на леду, у води), спортске затворене и отворене терене (за тенис, голф), стадионе (фудбалске, универзалне, атлетске), тркачке наткривене и ненакривене стазе (бицикличке, мотоцикличке, аутомобилистичке). ⁽⁶⁾ Да

би спортски терени и објекти били приступачни за особе са инвалидитетом и друге особе смањене покретљивости, пре свега треба обезбедити приступачан локални јавни превоз и паркинг-простор. Затим, приступне путање и стазе, сигнализацију и путоказе (ван зграде спортског објекта и унутар ње), улазе и коридоре за кретање и холове, излазне коридоре, сва степеништа, лифтове и рампе, трибине и седишта, услужне просторије (укључујући тоалете, продавнице и радње, простор за јело и пиће, барове и продајне објекте, конференцијски и простор за пријеме). Поред физичких, важно је обезбедити и системе за пружање информација и подршке за особе са инвалидитетом, за издавање улазница и паркирање, услужне телефонске линије, клупске публикације и програме утакмица, план евакуације и сл. ⁽⁷⁾

„Непрекинути ланац кретања“ као концепт значи да се особа са инвалидитетом може кретати слободно у свом дому, да може ићи до града, до било које зграде или простора који одабере, било којим превозним средством, и да се враћа кући без суочавања са баријерама. Континуитет, односно непрекинутост „ланца кретања“ је кључни елемент за омогућавање мобилности, а недостатак само једног елемента доводи до искључивања особа са инвалидитетом. ⁽⁵⁾

Архитектонске баријере су просторне препреке унутар изграђеног окружења, које корисницима инвалидских колица ограничавају или у потпуности онемогућавају

њихову самосталну употребу. Оне на различите начине отежавају кретање и редукују мобилност, а настају услед примене просторно-грађевинских параметара и последично недовољног простора потребног за манипулисање инвалидским колицима. Архитектонске баријере у спортским објектима се односе пре свега на непостојање приступа објектима у виду рампи и подизних платформи, на неприступачност трибинама, у свлачионицама и гледалишту, тоалетима.⁽⁶⁾

До недавно у Београду нису постојали приступачни базени за особе са инвалидитетом. Тек 2010. године уградњом лифта превазиђена је архитектонска баријера уласка у базен у Спортским центрима „Врачар“ и „25. мај“ (садашњи Спортски центар „Милан Гале Мушкатиновић“). Такође су приступачни и Спортски центри „Шумице“, „11. април“ и хала „Пионир“, као и „Штарк“ арена. У богатим земљама постоје референтне организације за активан живот особа са инвалидитетом, које обезбеђују не само информације о могућностима за рекреацију, него и лоцирању доступних спортских, рекреативних и рехабилитационих програма.⁽⁸⁾

У нашој држави је укључивање особа са инвалидитетом у спортске активности регулисано бројним законским и другим актима, од којих је најзначајнији документ међународног јавног права Конвенција УН о правима особа са инвалидитетом. Она, потврђена законом Републике Србије, у члану 9 укључује приступачност која се односи на физичко окружење и превоз, приступачност информацијама и комуникацијама, и елиминацију препрека у изграђеном окружењу (Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом). У Преамбули, у члану 30 стоји да су се државе потписнице Конвенције УН обавезале да ће обезбедити учешће особама са инвалидитетом у спортском животу, рекреацији и слободним активностима применом одговарајућих мера. Између осталих,

једна од најважнијих јесте обезбедити приступ спортским објектима и услугама оних који се баве организацијом спортских и рекреативних активности.⁽¹⁾

Према Закону о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом⁽⁹⁾ забрањена је дискриминација на основу инвалидности у погледу доступности услуга и приступа објектима у јавној употреби и јавним површинама. Приступачност саобраћајницама и јавним површинама регулисана је Законом о јавним путевима,⁽¹⁰⁾ којим се регулишу, између осталог, конструктивни елементи, као што су: ивичњаци, површине путева и тротоара, раскрснице, саобраћајна сигнализација, банке и паркинг-места. Од значаја за приступачност изграђеног окружења је Правилник о техничким стандардима приступачности,⁽¹¹⁾ који детаљно утврђује све обавезне елементе приступачности и елементе за савладавање висинских разлика, кретање и боравак у простору и елементе приступачности јавног саобраћаја.

Ипак, према извештају Светске здравствене организације из 2011. године, баријере на које наилазе особе са инвалидитетом су и даље присутне и утичу негативно на њихов квалитет живота. Пре свега се односе на непоштовање постојеће политике и утврђених стандарда, недостатак приступачности који се односи на транспорт и информационе системе, предрасуде и негативне ставове, као и недостатак учешћа особа са инвалидитетом у ангажовању и одлучивању у областима које директно утичу на њихов квалитет живота.⁽¹⁾

Циљ истраживања је био да се испита на које архитектонске баријере наилазе особе са повредом кичмене мождине које се рекреативно или професионално баве спортом.

МЕТОДОЛОГИЈА РАДА

У истраживању је учествовало укупно 26 особа са повредом кичмене мождине – параплегијом, оба пола, старости између 20 и 60 година. Испитаници су прошли фазу рехабилитације, за кретање користе инвалидска колица и активно тренирају минимум 2–3 пута недељно у последњих годину дана.

Истраживање је реализовано у Београду, и то у Дому за одрасла инвалидна лица, Удружењу параплегичара и квадриплегичара „Дунав“, Атлетском клубу „Погледи“, Клубу кошаркаша у колицима „Дунав“, Стонотениском клубу особа са инвалидитетом Београда „СТИБ“ и Спортско-рекреативном удружењу „Све је могуће“.

Метод рада. За потребе истраживања конструисан је упитник који су самостално попуњавали испитаници. Упитник се састојао из два дела. У првом делу упитника обухваћене су основне информације о дијагнози и комплетности повреде кичмене мождине, врсти спорта, учесталости на недељном нивоу и спотским достигнућима.

Испитаницима је у другом делу упитника понуђен списак од 10 најчешћих архитектонских баријера на које наилазе особе са инвалидитетом,^(6, 12) а они су имали задатак да потврде присуство истих на које наилазе приликом доласка на тренинг, тренирања и такмичења у спорту који тренирају. У истраживању је примењена дескриптивна статистика, а резултати су приказани табеларно и графички.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

У истраживању је учествовало 19 (73,1%) испитаника мушког пола и 7 (26,9%) испитаника женског пола. Комплетну повреду кичмене мождине (ASIA A) имало је 16 (61,5%) испитаника, а некомплетну повреду кичмене мождине (ASIA B, C) имало је 10 (38,5%) испитаника. Просечна старост испитаника је за мушки пол износила 35,9 године, а за женски пол 43,2 године. Старост повреде, односно време протекло од повређивања кичмене мождине за испитанике мушког пола просечно је износило 14,2 године, а за испитанике женског пола 19,8 година (Табела 1).

Табела 1. Структура испитаника у односу на пол, комплетност повреде кичмене мождине, старост и време протекло од повређивања.

Редни број	ПОЛ			ASIA A		ASIA B, C		Старост (године)	Старост повреде (године)
	ПОЛ	Број	%	Број	%	Број	%	АС±СД*	АС±СД*
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Мушки	19	73,1	10	38,5	9	34,6	35,9±6,5	14,2±6,7
2	Женски	7	26,9	6	23,1	1	3,8	43,2±8,5	19,8±0,5
3	Укупно	26	100	16	61,5	10	38,5	-	-

*АС – аритметичка средина; СД – стандардна девијација

У Табели 2. је приказано да већина испитаника живи у граду, где и тренира, укупно 88,5% испитаника, а само 11,5% испитаника живи на селу. Да би се превезли од куће до спортских објеката где тренирају,

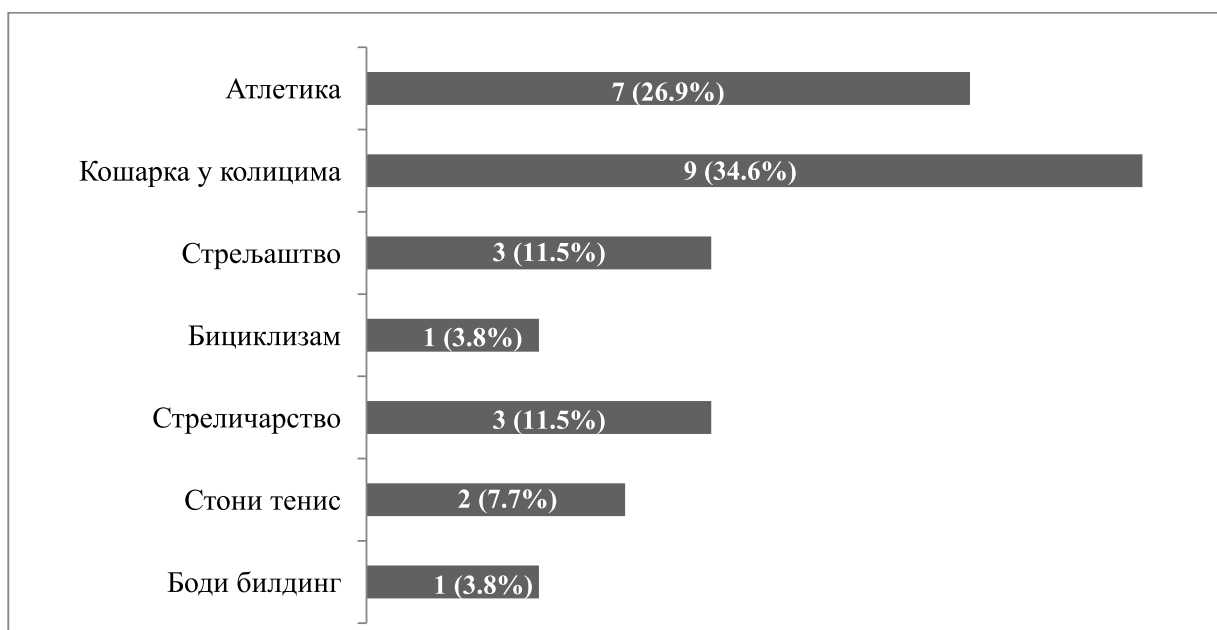
користе лични превоз – аутомобил (84,6% испитаника), а само 15,4% испитаника користи јавни превоз.

Табела 2. Структура испитаника у односу на место становања и врсту превоза које користе приликом одласка на тренинге и такмичења.

Редни број	Пол	Место становања				Превоз			
		Село		Град		Лични		Јавни	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Мушки	3	11,5	16	61,5	17	65,4	2	7,7
2	Женски	-	-	7	26,9	5	19,2	2	7,7
3	Укупно	3	11,5	23	88,5	22	84,6	4	15,4

На Графикону 1. се види да је највећи број испитаника тренирало кошарку у колицима (34,6%) и атлетику (26,9%). По 11,5% испитаника је тренирало стрелаштво

и стреличарство, 7,7% испитаника је тренирало стони тенис, а по један испитаник је тренирао бициклизам (3,8%) и боди билдинг (3,8%).

Графикон 1. Дистрибуција испитаника у односу на врсту спорта који тренирају.**Табела 3.** Структура испитаника у односу на пол, број тренинга на недељном нивоу и освојеним наградама.

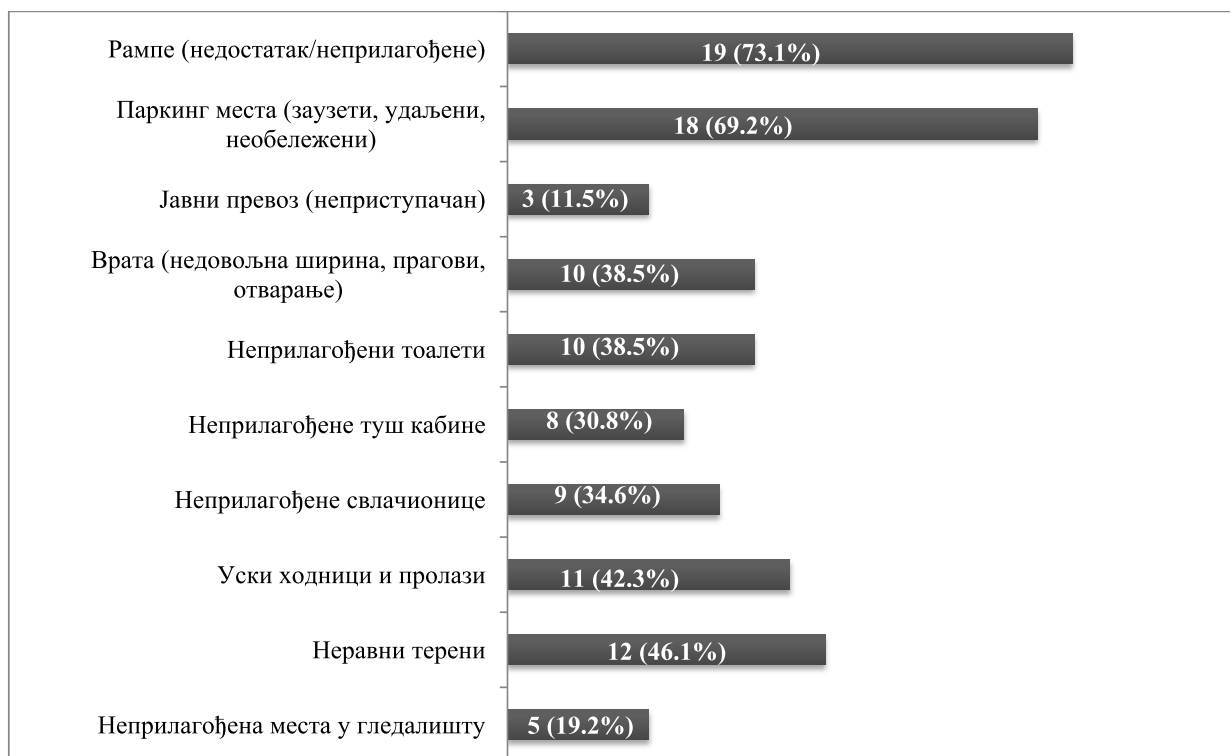
Редни број	Број тренинга на недељном нивоу	Мушки пол		Женски пол		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%
0	1	2	3	4	5	6	7
1	2–3 пута (кошарка у колицима, стони тенис, бициклизам)	10	38,4	2	7,7	12	46,1
2	4–5 пута (стреличарство, стрелаштво)	1	3,8	5	19,2	6	23,1

3	6–7 пута (боди билдинг)	1	3,8	-	-	1	3,8
4	8–12 пута (атлетика)	7	26,9	-	-	7	26,9
5	Укупно	19	73,1	7	26,9	26	100
Награде							
6	државне	10	-	4	-	14	-
7	светске	5	-	1	-	6	-
8	параолимпијске	3	-	-	-	3	-
9	Укупно	18	-	5	-	23	-

Из Табеле 3. се види да је највећи проценат испитаника тренирао 2–3 пута недељно (46,1%), а 8–12 пута недељно је тренирало 26,9% испитаника. Четири до пет пута недељно је тренинге имало 23,1% испитаника, док је само један испитаник

тренирао 6–7 пута недељно (3,8%). Највећи број награда је освојено на државним такмичењима (укупно 14), док је на светским првенствима медаљу освојило шест испитаника. На параолимпијским играма три испитаника су освојила неку од медаља.

Графикон 2. Дистрибуција испитаника у односу на архитектонске баријере на које наилазе при одласцима на тренинг и такмичења.



Из Графикона 2. се види да је недостатак/неприлагођеност рампи (73,1%) најчешћа баријера на коју наилазе спортисти са по-

вредом кичмене мождине, затим следе паркинг-места (заузета, удаљена, необележена) (69,2%) и неравни терени (46,1%).

ДИСКУСИЈА

Повреда кичмене мождине представља тежак степен инвалидитета, а учешће у спортским активностима доприноси побољшању квалитета живота, пре свега у области функционисања и расположења.⁽³⁾ Испитаници мушког пола су били просечне старости 35,9 година, женског пола 43,2 године (Табела 1), а приближну старост испитаника налазимо и у другим истраживањима где се спортом баве особе са различитим врстама инвалидитета.^(13, 14, 15)

Баријере на које свакодневно наилазе особе са инвалидитетом могу да утичу како на постизање значајних резултата, тако и на мотивацију. Пре свега ту спадају персоналне баријере (недостатак енергије, замор), фактори животне средине (непостојање могућности бављења спортом, приступачност – архитектонске баријере, транспорт), недостатак информација о примени и карактеристикама спорта особа са инвалидитетом.^(16, 17) У нашем истраживању највише присутне архитектонске баријере се односе на недостатак и неприлагођеност рампи (73,1%), што је слично резултату истраживања из 2017. године (76%).⁽¹²⁾ Недостатак или неприлагођеност рампи у значајној мери ремети одласке на тренинг и такмичења, будући да се зна да свака препрека виша од 2 cm представља баријеру за особе које се крећу инвалидским колицима.⁽⁶⁾

Такође, у нашем истраживању је приказано да се испитаници крећу помоћу инвалидских колица, а на тренинге и у већини случајева одлазе сопственим превозом (Табела 2). Међутим, немогућност транспорта особа са инвалидитетом од куће до спортских објеката може да буде важан фактор неучествовања у спортским активностима, како наводе неки аутори.⁽¹⁸⁾

Како је претходно наведено, обезбеђена и обележена паркинг-места су, такође, основ за остваривање приступачности. Чак 69,2% испитаника сматра да заузет, удаљен и/или необележен паркинг значајно доприноси

стварању климе неприступачности при бављењу спортом, што налазимо и у другим истраживањима.⁽¹⁵⁾ Такође, студије показују да постоје проблеми обележавања аутомобила који користе особе са инвалидитетом, где паркинг налепнице имају право да добију само особе са инвалидитетом које имају минимум 80% телесног оштећења. Нажалост, има доста примера да несавесни грађани паркирају на обележена места за особе са инвалидитетом.⁽¹⁹⁾

Неприлагођена места у гледалишту су, такође, архитектонске баријере на које наилазе наши испитаници, и то се односи на трибине на којима се не очекује и трибинама где се очекује устајање навигача. Исто важи и за непостојање места у гледалишту која су приступачна за особе које користе инвалидска колица. Да би се обезбедило приступачно гледалиште, треба да постоји тзв. инклузивни план седења, прилагођена и лако доступна седишта, простор за кориснике инвалидских колица и др.⁽⁷⁾ Како истичу неки аутори, поред недостатка прилагођених објеката значајну баријеру за примену спортских активности представљају и високи трошкови набавке одговарајуће опреме.^(13, 14)

Постојање неравних терена фактор је баријера код 46,2% испитаника, а по 38,5% испитаника је навело да им значајне архитектонске баријере представљају врата и тоалети. Уски ходници и пролази ограничавају кретање у спортским објектима код 42,3% испитаника, а неприлагођене туш-кабине и свлачионице представљају архитектонску баријеру код 30,7–34,6% испитаника. Поменуто архитектонске баријере утичу на неометано коришћење спортских објеката, а недостатак прилагођених објеката као значајну баријеру наводе у својим истраживањима и други аутори.⁽²⁰⁾

Неприступачност јавног превоза као баријеру је означило три испитаника, међутим, истраживања показују да су најчешћи проблеми јавног превоза особа са инвалидитетом пре свега мали број

приступачних аутобуса и трамваја и непостојања рампи за улазак у њих.⁽¹⁹⁾

Највише испитаника је тренирало кошарку у колицима (34,6%; Графикон 1), а највећи број тренинга су имали атлетичари (8–12 пута недељно; Табела 3). Импазантно је да више од половине наших испитаника има неку од награда у спорту који тренирају. Вероватно се то може приписати великом ентузијазму, али и позитивним ефектима на смањење компликација које се јављају код повреде кичмене мождине. Нажалост, неке студије показују да поред архитектонских постоје и друге баријере које утичу на бављење спортом. Оне се односе на недостатке асистенције и знања о начину примене спортских активности особа са инвалидитетом^(13, 20) и недостатке подршке породице и пријатеља.⁽¹⁵⁾

ЗАКЉУЧАК

Праћење, анализа и вредновање резултата о укључености особа са инвалидитетом у спортске активности је важно због унапређења спорта и уклањање постојећих архитектонских баријера. Најчешће архитектонске баријере на које наилазе особе са повредом кичмене мождине – спортисти у нашем истраживању су недостатак/не-

прилагођеност рампи и заузета/удаљена/необележена паркинг-места. За уклањање постојећих архитектонских баријера неопходно је поштрити контролу примене техничких стандарда приступачности и подржати адаптацију спортских објеката како би се задовољили принципи приступачности и самим тим створили услови за укључивање већег броја особа са инвалидитетом у спорт.

Императив савременог друштва је обезбедити окружење без баријера, било да су оне персоналне, психо-социјалне или архитектонске. Свакако је то тема којом се баве не само политичари, архитекте и правна лица, него и особе које учествују у рехабилитацији особа са инвалидитетом, као што су физиотерапеути, радни терапеути, дефектолози и други.

Овај рад због малог узорка испитаника можда не приказује праву слику постојања архитектонских баријера на које наилазе особе са инвалидитетом, али је значајан за особе са повредом кичмене мождине – параплегијом. Пре свега због учачавања најчешћих архитектонских баријера, специфичности у односу на мобилност у „непрекинутом ланцу кретања“, а упркос томе наградама као сатисфакцији коју спорт пружа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оташевић Ј., Кљајић Д. Особе са инвалидитетом и њихова права у спорту. Правни живот, тематски број „Право и достојанство“, Београд, 2013; 1(9): 633–645.
2. Eminović F., Kljajić D. Effects of applied physical exercise on the motor abilities of people with spinal cord injury. In: F. Eminović, M. Dopsaj (Ed.). Physical activity effects on the anthropological status of children, youth and adults. New York: Nova Publishers, 2016: 129–161.
3. Kljajić D., Eminović F., Dopsaj M., Pavlović D., Arsić S., Otašević J. The impact of sports activities on quality of life of persons with a spinal cord injury. *Zdravstveno Varstvo*, 2016; 55 (2): 94–101.
4. Касум Г., Мијић З. Значај школског физичког васпитања у анимирању и селектирању спортиста са инвалидитетом. Међународна научна конференција „Теоријски, методолошки и методички аспекти такмичења и припреме спортиста, Београд, Зборник радова, 2008; 219–225.
5. Disability Monitor Initiative South East Europe. Слободно кретање особа са

- инвалидитетом у југоисточној Европи: Неприступачно право? Београд, Hendicap International за југоисточну Европу, 2006.
6. Фејзић Е., Фејзић И. Хуманизирање изграђене околине – просторне баријере. Сарајево, Архитектонски факултет, 2016.
7. Приступ за све – UEFA и SAFE водич са препорукама за прављење приступачног стадиона и омогућавање равноправног доживљаја утакмице за све. Нион, Унија европских фудбалских савеза (UEFA) UEFA, SPORTSFILE, PA Archive, 2011.
8. Остваривање права особа са инвалидитетом – примери добре праксе. Београд, Заштитник грађана, 2011.
9. Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом. Сл. гласник РС 33/2006.
10. Закон о јавним путевима. Сл. гласник РС 101/2005, 123/2007, 101/2011, 93/2012.
11. Правилник о техничким стандардима приступачности. Сл. гласник РС 46/2013.
12. Кљајић Д., Трајков М., Поповић Ј. Особе са инвалидитетом и архитектонске баријере. V стручно-научни скуп са међународним учешћем „Актуелности у едукацији и рехабилитацији особа са сметњама у развоју“. Ваљево, Зборник резимеа, 2017; 77.
13. Froehlich K., Nary DE, White GW. Identifying barriers to participation in physical activity for women with disabilities. *SCI Psychosocial Process*, 2002; 15(1): 21–29.
14. Levins SM, Redenbach DM, Dyck I. Individual and societal influences on participation in physical activity following spinal cord injury: a qualitative study. *Physical Therapy*, 2004; 84(6): 496–509.
15. Rimmer JH, Riley B., Wang E., Rauworth A., Jurkowski J. Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004; 26(5): 419–425.
16. Jaarsma EA, Dijkstra PU, Geertzen JHB, Dekker R. Barriers to and facilitators of sports participation for people with physical disabilities A systematic review, *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 2014; 24: 871–881.
17. Mulligan HF, Hale LA, Whitehead L., Baxter GD. Barriers to physical activity for people with long-term neurological conditions: A review study, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2012; 29: 243–265.
18. Ban der Ploeg HP, van der Beek AJ, van der Woude LHV, van Mechelen W. Physical activity for people with a disability: a conceptual model. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 2004; 34(10): 639–649.
19. Надгледај своја права: мониторинг права особа са инвалидитетом у Републици Србији: холистички извештај. Нови Сад, Центар за оријентацију друштва ЦОД, 2013.
20. Kinne S., Patrick DL, Maher EJ. Correlates of exercise maintenance among people with mobility impairments. *Disability and Rehabilitation*, 1999; 21(1): 15–22.

Контакт: Др Драгана Кљајић, Цара Душана 254, 11080 Београд, Србија,
тел. +381 (11) 2618-120, +381 (11) 2618-024, e-mail: draganakljajic76@gmail.com

ПРИМЕНА БАЛНЕОТЕРАПИЈЕ И КЛИМАТОТЕРАПИЈЕ У ДЕРМАТОЛОГИЈИ

Констанса Лазаревић¹

BALNEOTHERAPY AND CLIMATOTHERAPY IN DERMATOLOGY

Konstansa Lazarević

Сажетак

Корисни ефекти балнеотерапије и климатотерапије на дерматолошке болести коришћени су од давнина. Овај преглед ће се фокусирати на тренутне доказе о дејству балнеотерапије и климатолошке терапије на неке дерматолошке болести.

Кључне речи: балнеотерапија, климатотерапија, кожне болести.

Summary

The beneficial effects of balneotherapy and climatotherapy in the treatment of dermatologic diseases have been used since ancient times. This review will focus on the current evidence regarding the effects of balneotherapy and climatotherapy in some dermatological diseases.

Key words: balneotherapy, climatotherapy, dermatologic diseases.

¹ Доц. др Констанса Лазаревић, Департман за биомедицинске науке, Државни универзитет у Новом Пазару, Србија.

УВОД

Балнеоклиматологија је медицинска дисциплина која се бави изучавањем деловања природних физичких и хемијских чинилаца спољне средине на људски организам, и могућностима њихове примене у медицинске сврхе. Најчешће коришћени природни чиниоци су: минералне воде, пелоиди (лековита блата), парцијални притисак кисеоника, угљендиоксид, топлота и хладноћа, и хидростатски притисак.⁽¹⁾

У лечењу кожных болести, балнеоклиматски чиниоци (минералне воде, пелоиди, сунчева светлост и др.) примењивани су још код старих Римљана, Грка и Египћана. Комбинацију биљних екстраката и излагање сунцу, стари Египћани (525. године п.н.е.) користили су за лечење витилига, а Клеопатра је помоћу глине неговала своју кожу.

Климатотерапија се примењивала у лечењу хроничних болести коже за време Хипократа (500. године п.н.е.), а у старом Риму бање са термалним минералним водама коришћене су за опоравак повређених војника.⁽²⁾ Иако је неко време примена балнеоклиматских чинилаца у лечењу многих болести напуштена, у XVI веку се са њеном применом поново започело. У то време, у Верони је отворено јавно купатило које се снабдевало водом богатом сумпором. Ово купатило се користило за лечење кожных болести, пре свега шуге.⁽³⁾

Примена балнеотерапије као важног медицинског третмана у лечењу кожных болести започела је поново тек 1800. године, најпре у Европи, а затим у Сједињеним Америчким Државама. Популарност балнеотерапије је убрзо опала да би доживела препород током протекле четири деценије.⁽⁴⁾

Новија истраживања указују да је примена балнеоклиматских чинилаца често делотворнија у лечењу и очувању здравља коже у односу на примену фармаколошких средстава.

ДЕРМАТОЛОШКА ОБОЉЕЊА И БАЛНЕОТЕРАПИЈА

У савременој козметологији, минералне воде могу бити ефикасна замена или додатни састојак производа који се користи за лечење неких болести коже. Минералне воде могу се користити и као састојак производа за негу различитих типова коже.⁽⁵⁾

Због свог састава богатог минералима и ретких нежељених реакција током њихове примене, термалне воде се сматрају сигурним и успешним средством у дерматолошкој пракси.

Термалне воде – у природном облику или у козметичким производима, индиковане су у дерматологији за хидратацију коже, у превенцији старења коже, лечењу акни, розацеа и других запаљенских дерматоза, као и након козметичких процедура као што су хемијски пилинг и ласер. Примена термалне воде у овим стањима смањује иритацију, пецкање, свраб, љуштење и црвенило коже.^(6,7)

Дерматолошка обољења код којих се са великим успехом примењују балнеоклиматолошки чиниоци (минералне воде, пелоиди, хелиотерапија) јесу псоријаза и атопијски дерматитис.

У остала обољења коже код којих се примењује балнеотерапија спадају *acne vulgaris*, *atopic dermatitis*, *alopecia areata*, *contact dermatitis*, *dyshidrotic dermatitis*, *eczema*, *granuloma annulare*, *ichthyosis vulgaris*, *lichen planus*, *lichen sclerosis and atrophicus*, *mycosis fungoides*, *necrobiosis lupoidica*, *palmoplantar keratosis*, *parapsoriasis*, *pityriasis rubra pilaris*, *pruritus*, *psoriasis*, *rosacea*, *scleroderma*, *sebopsoriasis*, *seborrheic dermatitis*, *ulcer (chronica)*, *urticaria pigmentosa*, *vitiligo* и *xerosis*.⁽⁸⁾

Механизми помоћу којих балнеоклиматотерапија делује на широки спектар болести заснивају се на физиолошком, хемијском, термичком и механичком дејству балнеоклиматолошких чинилаца.

Ефекти балнеотерапије зависе пре свега од хемијског и минералног састава воде, као и степена апсорпције минерала присутних у води. Различите болести захтевају различите концентрације одређених елемената да би се постигли оптимални терапијски резултати.

Сумпорне и сумпоровите минералне воде се одавнина користе у медицинске сврхе. Сумпор је познат по свом антиинфламаторном, антибактеријском и антифугалном дејству, те је јасно што се употреба минералних вода богатих сумпором препоручује у лечењу акни, инфекција улцера ноге, као и гљивичних инфекција коже (*tinea versicolor*, *tinea corporis* и *tinea capitis*).⁽⁹⁾

Сумпор се добро апсорбује кроз кожу, изазива вазодилатацију, аналгезију, инхибицију имунолошког одговора, делује кератолитички и смањује десквамацију

коже.⁽¹⁰⁾ Из тог разлога се сумпорне купке успешно користе у имуно-посредованим болестима коже: код псоријазе и атопијског дерматитиса.⁽⁸⁾

Тронедељна терапијска примена минералне воде и пелоида Пролом Бање показала је задовољавајуће терапијске резултате код пацијената оболелих од псоријазе, као и истовремена примена медикаментозне терапије и балнеотерапије код пацијената лечених од псоријазе у Русанда Бањи.^(11, 12)

Бање богате сулфидним минералним водама у Србији су Матарушка бања, Бања Ковиљача, Бања Врујци, Рибарска бања, а сулфатним минералним водама Брестовачка бања, Сијаринска бања, Рибарска бања, Бања Врдник и Врањска бања.

На Табели 1. приказан је биолошки ефекат неких минерала често присутних у термалним минералним водама на кожу.⁽¹³⁾

Табела 1. Биолошки ефекти / терапеутска примена неких минерала присутних у термалним водама.

Редни број	Минерал	Биолошки ефекти / терапеутска примена
0	1	2
1	Алуминијум	Акутни дерматитис
2	Арсеник	Псоријаза
3	Бор	Обнављање ћелија, зарастање рана
4	Калцијум	Регулација раста епидермалних ћелија, антиинфламаторно дејство
5	Натријум-хлорид	Хидратација слоја кератина у хиперкератотским поремећајима
6	Бакар	Антиоксиданс, опоравак кожне баријере
7	Сумпор	Антиинфламаторно, антибактеријско и антифугално дејство
8	Магнезијум	Ћелијска обнова коже/дерматитис
9	Манган	Обнављање ћелија, зарастање рана, опоравак кожне баријере
10	Селен	Антиоксидативно дејство, заштита од UVB зрачења / себореични дерматитис, <i>tinea versicolor</i>
11	Натријум	Обнова ћелија
12	Цинк	Антиоксиданс, ћелијски метаболизам, модулатор инфламације

Термичко дејство балнеотерапијских чиниоца у највећој мери зависи од температуре воде. Термална стимулација коже побољшава циркулацију крви, лучење норепинефрина, кортизола и фактора раста и на тај начин и повећава исхрањеност коже, елиминацију штетних материја из коже и њену гипкост.⁽¹⁾

Сумпоровите термалне минералне воде се у Француској већ више од 100 година користе у терапији хипертрофиране коже, ожиљка, црвенила и пруритуса, насталих као последица опекотина, али тек након хируршке фазе опоравка када су ране затворене.⁽¹⁴⁾

На кожу захваћену рефракторним атопијским дерматитисом могу утицати поједини параметри воде: рН, тврдоћа воде, осмоларност и температура.⁽¹⁵⁾ У Јапану је купање у сумпоровитим термалним водама киселе рН вредности једна од опција у лечењу *рефрактарног* атопијског дерматитиса. За ове воде је познато да имају антибактеријски ефекат на *Staphylococcus aureus*, који често захвата кожу оболелих од атопијског дерматитиса.⁽¹⁶⁾

ДЕРМАТОЛОШКА ОБОЉЕЊА И ПЕЛОИДОТЕРАПИЈА

Пелоиди су геолошки створени продукти из неорганских и/или органских материја који могу да се користе за лечење у облику купања или облагања. Пелоиди се деле на природне и вештачке, а по пореклу могу бити органски и неоргански, и мешовити органско-неоргански. Пелоид се користи од давнина, пре 4.000 година Египћани су користили пелоид у лечењу опекотина.

Хемијски ефекат пелоида није довољно познат, али се сматра да он зависи од рН пелоида. Алкални пелоиди чине кожу пропустљивом за катјоне, а кисели за ањоне. Из пелоидне суспензије кроз кожу продиру сумпор, сумпорводоник, нека једињења гвожђа, витамини Ц и Д.⁽¹⁾

Захваљујући својој апсорпцији и адсорпцијским капацитетима, неки пелоиди могу се користити у лечењу отока, едема и упале. Пелоиди који апсорбују нечистоћу, масноћу и токсине се користе у терапији упала коже, чирева, акни и себореичног дематитиса. Хуминске материје из органских пелоида имају својство апсорпције и из купки извлаче материје које је тело излучило и делују, сужавају поре и регулишу лучење лојних жлезди.⁽¹⁾

Топлота из пелоида изазива ширење пора, појачан рад лојних жлезди и излучивање токсина,^(17, 18) а има и аналгетско дејство.

Гомес и Силва наводе да сваки минерал из пелоида има неку своју улогу у метаболизму коже: зарастање рана, апсорпција себума, хидратација, антисептичко дејство, и утиче на васкуларизацију и елиминацију токсина.⁽¹⁹⁾

Минерална блата са високим степеном рефракције блокирају дејство UVA и UVB сунчевих зрака и улазе у састав емулзија и пудера,^(20, 21) штите кожу од оштећења насталог дејством UV зрака, и превенирају настанак малигнух тумора коже.

И анализа улцињског пелоида је показала да овај пелоид садржи високу концентрацију различитих минерала, органских материја, као и да поседује одређена антимикробна својства. Захваљујући овим његовим особинама, његова примена у дерматологији и козметологији може допринети регенерацији и ревитализацији коже. Механички ефекат овог пелоида на кожу потиче од финих зрна пелоида која делују кератолитички и уклањају нечистоће са површине коже,⁽²²⁾ а примењен у облику паковања има повољне ефекте код лечења розацеа, акни и атопијског дерматитиса.⁽²³⁾

Примена топлих паковања пелоида богатог сумпором нормализује рН нормалне, суве и себороичне коже и регулише лучење себума.⁽²⁴⁾

У козметичкој индустрији неке врсте глина се користе за стабилизацију емулзија или суспензија и за модификовање реолошког понашања ових система. Оне, такође,

играју важну улогу као адсорбенти или апсорбенти, не само у козметици, већ и код фармацеутских производа.⁽²⁵⁾

ДЕРМАТОЛОШКА ОБОЉЕЊА И КЛИМАТОТЕРАПИЈА

Адаптивне реакције коже на метеоролошке и атмосферске климатске факторе развијају се јако брзо, али су пролазне и зависе од трајања изложености.

Већина адаптивних кожных процеса настаје као последица адаптације кардиоваскуларног, нервног, ендокриног, респираторног, дигестивног, и хематопоетског система. Адаптивне реакције, као што су тахикардија, тахипнеја, повећана синтеза хемоглобина, узрокују промене у циркулацији коже и повећавају респираторну активност коже. То су заправо адаптивне реакције саме коже.

Климатотерапија се примењује углавном код пацијената са алергијским дерматозама, као што су: атопијски дерматитис, хронична алергијска уртикарија и неуродерматитис. Третман хроничне неалергијске уртикарије климатотерапијом такође се показао као веома успешан. Велики успех је постигнут и у лечењу *parapsoriasis placata* и иницијалних облика микоза, као и благих и стабилизираних облика *dermatitis herpetiformis*, *Dihring* и *pemphigus*. Често се климатотерапија примењује у циљу постизања смањења терапијске дозе или потпуног прекида фармаколошке терапије у одређеном периоду.⁽²⁶⁾

Атопијски екцем је једна од најстаријих и најважнијих индикација за примену климатотерапије. Клима којој се излажу оболели мора се карактерисати ниским садржајем аероалергена (прашине, полена и сл.) и загађивача ваздуха. Довољно висок атмосферски притисак хладног ваздуха, без присуства влаге у ваздуху, доводи до нормализације функције знојења и има антиинфламаторни и антипургативни ефекат. Осим тога, клима мора имати интензивно природно сунчево зрачење, које поред бактерицидних ефеката има и антиинфлама-

торни и антипролиферативни имунолошки ефекат који се остварује директно на кожи.

Од климатских процедура у лечењу атопијског дерматитиса препоручују се хелиотерапија (терапијска изложеност сунцу у природним условима), боравак на свежем ваздуху (са телом заштићеним од хладног ваздуха), теренска терапија (планинарење (ерготерапија) у хладним условима), и таласотерапија (ефекат морске климе у комбинацији са купањем у мору).⁽²⁷⁾

Хелиотерапија се нарочито показала ефикасном у лечењу пацијената са псоријазом и атопијским дерматитисом.⁽²⁸⁾

Пацијенти оболели од витилига чине трећу највећу групу дерматолошких пацијената који посете Мртво море. Третман за витилиго се заснива на постепеном повећању излагања коже ултраљубичастим зрацима, који стимулишу меланоците на погођеним подручјима да нормално функционишу. Репигментација је обично спора и наставља се и после прекида терапије.⁽²⁹⁾

ДЕРМАТОЛОШКА ОБОЉЕЊА И ТЕРАПИЈА ПРИРОДНИМ ГАСОВИМА

Карбокситерапија је терапијски поступак примене угљен-диоксида. Овај поступак познат је још од 1932. године када се почео примењивати у француском лечилишту Royat употребом термалне воде богате CO_2 у виду гаса. Основна индикација примене гаса биле су болести периферног артеријског система, а због познатог учинка CO_2 на вазодилатацију и побољшање микроциркулације. Током терапија учило и мноштво других повољних учинака на поткожно ткиво и кожу која је постајала мекша, глађа и еластичнија.⁽³⁰⁾

Wock и сарадници су у свом истраживању доказали да третирањем коже која је оштећена детерџентом, водом обогаћеном CO_2 настаје побољшање регенерације коже, синтезе епидермалних липида и поправке кожне баријере.⁽³¹⁾

Данас се примена минералних вода богатих угљен-диоксидом користи у лечењу хроничних екцема, торпидних рана и трофичких улцерација код траума, опекотина и промрзлина.⁽¹⁾

УДРУЖЕНО ДЕЈСТВО БАЛНЕОКЛИМАТСКИХ ЧИНИЛАЦА У ДЕРМАТОЛОГИЈИ

Море и сунце користе се већ хиљадама годинама у лечењу различитих болести. Већ је Хипократ описао позитиван утицај морске воде и сунчевог светла на стање организма. Одређени елементи у трагу, као што су магнезијум, калијум, натријум, те калцијум сулфат, присутни у морској води, апсорбују се кроз кожу и доприносе добром терапијском одговору на хелиоталасотерапију.

Од давнина је познато да хелиома-ринотерапија, тј. третман са морском водом и сунцем, има благотворно дејство на кожне болести, посебно на псоријазу. Терапијски учинак се постиже комбинованим деловањем сунчевог светла, морске воде и свежег ваздуха.

Дерматовенеролог прим. др Даниел Живковић објавио је резултате десетогодишњег лечења 1.450 псоријатичних болесника хелиома-ринотерапијом у Велому Лошињу (Хрватска). Од укупнога броја болесника, 710 је у овом лечилишту боравило три недеље, 580 четири недеље, а 160 више од четири недеље. Код већине псоријатичних болесника – 1.144 (72%) учинак лечења трајао од четири до осам месеци, након чега се стање коже погоршавало. У 246 (17%) болесника период опоравка без кожних промена је мање од четири месеца.⁽³²⁾

Пример места где балнеотерапија доприноси лечењу многих болести и стања, посебно псоријазе, јесте Мртво море у Израелу. Налази се у јужном делу земље на око 400 m испод нивоа мора и највеће је светско хиперслано језеро. Познато је по својим балнеолошким и климатолош-

ким својствима, посебно за лечење болести дерматолошког и реуматолошког порекла.

Због високог салинитета (море је нај-сланије на свету), вода је веома густа и дављења се никада не дешавају. У поређењу са океаном, Мртво море је богатије у садржају калцијума, магнезијума, калијума, и бромида, и има нижи садржај натријума, сулфата, и карбоната. Посебна комбинација ових минерала помаже да се ублаже свраб и иритација изазвани кожним болестима, као што су екцем и псоријаза.

Још један минералима богат балнеоклиматолошки чинилац Мртваг мора је његово „црно блато“, познато и као „битуменозни катран“. Терапијски ефекат прерађеног блата доводи се у везу са високим садржајем минерала, али и његовом способношћу да задржава топлоту и до неколико сати, стимулишући циркулацију крви и чишћење коже и отклањање мртвих епидермалних ћелија. Блато Мртваг мора је богат извор минерала. Идентификован је 21 минерал, од којих се 12 не налази ни у једном другом мору или океану. Главни минерали су магнезијум, калијум, фосфор, стронцијум, бром, сумпор, флуор, литијум, калцијум, хлор, натријум, јод, цинк и гвожђе. Концентрација брома је 50 пута већа, а бром је познат по својим умирујућем и опуштајућем ефекту. Он је и природни антибиотик, делује противупално и стога је користан у различитим инфламаторним и сувим дерматозама, као и код псоријазе, екцема и Ichthiosae.

Густа измаглица изнад Мртваг мора је, такође, богата минералима. Удисање бромида, који су јаки седативи, делује умирујуће код оболелих од псоријазе, и посебно је значајно међу онима чија је болест повезана са стресом. Бром улази у организам и унутрашње органе и кроз кожу, мада не тако ефикасно као када се удахне.⁽⁸⁾

Климатотерапија атопијског дерматитиса на Мртвом мору је веома ефикасан начин лечења ове болести, али захтева медицински надзор током целе дужине боравка пацијента.⁽³³⁾

ЗАКЉУЧАК

Многобројни балнеолошки чиниоци са успехом се користе у дерматологији, као средства за негу коже, или улазе у састав козметичких препарата за негу коже.

Иако се неки балнеоклиматски фактори, као што су минералне воде богате сумпором, од давнина користе у лечењу инфекција

коже, данас, када се говори о терапијској примени балнеоклиматских чинилаца, истиче се успех постигнут у лечењу псоријазе и атопијског дерматитиса.

Примена комбинованих балнеоклиматских чинилаца у лечењу кожних болести, у бањским и климатским лечилиштима Србије требало би да буде предмет даљих истраживања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Јовановић Т. Балнеоклиматологија, СИБИФ, Београд, 2002.
2. Ma'or Z., Henis Y., Alon Y., Orlov E., Sørensen KB, Oren A. Antimicrobial properties of Dead Sea black mineral mud. *Int J Dermatol* 2006; 45: 504–11.
3. Palmer R. In this our lightye and learned tyme: Italian baths in the era of the Renaissance. *Med Hist Suppl* 1990; 10: 14–22.
4. Lotti T., Ghersetich I. Le basi della dermocosmetologia termale. In: Caputo R, Monti M, eds. *Manuale di Dermocosmetologia*. Milan: Raffaello Cortina, 1995; 751–762.
5. Ghersetich I., Brazzini B., Hercogova J., Lotti TM. Mineral waters: instead of cosmetics or better than cosmetics? *Clin Dermatol* 2001; 19(4): 478–82.
6. Laquieze S., Czernielewski J., Baltas E. Beneficial use of Cetaphil moisturizing cream as part of a daily skin care regimen for individuals with rosacea. *J Dermatolog Treat* 2007; 18(3): 158–62.
7. Draelos ZD, Ertel KD, Berge CA. Facilitating facial retinization through barrier improvement. *Cutis* 2006; 78(4): 275–281.
8. Matz H., Orion E., Wolf R. Balneotherapy in dermatology. *Dermatol Ther* 2003;16(2): 132–40.
9. Голушин З., Јовановић М., Магда Н., Стојановић С., Матић М., Петровић А. Effects of Rusanda Spa balneotherapy combined with calcipotriol on plaque psoriasis. *Војносанитетски преглед* 2015; 72(11): 1010–1017.
10. Nasermoaddeli A., Kagamimori S. Balneotherapy in medicine: a review. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2005; 10(4): 171–179.
11. Паравина М., Степановић М., Рацић Г. Balneotherapy effectively acts on symptoms of psoriasis vulgaris. *CEDVA Bull* 2002; 4: 70–2.
12. Parish LC, Witkowski JA. Dermatologic balneology: the American view of waters, spas, and hot springs. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1994; 3: 465–467.
13. Nunes S., Tamura BM. A historical review of mineral water. *Surg Cosmet Dermatol* 2012; 4: 252–258.
14. Moufarrij S., Deghayli L., Raffoul W., Hirt-Burri N., Michetti M., de Buys Roessingh A., Norberg M., Applegate LA. How important is hydrotherapy? Effects of dynamic action of hot spring water as a rehabilitative treatment for burn patients in Switzerland. *Annals of burns and fire disasters*. 2014; 27(4): 184–191.
15. Tsai TF, Maibach HI. How irritant is water? An overview. *Contact Dermatitis* 1999; 41: 311–314.
16. Noo Ri Lee, Hae-Jin Lee, Na Young Yoon, Donghye Kim, Minyoung Jung, Eung Ho Choi. Acidic Water Bathing Could Be a Safe and Effective Therapeutic Modality for

Severe and Refractory Atopic Dermatitis. *Ann Dermatol* 2016; 28(1): 126–129.

17. Carretero MI, Pozo M. Clay and non-clay minerals in the pharmaceutical industry: Part I. Excipients and medical applications. *Applied Clay Science*. 2009 Sep 30; 46(1): 73–80.

18. Clijsen R., Taeymans J., Duquet W., Barel A., Clarys P. Changes of skin characteristics during and after local Parafango therapy as used in physiotherapy. *Skin Research and Technology* 2008; 14(2): 237–42.

19. Gomes CD, Silva JB. Minerals and clay minerals in medical geology. *Applied Clay Science*. 2007; 36(1): 4–21.

20. Carretero MI, Pozo M. Clay and non-clay minerals in the pharmaceutical and cosmetic industries Part II. Active ingredients. *Applied Clay Science*. 2010 Feb 28; 47(3): 171–81.

21. Yekeler M., Ulusoy U., Hiçyılmaz C. Effect of particle shape and roughness of talc mineral ground by different mills on the wettability and floatability. *Powder Technology* 2004; 140(1): 68–78.

22. Потпара ЗР, Вучуровић СР, Марстијеповић НЂ, Бојовић ДР. Састав минералног блата – пелоида из Улцињске солане. *Медицински часопис* 2011; 45(1): 13–15.

23. Andreassi L., Flori L. Mineral water and spas in Italy. *Clin dermatol* 1996; 14: 627–32.

24. Carabelli A., De Bernardi di Valserra G., De Bernardi di Valserra M., Tripodi S., Bellotti E., Pozzi R., Campiglia C., Arcangeli P. Effect of thermal mud baths on normal, dry and seborrheic skin. *Clin Ter* 1998; 149(4): 271–275.

25. Moraes JDD, Bertolino SRA, Cuffini SL, Ducart DF, Bretzke PE, Leonardi GR. Clay minerals: Properties and applications to dermocosmetic products and perspectives of natural raw materials for therapeutic purposes-A review. *Int J Pharm* 2017; 534(1–2): 213–219.

26. Tsankov N. High mountain climatotherapy. *Clin Dermatol* 1998; 16: 699–707.

27. Vocks E. Climatotherapy in atopic eczema. *Handbook of Atopic Eczema*. 2006; 507–23.

28. Karppinen TT, Ylianttila L, Kautiainen H, Reunala T, Snellman E. Empowering heliotherapy improves clinical outcome and quality of life of psoriasis and atopic dermatitis patients. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 579–582.

29. Seidl V., Hristakieva E., Harari M. Klimatherapie der Vitiligo am Toten Meer. *Der Deutsche Dermatologe* 1994; 2: 144–59.

30. Koutna N. Carboxytherapy – new, non-invasive method of aesthetic medicine. *Cas Lek Cesk* 2006; 145: 841–3.

31. Bock M., Schürer NY, Schwanitz HJ. Effects of CO₂-enriched water on barrier recovery. *Arch Dermatol Res* 2004; 296(4): 163–8.

32. Стасић А., Багинац Т., Комадина С. Heliomarinotherapy in psoriasis. *Acta Dermatovenerol Croat* 2004; 12(1): 51–4.

33. Harari M., Shani J., Seidl V., Hristakieva E. Climatotherapy of atopic dermatitis at the Dead Sea: demographic evaluation and cost-effectiveness. *Int J Dermatol* 2000; 39(1): 59–69.

Контакт: Доц. др Констанса Лазаревић, Департман за биомедицинске науке, Државни универзитет у Новом Пазару, Вука Караџића бб, 36300 Нови Пазар, Србија, тел. 064 140 93 76, e-mail: konstansalazarevic@gmail.com

Доц. др Констанса Лазаревић, 1971. год.

РАДИОТЕРАПИЈА У ЛЕЧЕЊУ НЕМЕЛАНОМСКИХ КАРЦИНОМА КОЖЕ

Срђан Милановић¹, Никола Милошевић², Марко Дожић³

A RADIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF NON-MELANOMA SKIN CANCERS

Srđan Milanović, Nikola Milošević, Marko Dožić

Сажетак

Карциноми коже су најчешћи малигни тумори уопште. Најзначајнији фактор ризика за настанак ових карцинома је дуготрајна изложеност сунчевом (ултра-виолетном) зрачењу. Највећу учесталост има базоцелуларни карцином, а сквамозелуларни карциноми су мање заступљени, док други хистолошки типови спадају у групу ређих тумора. Хирургија је први избор лечења, али и радиотерапија у примарном радикалном приступу, такође, даје добре резултате. Зрачна терапија има значајну улогу у адјувантном приступу, као и у случају рецидивантне болести. Код дисеминоване болести примењује се хемиотерапија са ограниченим ефектом.

Кључне речи: немеланомски карциноми коже, изложеност сунцу, базоцелуларни карцином, сквамозелуларни карцином, радиотерапија.

Summary

Skin cancers are the most common of all malignancies. The most important risk factor for these tumors is long term sun (UV radiation) exposure. The most common is basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma is less common, while other histological types belongs in group of rare tumors. Surgery is first option in the treatment, but radiotherapy gives good results in primary radical approach, too. Radiation therapy has significant role in adjuvant approach and also in case of recurrent disease. In disseminated disease, chemotherapy is applied, but with limited effect.

Key words: non-melanoma skin cancers, sun exposure, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, radiotherapy.

¹ Срђан Милановић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

² Никола Милошевић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

³ Марко Дожић, Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд, Србија.

УВОД

Карциноми коже су најчешћи малигни тумори.⁽¹⁾ У погледу терапијског приступа и патохистолошке врсте, ови тумори се најчешће сврставају у две групе, немеланомски карциноми коже (*non-melanoma skin cancer*, NMSC) и меланоми.

Предмет овог рада јесу немеланомски карциноми коже и улога радиотерапије у лечењу ових тумора.

Највећу учесталост има базоцелуларни карцином (*Basal Cell Carcinoma*, BCC), и до 80% случајева. Сквamoцелуларни карциноми (*Squamous Cell Carcinoma*, SCC) заступљени су до 20% случајева,⁽²⁾ а меланоми испод 2% свих карцинома коже.

Базоцелуларни карцином коже је некератинизујућа неоплазма која настаје од базалног слоја епидермиса. Има неколико подтипова, најчешћи је нодулоулцеративни (око 50%), а ове лезије карактеристично формирају централне улцерације са бемастим ивицама. Следећи хистолошки подтип BCC по учесталости је суперфицијални који карактерише ширење у епидермис без инвазије дермиса. Склерозирајући (морфеаформни) подтип је клинички важан јер га одликују мале површне лезије и истовремено значајан инфилтративни раст.

Сквamoцелуларни карцином коже је неоплазма кератинизирајућих ћелија. Постоје две најчешће варијанте, верукозни карцином и *Spindlecell SCC*.

Неке туморе одликује истовремено присуство ћелија базоцелуларног и сквamoцелуларног карцинома – базосквamoзни карцином.

Ретко су заступљени неуроендокрини карцином Меркелових ћелија (*Merkel cell carcinoma*, MCC), а нарочито ретко аднексални карциноми (карцином знојних жлезда, карцином лојних жлезда, малигни трихилемом).

Кожа може бити и локализација секундарних депозита малигнитета других локализација, али и примарно исходиште кутаних лимфома и саркома. Такође, у кожи се могу јавити и бројни типови бенигну тумора.

Сматра се да је изложеност сунчевом зрачењу најзначајнији етиолошки фактор у настајању немеланомских карцинома коже. У литератури се још као фактори ризика наводе изложеност јонизујућем зрачењу, полицикличним ароматичним угљеним хидратима, пестицидима, хербицидима, катранима и другим хемикалијама. Удруженост са настанком NMSC постоји и код инфекције хуманим папилома вирусима, дуготрајне имуносупресије (употреба кортикостероида, аутоимуни поремећаји), али и наследних поремећаја као што су албинизам, *xerodermapigmentosum*, *basalcellnevus* синдром. Као и код сквamoцелуларних карцинома других локализација, и овде је пушење значајан фактор ризика. Такође, у настанку ових тумора значајну улогу има и генетска предиспозиција, тј. већина базоцелуларних карцинома коже има мутације гена *SHH*, *PTCH* или *SMO*. Мутације на нивоу ових гена изазивају каскаду ћелијских догађаја који доводе до пролиферације ћелије.^(3, 4)

Треба напоменути да је учесталост немеланомских карцинома коже већа код особа са светлим типовима коже који имају склоност да изгоре на сунцу.

КЛИНИЧКА СЛИКА

Клиничка слика NMSC може бити различита и са неспецифичним симптомима у почетном стадијуму болести. Заједничко за базо и сквamoцелуларне карциноме је да имају спор раст на површини или непосредно испод површине коже и спору почетну еволуцију. Пацијенти често наводе претходно присуство мале ране која није потпуно зарасла. Други знаци, као што је крвављење или бол, нису уобичајени све док не дође до значајног увећања ле-

зије (чак и тада су симптоми благи) или захватања суседних структура. Када постоји перинеурална инвазија, чест симптом је појава парестезија, нарочито формикације. Мали тумори су обично неправилни нодуларни или у форми плака неправилних ивица, док се са растом тумора развијају улцерације. Инфилтративни раст је карактеристичан за сквамoцелуларне карциноме, али може бити присутан и код базoцелуларних са дуготрајном еволуцијом, и може довести до захватања околних ткива.

Сквaмoцелуларни карциноми се шире локално инвазивно, лимфогено и хематогено. Образац лимфогеног ширења наравно зависи од локализације тумора на кожи. Сматра се да се метастазе јављају у око 10% случајева сквaмoцелуларног карцинома коже. Базoцелуларни карциноми ретко метастазирају, али их карактерише локално инфилтративни раст.^(5, 2)

ДИЈАГНОЗА

Постављање дијагнозе је олакшано захваљујући приступности ових промена за хистопатолошку верификацију. Дијагностика обухвата клинички преглед са биопсијом туморске промене и процену стадијума болести. Радиолошке методе којима се процењује евентуална проширеност болести укључују ултразвук (УЗ) регионалних лимфатика, радиографију или компјутеризовану томографију (ЦТ) грудног коша, УЗ или ЦТ абдомена и карлице. Када су у питању рекурентни, агресивни или занемарени тумори, као и када је тумор локализован у максилофацијалној регији, нпр. у пределу медијалне границе орбита, унутрашњег угла ока, крила носа, назолабијалне бразде, трагуса и ретроаурикуларне регије, за процену екстензивности тумора преглед магнетном резонанцијом (МР) регије од интереса може бити од изузетне користи.⁽⁶⁾

СТАДИЈУМИ БОЛЕСТИ

Клинички стадијум болести зависи од величине примарног тумора, захваћености регионалних лимфних чворова и постојања удаљених метастаза. Особине високог ризика су дубина инвазије већа од 2mm, Clark ниво \geq IV, перинеурална инвазија; затим уколико је локализован на ушној шкољки или уснама и ако је лоше диферентован или недиферентован.⁽⁷⁾

Стадијум T0 указује да постојање тумора није доказано, а Tis (tumor in situ) да није захваћена базална мембрана.

Тумор величине до 2cm је стадијума T1.

Туморски стадијум T2 означавају тумори већи од 2cm, а мањи од 4cm.

Тумори који су већи од 4cm су стадијума T3.

Стадијум T4a представља захватање костију скелета, а T4b захватање костију базе лобање или аксијалног скелета, укључујући и епидурални простор.

Захваћеност регионалних лимфних чворова је у зависности од регије у којој се налази тумор, а обележава се симболима N0 до N3. Уколико регионални чворови нису захваћени, реч је о N0 стадијуму.

Стадијум N1 карактерише присуство једног ипсилатералног лимфног чвора величине до 3cm.

Нодални стадијум N2 означава присуство једног ипсилатералног лимфног чвора већег од 3cm, али мањег од 6cm, или присуство више ипсилатералних лимфних чворова мањих од 6cm, или присуство билатералних или контралатералних лимфних чворова мањих од 6cm.

Стадијум N3 означава присуство лимфног чвора већег од 6cm.

Постојање метастаза у удаљеним органима означава се као M1 и представља четврти клинички стадијум болести. Клинички стадијуми немеланомских карцинома коже по UICC, осмо издање TNM,⁽⁸⁾ приказани су у Табели 1.

Табела 1. Стадијуми немеланомских карцинома коже.

Редни број	СТАДИЈУМ	T	N	M
0	1	2	3	4
1	I	T1	N0	M0
2	II	T2	N0	M0
3	III	T3	N0	M0
4		T1	N1	M0
5		T2	N1	M0
6		T3	N1	M0
7	IV A	T1	N2	M0
8		T2	N2	M0
9		T3	N2	M0
10		Било који T	N3	M0
11		T4	Било који N	M0
12	IV B	Било који T	Било који N	M1

ТЕРАПИЈА НЕМЕЛАНОМСКИХ КАРЦИНОМА КОЖЕ

Одлука о начину лечења је мултидисциплинарна и уз сагласност пацијента о предложеној врсти лечења, а зависи од локализације промене, могућности очувања функције захваћене регије, очекиваног козметског ефекта и општег стања пацијента.

ХИРУРГИЈА

Хирургија је први избор лечења, посебно код мањих тумора који се могу ексцидирати тако да се ивице дефекта могу затворити директно или помоћу графта коже.

Мохс микрографска хирургија (*Mohs micrographic surgery*) је начин хируршког лечења карцинома коже где се примењује

ZnCl₂ (цинк-хлорид) као фиксатив, тако што се паста цинк-хлорида апликује у тумор, а затим се изводе серијске ексцизије. Хистолошким провером се практично процењује локална проширеност тумора, а ре-ексцизије се изводе у регији где је још увек присутна одређена количина цинк-хлорида, односно резидуална болест. На тај начин је највећи део здравог ткива поштеђен приликом операције, а стопа излечења је преко 95%. Индикације за Мохс микрографску операцију су базоцелуларни карциноми са локализацијом високог ризика, морфеаформни или инфилтративни тип ВСС, рекурентни ВСС, верукозни карцином и малигни аднексални тумори знојних жлезда.⁽⁷⁾

По добијању дефинитивног хистопатолошког налаза, у зависности од ивица препарата и перинеуралне инвазије, доноси се

одлука о ре-ексцизији или постоперативној зрачној терапији.

Опсежни и занемарени тумори захтевају широку хируршку ексцизију, а често и ампутације захваћених делова екстремитета.

РАДИОТЕРАПИЈА

Радиотерапија (РТ) као метод лечења немеланомских карцинома коже се може спроводити као куративна у примарном радикалном приступу, као адјувантна (постоперативна) терапија, али и у случају рецидивантне болести. Зрачна терапија може имати и важну улогу у палијативном приступу, нарочито имајући у виду хемостатски ефекат.

У погледу третираног волумена, зрачна терапија може бити локална и локорегионална. Локорегионална радиотерапија подразумева да су у планирани зрачни волумен обухваћени и регионални лимфни чворови.

Упоредјујући ефекат радиотерапије са хируршким лечењем базоцелуларних и сквамозелуларних карцинома у раном стадијуму, резултати лечења су слични. Пацијенти са узнапредовалим облицима ових карцинома се чешће лече комбиновано: први корак је хируршко лечење, а потом се у адјувантном приступу примењује зрачна терапија. Код млађих пацијената је пожељно изабрати хирургију као дефинитивну методу када год је то могуће с обзиром на развој касних ефеката зрачне терапије током дужег периода.

Такође, *Merkel cell* карцином, као и аднексални тумори коже, с обзиром на агресивнију природу ових обољења, у примарном приступу се лече хируршки, а затим се препоручује адјувантна зрачна терапија, а код МСС се примењује хемотерапија као и код других неуроендокриних тумора.

Осим у овим случајевима, постоперативна радиотерапија је индикована када по-

стоје позитивне хируршке маргине (R1 или R_x ресекција) и/или перинеурална инвазија. Адјувантна зрачна терапија је индикована и када је тумор био стадијума T4, а препоручује се и након операције тумора који су били већи од 3cm. Локорегионална зрачна терапија се примењује када постоје фактори високог ризика код SCC.

У радиотерапији ових карцинома, постоји широк спектар техника које се могу применити. Избор и одлука о начину планирања и спровођења зрачне терапије зависи од локализације тумора и стадијума болести.

Техника избора која се са највише успеха користи у лечењу NMSC, али и других тумора коже, је ортоволтажна РТ, чија се предност у односу на друге технике зрачења огледа у дозној дистрибуцији, тако што је максимум дозе управо на површини коже, то јест, на површини туморске лезије.

Осим ортоволтажне радиотерапије, у зрачној терапији тумора коже се користи и радиотерапија електронима и фотонима у зависности од димензија тумора, дубине инфилтрације и локализације болести.

С обзиром на доступност лезија, аранжман поља је једноставан (из једног директног поља) уз колимацију оловним заштитима.

У одређеним ситуацијама, неопходно је зрачну терапију планирати и спровести 3D конформалном техником или интензитетом модулисаним радиотерапијом (ИМРТ). У неким радиотерапијским центрима се у зависности од техничке опремљености, примењује и зрачна терапија протонима.

Зрачна терапија се спроводи дозама од 60 Gy до 70 Gy стандардним режимом фракционисања, 2 Gy дневно, 5 дана недељно. Могу се прописати и други режими фракционисања уз обраћање пажње на чињеницу да је за очекивани курабилни ефекат РТ за карциноме коже потребно достићи TDF (*Time Dose Fractination*) фактор између 90 и 110, уз напомену да се најбољи козметски ефекти постижу стандардним

режимом фракционисања, односно применом мањих дневних доза.⁽⁹⁾

Када је у питању палијативна зрачна терапија NMSC, техника спровођења и прескрипција дозе се одређује индивидуализовано сходно локалном налазу.

Акутни токсични ефекти

Први акутни ефекти се могу приметити већ после 7 до 10 дана зрачне терапије у виду еритема, убрзане десквamacије и епилације. Са акумулацијом примењене дозе сува десквamacија може прогредирати у влажну десквamacију. Ове промене се обично санирају у року од 6 до 7 недеља, али могу чак и даље прогредирати до некрозе. Адекватном локалном негом акутна радијациона токсичност се може у значајној мери ублажити и превенирати. Саветује се локална хигијена, нежно прање, примена хидрокортизонских крема, као и локалних антибиотских масти у регији оштећеног интегритета коже и у случају влажне десквamacије.⁽¹⁰⁾

Касни токсични ефекти

Касни ефекти токсичности се могу појавити неколико месеци до неколико година након спроведене зрачне терапије. Најзначајније промене које настају су атрофија, телеангиектазије, субкутана фиброза, индурација, едем. Препоручују се заштита од сунца и редовна употреба хидратантних препарата за негу коже. Уколико дође до развоја хроничног улцера, антибиотска терапија је неопходна, а понекад и хируршка ексцизија. За терапију телеангиектазија се препоручује пентоксифилин.

Акутни и касни токсични ефекти су израженији када се уз радиотерапију даје и хемопотенцијација.⁽¹⁰⁾

ХЕМОТЕРАПИЈА

Хемотерапија је у току лечења немеланомских карцинома коже свакако индикована у дисеминовној фази болести, када се

примењују различити антинеопластични лекови. Најчешће се препоручују појединачно или комбинација лекова на бази платине, инхибитори експресије рецептора епидермалног фактора раста (EGFR), доцетаксел и паклитаксел, метотрексат, блеомицин, али са ограниченим успехом.

Током радиотерапије SCC, нарочито верукозног облика сквамoцелуларног карцинома, лезија са особинама високог ризика, и код локално узнапредовале болести, индикована је конкомитантна хемотерапија (потенцијација) цисплатином.

Када је у питању *Merkel cell* карцином, с обзиром да је реч о карциному изузетно агресивног клиничког понашања, уз адјувантну РТ индикована је и хемотерапија као и код других неуроендокриних карцинома.

ЗАКЉУЧАК

Немеланомски карциноми коже су најчешћи малигни тумори. Најчешћи је свакако базoцелуларни карцином, док је значајна и учесталост сквамoцелуларног карцинома. *Merkel cell* карцином и аднексални малигни тумори спадају у групу ретких тумора и одликује их агресиван ток болести и лоша прогноза. Хируршко лечење је први терапијски избор, али значајну улогу у терапији ових обољења свакако заузима радиотерапија. Примена антинеопластичних лекова у дисеминованој фази болести не даје очекивани ефекат.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Cancer Society. Skin cancer: basal and squamous cell overview. <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/about/key-statistics.html>.
2. Lu JJ, Brady LW (eds.). Decision Making in Radiation Oncology. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2011.
3. Wicking C, McGlinn E. The role of hedgehog signalling in tumorigenesis. *Cancer Lett.* 2001; 173(1): 1–7.
4. Bale AE, Yu KP. The hedgehog pathway and basal cell carcinomas. *Hum Mol Genet.* 2001; 10(7): 757–62.
5. Halperin EC, Perez CA, Brady LW. Perez and Brady's principles and practice of radiation oncology. Lippincott Williams & Wilkins. 6th ed, 2013.
6. Barrett A, Dobbs J, Morris S, Roques T. Practical Radiotherapy Planning. Hodder Arnold, 4th ed, 2009.
7. Beyzadeoglu M, Ozyigit G, Ebruli C. Basic Radiation Oncology. Springer, 2010.
8. UICC. TNM класификација. Осмо издање, 2017.
9. Cognetta AB, Mendenhall WM (eds.). Radiation Therapy for Skin Cancer. Springer, New York, 2013.
10. Pazdur R, Camphausen KA, Wagman LD, Hoskins WJ. Cancer Management: A multidisciplinary approach. Cmp United Business Media, 7th ed, 2008.

Контакт: Др Срђан Милановић, радиолог, Институт за онкологију и радиологију Србије, Пастерова 14, Београд, Србија, тел. 011/2067242, e-mail: srdjan_milanovitch@yahoo.com

САВРЕМЕНИ ПРИНЦИПИ У ЛИЈЕЧЕЊУ СИНДРОМА КАРПАЛНОГ КАНАЛА

Јелена Цвијановић¹

MODERN PRINCIPLES IN TREATING THE CARPAL TUNNEL SYNDROME

Jelena Cvijanović

Сажетак

Синдром карпалног канала је најчешћа фокална или компресивна неуропатија, хроничног тока. Синдром карпалног канала захвата 1%–3% опште популације.⁽¹⁾ Жене четврте и пете деценије имају четири пута веће шансе да пате од овог синдрома насупрот мушкараца исте старосне доби. ⁽²⁾ Синдром карпалног канала погађа и дио трудница у задњем триместру, непосредно по порођају, такође, обострано. Циљ рада је указати на утврђивање ефекта ултразвучне терапије у процесу лијечења синдрома карпалног канала.

Истраживање је ретроспективно, проведено на 30 пацијената животне доби од 27 до 78 године, оба пола, у Заводу за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Бања Луци у периоду од 2014. до 2015. године. У истраживању су учествовали пацијенти код којих је постојање синдрома карпалног канала потврђено електромиографијским прегледом као фокална неуропатија *n. medianus*-а у карпалном каналу.

Закључак је да ултразвучна терапија, као модалитет физикалне терапије, даје позитивне резултате, што су потврдили и резултати нашег истраживања, без обзира на животну доб.

Кључне ријечи: карпални канал, терапија.

Summary

The carpal tunnel syndrome is the most common focal or compressive neuropathy, with chronic flow. The carpal tunnel syndrome affects 1%-3% of general population.⁽¹⁾ The women of the fourth and fifth decade of life have four times greater chance to suffer from this syndrome than men of the same age.⁽²⁾ The carpal tunnel syndrome also affects the part of pregnant women in the third trimester; immediately after delivery, and affects their both hands. The objective of this paper is to indicate the effect of the ultrasound therapy in the treatment process of carpal tunnel syndrome.

The study was retrospectively performed on 30 patients between the ages of 27 and 78, of both gender, in the Institute for Physical Medicine and Rehabilitation „Dr Miroslav Zotović“ in Banja Luka, in the period from 2014 to 2015. The study involved patients with carpal tunnel syndrome confirmed by electromyography examination as the focal neuropathy of *n. Medianus* in the carpal tunnel.

The conclusion is that the Ultrasound therapy, as the modality of physical therapy, provides positive results as confirmed by the results of our study, regardless of age.

Keywords: carpal tunnel, therapy.

¹ Јелена Цвијановић, дипл. физиотерапеут, ЗТЦ Бања Врућица, Република Српска.

УВОД

Вођени подацима да ултразвучна терапија има позитиван ефекат у третману синдрома карпалног канала, ми смо пратили 30 пацијената у периоду од 2014. до 2015. године, животне доби од 27 до 78 година, просјечно 52 године, оба пола, код којих је електромионеурографским прегледом потврђено постојање фокалне неуропатије *n. medianus*-а у карпалном каналу и који су се због постојања симптома јавили породичном љекару који их је упутио физијатру. По постављеној дијагнози пацијенти су подвргнути терапији ултразвуком на карпални канал снаге $0,8\text{W}/\text{cm}^2$ двадесет терапијских дана. На почетку терапије третирани су Бостонским упитником за карпални канал, као и на крају третмана, те добијени подаци су поређени.

ЦИЉ РАДА

Рад је оригинално истраживање. Циљ рада је утврдити ефекат ултразвучне терапије у лијечењу синдрома карпалног канала и приказати савремене принципе лијечења синдрома карпалног канала.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Испитаници

Ово истраживање је спроведено у Заводу за физикалну медицину и рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Бања Луци, у периоду од 2014. до 2015. године. У истраживању је учествовало 30 пацијената животне доби од 27 до 78 године живота, оба пола, код којих је постојање синдрома карпалног канала потврђено електромионеурографским прегледом.

Методологија рада

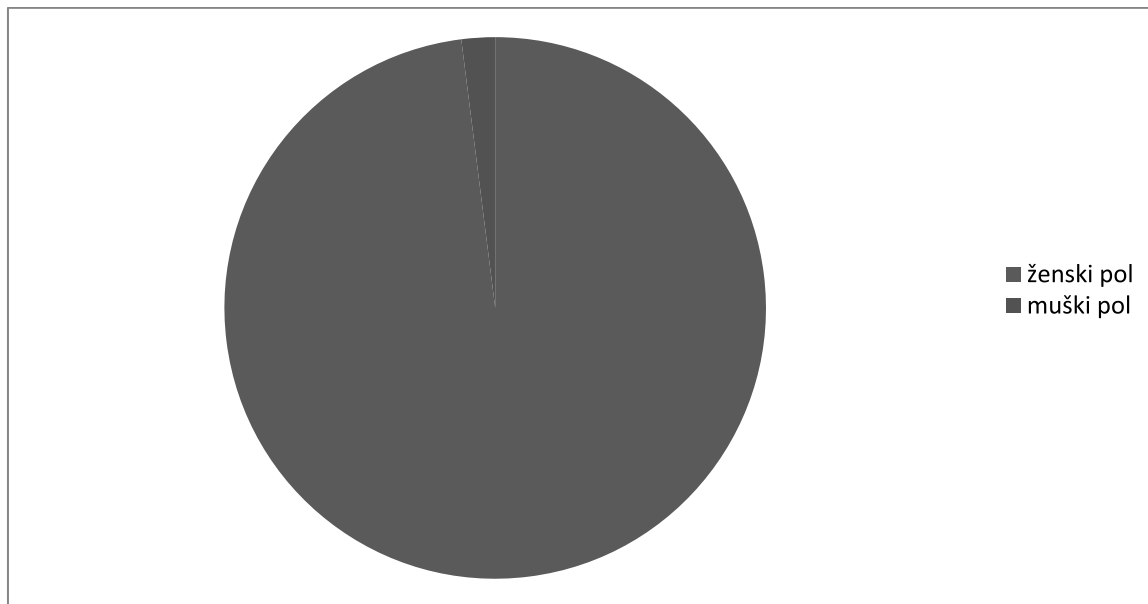
Пацијентима је по клиничком прегледу индикована ултразвучна терапија, снаге $0,8\text{W}/\text{cm}^2$ на карпални канал у трајању од

двадесет терапијских дана. Ортозе нису кориштене, а кинезитерапија се не користи јер, када измјењене структуре, међу њима тетиве, активирамо кинезитерапијом, доводимо до погоршања због притиска. Добијене резултате рада статистички смо обрадили. Т тест за зависне узорке је рађен са циљем евалуације утицаја примјењене терапије на исход лијечења пацијената са синдромом карпалног канала.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

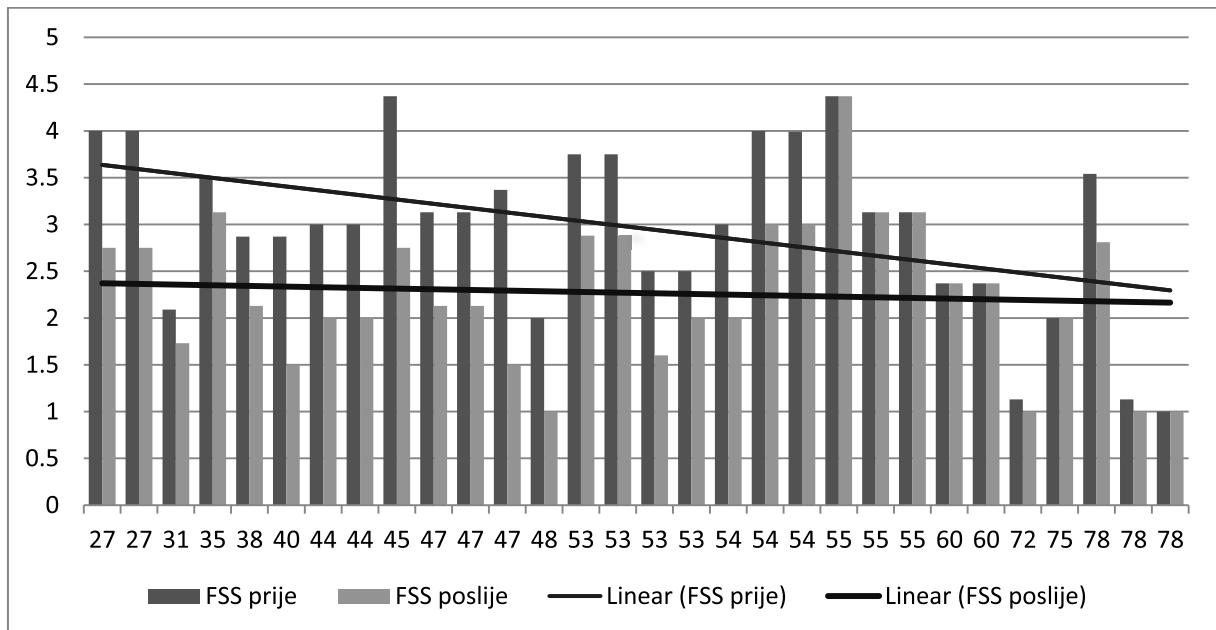
Истраживање је спроведено анализом података од 30 пацијената са синдромом карпалног канала, као и увидом у њихову медицинску документацију. Из прикупљених података добијени су одређени резултати.

У испитаничкој групи од 30 пацијената са синдромом карпалног канала већина испитаних пацијената је женског пола, од чега 98%, а само 2% особа мушког пола (Графикон 1).

Графикон 1. Приказ учесталости пацијената по полу.

Просјечна старост испитаника је била 52 године. Најмлађи испитаник је имао 27, а најстарији 78 година. Млађи испитаници

су имали више ФСС скова од старијих прије примјењене терапије. Ова разлика се не уочава након примјењене терапије (Графикон 2).

Графикон 2. Вриједности ФСС скова код испитаника прије и после примјењене терапије. Линеарне тренд линије указују на кретање вриједности од млађих према старијим болесницима.

Видимо високо статистички значајно смањење вриједности ФСС скорa од почетка терапије ($= 2,965$; $SD= 0,923$) до завршетка терапије ($=2,2266$; $SD=0,792$; $t(29)=7,095$; $p=0,000$).

Вриједност ета квадрат ($0,634$) указује на велики ефекат примјењене терапије. Однос између година живота и вриједности ФСС скорa испитиван је посебно за вриједности прије и после терапије. Прије примјењене терапије Pearson-ов коефицијент корелације је показао јаку, негативну корелацију година живота и ФСС скорa ($r= - 0,512$; $n=30$; $p=0,004$), што указује да су млађи пацијенти прије терапије имали веће вриједности испитиваног скорa. Након примјењене терапије, ова корелација је такође била негативна, али умјереног интензитета и без статистичке значајности ($r=-0,225$; $n=30$; $p=0,233$).

ДИСКУСИЈА

Синдром карпалног канала је хронична болест, притајеног тока, тј. најчешће фокална или компресивна неуропатија са преваленцом од $9,2\%$ код жена и 6% код мушкараца,⁽²⁰⁾ и инциденцом од 276 случајева на 100.000 становника годишње,⁽²¹⁾ односно преваленцом $0,6\%$ код мушкараца и $5,8\%$ код жена,⁽²²⁾ или преваленцом од $2,1\%$.⁽²³⁾ У Европи у 1998. години, преко 60% мускулоскелетних обољења горњих екстремитета везаних за посао су били случајеви синдрома карпалног канала.⁽²⁴⁾ У 2000. години најчешће обољење горњих екстремитета је био синдром карпалног канала, око 57% , након кога долазе тендинитиси 19% , епикондилитиси 10% , посљедице обољења интервертебралног диска и хернијације 7% . Новији резултати указују на инциденцију од $0,125$ до 1% .⁽²⁵⁾ Пик инциденције је период $50-59$ година живота.

Први симптоми су најчешће осјећај трњења у предјелу инервационог поља *n. medianus-a*, прва три и по прста захваћене стране шаке, при чему изостаје осјећај

трњења и сличних сензација у предјелу спољашње половине дланске стране шаке, јер се грана намјењена за сензитивну инервацију овог подручја одвоја од живца пријенего онуђеу карпални канал. Симптоми су чешћи ноћу, због честих положаја шаке у екстремној екстензији или флексији радиокарпалног зглоба када завршимо истезање или компресију нерва. Пацијенти обично наведу да су дању симптоми значајно слабији или потпуно изостају. Оваква ноћна симптоматологија омета сан што пацијенте доводи у раздражљиво расположење. Понекад може да постоји и бол која се шири асцедентно према рамену и то најчешће у већ одмаклим случајевима кад се нађе асцедентна дегенерација нерва. Кроз вријеме које може бити и више година долази до постепеног одговора захваћених моторних влакана у смислу слабљења мускулатуре тенара, која је битна за покрете првенствено позиције палца према малом прсту, што временом доводи до смањења функционалности истог, и немогућности извођења финих координисаних покрета прстију шаке и слабљења снаге шаке у цијелости. Литературни као и искуствени подаци указују да се пик дешава у перименопаузалном периоду, када код жена које су значајно чешће погођене овом болешћу, долази до значајних хормонских промјена. ЕМНГ налази указују да се код жена у овом добу, без могуће неке друге подлоге за ово обољење, налази неуропатија *n. medianus-a* у карпалном каналу обострано, са израженијим симптомима на доминантној руци, при чему електрофизиолошки налази не морају бити значајније различити. Овај облик синдрома погађа и дио трудница у задњем триместру, као и непосредно по порођају, такође обострано. Све ово је указивало да се ради о обољењу које је везано са хормонским статусом, при чему се код мушкараца, ако није подлога неко друго обољење, углавном синдром налази једнострано и то на руци изложеној тешком физичком раду.

Истраживања посљедњих година указују на постојање прогестеронских и естрогенских рецептора на попречном карпалном лигаменту и омотачима тетива флексора, што значајно објашњава етиологију ове форме вођене као идиопатска форма синдрома карпалног канала.⁽¹⁰⁾

Још једна од метода којом се може утврдити постојање синдрома карпалног канала је ултразвучни налаз меких ткива,⁽²⁷⁾ који може потврдити постојање морфолошких промјена у предјелу карпалног канала, у смислу отока нерва, или притиска од стране околних мекоткивних структура, без могућности утврђивања постојања физиолошких промјена и степена оштећења нерва.

При прегледу литературе уочили смо да се аутори позивају на препоруке од стране Америчке академије ортопедске хирургије из 2010. године у третману синдрома карпалног канала.⁽¹⁷⁾ Као опција могућ је конзервативни третман, док се рани оперативни захвати подузимају само у случају потврде постојања денервације у мишићима шаке инервисаним од стране *p. medianus*-а, или уколико пацијент захтјева оперативни третман, на шта се пацијенти одлучују и кад дијагностика потврђује постојање благог оштећења нерва које се може неоперативно третирати.

Оперативни третман се препоручује уколико облици третмана не дају позитиван одговор након двије до седам недјеља третмана.

Локалне стероидне инјекције и ортозе се препоручују прије провођења оперативног захвата. Орални стероиди и ултразвучна терапија су опције у третману.

Препоручују се специфичне оперативне технике са комплетним одвајањем *retinaculum flexorum*-а.

Као пратећи инструменти у третману овог синдрома су специфични тестови. Бостонски карпал синдром тест, DASH, МНО, РЕМ, SF12 или SF36.⁽¹⁷⁾

За нас у физикалној медицини су посебно интересантни начини неоперативног третмана. Kerr CD, Sybert DR, Albarracin NS указују да је ефикасан конзервативни начин третмана синдрома карпалног канала комбинација ортозе, ултразвучне терапије и вјежбе. Неки аутори тврде да се свакодневним режимом масаже може ослободити симптома синдрома карпалног канала.⁽²⁹⁾ Комбинација статичког и динамичког магнетног поља је показала да краткорочно и дугорочно редукује бол и даје благо побољшање у објективној неуроналној функцији.⁽³⁰⁾ Примјена ултразвучне терапије снаге 1W/cm², 15 минута, пет сесија седмично, пет недјеља сигнификантно снижава бол, парестезије, хипоестезије након двије и седам недјеља и осам мјесеци.⁽¹⁸⁾ Неки резултати показују позитиван ефекат ортозе,⁽³¹⁾ док други указују да поређење кориштења ортозе и глидинг вјежби са самом ортозом не показује значајну разлику у коначном исходу.⁽³²⁾

Резултати су показали да је примјена ултразвучне терапије значајно побољшала функционално стање пацијената након терапије у односу на почетак исте, при чему је позитиван одговор био независан од животне доби.

Посљедњих година постоје покушаји третмана овог синдрома *shock wavetherapy* који дају назнаку у смислу смањења бола и побољшања резултата Бостонског теста.⁽³³⁾

Резултати су показали да је код особа млађе животне доби сам функционални дисбаланс био прије терапије израженији у односу на старију животну доб, што би се могло објаснити значајнијим доживљајем симптома и потешкоћа код особа млађе животне доби због већег ангажмана шака, како у радном процесу, тако и у свакодневним активностима живота, када се врши интензивнији и чешћи притисак на нерв у каналу.

ЗАКЉУЧАК

1. Ултразвучна терапија, као модалитет физиоакне терапије даје позитивне резултате, што су потврдили и резултати истраживања, без обзира на животну доб.

2. Позитивне резултате дају примјена ортозе током ноћи, апликација кортикостероида у карпални канал и поједини модалитети физикалне терапије, искључујући топлотне процедуре.

3. Дефинитиван начин лијечења овог синдрома је оперативно лијечење.

ЛИТЕРАТУРА

1. Levin DW, Koris MJ, Daltroy LH. A self-administred questionnaire for assessment od severity of simptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *J Bone Join Surg Am* 1993; 75: 1858–92.

2. Atroshi I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *Jama* 1999; 282: 153–8.

3. Repel D. Consensus criteria for the classification of carpal tunnel syndrome in epidemiologic studies. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 1447–51.

4. Szabo RM, Chidgey LK. Stress carpal tunnel pressures in patient with carpal tunnel syndrome and normal patinets. *Journal of Hand Surgery-American Volumen* 1989; 14: 624–7.

5. Мирјана М., Благотић М., Ђорђевић Љ., Теофиловски Г. Београд, 2005.

6. Luchetti R., Shoenhuber R., Nathan P. *Carpal tunnel syndrome*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2007.

7. Kerr CD, Sybert DR, Albarracin NS. An analysis of the flexor synovium in idiopatic carpal tunnel syndrome; report of 625 cases. *J Hand Surg* 1992; 17A: 1028–30.

8. Lauchetti R., Schoenhuber R., Nathan P. Correlation of segmental carpal tunnel syndrome and controls. *J Hand Surg* 1998; 5: 598.602.

9. Toesca A., Pagnotta A., Zumbo A., Sadun R. Estrogen and progesterone receptors in carpal tunnel syndrome. *Cell Biol Int*. 2008 Jan; 32(1): 75–9.

10. Durkan JA. A new diagnostic test for carpal tunnel syndrome. *J bone Join surg* 1991; 73. 535–8.

11. Kuschner SH., Ebramyadeh E., johnson D. Tinnels sign and Phalens test in carpal tunnel syndrome. *Orthopaedics* 1992; 15: 1297–1302.

12. Manente G., DiBlasio F., Staniscia T. An innovative had brace for carpal tunnel syndrome: a randomised contorl trial. *Muscle and Nerve* 2001; 24: 1020–5.

13. Walker WC, Cifu DX, Swartz Z. Neutral wrist splinting in carpal tunnel syndrome: a comparison of night-only vs full-time wear instructions. *J of Phys Med and Rehab* 2000; 81: 424–9.

14. *Carpal tunnel syndrome*, in *The Wrist: Diagnosis and Operative Treatment*, LR cooney WP, Doyns JH, Editor. Mosby: St Luis.p. 1197–1233.

15. Dammers JW, Vermeulen M. Injections with Mathylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial. *British Medical Journal* 1990; 319; 884–6.

16. American Academs of Orthopaedic Surgeons *Clinical Practice quideline on The Treatment of Carpal Tunnel Syndrome*. *The treatment of Carpal tunnel Syndrome*. *J bone Joint Surg Am*. 2010; 92: 218–9.

Контакт: Јелена Цвијановић, дипл. физиотерапеут, ул. Војске Републике Српске, Котор Варош бб, телефон: 065/687-518, e-mail: jelenacvijanovic388@gmail.com

ДИДАКТИЧКО-МЕТОДИЧКО УСАВРШАВАЊЕ НАСТАВНИКА ЗДРАВСТВЕНЕ СТРУКЕ – ОСНОВ ЗА ПРИМЕНУ ИНОВАЦИЈА

Биљана Стојановић Јовановић¹, Стеван Јовановић²

DIDACTICAL AND METHODOLOGICAL TRAINING OF TEACHERS OF HEALTH PROFESSIONS – BASIS FOR THE IMPLEMENTATION OF INNOVATION

Biljana Stojanović Jovanović, Stevan Jovanović

Сажетак

Један од главних резултата успешне наставе представља квалитетно образовање наставног кадра, што је њихово иницијално образовање, али и континуирано стручно усавршавање у току рада. Стручно усавршавање наставника је облик перманентног образовног процеса. С обзиром на све веће изазове пред којим се налазе образовни системи, а самим тим и наставници као стубови тог система, намеће се потреба континуираног стручног усавршавања наставника у циљу развоја неопходних наставничких компетенција. С друге стране, наука се данас веома убрзано развијају што намеће сталну потребу наставницима медицинске наставе да буду у токовима развоја своје струке. Иновација у настави подразумева новину коју је наставник теоретски осмислио, разрадио и практично применио у свом раду.

Циљ рада је акцендовање значаја стручног усавршавања наставника здравствене струке у дидактичко-методичком погледу и у погледу увођења иновација а ради увођења ефикасније наставе стручних и уже стручних наставних предмета.

Кључне речи: наставник, стручно усавршавање, иновације, дидактика, медицинска настава.

Summary

One of the main results of successful teaching is quality education of teachers during their initial education, and continuing professional development during their professional career. Professional development of teachers is a form of continuing education process. Due to the growing challenges faced in education systems, and therefore teachers as pillars of the system, there is a need of continuous professional development of teachers in order to develop the necessary teaching competencies. On the other hand, science is now developing very rapidly, which imposes a constant need of teachers in medical sciences continually to be in the flow of development of their profession. Innovation in teaching means the innovation that the teachers are theoretically designing, developing and practically applying in their work.

The objective is to emphasise on professional-service teacher training of health professionals in the didactic and methodical terms and in terms of innovation in teaching and lecturing in medical sciences.

Key words: teacher, training, innovation, didactics, teaching in medical sciences.

¹ Мр сц. мед. Биљана Стојановић Јовановић, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Београд, Србија.

² Мр сц. Стеван Јовановић, магистар наука мултидисциплинарних научних области – неуронауке, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Београд, Србија.

УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Стручно усавршавање наставника здравствене струке уско је повезано са појавом већег броја информација и умножавањем знања, као и са интензивнијом потребом њихове примене у наставној медицинској пракси, имајући у виду промене које настају вртоглавом брзином. Формално образовање потребно за образовно-васпитни рад је само први корак у професионалном развоју који се на различите начине одвија и током даљег радног искуства.⁽¹⁾ Професионални развој је сложен процес који подразумева стално развијање компетенција наставника ради квалитетнијег обављања посла.⁽²⁾

Функција професионалног развоја наставника је мењање себе ради ефективнијег мењања свог рада и позитивних ефеката у наставном и образовном процесу.

Наставници као професионалци који се баве озбиљним послом треба да буду стручњаци, да буду креативни, свестрани, оригинални, савремени, и да поседују универзална знања и вештине, чиме доприносе квалитету наставе. Кључни фактори успешности у настави су: добро академско образовање наставника, држање наставе из предмета за који се наставник примарно школовао, вишегодишње радно искуство, квалитетно увођење у посао, мотивисаност за постигнуће и континуирано стручно усавршавање.⁽³⁾ Стручно усавршавање подразумева стицање нових и усавршавање постојећих компетенција важних за унапређивање васпитно-образовног, стручног рада, али и развој каријере напредовањем у одређено звање.⁽⁴⁾ Предуслов успешног усавршавања наставника здравствене струке је њихово перманентно и актуелно информисање о најновијим теоријским погледима, научним чињеницама, савременим методама, али и о богатству и разноликости практичних решења, новим облицима рада, непосредним позитивним искуствима наставника – практичара.⁽⁵⁾

Стручно усавршавање наставника који држе медицинску наставу треба да представља, стални, континуирани процес, који можемо дефинисати као процес праћења, усвајања и примене савремених достигнућа у медицинској науци и пракси ради остварења циљева и задатака образовања и васпитања, али и унапређивања васпитно-образовне праксе уопште.⁽⁶⁾ Наставник као и сарадник у настави на предметима здравствене струке који није припремљен за нову улогу, за нов приступ тумачењу појединих садржаја, за нове врсте наставе, нове облике рада, савремена наставна средства и методе, не може бити носилац модернизације, прихватања и коришћења иновација у наставном раду у области здравствене неге, физиотерапије (и других здравствених струка).

Увођењем иновација у медицинску наставу успешније се реализују програмски задаци и убрзава усвајање знања и вештина код оних који уче. Само иновирање садржаја нема сврхе без иновирања начина рада, тј. метода, облика, средстава, поступака да би се осигурао ефикасан васпитно-образовни учинак. Иновације у медицинској настави су важне због квалитетнијег формирања стручњака који ће преузимати све комплексније задатке условљене интензивним развојем науке и струке.

ОБЛИЦИ СТРУЧНОГ УСАВРШАВАЊА НАСТАВНИКА

Континуирано стручно усавршавање наставника последњих година добија све већи значај у образовним системима широм света и постало је неизоставан сегмент целоживотног учења и унапређења квалитета рада наставника.⁽⁷⁾ Стручно усавршавање подразумева активности које самоиницијативно предузима наставник, у стручном усавршавању које се одвија унутар школе/установе, али и кроз похађање акредитованих програма стручног усавршавања. Просветне власти су до сада нај-

више пажње посветиле успостављању система за похађање акредитованих семинара као облика стручног усавршавања наставника,⁽⁸⁾ тако да је похађање семинара постало доминантан облик унапређивања професионалних компетенција.

Стручно усавршавање није усмерено само на унапређивање квалитета рада наставника у васпитно-образовној пракси, већ представља фактор развоја школе, образовног система, па и локалне и шире друштвене средине.⁽⁹⁾ У литератури су описани бројни модели и активности стручног усавршавања, односно професионалног развоја наставника, међу њима и индивидуално и групно стручно усавршавање. Индивидуално стручно усавршавање обухвата све активности наставника које предузима самостално, а везане су за: консултовање и проучавање стручне литературе, упознавање са савременом наставном технологијом, као и публиковање радова у стручним и научним часописима. Групно стручно усавршавање је вид стручног усавршавања у којем учествује већи број наставника, а остварује се путем реализације тема на различитим нивоима.⁽¹⁰⁾

Планирање стручног усавршавања за једну школску годину се обично врши на почетку школске године, док се реализација и евалуација врше током целе школске године. Као вид стручног усавршавања, можемо навести још и иновације у настави, при чему наставник одређену новину теоретски осмишљава, разрађује и практично примјењује у свом раду с циљем унапређења наставе у одређеном одјељењу, разреду или школи.

Циљ увођења иновације у настави није демонстрација „моћи“ или стручне компетенције наставника, него унапређивање наставе, при чему би свака успешна иновација требало да буде даље примењивана у школи, уколико то дозвољавају материјалне и организационо-кадровске околности.⁽¹¹⁾

ВАЖНОСТ ДИДАКТИЧКО-МЕТОДИЧКИХ ИНОВАЦИЈА У МЕДИЦИНСКОЈ НАСТАВИ

Бити добар у настави значи педагошки деловати свим својим бићем. Бити добар наставник медицинске наставе у најширем смислу те речи, значи овладати педагошким компетенцијама у којима је знање само један сегмент. Наставу оваквог и сличног типа способни су да организују само они наставници који су овладали завидним предметно-стручним, дидактичко-методичким и образовно-технолошким компетенцијама.⁽¹²⁾ Под дидактичко-методичком организацијом подразумевају се циљеви, методе, облици, врсте наставе, дидактички медији, вредновање и слично.

Прогресивне промене у свим тим елементима називамо иновацијама.⁽¹³⁾ Иновације су резултат озбиљне, стручне и дуготрајне припреме које су резултат свесне, планске, организоване и практично верификоване активности, које комбинују добра претходна искуства са новинама које се уводе и доприносе квалитетнијем наставном раду. Иновирање наставе је сложен и комплексан проблем, који подразумева радикалну измену постојећег стања у одређеним сегментима.⁽¹⁴⁾ У дидактичкој, научној и стручној литератури иновација се најчешће одређује као сврсисходан напор за комплексним усавршавањем васпитно-образовног процеса уношењем нових елемената. Заједничка одредница им је новина и потреба да се иновација схвати као процес, процедура и као ефекат, односно резултат. То значи да се иновација посматра у односу на већ постојеће стање, односно мери се квантитативна и квалитативна разлика између почетног и крајњег стања. Уместо давања информација ученику или студенту у готовом виду, настава мора да омогући ученицима или студентима да самостално долазе до сазнања примењујући и афирмишући при том иновативно, креативно мишљење. Иновација представља и намерно увођење промена у наставу као

подстицај да се он даље унапређује или као свесно усмерена промена како би се остварила побољшања која се могу мерити. Другим речима, иновације представљају нешто ново, различито, боље од постојећег, с тим да је ново релативно.⁽¹⁵⁾

Установљено је да постоје разлози објективне и субјективне природе који отежавају процес уношења и извођења иновацијског рада. Објективни разлози се најчешће везују за финансијске издатке, ремећење устаљеног реда, одступање од уобичајених норми док се субјективни разлози везују за несигурност наставника, недостатак поверења у сопствене снаге и способности, сумња да неће бити успешни.⁽¹⁶⁾ Сматра се да промене у образовно-васпитном систему у већини зависе од наставника, јер наставник је тај који прихвата иновацију, планира је и реализује у свом раду, али потребно је да се назначи да наставник није једини одговоран за квалитет, ефикасност и позитивне ефекте иновираног поступка. Ако планирамо стварну промену система, онда је потребно да сагледамо све актере наведеног система, од управе школе до ученика/студената. Дакле, битан фактор за увођење иновације било којег реда зависи од наставника, његове воље, става, мишљења, затим његове умешности, способности, знања.

Од наставника се очекује да поседује знања и вештине свакако у области у којој предаје, да буде успешан у руковођењу наставним процесом, да буде спреман да се стално усавршава, да се придржава професионалне етике и да је способан да уводи и примењује иновације.⁽¹⁶⁾ Иновације у настави, могу се разликовати по своме обиму и значају, примени у образовном раду, као и покушајима који повремено чине при њиховом сврставању у категорије, односно, типове.⁽¹⁷⁾

ПРИПРЕМАЊЕ НАСТАВНИКА УЖЕ СТРУЧНИХ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДМЕТА ЗА НОВУ ШКОЛСКУ ГОДИНУ

У склопу предмета стручног оспособљавања кадра здравствене струке у средњој медицинској школи и високој здравственој школи струковних студија су и уже стручни предмети. Они се изучавају током свих година школовања теоријски и практично, у школским кабинетима и у наставним базама – установама примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите.⁽¹⁸⁾ Теоријски део који претходи практичном обезбеђује теоријску основу која се касније практично примењује на настави вежби или на пракси. У оквиру теоријске наставе дају се објашњења о значају подухвата и метода које се у раду користе и о обнови знања које је потребно да се подухват разуме.

Практични део наставе користи раније усвојено теоријско знање као основу за стицање навика и мануелних вештина потребних за обављање задатака у професионалном раду, пре свега медицинских сестара и физиотерапеута.⁽¹⁸⁾ Припремање наставника за извођење медицинске наставе је сложен, и одговоран посао. Када је реч о дидактичкој и методичкој припреми наставника, а и сарадника у медицинској настави, неопходно је да овладају одговарајућом терминологијом, јер погрешно разумевање одређених појмова и термина доводи до грешака у планирању наставних садржаја, а то онда директно утиче на квалитет самог процеса припремања.

Основни дидактички и методички појмови неопходни за ваљано планирање и припремање наставних садржаја су: наставни план, наставни програм, семестрални програм рада наставника, месечни програм рада наставника, наставно подручје, наставна област, наставна тема, наставна јединица, наставни циљ, наставни задатак, исход учења, компетенције, ста-

ндарди знања, наставни облик и наставне методе.⁽¹⁹⁾ Припремање наставника за нову школску годину започиње крајем текуће школске године, а најбоље је да та припрема започне крајем јуна и да се оконча у другој половини септембра. Припремање започиње детаљним проучавањем Наставног плана и Наставног програма за одговарајућу годину студија и за дати предмет. Након темељитог упознавања са наставним програмом, наставник/сарадник у настави треба пажљиво простудирати одобрене уџбенике и приручнике намењене студентима.⁽¹⁹⁾

Наредни корак у припремању наставника за нову школску годину је проучавање годишњег програма рада који се често означава и као глобални програм рада за одређену годину студија. Први корак у изради семестралног програма рада је дефинисање одговарајућих наставних области и наставних тема у оквиру одговарајућих наставних подручја. Наставни програм треба да буде сачињен тако да је оријентисан на исходе учења. Припремање наставника (сарадника у настави) за наставу у току школске године, осим континуираног корективног месечног планирања које подразумева наведене функционалне и практичне промене у оквиру месечних програма рада, подразумева и директну припрему за реализацију самог наставног час(ов)а. Та припрема је у доброј мери зависна од типа наставног часа, односно од одговора на два основна питања која гласе: Шта наставник планира да уради на датом наставном часу? и Како то што је планирао мисли да реализује? То „шта“ и „како“ су суштинска питања од којих зависи не само квалитет наставникове припреме за реализацију планираних наставних садржаја, него и квалитет саме наставе и резултата рада на часу.

Добро дефинисани наставни циљеви и наставни задаци директно одређују најприхватљивије наставне облике и наставне методе.⁽²⁰⁾ Овде је важно напоменути да

добро припремљен наставни час никако не подразумева фиксиране наставне облике и методе рада, него је важно у току саме реализације планираних наставних садржаја функционално комбиновати најефикасније облике и методе рада, не плашећи се да се понекад примени и облик рада који није планиран, а сараднику у настави се у датом тренутку учини функционалним.

Предности планског рада у остваривању васпитно-образовних и наставних задатака над неорганизованим радом су вишеструке и огледају се у следећем. Планирањем се обезбеђује не само прелажење и обрада целокупног градива предвиђеног наставним програмом, већ и његова равномерна обрада током семестра. При том ваља имати у виду следеће: претходна знања студената и њихове могућности, локалне и специфичне услове рада школе и сл. Планирањем се, такође, обезбеђује и систематичност у раду, тј. редослед обраде градива. Од овога се понекад мора одступати када се ради о повезивању једног предмета са другим, (поготову сродним), или када је познавање одређеног садржаја из неког предмета (подручја, теме, наставне јединице) услов и претпоставка за разумевање градива из другог предмета.

Успешност планирања и остваривање предвиђених мера зависи од сагледавања бројних често сложених услова.⁽¹²⁾ Планирање и припремање наставног рада мора имати временску димензију и хијерархијски карактер. У пракси традиционалне наставе, планирање се најчешће јавља у следећа три облика: годишње или глобално планирање, периодично (најчешће месечно) или оперативно планирање, свакодневно или планирање наставног часа. Да би реализација часова у различитим групама била уједначена итд., квалитетно урађене припреме за час су велика помоћ сараднику у раду.

Припрема за час треба да садржи јасно дефинисане следеће целине: назив наставне теме, назив наставне јединице, циљ

часа (образовне, васпитне, специјалне задатке), тип часа, наставне методе, наставне облике, наставна средства, место извођења наставе, корелацију са другим предметима, литературу (за наставника, за студенте), план извођења часа: уводни део часа (препаративна фаза), централни део часа (оперативна фаза), завршни део часа (верификативна фаза).⁽²¹⁾ Уколико се на часу планира увођење иновативних метода и облика рада, треба навести које иновације се планирају и на који начин ће бити спроведене, као и који се ефекти очекују.

Евалуација одржане наставе може да буде базирана на самоевалуацији сарадника у наставни, а било би добро да се у анализу и евалуацију уврсте и мишљења студената изречена или написана. Овај део припреме је за наставника – сарадника у медицинској настави веома важан, јер може да садржи предлоге за сугестије за наредно планирање и побољшање припреме за наставу.

ЗАКЉУЧАК

Наставник је основни субјекат наставе и значајан чинилац њеног унапређивања. Стручно усавршавање наставника медицинских предмета је неопходно и обухвата не само иновирање и обогаћивање предметних знања, него и проширивање педагошко-психолошких знања и унапређивање дидактичко-методичких способности, што је предуслов за добру наставу. Од наставника уопште, а самим тим и наставника медицинских предмета, очекује се да буде спреман и отворен за промене, тј. способан да се прилагођава, а исто тако да буде и сам иницијатор промена. Увођење и сталне примене иновација (наставних, програмских, евалуативних, медијских и др) у педагошком раду доноси побољшање самог процеса рада и резултата тога процеса.

Стручно усавршавање наставника и сарадника у медицинској настави остаје трајна потреба, задатак и обавеза свих оних који се баве образовањем и васпитањем младих медицинских сестара, физиотерапеута и других здравствених струка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегија развоја образовања у Републици Србији до 2020. године. Службени гласник Републике Србије 107/2020. Преузето са: <http://www.mprn.gov.rs/wp-content/uploads/2015/08/strategija-obrazovanja.pdf>.
2. Ђерманов Ј., Костовић С., Ђукић М. Образовање у различитости и за различитост: димензије професионалног развоја наставника. У: М. Ољача (Ур.), Модели стручног усавршавања наставника за интеркултурално васпитање и образовање. Нови Сад, Филозофски факултет, Одсек за педагогију, 2006; 51–68.
3. Анђелковић А. Проучавање наставничких схватања у функцији њиховог професионалног развоја. Стручни чланак, 2013., децембар; 5: 592–603. Преузето са: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0553-4569/2010/0553-45691008592A.pdf>.
4. Правилник о сталном стручном усавршавању и стицању звања наставника, васпитача и стручних сарадника. (2015). Службени гласник Републике Србије 86/2015. Преузето са: <https://goo.gl/XJxT4d>.
5. Јашић С. Годишњак Педагошког факултета у Врању, књига VIII, 2/2017. УДК 371.33/5 37.014.3:37.026.
6. Стаматовић Ј. Програми и облици стручног усавршавања наставника. Институт за педагогију и андрагогију филозофског факултета у Београду, Београд, 2006.

7. OECD Teachers Matter: Attracting, Developing and Retaining Effective Teachers. OECD Publishing, Paris, 2005.
8. Станковић Д. Систем професионалног развоја наставника у Србији: главне теме и правци развоја. У: Изаживи ин усмеритве професионалног развоја учитељев / Изазови и усмерења професионалног развоја учитеља, ур. Вонта Т. и Шевкушић С. Педагошки институт, Љубљана, Институт за педагошка истраживања, Београд, 2011; 87–101.
9. Чекић-Марковић Ј. Наставници у Србији: ставови о професији и о реформама у образовању. Пантић Н. (ур.), Центар за образовне политике, Београд, 2012.
10. Joyce BR, Calhoun E. Models of Professional Development: A Celebration of Educators. Thousands Oaks, CA: Corwin, NSDC 2010.
11. Сузић Н. Модел доживотног усавршавања и напредовања наставника. Научни скуп: Образовање и усавршавање наставника, Учитељски факултет у Ужицу, Ужице, 2008; 43–58.
12. Вилотијевић М. Дидактика. Научна књига, Београд, 1999.
13. Вилотијевић М., Вилотијевић Н.. Модели развијајуће наставе. Учитељски факултет, Београд, 2016.
14. Вилотијевић М. Дидактика 3 организација наставе. Учитељски факултет, Београд, 2000.
15. Милошевић-Јешић С. Примена иновација у основној школи. Педагошка стварност 2009; 55(5–6): 497–524.
16. Ђорђевић Ј. Схватања о курикулуму и његова улога у настави. Педагошка стварност 2003: 1–2, 31–4.
17. Ђукић М. Дидактичке иновације као изазов и избор. Савез педагошких друштава Војводине, Нови Сад, 2003.
18. Ђорђевић Ј. Иновације у настави. Институт за педагошка истраживања, Београд, 1986.
19. Ранковић Васиљевић Р. Методика наставе здравствене неге. Виша медицинска школа, Београд, 2003.
20. Ранковић Васиљевић Р., Стојановић Јовановић Б., Терзић Марковић Д. Методика и организација здравствене неге. ВЗШСС, Београд, 2015.
21. Воскресенски К. Дидактички модели као подсистеми системске дидактике. Настава и васпитање, 1997; 4: 386–406.
22. Кука М. Општа педагогија и педагошка психологија. Ауторскоиздање, Београд, 2005.

Контакт: Биљана Н. Стојановић, 11000 Београд, ул. Дринчићева 11а/66, моб: 0691910884, e-mail: biljananstojanovic@gmail.com, Висока здравствена школа струковних студија, Цара Душана 254, Београд, Србија, тел. 0112618024, www.vms.edu.yu.

ЛИЦА КОЈИМА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈУ ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ, СА ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЛИЦА КОЈА НИСУ ОБУХВАЋЕНА ОБАВЕЗНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ ОСИГУРАЊЕМ

Рајко Косановић¹, Христо Анђелски²

PERSONS WHO HAVE PROVIDED RIGHTS FROM HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF SERBIA, WITH SPECIAL REFERENCE TO FINANCING OF HEALTH PROTECTION OF PERSONS NOT INCLUDED BY MANDATORY HEALTH INSURANCE

Rajko Kosanović, Hristo Andelski

Сажетак

Законом о здравственом осигурању (2005) одређено је која лица имају права из здравственог осигурања и која та права користе на начин прописан овим законом. За лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, односно лица која не испуњавају услове за стицање својства осигураника према наведеном закону и Закону о здравственој заштити (2005), здравствена заштита се обезбеђује средствима из буџета Републике Србије (преносом у Републички фонд за здравствено осигурање). Проблем у вези са овим средствима, који је присутан дужи низ година, у томе је што је су та средства недовољна, поредећи са потребном висином средстава за њихову здравствену заштиту према Закону о здравственом осигурању. Број осигураника по основама осигурања у Републици Србији – децембар 2015. године – износио је 6,942,749. Од тог броја, 1.377.649 се односи на лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, што чини 19,84% или једна петина од укупног броја осигураника. Према Закону о здравственом осигурању, основицу за уплату доприноса чини најнижа месечна основица утврђена у складу са законом којим се утврђују доприноси за обавезно здравствено осигурање, а стопа по којој се обрачунава и плаћа допринос износи 12,3%

Summary

The Law on Health Insurance (2005) specifies which persons have rights from health insurance and which use these rights in the manner prescribed by this Law. For persons not covered by compulsory health insurance, that is, persons who do not fulfill the conditions for acquiring the characteristics of the insured according to the said law and the Law on health care (2005), healthcare is provided with funds from the budget of the Republic of Serbia (transfer to the Republican Health Insurance Fund). The problem with these funds, which has been present for many years, is that these funds are insufficient, comparing with the required amount of funds for their health care under the Health Insurance Act. The number of insured persons based on insurance in the Republic of Serbia - December 2015 - amounted to 6,942,749. Out of that, 1,377,649 refers to persons not covered by compulsory health insurance, which makes 19,84% or one fifth of the total number of insured persons. According to the Law on Health Insurance, the basis for payment of contributions is the lowest monthly basis determined in accordance with the law that determines contributions for compulsory health insurance, and the rate at which it is calculated and paid the contribution amounts to 12.3% and 10.3% from 1.8.2014. years. Health insurance transfers of persons not covered by compulsory health insurance, transferred from

¹ Др сц. Рајко Косановић, Београд, Србија.

² Проф. др Христо Анђелски, Комора здравствених установа Србије, Београд, Србија.

односно 10,3% од 1. 8. 2014. године. Трансфери за здравствену заштиту лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, који се из буџета Републике Србије преносе Републичком фонду за здравствено осигурање, годинама су знатно нижи од оних који су предвиђени Законом о здравственом осигурању и Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање. У 2015. години за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем трансфери буџета Републике Србије у укупном приходима и примањима Републичког фонда за здравствено осигурање учествовали су са 0,26%. На проблем постојања неусклађености између броја лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем и средства која се за њихову здравствену заштиту из буџета Републике Србије пребацују Републичком фонду за здравствено осигурање, Фонд сваке године указује у образложењу свог финансијског плана.

Кључне речи: Осигурана лица, финансирање здравствене заштите, закон о здравственом осигурању, обавезно здравствено осигурање.

the state budget to the Republican Health Insurance Fund, are significantly lower than those provided for in the Health Insurance Law and the Law on Contributions for Compulsory Social Insurance. In 2015, for persons not covered by compulsory health insurance, the transfers of the budget of the Republic of Serbia in the total income and income of the Republic Health Insurance Fund participated with 0.26%. Concerning the problem of the existence of inconsistencies between the number of persons not covered by compulsory health insurance and funds that are transferred to the Republic Health Insurance Fund from their budget from the budget of the Republic of Serbia, the Fund indicates in each year the explanation of its financial plan.

Key words: Secured persons, health care financing, health insurance law, compulsory health insurance.

УВОД

Према *Закону о здравственом осигурању*⁽¹⁾ (у даљем тексту: ЗЗО), права из здравственог осигурања, на начин прописан ЗЗО-ом, обезбеђују се: 1) осигураним лицима (осигураници и чланови породица осигураника), 2) лицима која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, 3) лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање, 4) лицима којима се у одређеним случајевима обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања, и 5) држављанима, односно осигураницима земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању.

Према члану 22 ЗЗО и чл. 11–12 *Закона о здравственој заштити*⁽²⁾ (у даљем тексту: ЗЗЗ), средства за остваривање *здравствене заштите лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем*, односно лица која не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 17 ЗЗО, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника (а реч је о лицима: 1) која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику оболевања, 2) чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално медицинског значаја, као и 3) лица која су у категорији социјално угроженог становништва), обезбеђују се у буџету Републике и преносе Републичком фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Фонд).

Већ дуги низ година присутан је проблем у вези са висином прихода које Фонд остварује од буџета Републике, за здравствену заштиту лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем. Наиме, ови приходи су знатно нижи у односу на приходе које би Фонд требало да остварује у складу са законом.

У овом раду ћемо размотрити: 1) структуру осигураних лица и других лица Фонда

осигураних за одређене случајеве и 2) број и структуру лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, и средства која за њихову здравствену заштиту Фонд остварује у складу са чланом 22 ЗЗО.

ОСИГУРАНА ЛИЦА И ДРУГА ЛИЦА ОСИГУРАНА ЗА ОДРЕЂЕНЕ СЛУЧАЈЕВЕ

Осигураним лицима сматрају се *осигураници и чланови њихових породица*, којима се у складу са ЗЗО-ом и прописима донетим за спровођење ЗЗО-а обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања.

Права из обавезног здравственог осигурања, према ЗЗО-у, обезбеђују се и другим лицима која су осигурана за одређене случајеве, у складу са овим законом.

Осигураници

Осигураници, према члану 17 ЗЗО, јесу физичка лица која су обавезно осигурана у складу са ЗЗЗ-ом, и то:

- 1) лица у радном односу, односно запослена у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као и код физичких лица;
- 2) цивилна лица на служби у Војсци и војним јединицама и војним установама;
- 3) изабрана, именована или постављена лица, ако за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;
- 4) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове ван просторија послодавца;
- 5) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове кућног помоћног особља;
- 6) држављани Републике који су на територији Републике запослени код страних или међународних организација и установа, страних конзуларних или

дипломатских представништава или су запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено;

7) лица у радном односу, односно запослени упућени на рад у иностранство, односно запослени у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те земље, или ако међународним уговором није друкчије одређено;

8) запослени родитељ, усвојитељ, хранитељ, односно старатељ који одсуствује са рада док дете не наврши три године живота, док му мирују права и обавезе по основу рада, у складу са прописима о раду;

9) држављани Републике запослени у иностранству код страног послодавца који немају здравствено осигурање страног носиоца здравственог осигурања или који нису обавезно осигурани према прописима стране државе, односно ако права из здравственог осигурања по прописима те државе за себе или чланове своје породице не могу остваривати или користити ван територије те државе;

10) страни држављани и лица без држављанства који су, на територији Републике, запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено, као и код међународних организација и установа и страних дипломатских и конзуларних представништава, ако је такво осигурање предвиђено међународним уговором;

11) држављани Републике запослени у домаћинствима држављана Републике у радном односу у иностранству код организације чије је седиште на територији Републике;

12) лица која имају право на новчану накнаду по основу незапослености, према прописима о запошљавању;

13) лица која обављају привремене и повремене послове у складу са законом којим се уређује рад (лица која нису у радном односу, запослени који раде непуно радно време – до пуног радног времена и корисници старосне пензије);

14) лица која у складу са законом обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге а имају навршених 26 година живота, односно без обзира на године живота ако нису на школовању;

15) лица која по престанку радног односа остварују право на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести, у складу са овим законом;

16) лица која обављају послове по основу уговора о делу, по основу ауторског уговора, по основу уговора о породичном смештају према прописима о социјалној заштити, као и по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује накнада (у даљем тексту: уговорена накнада);

17) лица која су оснивачи, чланови, односно акционари привредних друштава (ортачка друштва, командитна друштва, друштва са ограниченом одговорношћу, акционарска друштва и друге правне форме привредних друштава, односно предузећа), који у њима нису засновали радни однос, али обављају одређене послове;

18) предузетници који су регистровани за обављање законом дозвољене делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности, обављања делатности слободне професије, као и самостални уметници, у складу са законом;

19) спортисти који у складу са законом којим се уређује спорт обављају спортску делатност као самосталну делатност;

20) свештеници и верски службеници који те послове обављају као самосталну делатност;

21) пољопривредници старији од 18 година живота који обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање, у складу са законом, ако нису: осигураници запослени, осигураници самосталних делатности, осигураници из тачке 17) овог става, корисници пензија, лица на школовању;

22) корисници пензије и права на новчане накнаде који су ова права остварили према прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

23) лица која примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања и која имају пребивалиште или боравиште, односно стално настањење или привремени боравак у Републици у складу са законом, односно ако са државом од које примају пензију или инвалиднину не постоји билатерални споразум о социјалном осигурању или је билатералним споразумом другачије одређено, односно ако код тих лица постоје одређене правне сметње због којих не могу да остваре здравствено осигурање применом билатералног споразума и то само ради остваривања права из здравственог осигурања на територији Републике;

24) страни држављани који на територији Републике раде код домаћих организација, односно приватних послодаваца на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи;

25) страни држављани за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике.

Својство осигураника може се стећи само по једном основу осигурања. Изузетно од тачке 16), лица која остварују уговорену накнаду на основу уговора о давању у закуп пољопривредног земљишта, а нису: осигураници запослени, осигураници самосталних делатности, осигураници из тачке 17), корисници пензија или лица на

школовању, својство осигураника стичу у складу са тачком 21).

Лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање

Према члану 23 ЗЗО, лица која нису обавезно осигурана у смислу закона могу да се укључе у обавезно здравствено осигурање ради обезбеђивања за себе и чланове своје уже породице права из обавезног здравственог осигурања, под условима, на начин, у садржају и обиму прописаним ЗЗО. Ова лица имају својство осигураника, односно осигураног лица.

Чланови породице осигураника

Права из обавезног здравственог осигурања утврђена ЗЗО обезбеђују се и члановима породице осигураника из члана 17 ЗЗО, осим из тач. 24) и 25) тог члана.

Члановима породице, према члану 24 ЗЗО сматрају се:

- 1) чланови уже породице (супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање);
- 2) чланови шире породице (родитељи, очух, маћеха, усвојитељ, деда, баба, унучад, браћа и сестре, које осигураник издржава, у смислу прописа о породичној заштити, као и прописа о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана).

Ванбрачни партнер сматра се чланом уже породице, у смислу овог закона, ако са осигураником живи у ванбрачној заједници најмање две године пре дана подношења пријаве на осигурање.

Лица којима се у одређеним случајевима обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања

Права из обавезног здравственог осигурања, само у случају настанка повреде на раду или професионалне болести, према члану 28 ЗЗО обезбеђују се:

- 1) ученицима и студентима који се, у складу са законом, налазе на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;
- 2) лицима која, у складу са законом, обављају одређене послове за које не примају зараду, односно уговорену накнаду (на основу уговора о волонтерском раду);
- 3) лицима која, у складу са законом, обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге до навршених 26 година живота, ако су на школовању;
- 4) лицима која се налазе на додатном образовању и обуци по упуту организације надлежне за запошљавање;
- 5) лицима која учествују у организованим јавним радовима од општег значаја;
- 6) лицима која учествују у акцијама спасавања или у заштити и спасавању приликом елементарних непогода и других несрећа;
- 7) лицима ангажованим у ватрогасним службама за гашење пожара и на обуци за гашење пожара;
- 8) лицима која се налазе на оспособљавању и обучавању за одбрану и друге видове обуке за потребе одбране земље;
- 9) лицима која су ангажована на обезбеђивању јавних скупова, културних и

спортских догађаја и других јавних окупљања грађана;

- 10) лицима која се налазе на издржавању казне затвора док раде у привредној јединици завода за издржавање казне затвора (радионица, радилиште и сл.) и на другом месту рада.

Држављани, односно осигураници земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању

Држављани, односно осигураници земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању, према члану 29 ЗЗО, остварују права из обавезног здравственог осигурања у садржају и обиму који су утврђени ЗЗО-ом, ако међународним уговором о социјалном осигурању није друкчије одређено.

Трошкови здравствене заштите страних држављана, односно осигураника, ако је међународним уговором утврђено реципрочно плаћање, исплаћују се у складу са законом, односно међународним уговором. Трошкове здравствене заштите држављана, односно осигураника земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању, ако је тим уговором утврђена накнада стварних трошкова, сноси Фонд у целини, а надокнађује их од иностраног носиоца здравственог осигурања.

Табела 1. Број осигураника по основама осигурања у Републици Србији – децембар 2015.

Редни број	Основ осигурања	Основ осигурања – назив	Број осигураника	Процент
0	1	2	3	4
1	10	Запослена лица	2,813,157	40.52
2	11	Незапослена лица која примају накнаду	54,113	0.78
3	12	Корисници пензије и других права на новчане накнаде	1,971,432	28.40
4	13	Самостална делатност	285,120	4.11
5	14	Пољопривредници	265,932	3.83

6	15	Лица осигурана за случај повреде на раду и професионалне болести	41	0.00
7	16	Лица која остварују уговорену накнаду	52,017	0.75
8	17	Страни држављани	545	0.01
9	18	Осигураници у смислу чл. 22 Закона	1,377,649	19.84
10	19	Осигураници по посебним прописима	57,620	0.83
11	20	Међународни споразум – Конвенције	55,559	0.80
12	21	Лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање	9,564	0.14
Укупан број осигураних лица			6,942,749	100

ЛИЦА КОЈА НИСУ ОБУХВАЋЕНА ОБАВЕЗНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ ОСИГУРАЊЕМ

Лица из члана 22 ЗЗО

Чланом 22, став 1 ЗЗО предвиђено је да се осигураницима у смислу ЗЗО-а и под условима прописаним ЗЗО-ом, сматрају, као што смо већ навели у Уводу, и лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику оболевања; лица чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја; као и лица која су у категорији социјално угроженог становништва, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 17 ЗЗО, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника, и то:

- 1) деца до навршених 18 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година, у складу са законом;
- 2) жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

- 3) лица старија од 65 година живота;
- 4) особе са инвалидитетом, по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, као и ментално недовољно развијена лица;
- 5) лица у вези са лечењем од ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболели од ретких болести; као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем ткива и органа;
- 6) монаси и монахиње;
- 7) материјално необезбеђена лица која примају новчану социјалну помоћ, односно која су корисници породичне инвалидине, по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;
- 8) корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе

социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити;

9) незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом;

10) корисници помоћи – чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;

11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравашта у Републици Србији;

12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговином људима;

14) лица која су обухваћена обавезном имунизацијом у складу са прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;

15) лица која су обухваћена циљаним превентивним прегледима, односно скринингом према одговарајућим републичким програмима;

16) самохрани родитељи са децом до седам година живота чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом.

Министар надлежан за послове здравља и министар надлежан за послове обезбеђивања социјалне заштите грађана, споразумно прописују месечни износ прихода као цензус за стицање својства осигураног лица из тачке 9) и 16) овог члана.

Ставом 4 истог члана прописано је да се осигураником, у смислу ЗЗО-а, сматра и лице коме је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, ако испуњава услов из става 2 овог члана и ако има боравашта на територији Републике Србије.

У буџету Републике обезбеђују се средства за уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање наведених лица, на основицу и по стопи доприноса за обавезно

здравствено осигурање које су прописане ЗЗО-ом.

Према члану 204 ЗЗО, основицу за уплату доприноса чини најнижа месечна основица утврђена у складу са законом којим се утврђују доприноси за обавезно здравствено осигурање, а стопа по којој се обрачунава и плаћа допринос износи 12,3% односно 10,3% од 1.8.2014. године.

Лица из члана 22 ЗЗО односно из члана 11 ЗЗЗ остварују права из обавезног здравственог осигурања у садржају, обиму, на начин и по поступку прописаном овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

ЗЗО-ом је ближе уређено вођење матичне евиденције о осигураним лицима и коришћење права из обавезног здравственог осигурања (чл.115–138).

Број лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем

При изради предлога финансијских планова Фонда, за период од 2016. до 2018. године, средства за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО, обрачунавана су на основу следећег броја лица:

2016. година	973.305 лица
2017. година	973.402 лица
2018. година	943.170 лица

Имајући у виду да се предлог финансијског плана Фонда саставља у текућој за наредну годину, наведени подаци о броју лица из члана 22 ЗЗО односе се заправо за период од 2015. до 2017. године.

Учешће лица из члана 22 ЗЗО у укупном броју осигураних лица, као што нам то показује Табела 2, кретало се око 20%, односно 1/5 свих осигураних лица чинила су лица из члана 22 ЗЗО.

Табела 2. Број осигураних лица и прихода и примања Републичког фонда (укупно и по основу члана 22 Закона).

Ред. број	Година	Број осигураних лица			Приходи и примања (у 000 дин.)		
		Укупно	Од тога		Укупно	Од тога	
			по члану 22.	%		по члану 22.	%
0	1	2	3	4	5	6	7
1	2010.	6.843.998	1.225.077	17,90	182.491.000	588.000	0,00
2	2011.	6.852.820	1.268.995	18,52	194.378.383	563.794	0,29
3	2012.	6.886.904	1.329.833	19,31	213.649.478	615.048	0,29
4	2013.	6.928.634	1.358.202	19,60	221.210.249	563.794	0,25
5	2014.	6.940.959	1.370.593	19,75	217.704.001	984.679	0,45
6	2015.	6.942.749	1.377.649	19,84	208.679.165	537.760	0,26

Када је реч о структури лица из члана 22 ЗЗО, најбројније су *незапослене особе и друге категорије социјално угрожених особа*. Учешће ових лица у укупном броју

лица из члана 22 ЗЗО износило је 85,23% у 2011. години, 85,56% у 2012. години и у 85,63% 2013. години (Табела 3).

Табела 3. Осигураници по члану 22 Закона о здравственом осигурању – лица за која се здравствено осигурање финансира из буџета Републике Србије.

Ред. број	Основ осигурања – назив	Број осигураника		
		Година		
		2011.	2012.	2013.
0	1	2	3	4
1	Деца до навршених 15 година живота, школска деца и студенти	22.208	18.890	17.068
2	Жене у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и материнством	3.134	2.434	2.092
3	Особе старије од 65 година живота	56.790	61.184	62.218
4	Особе са инвалидитетом и ментално недовољно развијена лица	5.353	5.323	5.170
5	Незапослене особе и друге категорије социјално угрожених особа	1.097.092	1.151.850	1.176.112
6	Материјално необезбеђене особе које примају материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити и заштити бораца, војних и цивилних инвалида рата, као и чланови њихових породица, а који нису здравствено осигурани	39.421	42.309	44.750
7	Корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице	31.749	34.623	38.155

8	Корисници помоћи – чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока	10	8	6
9	Особе оболеле од болести већег социјално-медицинског значаја	7.934	7.485	7.006
10	Монаси и монахиње	1.005	1.031	1.008
11	Лица ромске националности	4.298	4.687	4.525
12	Избеглице и прогнана лица, као и чланови уже породице, а који нису здравствено осигурани по другом основу	18.273	16.624	15.276
13	Жртве насиља у породици	-	-	10
14	Жртве трговине људима	-	-	2
15	Особе обухваћене обавезном имунизацијом у складу са прописима којима се уређује здравствена заштита становника од заразних болести	-	-	1
16	Особе обухваћене циљаним превентивним прегледима, односно скринингом према одговарајућим републичким прописима	-	-	1
Укупан број осигураника		1.287.268	1.346.457	1.373.478

Средства за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО

Трансфери за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО из буџета Републике ка Фонду годинама су знатно нижи од оних који су предвиђени ЗЗО и Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање.

У 2015. години, на пример, лица из члана 22 ЗЗО у укупном броју осигураних лица учествовала су са 19,84%, док су трансфери буџета Републике у укупном приходима и примањима Фонда учествовали са 0,26% (видети Табелу 1).

На проблем постојања неусклађености између броја лица из члана 22 ЗЗО, с једне стране, и средства која се за њихову здравствену заштиту из буџета Републике пребацују Фонду, с друге стране, Фонд сваке године указује у образложењу свог финансијског плана.

Такође, и Влада Републике Србије, у већем броју докумената указала је на овај

проблем, као на пример у: „*2. Националном извештају о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2011–2014 године*”,⁽³⁾ из октобра 2014. године и у „*Програму реформи политике запошљавања и социјалне политике у процесу приступања Европској унији*”,⁽⁴⁾ из маја 2016. године.

У „*2. Националном извештају о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2011–2014 године*”, између осталог, наводи се следеће:

„Сваки пети становник Републике Србије стиче својство осигураника по овом основу (они чине 19% осигураних лица и на трећем су месту одмах после осигураних на основу запослености (42%) и пензионера (28%)), за које се средства за здравствену заштиту издвајају из буџета Републике Србије. Почев од 2007. године трансфери из буџета за ову намену значајно су смањени, тако да су 2011. и 2012. године ова средства била 21,5 пута мања

од оних које је било потребно издвојити према Закону о доприносима за обавезно социјално осигурање. То је угрожавало доступност здравствене заштите, не само овим популационим групама, већ и целокупном становништву, пошто је то био износ недостајућих средстава у РФЗО. Иако законодавни оквир промовише праведност као основни циљ здравствене политике земље, истраживања показују да су особе које припадају осетљивим друштвеним групама плаћале различите износе за коришћење ванболничких и болничких здравствених услуга” (стр. 258–9).

У „Програму реформи политике запошљавања и социјалне политике у процесу приступања Европској унији”, када је реч о лицима из члана 22 ЗЗО, поред осталог, пише следеће:

„Средства која су буџетом Републике Србије била издвојена за здравствену заштиту лица изложених повећаном ризику обољевања према члану 22 Закона о здравственом осигурању у 2013. години су 25 пута била мања од оних која су била предвиђена Законом о доприносима; у 2012. наведена средства су била мања 21,5 пута, што указује на то да се јаз повећава, а угрожава приступачност здравствене заштите. Приступачност се не угрожава само рањивим друштвеним групама, већ и целокупном становништву Србије пошто су им пружане услуге које су финансиране из укупних средстава Фонда здравственог осигурања. Требало би постепено повећавати износ ових средстава док се не постигне износ у буџету према Закону о доприносима, обрачунат на основу дефинисаних доприноса за здравствено осигурање.” (стр. 72).

Размотрићемо висину средстава која је Фонд остварује из буџета Републике, за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО у 2018. години, као и висину средстава која је Фонд, за исту намену, остваривао и претходних година.

Трансфери од буџета Републике за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО за 2018. годину

У Финансијском плану Фонда за 2018. годину⁽⁵⁾, на основу параметара достављених од стране Министарства финансија, трансфери од буџета Републике за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО планирани су у износу од 3.500,00 милиона динара, што је за 2.500,00 милиона динара (250,00%) више у односу на план за 2017. годину.

Према подацима Фонда, на дан 30. јун 2017. године укупно је регистровано 943.170 лица која се по члану 22, ст. 1 и 4 ЗЗО сматрају осигураницима, и тај број лица био је један од параметара за одређивање потребних средстава за 2018. годину.

Основица за уплату доприноса за осигуранике из члана 22 ЗЗО је месечна основица доприноса коју чини 15% просечне месечне зараде у Републици исплаћене по запосленом у претходној години, према објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике (члан 356 Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање (Службени гласник РС 84/04, 61/05, 62/06, 5/09, 52/11, 101/11, 7/12 – усклађени дин. изн., 8/13 – усклађени дин. изн., 47/13, 108/13, 6/14 – усклађени дин. изн., 57/14, 68/14 – др. закон и 5/15 – усклађени дин. изн., 112/15 и 5/16 – усклађени дин. изн. и 7/17 – усклађени дин. изн.)).

Месечна основица доприноса за обавезно здравствено осигурање лица за која се средства за уплату доприноса обезбеђују у буџету Републике за 2017. годину износи 9.521,00 динара (Службени гласник РС 7/17).

Дописом 03 број: 450-4744/17 од 3. 8. 2017. године, Републички фонд је Министарству здравља доставио податак о потребним средствима за здравствену заштиту лица из члана 22, ст. 1 и 4 Закона, који би требало да се планира у буџету Републике за 2018. годину за укупан број регистрованих осигураника (носилаца осигурања) и то:

На месечном нивоу: $943.170 \times 9.521,00 \times 10,3\% = 924.931.921,71$ динара.

Укупно за 2018. годину: $924.931.921,71 \times 12 = 11.099.183.060,52$ динара.

Трансфери од буџета за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО планирани су у износу од 3.500,00 милиона динара, што је

за 7.599,18 милиона динара мање од износа који би требало планирати у складу са законским одредбама.

Учешће одобрених средстава у укупно потребним средствима износи 31,53%, што је и највиши проценат у последњих неколико година.

Табела 4. Допринос за здравствено осигурање лица из члана 22 Закона о здравственом осигурању.

Ред. број	Година	Потребна средства у складу са Законом*	Планирана (одобрена) средства	Остварена средства	Индекс	
					3 : 1	3 : 2
0	1	2	3	4	5	6
1	2009.	15.343.802.772,90	588.384.000	588.384.000	3,83	100,00
2	2010.	7.617.331.512,86	588.000.000	588.000.000	7,72	100,00
3	2011.	11.890.256.328,70	615.048.000	563.794.000	4,74	91,67
4	2012.	13.315.212.307,80	615.048.000	615.048.000	4,62	100,00
5	2013.	15.381.813.147,12	615.048.000	563.794.000	3,67	91,67
6	2014.	12.024.539.437,39	984.679.000	984.679.000	8,19	100,00
7	2015.	10.801.112.459,76	537.760.000	537.760.000	4,98	100,00
8	2016.	11.084.487.885,72	668.000.000	668.000.000	6,03	100,00
9	2017.	11.035.061.325,96	1.000.000.000	1.000.000.000	9,06	100,00
10	2018.	11.099.183.060,52	3.500.000.000	-	31,53	-

(*број лица \times основица \times 12 месеци \times 12,3%, односно 10,3% од 1. 8. 2014)

Трансфери од буџета Републике за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО остваривани претходних година

Трансфери за 2016. годину

Према подацима Фонда, на дан 31. август 2015. године, укупно је регистровано 973.305 лица која се по члану 22, ст. 1 и 4 ЗЗО сматрају осигураницима.

Основица за уплату доприноса за осигурање из члана 22 Закона је месечна основица доприноса коју чини 15% просечне месечне зараде у Републици исплаћене по запосленом у претходној години, према објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике (члан 35б Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање (Службени гласник РС 84/04, 61/05, 62/06, 5/09, 52/11, 101/11, 7/12

– усклађени дин. изн., 8/13 – усклађени дин. изн., 47/13, 108/13, 8/14 – усклађени дин. изн., 57/14, 68/14 – др.закон и 5/15 – усклађени дин. изн.)).

Месечна основица доприноса за обавезно здравствено осигурање лица за која се средства за уплату доприноса обезбеђују у буџету Републике за 2015. годину износила је 9.214,00 динара (Службени гласник РС 11/15).

Према подацима у време подношења захтева Министарству здравља, износ средстава за здравствену заштиту лица из члана 22, ст. 1 и 4 ЗЗО, који би требало да се планира у буџету Републике за 2016. годину за укупан број регистрованих осигурањика (носиоца осигурања) био је:

а) на месечном нивоу: $973.305 \times 9.214,00 \times 10,3\% = 923.707.323,81$ динара;

б) укупно за 2016. годину: $923.707.323,81 \times 12 = 11.084.487.885,72$ динара.

У Финансијском плану Фонда за 2016. годину,⁽⁶⁾ трансфери од буџета Републике за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО, за 2016. годину, планирани су у износу од *668,00 милиона динара*, уместо *11.084,49 милиона динара*, колико би требало планирати у складу са законским одредбама. Учешће одобрених средстава из буџета Републике за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО, износила су свега 6,03% од средстава која је Фонд требало да оствари у складу са ЗЗО.

Трансфери за 2017. годину

На основу параметара достављених од стране Министарства финансија, трансфери од буџета Републике за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО у Финансијском плану Фонда за 2017. годину⁽⁷⁾ планирани су у износу од 1.000,00 милиона динара.

Према подацима Фонда на дан 30. јун 2016. године, укупно је регистровано 973.402 лица која се по члану 22, ст. 1 и 4 ЗЗО сматрају осигураницима.

Основица за уплату доприноса за осигуранике из члана 22 ЗЗО је месечна основица доприноса коју чини 15% просечне месечне зараде у Републици исплаћене по запосленом у претходној години, према објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике (члан 35б Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање – Службени гласник РС 84/04, 61/05, 62/06, 5/09, 52/11, 101/11, 7/12 – усклађени дин. изн., 8/13 – усклађени дин. изн., 47/13, 108/13, 6/14 – усклађени дин. изн., 57/14, 68/14 – др. закон и 5/15 – усклађени дин. изн., 112/15 и 5/16 – усклађени дин. изн.)).

Месечна основица доприноса за обавезно здравствено осигурање лица за која се средства за уплату доприноса обезбеђују у

буџету Републике за 2016. годину износи 9.172,00 динара (Службени гласник РС 7/16).

Дописом 03 број: 400-14/16-1 од 5. 8. 2016. године, Фонд је Министарству здравља доставио податак о потребним средствима за 2017. годину, за здравствену заштиту лица из члана 22, ст. 1 и 4 ЗЗО, који би требало да се планира у буџету Републике за 2017. годину за укупан број регистрованих осигураника (носилаца осигурања) и то:

На месечном нивоу: $973.402 \times 9.172,00 \times 10,3\% = 919.588.443,83$ динара;

Укупно за 2017.годину: $919.588.443,83 \times 12 = 11.035.061.325,96$ динара

Трансфери од буџета за здравствену заштиту лица из члана 22 ЗЗО планирани су у износу од 1.000,00 милиона динара, уместо 11.035,06 милиона динара, колико би требало планирати у складу са законским одредбама, што је представљало 9,1% потребних средстава.

ЗАКЉУЧАК

Проблем у вези са висином прихода које Фонд остварује од буџета Републике, за здравствену заштиту лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем присутан је дужи низ година, односно ови приходи су знатно нижи у односу на приходе које би Фонд требало да остварује у складу са законом.

У Финансијском плану Фонда за 2018. годину начињен је одређени помак у смислу повећања ових средстава и тај би тренд требало наставити и кад је реч о Финансијском плану Фонда за 2019. годину, као и о финансијским плановима за наредне године.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/2005, 109/2005 – исправка, 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 – одлука УС, 106/2015 и 10/2+16 – др. закон).
2. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др. закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015).
3. Национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2011–2014. година, из октобра 2014. године.
4. Програм реформи политике запошљавања и социјалне политике у процесу приступања Европској унији.
5. Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање за 2018. годину (Службени гласник РС 112/2017).
6. Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање за 2016. годину (Службени гласник РС 104/2015 и 100/2016).
7. Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање за 2017. годину (Службени гласник РС 100/2016).

Контакт: Др сц. Рајко Косановић, e-mail: drrajko.kosanovic@gmail.com

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

Општа правила

Рукопис доставити ћирилицом, у фонту Times New Roman, величине 12. Литературни подаци означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. На посебној страници рада навести пуна имена и презимена аутора, године рођења, њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројевима. Такође откуцати име и презиме аутора за контакт, његову адресу, број телефона и интернет адресу. Текст писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачке називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. сида, РИА итд).

Обим рукописа

Обим рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може

износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, за извештај и приказ књиге две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад дати и кратак садржај до 200 речи на српском и енглеском језику (Сажетак и Summary). У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада, и 3–4 кључне речи на српском и енглеском.

Табеле

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

Списак литературе

Списак литературе дати с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. Број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

CIP-Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

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

Месечно.

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

Bogatija ponuda i novi programi u Merkur

Svi medicinski paketi SB „Merkur“ u 2015. toj imaće uključenu kompletnu balneologiju (kade, klizme, ispijanje, inhalacije) i subspecialističke usluge prema izabranom paketu. Uz svakodnevno korišćenje Akva centra „Voterfol“ i Fitnes centra „Merkur-Džim“ uz medicinu gosti dobijaju i vreme za opuštanje i uživanje u blagodetima mineralne vode.

Misleći na zadovoljstvo i bolje zdravstveno stanje gostiju, koji iz godine u godinu, sve više ukazuju poverenje, Merkur je proširio usluge paketa, koji su sada bogatiji i sadržajni, a sve u cilju boljeg zdravstvenog stanja i odmora naših korisnika. Bez obzira da li su u pitanju dijabetes, oboljenja koštano zglobnog sistema, gastro entero hepatološka, ili ginekološka oboljenja, brza provera zdravstvenog stanja, ili jednostavno odmor i relaksacija, Merkur predstavlja pravo mesto za kompletnu zdravstvenu uslugu.

Od ove godine, ponuda medicinskih paketa je upotpunjena novim programom – Kardio lajf, koji je namenjen svima onima koji žele da provere srce i krvne sudove. Gostima je omogućeno da u najkraćem mogućem roku dobiju kompletan uvid u svoje zdravstveno stanje i adekvatnu terapiju.

Medicinski pansion se nudi u obliku sledećih medicinskih paketa:

* Opšti medicinski paket namenjen je pacijentima koji u Merkur dolaze radi

prevencije, lečenja, rehabilitacije, ili unapređenja svog zdravstvenog stanja.

* Živeti sa dijabetesom je paket namenjen obolelima od šećerne bolesti.

* Gastro paket je namenjen obolelima od gastro-entero-hepatoloških oboljenja.

U ponudi su još i Pokret bez bola, Brza dijagnostika, Vikend dijagnostika, Lejdi lajf (Lady life), Linea lajf (Linea life), Hiperbarični paket i Kardio lajf (Cardio life).

Svi gosti posle zdravstvenih tretmana imaju priliku da se opuste i uživaju u **Wellness centru „Fons Romanus“** – bazenu sa termomineralnom vodom i podvodnim masažama koji pružaju potpunu harmoniju tela i duha. Za osvežavanje tela wellness sadržajima, u ponudi su sauna park, relaksacione ručne masaže eteričnim uljima, vulkanskim kamenjem, toplom čokoladom, medom, kao i pedikir, manikir i solarijum.

Gostima je na raspolaganju i uživanje u **Aqua centru „Waterfall“**, čarobnom vodenom svetu sa brojnim bazenskim atrakcijama.

Fitnes centar „Merkur Gym“ je mesto relaksacije i zadovoljstva gostiju sa najmodernijim fitnes spravama.

Lekovito svojstvo termomineralne vode i mineralnog blata pruža zadovoljstvo i uživanje upotpunjeno sa relaksirajućim efektima kupki, masaža i kozmetičkih tretmana u **Peloid centru „Limus Romanus“**.



merkur
VRNJAČKA BANJA

