

ГОДИНА XXXVI

Број 2  
АПРИЛ 2007. ГОДИНЕ

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

# ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



## Уређивачки одбор:

Председник:

Прим. др Илија Трипковић

Чланови:

Др Василије Антић  
Светлана Вукајловић, дипл. правник  
Раде Николић, дипл. правник  
Проф. др Момир Џаревић  
Прим. др Тања Кнежевић  
Рајко Гргуревић, dipl. есс.  
Др Вуко Антонијевић  
Прим. др Мирјана Велимировић

Главни и одговорни уредник:

Проф. др сц. мед. Предраг Довијанић

Секретар:

Милка Томић-Каришић

Заменик главног и одговорног уредника:

Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

**ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд**

За издавача: Рајко Гргуревић, dipl. есс.

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 25/1

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

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11 000 Београд  
e-mail: obelezja@yahoo.com

Лекција-корекција:  
Ковиљка Дабић

Технички уредник:  
Синиша Ђетковић

Тираж:  
500 примерака

Штампа:  
„Сека“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације. Са овим YU ISSN бројем наћи ће се у свећанској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављују се у Библиографији Југославије. Чланци и прилоги у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се и у СЦИ индексу (српски научни индекс) при Народној библиотеци Србије.

## **C a g r ж а j**

---

### **Један пушач, много жртава**

Социјално-медицински досије о штетности пушења у сарадњи са „Политиком“ 4. фебруар 2007. године ..... 1

### **Стручни и научни радови**

*Прим. др А. Нешковић, Прим др С. Јанковић,*

*Прим. mr. си. мед. М. Пауновић, Прим. др. си. мед. Д. Мајијевић,*

*Прим. др. си. мед. Љ. Марчейтић*

Задовољство запослених у примарној  
и болничкој заштити у Београду ..... 13

*Прим. mr. си. мед. др М. Пејковић-Кошћал, Проф. др В. Дамјанов,*  
*Проф. др И. Јевтовић, Проф. др М. Јовановић, Проф. др В. Пантић*

Физичка активност и модификација  
стила живота у превенцији шећерне болести..... 35

*Проф. др Б. Тимошић, Прим. др М. Тимошић,*  
*Проф. др М. Јањић, Прим. др си. мед. Х. Анђелски,*

Превенција и очување здравља у старости ..... 53

*Др Мирјана Рашевић*

Национална стратегија о старењу ..... 59

*Др Милијана Пойовић*

Потребе стоматолошке здравствене заштите трудница ..... 67

### **Из историје здравства Србије**

*Проф. др Предраг Довијанић*

Најважније компоненте савременог система здравствене  
заштите – основ Ивањичког програма заштите здравља ..... 73

### **Извештај са стручног скупа**

*Доц. др Викторија Драђојевић-Симић*

Четврта Европска летња школа клиничке фармакологије и терапије,  
Вршац, Србија, 16–20. септембар 2006. године..... 81

IX Конгрес токсиколога Србије са међународним учешћем.....	85
<b>Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије.....</b>	87
<b>Упутство ауторима .....</b>	97

**Један пушач, много жртава****Социјално-медицински досије о штетности пушења у сарадњи са „Политиком“, 4. фебруар 2007. године*****Уводно слово: „Један пушач, много жртава“****C. Васовић-Мекина*

Цигарета, донедавно нешто најнормалније широм света, пратилац сваког буђења, доброг оброка, дружења или тренутка за предах, клизи полако али сигурно на маргину прихватљивог друштвеног понашања. Европска унија размишља о потпуној забрани пушења на затвореним јавним местима широм ЕУ, уз наду да ће иста бити спроведена из речи у дела најкасније до краја 2009. Оптимизам за најновију антипушачку акцију пронађен је у чињеници да државе, које су увеле потпуну забрану или различите рестрикције пушења на јавним местима – већ бележе охрабрујуће резултате.

Од 2004. девет држава – Ирска, Италија, Малта, Норвешка, шведска, Нови Зеланд, Белгија, Уругвај и Словенија – забрањује пушење на радном месту, укључујући ресторане, кафиће и барове. У неким државама, попут шкотске као делу Велике Британије, али и у бројним савезним државама САД, забрана пушења је безмalo потпуна и односи се и на већину јавних места. Од четвртка је пушење на послу забрањено и у Француској, онда се то проширује и на кафиће, а од 2008. санкција ће снаћи сваког ко запали цигарету на јавном месту. Дуванском диму су и у Великији Британији дани одбројани, док у Шпанији пушач сме да се препусти својој навици само у „тапас“ баровима и кафићима мањим од 100 квадратних метара. Слоган овогодишње кампање против пушења у Србији је: „Један пушач, много жртава“, чиме се скреће пажња пушачима да престану са угрожавањем оних који немају ову опасну навику.

Програм „Хелп“ под патронатом ЕУ, лансиран је у циљу борбе против „тобака“, а осим што нуди подршку онима који су одлучили да престану да пуше, пружа и информације корисне за све који желе да се реше зависности. „Никотин је алкалоид који у великој концентрацији садрже листови дувана, пошто представља више од пет одсто тежине биљке; никотин је отров који биљка дувана природно производи, зато га индустрија употребљава као састојак у бројним инсектицидима; основни састојак цигарете – никотин – стимулише нервни систем, али због јаког и отровног утицаја на организам може да изазове озбиљна тровања. Никотин изазива повишење крвног притиска и убрзава пулс, ослобађа адреналин и смањује апетит. Претеривање у конзумацији никотина може да изазове мучнину и повраћање, а може довести и до смрти због парализе дисајних путева. Приликом апстиненције, симптоми су раздражљивост, главобоља и брига, што може завршити депресијом. Никотин је дрога слична хероину или кокаину, јер својим деловањем на допаминске рецепторе изазива јаку зависност. Никотин је главни канцерогени састојак дуванског дима. Делимично је одговоран за штетност дувана и факторе патолошких поремећаја (различити облици

рака, хронични бронхитис, кардиоваскуларне болести...), које могу да се заврше смрћу особе“.

У суштини ништа што пушачи не би већ знали. Неке земље су у првој фази антидуванске кампање покушале да „освесте“ пушаче, па су им под нос поставиле пароле да запалити цигарету није само задовољство, него и ризик. Тако су на „препоруку министарства здравља“ дувански концерни били присиљени да на сваку паклицу залепе посебна обавештења на којима је писало „Цигарета убија“, или „Дуван је штетан“, или „Никотин изазива рак“... Или нешто слично, једнако језиво. И неуспешно.

Упркос сазнању да је дуван „тихи убица“ оних који су кренули тим путем, изненађење су били алармантни резултати бројних истраживања која су доказала да ништа боље не пролазе ни заклети непушачи, уколико су у окружењу изложени никотину. Да би антипушачки закон уродио полодом, само у Француској на преступнике вреба око 175.000 инспектора. Њихов задатак је да проверавају да ли се власници предузећа придржавају најновије забране. Казне су драконске. Али није све у казнама, и законодавац је тога свестан. Онима који су спремни да крену у одвикавање од навике која сваке године однесе милионе живота држава гарантује новчану помоћ за куповину лекова који помажу код никотинске зависности, у висини од 50 евра.

## **Душан Радуловић**

Главни уредник Радио Београда

Да ће на крају ђаво доћи по своје извесно је за сваког ко је из овог или оног разлога запалио цигарету и „навукао“ се на никотин. Право питање је, сматрам, шта се дешава у међувремену – од првог до последњег дима. Посебно у овом времену оштре глобалне кампање против пушења. Наиме, сигуран сам да је и мој старији колега, иначе сјајан радио-репортер, пензионер који је добрано преваливши седамдесету још увек делио свеже идеје млађим колегама, знао све о штетности пушења. Али није вадио цигарету из уста. И док је последњих дана свог живота лежао у болници и „плитко“ дисао, тражио је да му кријући од деце донесу цигарете! Аутодеструкт? Не бих рекао. Пре ће бити да је реч о избору, па макар и лошем.

Потпуно је бесмислено негирати или релативизовати чињеницу да у дувану који сагорева међу нечијим уснама има неколико стотина (хиљада?), нечега што штети људском организму. Баш као и факат да је сваки пушач у ствари оболео од озбиљне болести зависности. Пушачи то можда понажбоље знају. Уосталом, подсети их на то свакодневни кашаљ, посебно онај јутарњи који понекад натера и сузе на очи. Онда одмах запале цигарету јер се сете да су дуван, пошто је донесен у Енглеску, рекламирали као лек – управо против кашља?! Парадоксално, али у већини таквих случајева први дим помаже, верујте ми на реч, тестирам то скоро сваког јутра, а да сам у тој области експерт подупирим податком да ове године „славим јубилеј“, четрдесет година са цигаром у зубима. Оних петнаест година пре тога живео сам у окружењу где је цигарета била сасвим уобичајена ствар. Па опет, и отац и мајка, тада обоје пушачи, строго су нама деци били да и сами почнемо да пушимо. Звучи парадоксално, али тако је било. Мислим да се и тада, а сигуран сам да се и сада ради о мом сопственом праву на избор! Па макар и лошем.

Слажем се да ми право на избор не даје одрешене руке да трујем друге око себе. То је неспорно и придржавам се свих забрана које се на то односе, а уљудно се уздржавам да запалим у друштву некога ко каже да му то смета. Уосталом, зашто свако мора да мирише/срди на дуван као ја? Помињем само то, о озбиљнијим стварима нећу да говорим, знају се. Али питам се чему хистерија која је завладала?!? чему државне забране, јефтине приче о томе да се на лечење болести које дуван поспешује троше грдне паре? Па плаћам здравствено од када радим, а никад нисам био у болници! Ваљда је ред да кад ђаво дође по своје и ја одвадим што сам улагао у касу соцздравственог! Просто ми дође да порадим на промени имица пушача. Већ видим текстове о томе да је реч о елитној групи хазардера који се коцкају са сопственим животом, билборде са чувеном сликом Хемфирија Богарта уз текст „покушај дуже“ или черчила са томпусом уз текст „досегни/буди као он“, чланове жирија који треба да прогласе најстаријег пушача у Србији у оштрој конкуренцији од више десетина хиљада вишедеценијских пушача! Ако вам звучи морбидно, помоћи вам не могу. Трудим се да не трујем друге, али се трудим и да не дозволим да ми било ко одузме право на избор. Па макар и лош.

**Прим. др си. мед. Зорица Плавшић,  
ћулмолог, начелник одељења, Градски завод за  
болести љуђа и заштиту од туберкулозе, Београд**

Здравствени стручњаци широм света прихватају чињеницу о постојању глобалне епидемије употребе дувана. Преваленција пушења у Србији, према истраживањима у 2000. години, била је међу највишим у Европи са 46,0 одсто мушкираца и 30,9 одсто жена активних пушача, да би се 2006. године број пушача смањио на 39,7 одсто мушкираца и 30,5 одсто жена које активно пуше.

Заступљеност пушења међу младима је такође висока: 54,7 одсто младих узрасла 13–15 година пробало је цигарете, од тога 31,3 одсто до навршене 10. године живота. Према истом истраживању 16,8 одсто девојака и 15,5 одсто младића су активни пушачи. Невољна изложеност младих дуванском диму (тзв. пасивно пушење) изузетно је велика (97,4 одсто) и представља озбиљан јавни здравствени проблем.

Иако би здравствени радници требало да имају кључну улогу у превенцији и одвикавању од пушења, учсталост пушења међу њима је висока. Према истраживању спроведеном 2001. године у Клиничком центру Србије, 37 одсто лекара и више од једне половине медицинских сестара и техничара (52 одсто) су пушачи.

Дуванска индустрија скрива чињеницу да су цигарете и неки други производи који садрже дуван направљени тако да брзо стварају и одржавају зависност. Зато се у Међународној класификацији болести пушење сврстава у болести зависности под шифром F 17.2. Научници тврде да је зависност од никотина једнака степену зависности од хероина. Многе компоненте које садрже дувански производи као и дим који стварају фармаколошки су активне, токсичне, мутагене и канцерогене супстанце.

Постоје јасни научни докази да деца чије су мајке пушиле током трудноће касније у животу чешће имају здравствене и развојне проблеме.

Састав дуванског дима је скоро исти и при удаху и издувавању дима. Тако су сви они који дugo бораве у просторији где се пуши изложени штетном ефекту дувана. Они су пасивни, невољни пушачи. Уколико непушач свакодневно проводи осам сати на радном месту у задимљеној просторији он ће оболети од истих болести као и пушачи.

Већина пушача углавном не води рачуна о томе да задовољавањем своје жеље угрожавају живот непушача у својој околини, деце, колега, комшија, пријатеља. Врло често се понашање пушача описује као агресивно у односу на непушаче, што је у већини случајева тачно. Колеге често пуше у канцеларији иако знају да њиховом колеги дуван смета и погоршава његово здравствено стање.

Један од главних циљева Стратегије за контролу дувана гласи: „Снижавање заступљености пушења једна је од најважнијих јавноздравствених мера коју је неопходно применити у циљу унапређења здравља 7,5 милиона становника Републике Србије.“

Медији и јавне личности имају велику улогу у промовисању стила живота и навика. Одскора медији се придржавају закона о забрани рекламирања дуванских производа.

Јавне личности већином не схватају колики утицај има на младе њихово понашање пред камерама, у јавности. Њихови млади обожаватељи их копирају у свему па и у пушењу цигарета. Нажалост, скоро све естрадне звезде, певачи, глумци па и спортисти пуше на јавним местима, када дају интервјуе. Водитељи емисија, уредници дневних и недељних новина требало би изричito да захтевају да саговорник не пуши у току снимања интервјуа.

Пушење је могуће оставити и то потврђују милиони бивших пушача широм света.

## **Проф. др Драгана Јовановић,**

*ћулмолођ и директор Инсититута за јлућноболесни КЦС у Београду*

У данашње време људска популација најчешће оболева и умире од кардиоваскуларних, респираторних и малигних оболења. Пушење је најзначајнији фактор ризика за настанак и развој управо ових болести.

Пушачи имају знатно већу стопу оболевања и умирања од коронарне болести: око 25–40 одсто смрти од коронарне болести управо је због пушења. Смртност од коронарне и кардиоваскуларних болести директно зависи од броја попушених цигарета дневно и дужине „пушачког стажа“. Пушење чак само 1–5 цигарета дневно представља значајан ризик за акутни инфаркт срца. Међу женама пушачима ризик од фаталног инфаркта срца четири пута је већи у односу на непушаче.

Најважнија чињеница коју треба истаћи јесте да престанак пушења драматично смањује ризик од кардиоваскуларних болести, готово на онај „базални“ у року од око десетак година по престанку пушења.

Доказана је значајна и дозно зависна повезаност болести периферних крвних судова и пушења, због улоге пушења у процесу атеросклерозе. Позната је Биргерова болест која се развија у млађих мушкираца, искључиво пушача. Она доводи до гангrena које се завршавају ампутацијама.

Пушачи имају знатно повећан ризик од можданог удара („шлога“), крварења у мозгу.

Знатно је смањен проток крви кроз крвне судове мозга пушача па су и менталне функције оштећене (памћење и др.). Постоји изражена дозна зависност ризика можданог удара и пушења, па је тако тај ризик два пута већи у оних који пуше 40 цигарета дневно у односу на пушаче који пуше 10 цигарета дневно.

Десетак година по престанку пушења смањује се ризик периферне васкулне болести и њених погубних последица као и можданог удара на онај готово као у непушача. Плућа су орган високог ризика за тзв. оксидативна оштећења због директне изложености токсичним материјама аерозагађења, дуванског дима и инфективних агенаса.

Састојци дуванског дима имају сличне негативне ефекте и у оболелих од астме у чијем развоју и клиничком току значајно учествују. Први обавезан савет лекара оболелом од ХОБП-а и астме јесте престанак пушења.

Карцином плућа је водећи узрок смрти од малигнитета оба пола, и у жена (са карциномом дојке) и у мушкираца, а око 95 одсто случајева везано је за средње тешке или тешке пушаче. Пушење је одговорно за око 84 одсто смртности од карцинома плућа, тј. за трећину смрти од малигних болести уопште. Рак плућа убија више људи него карциномом дојке, простате, црева и панкреаса заједно.

Очиједна је дозно-зависна повезаност између броја цигарета дневно и ризика смрти од карцинома плућа: број попушених цигарета дневно и број година пушачког стажа.

Важно је, међутим, истаћи да се са прекидом пушења смањује значајно ризик оболевања од рака плућа: након 10 година од престанка пушења ризик оболевања од рака плућа износи 30–50 одсто ризика за актуелне пушаче.

Поред карцинома плућа, пушење је главни узрок још неколико карцинома који су стога названи *пушачки карциноми*: уста и усне дупље, грла, једњака и мокраћне бешичке. Пушење има значајну улогу и у настанку и развоју карцинома гуштераче, грилића материце и бубрега.

Осobe у околини пушача конзумирају око 35–40 одсто дуванског дима, и као такви, пасивни (или боље речено присилни) пушачи знатно чешће оболевају од болести од којих оболевају пушачи, у односу на непушаче који не бораве у околини пушача.

Бивши пушачи који су престали да пуше пре своје 50. године, смањују свој ризик смрти на половину током наредних 10–15 година у односу на пушаче.

## **ЕУ: живоћи без дувана I**

Европска унија ће увести радикално строже мере против пушења, а будући закон ће конкретне обрисе добити током тромесечне јавне расправе о потпуној забрани пушења у затвореним просторијама изван куће. Европски комесар за здравље Маркос Киприану позвао је у уторак Унију да спроведе јединствену и потпуну забрану пушења попут Ирске. Европска комисија је истовремено објавила антипушачку зелену књигу која би требало да убрза пелцовање ирског примера широм ЕУ, пошто су у неким државама још на снази скромна ограничења по питању трошења дувана.

Ирска је била прва држава која је увела потпуну забрану пушења на јавним местима 2004, а њен пример су у донекле модификованим облику следиле Италија, Малта, Норвешка и шведска, шкотска и шпанија, које за сад допуштају опстанак одвојених и добро проветрених пушачких оаза у кафанама и баровима.

Радикалнијим путем креће Словенија, која се спрема да уз Естонију, Финску и Енглеску од овог лета уведе строгу забрану пушења у свим радним и уопште јавним просторима.

Неке државе усвојиле су закон којим су повисиле старосну границу са 15 на 18 година за куповину цигарета. Скептици су били резервисани хоће ли сличне одредбе „пустити корење“ у Француској, која је за почетак увела забрану пушења у библиотекама, болницама и канцеларијама. Француски институт за здравље, поводом новог закона који забрањује пушење на свим јавним местима (ступио на снагу у првом минути 2007), послao је 70.900 СМС порука пушачима, доби од 15 до 49 година, са позивом да оставе дуван. Француска бележи око 15 милиона пушача, а влада намештава да смањи ту цифру бар за 1,2 милиона људи до 2008. Особе које запале цигарету тамо где је забрањено платиће казну од 68 евра, а одговорно лице које је то дозволило – глобу од 135 евра. Поштовање закона будно прате полицијаци, жандари и 175.000 за то обучених инспектора.

„Време је за темељну расправу на нивоу Европе“, рекао је Киприану у Бриселу, свестан да ће неке средине пружити јак отпор идеји о тоталној забрани пушења не само у канцеларији или производним погонима, него и у ресторанима, кафићима, и уопште на свим јавним местима. Охрабрује сазнање да су антипушачку регулативу личним примером већ потврдили посланици у чешкој, Финској, Ирској, Луксембургу, шпанији и шкотској, где је на снази забрана пушења у одајама државних органа. Тој групи се од ове године пријеђују Енглеска, Северна Ирска и Француска.

„Потпуна забрана би била најефикаснија“, упозорава Киприану. Пре свега с тачке гледишта пасивних пушача, оних који су принуђени да удишу цигаретни дим иако сами нису никад пушили. Прецизна ЕУ администрација израчунала је да због болести које су последица пасивног удисања дуванског дима у Унији годишње умре 19.000 људи – непушача!

Комесар за здравље подстиче државе да помогну народу да се ослободи ропства дувану, а посебно је поздрављен напор Немачке која је до недавно важила за европски „пушачки и дувански рај“. Киприануов циљ јесте да до краја свог мандата (2009) постигне да све државе ЕУ спроведу универзалну антипушачку политику.

*Објављено: 4. 2. 2007.*

## **Данак пушењу II**

Само 2000. је због болесни изазваних пушењем у Европи цену плаћило 656.000 људи, што је 14,6 одсто свих умрлих

У ЕУ је спроведено истраживање које показује да чак 80 одсто Европљана подржава потпуну забрану пушења у затвореним јавним просторијама. Евробарометар открива да само посебно анкетирани пушачи нису склони тој идеји (противи се њих 70 одсто). Забрану највише протежира становништво из четири ЕУ државе које су „очишћене од пушача“.

Иако су се неке привредне гране, подстакнуте дуванским лобијем, љуто бориле против увођења забране пушења, показало се да се катализмична прорицања нису обистинила. Ресторани и кафеи, упркос потпуној забрани пушења, нису пропали, а „људи још увек пију и једу у ресторанима, као пре“, задовољно је приметио ЕУ комесар задужен за здравље, уочи светског „дана без дувана“.

Од 1. јануара ове године потпуно је забрањено пушење и у свим зградама Европског парламента и у Европској комисији (свеједно јесу ли оне у Бриселу, Стразбуру или Луксембургу), па посланици и службеници који су у одморима између седница волели да запале цигарету-две, сад то смеју да раде напољу на ветрометини, односно на терасама или у баштама кафеа. Суд Европских заједница у Луксембургу још нема такву забрану, али се она очекује.

Европска администрација је свесна да „прохибиција“ неће уродити плодом без освешћивања маса. Стога државама препоручује да пушачима обезбеде стручну помоћ и подршку током одвикавања, између осталог да на паклици цигарета мора да пише која институција такву помоћ нуди. У Словенији предстојећи оштрији антидувачки закон, међутим, не предвиђа и повишење висине глобе коју плаћају они који га се не придржавају; за правна лица важи претња глобом од 2083 евра до 33.000 евра, а за физичка – 125 евра. У Италији се пушење у присуству детета или труднице санкционише са 600 евра глобе, а закон захтева да власници угоститељских објеката позову полицију сваки пут кад неко запали цигарету.

ЕУ оцењује да цену пасивног пушења годишње плати више десетина хиљада људи, који су иначе непушачи. Према тим рачуницама, у Словенији због пасивног пушења на радном месту годишње умре 15 људи, а због пасивног пушења код куће – 300 особа. Европска статистика је поразна – годишње због последица пасивног пушења умре више од 79.000 људи, што је открио марта лане објављени извештај удружења Партнерство за живот без дима о штетним утицајима пасивног пушења. Данак пушењу само у 2000. години платило је 656.000 људи, што је 14,6 одсто свих умрлих. Поменути извештај потврђује да пасивно пушење посебно угрожава запослене у ресторанима, баровима, пивницама и ноћним клубовима (зато само у Словенији годишње умре 325 особа, пасивних пушача).

Подаци Светске здравствене организације упозоравају да је због пушења 2000. у свету умрло 4,2 милиона особа. Још су црње прогнозе за будућност – у периоду између 2025. и 2030. године због пушења ће умрети чак 10 милиона људи, предвиђа ова организација и зависност од дувана третира као „глобалну епидемију“.

Брисел је одлучан да устраје у кампањи за здравље људи, а оптимизам улива податак да се број пушача постепено смањује (ту предњаче жене и млади, којима смета „смрад цигарета“). Још колико 2002. пушило је 33 одсто Европљана, а 2005. – њих

27 одсто. Број људи који никад нису пушили повећан је од 2002. с 42 на 47 одсто, а поређење међу половима показује да су жене уздржаније – 57 одсто жена и 35 одсто мушкараца одговорило је у Евробарометровој анкети да није никад пробало цигарету. Европска комисија је уз низ других акција за овогодишњи „дан без дувана“ изабрала слоган „Дуван – смртан у сваком облику или камуфлажи“. „Све нас је више који не пушимо и који нећемо да будемо ни близу пушачима. Драго ми је да људи постају свесни чињенице да је пушење за глупане, јер шкоди теби и људима око тебе“. Овим речима је комесар Кипријану позвао државе чланице ЕУ да наставе бој за још ригорозније мере против пушења.

## „Бели мантили“ најстраснији пушачи

*Србија се налази на његом месецу ћо броју пушача у Европи – иза Босне, Мађарске, Словачке и шпаније*

Сваке године грађани Србије на цигарете потроше онолико новца колико се из Фонда здравственог осигурања издвоји за лечење оболелих и куповину лекова. Годишње се у нашој земљи потроши милијарду и 400 милиона паклица цигарета, а више од половине запослених на свом радном месту изложено је дуванском диму. У Србији поједнако страсно пуше они који доносе законе о забрани пушења, али и они који би требали да имају најразвијенију свест о томе какве последице пушење оставља по здравље – запаљену цигарету држи трећина лекара и чак 44 одсто средњег и вишег медицинског кадра, а истраживање Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ сведочи да међу белим мантилима има више пушача него у општој популацији.

Подаци Светске здравствене организације показују да се Србија налази на петом месту по броју пушача у Европи – иза Босне, Мађарске, Словачке и шпаније. Иако представници Министарства здравља истичу да је број одраслих пушача у Србији смањен за пет процената у 2006. години у односу на 2000. годину, учесталост пушења је веома висока – свакодневно пуши 39 одсто мушкираца и трећина жена. Више од половине тијеђера до своје 15. године бар једном је пробало цигарете, а 16 одсто девојака и 15 одсто младића сваки дан купује цигарете. Статистика онколошких оболења сведочи да се сваке године дијагностикује 4.300 новооболелих од пушачког рака плућа.

И док поглед на планету земљу открива да сваке године од последица пушења умире пет милиона људи, дувански дим „потписује“ многе смртвнице и у нашој земљи – од сто особа, 58 њих ће умрети од болести срца, а 17 од малигних оболења, међу којима предњаче карцином бронха, што и не треба да чуди ако се има на уму подatak да плућа пушача годишње сагори 7,5 килограма дувана. Ако се епидемија пушења настави досадашњим темпом, до 2020. године удвостручиће се број умрлих, а половину људи који данас пуше убиће ова зависност, упозоравају челници Светске здравствене организације.

Међутим, страст према пушењу је интернационалног карактера о чему илустративно сведоче подаци једног истраживања у коме је чак 80 одсто Британаца изјавило да би се пре одрекло секса него цигарета. И док у свету сваког секунда једно дете умре од глади, пет милиона плодне земље наше планете засађено је биљком коју ниједна животиња, ни у стању највеће глади не би окусила, јер садржи чак 4.000 штетних састојака, од којих су чак 43 канцерогена.

Др Снежана Симић, помоћник министра здравља Србије, истиче да је „Британска докторска студија“, која је започета 1951. године и трајала целих пола века – прва студија која је обезбедила квалитетне доказе о повезаности пушења са раком плућа. Резултати ове студије недвосмислено говоре да је половина пушача умрла од болести које су биле директно изазване пушењем, а четвртина њих умрла је у средњим годинама живота. Студија је такође потврдила тезу да пушачи у просеку живе десет година мање, а током посматраних 50 година шест милиона становника Велике Британије умрло је због употребе дувана.

А да пушење заиста није приватна ствар недвосмислено потврђују резултати бројних студија које говоре да је живот са пушачем – опасан по здравље.

Медицински статистичари баратају са податком да се ризик непушача од добијања рака плућа повећава за 12 до 20 одсто ако живе у дуванској диму, а ризик за настанак коронарне болести износи од 25 до 30 процената. Процене СЗО говоре да је у Европској унији око 7,5 милиона радника изложено дуванској диму и да сваке године између 50 и 100.000 запослених непушача умире због присуства пушача на платном списку предузећа.

Студија о заступљености пушача у здравственим установама, која је изведена у свим институтима и заводима за јавно здравље у Србији прошле године и чији је аутор Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, дала је запрепашћујуће податке – проценат пушача у здравственим установама већи је него у општој популацији и износи 44 одсто. И то није све – само мали проценат пушача (14 одсто њих) одобрава потпуну забрану пушења у здравственој установи.

Уколико у Србији желите да запалите цигарету на јавном месту, то задовољство кршења закона на јавном месту коштаће вас 5.000 динара. Наравно, под условом да сте баш толики баксуз да се поред вас смести неко надлежно лице из инспектората здравља, рада или санитарне инспекције. Ако је веровати статистици Министарства здравља, у току протекле године наплаћено је 189 мандатних казни и покренут је 391 прекршајни поступак због пушења у затвореним просторијама. Међутим, ако се има на уму да званична статистика говори да 40 одсто мушкираца и трећина жена држи запаљену цигарету, онда језик бројки и слова сведочи да је већа вероватноћа да вас удари гром него да вас по рамену потапше инспектор коме је у опису послала кажњавање због запаљене цигарете на јавном месту.

*Каїарина Ђорђевић*  
Политика, 4. фебруар 2007. године

## **Пушење – здравље – живот**

*Ивко Михајловић, саџиричар*

- Пушење је самоубиство из страсти.
- Запети, за многе значи повући дим.
- Закон о забрани пушења – да, поштовање закона – не.
- Пушачима не треба будилник, њих буди кашаљ.
- Пушим, дакле једва постојим.
- Пушење је базични спорт за самоубице.
- Имам здрав ослонац – пушачку ногу.
- Лула мира је код нас испушила своје. живимо у облацима – дима.

### **Дуванска епидемија у свету**

- Пушење је највећи узрок превремене смрти у развијеним земљама
- Пушење је у неразвијеним земљама на трећем месту после инфекција и анорексије
- До 2020. године око 10 милиона смртних случајева годишње, у неразвијеним земљама око 70%
- Један од пет смртних случајева се приписује пушењу
- Око 50% дугогодишњох пушача умире од болести изазваних дуваном
- Дугогодишњи пушачи у просеку изгубе 20 година живота

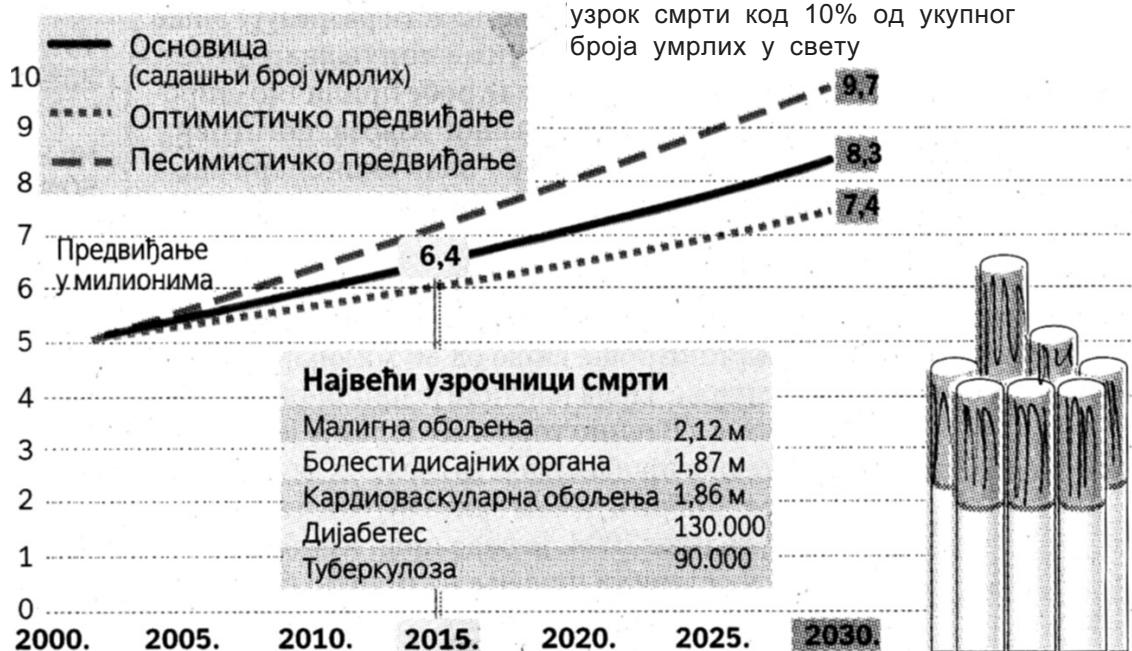
### **Састав дуванског дима**

- Више од 4.000 хемијских супстанци, већина су отрови, и надражајна средства
- Катран – црна лепљива супстанца – садржи канцерогене материје
- Никотин – отрован – изазива зависност
- Угљен-моноксид – отровни гас
- Хидроген-цијанид, амонијак, бутан и метанол
- Метали – арсен, никл и кадмијум
- Радиоактивне компоненте, пестициди

### **Зашто људи пуше**

- |   |       |
|---|-------|
| • Утицаји пријатеља или јавних личности           | 51,0% |
| • Из радозналости                                 | 16,0% |
| • Разбистри им се ум                              | 7,2%  |
| • Утицај чланова породице                         | 7,1%  |
| • Неопходно је за учествовање у друштвеном животу | 5,6%  |
| • Изгледа зрело (са стилом)                       | 3,2%  |
| • Помаже у отклањању стреса                       | 3,1%  |

## Пушење као узрок смрти



## Дуванска епидемија у свету

• Пушење је највећи узрок превремене смрти у развијеним земљама	51,0%
• Пушење је у неразвијеним земљама на трећем месту после инфекција и анорексије	16,0%
• До 2020. око 10 милиона смртних случајева годишње, у неразвијеним земљама око 70%	7,2%
• Један од пет смртних случајева се приписује пушењу	7,1%
• Око 50% дугогодишњих пушача умире од болести изазваних дуваном	5,6%
• Дугогодишњи пушачи у просеку изгубе 20 година живота	3,2%

**Стручни и научни радови****Задовољство запослених у примарној и болничкој  
заштити у Београду\***A. Нешковић,<sup>1</sup> С. Јанковић,<sup>2</sup> М. Пауновић,<sup>3</sup> Д. Матијевић,<sup>4</sup> Љ. Марчетић<sup>5</sup>**Satisfaction of Employees in Primary Care Facilities and  
Hospitals in Belgrade**Neskovic A., M.D., D.P.H; Jankovic S, M.D.,D.P.H; Paunovic M, M.D.,D.P.H.,B.Sc;  
Matijevic D, M.D., Ph.D., D.P.H., Marcetic Lj. M.D., D.P.H., B.Sc.

**Сажетак.** Увог. Задовољство ю послом се дефинише као позитивна емоционална реакција и ставови јојединца према свом юслу. Задовољни радници остварују већу производивнос, повећавају задовољство корисника, имају мањи апсентизам и ређе мењају радну организацију.

**Циљ рада** јесте да се установи ниво задовољства својим юслом радника запослених у служби ојеште медицине домаца здравља и у болницама у Београду, као и фактори који утичу на задовољство (незадовољство) запослених.

**Метод:** У служби ојеште медицине истраживање је спроведено у марту 2006. у свим јункторима 16 домаца здравља, а обухваћени су сви запослени. У болницама је истраживање спроведено у јуну 2006. у свим болницама, а шиљана поуздања је једна трећина свих запослених. Инструмент истраживања били су анонимни упитници. За статистичку обраду података коришћени су:  $\chi^2$  тест, Kruskal Wallis тест (H), једнотакторска анализа варијансе (F).

**Резултати:** Истраживањем је обухваћен 1 281 истражник у служби ојеште медицине

**Summary.** Introduction: Job satisfaction is defined as positive emotional reaction and attitudes of an individual towards his/ her job. Satisfied employees have greater productivity, increase the satisfaction of users, less absenteeism and more seldom change the facilities in which they work.

Aim: To establish the level of satisfaction of employees in the service of general medicine (in community health centers and in hospitals of the city) and define factors which have an impact on their satisfaction / dissatisfaction.

Method: In the service of general medicine we have conducted research in March 2006, in 16 spots within 16 community health centers. Our research encompassed all employees. We conducted research in hospitals as well, in June 2006. One third of all employees were our target population. We have used anonymous questionnaires as research instruments. Statistical analysis was performed using chi-square test, Kruskal Wallis test (H) and ANOVA (F).

Results: Our research encompassed 1, 281 employees in service for general medicine and 4, 100 hospital staff. Slightly below one half of our

\* Рад изложен на ХХI стручној конференцији данио Градског завода за јавно здравље 2006. године.

<sup>1</sup> Прим. др Анђелија Нешковић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравља, Београд.

<sup>2</sup> Прим др Светлана Јанковић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравља, Београд.

<sup>3</sup> Прим. мр. сц. мед. Милена Пауновић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравља, Београд.

<sup>4</sup> Прим. др. сц. мед. Душица Матијевић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравља, Београд.

<sup>5</sup> Прим. др. сц. мед. Љубинка Марчетић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравља, Београд.

и 4 100 исцишаника у болницама. Нешто мање од половине исцишаника у болницама (46 одсто) и у служби ошиште медицине (42 одсто) задовољно је својим послом.

У служби ошиште медицине око 90 одсто исцишаника је задовољно сарадњом у служби и са другим службама, 75 одсто обавештеношћу у служби, 68 одсто организацијом посла и стапеном у коме је њихов рад цењен, а половина исцишаника моћућношћу едукације и најредовања у служби.

У болници је половина исцишаника задовољна сарадњом у служби и са другим службама, обавештеношћу и организацијом посла, шрећина исцишаника моћућношћу едукације и најредовања у служби, условима рада, као и стапеном у коме је њихов рад цењен у служби. Да је њихов обим посла велики мисли 80 одсто исцишаника, само 18 одсто је задовољно начином на који се најрађују резултати рада у болници, док је латом задовољно б одсто. Едукацију о заштити на раду на терету пославца је имало 20 одсто запослених, а висока је учесноста и повреда, најчешће услед убода и злом или другим оштром предметом. Сваки пети запослени је доживео у пропеклих 12 месеци узнемирање или физичко злостављање ог сртане паценте или рођака паценте, а исти штолико је примишило грешке или пропусте особља у раду које могу штетити здрављу паценте или особља.

**Закључак.** Руководство здравствених установа мора више да се ангажује на предузимању мера у циљу побољшања задовољства запослених, а посебно у сфери информисања радника, развијања штимског рада, унайрење организације посла и адекватног распоређивања задатака.

**Кључне речи:** задовољство запослених, процена квалитета, примарна и болничка заштита

## Увод

Радници су најважнији ресурс сваке организације. Од њихових ставова, понашања и радног искуства зависи како ће обављати

interviewees in hospitals (46%) and service of general medicine (42%) are content with their job.

In the service of general medicine, about 90% of our interviewees are content with cooperation of their service with other ones; 75% are content with information flows within their own service; 68% with organization of assignments and degree to which their performance is valued. One half of our interviewees are content with the possibility of their further education and professional advancement.

In hospitals, half of interviewees are content with cooperation of their service with other ones, with information flows within their own service. One third is content with the possibility of their further education and professional advancement, working conditions and degree to which their performance is valued. Eighty per cent of our interviewees think their workload is huge. Only 18% are content with how they are awarded for their performance. Only 6% are content with their wages. Twenty per cent of hospital employees have had education (related to self-protection at work) at the employer's expenses. Occupational injuries are frequent, mostly due to needle or sharps puncture. Every fifth employee has been molested or physically abused in the past 12 months, by patient or their relatives. The same percentage of employees has observed mistakes or faults in their colleagues' performance that might hamper patient or co-worker health.

**Conclusions:** Managers in health care facilities must engage better in undertaking steps to improve satisfaction of employees. It is especially relevant in the area of information flow and sharing, development of teamwork, improvements of organization of work and adequate distribution.

**Key Words.** Employee satisfaction, quality estimate, primary i hospital care.

свој посао, као и перформансе организације у целини. Кроз посао људи теже да остваре: економску стабилност, идентитет и развој своје личности, статус и престиж, самостварење, самосталност, креативност,

социјалну интеракцију. Запослени желе да се кроз посао развију и остваре као особе, да користе и развијају своје таленте и вештине, да радом постижу резултате и успехе који ће бити препознати.<sup>1</sup> При томе посао подразумева не само обављање радних задатака већ и интеракцију са колегама, шефовима, поштовање правила и политике организације, достицање стандарда радног учинка, живљење у радним условима који често нису баш идеални.

Задовољство послом дефинише се као позитивна емоционална реакција и ставови појединца према свом послу<sup>1</sup>. Оно представља комбинацију унутрашњих и спољашњих фактора. Унутрашњи подразумевају природу посла који особа ради, задатке који чине и посао, професионални развој, осећај одговорности и достигнућа у послу, а спољашњи фактори подразумевају услове рада као што су плата, сарадници и шефови. Унутрашњи фактори унапређују сatisфакцију, а спољашњи превенирају нездовољство<sup>2</sup>.

Задовољство послом утиче на радни учинак и то на:<sup>3, 4, 5, 6</sup>

- 1. Продуктивност**, или више на нивоу организације него на нивоу појединца. Организације са задовољнијим радницима имају већу продуктивност.
- 2. Апсентизам**. Показана је негативна веза задовољства и изостанака, али је корелација умерена.
- 3. Немар**, пасивно препуштање да се услови погоршају, хроничан број изостанака, кашњења, смањено улагање труда, повећана стопа грешака – када је низак степен задовољства.
- 4. Задовољство корисника**. Задовољни радници су пријатељски настројени, љубазни, спремни за питања, а то пациенти цене, што води задовољству и оданости пацијента. Однос важи и у обрнутом смеру. Нездовољни корисници могу повећати нездовољство запослених.
- 5. Флуктуацију запослених**. Нездовољни радници чешће мењају радну организацију.

Задовољни радници ће више позитивно говорити о својој установи, помагаће другим

ма и ићи изнад нормалних очекивања њиховог посла. С друге стране, нездовољство послом, утиче и на здравље запослених, посебно на ментално здравље, депресију и анксиозност, док је корелација са физичким здрављем умерена.<sup>7,8</sup>

Студије сугеришу да су најважније детерминанте задовољства послом: интересантан и креативан посао, добри односи са шефовима и колегама, висока зарада, независност у раду и могућности за напредовање, као и сигурност посла и способност прављења баланса између приватног и пословног живота.<sup>7,9, 10,11</sup>

Истраживања из претходних тридесет година показују да је већина радника, педесет до седамдесет одсто у развијеним земљама, задовољна својим послом, али се види и опадање задовољства послом од раних 1990-тих. Мисли се да је то због настојања послодаљаца да повећају продуктивност кроз већа радна оптерећења запослених и краће рокове извршења, као и осећај радника да имају мање контроле над својим радом.

## Циљ рада

Циљ рада јесте да се установи ниво задовољства својим послом радника запослених у служби опште медицине домаћа здравља у Београду, као и запослених у београдским болницама и фактори који утичу на задовољство, односно нездовољство запослених.

## Метод рада

У служби опште медицине истраживање је спроведено у периоду од 6. до 9. марта 2006. године у свим пунктовима шеснаест београдских домаћа здравља, а обухваћени су сви запослени у овој служби. У болницама је истраживање спроведено у периоду од 12. до 17. јуна 2006. године у свим београдским болницама.

Инструмент истраживања били су анонимни упитници. За примарну заштиту коришћен је упитник креиран у оквиру пројекта Министарства здравља Републике Србије, усмереног ка јачању превентивних здравствен

них услуга у примарној здравственој заштити у Србији. Овај упитник је делимично модификован, тако да је финални упитник садржао 29 затворених питања.

За болничку заштиту коришћен је упитник из Велике Британије, коригован у смислу да су избачена питања која се односе на специфичности британске здравствене службе, тако да је финални упитник садржао 41 питање. Обухваћени су запослени свих занимања, а због њихове бројности, одлучено је да се истраживањем обухвати једна трећина од укупног броја запослених у свакој болници. За дистрибуцију упитника и прикупљање одговора били су одговорни председник комисије за квалитет и главна сестра сваке болнице.

За описивање испитиване популације коришћене су методе дескриптивне статистике: просечна вредност (аритметичка средина), мере варијабилитета (стандардна девијација) и релативни бројеви. За утврђивање значајности разлике између обележја коришћен је  $\chi^2$  тест, Kruskal Wallis тест (H) и једнофакторска анализа варијансе (F).

За сва нумеричка обележја тестирана је нормалност расподеле. Сви статистички тестови прихватани су ако је вероватноћа нулте хипотезе једнака или мања од пет посто. Задовољство корисника исказано је просечном оценом на скали од 1 до 5, где је 1 = веома незадовољан, а 5 = веома задовољан.

Интерна конзистентност поузданости упитника мерена је Кронбаховим коефицијентом алфа ( $\alpha$ ).

База података креирана је у компјутерском програму SPSS, верзија 8.0 (Statistical Package for Social Sciences), који је коришћен и за статистичку обраду података.

## Резултати

Резултати су приказани посебно за службу опште медицине и за болнице. Интерна конзистентност упитника за службу опште медицине износи  $\alpha = 0,5612$ , а упитника за болничку заштиту  $\alpha = 0,9013$ .

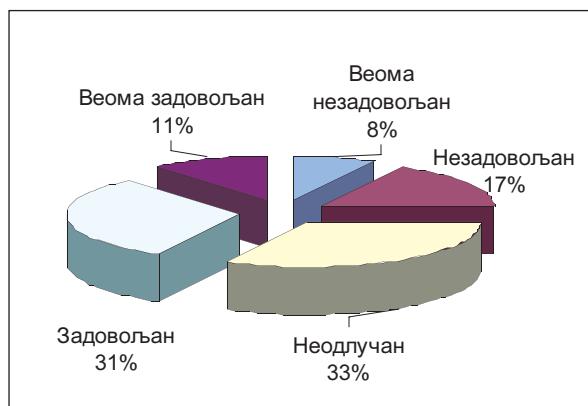
## Задовољство запослених у служби опште медицине домаћа здравља у Београду

Од укупно 1.693 дистрибуираних упитника, враћено је 1.281 попуњених, а стопа одговора износила је 76 одсто.

Старост испитаника кретала се у распону од 21 до 63 године, а просечна старост била је  $40,87 \pm 9,05$  година. Међу испитаницима особе женског пола биле су заступљене чак са 91 одсто. У односу на школску спрему, половина испитаника (55,4 одсто) била је са средњом школском спремом, са високом спремом било је 35,1 одсто, са вишом 5,4, а са низом школском спремом 4,1 одсто испитаника. У односу на занимање, највише су били заступљени здравствени радници (91,5 одсто), а затим техничко особље (6,7), здравствени сарадници (1,6) и административни радници (0,2 одсто).

Нешто мање од половине испитаника изјаснило се да су задовољни и веома задовољни својим послом (42 одсто). Трећина запослених није била ни задовољна ни незадовољна, док је четвртина запослених била незадовољна и веома незадовољна (графикон 1).

Није установљена статистички значајна разлика у задовољству послом у односу на пол испитаника ( $\chi^2=4,343$ , DF =4, p=0,362). Иако су здравствени сарадници најзадовољнији послом, а технички радници најмање задовољни, није установљена статистички зна-



Графикон 1. Опште задовољство запослених својим послом.

чајна разлика у задовољству послом у односу на занимање ( $\chi^2=11,315$ , DF=8, p=0,185). При томе су из обраде искључени административни радници јер их је било само троје и сви су веома задовољни својим послом. Установљена је значајна разлика у односу на образовање ( $\chi^2=23,452$ , DF=12, p=0,024), и високо значајна у односу на старост испитаника ( $\chi^2=31,256$ , DF=12, p=0,002). Најзадовољнији су испитаници са вишом и основном школом, и у најмлађој старосној групи (до 29 година), док су најмање задовољни запослени са факултетским образовањем и они у групи од 40 до 49 година.

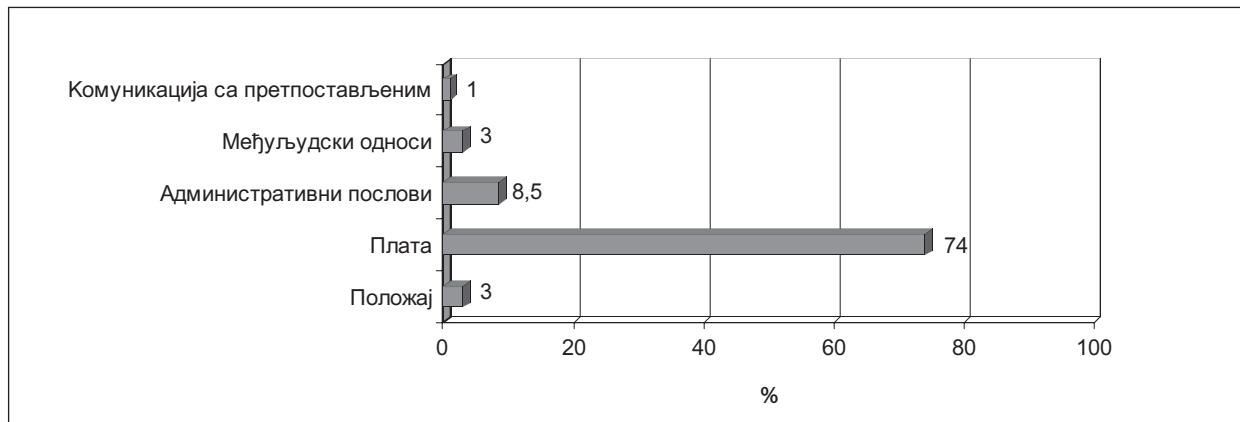
Просечна оцена задовољства послом запослених за све домове здравља у граду, исказана на скали од 1 до 5, износи 3,21+1,09 (*шабела 1*). Десет установа има просечну оцену већу од просека за град. Установљена је статистички високо значајна разлика у задовољству запослених у различитим домовима здравља. Тако су својим послом најзадовољнији запослени у ДЗ Обреновац (просечна оцена 3,88+0,78), а најмање задовољни у ДЗ Стари град (2,83+0,98).

Најчешћи разлог незадовољства запослених била је плата, а у мањој мери наведени су преоптерећеност административним пословима, лоши међуљудски односи на послу и положај у служби (*графикон 2*). Здравственим радницима смета и незаштићеност на послу, као и лош положај у друштву.

На циљано питање које се односило на плату, само 7,1 одсто запослених изјаснило се да је задовољно платом и то најчешће особе са основном школом, а најмање особе са високом стручном спремом (N=8,031, DF=3, p=0,045).

Колегијалном сарадњом у служби задовољна је већина испитаника, 92,2 одсто, а сарадњом са колегама из осталих служби дома здравља задовољно је 89 одсто

Дом здравља	n	$\bar{x}$	SD
Барајево	27	3,30	0,99
Вождовац	154	74,00	1,06
Врачар	74	3,62	1,20
Гроцка	67	3,04	1,05
Звездара	64	3,48	1,01
Земун	167	2,88	1,15
Лазаревац	42	3,57	0,74
Младеновац	47	3,81	0,85
Нови Београд	92	2,89	1,12
Обреновац	60	3,88	0,78
Палилула	136	3,21	0,98
Раковица	51	3,41	1,02
Савски Венац	53	3,53	0,97
Сопот	29	3,62	0,90
Стари град	75	2,83	0,98
Чукарица	142	3,28	1,18
<b>Свега</b>	<b>1280</b>	<b>3,21</b>	<b>1,09</b>



Графикон 2. Најчешћи разлози незадовољства запослених

(*табела 2*). Задовољством у служби задовољни су мушкарци ( $\chi^2 = 11,830$ , DF=3, p=0,008), а такође и сарадњом са колегама из других служби ( $\chi^2 = 15,535$ , DF=3, p=0,001). Није установљена значајна разлика у односу на старост испитаника, образовање и занимање.

Више од половине запослених (56 одсто) потпуно се или делимично сложило да је задовољно могућностима за унапређење у служби, а скоро исто толико, односно 58 одсто, задовољно је могућностима за едукацију и професионални развој (*табела 3*). Установљена је значајна разлика у задовољству могућностима за унапређење у односу на стручну спрему ( $\chi^2 = 21,469$ , DF=9, p=0,011). Најмање оних који се слажу било је са високом стручном спремом, док су најзадовољнији са низом школском спремом. У задовољству испитани-

ка у односу на могућност едукације установљена је значајна разлика у односу на старост ( $\chi^2 = 16,738$ , DF=9, p=0,053). Најзадовољније су особе са педесет и више година, а најмање испитаници старости 30 до 39 година.

Иако половина испитаника није задовољна могућностима за едукацију, чак 80 одсто би пристало на додатно усавршавање, само ако би им то донело већу плату.

Више од половине испитаника (57,3 одсто) сложило се да је задовољно условима рада у служби, а скоро две трећине испитаника (67,4 одсто) слаже се да постоји добра организација посла у служби у којој раде (*табела 4*). Није установљена статистички значајна разлика у задовољству запослених условима рада у односу на пол, старост и занимање испитаника, али постоји значајна

**Табела 2.** Мишљење запослених о сарадњи са колегама

Оцена	Задовољан сам сарадњом у служби		Задовољан сам сарадњом са другим службама	
	п	%	п	%
У потпуности се слажем	565	44,5	412	32,7
Углавном се слажем	604	47,6	707	56,1
Углавном се не слажем	74	5,8	114	9,0
У потпуности се не слажем	26	2,0	28	2,2
<b>Свега</b>	<b>1269</b>	<b>100,0</b>	<b>1261</b>	<b>100,0</b>

**Табела 3.** Задовољство запослених могућношћу унапређења у служби и могућношћу едукације

Оцена	Задовољан сам могућностима за унапређење		Задовољан сам могућностима за едукацију	
	п	%	п	%
У потпуности се слажем	189	15,3	204	16,5
Углавном се слажем	499	40,5	514	41,7
Углавном се не слажем	316	25,6	282	22,9
У потпуности се не слажем	229	18,6	234	19,0
<b>Свега</b>	<b>1233</b>	<b>100,0</b>	<b>1234</b>	<b>16,5</b>

**Табела 4.** Задовољство запослених условима рада и организацијом посла

Оцена	Задовољан сам условима рада		Задовољан сам организацијом посла		Установа води рачун о запосленима	
	п	%	п	%	п	%
У потпуности се слажем	240	19,1	297	23,6	270	21,4
Углавном се слажем	480	38,2	553	43,9	462	36,6
Углавном се не слажем	256	20,4	244	19,3	314	24,9
У потпуности се не слажем	280	22,3	167	13,2	215	17,0
<b>Свега</b>	<b>1256</b>	<b>100,0</b>	<b>1261</b>	<b>100,0</b>	<b>1261</b>	<b>100,0</b>

разлика у односу на образовање ( $\chi^2=10,295$ , DF=9, p=0,016). Особе са основном школом се највише слажу да су услови рада добри, а са средњом спремом, најмање. Није установљена статистички значајна разлика у задовољству запослених организацијом посла у односу на старост, пол, образовање и занимање испитаника.

Да установа у којој раде довољно води рачуна о својим запосленима слаже се више од половине испитаника (58 одсто). Установљена је статистички значајна разлика у односу на образовање ( $\chi^2=17,133$ , DF=9, p=0,047) и старост испитаника ( $\chi^2=22,391$ , DF=9, p=0,008). Особе са 50 и више година и са основном школом се највише слажу, а најмање најмлађи и испитаници са средњом стручном спремом.

**Табела 5.** Вредновање рада у служби и коришћење личних капацитета

Оцена	Мој рад је цењен у служби		Лични капацитети су недовољно искоришћени	
	п	%	п	%
У потпуности се слажем	288	22,9	326	26,6
Углавном се слажем	564	44,9	560	45,8
Углавном се не слажем	243	19,3	241	19,7
У потпуности се не слажем	161	12,8	97	7,9
Свега	1256	100,0	1224	100,0

**Табела 6.** Допринос раду установе

Оцена	Сносим одговорност за рад установе		Задовољство ми је да се представљам као радник установе		Моја институција је напредовала	
	п	%	п	%	п	%
У потпуности се слажем	350	27,8	473	37,7	451	36,1
Углавном се слажем	528	42,0	545	43,5	438	35,1
Углавном се не слажем	239	19,0	152	12,1	196	15,7
У потпуности се не слажем	141	11,2	83	6,6	163	13,1
Свега	1258	100,0	1253	100,0	1248	100,0

Две трећине испитаника се у већој или мањој мери слаже да је њихов рад довољно цењен у служби (67,9 одсто), али исто толико (72 одсто) мисли да су њихови капацитети недовољно искоришћени на радном месту (**шабела 5**). Мушкарци се значајно чешће слажу да је њихов рад цењен у служби ( $\chi^2=10,796$ , DF=3, p=0,013), док се најмлађи испитаници значајно чешће слажу да су њихове способности недовољно искоришћене ( $\chi^2=18,536$ , DF=9, p=0,029).

Већина испитаника (70 одсто) се потпуно или делимично слаже да и сами сносе део одговорности за успех или неуспех у раду установе у којој су запослени, а разлика према стручној спреми није била значајна (**шабела 6**). Установљена је значајна разлика у односу на старост испитаника. Најмлађи испитаници значајно чешће мисле да сносе део одговорности за рад установе ( $\chi^2=20,320$ , DF=9, p=0,016), а 81,2 одсто испитаника је задовољно што могу да се представљају као радници свог дома здравља – значајно чешће најстарији радници ( $\chi^2=18,050$ , DF=9, p=0,035), док 71,2 одсто мисли да је њихова здравствена установа напредовала у последњој години и то значајно чешће мисле најстарији радници ( $\chi^2=19,100$ , DF=9, p=0,024), као и радници са вишом и високом школом ( $\chi^2=17,514$ , DF=9, p=0,041).

Већина испитаника (75 одсто) се потпуно или делимично слаже да су добро информисани о процесу рада, односно о важним сегментима рада у служби (**шабела 7**). Међу

Табела 7. Информисаност о процесу рада и радним задацима

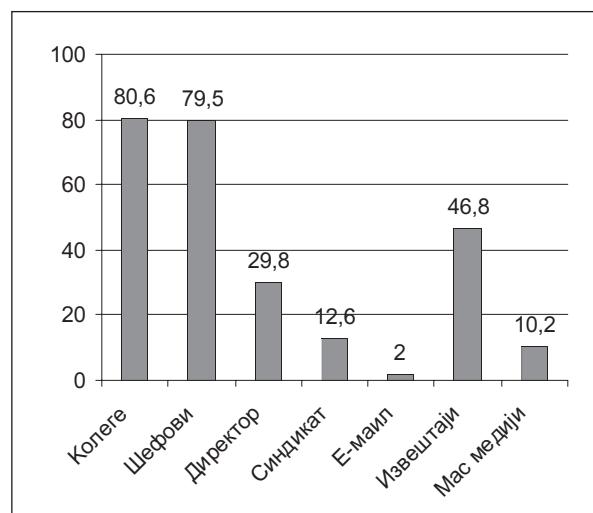
Оцена	Задовољан сам обавештеношћу у служби		Знам који су ми задаци		Знам коме одговарам		Могу да изнесем идеје	
	n	%	n	%	n	%	n	%
У потпуности се слажем	274	21,9	639	50,6	710	56,6	438	34,9
Углавном се слажем	669	53,4	472	37,4	411	32,8	564	44,9
Углавном се не слажем	232	18,5	107	8,5	88	7,0	166	13,2
У потпуности се не слажем	78	6,2	44	3,5	45	3,6	87	6,9
<b>Свега</b>	<b>1253</b>	<b>100,0</b>	<b>1262</b>	<b>100,0</b>	<b>1254</b>	<b>100,0</b>	<b>1255</b>	<b>100,0</b>

онима који се потпуно слажу значајно најмање је особа старости 40 до 49 година ( $\chi^2=21,085$ , DF=9,  $p=0,012$ ). Највећи број испитаника се у већој или мањој мери слаже (88 одсто) да тачно зна који су њихови задаци на радном месту и коме одговарају за свој рад (89,4 одсто). Мушкирци значајно чешће знају који су им задаци на радном месту ( $\chi^2=8,387$ , DF=3,  $p=0,039$ ), а коме одговарају за свој рад значајно чешће знају запослени са вишом школом, а најмање знају запослени са високом стручном спремом ( $H=7,939$ , DF=3,  $p=0,047$ ).

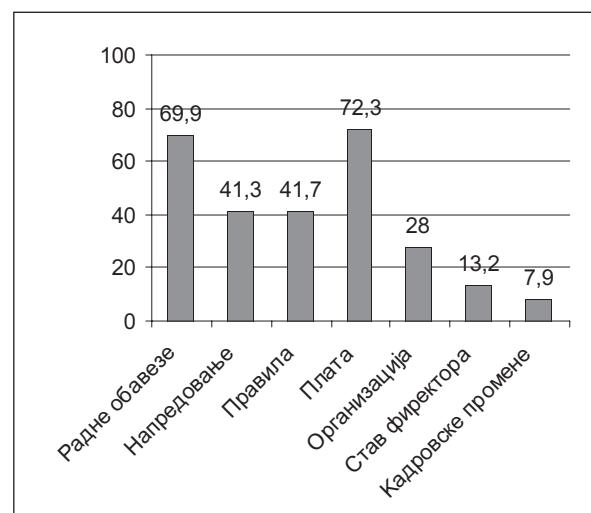
Већина испитаника (80 одсто) се у већој или мањој мери слаже да може слободно да изнесе претпостављенима своје идеје и пита-

ња у вези са послом. У групи оних који се са тим потпуно слажу највише је лица са високом стручном спремом и лица у старосној групи 30 до 39 година, али није установљена статистички значајна разлика.

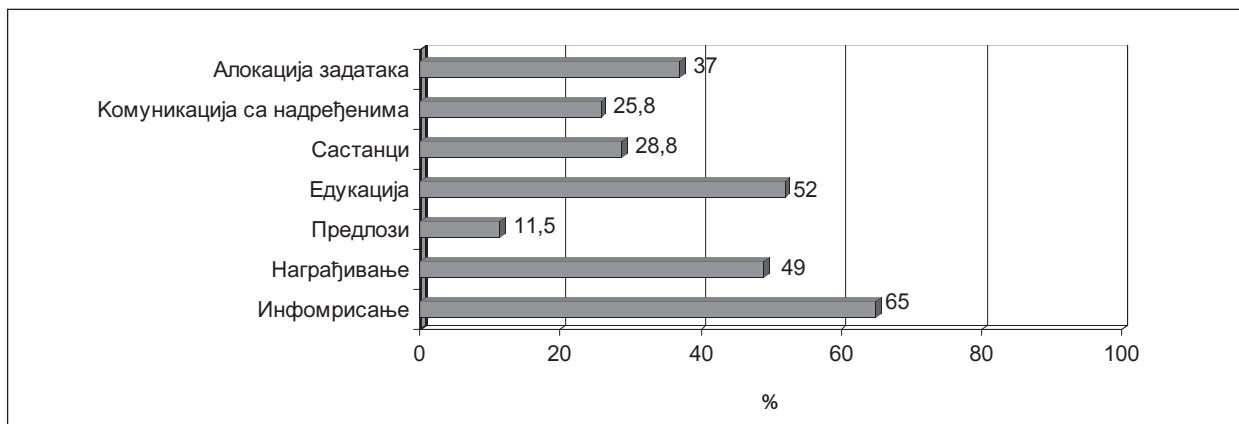
Као најзначајније изворе информисања о догађајима у установи у којој раде, запослени су навели: колеге (80 одсто), шефове (80 одсто), информације из извештаја и са огласне табле (46 одсто), директора (30 одсто), синдикат (12 одсто) и мас медије (10 одсто) (Графикон 3). Међу наведеним изворима информисања испитаници највише верују колегама (50 одсто) и шефовима (50 одсто), директору (45 одсто), информацијама из извештаја и огласне табле (31 одсто) и синдикату (13 одсто).



Графикон 3. Опште задовољство запослених својим послом.



Графикон 4. Интересовања запослених у здравственој установи.



Графикон 5. Предложене мере за унапређење рада установе

Међу темама које највише занимају запослене у установи, на првом месту су плата и награђивање (72 одсто), али скоро у истој мери су и радне обавезе, односно шта се од запослених очекује на радном месту (70 одсто). Затим следе: информације о правилима и процедурима у установи (42 одсто), могућност напредовања у каријери (41 одсто) и њихово радно место у организацији рада установе (28 одсто) (*графикон 4*). Оно што их скоро не интересује јесу личне вести и приче о другим запосленима у установи.

Као најважније мере које могу да унапреде квалитет рада њихове установе највећи број испитаника је истакао благовремено информисање свих запослених (65 одсто), више обуке и едукације (52 одсто), препознавање успеха у раду сваког запосленог (49 одсто), добру алокацију радних обавеза и задатака (37 одсто) и више састанака у служби (29 одсто) (*графикон 5*).

### **Задовољство запослених у болницама**

Истраживањем је обухваћено 4100 испитаника, од планираних 6030, запослених у свих 28 београдских болница. Стопа одговора била је 68 одсто.

У односу на занимање највише су били заступљени здравствени радници, 79,9 одсто, техничких радника било је 11,2 одсто, адми-

Табела 8. Задовољство запослених могућношћу унапређења у служби и могућношћу едукације

Занимање	р	%
Лекар	94	2,3
Лекар специјалиста	590	14,6
Биохемичар	27	0,7
Медицинска сестра	1977	48,9
Бабица	116	2,9
Лаборант	212	5,2
Фармацеутски техничар	25	0,6
Рендген техничар	72	1,8
Физиотерапеут	118	2,9
Административни радник	255	6,3
Технички радник	454	11,2
Здравствени сарадник	106	2,6
<b>Свега</b>	<b>4046</b>	<b>100,0</b>

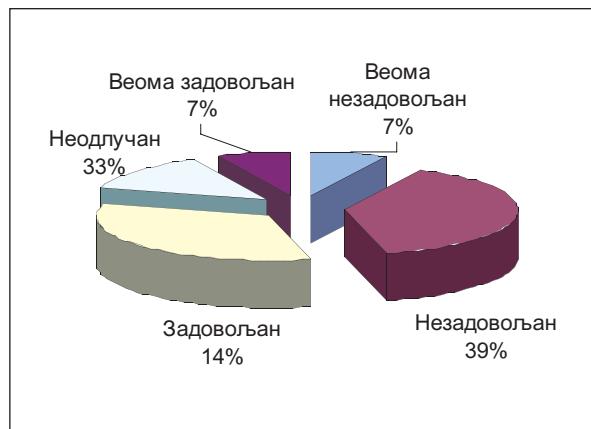
нистративних 6,3 одсто, док је здравствених сарадника било 2,6 одсто (*табела 8*). Од 3337 здравствених радника, лекара је било 684 (20,5 одсто). У категорији здравствених сарадника највише су били заступљени психолози, дефектологи и логопеди. Највећи број испитаника је са средњом стручном спремом, 61 одсто, са вишом школом је 14,5 одсто, са високом 20 одсто, а са основном школом 4,5 одсто.

Чак 84,9 одсто испитаника су женског пола, а само 15,1 мушки. Старост запослених се кретала у распону од 18 до 65 година, а просечна старост била је  $40,09 \pm 9,32$  година. Радни стаж запослених у болници у којој тренутно раде креће се од једног месеца до 44 године, а просечна дужина радног стажа је  $14,55 \pm 9,38$  година.

Више од половине испитаника (54,1 одсто) ради у сменама, а 728 (18,4 одсто) има неку од руковођећих дужности.

Својим послом задовољно је 46 одсто испитаника, 21 одсто је незадовољно, а 33 одсто се изјаснило да нису ни задовољни, ни незадовољни. (*графикон 6*)

Применом непараметарских статистичких тестова установљена је високо значајна статистичка разлика у задовољству послом у односу на: пол испитаника ( $\chi^2=56,756$ , DF=4, p=0,000), образовање ( $\chi^2=129,970$ , DF=12, p=0,000), занимање ( $\chi^2=247,687$ , DF=44, p=0,000), руковођеће место ( $\chi^2=43,129$ , DF=4, p=0,000), рад у сменама ( $\chi^2=38,139$ , DF=4, p=0,000), дужину радног стажа у садашњој установи ( $\chi^2=49,381$ , DF=16, p=0,000). Својим послом значајно су задовољнији запослени који су на руковођећим местима, не раде у сменама, имају високу стручну спрему, биохемичари, клинички лекари, лаборанти, мушкарци, они који имају мање од пет година радног стажа, као и они са 30 и више година радног стажа у садашњој болници.



**Графикон 6.** Опште задовољство запослених својим послом.

Задовољство запослених радника у београдским болницама, исказано просечном оценом на скали од 1 до 5 (1=веома незадовољан, 5=веома задовољан), износи  $3,26 \pm 1,01$  (*табела 9*). Својим послом најмање су задовољне бабице (просечна оцена  $3,00 \pm 1,10$ ), технички радници ( $3,02 \pm 1,12$ ), фармацеутски техничари ( $3,08 \pm 0,81$ ) и медицинске сестре ( $3,15 \pm 0,98$ ). Својим послом најзадовољнији су биохемичари ( $3,81 \pm 0,92$ ) и клинички лекари ( $3,77 \pm 0,89$ ).

Скоро трећина анкетираних (31,4 одсто) планира да потражи други посао чим се за то стекну услови, а чак 45,4 одсто се изјаснило да, ако промени садашњи посао, неће остати у државном сектору здравства. Установљена је статистички високо значајна разлика између испитаника који планирају да промене посао у односу на занимање ( $\chi^2=66,027$ , DF=11 p=0,000), старост ( $\chi^2=133,727$ , DF=3, p=0,000), радни стаж ( $\chi^2=76,298$ , DF=4, p=0,000), руковођеће место ( $\chi^2=23,005$ , DF=1, p=0,000), сменски рад ( $\chi^2=29,483$ , DF=1, p=0,000), као и опште задовољство послом ( $\chi^2=701,341$ , DF=4, p=0,000). Промену посла највише планирају: физиоте-

**Табела 9.** Задовољство послом радника различитих занимања исказано просечном оценом

Занимање	p	%	SD
Клинички лекар	93	3,77	0,89
Лекар специјалиста	587	3,55	1,01
Биохемичар	27	3,81	0,92
Медицинска сестра	1958	3,15	0,98
Бабица	115	3,00	1,10
Лаборант	211	3,61	0,81
Фармацеутски тех.	25	3,08	0,81
Рендген техничар	72	3,38	0,85
Физиотерапеут	249	3,40	0,93
Административни рад.	449	3,02	1,12
Технички радник	104	3,50	0,97
Здравствени сар.	114	3,17	0,98
<b>Свега</b>	<b>4004</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

рапеути, рендген техничари, медицинске сестре и технички радници, они који су млађи од 30 година, имају од пет до девет година радног стажа, немају руководећу дужност и раде у сменама.

Да установа у којој раде, води довољно рачуна о запосленима сматра 37,6 одсто испитаника, 27 одсто је неодлучно, а 35,4 одсто мисли супротно. Биохемичари, клинички лекари и административни радници највише се слажу да установа води довољно рачуна о запосленима, док бабице, физиотерапеути и фармацеутски техничари у најмањем броју сматрају да установа води довољно рачуна ( $\chi^2=214,338$ , DF=44, p=0,000).

У поглављу које се односи на сарадњу и комуникацију запослених у установи испитаници су одговарали на четири питања која се односе на сарадњу у служби, сарадњу са другим службама, обавештеност о важним сегментима рада у својој служби и обавештеност о важним сегментима рада у установи.

Сарадњом са колегама у оквиру своје службе задовољно је 62,4 одсто испитаника, док је сарадњом са особљем из других служби задовољно 53,6 одсто (**табела 10**). Установљена је статистички високо значајна разлика у односу на занимање. Тако су сарадњом у оквиру своје службе најзадовољнији лекари, а најмање су задовољне медицинске сестре и бабице ( $\chi^2=241,801$ , DF=44,

**Табела 10.** Задовољство запослених сарадњом у служби и сарадњом са другим службама

Оцена	Сарадња у служби		Сарадња са другим службама	
	n	%	n	%
Веома задовољан	566	13,9	267	6,6
Задовољан	1973	48,5	1916	47,0
Ни задовољан - ни незадовољан	1051	25,8	1310	32,2
Незадовољан	362	8,9	465	11,4
Веома задовољан	120	2,9	115	2,8
<b>Свега</b>	<b>4072</b>	<b>100,0</b>	<b>4073</b>	<b>100,0</b>

p=0,000), а када је реч о сарадњи са другим службама, најзадовољнији су лекари, а најмање су задовољни физиотерапеути, медицинске сестре и бабице ( $\chi^2=168,450$ , DF=44, p=0,000).

Нешто више од половине испитаника (58,5 одсто) сматра да су добро обавештени о важним сегментима рада у својој служби, али је обавештеност о важним сегментима рада у болници лошија (**табела 11**). Само 48,2 одсто испитаника сматра да је добро обавештено о важним догађајима у болници. У односу на занимање, лекари су најзадовољнији обавештеношћу о важним сегментима рада у својој служби, а најмање задовољни су физиотерапеути, бабице и рендген техничари ( $\chi^2=220,914$ , DF=44, p=0,000). Обавештеношћу о важним сегментима рада у болници најзадовољнији су лекари, а најмање задовољни су бабице, рендген техничари и физиотерапеути ( $\chi^2=173,558$ , DF=44, p=0,000).

Поглавље везано за професионалне захтеве и однос руководећег кадра садржи шест питања. Који су им задаци на радном месту зна 82,2 одсто испитаника, а исто толико (82,6 одсто) зна којој особи су одговорни за свој рад (**табела 12**). Своје идеје и питања у вези посла може претпостављенима да изнесе 69,6 одсто испитаника, а 68,3 одсто мо-

**Табела 11.** Обавештеност запослених о важним сегментима рада у служби и у болници

Оцена	Обавештеност у служби је добра		Обавештеност у болници је добра	
	n	%	n	%
У потпуности се слажем	571	14,0	296	7,3
Углавном се слажем	1811	44,5	1539	37,9
Углавном се не слажем	724	17,8	894	22,0
У потпуности се не слажем	381	9,4	569	14,0
Нисам сигуран	582	14,3	767	18,9
<b>Свега</b>	<b>4069</b>	<b>100,0</b>	<b>4065</b>	<b>100,0</b>

**Табела 12.** Мишљење запослених о професионалним захтевима на послу

Оцена	Могу да изразим идеје		Знам коме одговарам за свој рад		Знам који су моји задаци		Могу да изаберем свој метод рада	
	n	%	n	%	n	%	n	%
У потпуности се слажем	1086	26,8	1976	48,6	2006	49,2	910	22,4
Углавном се слажем	1736	42,8	1383	34,0	1345	33,0	1862	45,9
Углавном се не слажем	432	10,7	206	5,1	244	6,0	436	10,7
У потпуности се не слажем	279	6,9	160	3,9	177	4,3	313	7,7
Нисам сигуран	519	12,8	337	8,3	307	7,5	535	13,2
<b>Свега</b>	<b>4052</b>	<b>100,0</b>	<b>4062</b>	<b>100,0</b>	<b>4079</b>	<b>100,0</b>	<b>4056</b>	<b>100,0</b>

же да изабере сопствени метод рада у обављању радних задатака. Код свих ових питања установљена је статистички високо значајна разлика у односу на занимање. Тако рендген техничари и физиотерапеути најбоље знају који су им задаци на радном месту, док бабице, технички радници и фармацеутски техничари најмање знају шта су им задаци ( $\chi^2=215,401$ , DF=44, p=0,000). Лекари највише знају коме одговарају за свој рад, а бабице, технички и административни радници најмање ( $\chi^2=120,402$ , DF=44, p=0,000). Своје идеје и питања у вези са послом претпостављенима највише могу да изразе лекари, а најмање медицинске сестре, физиотерапеути и технички радници ( $\chi^2=204,062$ , DF=44, p=0,000). Сопствени метод рада у обављању радних задатака највише могу да изаберу лекари, а најмање бабице, медицинске сестре и технички радници ( $\chi^2=282,780$ , DF=44, p=0,000).

Подршком коју добијају од претпостављених у реализацији радних задатака задовољно је само 45 одсто запослених (27 одсто неодлучних и 18 одсто нездовољних). Најзадовољнији су лекари, а најмање су задовољни бабице, медицинске сестре и физиотерапеути ( $\chi^2=149,493$ , DF=44, p=0,000). Скоро 80 одсто испитаника сматра да је обим посла који обавља велики, 19,4 одсто да је адекватан, а 0,9 одсто да је мали. Установљена је статистички високо значајна разлика у обиму послу у односу на занимање ( $\chi^2=171,890$ , DF=44, p=0,000). Физиотерапеути, медицинске сестре и лекари специјалисти мисле да је њихов обим послса највећи, рендген техничари сматрају да њихов обим послса није ни превелики ни премали, а клинички лекари и здравствени сарадници у највећем проценту сматрају да је њихов обим послса мали.

Поглавље које се односи на професионални развој садржи три питања, а одговори ан-

**Табела 13.** Мишљење запослених о могућностима професионалног развоја на послу

Оцена	Могућност напредовања		Могућност едукације		Искоришћеност способности	
	n	%	n	%	n	%
Веома задовољан	237	5,9	327	8,1	469	11,9
Задовољан	1204	29,8	1247	30,9	1608	40,7
Неодлучан	1345	33,2	1141	28,2	1020	25,8
Незадовољан	884	21,8	909	22,5	623	15,8
Веома задовољан	376	9,3	418	10,3	227	5,8
<b>Свега</b>	<b>4046</b>	<b>100,0</b>	<b>4042</b>	<b>100,0</b>	<b>3947</b>	<b>100,0</b>

кетираних радника су показали да постоји велики степен незадовољства могућношћу напредовања у служби (само 35,7 одсто задовољних), могућношћу едукације и обуке (39 одсто задовољних), док је половина испитаника (52,6 одсто) задовољна како су искоришћене њихове способности на радном месту (*табела 13*).

У односу на могућност напредовања у служби, најзадовољнији су лекари, а најмање задовољни физиотерапеути, бабице и здравствени сарадници ( $\chi^2=187,804$ , DF=44, p=0,000). Могућностима за едукацију и обуку најзадовољнији су лекари, а најмање су задовољни физиотерапеути, рендген техничари и бабице ( $\chi^2=164,108$ , DF=44, p=0,000). Лаборанти, биохемичари и клинички лекари су најзадовољнији чињеницом како су искоришћене њихове способности на радном месту, док су најмање задовољни физиотерапеути, технички радници и бабице ( $\chi^2=86,777$ , DF=44, p=0,000).

Пет питања се односе на услове рада на радном месту, а одговори показују висок степен незадовољства запослених и условима рада (простор, опрема) у служби (само 31 одсто задовољних) и организацијом посла (43,5 одсто задовољних). Организацијом сменског рада задовољно је 54,4 одсто испитаника, с тим што су на ово питање одговарали сви запослени, и они који не раде у сменама (*табела 14*). Условима рада су најзадовољнији лекари, а најмање су задовољни бабице, физиотерапеути и технички радници ( $\chi^2=90,686$ , DF=44, p=0,000). Организаци-

јом поса у својој служби најзадовољнији су лаборанти и лекари, а најмање су задовољне бабице, физиотерапеути и рендген техничари ( $\chi^2=140,692$ , DF=44, p=0,000), док су организацијом сменског рада најзадовољнији биохемичари и лаборанти, а најмање су задовољни лекари и бабице ( $\chi^2=130,638$ , DF=44, p=0,000).

Кадровским ресурсима у свим сменама у служби у којој раде задовољно је 36,2 одсто запослених, а половина испитаника мисли да су радни задаци у њиховој служби добро распоређени (*табела 15*). Да је у свим сменама оптималан број кадра највише се слажу биохемичари и лаборанти, а најмање бабице и медицинске сестре ( $\chi^2=417,825$ , DF=44,

**Табела 15.** Мишљење запослених о распореду радних задатака и распореду радника по сменама

Оцена	У свим сменама је оптималан број кадра		Радни задаци су добро распоређени	
	n	%	n	%
У потпуности се слажем	406	10,7	335	8,3
Углавном се слажем	967	25,5	1675	41,6
Углавном се не слажем	924	24,3	893	22,2
У потпуности се не слажем	978	25,8	566	14,1
Нисам сигуран	520	13,7	559	13,9
<b>Свега</b>	<b>3795</b>	<b>100,0</b>	<b>4028</b>	<b>100,0</b>

**Табела 14.** Мишљење запослених о условима рада

Оцена	Услови рада		Организација поса		Организација сменског рада	
	n	%	n	%	n	%
Веома задовољан	249	6,1	301	7,4	312	8,4
Задовољан	1014	25,0	1461	36,1	1698	45,9
Неодлучан	965	23,8	1074	26,5	912	24,6
Незадовољан	1122	27,7	859	21,2	550	14,9
Веома задовољан	701	17,3	353	8,7	231	6,2
<b>Свега</b>	<b>4051</b>	<b>100,0</b>	<b>4048</b>	<b>100,0</b>	<b>3703</b>	<b>100,0</b>

$p=0,000$ ), а да су радни задаци у служби у којој раде добро распоређени највише се слажу биохемичари, лаборанти и лекари, а најмање бабице и медицинске сестре ( $\chi^2=208,143$ , DF=44,  $p=0,000$ ).

Три питања се односе на награђивање запослених. Платом у болници задовољно је само шест одсто запослених (**табела 16**). Најзадовољнији су биохемичари, клинички лекари и лекари специјалисти, а најмање су задовољни физиотерапеути, бабице и медицинске сестре (Н=96,667, DF=11,  $p=0,000$ ). Само 18,4 одсто испитаника сматра да се у болници препознају и правилно награђују резултати рада појединца (23,3 одсто неодлучних, 58,3 одсто незадовољних), и то највише клинички лекари, биохемичари и здравствени сарадници, а најмање бабице, физиотерапеути и медицинске сестре ( $\chi^2=186,294$ , DF=44,  $p=0,000$ ). Да је њихов рад цењен у служби сматра 37 одсто испитаника и то највише лекари, а најмање бабице, физиотерапеути и медицинске сестре.

Девет питања се односи на здравље и безбедност на раду. Едукацију о заштити здравља на раду на терет послодавца у последњих 12 месеци имало је 20,4 одсто испитаника. Највише су на едукацији били биохемичари, њих 34,6 одсто, затим лаборанти 32,7 одсто, медицинске сестре 21 одсто и технички радници 20,8 одсто ( $\chi^2=34,776$ , DF=11,  $p=0,000$ ). У протеклих годину дана убод иглом или другим оштрим предметом имало је 36,9 одсто испитаника, повреду проузроковану оклизнућем и падовима имало је 16,3 одсто. Опасним материјама било је изложено 32,8 одсто испитаника.

Установљена је статистички високо значајна разлика у повређивању на радном месту у односу на занимање испитаника. Тако је убод иглом или другим оштрим предметом имала свака друга бабица и свака друга медицинска сестра, а сваки трећи лаборант и сваки трећи технички радник ( $\chi^2=344,134$ , DF=11,  $p=0,000$ ). Оклизнуће и пад на послу највише су били заступљени код бабица 27 одсто, медицинских сестара 21,1 одсто и техничких радника 21 одсто ( $\chi^2=91,975$ , DF=11,

$p=0,000$ ). Опасним материјама највише су били изложени лаборанти, њих 54,9 одсто, затим бабице 47,1 одсто, биохемичари 44 одсто и медицинске сестре 38,5 одсто ( $\chi^2=181,190$ , DF=11,  $p=0,000$ ).

Искуство да су били узнемиривани или физички злостављани од стране пацијената на радном месту у протеклих 12 месеци наводи 22,5 одсто испитаника, од стране рођака пацијената 18, одсто, од стране колега 13 одсто и од стране шефа 7,6 одсто. Половина испитаника (48,2 одсто) који су доживели узнемирање или физичко злостављање није никога обавестила о томе.

Установљена је статистички високо значајна разлика у узнемирању и физичком злостављању на радном месту у односу на занимање испитаника. Тако су узнемирању и злостављању од стране пацијента највише изложене бабице, њих 31,9 одсто, затим медицинске сестре (њих 29,3 одсто) и рендген техничари, 26,2 одсто ( $\chi^2=141,472$ , DF=11,  $p=0,000$ ). Узнемирању од стране рођака пацијента највише су изложени лекари специјалисти (њих 26,7 одсто), медицинске сестре (23,3 одсто) и рендген техничари, њих 19,7 одсто ( $\chi^2=166,672$ , DF=11,  $p=0,000$ ). Рендген техничари (15,9 одсто), бабице (14,9 одсто), медицинске сестре (13,8 одсто) и клинички лекари највише су узнемиривани од стране колега ( $\chi^2=39,343$ , DF=11,  $p=0,000$ ), а од стране шефа – бабице (15,5 одсто), медицинске сестре (9,3 одсто) и технички радници 8,2 одсто ( $\chi^2=30,036$ , DF=11,  $p=0,002$ ). Иако су се о доживљеном узнемирању и злостављању најчешће одлучивали да неког обавесте медицинске сестре (58,3 одсто), административни радници (54,2 одсто) и лекари специјалисти (53,6 одсто), није установљена значајна разлика у односу на занимање ( $\chi^2=11,425$ , DF=11,  $p=0,408$ ).

Мање од четвртине испитаника (23,8 одсто) сматра да болница предузима ефикасне мере када је особље узнемиривано, злостављано или ометано у раду, и то највише технички и административни радници ( $\chi^2=139,812$ , DF=11,  $p=0,000$ ).

У последњих месец дана, грешке или пропусте особља у раду који могу штетити здрављу пацијента приметило је 18,2 одсто испитаника, а које могу штетити здрављу особља 20,8 одсто испитаника. чак 30 одсто испитаника не зна кога треба обавестити о таквим грешкама и пропустима. Када постоји извештај о грешкама, само 31,5 одсто испитаника сматра да руководство болнице предузима мере и активности да се оне не понове, 13,8 одсто да не предузима мере, а чак 54,7 одсто испитаника не зна да ли руководство болнице предузима мере.

У односу на занимање, грешке које могу штетити пацијенту највише су примећивале бабице (њих 29,4 одсто), рендген техничари, 24,6 одсто, и лекари специјалисти, 22,6 одсто ( $\chi^2=38,747$ , DF=11, p=0,000). Грешке које могу штетити особљу највише су примећивали фармацеутски техничари, 34,8 одсто, рендген техничари, 29,2 одсто, бабице, 29 одсто и лекари специјалисти, 24 одсто ( $\chi^2=44,439$ , DF=11, p=0,000). О томе да ли знају кога треба обавестити о грешкама и пропустима у раду није установљена статистички значајна разлика између испитаника различитих занимања ( $\chi^2=11,428$ , DF=11, p=0,408). Административни и технички радници, у односу на испитанке осталих занимања, значајно чешће мисле да када постоји извештај о грешкама руководство болнице предузима мере да се оне не понове ( $\chi^2=56,170$ , DF=11, p=0,000).

Задовољство запослених садашњим послом није исто у свим болницама (**табела 17**). Најзадовољнији су запослени у малим стационарима, као што су: Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину (просечна оцена 4,17+0,58), Ванболничко породилиште у Лазаревцу (3,93+0,46), Завод за здравствену заштиту студената (3,68+0,86), Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију (3,62+0,97). Висок степен задовољства је и у Институту за ментално здравље (3,66+1,04), Институту за неуропсихијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ (3,74+0,66) и Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију

(3,67+0,69). Најмање су задовољни запослени у: Заводу за ортопедску протетику (3,00+1,07), КБЦ „Звездара“ (3,08+1,15), Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ (3,08+0,85), Специјалној болници за цереброваскуларна оболења „Свети Сава“ (3,10+1,23), КЦС (3,13+1,00) и ГАК „Народни фронт“ 3,13+1,16.

## Дискусија

У истраживању задовољства запослених обухваћено је 1 281 испитаника у примарној здравственој заштити у 16 домова здравља и 4 100 испитаника у болничкој заштити у 28 болница. Стопа одговора била је 76 одсто у домовима здравља и 68 одсто у болницама. Коришћени су различити упитници за примарну и болничку заштиту, а истраживање у болницама спроведено је након истраживања у домовима здравља, што је омогућило да се на основу искуства из примарне заштите конципира свеобухватнији упитник и добије детаљнији увид у аспекте посла који утичу на задовољство запослених.

У односу на социо-демографске карактеристике може се закључити да су међу анкетираним испитаницима доминантне жене, у примарној заштити (91 одсто) и у болничкој (85 одсто). Просечна старост запослених у болници је 40 година, а у примарној заштити 41 година.

У односу на занимање, здравствени радници су најзаступљенији, 91,5 одсто у општој медицини, а 80 одсто у болницама. У болничкој заштити су знатно више били заступљени административни радници, технички радници и здравствени сарадници него у домовима здравља.

Према степену школске спреме, најбројнији су здравствени радници са средњом стручном спремом, 55,4 одсто у домовима здравља и 61 одсто у болницама. У болницама је било више радника са вишом, а мање са високом стручном спремом у односу на домове здравља.

Радни стаж запослених у болници у којој тренутно раде креће се од једног месеца до

44 године, а просечна дужина радног стажа је  $14,55 \pm 9,38$  година. Више од половине испитаника у болницама ради у сменама, а скоро петина испитаника има неку од руководећих дужности.

Резултати су показали да је својим послом задовољно нешто мање од половине испитаника (42 одсто у домовима здравља и 46 одсто у болницама), за разлику од Велике Британије где је 75 одсто запослених у болницама задовољно<sup>12</sup>, чак 33 одсто испитаника, и у примарној и у болничкој заштити, изјаснило се да нису ни задовољни, ни незадовољни, што је изненађујуће, али се може довести у везу са неповерењем у истраживање и страхом да се дају искрени одговори због сумње у анонимност одговора.

У служби опште медицине својим послом су најмање задовољни запослени са високом стручном спремом и старији од 50 година. Истовремено, најстарији испитаници су најзадовољнији што могу да се представљају као радници свог дома здравља. Они значајно чешће сматрају да њихова установа води рачуна о запосленима, да је установа напредовала у последњој години и најзадовољнији су могућностима едукације, али најмање мисле да сами сносе део одговорности за успех установе у којој раде.

У болницама су најзадовољнији својим послом: запослени који су на руководећим местима, имају високу стручну спрему, не раде у сменама, мушкирци, они који имају мање од пет година радног стажа и они са 30 и више година радног стажа у садашњој болници. У радовима других аутора најзадовољнији послом такође су запослени са високом стручном спремом, млади радници, као и они старији од 55 година, а показано је и да жене више уживају у послу<sup>13</sup>. Руководећи кадар је значајно задовољнији и у болници у Естонији<sup>14</sup>, као и у Великој Британији<sup>12</sup>.

У нашим болницама својим послом најзадовољнији су биохемичари, клинички лекари и лаборанти, а најмање су задовољне бабице, технички радници, фармацеутски техничари и медицинске сестре, за разлику

од Естоније, где су сестре задовољније од лекара<sup>14</sup>. Висок степен незадовољних сестара (од 38 до 48 одсто) присутан је и у Енглеској, Америци, Канади<sup>15</sup>. У Америци је установљено да задовољство сестре својим послом има значајан утицај на задовољство пацијента негом, као и на укупно задовољство болничким лечењем<sup>16</sup>. Истраживање из Канаде је показало да је за задовољство послом болничких сестара најважније: веровање да болница остварује своју мисију, добра комуникација, ретки захтеви да се ради прековремено, аутономија у доношењу одлука, задовољство висином плате, признат рад, женски пол, задовољство информисањем, добар тимски рад, доволно времена да се посао обави, јасни задаци<sup>17</sup>. У београдским болницама, сестре су незадовољне већином наведених аспеката посла, нарочито платом, аутономијом и начином на који је њихов рад цењен, а пацијенти су мање задовољни медицинским сестрама него лекарима<sup>18</sup>.

Забрињава податак да скоро трећина анкетираних у болници (31,4 одсто) планира да потражи други посао, чим се за то стекну услови, а чак 45,4 одсто се изјаснило да ако промени садашњи посао неће остати у државном сектору здравства. Промену посла највише планирају: физиотерапеути, рендген техничари, медицинске сестре и технички радници, који су млађи од 30 година, имају од пет до осам година радног стажа, немају руководећу дужност и раде у сменама. Интересантно је да су ови резултати веома слични резултатима из Велике Британије, где су радници знатно задовољнији, а ипак више од трећине запослених размишља о промени посла, а половина од њих би желела да остане у државном сектору<sup>12</sup>.

Такође забрињава да сваки пети испитаник у болници не зна који су му задаци на радном месту, а исто толико их не зна којој особи су одговорни за свој рад. Рендген техничари и физиотерапеути најбоље знају који су им задаци на радном месту, док бабице, технички радници и фармацеутски техничари најмање знају шта су им задаци.

Лекари највише знају коме одговарају за свој рад, а бабице, технички и административни радници најмање. У служби опште медицине 12 одсто запослених не зна који су им задаци на радном месту, а 11 одсто не зна којој су особи одговорни за свој рад. При томе запослени са високом стручном спремом најмање знају коме одговарају за свој рад.

Један од узрока нездовољства послом јесте обим рада. Скоро 80 одсто испитаника у болници сматра да је обим посла који обавља велики, а само 19 одсто да је адекватан. Физиотерапеути, медицинске сестре и лекари специјалисти мисле да је њихов обим посла највећи, рендген техничари сматрају да њихов обим посла није ни превелики ни премали, а клинички лекари и здравствени сарадници у највећем проценту сматрају да је њихов обим посла мали. Показано је да велики обим рада медицинских сестара на хируршким и ортопедским одељењима у Америци утиче на задовољство послом, односно сваки додатни пациент по сестри повећава за 15 одсто нездовољство сестре послом, али и вероватноћу умирања пацијента унутар 30 дана од пријема за седам одсто, као и вероватноћу умирања услед компликација хируршких пацијената<sup>19</sup>. Интересантно је да у домовима здравља чак 70 одсто испитаника мисли да су њихови капацитети недовољно искоришћени на послу, а нарочито најмлађи радници.

Иако им је обим посла велики, запослени у болници су веома нездовољни награђивањем за свој рад. Платом у болници задовољно је само шест одсто запослених, 18 одсто испитаника сматра да се у болници препознају и правилно награђују резултати рада појединца, а да је њихов рад цењен у служби у којој раде сматра тек нешто више од трећине испитаника. Платом су најзадовољнији биохемичари, клинички лекари и лекари специјалисти, а најмање задовољни физиотерапеути, бабице и медицинске сестре. Да се у болници препознају и правилно награђују резултати рада појединца слажу се највише клинички лекари, биохемича-

ри и здравствени сарадници, док су бабице, физиотерапеути и медицинске сестре најмање задовољне. Да је њихов рад цењен у служби сматрају лекари, док су најмање задовољне бабице, физиотерапеути и медицинске сестре.

У примарној заштити 68 одсто испитаника сматра да је њихов рад цењен у служби, а платом је задовољно седам одсто запослених (највише са основном школом, а најмање са високом стручном спремом).

У области сарадње и комуникације истиче се да су запослени у домовима здравља знатно задовољнији од запослених у болницама. Сарадњом са сарадницима у својој служби задовољно је 92 одсто, а са сарадницима из других служби 89 одсто запослених у примарној заштити, док је у болницама сарадњом у својој служби задовољно 62 одсто, а сарадњом са другим службама 54 одсто испитаника. Сарадњом у оквиру своје службе, као и са другим службама у болници, најзадовољнији су лекари, најмање су задовољне медицинске сестре и бабице, а физиотерапеути су посебно нездовољни сарадњом са другим службама.

Такође су запослени у дому здравља задовољнији обавештењу о важним сегментима рада у служби (75 одсто), у односу на запослене у болници (58 одсто). Лекари су најзадовољнији обавештењу у служби и о догађајима у болници, а најмање задовољни су физиотерапеути, бабице и рендген техничари.

Оцењујући свој однос са руководећим кадром, 80 одсто испитаника у домовима здравља и 70 одсто у болницама се изјаснило да може да изнесе претпостављенима своје идеје и питања у вези са послом (највише лекари, а најмање медицинске сестре, физиотерапеути и технички радници), а 68 одсто запослених у болници може да изабере сопствени метод рада у обављању радних задатака (највише лекари, а најмање бабице, медицинске сестре и технички радници). Међутим, подршком коју добијају од претпостављених у реализацији радних задатака задовољно је само 45 одсто запослених (најзадо-

вљанији су лекари, а најмање задовољне бабице, медицинске сестре и физиотерапеути).

Да установа у којој раде води довољно рачуна о запосленима сматра тек нешто више од трећине испитаника (37,6 одсто) у болницама и нешто више од половине (58 одсто) у домовима здравља.

Могућношћу професионалног развоја у свом послу (могућност напредовања у служби и могућност едукације и обуке), задовољно је нешто више од трећине испитаника у болницама и половине испитаника у домовима здравља. Најзадовољнији су лекари, а најмање задовољни физиотерапеути, рендген техничари и бабице, а истиче се да су и здравствени сарадници веома незадовољни могућношћу напредовања у служби. Половина испитаника у болници је задовољна како су искоришћене њихове способности на радном месту, а најзадовољнији су лаборанти, биохемичари и клинички лекари, док су најмање задовољни физиотерапеути, технички радници и бабице.

Запослени у болници су исказали висок степен незадовољства условима рада (простор, опрема) у служби (само 31 одсто задовољних) и организацијом посла (43,5 одсто задовољних), док је организацијом посла у служби опште медицине задовољно 67 одсто испитаника, а условима рада 57 одсто. Организацијом сменског рада задовољна је половина запослених у болницама, с тим што су на ово питање одговарали сви запослени (и они који не раде у сменама), што је могло утицати на резултат. Условима рада у болници најзадовољнији су лекари, а најмање задовољне бабице, физиотерапеути и технички радници. Организацијом посла у својој служби најзадовољнији су лаборанти и лекари, а најмање задовољне бабице, физиотерапеути и рендген техничари, док су организацијом сменског рада најзадовољнији биохемичари и лаборанти, а најмање задовољни лекари и бабице. У примарној заштити су најзадовољнији условима рада запослени са основном школом.

Да је оптималан број медицинског кадра у свим сменама у служби у којој раде сма-

тра само трећина запослених (највише биохемичари и лаборанти, а најмање бабице и медицинске сестре), а половина испитаника мисли да су радни задаци у њиховој служби добро распоређени (највише се слажу биохемичари, лаборанти и лекари, а најмање бабице и медицинске сестре).

Истраживање је показало да су запослени у болницама недовољно едуковани о заштити на раду, као и да је висока заступљеност повређивања на радном месту. Едукацију о заштити здравља на раду на терет послодавца у последњих 12 месеци имало је само 20 одсто испитаника, што је двоструко мање у односу на Велику Британију<sup>12</sup>. Постоји разлика у односу на занимање, тако да су највише на едукацији били биохемичари, 34,6 одсто, затим лаборанти, медицинске сестре и технички радници (20,8 одсто). Висок проценат испитаника имао је повреду на раду у претходних 12 месеци. Тако је убод иглом или другим оштрим предметом имало 36,9 одсто испитаника, повреду проузроковану оклизнућем и падовима имало је 16,3 одсто, а опасним материјама било је изложено 32,8 одсто испитаника, док је у Великој Британији једна петина испитаника имала повреду на раду у последњих 12 месеци.<sup>12</sup>

Забрињава да је убод иглом или другим оштрим предметом имала свака друга бабица и свака друга медицинска сестра, као и сваки трећи лаборант и сваки трећи технички радник. Оклизнуће и пад на послу највише су били заступљени код бабица (27 одсто), медицинских сестара и техничких радника. Опасним материјама највише су били изложени лаборанти, 54,9 одсто, затим бабице, биохемичари и медицинске сестре (38,5 одсто). Наведени резултати указују на озбиљност проблема и неопходност едукације и примене мера заштите на раду.

Искуство да су били узнемиравани или физички зlostављани од стране пацијената на радном месту у протеклих 12 месеци наводи 22,5 одсто испитаника, од стране рођака пацијената 18,2 одсто, од стране колега 13 одсто и од стране шефа 7,6 одсто. У Вели-

кој Британији близу 40 одсто запослених било је узнемиравано и злостављано на послу од пацијената и њихових рођака.<sup>12</sup>

Узнемирања и злостављања од стране пацијента највише су изложене бабице, 31,9 одсто, затим медицинске сестре (29 одсто) и рендген техничари, 26 одсто. Узнемирања од стране рођака пацијента највише су изложени лекари специјалисти (26,7 одсто), медицинске сестре (23,3 одсто) и рендген техничари, 19,7 одсто. Рендген техничари (15,9 одсто), бабице (14,9 одсто), медицинске сестре (13,8 одсто) и клинички лекари највише су узнемиравани од стране колега, а од стране шефа бабице (15,5 одсто), медицинске сестре (9,3 одсто) и технички радници, 8,2 одсто. Иако су се о доживљеном узнемирању и злостављању, медицинске сестре, административни радници и лекари специјалисти најчешће одлучивали да неког обавесте, није установљена значајна разлика у односу на занимање.

Половина испитаника који су доживели узнемирање или физичко злостављање није никога обавестила о томе, вероватно због неповерења у могућност решења проблема, јер мање од четвртине испитаника (23,8 одсто) сматра да болница предузима ефикасне мере када је особље узнемиравано, злостављано или ометано у раду. Технички и административни радници највише верују да болница предузима ефикасне мере када је особље узнемиравано у раду, али је чињеница да су они најмање у контакту са пацијентима.

У последњих месец дана грешке или пропусте особља у раду који могу штети здрављу пацијента приметило је 18,2 одсто испитаника, а које могу штетити здрављу особља 20,8 одсто испитаника. Иако овај податак указује на велики број грешака, у Великој Британији је половина испитаника уочила бар једну грешку<sup>12</sup>, чак 30 одсто испитаника не зна кога треба обавестити о таквим грешкама и пропустима, за разлику од Велике Британије где је тај проценат знатно нижи, односно седам одсто.<sup>12</sup> Када постоји извештај о грешкама, само 31,5 одсто испита-

ника сматра да руководство болнице предузима активности да се оне не понове, 13,8 одсто да не предузима мере, а чак 54,7 одсто испитаника не зна да ли руководство болнице предузима мере. У Великој Британији 85 одсто запослених мисли да послодавци подржавају такво извештавање.<sup>12</sup>

Грешке које могу штетити пацијенту највише су примећивале бабице (29,4 одсто), рендген техничари и лекари специјалисти, 22,6 одсто. Грешке које могу штетити особљу највише су примећивали фармацеутски техничари, 34,8 одсто, рендген техничари 29,2 одсто, бабице 29 одсто и лекари специјалисти 24 одсто. О томе да ли знају кога треба обавестити о грешкама и пропустима у раду није установљена статистички значајна разлика између испитаника различитих занимања. Административни и технички радници, у односу на здравствене раднике и сараднике, значајно чешће мисле да када постоји извештај о грешкама у раду руководство болнице предузима мере да се оне не понове.

Задовољство запослених садашњим послом није исто у свим болницама, али се ови резултати морају узети са резервом, с обзиром на присутне разлике између установа у структури запослених према полу, старости, занимању, дужини радног стажа. Може се констатовати да су најзадовољнији пацијенти у малим стационарима: Клиници за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Ванболничком породилишту у Лазаревцу, Заводу за здравствену заштиту студената и Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију. Ови резултати су у складу са радовима других аутора који показују да су најзадовољнији послом запослени у малим радним срединама<sup>13</sup>.

Изненађује висок степен задовољства запослених у психијатријским установама (Институт за ментално здравље и Институт за неуропсихијатријске болести „Лаза Лазаревић“), као и у Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију, где смо сматрали да ће због лоших услова рада запослени бити мање задовољни. Најмање су

задовољни запослени у највећим болницама, КБЦ „Звездара“ и КЦС, као и запослени у специјалним болницама: Заводу за ортопедску протетику, Клинички центар за рехабилитацију „Др М. Зотовић“, Специјалној болници за цереброваскуларна оболења „Свети Сава“ и ГАК „Народни фронт“.

## **Закључак**

Резултати истраживања сatisфакције запослених у болницама и домовима здравља у Београду показали су да је нешто мање од половине запослених у болницама (46 одсто) и служби опште медицине домова здравља (42 одсто) задовољно својим послом. Сваки трећи радник у болници планира да потражи други посао чим се за то стекну услови, а половина од њих неће остати у државном сектору здравства. Овакви резултати су упозоравајући, јер је доказано да задовољство запослених утиче на продуктивност, апсензизам, задовољство корисника, али и на здравље запослених.

Запослени у домовима здравља су задовољнији свим аспектима посла у односу на запослене у болницама. Они су задовољнији комуникацијом у служби и са другим службама, обавештеносту о важним сегментима рада, организацијом посла, односом са шефовима, степеном у коме је њихов рад цењен у служби, могућностима за едукацију и за напредовање у служби, степеном у коме установа води рачуна о запосленима, а боље знају који су им задаци на радном месту и коме одговарају за свој рад.

Најзадовољнији својим послом у болници су: запослени који су на руководећим местима, имају високу стручну спрему, не раде у сменама, мушкарци, запослени који имају мање од пет година радног стажа и они са 30 и више година радног стажа у садашњој болници, биохемичари, клинички лекари и лаборанти, а најмање су задовољне бабице, технички радници и медицинске сестре. С обзиром да је у болници тимски рад од кључног значаја за успешно лечење пацијената, неопходне су мере унапређења сatis-

факције здравствених радника са средњом стручном спремом.

Већина запослених оцењује свој обим посла као велики, а награђивање у болници за обављени рад неадекватним. Степен задовољства могућношћу професионалног развоја у свом посту је низак, што је незадовољавајуће, имајући у виду важност сталног стручног усавршавања, посебно здравствених радника. Запослени су задовољни својим односом са руководећим кадром, али не и подршком коју добијају од претпостављених у реализацији радних задатака. Постоји висок степен незадовољства запослених условима рада и организацијом посла. У области сарадње и комуникације истиче се да су запослени задовољнији сарадњом у својој служби, а такође је и боља обавештеност него на нивоу установе.

Повреде на раду су веома учстале у нашим болницама. Посебно су угрожене бабице и медицинске сестре, јер је свака друга имала убод иглом, што указује на неохондност едукације запослених и спровођење мера заштите на раду.

Сваки пети запослени радник у болници доживео је у протеклих 12 месеци узнемирање и физичко злостављање од стране пацијента, као и од рођака пацијента. Узнемирање од стране колега и шефова знатно мање је заступљено. Такође је сваки пети запослени приметио грешке или пропусте особља у раду који могу штетити здрављу пацијента или особља. Међутим, запослени се ретко одлучују да пријаве такве ситуације, што указује на недостатак поверења у руководство болнице и сумњу да ће предузети ефикасне мере.

Добијени резултати указују да се болничка управа мора више ангажовати у сferи информисања радника, развијања тимског рада и унапређења сарадње између болничких служби, као и на унапређењу организације посла и адекватног распоређивања задатака, али и у давању више подршке запосленима у реализацији радних задатака, као и приликом узнемирања на радном месту од стране пацијената и чланова њихове породице.

## **Литература**

1. Davis RV. Job satisfaction. In: Jones LK (ed.) Encyclopaedia of career change and work issues (PP.142-143). Phoenix, The Oryx press, 1992.
2. Sousa-Poza A. Well-being at work: a cross-sectional study of the levels and determinants of job satisfaction. Journal of Socio-Economics. 2000;29 :517 -38.
3. Irvine D, Evans M. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. Nurs Res 1995, 44(4):246-253.
4. Goodell T, Van Ess Coeling H: Outcomes of nurses' job satisfaction. J Nurs Adm 1994, 24(11):36-41.
5. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. Human Resources for Health 2006, 4:3.
6. Chou SC, Boldy DP, Lee AH. Measuring job satisfaction in residential aged care. Int J Qual Health Care, 2002, 14 (1):49-54.
7. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta analysis. Occupational and Environmental Medicine 2005, 62:105-112.
8. Fisher JAV, Sousa-Poza A. Does Job Satisfaction Improve the Health of Older Workers? New evidence using panel data and objective measures of health. 2005 (unpublished papers). Доступно на: [www.unisg.ch/org/siaw/web.nsf](http://www.unisg.ch/org/siaw/web.nsf) (цитирано: мај 2006.)
9. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD (ed.) Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally, 1976:1319-1328.
10. Edwards N, Kornacki J, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ, 2002; 324: 835-42.
11. Sutherland VJ, Cooper CL. Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of the new contract. BMJ, 1992; 304:1545.
12. NHS National Staff Survey. Доступно на: [www.healthcarecommission.org.uk/National findings/surveys/fs/en](http://www.healthcarecommission.org.uk/National%20findings/surveys/fs/en) (цитирано: мај 2006.)
13. Oswald A. Are you happy at work? Job satisfaction and work-life balance in the US and Europe. 2002, New York. Доступно на: [www.andrewoswald.com](http://www.andrewoswald.com) (цитирано: јун 2006.)
14. Kaarna M, Polluste K, Lepnurm R, Thetloff M. The progress of reforms: job satisfaction in typical hospital in Estonia. Int J Qual Health Care, 2004, 16 (3):253-261.
15. Aikinen HL, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings. Int J Qual Health Care, 2002, 14 (1):5-13.
16. Sengin KK. The relationship between job satisfaction of registered nurses and patient satisfaction with nursing care in acute care hospitals. University of Pennsylvania, 2001 (докторска теза).
17. Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Gayle Edward H, Lewis D, Tjam E. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. BMC Health Services Research 2002, 2.
18. Нешковић А, Бабић В, Пауновић М.: Задовољство корисника здравственом заштитом у Београду. У: Дани Завода 2006. (монографија). Градски завод за јавно здравље, 2006.
19. Aikinen HL, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA, 2002, 288:1987-1993.

**Стручни и научни радови****Физичка активност и модификација стила живота у превенцији шећерне болести**M. Петковић-Кошћал,<sup>1</sup> В. Дамјанов,<sup>2</sup> И. Јевтoviћ,<sup>3</sup> М. Јовановић,<sup>4</sup> В. Пантовић<sup>5</sup>**Physical Activity and Lifestyle Modification in Prevention of Diabetes Mellitus**M. Petkovic-Koščal, M.D., D.P.H; V. Damjanov, M.D., Prof; I. Jevtovic, M.D., Prof;  
M. Jovanovic, M.D., Prof; V. Pantovic, M.D., Prof

**Сажетак.** Физичка активност доноси више здравствених, социјалних и економских користи. Регуларна физичка активност регукује ризик за развој више хроничних болести укључујући diabetes mellitus, хипертензију, коронарну болест и неке врсте карцинома. Она такође унапређује ментално здравље и значајна је за здравље мисића, костију и зглобова. Регуларна физичка активност одржава функционалну независност старијих особа и унапређује квалитет живота у свим узрасима.

Хроничне незаразне болести (NCDs) узрокују 60 одсто од глобалног морталитета и 47 одсто од укупног тештера оболевања (WHR 2002), а процењује се да ће то бити 73 одсто, односно 60 одсто до 2020. године.

Физичка неактивност је један од мајор фактора ризика и узрокује два милиона смрти годишње. Најмање 60 одсто глобалне популације припадаје да испуни тридесет минута физичке активности умереног интензитета на дан.

Diabetes mellitus је једно од најраспрострањенијих NCDs глобално. Диабетес је чејврти или пети водећи узрок смрти у развијеним земаљима.

**Summary.** Physical activity has many health, social and economic benefits. Regular physical activity reduces the risk of developing many chronic diseases including diabetes mellitus, hypertension, coronary heart disease and some types of cancer. It also improves mental health and is important for the health of muscles, bones and joints. Regular physical activity maintains the functional independence of older adults and enhances the quality of life for people of all ages.

Chronic, noncommunicable diseases (NCDs) cause 60% of global deaths and 47% of burden of disease (WHR 2002). These estimates expected to rise to 73% and 60% respectively by 2020.

Physical inactivity is a major risk factor and causes 2 million deaths/year. At least 60% of global population fails to achieve 30 minutes moderate intensity physical activity daily.

Diabetes mellitus is now one of the most common NCDs globally. Diabetes is the fourth or fifth leading cause of death in most developed countries and there is substantial evidence that it

<sup>1</sup> Прим. мр. сц. мед. др Петковић-Кошћал Миланка, Дом здравља „Стари град“, Београд.

<sup>1</sup> Проф. др Власта Дамјанов, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

<sup>3</sup> Проф. др Исидор Јевтовић, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

<sup>4</sup> Проф. др Мирољуб Јовановић, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

<sup>1</sup> Проф. др Весна Пантовић, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

мљама и има битних доказа да јредсјавља епидемију у многим новоиндустријализованим земљама и земљама у развоју. Комплексије дијабетеса резултирају расподујом неспособности, редукованом очекиваном дужином живота и enormним здравственим трошковима за свако друштво. Како 194 милиона људи широм света има дијабетес, извесно је да ће он бити један од најизазовнијих здравствених проблема у 21. веку.

Тип 2 дијабетеса настаје као резултат интегракције између генетских, фактора средине и модела стила живота.

У првите године извесне студије обезбедиле су доказе да је превенија или одлагање дијабетеса тип II могућа путем физичком активношћу и променом стила живота међу особама са интолерацијом глукозе.

Промена стила живота је можда највећа за све нас. Значај примарне здравствене заштите, стимулација промоције здравља, едукација за здравље и здраве стилове живота, што је порука шест глобалних конференција о промоцији здравља, од Отаве (1986) до Бангкока (2005).

**Кључне речи:** физичка активност, стил живота, промоција здравља, diabetes mellitus

## Физичка активност, стил живота и хроничне незаразне болести

Физичка активност представља фундаментално средство у достизању бољег физичког и менталног здравља.<sup>1</sup> Она доноси више здравствених, социјалних и економских користи<sup>2</sup> тако што смањује ризик за настанак хроничних незаразних болести (NCDs) као што су diabetes mellitus, хипертензија, исхемијска болест срца или неке врсте канцера.<sup>3</sup> Регуларна физичка активност увећава здравље мишића, костију и зглобова.<sup>3</sup> Код старих особа она одржава функционалну независност, док у свим узрастима увећава квалитет живота.<sup>4</sup>

Стил живота је персонални модел живљења и изражавања активности, тежњи и могућности.<sup>5</sup> Стил живота је одређен многим

is epidemic in many developing and newly industrialized nations. Complications from diabetes are resulting in increasing disability, reduced life expectancy and enormous health costs for virtually every society. Some 194 million people worldwide have diabetes. Diabetes is certain to be one of the most challenging health problems in the 21st century.

Type 2 diabetes results from an interaction between genetic and environmental factors and lifestyle patterns.

In the past year, several studies provided evidence that the prevention or delay of type 2 diabetes is possible by increasing physical activity and changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.

Lifestyle changes are perhaps the most difficult for all of us. Importance of primary health care, health promotion strategies, education for health and healthy lifestyles, that is the message of six global conferences on health promotion, from Ottawa (1986), to Bangkok (2005).

**Key Words:** Physical activity, lifestyle, health promotion, diabetes mellitus.

детерминантама, као што су: пол, године старости, породични статус, образовање, професија, приходи, физичко и ментално здравље, регионална и духовна припадност. Фактори који чине стил живота су: исхрана, вежбање, врста посла, одмор и слободно време, пушење, коришћење алкохола, навике и ставови. Фактори стила живота одређују здравље, квалитет живота и животну сатисфакцију.<sup>5</sup>

Хроничне незаразне болести су највећа актуелна претња здрављу људи широм света. Процене и предвиђања Светске здравствене организације (WHO) говоре да хронична незаразна оболења узрокују 60 одсто од глобалног морталитета и 47 одсто од укупног бремена морбидитета и да би то у 2020. години могло да буде 73 одсто, односно 60 одсто.<sup>6</sup> Даље, 66 одсто од укупног

морталитета од хроничних незаразних болести одлази на земље у развоју, које су у исто време оптерећене још увек перзистирајућим инфективним болестима, порастом менталних поремећаја и ограниченим средствима и капацитетима здравствене службе.<sup>1</sup>

У 2000. години за укупни морталитет у свету, посматран према водећим факторима ризика селективно, и у развијеним и у земљама у развоју, најодговорнији су: хипертензија, пушење, гојазност, неправилна исхрана, небезбедан секс, али и физичка неактивност, са позицијом далеко изнад хигијене, санитације, снабдевања водом, урбаног загађења или дефицијенција.<sup>2</sup>

Чињеницу да физичка неактивност, као један од мајор фактора ризика, носи одговорност за два милиона смрти годишње, WHO повезује са податком да најмање 60 одсто глобалне популације пропусти да испуни тридесет минута умерене физичке активности на дан.<sup>7</sup>

## *Промена стила живота у превенцији епидемије хроничних незаразних болести*

Анализе резултата великих светских студија упозоравају да се, и поред видног напретка у медицини, здравствено стање становништва не побољшава жељеном динамиком и у очекиваним оквирима.<sup>8</sup> Ова чињеница била је полазна основа у припреми документа „Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases“. Експерти FAO/WHO указују на епидемију пораста NCDs и наглашавају да би промена стила живота смањила више од 90 одсто случајева дијабетеса, 80 одсто исхемијске болести срца и једну трећину карцинома. Иако је примарна сврха консултације експерата FAO/WHO била да истраже и развију препоруке у вези са дијетом и исхраном у превенцији хроничних болести, потреба за довољном физичком активношћу, после озбиљне дискусије, такође је укључена у овај извештај. Показало се да је неопходно да се физичка активност доследно

разматра неодвојivo од комплекса дијета, исхрана и здравље. За то постоји неколико разлога:

Енергетска потрошња кроз физичку активност је значајан део енергетског биланса који одређује телесну тежину. Опадање енергетске потрошње кроз опадање физичке активности вероватно ће бити главни до-приносећи фактор у епидемији повећане ухрањености и гојазности.

Физичка активност има велики утицај на телесну композицију – на однос масног, мишићног и коштаног ткива.

У великој мери физичка активност и хранљиви састојци деле исти метаболички пут и садејствују на различите начине утичући на ризик и патогенезу за неколико хроничних болести.

Кардиоваскуларна спремност и физичка активност могу значајно да смање ефекте повећане ухрањености и гојазности на здравље.

Физичка активност и узимање хране су у извесној мери бихејвиорални фактори, али могу бити одређени делимично и политиком.

Недовољна физичка активност је постала глобална здравствена опасност и њена учесталост је убрзано растући проблем и у развијеним и у неразвијеним земљама, посебно међу сиромашнима у великим градовима.

Према томе, захтев да се достигну најбољи резултати у превенцији хроничних незаразних болести значи и пуно препознавање есенцијалне улоге физичке активности, поред дијете, односно, исхране.<sup>8</sup>

Уколико су присутни у раном детињству, фактори ризика настављају да делују негативно током читавог живота. Ово важи за билошке факторе ризика (хипертензија, гојазност и липидемија који су чврсто повезани са коронарном болешћу, мажданим ударом и дијабетесом), али исто тако и за бихејвиоралне. Због тога је веома значајно адекватно рано постнатално нутритивно и друго окружење, јер једино ране интервенције у односу на факторе ризика могу да обезбеде доживотне користи.<sup>8</sup>

Код одраслих и старијих особа унапређење исхране и повећање нивоа физичке актив-

ности редукује ризик од смрти и неспособности. То је секундарна превенција дијетом и физичком активношћу, допунска стратегија у успоравању прогресије већ постојећег хроничног оболења, и у смањењу морталитета и величине проблема за свако од њих. Болести и стања на која се ово односи су: гојазност, дијабетес, кардиоваскуларна оболења, карциноми, болести зуба и остеопороза. Према томе, физичка активност је есенцијална и у примарној и у секундарној превенцији. Иако се говори о бихејвиоралним факторима ризика, овај документ наглашава потребу за мерама из домена политике, мултисекторско ангажовање и простор за нова истраживања и интервенције.<sup>9</sup>

### **Физичка активност као елемент акумулне глобалне стратегије WHO**

Многи скупови и документи на глобалном нивоу у закључку имају наглашену потребу да се ојачају стратегије у односу на факторе ризика и интервенције у вези са њима. Социјалне промене и окружења која пружају подршку здрављу неодвојиви су део тих интервенција.<sup>7</sup> Скупштина СЗО, маја 2002. године, усвојила је Резолуцију о дијети, физичкој активности и здрављу и поставила захтев генералном директору да развије глобалну стратегију о томе.<sup>9</sup> То је учињено на 57. Скупштини СЗО у мају 2004. са документима „Health promotion and healthy lifestyle“ (WHA 57.16) и „Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health“ (WHA 57.17). Промоција здравља и здравих стилова живота са једне стране јесте позивање на значај примарне здравствене заштите, али и на пет приоритетних области за деловање постављених у историјској **Отава Повељи** (формулисање здраве јавне политike, стварање околине која пружа подршку, јачање акције у заједници, развој личних вештина, преоријентација здравствене службе), а које су постале темељ за наредних пет конференција о промоцији здравља.

„Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health“ (WHA 57.17) значи синтезу пре-

порука у вези са физичком активношћу у глобалну стратегију Светске здравствене организације. **The world health report 2002** опишао је, за скоро све земље, већину главних фактора ризика који увећавају морбидитет и морталитет. За хроничне незаразне болести, и по овом извештају, најзначајнији фактори ризика јесу висок крвни притисак, висока концентрација холестерола у крви, неадекватан унос воћа и поврћа, повећана ухрањеност и гојазност, физичка неактивност и пушење. Од набројаних фактора ризика, пет је тесно повезано са нездравом исхраном и физичком неактивношћу. Стога стратегија наглашава драгоцену улогу дијете и физичке активности у превенцији и контроли хроничних незаразних болести.

У односу на укупни актуелни ниво морбидитета, морталитета и неспособности, највећи је онај који се може приписати хроничним незаразним болестима и он расте, нарочито у земљама у развоју и посебно међу млађим узрастним групама, и одговоран је за 66 одсто смртних случајева. Рапидне промене у исхрани и моделима физичке активности су будући узрок даље стопе пораста. У неким земљама у развоју, у којима хроничне незаразне болести доминирају у укупном нивоу морбидитета, морталитета и неспособности, увиђају се промене стопе смртности стандардизоване према узрасту и болестима: тако се смањује стопа прематурне смртности, док расте стопа смртности за коронарну болест, цереброваскуларну болест и неке карциноме повезане са пушењем. Такође расте број особа са повећаном телесном тежином и гојазних особа, међу одраслима, али и децом, што је блиску повезано са порастом дијабетеса типа 2 и израженије у сиромашним земљама и сиромашним социјалним групама.

Из тога произилази да би само интегративни приступ у односу на нездраву исхрану и опадајућу физичку активност могао да редукује будући ниво хроничних незаразних болести.<sup>1</sup>

Стратегија истиче бројне специфичне користи од физичке активности у унапређе-

њу укупног физичког, менталног и социјалног здравља. У том смислу, она позива на мултисекторску акцију са водећом улогом здравственог сектора, посебно кроз подршку и координисане напоре министарства и појединих сектора (јавног и приватног, владиног и невладиног, у области едукације, спорта, транспорта, урбаног планирања, медија, локалне управе).

Када је реч о окружењу и физичкој активности, препоручују се следеће политички оријентисане области за деловање:

- Мултисекторска политика и стратегије које са више страна подржавају физичку активност;
- Национални водичи за физичку активност;
- Транспорт и просторно планирање који промовишу физичку активност и активни транспорт (ходање, шетање, вожња бицикла);
- Обезбеђење чистих, безбедних и атрактивних простора за игру и спорт доступних свима;
- У оквиру школске политике, едукација и вештине за физичку активност и побољшање понашања везаног за здравље;
- Физичка активност на радним местима, у заједници, у кући;
- Маркетингска активност у вези са физичком активношћу, посебно у односу на децу.

Активности које се односе на појединце су следеће:

- Едукација и јавне свесне кампање;
- Јасне, једноставне поруке за увећање физичке активности и увећање активног транспорта;
- Практични савети за здравствене професионалце да би породицама пацијената и заједници помогли у започињању и одржавању здравих и активних стилова и понашања.

WHO је 2004. годину посветила физичкој активности младих, док је 2005. година „International year for sport and Physical education“.

## *Глобална стратегија WHO, промоција здравља и право на здравље*

На бази глобалне стратегије о дијети, физичкој активности и здрављу, WHO (Department of Chronic Diseases and Health Promotion) фебруара 2005. донела је преглед „Move for health“. Овај документ посвећен је искључиво физичкој активности, те, у вези са њом, истиче значај укупне политике и мултисекторске подршке за достизање здравља: кроз јавне кампање, промоције физичке активности у свим приликама и свим доменима.<sup>2</sup> Предлаже се и сачињавање националних водича за физичку активност, како би и здравствени професионалци обавили свој део одговорности; будући да могу да препознају значај појединих детерминанти здравља, остаје њихова ексклузивна обавеза – васпитање за здравље.<sup>10, 11, 12</sup>

Здравим окружењима или окружењима која пружају подршку („Supportive Environments“) WHO је посветила не само 2005. годину већ и недавно одржану шесту конференцију о промоцији здравља (**The 6th Global Conference of Health Promotion, Bangkok, Thailand, 11. 8. 2005**).<sup>13</sup>

Глобалном порасту хроничних незаразних болести државе чланице и WHO могу се супротставити само укупним превентивним и промотивним напорима у унапређењу здравља, утемељеним на принципима, вредностима и акционим стратегијама *Оttawa Повеље*. Конференција се обраћа свим владама, националним и локалним, интернационалним и другим организацијама, цивилном, приватном и здравственом сектору, и тражи од њих да оспособе заједницу и појединце да унапреде квалитет здравља и да здравље ставе у средиште развоја. У томе сваки сектор има властиту улогу и властиту одговорност, а доносиоци одлука у сукобу интереса препознају здравствени интерес као најважнији, односно, сваку одлуку унапред сагледавају кроз могуће здравствене последице. Здравље се препознаје као базично људско право за сваког појединца, без дискриминације. То значи и право да се достигне највиши могући ниво здра-

вља, у оквиру концепта који га види као детерминанту квалитета живота, укључујући и ментално и духовно благостање.

Тако настаје окружење у коме социјални и економски услови живота омогућавају модификацију стила живота и достизање здравих стилова живота. На тај начин „Health promotion and healthy lifestyles“ (WHA57.16) повезује примарну здравствену заштиту и концепт промоције здравља.<sup>14</sup>

## **Физичка активност и вежбање**

Термини „физичка активност“ и „вежбање“ (exercise) понекад се користе непрецизно један уместо другог, иако немају идентично значење.

**Физичка активност** представља сваки покрет произведен мишићном контракцијом која троши екстра калорије. Примери физичке активности су: грабуљање лишћа, гурање колица, плес.<sup>15</sup>

**Вежбање** је специфичан тип физичке активности који укључује сваки планирани, структурисани и понављани телесни покрет, што специфично побољшава или одржава једну или више компоненти физичке спремности. Примери вежбања су: брзо ходање, пливање, дизање тегова.<sup>15</sup>

Иако нема апсолутно поузданних рецепата за добро здравље, комбинација уравнотежене исхране и редовног вежбања је томе најближа. Многе студије су дошле до закључка да седантерни (инактивни) стил живота увећава могућност настанка прекомерне ухрањености и развоја бројних хроничних болести, док регуларна физичка активност помаже да многи од телесних система функционишу боље. Извештај „Physical Activity and Health“ (U.S. Surgeon General's report) набраја следеће користи које регуларна физичка активност пружа организму:

- унапређује шансе да се живи дуже и здравије;
- помаже у заштити од развоја болести срца или његових прекурсора, високог притиска или повишеног холестерола;

- помаже у превенцији и контроли типа 2 дијабетеса;
- помаже у заштити од развоја извесних карцинома, укључујући карцином колона;
- помаже у превенцији артритиса и олакшању бола и укочености код оних који га имају;
- помаже у превенцији подмуклог губитка коштаног ткива, односно, остеопорозе;
- успорава старење;
- ублажава симптоме депресије и анксиозности и побољшава расположење;
- контролише телесну тежину.<sup>3</sup>

Док вежбање и регуларна физичка активност користе организму, седантерни начин живота делује супротно. Директни медицински трошкови неактивности су најмање 24 билиона долара годишње.<sup>16</sup> Анализе показују да физички активне особе имају значајно ниže годишње директне медицинске трошкове него они који су неактивни, и да би подизање активности неактивних могло да смањи годишње медицинске трошкове у САД за 70 билиона долара.<sup>17</sup>

## **Кардиоваскуларно вежбање**

Како и колико треба вежбати па да се достигне корист, то је посебно питање. За особу која није активна, добар је сваки пораст у физичкој активности. Неке студије показују да брзо ходање од један до два сата недељно (или 15 до 20 минута дневно) већ почиње да обара ризик од срчаног или можданог удара, превремене смрти или развоја дијабетеса. U.S. Surgeon General, Center for Disease Control and Prevention i American College of Sports Medicine<sup>18</sup> препоручују најмање 30 минута дневно физичке активности умереног интензитета, највећи број дана у недељи.

Према препорукама актуелних водича (наш Национални водич клиничке праксе за diabetes mellitus, као и Global Guideline for type 2 Diabetes који је августа 2005. донела Међународна федерација за дијабетес – IDF), **регуларна физичка активност је физичка активност умереног интензитета** која се спроводи

свакодневно у трајању од 30 минута, или три до пет дана у недељи по 30 до 45 минута, укупно до 150 минута недељно, у форми вожње бицикла, лаке гимнастике, пливања, али најчешће и најбезбедније, и што је за већину реално, у облику средње брзог ходања.

Физичка активност умереног интензитета јесте она активност која узрокује мало или приметно убрзање дисања и срчане радње. Једноставан начин да се она измери јесте „*talk test*“ – вежбање доволно снажно да особу која вежба пробије зној, али да ипак може комотно да настави разговор.

Програм умерене физичке активности може и прецизније да се одреди оптерећењем дисања и срчане радње:

- **60–80% максималног аеробног капацитета (VO<sub>2max</sub>) или**
- **85% максималне фреквенце срчаног рада прилагођене годинама (220-године старости).**

Експерти за вежбање мере активност на различите начине. Једна од мера јесте метаболички еквивалент или МЕТ. Један МЕТ се дефинише као енергија потребна да се мирно седи. За просечног одраслог то је око једна калорија за свака 2,2 поундса телесне тежине на сат, па ће онај који тежи 160 поундса (75 кг) потрошити око 70 калорија на сат, док седи или спава. Активности умереног интензитета јесу оне које потроше три до шест пута више енергије у јединици времена у односу на седење, односно, 3–6 МЕТ-а.

Брзо ходање је умерена физичка активност. Сматра се да је то ходање брзином од три до четири миље на сат, за просечну особу, или оном брзином која се развија када се касни на важан састанак. Једна миља износи 1,608 км. Брзо ходање је идеално вежбање за многе особе, будући да не захтева икакву специјалну опрему, може да се обавља у било које време и на било ком месту и углавном је безбедно (**табела 1**).

Бројне студије су показале да једноставне форме вежбања битно редукују ризик од развоја болести срца, мозданог удара, дијабете-са, али да је 30 минута физичке активности умереног интензитета на дан добра стартна

**Табела 1.1.** Енергетски захтеви за уобичајене дневне активности\*

Слободне активности	МЕТс**
<b>Слабе активности</b>	
Свирање клавира	2,3
Вожња чамцем (лежерно)	2,5
Голф (са колицима)	2,5
Ходање (2 мпх) (1 миља=1,608км)	2,5
Плес (у дворани)	2,9
<b>Умерене</b>	
Ходање (3 мпх)	3,3
Вожња бицикла (лежерно)	5,0
Гимнастика (не тешка)	5,5
Голф (без колица)	5,7
Пливање (лагано)	6,7
Ходање (4 мпх)	6,9
<b>Снажне</b>	
Сеча шуме (обарање дрвећа)	4,9
Тенис (дубл)	5,0
Плес брзи (у сали или напољу)	5,5
Вожња бицикла (умерено)	5,7
Скијање (на води или на падини)	6,8
Пењање узбрдо (без терета)	6,9
Пливање	7,0
Ходање (5 мпх)	8,0
Трчање (10 мин миља)	10,2
Прескакање конопца	12,0
Squash (врста тениса у дворани)	12,1

\* Ове активности често могу бити предузете различитим интензитетом, али ако он није ексцесиван и ако се изводе у равни, а не на узбрдици, запажене су као индикативне и сврстане у горње категорије, на основу искуства и толеранције.

\*\* МЕТ представља метаболички еквивалент. Један МЕТ је количина енергије потребна за мирно седење.

**Извор:** Флетчар ет ал. Енерџисе стандардс фор тестинг анд тренинг, Циркулатион 2001.19

**Табела 1.2.** Енергетски захтеви за уобичајене дневне активности\*

Слободне активности	METc**
<b>Активности дневног живота</b>	
Мировање (притвор)	1,0
Седење; лагана активност	1,5
Ходање од куће до кола или аутобуса	2,5
Товарење /истоваривање кола	3,0
Бацање ђубрета	3,0
Шетање пса	3,0
Кућни послови, умерене јачине	3,5
Усисавање	3,5
Континуирано подизање ствари	4,0
Грабуљање травњака	4,0
Рад у башти (без подизања)	4,4
Кошење траве (моторном косилицом)	4,5

\* Ове активности често могу бити предузете различитим интензитетом, али ако он није експресиван и ако се изводе у равни, а не на узбрдици, запажене су као индикативне и сврстане у горње категорије, на основу искуства и толеранције.

\*\* MET представља метаболички еквивалент. Један MET је количина енергије потребна за мирно седење.

**Извор:** Флетчар ет ал. Ејерцисе стандардс фор тестинг анд тренинг, Циркулатион 2001.19

тачка, а не горња граница, и да би 60 минута било довољно да се одржи здрава тежина. Актуелне препоруке наглашавају ону физичку активност која се мери са 3–6 MET-а и то су генералне препоруке за генералну популацију. Водичи покушавају да покрију што више особа, док реалне потребе за појединца зависе од његових гена, типа исхране, односа мишићног и масног ткива и већ постојећих капацитета за вежбање. Студија са више од 7000 особа које су дипломирале на Харварду после 1950. године (Harvard Alumni Health Study) сугерише да за одрасле особе, оне које су изгубиле форму или су стекле онеспособљеност или инвалидитет, исту корист обезбеђује 30 минута лагане шетње или одговарајуће активности, какву млађим особама даје активност знатно већег интензитета.<sup>20, 21</sup>

Да би вежбање било корисно и очувало срце и крвне судове, потребна је велика пажња. Уз постепену адаптацију, умерена активност која је изгледала напорна, више то неће бити и јавиће се потреба да се она увећа. Тако вежбање може постепено да увећава могућности и да очува или унапреди равнотежу између мишићне снаге и укупног функционисања. То је кардиоваскуларно вежбање које првенствено води рачуна о очувању срца и крвних судова. Интензитет активности зависи од могућности кардиоваскуларног система, док их адаптација постепено увећава. Такво вежбање може да очува или унапреди равнотежу, мишићну снагу и укупну функцију.

У литератури се помињу две врсте тренинга:

1. **Резистентни тренинг** је тренинг са отпором или тренинг са увећањем оптерећења. Овај тренинг помаже да се очува мишћно ткиво, које је метаболички активно, а умањи масно ткиво и тиме успорава процес старења. Други користан ефекат резистентног тренинга јесте у очувању доброг здравља и показао се веома користан у борби са остеопорозом. Код жена у постменопаузи, две такве тренинг сесије недељно, у току једне године, увећавају густину коштаног ткива за један одсто. У истој студији, седантерна контролна група изгубила је два одсто густине коштаног ткива за исти период.<sup>22</sup>

Резистентни тренинг је посебно користан у очувању способности старијих особа да изврше функционалне задатке као што је ходање, подизање са столице, пењање уз степенице, па чак и обезбеђивање намирница за сопствену исхрану. У овоме нема разлога за страх од повређивања, али је за неке особе потребна помоћ физиотерапеута, односно, стручњака.

2. **Флексибилни тренинг** или растегљиво вежбање други је значајни део свеобухватне спремности. Показало се да увећава дomet у покретима, смањује болност мишића асоцирану са вежбањем и може да умањи повређивање при вежбању.

**Табела 1.II.** Енергетски захтеви за уобичајене дневне активности\*

Интензитет	Активност	МЕТс	Трајање у мин.
Умерена	Одбојка (не такмичарски)	3,0	43
Умерена	Ходање умерени темпо (3 мпх, 20 мин/миле)	3,5	37
Умерена	Ходање брзи темпо (4 мпх, 15 мин/миле)	4,0	32
Умерена	Стони тенис	4,0	32
Умерена	Грабуљање лишћа	4,5	32
Умерена	Плесање (не такмичарски)	4,5	29
Умерена	Кошење траве (моторном косилицом)	4,5	29
Снажна	Цогинг (5 мпх, 12 мин/миле)	7,0	18
Снажна	Хокеј на трави	8,0	16
Врло снажна	Трчање (6 мпх, 10 мин/миле)	10,0	13

\* МЕТ представља метаболички еквивалент. Један МЕТ је количина енергије потребна за мирно седење.

**Извор:** Пхисицал Активити анд Хеалтх: А репорт оф тхе Сур-геон Генерал.<sup>3</sup>

## Прећоруке пацијенту за укључивање вежбања у свакодневни живот

1. Док се возите на посао аутомобилом или јавним превозом, сиђите једну или две станице раније; остатак пута идите пешице.
2. Намерно паркирајте кола мало даље у односу на шеталиште или продавницу. Иако не изгледа много, из месеца у месец ти минути ходања се накупљају.
3. Идите степеницама, уместо лифтот, кад год је то могуће.
4. Размотрите куповину кардиоваскуларне опреме за вашу кућу (пр. ергометар, бицикл, елиптична машина). Кућни модели могу бити много подеснији него што ми-

слите и при томе нећете губити од своје угодности.

5. Када сте заузети, покушајте да комбинујете кардиоваскуларно вежбање са нечим што обично радите. Возите комад кућног уређаја док гледате ТВ, читате новине или телефонирате.
6. Чините то кроз шалу. Пробајте неки нови спорт, као тенис или котуральке. што више будете уживали у вежбању, оно ће све више пријањати уз вас.
7. Чините све то у друштву. шетајте са пријатељем, супругом, фамилијом, ујутро или увече.
8. Имајте један дневник вежбања. То би вам помогло да будете одговорнији.
9. Одвојите за шетњу 20 минута од времена за ручак.
10. Унајмите личног тренера за сесију или две да помогне у тежинском тренингу и флексибилном тренингу. Можете и сами, ако сте поуздані у себе.

## Diabetes mellitus

**Diabetes mellitus** је једно од најраспрострањенијих хроничних оболења у развијеном и неразвијеном свету и најизазовнији здравствени проблем 21. века. Стални пораст инциденције, нарочито типа 2 ове болести, разлог је да се говори о правој пандемији. Од њега данас болује око 194 милиона људи широм света. Заузима четврто или пето место међу водећим узроцима смрти у највећем броју развијених земаља, док значајни докази потврђују његов епидемијски пораст и у земљама у развоју. British Medical Assotiation, 2004. године, процењује да је преваленција дијабетеса осам одсто и више у Европи и САД, а да инциденција расте широм света, да ће број оболелих у свету 2010. године бити 221 милион (а три милиона у UK) у односу на 110 милиона 1994. године.<sup>23</sup>

Глобална пројекција за епидемију дијабетеса коју даје Међународна федерација за дијабетес (IDF) није охрабрујућа: за 2025. го-

дину очекује се 333 милиона оболелих, са порастом од 62 одсто за 20 година.<sup>24</sup>

Како не постоји национални програм за рану детекцију оболелих и скрининг раних фаза болести, највероватније је да на сваког откривеног болесника долази по један недијагностикован, што важи и за земље са бољом организацијом здравствене службе него што је наша.<sup>17</sup> У Великој Британији такође нема таквих програма, па се сматра да постоји још један милион недијагностикованих случајева, због дугогодишње субклиничке фазе болести.<sup>23</sup>

Епидемиолошки подаци такође указују да су и дијабетес и блаже форме гликозне интолеранције присутни у свакој популацији и да без ефективних програма превенције и контроле лако могу да наставе са растом глобално.

Компликације дијабетеса, као што су коронарна болест, периферна васкуларна болест, ампутације доњих екстремитета, моздани удар, нефропатија, ренална инсуфицијација и слепило, резултирају растућом неспособношћу, скраћењем животног века и енормним порастом здравствених трошкова. Директни здравствени трошкови за дијабет за лечење особа од 20 до 79 година широм света, процењују се на најмање 153 билиона интернационалних долара годишње.<sup>25</sup>

У нашој земљи дијабетес се налази на високом петом месту због изгубљених година живота услед неспособности (Disability Adjusted Life Years – DALYs). „Оптерећење болестима у Србији“ реализовано је уз помоћ Европске агенције за реконструкцију 2002. На челу листе, по овим критеријумима, испред дијабетеса су исхемијска болест срца и цереброваскуларна болест, које могу да буду и његова хронична компликација.

## **Типови дијабетеса или главне категорије гликозне интолеранције**

Dijabetes mellitus представља групу хетерогених поремећаја чија је општа одлика хипергликемија и гликозна интолеранција настала због недостатка инзулина, његове не-

делотворности или услед постојања оба поремећаја.<sup>26</sup>

Diabetes mellitus се класификује на основу етиологије и клиничке слике на:

- Diabetes mellitus тип 1
- Diabetes mellitus тип 2
- Гестацијски дијабетес
- Друге специфичне типове дијабетеса.

Diabetes mellitus тип 1 резултира из ћелијски посредоване аутоимуне деструкције бета ћелија панкреасних острваца, што узрокује губитак инзулинске продукције.<sup>27</sup> Мада је једно од најчешћих хроничних оболења код деце,<sup>28</sup> јавља се у свим узрастима<sup>29</sup> и клиничка слика може да варира са узрастом. Могућ је и код одраслих особа, маскиран као тип 2, са сликом благог оштећења метаболичке контроле, али са прогресијом инзулинске зависности (латентни аутоимуни Diabetes mellitus код одраслих, LADA)<sup>30</sup> По новој WHO класификацији, LADA спада у тип 1 аутоимуни дијабетес, али у споро прогредирајућој форми.

Апсолутна зависност од инзулинског третмана за регулисање хипергликемије и висок удео компликација у релативно млађим узрастима чине тип 1 дијабетеса тешким проблемом за појединца, породицу и здравствену службу.

Diabetes mellitus тип 2 карактерише инзулинска резистенција и релативни недостатак инзулина и један од ова два поремећаја присутан је у време када болест постаје клинички манифестна.<sup>31</sup> Специфични узрок за развој ових абнормалности још увек није поznат. Дијагноза се поставља углавном после 40. године, мада, у земљама са високом преваленцијом дијабетеса, чак и деценију раније. Могуће је вишегодишње асимптоматско присуство болести, па да се дијагноза постави или случајним абнормалним налазом гликозе у крви или урину, или преко асоцираних компликација. Тип 2 дијабетеса је често, али не увек, асоциран са гојазношћу, која такође може да узрокује инзулинску резистенцију и да води повишењу нивоа шећера у крви. Сматра се фамилијарним, мада

одговарајући ген још није идентификован. Супротно типу 1, ове особе нису зависне од егзогеног инзулина, али могу да га захтевају за контролу хипергликемије уколико се то не постигне само дијетом и оралним антихипергликемијским агенсима.

*Diabetes mellitus* тип 2 обухвата од 85 до 95 одсто од свих случајева дијабетеса у развијеним земљама и са све већим процентом у земљама у развоју, растући удружен са брзим културним и друштвеним променама, стапрењем популације, урбанизацијом, променама у исхрани, смањеном физичком активношћу и другим нездравим стиловима живота.<sup>32</sup> Управо су разлике у нивоима преваленције рефлекс бихејвиоралних, околинских и социјалних фактора ризика, као што је исхрана, степен гојазности и физичка неактивност.

**Гестацијски дијабетес** је угљенохидратна интолеранција различитог степена интензитета са почетним или првим препознавањем у току трудноће.<sup>33, 34</sup> Ова, иначе најраспрострањенија дефиниција GDM, не искључује могућност постојања непрепознате интолеранције и пре трудноће. Разлике у преваленцији GDM и њен раст паралелне су са онима у типу 2 дијабетеса, док текуће студије обећавају нове могућности за ранију детекцију.

## ИнтOLERанција глукозе

ИнтOLERанција глукозе (IGT) јесте асимптоматско стање дефинисано повећаним нивоом глукозе у крви два сата после оралне примене 75гр глукозе, али не довољно да би се потврдио дијабетес. Заједно са IFG (повишеном јутарња гликемија наште), препозната је као етапа у развоју толеранције глукозе из нормалне у дијабетес. Особе са IGT имају висок ризик за прогресију у тип 2 дијабетеса, иако такав развој није неизбежан, док ће се неке особе са IGT можда вратити у стање нормалне толеранције глукозе у периоду од неколико година.<sup>35</sup> IGT је, као и дијабетес тип 2, асоцирана са гојазношћу, годинама старости, инзулинском резистенцијом и дефектом инзулинске секреције, као и будућим кардиоваскуларним догађајима.<sup>36, 37</sup>

Природни ток ових стања намеће потребу да се сагледа укупна преваленција и дијабетеса и интолеранције глукозе, као и њихова пројекција за 2025. годину. У односу на укупну светску популацију старости од 20 до 79 година, у 2003. години 194 милиона, или 5,1 одсто имало је дијабетес, а процењује се да ће у 2025. дијабетес имати 333 милиона или 6,3 одсто. За исту старосну групу подаци говоре да је у 2003. години 314 милиона људи имало IGT, или 8,2 одсто, док се очекује да ће у 2025. години то бити 9,0 одсто или 472 милиона људи. Постоје разлике по регионима и највећи пораст се очекује у југоисточној Азији. Ако се посматра дистрибуција по годинама старости, око 45 одсто одраслих са дијабетесом је у групи од 40 до 59 година и тај тренд ће се наставити захваљујући стапрењу светске популације. У односу на пол, број жена са дијабетесом је за десет одсто виши. У урбаној средини број оболелих је двоструко већи, са тенденцијом да се утроствари, без обзира на друштвено уређање и тип економије.

## *Diabetes mellitus* тип 2 код младих

Бројне студије су показале да *diabetes mellitus* тип 2 има све ранији почетак и да се среће код млађих одраслих особа, па чак и код школске деце. Неки извештаји помињу и децу млађу од осам година. *Diabetes mellitus* тип 2 код младих је глобални феномен, у порасту и у развијеним и у земљама у развоју. Ризик за његову појаву јесте јасно повезан са растућом преваленцијом гојазности, што је повезано са променама у исхрани и моделима стила живота. Студије су такође показале да ће и млади са типом 2 дијабетеса развити дијабетесне микроваскуларне и макроваскуларне компликације, баш као и одрасли.

Иако су информације о овом типу дијабетеса код младих много оскудније него код одраслих, када је реч о прецизним епидемиолошким подацима, тип 2 дијабетеса код деце постаје глобални јавно-здравствени проблем са потенцијалним озбиљним здравстве-

ним исходом. У одговору на то, ADA је донела став у вези са скринингом, дијагнозом и третманом деце са типом 2 дијабетеса.

Ова растућа преваленција типа 2 дијабетеса код младих може да буде заустављена једино охрабривањем здравих модела понашања, посебно веће физичке активности и промена навика у исхрани.

## ***Гојазност и шири 2 дијабетеса***

Прекомерна количина телесних масти, посебно када је концентрисана у пределу абдомена, има велики потенцијал штетних последица, умањујући и квалитет и очекивану дужину живота. Њена распострањеност код одраслих и код деце указује да ће болести повезане са тежином бити најзначајнији јавно-здравствени проблем у 21. веку.

Гојазност је један од главних фактора ризика за развој типа 2 дијабетеса. Релативан ризик оболевања за дијабет веома је повишен ( $RR>3$ , WHO, 1997). Прекомерна ухрањеност и гојазност имају неповољне метаболичке ефекте на крвни притисак, холестерол, триглицериде и инзулинску резистенцију. Ризик за коронарну болест, мождани удар и тип 2 шећерне болести расте чврсто повезан са порастом индекса телесне масе (BMI). Умерена редукција телесне тежине редукује крвни притисак и холестерол у крви и битно смањује ризик за тип 2 дијабетеса.

Веза између гојазности и дијабетеса готово је каузална. Гојазност води у инзулинску резистенцију кроз више механизама. Инзулинска резистенција намеће већи захтев за продукцију инзулина панкреасу чији капацитет такође опада са годинама, доводећи до клиничког дијабетеса. Физичка неактивност узрокује пораст телесне тежине, па то опет увећава инзулинску резистенцију.

Анализе од стране IOTF (International Obesity Task Force) рађене за WHO Report 2002, указују да би приближно 58 одсто случајева дијабетеса глобално могло да се припише индексу телесне масе изнад 21 кг/м<sup>2</sup>. У западним земљама око 90 одсто случајева дијабетеса типа 2 повезано је са растом тежине.

Прекомерна ухрањеност и гојазност код деце данас воде у један необичан модел превременог типа 2 дијабетеса који, када се једном установи, посебно је тежак за праћење.<sup>38</sup>

Гојазност код школске деце је релативно скорашињи феномен, са значајном преваленцом и у развијеним земљама и у земљама у развоју. IOFT анализа је показала да је прекомерно ухрањено или гојазно једно од десеторо деце широм света, али да је тај проценат двоструки у Европи, а троструки у целој Америци.<sup>39</sup> Још је невероватнији податак да је у САД-у, од свих новодијагностикованих случајева дијабетеса у децјем узрасту, више од 45 одсто тип 2 и да је већина њих прекомерно ухрањена или гојазна.<sup>40</sup>

Редукција гојазности, неочекивана или постигнута кроз дијету и повећану физичку активност, може да изменi ток поремећаја гликозне толеранције, за шта постоје јасни докази (Diabetes Prevention Programme у САД-у). Ова и друге студије показују да промене у исхрани и нивоу физичке активности које редукују пет до седам одсто телесне тежине могу да редукују инциденцију дијабетеса типа 2. Смањење калоријског уноса, смањење масти, уз пола сата додатног шетања или другог свакодневног вежбања, смањује инциденцију дијабета за 58 одсто.

У односу на особе са нормалном гликозном толеранцијом, код оних са интолеранцијом глукозе постоји два пута већи ризик за кардиоваскуларна оболења. Ово објашњава потребу раног откривања и адекватног третирања IGT и IFG, заједно названих **предијабетес**, а његов значај био је тема **1. интернационалног конгреса о предијабетесу и метаболичком синдрому**, одржаног у Берлину од 13. до 16. априла 2005. године.

## ***Diabetes mellitus као економски проблем***

Шећерна болест представља и растући економски проблем.<sup>41</sup> У САД-у од ње болује 18 милиона људи, од тога 90 до 95 одсто од типа 2. Њихово лечење захтева већи број амбулантних посета, чешће хоспитализације са

дужим трајањем у односу на недијабетичаре, са трошковима од 132 билиона долара годишње.<sup>42</sup> Због епидемијског раста директни здравствени трошкови дијабетеса широм света за особе од 20 до 79 година процењују се на најмање 153 до 286 билиона интернационалних долара, а уколико би се прогноза преваленције остварила, трошкови би стигли до 396 билиона долара, а за многе земље чинили би чак 40 одсто од скромних и истрошених буџета. Коштање дијабетеса утиче на здравствену службу, на националну продуктивност, појединачну и породичну. Коштање болничког лечења за третман компликација, од којих су многе, па и њихови трошкови, превентабилне, највећи је појединачни учесник у директним здравственим трошковима. Али зато, интензивна контрола гликемије и крвног притиска или употреба хиполипемијских агенаса, и поред пораста трошкова, дугорочно јесте економична, због превенције или одлагања компликација. Трошкови настали због губитка продуктивности су индиректни и свакако су виши од директних.

У нашој земљи постоји развијена мрежа дијабетолошке заштите, а 2002. године сачињен је *Национални водич клиничке јраксе*. Како су бројне епидемиолошке студије показале, годинама пре јасног испољавања болести могу се утврдити поремећаји у толеранцији глукозе<sup>43</sup>, док у тренутку постављања дијагнозе типа 2 дијабетеса око 50 одсто болесника већ има једну или више типичних дијабетесних компликација.<sup>44, 45</sup> Због тога је неопходан активни приступ у дијагностици. *Водич* предлаже за скрининг типа 2 дијабетеса одређивање гликемије наште код свих особа старијих од 45 година, и то сваке треће године, а код ризичних група и раније.

Европска агенција за реконструкцију 2002. године помогла је израду студије „Оптерећење болешћу у Србији“, односно, „Анализу економичности за diabetes mellitus“. Анализа је показала да доследна примена Националног водича има огромне потенцијале не само за спасавање живота и смањење броја година које се живе са низним квалитетом (DALYs), већ може да смањи клиничке тро-

шкове четвороструког. Са друге стране, превентивни програми за гојазност и физичку неактивност са малим буџетом постигли би смањење фактора ризика, што резултира истим бројем спасених квалитетних година живота, али превенцијом и дијабета и малигних и дегенеративних болести.

IDF (International Diabetes Federation, Clinical Guideline Task Force, Brussels, аугуст 2005) сачинила је водич за тип 2 шећерне болести Global Guideline for Type 2 Diabetes Mellitus), са посебним поглављем „Lifestyle management“ у коме су дате јасне препоруке за промену исхране и физичке активности, засноване на доказима.<sup>46</sup>

## Досадашња истраживања

Фактори стила живота су веома значајни у настанку дијабетеса, а они се могу модификовати. Због тога експерти WHO/FAO у поменутом документу (WHO Technical Report 916: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Geneva, 2003) истичу да би промена стила живота могла да спречи 90 одсто случајева дијабетеса и у високом проценту и других NCDs, али да је промена на инвидуалном нивоу условљена промотивним напорима на ширем државном и локалном нивоу.

USPSTF (Guide to Clinical Preventive Services) тврди да нема података из проспективних интервентних студија о физичкој активности у примарној превенцији NCDs. Подаци из кохортних студија показали су константну везу између физичке активности и редукције инциденце NCDs.<sup>42</sup>

Многе особе са типом 2 дијабетеса воде седантерни начин живота и било би веома корисно да се увећа ниво њихове физичке активности. Идентификовано је да стратегије саветовања у вези са физичком активношћу могу да буду делотворне у унапређењу контроле гликемије, као и других фактора кардиоваскуларног ризика, повишеног крвног притиска и нивоа холестерола. Исти успех има саветовање и подршка смањењу масти у исхрани и калоријског уноса. (Physici-

ans' Physical Activiti Assessment and Counseling Practices (A Study of North Dakota, Primary –Care Practitioners, april 2000).<sup>47</sup>

Две значајне скорање студије показале су да интервенције у односу на стил живота које промовишу физичку активност и промене у исхрани могу да одложе почетак дијабетеса код високо ризичних особа. Једна је спроведена у САД-у, а друга у Финској.

**Diabetes Prevention Program (DPP)** је била велика клиничка студија чији је циљ био да открије да ли дијета и вежбање или метформин (Glukophage) могу да спрече или одложе почетак типа 2 дијабетеса код 3234 гојазне особе са интолеранцијом глукозе (IGT). DPP је показао да дијета и вежбање јако редукују могућност да особа са IGT развије дијабетес. Метформин такође редукује ризик, мада мање драматично. Интервенција се састојала у примени интензивног обучавања у погледу исхране, вежбања и модификације понашања. Циљ је био да се, уз мање масти и мање калорија и 150 минута вежбања недељно, изгуби седам одсто телесне тежине и тај губитак одржи. Група са метформином и плацебо група добиле су истоветна упутства, али без интензивног саветовања. Прва група (интервенција у виду промене стила живота) редуковала је ризик од развоја дијабетеса за 58 одсто, а код старијих од 60 година чак за 71 одсто. Ефикасност је иста код жена и код мушкараца и независна од етничке припадности. Око пет одсто из прве групе развија дијабетес сваке године, у поређењу са 11 одсто оних који нису у интервенцији. Група на метформину редуковаје ризик од развоја дијабетеса за 31 одсто, подједнако код оба пола, најефикасније између 25 и 44 године, али све мање ефикасно код старијих од 45 година. Из ове групе око 7,8 одсто развија дијабетес сваке године током трајања студије, за разлику од 11 одсто код плацебо групе.

DPP је трајала више од три године и прекинута је једну годину пре него што је планирано, па су истраживачи публиковали своје резултате 7. 2. 2002. у New England Journal of Medicine.<sup>48</sup>

**Превенција типа 2 ДМ променом стила живота међу субјектима са IGT** је друга често цитирана студија финске групе за превенцију дијабетеса (Tuomilehto J et all). Сваки учесник је индивидуално саветован да смањи тотални унос масти и унос засићених масти и да повећа унос дијетних влакана и физичку активност. Телесна тежина је редукована за  $4,2 \pm 5,1$  кг у интервентној групи и  $0,8 \pm 3,7$  кг у контролној групи на крају прве године. Ризик од дијабетеса је редукован за 58 одсто ( $p < 0,001$ ) у интервентној групи. Редукција инциденције дијабетеса директно је асоцирана са променом стила живота. Закључак ове студије јесте да тип 2 дијабетеса може бити превениран променом стила живота код субјеката са високим ризиком.<sup>49</sup>

Exercise for type 2 Diabetes студија спроведена у Дендију (University of Dundee, Skotland) у току 2004–2005. Истраживање је дизајнирано тако да после шестонедељне едукације и надгледаног вежбања подржи безбедну, ефективну и дугорочно прихватљиву физичку активност.<sup>50</sup> Резултати студије још нису објављени.

**Diet, Lifestyle and Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women** (Harvard School of Public Health). Студија је 16 година пратила комбиновани ефекат дијете и умерене физичке активности, пушења и конзумирања алкохола на појаву типа 2 шећерне болести код медицинских сестара, од 1980. до 1996. године.<sup>51</sup>

**Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women: a prospective study.** (Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, Mass 02115, USA, 2003). Циљ студије је био да испита везу између различитих облика седантерног понашања, специјално продуженог гледања телевизије и ризика од гојазности и типа 2 дијабетеса код жена. Проспективна кохортна студија понашања од 1992. до 1998, међу женама из 11 земаља, из претходне Nurses' Health Study, обухватила је 50 277 жена са  $BMI < 30$ , без дијагнозе KVB, DM или канцера, употребљена питањима у вези са физичком активношћу и седантерним начином живота, у старту.

Главне мере исхода су почетак гојазности и типа 2 дијабетеса. У току шест година праћења 7,5 одсто (3757) је постало гојазно (БМИ>30), са 1515 нових случајева дијабетеса. Време потрошено у гледању телевизије је позитивно асоцирано са ризиком од гојазности и типа 2 дијабетеса. Свака два сата/дан повећања гледања телевизије било је асоцирано са 23 одсто пораста гојазности и 14 одсто пораста ризика од дијабетеса. Свака два сата/дан пораста некретања на послу било је асоцирано са пет одсто пораста гојазности и седам одсто пораста дијабетеса. У супротном, повећано ходање по кући (два сата/дан) асоцирано је са девет одсто редукције гојазности и 22 одсто редукције дијабетеса. Сваки сат/дан брзог хода асоциран је са 24 одсто редукције гојазности и 34 одсто редукције дијабетеса. Доказано је да је у овој кохорти 30 одсто нових случајева гојазности и 43 одсто нових случајева дијабетеса могло бити превенирано усвајањем релативно активног живота (<10h/недељно гледања телевизије и >30 мин/дан брзог ходања).<sup>52</sup>

**Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study.** (Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, Mass 02115, USA, 1999). Ова студија, такође ослоњена на Nurses' Health Study, имала је за циљ да испита везу снажне физичке активности и оне умереног интензитета у виду шетње и ризика за дијабетес. Ризик од типа 2 дијабетеса одређиван је на бази времена у свакој од осам уобичајених физичких активности, укључујући и ходање. Уобичајен брзи ход је независно асоциран са опадајућим ризиком. Еквивалентна енергетска потрошња за шетање и строгу физичку активност резултирала је компарабилним магнitudама редукције ризика. Добијени подаци сугеришу да је већи ниво физичке активности асоциран са битном редукцијом ризика за дијабетес тип 2, укључујући и физичку активност умереног интензитета и трајања.<sup>53</sup>

Иако се јасне поруке о потреби регуларне физичке активности и потреби истраживања у вези са њом упућују и појединцима и

државама од стране ЊХО и других релевантних институција, велика интервентна клиничка истраживања са дугогодишњим праћењем стратегије физичке активности и дијабетеса тек започињу. Такво је **Alberta Diabetes and Physical Activity Trial**, започето у септембру 2005. а планирано до јануара 2008. године, на Универзитету у Алберти, Канада, и биће вишегодишња интервентна на популационој бази заснована студија. Њен званични наслов је: Development and Evaluation of Physical Activity Behavioural Strategies for Adults with Type 2 Diabetes: A Population Based Approach.<sup>54</sup> Пројекат ће оценити кумулативни ефекат три интервентне стратегије за промоцију физичке активности у одраслој општој популацији са типом 2 дијабетеса. Поред праћења параметара метаболичке контроле, пројекат ће анализирати и квалитет живота у вези са здрављем и психолошке предикторе за физичку активност. У Канади 4,9 до 7 одсто, па чак и преко 12 одсто има дијабетес, а међу старијима од 64 године чак 17 одсто, док 90 до 95 одсто од њих има тип 2, и тај пораст преваленције асоциран је са старењем популације, са значајним порастом преваленције гојазности и седантерног начина живота. Јасни докази подржавају значајну улогу физичке активности у праћењу дијабетеса. Ипак, литература оскудева у најбољим стратегијама за промену понашања у вези са физичком активношћу у циљаној популацији. Недостају практичне, одрживе, економски могуће солуције са доказаним дугорочним успехом, па отуда и pozив да се фокус помери са клиничког и теоретског на животне приступе.

Global Guideline for type 2 Diabetes, који је IDF донела 2005. године, наглашава да је заштитни ефекат физичке активности у односу на настанак типа 2 дијабетеса специјално изражен код особа са повећаним ризиком (позитивна породична анамнеза, гојазност, дислипидемије, хипертензија итд.).<sup>46</sup> Превентивни и промотивни програми усмерени на ове групације, али и на општу популацију, допринели би очувању и унапређењу здравља, док би средства, уместо да буду утро-

шена на лечење, била употребљена за очување многих година живота без болести и инвалидности.

### **Литература**

1. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Fifty-seventh World Health Assembly (WHA 57.17). World Health Organisation, 22 May 2004.
2. WHO. Departement of Chronic Diseases and Health Promotion. Move for Health. 2005: Supportive Enviroments. An Overview. Geneva, World Health Organisation, february 2005.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta. GA: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
4. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science. Healthy People 2010 Objectives: Draft for Public Comment, September 1998.
5. Lefebvre P. Where do we go from here? Summaries of selected highlights of the 1 International Congres on „Prediabetes“ and the Metabolic Syndrome, Berlin, Germany, Apryl 13–16,2005.
6. WHO. The world health report 2002: Reducing risk, promoting healthy life. Geneva, World Health Organisation, 2002.
7. WHO Physical Activiti Strategy: An Action Plan for Promotion / Implementation. WHO/CDC Partners Meeting, Miami, 13–15 December 2004. World Health Organisation, 2004.
8. WHO. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. World Health Organisation Tech. Rep. 2002;916:1–160.
9. WHO. 55th World Health Assembly Resolution on Diet, Physical Activity and Health. WHA 55. 23 May 2002.
10. WHO. The 4th International Conference on Health Promotion. The Jacarta declaration. WHO 1998. Available from URL: <http://www.who.ch>.
11. WHO. Fifthe Global Conference on Health Promotion. Mexico Ciyti, June 5th, 2000.
12. WHO. First International Conference on Health Promotion. Ottava, 21 November 1986.
13. WHO. The 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok, Tajland, 11 August 2005.
14. WHO. Health promotion and healthy lifestyles. Fifty-seventh World Health Assembly (WHA 57.16). World Health Organisation, 22 May 2004.
15. President and Fellows of Harvard College. Exercise: Nutrition Source, Harvard School of public Health, 2004.
16. Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. Med Sci Sports Exerc 1999;31:S663–7.
17. Pratt M, Macera CA, Wang G. Higher direct medical costs associated with physical inactivity. Phys Sportsmed 2000; 28:63–70.
18. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402–7.
19. Fletcher et al. Exercise standards for testing and training, Circulation 2001.
20. Sesso HD, Paffenbarger RS, Jr., Lee IM. Physical activity and coronary heart disease in men: The Harvard Alumni Healt Study. Circulation 2000;102:975–80.
21. Lee IM, Sesso HD, Oguma Y, Paffenbarger RS, Jr. Relative intensity of physical activity and risk of coronary heart disease. Circulation 2003; 107:1110–6.
22. Nelson ME, Fiatarone CM, et al. Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures. A randomized controlled trial. JAMA 1994; 272:1909–14.
23. British Medical Assotiation. Board of Science and Education. Diabetes Mellitus. An update for healthcare professionals. London, February 2004. Available from: URL: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Diabetes/file/diabetes.pdf>.
24. IDF. Diabetes Atlas Second Edition Executive Summary. International Diabetes Federation, Brussels, 2003.
25. Национални комитет за израду водича клиничке праксе у Србији. Национални водич клиничке праксе за Диабетес Меллитус. Београд, 2002.
26. Harris M, Zimmet P. Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. In International Textbook of Diabetes Mellitus second edition, ed. Alberti K, Zimmet P, De Fronzo R, Keen H (Honorary), Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd. 1997: 9–23.
27. Atkinson M, Maclaven N. The pathogenesis of insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1994;331: 1428–1436.
28. La Porte R, Matsushima M, Chang Y. Prevalence and incidence of insulin-dependent diabetes. In Diabetes in America, second edition, ed. NDDG NIH 1995:37–46.
29. Molbak A, Christian B, Marner B, Borch-Johnsen K, Nerup J. Incidence of insulin-dependent diabetes mellitus in age groups over 30 years in Denmark. Diabet Med 1994; 11:650–655.
30. Tuomi T, Groop LC, Zimmet PZ et al. Antibodies to glutamic acid decarboxylase reveal latent autoimmune diabetes mellitus in adults with a non-insulin-dependent onset of disease. Diabetes 1993;42(2):359–362.
31. Reaven GM, Bernstein R, Davis B, Ofelsky J. Non-ketotic diabetes mellitus: Insulin deficiency or insulin resistance? Am J Med 1976;60:80–88.
32. WHO. Prevention of diabetes mellitus. Technical Report Series no.844. World Health Organisation, Geneva, 1994.
33. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes 1979; 28: 1039–1057.
34. Metzger BE, Coustan DR. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. Diabetes Care 1998; 21 Suppl 2:B 161–167.
35. Alberti K. The clinical implications of impaired glucose tolerance. Diabet Med 1996;13:927–937.

36. Unwin N, Shaw J, Zimmet P, Alberti KG. Impaired glucose tolerance and impaired fasting glycaemia: the current status on definition and intervention. *Diabet Med* 2002; 19:708–723.
37. Tominaga M, Eguchi H, Manaka H, Igarashi K, Kato T, Sekikawa A. Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired fasting glucose. The Funagata Diabetes Study. *Diabetes Care* 1999;22:920–924.
38. James WPT, Jackson-Leach R, Mhurdu CN, Kalawara E, Shayeghi M, Rigby N, Nishida G, and Rodgers A. Overweight and Obesity. In Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors, eds. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. WHO, Geneva, 2003.
39. IOFT. Childhood Obesity- The New Crisis in Public Health. International Obesity Task Force, London, 2003.
40. American Diabetes Assotiation. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Diabetes Care* 2000;3:381–389.
41. Јанковић С, Простран М. Фармакотерапијске препоруке. Медицински факултет, Крагујевац, 2004.
42. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Alexandria, Virginia: International Medical Publishing, 1996.
43. Harvard School of Public Health. Simple Steps to Preventing Diabetes. 2005. Available from: URL:<http://hsph.harvard.edu/nutritionsource/diabetes.html#references>.
44. American Diabetes Association: Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2000; 23 (suppl 1)
45. American Diabetes Association: Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2002;25:s5–s20.
46. IDF. Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for type 2 Diabetes. Brussels, International Diabetes Federation, August 2005.
47. Askew D. Physicians' Physical Activity Assessmant and Counseling Practices. A Study of North Dakota Primary-Care Practitioners. N. Dakota Department of Health, 2000. Available from: URL:<http://www.health.state.nd.us/ndhd/pubs/PREVENT/physicianphysical.pdf>.
48. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393–403.
49. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne- Parikka P, Keinanen- Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucise tolerance. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Department of Epidemiology and Health Promotion, National Public Health Institute, Helsinki, Finland. *N. Engl J Med* 2001;344(18): 1343–1350.
50. Kirk A, Wackerhage H, Cuthbertson D, Ewing B, Leese G. Exercise for Type 2 Diabetes. University of Dundee, Scotland, Patient Education Program, February 2004-January 2005. Charity no. 215199. Availabe from: URL: <http://diabetes.org.uk>
51. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet, lifestyle and risk of type 2 diabetes mellitus in women. Department of Nutrition, Harvard School of Pablic Health, Boston, MA 02115, USA. *N. Engl J Med*. 2002;346(4):297–8.
52. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. Department of Nutrition, Harvard School of Pablic Health, Boston, MA 02115, USA. *Jama* 2003;289(14): 1785–1791.
53. Hu FB, Sigal RJ, Rich-Edwards JW, Colditz GA, Solomon CG, Willett WC, Speizer FE, Manson JE. Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. Department of Nutrition, Harvard School of Pablic Health, Boston, MA 02115, USA. *Jama* 1999. Oct 20;282(15):1433–9.
54. The Developement and Evaluation of Physical Activity Behavioral Strategyes for Adults with Type 2 Diabetes: A Population Based Approach. University of Alberta, Physical Education. NTC 00221234, MOP-69070: – Alberta Diabetes and Physical Activity Trial. Alberta, Canada, September 2005. Clinical Trials. Gov. A service of the U.S. National Institute of Health.

**Стручни и научни радови****Превенција и очување здравља у старости\***Б. Тимотић,<sup>1</sup> М. Тимотић,<sup>2</sup> М. Јањић,<sup>3</sup> Х. Анђелски<sup>4</sup>**Prevention and Protection of Health in Aging People**

Timotic, B.M.D., PhD., D.P.H., Prof; Timotic,M., M.D; Janjic M., M.D., PhD. D.P.H., Prof.; Andjelski, H., M.D., Ph.D, D.P.H.

**Сажетак.** У циљу сагледавања здравствених проблема старијих људи, аутори анализирају епидемиолошко-стапистичком методологијом податке о морбидитету у односу на медицину, где старије особе углавном користе услуге здравствене заштите.

Резултати су показали да старији људи углавном оболевају од респираторних, ширкулаторних и коштано-мишићних оболења, па и дигестивних, психичких и уринарних болести. Дакле, доминирају хронична масовна оболења, која се боље могу превенирати него лечити. Потој у здравственој заштити старијих људи треба одржати физиолошко стварење уз велики квалитет живота, што се може осигуравати стаплом борбом против ризико фактора и стровоћењем мера здравственог васпитања, примарне, секундарне и терцијарне превенције.

Расправљајући о здравственој заштити старијих људи, аутори закључују да је неопходно основати национални институт/завод за здравствену (и социјалну) заштиту старијих, што је и интерес друштвена заједница не само због здравствених, већ и социјалних и економских проблема са све већим бројем старијих људи у укупној популацији.

*The morbidity of the aged is analyzed by the epidemiological statistical methods using the data of general medicine, where the clients of services are mostly the aged.*

*The results show that the aged suffer mostly of the respiratory, circulatory and the bone-muscular diseases, as well as of the digestive, psychiatric and urinari diseases. That means that the chronic mass disease prevail, which can be better prevented than treated. Having in mind that in the health protection of the aged, physiological ageing followed with the better quality of life should be preserved, that could be realized through the permanent fight against riskfactor and by performance of the measures in the field of the health education, and the primary, secondary and tertiary prevention.*

*Discussing the problems of the health protection of the aged, it is concludec that an Institute for health (and social) protection of the aged should be established. It is interest of the society, not only because of the health, but also be cause of the social and econom-*

\* Рад изложен на ВИИ Националном геронтолошком конгресу, Врњачка Бања, 9–12. маја 2006. године

<sup>1</sup> Проф. др Бранивоје Тимотић, Геронтолошко друштво Србије.

<sup>2</sup> Прим. др Мирјана Тимотић, Геронтолошко друштво Србије.

<sup>3</sup> Проф. др Момир Јањић, Геронтолошко друштво Србије.

<sup>4</sup> Прим. др сц. мед. Христо Анђелски, Геронтолошко друштво Србије.

Такође је неоћходно школовањи у одгој-варајућим школама ускоспручине кадрове за социјалну и здравствену заштиту старијих: ћеријатријске и ћеронитолошке сесијре – техничаре, а до приспивања тих кадрова за те потребе обезбедијти кадрове штампем преквалификације и доквалификације у одгој-варајућим школама, уз финансирање Завода за стручништве рада.

## 1. Старење и проблеми стварења

Здравље је стање динамичке равнотеже између појединца и његове физичке и социјалне околине. Старење је, такође, динамичан процес условљен биолошко-физиолошким, временским и социјалним факторима. Основна карактеристика старења јесте смањење адаптације на услове животне околине, па се и каже да је човек онолико стар колико је уклопљен у своју околину,

Становништво наше земље стално стари. Према попису из 2002. године, од укупног становништва, старији са 65 и више година било је 16,5 одсто (1 240 505), тј. сваки шести становник био је стар 65 и више година. Са оваквим учешћем старијих у укупној популацији Србија се сврстала међу 10 земаља света са најстаријим становништвом.

Оваква старосна структура становништва, уз очекивање сталног пораста броја старијих лица, од посебног је значаја за свако друштво. Са старењем долази до значајних проблема у здравственом стању, здравственим потребама, обиму коришћења здравствене заштите и обимне друге проблематике везане за све већи удео старијих у укупном становништву. Код старијих особа веома су изражени тројаки проблеми.

### Здравствени проблеми:

- пораст ризика оболевања од циркулаторних болести, неоплазми, мишићно-коштаных оболења неуролошких поремећаја, деменције, депресије, дегенеративних поремећаја, слабљења вида и слуха, хроничне опструктивне болести плућа и тако даље;

*ic problems, with the increasing number of the aged in the total population.*

- пораст ризика зависности од других;
- пораст ризика инвалидности;
- све већи притисак на здравствену службу;
- све већа издвајања за здравствену заштиту.

### Социјални проблеми:

- смањивање социјалних контаката;
- изолација;
- пораст потреба за обезбеђивањем социјалне сигурности.

### Економски проблеми:

- престанак продуктивног живота, односно повлачење из професионалог живота, губи

**Табела 1.** Стопе морбидитета старијих у Србији на 1000 становника (просек 1990-2004). Стопа на 1000 становника

P. бр.	Оболења и стања	Централна Србија	Војводина
1.	Респираторне болести	501,7	634,9
2.	Циркулаторне болести	299,1	325,1
3.	Коштано-мишићне болести	155,5	205,0
4.	Дигестивне болести	119,0	138,0
5.	Душевни поремећаји	95,0	103,2
6.	Уринарне болести	77,1	82,6
7.	Болести коже и поткојног ткива	54,3	72,7
8.	Болести ока и уха	61,1	83,1
9.	Нервне болести	39,2	37,2
10.	Све остале болести	130,1	202,7
11.	Повреде и тровања	42,4	81,0
<b>Укупно:</b>		<b>1.565,0</b>	<b>1.983,7</b>

- битак социјалног статуса и осећај мање вредности;
- недостатак материјалних могућности за егзистенцију (погоршање материјалних услова и материјалног стања, погоршање стамбених услова и слично) и потреба за њиховим обезбеђењем.

Учесталост поједињих здравствених проблема показују подаци у *табели 1.* у којој су приказане стопе оболења и стања утврђених у општој медицини, где стара лица углавном користе здравствену заштиту, јер се у нашој статистици не воде посебни подаци о оболевању старих особа.

Према овим подацима, после болести дисајних органа, најучесталија оболења старих људи јесу циркулаторне болести (међу којима доминира артеријска хипертензија) и болестикоштано-мишићног система. Остале болести су знатно ређе заступљене. На само ове три групе болести отпада преко 50 одсто свих оболења и стања старих особа.

Овако утврђен морбидитет старих особа потврђује чињеницу да се са годинама живо-

та јавља све већи степен ризика у вези са одређеним оболењима и стањима и хроничне неспособности. Стара лица углавном оболевају од хроничних масовних дегенеративних болести, од којих вишеструко чешће оболевају него особе млађе од 65 година.

## 2. Карактеристике здравствене заштите стarih

С обзиром да у морбидитету старих особа доминирају хронична масовна оболења у чијем настанку учествују бројни фактори, то се за објашњење њихове појаве не може директно применити модел односа: домаћин, агенс, средина. Ту се пре може применити модификована *схема 1.*

Напред наведене промене у старосној структури и морбидитету старих особа и истраживање фактора који утичу на здравље допринели су да се схвати да се болести могу боље превенирати, а здравље очувати и побољшати. У том смислу илустративно говоре следеће чињенице:

- имунизација против неких заразних болести,



- елиминација патогених агенаса из воде за пиће,
- идентификација вектора заразних болести,
- сазнања о улози витамина, протеина и других састојака у исхрани,
- ефекат јонизујућег зрачења на појаву рака,
- улога хипертензије, хиперхолестеринемије и пушења у настанку циркулаторних болести,
- пушење и карцином плућа, хронични бронхит и емфизем и друге болести,
- улога раног откривања и благовременог лечења у побољшању прогнозе оболелих од малигних неоплазми и неких других болести.

У здравственој заштити мора се узети у обзир општа економска, политичка и социјална ситуација. Унилатералне активности, без узимања у обзир наведених услова, нису довољне, односно активности на превенцији, очувању и побољшању здравља морају се одвијати упоредо са унапређивањем укупних економских и социјалних услова. Савремени здравствени проблеми укупног, а посебно старог становништва, дубоко су повезани са социјалним и економским условима и начином живота.

Хронична масовна дегенеративна оболења и стања, удружене са одређеним факторима ризика, захтевају предузимање мера превенције и очувања и побољшања здравља. Овакве мере, које је предложила Светска здравствена организација (СЗО), приказане су у **табели 2**, као мере за постизање активног здравља.

Европски биро СЗО у својој стратегији „Здравље за све у ХХІ веку“ у циљу број 5. „Здраво старење“ предвиђа: „До 2020. године људи старији од 65 година живота треба да имају могућности да уживају у свом пуном животном потенцијалу и да имају активну улогу у друштву.

Нарочито треба постићи:

- пораст броја година очекиваног трајања живота без инвалидности у старосном добу од 65 година, најмање за 20 одсто;

- пораст броја људи старијих од 80 година који ће имати онај ниво здравља у кућном амбијенту који ће им омогућити да имају самосталност, самопоштовање и своје место у друштву, најмање за 20 одсто“.

**Табела 2.** Стопе морбидитета старих у Србији на 1000 становника (просек 1990-2004). Стопа на 1000 становника

Фактори	Индивидуалне мере
Фетална средина	Балансирана исхрана код жена, трудница идојиља. Уздржавање од пушења у трудноћи
Окружење у детињству	Грудно дојење најмање четири месеца Имунизација Лична хигијена Балансирана физичка активност
Пушење	Забрана пушења у сваком животном добу
Алкохол	Уравнатежене границе у пићу Професионална помоћ код прекомерне употребе
Физичка активност	Редовно упражњавање
Исхрана	Упражњавање исхране богате витаминима, а сиромашне животињским мастима и сольју Одржавање нормалне телесне масе
Болести одраслих	Регулисање начина живота Коришћење скрининга и контролних прегледа
Социјалне институције	Укључивање у породицу, друштво, клубове Континуирано учење Свест о старењу
Рад	Обезбедивање права у вези рада Едукација о ризицима на радном месту
Пензија	Обавештеност о мерилима (личним и друштвеним) у вези пензионисања

### **3. Улога друштвене заједнице у здравственој заштити старијих**

Здравствена заштита је организована и свеукупна делатност друштва на очувању и унапређењу здравља грађана, спречавању, сузбијању и раном откривању болести, повреда и других поремећаја здравља и благовременом и ефикасном лечењу и рехабилитацији. Из овога произилази и значајна одговорност свих структура друштва, почев од појединца до друштвене заједнице у целини, за здравље народа.

У здравственој заштити од хроничних масовних оболења, која доминирају у морбидитету становништва, а посебно старих особа, најзначајније су мере пре венције и очувања и побољшања здравља, јер се ова оболења не могу излечити у потпуности, већ само залечити и ставити под контролу здравствене службе. У тој заштити бројне мере на превенцији, очувању и побољшању здравља не спроводи здравствена служба. Превенција болести је типична медицинска активност, а мере промоције здравља највећим делом се одвијају ван оквира медицинске делатности, у чemu учествује читава заједница.

У здравственој заштити старијих лица главни је задатак да се одржи физиолошко старење уз већи квалитет живота. То изискује борбу са ризико факторима, и то током цelog живота, а не само у старости, и путем спровођења одређених мера здравствене заштите, и то:

- здравственог васпитања као најефикасније мере у превенцији хроничних оболења и патолошког старења;
- примарне превенције патолошких промена у организму;
- секундарне превенције путем стимулације физичке и психичке активности, социјалних односа, професионалних и радних вештина, и
- терцијарне превенције путем активности на задржавању преосталих психичких и физичких способности ради успешнијег и активнијег живота у свакој социјалној околини.

Здравствена и уопште социјална заштита старих особа њихово је право и друштвена обавеза и интерес друштвене заједнице. То је право које старије особе имају и друштвена заједница је дужна да им обезбеди неопходне услове за остваривање њихових права. То се регулише путем законских и подзаконских прописа.

При регулисању социјалне заштите старијих лица, треба имати у виду да се та заштита може остваривати само програмски, што су показала бројна научна истраживања. Стога Влада Републике Србије треба да донесе посебан Програм здравствене социјалне заштите ове групације становништва, као пропратни акт и Уредбе о здравственој и социјалној заштити старијих лица. То је и друштвено-економски интерес друштва, а близу два милиона становника старијих људи то захтева и заслужује. У оквиру тога треба предвидети и оснивање националне установе за социјалну, као и за здравствену заштиту старијих лица (завод/иститут), као врхунске националне установе за ове намене. За многе друге групације становништва такве установе постоје, а за старије особе не, иако су оне све бројније и оптерећеније бројним и разноврсним проблемима. Оснивање овакве (оваквих) установе треба да буде и закључак и захтев VII националног геронтолошког конгреса.

Исто тако у листи занимања у одговарајућим средњим, вишим и високим школама предвидети и прописати одсеке за геријатријске сестре – техничаре, геронтолошке техничаре, исто као са кадровима који већ постоје: педијатријске сестре – техничари, акушерске сестре, стоматолошке сестре, васпитачице у дечјим вртићима и друге. Бројна популација старијих особа, са многим социјалним, здравственим и економским проблемима, захтева специјализовану социјалну заштиту коју им морају пружати ускоспецијализовани кадрови. До завршетка школовања оваквих кадрова, добро би било спровести преквалификацију постојећих кадрова који се налазе на тржишту рада, путем шестомесечне едукације у одговарајућим образовним установама. За израду програма за

овакву едукацију, као иза програм школовања у одговарајућим школама, Геронтолошко друштво Србије треба да буде непосредно ангажовано.

### ***Литература***

1. Стаматовић М., Јаковљевић Ђ., Мартинов-Цвејин М.: Здравствена заштита. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1998.
2. Стојановић Б. и сар.: Болести у старости, превенција и лечење. Геронтологија. 1/2004; 101–106.
3. Тимотић Б., Јањић М., Анђелски Х.: Кућно лечење и здравствена нега старих лица. Новине у унапређивању квалитета живота у старости, публикација ГДС, Београд, 2004, 158–164
4. Тимотић Б.: Увод у медицину. Елит-медицика, Београд, 2003.
5. Тимотић Б., Јањић М.: Примарна здравствена заштита. Елит-медицика, Београд, 2004.

**Стручни и научни радови****Национална стратегија о старењу***M. Рашевић<sup>1</sup>***National Strategy on Ageing***M. Rasevic*

**Сажетак.** У складу са претпоставкама и обавезама Мадридској међународној јлану ачије о стварању из 2002. године, Регионалне стварање његове примене Економске комисије Уједињених нација за Европу и Закључима ВИ 6. геронтологичког конгреса Југославије (Врњачка Бања, 2002), Влада Републике Србије је усвајала Националну стварању о стварању за временски период од 2006. до 2015. године. То представља први корак у одговору државе на процес стварања становништва и постарења становништве стварања. Али чини се добар први корак. У документу су претпостављана сва важна теме. Наведен је низ ачија, мноште су и разрађене. Дошакнути су и сви релевантни фактори за његово спровођење, укључујући и решавање финансијских средстава и начина евалуације. Нађена је и јасна веза са другим стварањем, националним и међународним, документима. Успех, тако, Стварање ће зависити од умногоме од оптеријализације предложеног активности. Но, Националну стварању о стварању би морало да прати усвајање државне стварање везане за неговљено рађање деце, имајући у виду да је низак и омогућавајући нападајући становништво основни узрок стварања постарења Србије.

**Кључне речи:** стварање становништва, стварања, Србија.

**Summary.** National Strategy on Ageing is adopted by the Government of the Republic of Serbia as a strategic document for the period 2006 to 2015 in accordance with the recommendations and commitments of the Madrid International Plan of Action on Ageing (2002) and the Regional Strategy of its application of the United Nations Economic Commission for Europe, as well as the Conclusions of the Sixth Gerontological Congress of Yugoslavia (Vrnjacka Banja, 2002). This is the first step in the response of the government to the process of population ageing and the old population requirements. It is a good first step, though. The significant questions have been recognized. A series of actions have been stated, many of which worked out as well. All relative factors for its implementation have been reached, including the question of financial resources and method of evaluation. A clear connection with other strategic, national and international documents has been found. The success of the Strategy, however, will greatly depend on operationalization of suggested activities. Nevertheless, the National Strategy on Ageing would have to be followed by the adoption of the state strategy regarding insufficient birth giving, having in mind that the low and decreasing fertility is the basic cause of population ageing in Serbia.

**Key words.** population ageing, strategy, Serbia

\* Националну стварању о стварању сачинила је радна група Савета за питања старења и старости Владе Републике Србије у саставу Мирјана Рашевић (руководилац), Младен Давидовић, Лидија Косарчанин.

<sup>1</sup> Др Мирјана Рашевић, Институт друштвених наука, Београд.

У складу са препорукама и обавезама Мадридског међународног плана акције о старењу из 2002. године, Регионалне стратегије његове примене Економске комисије Уједињених нација за Европу и Закључцима ВИ геронтолошког конгреса Југославије (Врњачка Бања, 2002), Влада Републике Србије је усвајила *Националну ствараћегу о стварењу*. Овај стратешки документ деловања у временском периоду од 2006. до 2015. године иницирао је и прихватио Савет за питања старења и старости Владе.\* Представља одговор на феномен старења популације са свим последицама које оно доноси на микро и на макро нивоу, као и покушај да се ублажи цена процеса транзиције социо-економског система.

**ДРУШТВЕНИ КОНТЕКСТ.** Централна Србија и Војводина спадају у подручја где је демографски процес старења достигао велике размере. Према резултатима пописа становништва спроведеног 2002. године више од 900.000 лица у Централној Србији и око 300.000 лица у Војводини, односно шестина становништва обе популације, стара је 65 и више година. Према проценама Центра за демографска истраживања Института друштвених наука данас у Србији (ван подручја Косова и Метохије) живи 1.274.155 особа са 65 и више година или 17,1% популације је старо. Дубина процеса старења становништва се врло илустративно може сагледати анализом старосне структуре на нивоу мањих територијалних јединица. Она наиме показује да су, демографски посматрано, чак 157 од 161 општина у Централној Србији и Војводини старе општине. Изузети су Прешево, Тутин, Бујановац и Нови Пазар са уделом старог становништва мањим од 15%. Демографски најстарије општине су Црна Трава и Гаџин Хан у којима је сваки трећи становник старији од 65 година. Према последњем попису становништва одговарајући удељи су 36,1 и 35,6.

Старење популације је реалност и у развијеним земљама и у земљама у развоју. Међутим, релативно посматрано популације развијених земља су демографски најстарије.

У 2003. години, међу европским популацијама, најстарија земља је Италија. Преок 18% Италијана има 65 или више година. На листи демографски најстаријих земаља затим следе Немачка, Грчка, шведска, шпанија, Белгија и Бугарска у којима удео лица старијих од 65 година износи између 17,0 и 17,5%. На осмом месту се налази Србија (територија ван подручја Косова и Метохије) са висином удела од 16,8. штавише, када се као индикатор старости становништва посматра просечна старост, становништво Србије, односно Централне Србије и Војводине, са старошћу од 40,4 године у 2003. години се налази у групи од пет демографски најстаријих европских држава заједно са Италијом, Немачком, Бугарском и шведском (Цоунцил оф Еуропе, 2004).

Старење становништва је дубоко законит процес настао, пре свега, услед хомоге-низације репродуктивних норми на ниском нивоу и јасних препека да се оне остваре, али и несумњивог смањења смртности становништва. Интензиван процес старења становништва Србије током 1990-их година је био узрокован не само константним падом нивоа рађања већ и специфичном старосном структуром миграционог салда (негативан миграциони салдо младог и млађег средовечног становништва, позитиван миграциони салдо старијег средовечног и старог становништва). Одлучујући фактор старења популације у већини развијених земаља последњих година је пад морталитета становништва старог 65 и више година. Централна Србија и Војводина, пак, бележе супротне тенденције. Мада неминован, демографско старење је истовремено процес чије се последице не могу игнорисати. Поготово зато што је извесно да ће се у непосредној будућности значајно повећати и број и удео старијих лица.

Кад је реч о Србији ван подручја Косова и Метохије, резултати свих шест варијанти аналитичких пројекција Центра за демографска истраживања Института друштвених наука указују да ће се процес популационог старења континуирано наставити у првој половини XXI века и да ће бити врло интен-

зиван (Пенев, 2005). Број особа старих 65 или више година ће се повећати за трећину (са 1.243 хиљаде колико је износио 2002. на око 1.640 хиљада у 2052. години) или за по 8.000 лица годишње према свим варијантама, осим оне која се базира на константном морталитету. Удео старих у укупном становништву ће се за педесет година, у зависности од варијантне пројекција, кретати од 18,7 % до 27,5%. Нарочито интензивно ће бити старење популације старих. Према средњој варијанти пројекција број особа старих 80 или више година за пола века ће се утроствратити (са 143 на 414 хиљада) и представљаће четвртину укупног броја старих, односно удео најстаријих ће се у укупној популацији повећати са 1,9 на 6,2%.

Поред озбиљног демографског стања, *Националну стратегију о стварењу* (у даљем тексту Стратегија) се доноси и у условима тешког социо-економског положаја старих. То показују налази два репрезентативна истраживања. Прво истраживање је током 2000. године спровео Институт за заштиту здравља Србије на узорку од 1.324 жена и 978 мушкараца старијих од 65 година (Јањић, Нешић, 2002). Навешћемо најупечатљије резултате.

- Готово свака пета анкетирана (18,8%) стара особа живи сама.
- Свака трећа анкетирана особа је удовица односно удовац.
- Свака десета стара особа прима социјалну помоћ или је без прихода.
- Издаци за исхрану доминирају у структури потрошње. Но и поред тога млеко свакодневно користи мање од половине анкетirаних.

Резултати репрезентативне анкете о животном стандарду становништва Србије из 2002. године су показали да је стопа сиромаштва старих лица (14,7%) значајно виша него просечна (10,6%). Битни налази су и да су жене старије од 65 година сиромашније у односу на мушкице исте старости (15,2 према 14,2%); међу старим лицима су најугроженији они најстарији (стопа сиромаштва 21,2%

међу старима преко 80 година); највећу стопу сиромаштва, посматрано по образовању, имају стара лица без основне школе (20,1%); најсиромашнији су стари у Југоисточној Србији (стопа сиромаштва 26,1%); и висока стопа сиромаштва (18,6%) у руралним насељима је потврђена и за категорију старих (Мијатовић, 2003). Истовремено, постоје јасне слабости у институционалном и инструменталном задовољењу потреба старијих особа.

**ПРИНЦИПИ.** Стратегија је изграђена на следећим основним принципима:

- доживотни развој појединца
- унапређење и заштита свих људских права и основних слобода
- обезбеђивање економске и социјалне сигурности и квалитета живота у старости
- омогућавање пуне интеграције и партиципације старијих људи у заједници
- елиминације свих облика друштвеног занемаривања услед опадања функционалних способности у старости и инвалидности
- ангажовање на остваривању родне једнакости
- поштовање различитости и последично другачијих потреба међу популацијом старих
- промовисање интергенерацијског и интрагенерацијског трансфера, солидарности и дијалога
- успостављање партнериства на свим нивоима владе, цивилног друштва, приватног сектора и између самих старијих људи
- остваривање једнаких могућности за све
- афирмисање личне одговорности.

**ЦИЉ.** Главни циљ Стратегије је стварање интегралне и координиране политике, засноване на савременим научним сазнањима, која ће друштво и привреду Србије, пре свега здравствену и социјалну заштиту, тржиште рада и образовање, ускладити са демографским променама како би се створило друштво за сва животна доба, које посебно тежи да задовољи потребе и ослободи неискоришћене потенцијале старијих људи.

**СТРАТЕШКИ ПРАВЦИ И АКТИВНОСТИ.** Полазећи од изнетог циља и основних

принципа, Стратегија утврђује скуп међусобно повезаних обавеза у различитим областима политике, организованих око десет стратешких правца акција и конкретних мера које из њих следе, да би се адекватно одговорило на вишеструке и испреплетене изазове и околности настале старењем становништва и Србија постала друштво за све узрасте и старење у достојанству.

### *Уважиши феномен стварења у свим асекуриштима и политици развоја*

Предвиђено је да се овај стратешки правец остварује с једне стране путем укључивања феномена старења становништва и реализације на његове последице у све пројекције друштвеног развоја и на свим нивоима. С друге стране програми економског, привредног, културног, социјалног, урбаног развоја на локалном, регионалном и националном нивоу морају да реафирмишу улогу породице и породичне солидарности у унапређивању квалитета живота старијих особа. Истовремено се подвлачи потреба да се примена Стратегије за смањење сиромаштва посебно усмери на повећање ефикасности мера за смањење сиромаштва старијих лица.

### *Подсигуји интеграцију старијих људи у друштво*

У низу усвојених стратешких докумената – Стратегија за смањење сиромаштва, Стратегија развоја социјалне заштите, Стратегија нове здравствене политике, Стратегија Србије за приступање Србије и Црне Горе Европској Унији – истакнута је важност промовисања радне активности старијих генерација. У том смислу је новим законским решењем подигнута старосна граница за одлазак у пензију. Но, Стратегијом о старењу се тражи шире деловање у циљу унапређења економског, социјалног, културног, политичког положаја и улоге старијих, као и њиховог активног укључивања у заједницу путем низа различитих

активности. Најважније међу њима су медијске кампање, допуна школских програма релевантним садржајима, правна решења о заступљености старијих у комисијама, одборима, Парламенту, самоорганизовање старијих грађана и развој волонтерских центара, односно мотивисање послодаваца да омогуће старијим људима да активно учествују у радном процесу.

### *Промовисаши праведан и одржив економски расподељење*

Достицање наведеног стратешког правца је дефинисано кроз остваривање више активности сконцентрисаних око убрзавања стопе привредног раста, кроз реализацију процеса транзиције, уз истовремено ублажавање њене цене и уважавање последица процеса старења становништва. Активности су различите природе и већина је везана за остваривање већ усвојених стратешких докумената Владе Србије. Ново је залагање за увођење одређене, посебне врсте социјалних пензија, које би биле усмерене на старије људе који живе у дубоком сиромаштву, неспособне за привређивање, без адекватне подршке породице и средстава за живот. Истовремено се подвлачи неопходност редовних исплате пензија, враћања дуга пензионерима и усклађивање пензијских примања са порастом трошка живота и зарада запослених ради обезбеђивања социо-економске сигурности пензионера.

### *Прилагођаваши систем социјалне заштите*

У оквиру система социјалне заштите приоритет је дат мерама за спречавање и сузбијање сиромаштва међу старијим људима, као и мерама везаним за развој институција социјалне заштите да би се у што је могуће већој мери одговорило на специфичне потребе потенцијалних корисника.

У том смислу се као најважније мере финансијске природе наводе увођење допунске материјалне заштите корисника пензија чи-

ја су укупна редовна породична примања по члану домаћинства испод утврђеног минимума егзистенције у старости, увођење пореских олакшица за старачка домаћинства и исплата једнократних новчаних помоћи за сиромашне у кризним ситуацијама.

Подвучена је потреба и за спровођењем мера које индиректно доприносе обезбеђивању економске сигурности у старости, као што су промовисање и афирмација штедње, животног осигурања и добровољног пензијског и здравственог осигурања.

Истовремено је излистан низ мера битних за развијање одређених видова подршке и облика услуга који омогућавају старијим особама да живи у породици или сопственом домаћинству. На пример, обезбеђивање услуге смештаја у хранитељске породице у свакој општини, успостављање мреже клубова за старе, центара за предах, дневих центара, центара кућне неге или служби за доставу хране уз ефикасан систем детекције старачке онемоћалости, болести, инвалидности и развијање инфраструктуре прилагођене старијим људима.

Поред обезбеђивања равномернијег приступа услугама геронтолошких центара, инсистира се на развоју алтернативних облика станововања за старије људе као што су заштићено станововање, заједница станововања и сеоска кућа.

### *Прилагођавање таржиштета рада*

Приоритет у овом стратешком правцу представља промоција радне активности у старости на свим нивоима, укључујући и послодавце и сама старија лица, уз отклањање препрека различите природе за запошљавање старијих радника, посебно жена. У том смислу се наводи 15 активности од, на пример, спровођења релевантних медијских кампања, реформе пензионог система и закона о пензионом осигурању која треба да омогући даље померање старосне и радне границе за одлазак у пензију и делимичну пензију, преко инвестицирања у континуирану едукацију радне снаге, до подстицања ангажовања

старијих лица оба пола у малим и средњим предузећима, укључујући породично предузећништво.

### *Подстичаји доживотно образовање*

Активности дефинисане за остваривање овог стратешког правца су везане за два циља. Први је дефинисан као олакшавање и охрабривање доживотног учења. Њега прати десетак активности. Најважније међу њима су отварање образовног система како би свима пружио једнаке могућности за учење током читавог живота, стварање мреже образовних установа за старија лица, едукација људи који по природи свога посла долазе у контакт са старијим лицима и спровођење програма припреме за пензионисање и живот у старости.

Најважније, пак, активности наведене у оквиру обезбеђивања да се у образовном систему стичу знања која су у функцији већих могућности за запошљавање старијих, другог циља овога стратешког правца, јесу подстицање послодаваца да запосленима омогуће различите видове обуке на посулу и спровођење програма за смањивање функционалне не-писмености и побољшања нивоа основног образовања старијих лица, укључујући старије избеглице и припаднике мањинских група.

### *Обезбеђивањи квалитетан живот и одржавање независног начина живљења*

Очување и унапређење здравственог стања и квалитета живота старијих лица обезбеђивањем здравствених услуга одговарајућег обима, садржаја и квалитета омогућиће се путем различитих активности. Набројаћемо их.

- Увођење наставних садржаја из области геронтологије и геријатрије у наставне програме на свим нивоима стручног образовања.
- Старијим особама услуге примарне здравствене заштите у оквиру обавезног здрав-

ственог осигурања обезбеђиваће изабрани лекар са својим тимом, у сарадњи са другим службама дома здравља, укључујући и пружање здравствених услуга у кућним условима и посредовање у остваривању здравствене заштите на секундарном и терцијарном нивоу.

- У већим градским срединама обезбедиће се развој геријатријских болничких одељења и посебних институција (сестрински домови) за дуготрајну негу и палијативно збрињавање.
- На секундарном нивоу здравствене заштите безбедиће се услови за збрињавање акутних оболења, продужену негу и лечење старијих особа. У случају потребе продужени третман од стране особља у стационарним установама одвијаће се у дневним болницама.
- У домовима за стара лица здравствена заштита ће се организовати у сарадњи са надлежним домом здравља.
- Обезбеђивање служби за свеобухватну заштиту менталног здравља, са нагласком на психосоцијалну подршку и помоћ члановима породице који се старају о старијој особи са поремећајима менталног здравља.

### ***Унайређивање једнакости у приступу ћоловима***

Дато је шест активности које треба спроводити да би се промовисала равноправност половца. Од оних нормативног типа (доношење Закона о равноправности полова, правна решења за укључивање оба пола у политичке структуре на свим нивоима одлучивања), преко деловања општег типа везаних за тржиште рада, породични живот, систем социјалне заштите до специфичних активности ради спречавања занемаривања, злостављања и насиља над старијим људима, посебно женама, и ублажавања односно отклањања последица ових процеса. Треба подврести да осетљивост на питање полова у различитим сферама представља и

гаранцију за постизање једнаког статуса других рањивих групација становништва, укључујући и старије људе.

### ***Обезбеђиваши подршку породицама са старијим члановима и унайређиваши солидарност***

У овом стратешком правцу су одређена три општа циља. Прво, процењивање актуелних и будућих потреба породица старијих људи за услугама заштите, укључујући формалне и неформалне системе, путем анализе одговарајућих демографских трендова, особености морбидитета и морталитета субпопулације од 65 и више година и социо-економских и културолошких карактеристика старијих лица.

Затим, промовисање и подржавање међугенерацијске и интергенерацијске солидарности спровођењем различитих активности у оквиру система образовања, културе, социјалне и здравствене заштите, као и ангажовање у превенцији различитих облика породичног насиља.

И на крају, обезбеђивање посебне подршке породицама које брину о оistarелим и зависним члановима. чини се да су најважније активности које се промовишу за остварење овога циља развој мреже сервиса и услуга заштите на локалном нивоу и обезбеђивање финансијске и друге врсте помоћи и подршке породицама које брину о својим оistarелим члановима, као што су флексibilno радно време или едукативна и психосоцијална подршка даваоцима неге.

### ***Примена и праћење националне стратегије о старењу***

На више нивоа је предвиђено спровођење и евалуација спровођења Стратегије. Прво, усвајање Националне стратегије о старењу треба непосредно да прати усвајање одговарајућих докумената на локалном нивоу.

Друго, формирање јединствених индикатора са одговарајућом базом података за

праћење спровођења и евалуацију активности наведених у стратегијама.

Треће, успостављање међународне сарадње и партнерства у процесу праћења и остваривања Стратегије.

Четврто, продубљивање ресурса релевантних истраживачких знања везаних за боље разумевање процеса старења становништва и социјалне слике старијих у Србији, односно операционализацију и евалуацију мера које су утврђене Стратегијом.

Пето, подршка развоју и укључивању невладиних и волонтерских организација као и удружења старијих људи у процес остваривања Стратегије и њене евалуације.

Као релевантни учесници у процесу спровођења и праћења Националне стратегије о старењу у документу су наведени: Влада Републике Србије, Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, Министарство финансија, Министарство здравља, Министарство просвете и спорта, Министарство унутрашњих послова, Министарство за државну управу и локалну самоуправу, Министарство правде, Министарство науке и заштите животне средине, Министарство за капиталне инвестиције, Министарство за економске односе са иностранством, Министарство културе, Органи локалних самоуправа – скупштине општина и градова, Страна конференција градова и општина, установе социјалне заштите, установе из других система, а у надлежности поменутих министарстава, међународна тела и организације, организације и тела других заинтересованих држава и влада, међународне и стране невладине организације, домаће невладине организације, фондови, фондације и верске заједнице, привредна друштва и предузетници,

високошколске установе и институти и грађани свих узраста, а посебно старији грађани у Републици Србији.

**ОЧЕКИВАЊА** Усвајање *Националне стратегије о стварењу* представља тек први корак у одговору државе на процес старења становништва и потребе популације старијих. Али чини се добар први корак. У документу су препозната сва важна питања. Наведен је низ акција, многе су и разрађене. Дотакнути су и сви релевантни фактори за његово спровођење, укључујући и питање финансијских средстава и начина евалуације. Нађена је и јасна веза са другим стратешким, националним и међународним, документима. Успех, пак, Стратегије ће зависити од умногоме од операционализације предложених активности. Но, *Националну стратегију о стварењу* би морало да прати усвајање државне стратегије везане за недовољно рађање деце, имајући у виду да је низак и опадајући наталитет становништва основни узрок старења популације Србије.

### Литература

1. Јањић Момир, Нешић Дејан (2002) „Карактеристике и потребе старијег становништва Србије“, шестајући конгрес Југославије, Врњачка Бања, 12-16 мај.
2. Министарство рада, запошљавања и социјалне политике (2006) *Национална стратегија о стварењу 2006-2015*, Београд.
3. Мијатовић, Бошко (2003) „Социјално-економски положај старијих у Србији“, *Социолошки прецег*, број 3-4.
4. Пенев, Горан (2005) „Србија у првој половини 21. века. Да ли се могу избегти депопулација и интензивно демографско старење“, *Србија и савремени процеси у Европи и свету*, 26-27 мај, Тара.
5. Council of Europe (2004) *Recent Demographic Developments in Europe*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.

**Стручни и научни радови****Потребе стоматолошке здравствене заштите трудница\****M. Поповић*

Према савременим схватањима очување и унапређење здравља представља изазов како за медицину, тако и за појединца и ширу друштвено-политичку заједницу. чињеница да нам је здравље „додељено“ зачећем обавезује нас да га чувамо и унапређујемо. Орално здравље је интегрални део укупног здравља и као такво представља нераздвојну целину овог појма.

Колики је значај оралног здравља говоре и чињенице да се зубарство помиње у најранијим археолошким налазима. Још су старе цивилизације знале да нарушено орално здравље условљава ланац последица које, осим присуства основне болести, узрокује и низ других последица, као што су нарушавање здравља других органа и система, психолошке, социјалне, као и друге импликације.<sup>16</sup>

Синтезом сазнања која су проистекла из развоја фундаменталних наука, затим опште медицине, развоја технологије и других области, стоматологија се издваја као посебна грана медицине и свој процват доживљава у XX веку, нарочито екстензивно у његовој другој половини. Посебно су се интензивно развијале терапијске области у свим гранама стоматологије. Готово да нема болести орофацијалног система где се терапијским захватима не може пружити врхунска стоматолошка рехабилитација.

чињеница да болести зуба и потпорних ткива заузимају високо место у масовним оболењима инфективне етиологије, да примена савремених терапијских метода не редукује њихову масовност, да због тога после-

дично настаје низ других, нарочито социо-економских последица,<sup>16</sup> интензивирала је развој мисли о могућности превенирања ових болести, као и очувању и унапређењу оралног здравља. После периода одушевљења терапијским дометима стоматологије и окренутости стоматолога само болесном човеку, наступа доба превентивне стоматологије. Ово тим више што се неуспех куративне стоматологије огледао у сталном порасту инциденције и преваленције каријеса. Терапијска стоматологија не може да задовољи све потребе становништва, иако су се здравствени системи развијали и ширили, како због масовности оболења, тако и због великих економских трошкова и ангажовања великог броја стручних кадрова.

У почетку је превентивна стоматологија била део дечје стоматологије, али због природе проблема којом се бави, заузела је посебно место у стоматолошкој науци и практици. Схвативши значај масовних оралних оболења и последица које оне изазивају, у решавању овог проблема учешће је узела и шира друштвено-политичка заједница, како у појединим земљама тако и на нивоу СЗО.

У нашој земљи средином прошлог века, оснивањем клинике за дечју стоматологију на Стоматолошком факултету у Београду, почиње развој превентивне стоматологије. Велики број истраживачких подухвата и научно-истраживачких радова фокусирани су управо на превенцију оралних болести. Закључци који су проистекли из истраживања и искуства, како у нашој тако и у другим земљама, недвосмислено указују на по-

\* Извод из специјалистичког рада.

<sup>1</sup> Др Милијана Поповић, специјалиста социјалне медицине, Завод за јавно здравље Шабац.

требу „увлачења“ шире друштвено-политичке заједнице, породице и појединца у решавање овог проблема. Донети су закони и уредбе који доприносе решавању актуелних здравствених проблема и развоју превентивних делатности. Нарочито је значајна Уредба Владе Републике Србије о Програму превентивне стоматолошке здравствене заштите становништва РС, која је усвојена 1994. године. Програм се надовезује на Законе о здравственој заштити и Закон о обавезним видовима здравственог осигурања, који, иако фаворизују једнакост у коришћењу услуга, доступност и финансијску сигурност, нису успели да редукују масовност оралних болести, већ су, напротив, повећали финансијске и друге трошкове.

Колики се значај у свету придаје овом проблему говори и то да се у декларацији СЗО „Здравље за све у 21. веку“, која је усвојена 1998. године, акценат ставља на превентивне делатности које имају за циљ очување и унапређење здравља.<sup>56</sup>

Свеобухватна анализа здравственог стања и потреба земља чланица СЗО

указала је на потребу да се фаворизују стратегије којима треба да се „покрену националне политике и практични операциони програми на локалном нивоу“. У овој декларацији, између остalog, наглашава се да је **ЗДРАВЉЕ ОСНОВНО ЉУДСКО ПРАВО**, да се морају створити „неопходни услови за достизање и задржавање највећег могућег нивоа здравља људи“.<sup>56</sup>

Један од циљева односи се на **ЗДРАВ ПОЧЕТАК ЖИВОТА**, где се наглашава да је научно заснована **ПРЕНАТАЛНА НЕГА РАНО УЛАГАЊЕ У ЗДРАВЉЕ** које представља каснију добит.<sup>56</sup>

Здравље, као и живот, започиње зачећем па је очување и унапређење здравља трудница, како у току саме трудноће, тако и након порођаја, нарочито у периоду дојења, важан фактор за здравље не само труднице већ и будућег детета. Због осећања материнске одговорности ова популациона група је високо мотивисана за циљану планску акцију у превентивним стоматолошким активностима.

Иако се зна да је очување здравља брига не само здравствених радника већ и заједнице у целини, као и појединца, тек крајем XX века свест о томе се уобличава до те мере да се и међународна заједница оријентише ка ангажовању свих сегмената друштва у спровођењу политike здравља, која подразумева стратегије којима се доприноси очувању и унапређењу здравља, односно којима се фаворизују оне акције које за циљ имају спречавање настанка и ширења болести, а не као до тада само препознавање и лечење болести. Стимулишу се, dakле, активности које препознају ризик од могућег настанка болести и акције које ће спречити њихов настанак и развој.

У Отави је 1986. године као приоритет, између остalog, закључено да здравствене службе треба преоријентисати и усмерити на активности које промовишу здравље, а не само да буду окренуте болесном појединцу. Године 1988. на конференцији у Аделаиди жена се издаваја као примарни промотор здравља и наглашава се значај њеног здравља као услов за здравље нације.<sup>9,12</sup>

У нашој земљи Програм превентивне стоматолошке здравствене заштите становништва, који је Влада Републике Србије донела Уредбом, спроводи се од 1994. године и обухвата, између остalog, и програмски рад са трудницама и одојчади.<sup>61</sup> Овај Програм је настао као резултат праћења ефеката стоматолошке заштите и показатеља о здравственом стању и здравственим потребама популације који су добијени клиничким и епидемиолошким истраживањима. После 2000. године наставило се са превентивном стоматолошком здравственом заштитом трудница по програму који је редукован.<sup>67</sup>

После низа година у којима стоматолошка здравствена заштита због тешког материјалног стања није била у могућности да одговори на здравствене потребе становништва, извесно је да ће се повећати прилив пацијената који ће се обраћати стоматологима због ургентних стања (акутни бол, апцес и сл.), из естетских разлога, због поремећене функције и других „видљивих“ разлога.

Ово се мора имати у виду јер, ма колико добро познавали научно потврђене чињенице о могућности превенирања оралних оболења и значају превентивног рада са трудницама, није тако једноставно усмерити политику друштва и доносиоце одлука који креирају здравствену политику да усмере ресурсе у примарну здравствену заштиту. У хијерархији тренутних интереса, потреба за санацијом великог броја већ оболелих зуба има већу подршку и корисника и доносиоца одлука, као и стоматолога извршилаца, који нису мотивисани да се ангажују у програмима чији ефекти не доносе тренутно видљиве резултате. Високо софистициране протетичке и друге услуге доносе тренутну материјалну корист, за разлику од превентивних чији се резултати „не виде“. Због тога је неопходно да се превентивни програм стоматолошке заштите трудних жена подржи осим законским одлукама и кампањама и другим промотивним активностима у јавности као и стручно-методолошким упутством за његово спровођење код извршилаца. Промотивне активности би се односиле и на преоријентацију здравствене службе којој би приоритети требали да буду промоција здравља и васпитање за здравље у заједници. Промотивне активности треба да обезбеде разумевање значаја улагања кадровских и материјалних ресурса у превентивни рад са трудницама где ће се акцентовати да ће цена коју изискују ове активности бити неупоредиво мања у односу на цену коштања санације оболелих зуба, као и да су ефекти оваквих активности дугорочнији. Све ове активности не смеју да изазову сумње у сврсисходност и крајњи исход.

У извођењу процеса стоматолошке заштите трудница на нивоу дома здравља ангажован је стручни тим у коме се налазе стоматолог, стоматолошка сестра, гинеколог, педијатар, педијатријска сестра, патронажна сестра и по потреби нутрициониста.<sup>43</sup> Због значаја ових активности, стоматолог руководилац тима требало би да буде распоређен само на послове програмског рада са трудницама и програмски едукован и моти-

висан да спроводи програм превентивне стоматолошке заштите трудница и одојчади.

Гинеколози су изузетно важна карика у спровођењу програма. Они треба да разумеју сврху и циљеве превентивног стоматолошког деловања код трудница и да не изазивају недоумице код труднице, нарочито у вези са ендогеном применом флуорида. Важно је да се оствари добра комуникација и сарадња на линији стоматолог извршилац – гинеколог који води трудноћу, односно гинеколог у саветовалишту за труднице. О овој битној спрези објављене су многе публикације у којима се наводи да је добра сарадња између стоматолога и гинеколога неопходна како због превентивних активности у циљу очувања и унапређења оралног здравља будућег детета, ординирања препарата флуора за ендогену примену, тако и због стоматолошких интервенција које могу изазвати бактеријемију.<sup>1</sup>

Стоматолошка сестра, као члан стручног тима, веома је важан фактор у спровођењу програма. Она је током школовања оспособљена да самостално изводи здравствено-васпитни процес, да спроводи профилактичке мере као што су уклањање супрагингивних наслага и слично и да планира активности. Сложеније услуге у процесу санације оралног здравља труднице обезбеђује стоматолог извршилац.

Патронажна сестра, такође, има веома важну улогу у спровођењу програма, јер током свог боравка у породици она може да препозна ризике за настанак оралних болести и применом метода и средстава здравствено-васпитног рада да утиче на промену понашања које води унапређењу здравља, а по потреби и упути стоматологу на одговарајући третман.

Остали чланови тима треба да буду мотивисани и едуковани за извођење програма и треба активно да учествују у његовом спровођењу.

У програмској стоматолошкој заштити превентивни рад са трудницама обухвата скуп међусобно повезаних активности усмешених ка постизању јасно дефинисаних циље-

ва. Једна од тих активности јесте и процес евидентирања у току извођења процеса, као и извештавање. читав овај процес треба да буде професионалан у свим фазама извођења. Без професионализације процеса извођења стоматолошке заштите трудника и евалуације истог, превентивна стоматолошка заштита трудника не може се сматрати добро организованом.

Један од елемената професионализације јесте и извештавање и евалуација који се изводе као саставни део програмских активности.<sup>65</sup> Под професионализацијом евидентирања, извештавања и евалуирања подразумевају се активности које су регулисани законима и прописима који су састави део радних задатака свих сегмената у процесу извођења програма. Ово подразумева да је само извођење интервенција у лечењу и превенцији некомплетно и несагледиво уколико не постоји јединствени програм и методологија којом се процес изводи и уколико нема евалуације.

Евидентирање и извештавање се код извршилаца не ретко сматра послом –“другог реда“ и врло често се обавља непотпуно и непрофесионално. Несправођење ове фазе стоматолошке заштите трудника требало би да буде санкционисано казненим мерама прописаним законом.

У Србији су ове активности регулисане Законом о евиденцијама у области здравствене заштите (Службени гласник РС, број 14/81) који у ставу 1. члан 3. обавезује здравствене установе и предузетнике, који у оквиру своје делатности обављају послове за које су евиденције установљене овим законом, да је вођење евиденција, састављање и достављање прописаних извештаја саставни део стручно-медицинског рада организација. Да би се овај закон спроводио јединственом методологијом он је подржан Правилником о вођењу медицинске документације, начину уписивања података и састављању извештаја (Службени гласник РС, 40/81), а затим и Упутством о јединственим методолошким принципима и статистичким стандардима за евидентирање података, састављање и доста-

вљање извештаја у области здравствене заштите (Службени гласник РС, 54/81).

Закон је обавезујући и подржан је казненим одредбама по којима ће се „новчаном казном за прекршај казнити здравствена организација ако у оквиру своје делатности не води или неуредно води податке прописане овим законом“ – члан 20. став 1. Службени гласник РС 14/81.

Рад свих здравствених установа на регионалном нивоу треба да координира и сагледава Завод за заштиту здравља. Ова јавно-здравствена установа у оквиру своје делатности, из Закона о вођену евиденција у области здравствене заштите, Службени гласник РС 14/8, члан 1. став 1, прикупља податке које јој у оквиру своје делатности достављају здравствене организације, које су на основу овог члана дужне да у законом одређеним роковима достављају прописане извештаје. Завод за заштиту здравља има обавезу да на основу члана 11. став 2. овог закона у здравственим организацијама контролише стручну исправност вођења прописаних евиденција, примене прописане методологије и тачност евидентираних података. Завод за заштиту здравља у законом одређеним роковима доставља прописане извештаје Институту за заштиту здравља Републике Србије, који тражене извештаје достављају међународним здравственим организацијама.

На овај начин је извештавање тако процесујано да је могуће сагледавање укупног броја трудника и одојчади, њиховог оралног здравља, ризика за настанак каријеса, пародонтопатија и ортодонтских аномалија, на основу чега се процес може евалуирати и планирати материјални, кадровски и други ресурси потребни за спровођење програма.

Заводи за заштиту здравља, осим тога, у концепту новог јавног здравља, треба де остваре значајну улогу у мобилизацији заједнице, здравствених планера и политичких лидера у спровођењу акција за превенцију болести.<sup>42</sup> У области програмског рада на спровођењу организоване превентивне стоматолошке здравствене заштите трудница и одојчади регионални заводи за заштиту здра-

вља треба да преузму координирајућу улогу у реализацији програма тако што заједно са домовима здравља, који су takoђе институције јавног здравља, раде на промоцији здравља, размењују информације и искуства у области јавног здравства, подржавају програм јединственим информационим системом, остварују међусекторску сарадњу у промоцији задравља са локалним властима, не-владиним организацијама, приватним сектором и становништвом. Заводи прикупљају и анализирају релевантне здравствене податке, контролишу квалитет куративних и превен-

тивних услуга као и тачност вођења медицинске документације. По природи свог посла заводи пружају „информационе и комуникационе услуге“, затим „оцену кост-ефективности превентивних и куративних услуга“. Заводи за заштиту здравља своје место треба да нађу и „заступањем интереса јавног здравља код доносиоца одлука на локалном нивоу, укључивању заједнице у активности на промоцији здравља, укључивању других сектора у превентивне активности и организовање медијских активности“.<sup>3</sup>

**Стручни и научни радови****Актуелни тренутак здравства у Србији – лична опсервација\***3. Милићевић<sup>1</sup>

Подразумевајући да је човек здрав и да има посао који обезбеђује достојанство њему и његовој породици, мислим да је на скали људских потреба и жеља на првом месту правда, тј. постојање праведног и моралног система. У овој нашој турбулентно-камелеонској транзицији људи су просто гладни правде и морала и свих њихових благодети. Пошто се правда у нашем друштву, већ дуже време, остварује субдозирано и на пипету, неки људи су постали резигнирани а неки агитирани. На моменте постају, чак, и толико љути због глади за правдом да их то чини аутодеструктивним са свим последицама како по њих тако и по цело друштво. А како и да останеш нормалан? Идеш улицом и видиш човека који је више од деценије зеленашио и пљачкао ову земљу и који је на полицијској потерици како ти се славодобитно смешка и гледа те са висине билборда по целом граду.

Елементарна правда се рађа и црпи из права. За тај ресор у држави задужени су правосудни органи и зато мислим да је приоритет будуће и свих других влада ове наше Србије да истраје у консолидацији и свеко-ликом напретку овог ресора. Тај пут јесте спор у односу на наше потребе и апетите али је једини који може да поврати поверење људима и одагна колективну апатију.

Као други приоритет будуће владе, за мене као лекара, јесте здравство. Комплексност и деликатност овог ресора лежи у томе што у систему здравства учествују сви грађани ове земље, хтели то они или не, и то доживотно. Живот почиње у болници, а ту се најчешће и завршава. И најздравији човек током свог живота, и уз пуно среће, свакако да ће најмање десет пута у животу имати тежу прехладу, зубобољу или пролив. Друго да и не помињемо.

Свака жена трудница мора да се контролише и породи под надзором лекара. А где су тешка старост, инфаркти, малигне болести и увек могуће слепо црево.

Здравство је свима трајно и животно неопходан систем и зато се мора чувати, неговати и унапређивати. И када ово сви знамо, ја и даље не могу да се начудим како министар здравља, који је врло ангажовано радио свој посао, може када му се прохте и из било каквог страначког разлога да поднесе оставку и да у јеку реформи остави све нас. Да ли је он министар у странци или министар у влади задужен за здравство. Да ли је ту стручност испред политике?

Каква је то одговорност да се зарад ћефа једне странке напусти кормило и брод са 120.000 запослених који брину о здрављу целиокупног становништва. Предлажем да се то министрима етичким кодексом забрани.

\* Из: Политика, 14.01.2007. године

<sup>1</sup> Прим. др Зоран Милићевић, хирург, КБЦ „Звездара“, Београд.

**Из историје здравства Србије**

## **Најважније компоненте савременог система здравствене заштите – основ Ивањичког програма заштите здравља\***

**П. Довијанић<sup>1</sup>**

У својој студији рађеној 1951. године још је Гордон Ј. Е. утврдио да се код људи могу разликовати основни квалитети неопходни за медико-еколошке анализе појаве и кретања масовних оболења: пол, старост, раса, анатомска структура индивидуе, физиолошко стање/стање ухрањености, психичка конституција, хередитарни фактори и степен отпорности или склоност ка болестима.

Уз све то, веома важан фактор представљају социјално-економске околности. Ови фактори – препознато је одавно – имају необично велику улогу у одржавању и ширењу разних болести у људском друштву и постављају уједно чврсте оквире изван којих не може да се развија рад на заштити и унапређењу здравља. И многи теоретичари здравствене заштите становништва доказали су да у људској заједници постоји међусобна повезаност и интеракција између политичких, економских, културних, образовних фактора који упливишу једни на друге, а сви заједно на здравље човека. И обратно, *од здравља становништва увекико зависи развијеносћ и квалитет њих социјално-економских фактора.*

Оваква схватања била су полазна основа пионирима – протагонистима **Ивањичког програма заштите здравља становништва** у формулисању садржаја њиховог рада, опредељења и жеље за превасходно унапређење хигијенско-санитарних и општих услова њиховог живота зарад очувања, унапређења односно промоције њиховог здравља.

Њихов приступ се заснивао на поставци да лекар који заиста жели помоћи народу да унапреди здравље треба да научи мислити на начин којим то ради народ којем се посветио. Група лекара, која је иницирала и спровела своје схватање о заштити здравља, заиста је тај наук савладала до краја и тако „прирасла срцу и духу становништва моравичког краја“.

Поред тога, свесно или несвесно, прихватали су и до краја се придржавали у свом раду познатих **10 принципа у заштити здравља** које је још 1928. године поставио чувени протагонист савремене превентивне здравствене заштите и социјалне медицине - др **Андреја Штампар**:

- „Важније је обавештавање народа од зајона.
- Најважније је спремити у једној средини терен и правилно схватање о здравственим питањима.
- Питање народног здравља и рад на његовом унапређењу није монопол лекара него њиме треба да се баве сви без разлике. Само овом заједничком сарадњом може се унапредити народно здравље.
- Лекар треба да је углавном социјални радник; индивидуалном терапијом не може много да се постигне; социјална терапија је средство које га може довести до правог успеха.
- Лекар не сме бити економски зависан од болесника јер га економска зависност спречава у главним његовим задацима.

\* Из публикације проф. Довијанић П. и сарадници „Ивањица - претеча система примарне здравствене заштите“, 2004, Београд, Холдинг „Велефарм“.

<sup>1</sup> Проф. др Предраг Довијанић, професро медицинског факултета у Београду, emeritus.

- У питању народног здравља не сме се чинити разлика међу економски јаким и слабим.
- Потребно је створити здравствену организацију у којој ће лекар тражити болесника а не болесник лекара, јер се само на тај начин може у нашем стварању да обухвати све већи број оних чије здравље треба да чувамо.
- Лекар треба да је народни учитељ.
- Питање народног здравља од већег је економског него хуманитарног значаја.
- Главно место лекарског деловања су људска насеља, места где људи живе а не лабораторије и ординације.“

Пажљиво испитивање и познавање животних услова становништва показало је тој малобројној или одлучној групи лекара Дома здравља да могућности за унапређивање здравља појединца, породице па и популације у целини знатно заостају иза њихових објективних економских могућности. Оваква запажања довела су до закључка да би превладавањем јаза који постоји између економских могућности појединача, с једне стране, и здравствене културе, с друге стране, било могуће постићи значајне успехе у унапређењу и заштити здравља становништва.

Због тога је садржај **Ивањичког програма заштите здравља становништва**, поред директног практичног рада на терену у виду хигијенизације животног простора, обухватио и веома широк програм здравствено-васпитног рада са циљним групама популације (мајке и деца пре свега). Успешни здравствени програми овог типа неминовно остављају позитивне резултате и изван сфере народног здравља. Унапређење општих хигијенских прилика, постигнуто заједничком и акцијом здравствене службе и заинтересованих корисника тих објеката, довело је до тешње реализације, садржаја на сеоском подручју, па и ширих социјалних и културних садржаја: повећавање писмености и нивоа општих знања, организације села на заједничким акцијама (водоводи, путеви, чесме, школске кухиње и сл.), стварање склоности и пријемчиво-

сти према другим „новотаријама“ (комфорне куће, меблирање, и сл.) и тако даље. Исто је све крчило пут унапређењу пољопривреде (нове пољопривредне културе, агротехника, механизација и сл.), чиме је постигнуто осећање веће вредности и поштовања људског живота, и консеквентно, унапређењу здравственог стања становништва.

Једна од значајних особина **Ивањичког програма заштите здравља становништва** било је и то да је његов садржај од самог почетка имао плански карактер. То је, иначе, био период када се још у земљи није почeo примењивати план здравствене заштите. Плански рад на заштити и унапређењу здравља народа у Ивањичком програму значио је систематско усмеравање, етапирање и координирано деловање здравствене службе, различитих друштвених фактора и интересената (месних заједница или појединача) ка одређеном здравственом циљу који је, иначе, био претходно одређен – изабран као приоритет. *Дакле, унайређењем услова за заштиту здравља становништва ивањичкој краји, што значи и смањивање оболевања, инвалидности и смртности у становништву постало је објекат систематског планирања мера и акција, што је касније пружајено као узледни пример за ширу друштвену заједницу.*

Тих педесетих и шездесетих година двадесетог века и Светска здравствена организација почела се интензивније бавити питањима планирања здравствене заштите. У првом Извештају групе експерата о овом питању, 1952. године, подвлачи се да „не постоји у свету систематичност у организацији здравствене заштите становништва нити адекватно планирање у тој области“. Светска здравствена организација је тада закључила да постоји потреба да се овај проблем озбиљније изучава и препоручила да централне власти земаља чланица Светске здравствене организације треба да почну да се у овој области баве широким планирањем, доношењем прописа и пружањем стручне помоћи локалним властима и њиховим установама за здравствену заштиту. **Локалне власти, пак,**

**треба да утврђују оперативне планове здравствене заштите и да их реализују на свих пет нивоа: унайређивање здравља, специфична превенција болести, рана дијагностика и брзо лечење оболелих, ограничавање неспособности и рехабилизација. Управо оно што је већ постало садржај и практика Ивањичког програма заштите здравља становништва.**

У истом смислу делују и поставке из Устава Светске здравствене организације: „Највиши достигнути здравствени стандард представља једно од основних права сваког људског бића, без обзира на расу, веру, политичко уверење, економско или социјално стање.“

Још 1953. године Комитет стручњака Светске здравствене организације, уз учешће Међународне организације рада, Организације Уједињених нација за културу и образовање, Светске организације за исхрану и Светске здравствене организације, проучио је дефиницију и процену стандарда и нивоа живота популације једне земље са међународног становишта. У свом извештају овај **Комитет експерата истакао је 12 битних елемената за мерење нивоа стандарда живота:**

- „здравље и демографско стање
- исхрана и хидратација
- просвећеност, подразумевајући основно и стручно образовање
- радни услови
- стање у односу на зајослење
- правилна појлошиња и штедња
- саобраћај
- станововање
- одевање
- одмор и разонога
- социјално стварање и
- слобода народа“.

Очигледно је да се **највећим процентом појам здравља популације поклапа са појмом њеног животног стандарда**. У ствари, свих ових 12 елемената чине једну дијалектичку целину, у којој је здравље и демографско стање стављено, с пуним правом, на прво место у мерењу стандарда живота становништва.

Комитет експерата Светске здравствене организације за питања и проблеме организације здравствене службе, у складу са принципима који су изнети у Уставу Светске здравствене организације и дефиницијом здравља која је дата у том Уставу, утврдио је суштину и обим задатака којима се бави наука о јавном, односно народном здрављу. Ова дефиниција је у ствари нешто проширење дефиниција, коју је **Њинслоњ** формулисао још 1920. године: „*Јавно здравство је наука и вештина спречавања болести, продужавања живота и унайрења здравља и менџмане и физичке вештине појединца, путем колективног и организованог рада, чији је циљ да санира околину, да се бори правилма личне хигијене, да организује лекарске и сестринске службе за рану дијагностику и благовремено лечење оболелих, као и да спроведе социјалне мере које ће сваком члану заједнице обезбедити животни стапајајући пољољан за одржавање здравља, а крајњи циљ ових мера је да сваком појединцу омогући да ужива своје урођено право на здравље и дуг живот*.“

Комитет експерата Светске здравствене организације, после усвајања ове дефиниције, дао је листу оних служби чија се делатност уклапа у обавезе институција које се баве заштитом здравља народа (поред здравствене службе) коју они спроводе, било директно било у сарадњи са другим органима – у циљу унапређења и заштите здравља:

## 1. Комуналне службе

- станововање и станови,
- урбанизам и уређење насеља,
- регулисање и коришћење терена – земљишта,
- снабдевање водом,
- канализација,
- евакуација отпадних вода,
- евакуација и обрада смећа,
- спречавање загађивања водотока,
- борба против инсеката и глодара,
- надзор над индустријским постројењима и њиховим шкодљивим отпадима,
- спречавање загађења атмосфере.

## 2. Лична и социјална хигијена

**A. здравих особа:**

- а) трудница (пренатална и постнатална нега),
- б) деце (одојчад, предшколска и школска деца),
- в) одраслих, посебно и индустриске раднике,
- г) старих особа;

**B. особа са физичким недостатцима;****C. болесних особа:**

- а) патолошка стања везана за репродукцију,
- б) акутне болести,
- в) хроничне болести,
- г) инфективне болести,
- г) професионална оболења.

**3. Мере прошив заразних оболења****A. Карантин:**

- а) националне мере,
- б) интернационалне мере.

**B. Очишење мере за борбу пропагандија (укључујући вакцинацију, изолацију и дезинфекцију)****4. Опште (друге) службе и делатности****A. Унапређење здравља:**

- а) исхрана,
- б) физичко васпитање,
- в) здравствено просвећивање (ментална физичка хигијена)

**B. Промисли:**

- а) законодавне мере,
- б) стандардизација,
- в) животне намирнице и лекови.

**C. Опрема:**

- а) медицинска,
- б) санитарна.

**D. Службе за регистровање и анализу података:**

- а) статистика и архива,
- б) анкете и обрађивање проблема који се постављају,
- в) анализа резултата.

**E. Стручна настава:**

- а) за студенте,
- б) постдипломско усавршавање,
- в) курсеви за обнављање и усавршавање.

**Б. Истраживачки рад:**

- а) основна истраживања,
- б) драматична истраживања (укључујући теренско испитивање),
- в) истраживања о проблемима примени.

Укључујући у листу актера здравствене заштите и друге делатности и службе које директно или посредно доприносе здрављу становништва, наглашава се да остваривање здравствене заштите није само делатност здравствене администрације и здравствене службе, већ и низа других из такозваног нездравственог сектора. **Здравствена политика, према томе, не може се сама за себе издвојено посматрати, већ је она саставни део општег, привредног и друштвеног развоја, јер услови социјалистичког, културног и економског живота имају значајан утицај на очување и заштиту здравља становништва.**

Прихваталајући тезу да је здравље елеменат индивидуалног и социјалног благостања, природно је да се прихвати међусобна зависност здравља и општег животног стандарда као и неопходност интеграције многих друштвених служби у остваривању здравственог стандарда. На основу тога произлази да је један од основних задатака стручњака јавног здравља да синтетизује сва позитивна знања и искуства и усмери све позитивне снаге у остваривању потпуног душевног, телесног и социјалног благостања, а не само да се бори против болести и телесних недостатака. А то значи: да је здравствени радник, лекар пре свега, истовремено јавни друштвени радник, а здравствена служба – јавна делатност од посебног друштвеног интереса.

Прихваталајући у основи концепцију Светске здравствене организације, још у Општем закону о здравственој заштити и здравственој служби 1964. године и републичким законима, здравствена заштита је дефинисана као: „делатност која се предузима у циљу унапређења здравственог стања грађана, спречавања и сузбијања оболења и повреда, раног откривања оболења и благовременог лечења и отклањања последица оболења и повреда (рехабилитација)“, **управо оно што својим са-**

**држајем обухвата Ивањички програм заштите здравља становништва који се развијао још од раних година 20. века.** Сврха здравствене заштите јесте, на првом месту, да обезбеди, очува и унапреди здравље грађана као основног услова за развитак биолошких, радних, стваралачких и одбрамбених способности народа, материјалне основе друштвене заједнице и за развитак друштва уопште. Исто тако и данас према важећем Закону о здравственој заштити и здравственој служби Србије друштвено-политичке заједнице, здравствене установе, заједнице социјалног осигурања, радне и друге организације старају се о обезбеђивању здравствене заштите и унапређивању здравствених услова.

**Претходни Закон о здравственој заштити Републике Србије (од 31. марта 1992. године са изменама и допунама) декларисао је следеће постулате:** „Здравствена заштита је организована и свеукупна делатност друштва на очувању и унапређењу здравља грађана, спречавању, сузбијању и раном откривању болести, пореда и других посремећаја здравља и блаховременом и ефикасном лечењу и рехабилитацији. У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите учесављују самостално и трајним програмски: грађанин као појединач и породица; предузете, образовна и друга установа, хуманитарна, верска, спорурска и друга организација, заједница и удружење; организација здравственог осигурања, здравствена служба и локална заједница, општина, град, аутономна покрајина и Република (чл. 2).

**Свеукупна делатност друштва у области здравствене заштите заснива се на првичној здравственој заштити у оквиру које се приоритетно обезбеђује: здравствена заштита групација становништва изложеног посебан ризику оболевања, здравствена заштита становништва у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем најчешћих болести од већег социјално-медицинског значаја и спровођење обавезних мера колективне здравствене заштите и споручно-међудолошког усмеравања кон троле здравствене службе (чл. 3).**

*Сви грађани треба да чувају и унапређују своје здравље и здравље других лица и услове животне средине (чл. 4)*“.

Све су то очигледно редефинисане основне идеје, поставке и пракса садржана у програму **Ивањичког програма заштите здравља становништва**. Посебан нагласак у садржају и практичном спровођењу у овом програму дат је здравственом васпитању становништва. За протагонисте **Ивањичког програма заштите здравља** здравствено васпитање је представљало систематски усмену и планирану делатност која иде за тим да се помогне људима да унапреде здравље својим властитим средствима, радом и понашањем. Истовремено активно се ради на развијању осећања одговорности код организација, који онда постају, а у овом случају су и постали, активни учесници на спровођењу мера за санирање узрока оболевања и унапређења здравља становништва. Група експерата Светске здравствене организације је још 1954. године дефинисала **опште циљеве здравственог васпитања**:

1. Учинити здравље цењеном друштвеном вредношћу
2. Помоћи појединцима да постану одговорни за своје здравље и да спроводе оне мере које треба да предузму да би као појединци или групе остварили или очували пуно здравље...
3. Унапредити, како развој тако и правилно коришћење здравствене службе.

Ови циљеви и принципи били су базични сегменти садржаја и праксе спровођења **Ивањичког програма заштите здравља** својег становништва. Цео комплекс мера и активности садржан у том програму требало је да допринесе, односно, да помогне људима да живе пунијим и срећнијим животом, да се природније и благовремено прилагођавају социјалним променама које се стално одиправљају у друштвеној заједници, да их охрабри да развијају своју сопствену општу и здравствену културу, идентификују здравствене потребе и постављају захтеве према друштвеној заједници и здравственој служби

и да им тако омогући и постизање социјалног и економског напретка.

Разматрањем ових питања у непосредном периоду после Другог светског рата (1945), која су оцењена веома значајном социјалном акцијом, бавила су се многа позната имена наше превентивне медицине: А. штампар, М. Радовановић, М. Савићевић, Р. Герић, С. Јаковић, В. Ђукановић, Ј. Џекић, Х. Краус, Б. Врачарић, Б. Томић и др. Посебно је био активан Грујица жарковић, који је најплоднији писац стручне литературе из ове области. За нас је овде интересантна његова оцена стања духа сеоског становништва наше земље, што је, иначе, цењена карактеристика становништва села ивањичког краја тих година. Узевши у обзир психологију тог живљења, историјске наслаге и карактер, традицију, навике и обичаје, као и хигијенско-санитарне услове, Г. жарковић је у једном свом раду из 1950. године закључио: „Данас је код нас продрло и широко је прихваћено сазнање да уместо повременог, кампањског рада на селу треба развити континуирани и систематски здравствено-васпитни рад. Њега треба да спроводе они здравствени радници који живе на селу или се налазе у редовном и сталном директном додиру с његовим становништвом. Здравствено васпитање треба да буде конкретно и не мора увек да започиње питањима хигијене и борбе против болести, него се за њега могу створити предуслови развијањем економског и просветног просперитета села и то зато што је веома тешко нешто направити међу апатичним, заосталим и сувише сиромашним сељацима. Становништво чији друштвени стандард расте обично има пред собом јаснију перспективу и вољу за напредак, па много лакше прихвата и нове здравствене мере. Здравствени радник није способан да саветује сељаке у свим питањима привредног и просветног напретка, него може деловати само као члан веће групе, ширег тима, који укључује у најмању руку агронома, ветеринара и учитеља. Тамо где нема повољних резултата и добрих традиција из ранијег здравствено-васпитног рада, здравствене мере треба

да су тако изабране да дају видљиве резултате који ће се повољно одразити на економију или опште материјалне услове сеоског домаћинства“

Протагонисти **Ивањичког програма заштите здрavlja** управо су и сами дошли до идентичних оцена јер су познавали своју популацију, њену динамику, карактер, социјалне односе, економски статус и услове живота. Прихватајући основне постулате узрочно-последичног ланца они су, паралелно са спровођењем својих професионалних здравствених акција, инсистирали, па понекад и условљавали, код друштвене заједнице и појединца да често заједно са њима предузму активности у правцу општедруштвеног развоја сеоског подручја: изградња путева, електрификација, изградња школа и сл. Паралелно је текао други правац заједничком акцијом са становништвом: хигијенизација сеоског подручја путем изградње мреже водовода, јавних чесама, школских и јавних нуђника, хигијенских штала, хигијенских локализација отпада, здравих стамбених објеката, школских кухиња, здравствено-васпитних течајева и курсева и сл.

Трећим правцем је касније текао процес организовања „пунктова“ здравствене службе по селима у виду здравствених станица у већим селима (са сталном „посадом“ - - лекар опште медицине и медицинска сестра, односно, болничар и повременим доласком специјалисте педијатра, генколога и стоматолога), или и амбулантама у мањим селима са сталним болничарем (касније медицинском сестром или техничарем) и повременим доласком лекара опште медицине.

Веома наглашено поље делатности свог здравственог особља био је здравствено-васпитни рад у породици и у школама.

**Рад у породици се оријентисао на проблеме пресудне за формирање здравих навика, понашања и представа. То су, пре свега, следеће области:**

- Хигијенске навике и поступци у односу на личну хигијену као и утицај старијих према стварању здравствених навика и понашања код деце,

- Хигијенске прилике у стамбеном објекту и помоћним објектима око њега (стандард становаша, чистоћа, снабдевање водом, уклањање смећа),
- Исхрана породице: производња, чување и прерада хране, јеловник, прилагођавање исхране узрасту, занимању и физиолошком стању чланова породице,
- Однос породице према здрављу: поступци за превенирање болести и мере код појаве болести у породици,
- Потреба и начин/облици коришћења услуга здравствене службе итд.

Здравствено-васпитни рад у школама је био такође веома интензиван као саставни део **Ивањичког програма заштите здравља**. Њиме су обухваћене нарочито следеће области у којима су важну улогу имали учитељи, поред здравствених радника:

- Здраве навике и поступци наставника и другог школског особља као пример за углед и мотивисање деце,
- Физичка средина, хигијенско-санитарни услови, чистоћа школског простора и лична хигијена ћака,
- Услови школских кухиња и састав школске исхране,
- Наставни план и програм – настава хигијене, физичког васпитања и друштвена активност ћака,
- Однос ученика према акцијама за унапређивање здравља у школи, породици и насељима,

- Школска здравствена служба, укључујући и пружање прве помоћи, као и мере код избијања неке епидемијске појаве и слично.

**Укупност свих ових и сличних акција до-принела је задивљујуће успешним резулта-тима Ивањичког програма заштите здравља становништва.**

*И тајако, и поред честих реформи и реор-ганизација, измена и добуна, основна струк-туре Ивањичког програма заштите здравља становништва одолева свим менама и траје деценијама, јер је заснована на традиционал-ним основама домаћа народног здравља, окренута заштити здравља, усмерена на човека и ризичне факторе из живота и рад-не средине а „наслоњена“ на ингерес, значај и обавезе грађанина појединца, његову поро-дицу, радну организацију и друштво као це-лину.*

*С друге стране данас су и све здравствене установе, као део савремено организова-ној система здравствене службе и заштите, прихваћиле принципије активне здравствене заштите, диспанзерски метод рада, коопе-рацију између појединих подсистема здравља и ванздравственог сектора, ојвореносћи болничких институција на свим нивоима за-штите уз афирмацију начела примарне здравствене заштите као основног гаранта успешности рада здравства у целини.*

**Извештај са стручног скупа****Четврта Европска летња школа клиничке фармакологије и терапије, Вршац, Србија, 16–20. септембар 2006. године\******В. Драгојевић-Симић<sup>1</sup>***

Европско удружење за клиничку фармакологију и терапију (*European Associations for Clinical Pharmacology and Therapeutics - EACPT*) основано је пре нешто више од 10 година са циљем да промовише клиничку фамакологију као науку и струку на европским просторима. У складу са тим, основни задаци *EACPT*-а јесу: унапређење етичких стандарда у клиничким испитивањима лекова, непрекидно залагање за рационално прописивање лекова, поред осталог усаглашавање националних програма за наставу из клиничке фармакологије на додипломском и последипломском нивоу, покретање служби за пружање свих видова консултативних услуга везаних за лекове и активно залагање за фармакотерапију засновану на доказима у здравственим установама и, уопште, унапређење коришћења услуга клиничког фармаколога у националним системима здравствене заштите. Да би се ово реализовало, између осталог, *EACPT* организује бројне стручне састанке и конгресе, а посебан акценат се даје летњим школама клиничке фармакологије и терапије. Одржавају се практично сваке године у другој земљи, чије је национално удружење клиничких фармаколога члан *EACPT*-а, а од значаја су како за саму едукацију лекара коју треба унапредити, тако и за промоцију ове струке у широј стручној јавности.

Ове године *EACPT* је поверило организацију четврте европске летње школе клиничке фармакологије и терапије Секцији за

клиничку фармакологију Српског фармаколошког друштва (SKF SFD), које је њен члан од 1996. године. Председништво Секције је донело одлуку да се она одржи у Вршцу, од 16. до 20. септембра ове године, а као суорганизатори, поред *EACPT*-а појавили су се и Међународна федерација удружења лекара у фармацеутској индустрији (International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians – IFAPP), Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу, часопис *Australian Prescriber*, Секција за фармацеутску медицину Српског лекарског друштва и Општина Вршац. Покровитељ скупа је било Министарство здравља Републике Србије.

Међународни надзорни одбор на челу са проф. Кимом Брсеном из Данске и Програмски одбор школе из Србије, на челу са проф. Милошем Стојиљковићем, иначе иницијатором ове школе, сачинили су програм чија је намера била да полазницима пружи свеобухватан преглед читаве модерне клиничке фармакологије. Да би се обезбедили врхунски образовни дometи школе позвана су чак 34 предавача, од којих су 24 били из иностранства, и то из 15 земаља Европе, као што су Данска, Немачка, шведска, Велика Британија, Русија, али и нама околних земаља, као што су Бугарска, Мађарска, Република Српска, Хрватска итд. У прилог квалитету, како планираног програма, тако и компетентности и избора предавача, сведочи и чињеница да је престижни Факултет фармацеутске медицине из Лондона доделио чак

\* Из: „Војносанитетског прегледа“, 11.2006. године.

<sup>1</sup> Доц. др Викторија Драгојевић-Симић, Центар за клиничку фармакологију, ВМС, Београд.

18 кредита овом склопу свог програма континуираног професионалног развоја (CPD), док је у нашој земљи одлуку о додељи пет кредита у оквиру континуиране Медицинске едукације (СМЕ) дало и Наставно-научно веће Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу.

Посебну част активним учешћем указали су нам проф. Folke Sjögvist (1933) из шведске и проф. Michael Orme (1940) из Велике Британије. Проф. Sjögvist, један од оснивача и првих клиничких фармаколога у Европи, на отварању школе, у свом, по обичају, надахнутом предавању говорио је о прошлости, садашњости и будућности ове, још увек релативно младе, медицинске дисциплине. Поред тога што се осврнуо на четири деценије у развоју клиничке фармакологије, од њеног оснивања раних шездесетих година прошлог века до данас, он је дао и пресек савремених забивања везаних за стручне и научне задатке клиничких фармаколога, како у својој родној шведској, тако и у Европи уопште. Предавање је завршио парафразирајући J. F. Kennedyja, саветом који је био упућен младим лекарима који су тек започели да се баве овом граном медицине: „Немојте питати шта клиничка фармакологија може учинити за вас, него шта ви можете учинити за клиничку фармакологију (рационалну примену лекова)“. Проф. Michael Orme, актуелни председник EACPT-а, у оквиру свог приступног предавања као почасног члана SKF SFD детаљније је упознао полазнике школе о напретку у додипломској и последипломској настави из клиничке фармакологије у Великој Британији, чemu је и сам много допринео. Исто признање је уручене и проф. Folke Sjögvistu.

Првог дана школе полазници су, након увода у фундаменталне принципе фармакокинетике и фармакодинамике, имали прилике да чују низ занимљивих предавања о самом процесу настанка новог лека, фармакогенетици, фармакоепидемиологији и фармаковигиланси, које су све још увек релативно нове и атрактивне гране клиничке фармакологије, поготову у нашој земљи. Такође, поред

неизбежне и важне теме о интеракцијама лекова, о којој је надахнуто говорио садашњи министар здравља Републике Српске, проф. Ранко шкрбић, полазници су чули и проф. Игора Францетића из Хрватске који је на једноставним примерима из праксе показао како би требало рационално прописивати лекове, а Jesper Hallas из Данске на приступачан начин приближио је слушаоцима шта се подразумева под појмом медицине засноване на доказима. Нарочито интересантно предавање је одржао проф. Момир Миков са Новог Зеланда, који је говорио о односу клиничке фармакологије и клиничке фармације кроз детаљан преглед развоја обе дисциплине, као и о улози коју специјалисти та квог профила имају или би требало да је имају у националном систему здравствене заштите.

Другог дана скупа слушаоци су могли да сазнају доста занимљивих информација везаних за улогу и одговорности клиничких фармаколога у фармацеутској индустрији, регулаторним агенцијама за лекове и здравственом систему, односно здравственим установама. Посебно је било занимљиво предавање гошће из Данске, Hanne Rolighed Christensen, која је говорила о улози и одговорностима болничких комисија за лекове и успесима које је ова комисија у њеној болници остварила у унапређењу фармакотерапије. Засебну групу предавања чиниле су теме које су веома значајне за свакодневну праксу клиничког фармаколога, а то су: примена лекова у трудноћи, лактацији, код деце, старих особа и код особа са инсуфицијенцијом јетре и/или бубрега.

С обзиром на значај, актуелност и пажњу коју клиничка испитивања лекова привлаче, не само у професионалним круговима, него и у лаичкој јавности, наредног дана школе одржан је читав низ предавања на ову тему. Било је речи о етици у клиничким испитивањима и улози етичког комитета, специфичностима клиничких испитивања у посебним вулнерабилним групама болесника, као и детаљно о улози појединих актера у спровођењу тзв. Добре клиничке праксе (GCP)

као стандарда квалитета за планирање, спровођење и извештавање при испитивањима која се спроводе на људима (главног истраживача, спонзора, одитора, монитора итд).

Такође, пажњу полазника, али и предавача из Западне Европе привукла су предавања која су имала за циљ да прикажу актуелни статус струке како у Источној Европи, као целини, кроз резултате спроведене анкете (проф. Милош Стојиљковић), тако и у Руској Федерацији (проф. Лилија Зигансхина) и Србији (доц. др Викторија Драгојевић-Симић, представника SKF SFD). Наime, у обе ове земље клинички фармаколози су се изборили за увођење норматива везаних за ову структу у законским и подзаконским актима о здравственој заштити, односно прецизном броју болесничких кревета за које је „задужен“ један клинички фармаколог, као што је то случај и са осталим специјалностима.

Последњег дана школе полазници су могли узети учешће у једној од четири радионице са следећим темама: фармацеоекономија, нежељени ефекти лекова, терапијски мониторинг лекова и организација служби за пружање информација о лековима. Могућност интерактивног суделовања полазника са предавачима допринела је бољем усвајању одређених знања у овим областима, мада се у току целе школе интересовање слушалаца могло видети кроз велики број питања која су постављана након сваког предавања.

О успешности школе говори свакако и број њених учесника који је био већи него у све три претходне заједно, а које су биле

одржане у Анталији (Турска), Будимпешти (Мађарска) и Софији (Бугарска). Регистровано је 250 полазника, из 25 земаља, из 40 иностраних и 20 домаћих градова, при чему је око половине било из иностранства. Највише је било лекара специјалиста клиничке фармакологије, али и других грана медицине, затим фармацеута, а учешће су узели и колеге стоматологи. Овоме је свакако до-принела и чињеница да је осам месеци пре овог скупа отворена интернет-страница школе ([www.eacpt.vrsac.com.](http://www.eacpt.vrsac.com/)) која је наставила да функционише и после школе, са тенденцијом да прерасте у сајт посвећен српској клиничкој фармакологији. Поред дипломе о похађању школе, која је, како је речено, међународно и национално акредитована, полазницима су подељени и компакт-дискови са презентацијама свих предавача који су наступали у оквиру школе.

Општем повољном утиску које су учесници, укључујући и странце који то нису крили, понели из српске школе клиничке фармакологије свакако је допринео пажљиво одабран друштвени програм, одлични хотелски и конгресни капацитети и љубазност до мајина града Вршца, а посебно ангажовање колега и других запослених из фармацеутске компаније „Хемофарм СТАДА“ који је био генерални спонзор скупа.

Председништво SKF сматра да је овај скуп допринео не само бољој едукацији и подстицању интересовања за клиничку фармакологију у целој земљи, него и репутацији ове струке, наше медицине, па и Србије у целини, што нам је и био циљ.

**Извештај са стручног скупа****IX Конгрес токсиколога Србије  
са међународним учешћем\***С. Вучинић<sup>1</sup>

У периоду од 27. септембра. до 1. октобра.2006. године, већ традиционално на Тари, одржан је IX конгрес токсиколога Србије са међународним учешћем. Конгрес је одржан под покровitelством Удружења токсиколога Србије и Токсиколошке секције Српског лекарског друштва. С обзиром на бројност учесника из целе Србије и бивших југословенских република, мултидисциплинарност токсикологије као струке и научне дисциплине која утиче на све сегменте живота, може се рећи да је реч о једном од најважнијих научних скупова у Србији ове године.

Имајући у виду управо мултидисциплинарност токсикологије, као и најважније проблеме са којима се суочавају медицински радници који су укључени у забрињавање токсиколошких болесника, Организациони одбор конгреса је одлучио да се усмена предавања одвијају кроз следеће сесије: Организација токсиколошке службе у Србији, Клиничка токсикологија, Токсичне хемикалије, Професионална токсикологија и Експериментна, аналитичка и екотоксикологија.

Првог дана конгреса учесницима је о организацији токсиколошке службе у Србији надахнуто говорио проф. др Драган Јоковић. На неки начин његов професионални задатак и пут сажет је у члану 92. Закона о здравственој заштити којим је Центар за контролу тровања ВМА, на чијем се челу налазио више година, коначно именован као здравствена установа која прикупља податке о

дејству отровних хемикалија и природних отрова, води регистре о инцидентима тровања, учествује у формирању и надзору над централним залихама противотрова у Републици, пружа информације и савете у вези са акутним тро-вањима здравственим установама, приватној пракси, здравственим радницима, као и другим правним и физичким лицима, врши испитивање и примену нових метода за превенцију тровања и утврђује стручно-медицинске и доктринарне ставове у вези са заштитом од тровања, као и у вези са пружањем медицинске помоћи и отклањањем последица тровања. Оно што је учеснике конгреса практично занимало јесу задаци здравствених установа у спровођењу програма здравствене заштите у акутним тровањима хемијским материјама, по различитим нивоима (станице за хитну помоћ, домови здравља, опште болнице и здравствени центри, клиничко-болнички центри и Центар за контролу тровања). Важан део Центра за контролу тровања јесте Одељење за токсиколошку хемију. У свом уводном предавању проф. др Весна Килибарда говорила је о томе да у будућности све лабораторије морају имати валидиране аналитичке методе и ради по принципима добре лабораторијске праксе које дају ISO и друге организације, као и предностима које нам то доноси.

У уводном предавању доц. др Славица Вучинић учесници су могли да сазнају о савременим терапијским приступима у акутним тровањима органофосфорним инсектициди-

\* Из: „Војносанитетског прегледа“, 1.2007. године

<sup>1</sup> Доц. др Славица Вучинић, војномедицинска академија, Центар за контролу тровања, Београд.

ма, постојећим дилемама везаним за антидоте, али и доста нових и занимљивих информација о потенцијалним новим терапијским агенсима као што су антихолинергик гликопиролат, органофосфорне хидролазе, натријум бикарбонат, NMDA антагонисти, антагонисти IL-1, циклопентиладенозин и други. чињеница да су акутна тровања органофосфорним инсектицидима у свету у порасту, указује на то да, иако је прошло више од 60 година од синтезе првог органофосфорног једињења, ово поглавље није затворено. Сесија клиничке токсикологије била је замишљена тако да након уводних предавања, у кратким усменим излагањима, лекари из других здравствених центара у Србији, као што су Лесковац, Ужице, чачак, шабац и други, изнесу своја искуства са забрињавањем токсиколошких болесника. У веома живој дискусији са предавачима, учесници конгреса су потврдили значај изабраних тема за њихов свакодневни рад.

Другог дана конгреса, проф. др чупић, у свом веома интересантном предавању, говорио је о токсичким ефектима хемијских материја, обухвативши и мутагенезу, карциногенезу, тератогенезу и имунотоксичност.

Заштита радне популације и материјалних добара је примарни задатак стручњака из области безбедности и здравља на раду, а остварује се кроз процес предвиђања, идентификације, евалуације и контроле ризика у радној средини. О различитим концептима процене ризика од излагања хемијским штетностима говорио је др Торбица из Института за медицину рада и радиолошку заштиту Клиничког центра Србије.

Неизбежна тема на овом конгресу, наравно и овог пута, био је осиромашени уранијум (OU) и његови ефекти. Доц. др Бранка Дуровић, у веома занимљивом уводном излагању, приказала је конгениталне малформације регистроване у регионима примене OU

и деце војних лица акутно изложених овом агенсу. Закључила је да је ефекте OU веома тешко епидемиолошки доказати када су мајке изложене већем броју штетних агенаса, а латентни период могућих ефеката је дуг, те је препоручила дуготрајно и систематско праћење. Пажњу учесника конгреса привукло је и предавање проф. др Биљане Антонијевић са Фармацеутског факултета у Београду о кумулативној процени ризика при дуготрајној експозицији ниским дозама органофосфата, са закључком да је инхибиција холинестеразе још увек најпоузданiji параметар, чак и у процени дуготрајне експанзије ниским дозама органофосфата.

У бројним постер-презентацијама уочена је потреба за успостављање доктрине у решавању низа проблема којима се бави токсикологија, као мултидисциплинарна наука и струка.

Овом конгресу присуствовало је око 200 клиничких токсиколога, специјалиста ургентне медицине, специјалиста медицине рада, педијатара, фармацеута и ветеринара, читав низ предавања са актуелним темама из различитих области токсикологије, сигурно је имао и едукативни карактер.

На конгресу су промовисане две лепе и корисне књиге: „Допинг и антидопинг“, доц. др Зорана шегрта и „Акутна тровања хемијским материјама – Основни принципи дијагностике, лечења и регистрације акутно отрованих“ групе аутора: Јоксимовић Д., шегрт З., Вучинић С., које су побудиле велико интересовање учесника конгреса.

Општем повољном утиску допринео је и пажљиво одабран друштвени програм, излет на Дрвенград и шарган, одлични хотелски капацитети, а посебно тачност, прецизност и срдачност представника „БВ Комерца“ из Новог Сада, који су били технички организатори конгреса и заслужили све похвале.

---

## Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије

---

**Радови у старој дами српске медицине**

### ***Naga срчаним болесницима***

*Преуређење болнице биће завршено на јесен. – Операције у области интервенитне кардиологије*

Најстарија болница на Балкану, Клиничко-болнички центар „Земун“, ускоро ће се пријећи малобројним здравственим установама у држави у којима се обављају најтеже операције на срцу и крвним судовима. Како сазнајемо, лекари ове куће, са традицијом дугом 223 године, за две недеље ће свакодневно почети да раде операције у области интервентне кардиологије, коронографију, пласирање „балона“ и стентова. За ову сврху набављена је квалитетна опрема за ангиосалу, вредна 1.600.000 евра. Доктори кажу да ће интервенције обављати у две смене, да ће бити формирана екипа од осморо стручњака и да им је план да у 2007. години оперишу између 1.200 и 1.400 пацијената.

Др Ива Берисавац, директор КБЦ „Земун“, објашњава да је ова новина значајна и због тога што ће код трећине пацијената који су доживели инфаркт одмах бити урађена важна операција. Он са поносом истиче да ће ова установа постати кардиоваскуларни центар за ургентна стања.

- Трудимо се да урадимо све зарад бољих услова за лечење пацијената. Захваљујући новцу из кредита „Хитна реконструкција и опремање 20 болница у Србији“, најсавременије смо опремили Гастроентеролошко-ендоскопску јединицу и сада се ту раде све терапијске и дијагностичке процедуре – рекао је др Берисавац.

Захваљујући овом кредиту, помоћи Владе Републике Србије, Министарства здравља и Скупштине града, Земунска болница ће ускоро добити потпуно ново рухо. Наime, у току је преуређење 20.000 квадратних метара, на колико се болница простире, а преуређењем Одељења гинекологије и акушерства отвориће се улаз за породиље из Вртларске улице. У целој установи биће замењене канализационе и водоводне цеви, столарија и подови, а нови изглед добиће просторије за вешерај, централне котларнице, операционе сале, собе, али и прилазна саобраћајница. Др Берисавац каже да ће радови коштати између 4.500.000 и 5.500.000 евра.

- Због уређења болнице, сва одељења раде смањеним интензитетом, али и даље збрињавамо ургентне случајеве на одељењима гинекологије, неурохирургије, ОРЛ и урологије. Успели смо у прошлој години да хоспитализујемо 17.400 пацијената, урадили смо око 300.000 прегледа и обавили око 8.000 операција. Листе чекања постоје за ултразвучну и ЦТ дијагностику, али нису дуже од четири до пет недеља. Ко не жели да чека, а да није реч о ургентном стању, преко нашег „Медикал центра“ може телефоном 3772-783 да закаже преглед данас за сутра. Такви прегледи се плаћају, тако да од сакупљеног новца можемо да купимо неопходне ствари за болницу. Наш план је изградња прекосавског ургентног центра који би збрињавао око 800.000 пацијената, а самим тим би би растерећен Ургентни центар КЦС – истакао је директор болнице и додао да очекује комплетан завршетак грађевинских радова на јесен, када ће „стара дама српске медицине“ из-

гледати много лепше него последњих деце-  
нија.

Данијела Давидов,  
„Политика“, 22. 1. 2007.

---

Унапређење здравствене заштите

### **Здрави људи у здравом граду**

*За грађане старије од 65 година биће обезбеђени превентивни прегледи, систем кућне неге и бесплатна достава лекова*

Боља сарадња свих здравствених институција како би за годину дана била поправљена слика система здравствене заштите, као и план да се 85 одсто свих здравствених услуга заврши на нивоу дома здравља неки су од циљева Демократске странке, нагласио је јуче Ненад Богдановић, градоначелник и подпредседник ДС-а, приликом представљања пројекта ове партије „Здрави људи у здравом граду“ за унапређење здравствене заштите житеља главног града у наредних годину дана.

- Верујемо да се постојећа слика о здравству, уз напоре свих нас, може променити из корена. Град је и до сада улагао у здравство, а за неколико година уложено је 964.000.000 динара, што је више него што је у истом периоду уложио државни буџет. Мислим да ће по истеку ове године грађани бити много релаксиранији и задовољнији здравственим услугама у граду. Ја сам велики оптимиста и очекујем да ће здравствене установе постати сервиси грађана – додао је градоначелник

Др Зоран Весић, председник Ресорног одбора за здравство ДС, каже да ће 2007. година представљати годину здравља у престоници, а да су домови здравља „Палилула“ и „Врачар“ са пилот-пројектима пример за оно што ће бити урађено и у осталим здравственим установама. Весић је подсетио да постоје читава насеља у Београду која немају одговарајућу здравствену инфраструктуру и да се очекује завршетак изградње Дома здравља у насељу Мирјево, почетак градње Дома здравља у Сурчину и здравствене станице у

Земун пољу, као и преуређење око 15 здравствених станица у приградским насељима.

- За грађане старије од 65 година биће обезбеђени превентивни прегледи, унапређен систем кућне неге и успостављена бесплатна достава лекова за полупокретне и непокретне грађане, али и оне који имају више од 70 година. За здравствену заштиту жена треба истаћи да су најважније две ствари – могућност циљаних прегледа за рано откривање рака грлића материце и рано откривање рака дојке. Попсебна пажња ће бити усмерена на систем хитне медицинске помоћи – истакао је Весић.

Драган Ђилас, председник градског одбора ДС, подсетио је да је Град преузео надлежност над 27 установа здравствене заштите, домовима здравља у 16 градских општина, четири клиничко-болничка центра, Апотекарском установом „Београд“, Заводом за хитну медицинску помоћ, као и над шест осталих градских завода.

- Наша основна намера јесте, осим промене изгледа здравствених установа, један нови однос и топлина коју желимо да покажемо према људима којима је здравствена заштита неопходна. Желимо да здравство направи такав помак какав смо успели да у протеклих неколико година направимо у области плате у Београду. Најмлађе ће по доласку код доктора дочекати неки поклон, а најстарији ће имати обезбеђене превентивне прегледе. Они који не могу да дођу не морају да брину, јер ће их лекари посетити код њихових кућа, да ће им терапију и указати им пажњу какву заслужују – истакао је Ђилас.

Д. Давидов  
„Политика“, 10. 1. 2007.

---

Закључци првог националног  
конгреса о деци и  
наталитету у Србији

### **Машеринство као ћозив**

**У оквиру мера за спречавање „белe куге“  
предложено да материнство постане позив  
по одређеним условима, односно да се мај-**

## **кама са више деце, после трећег детета, подизања деце призна као радни однос и да за то примају плату**

„Бела куга“ мора бити стављена на листу приоритета Владе Србије и усвојена као стратешки циљ, односно неопходно је зауставити процес депопулације и преусмерити га на дужи рок – поручили су учесници недавно одржаног Првог конгреса о деци и наталитету у Србији, и овластили Програмски савет Конгреса да дефинише дугорочне и хитне мере.

Као дугорочне мере назначено је поновно формирање Министарства за бригу о породици и деци, прерастање Удружења „Опстанак“ у „Покрет за опстанак“ и оснивање и сазивање Велике скупштине односно Светског сабора матице и дијаспоре.

### **Неођходна промена закона**

Међу више конкретних хитних мера, као приоритетно предлаже се оснивање Националног савета за популациону политику који би доносио конкретне оперативне планове у овој области ослањајући се, пре свега, на документ о развоју који би претходно предложио Влади Републике Србије. Неопходне су измене законске регулативе ради вођења пронаталитетне политике што подразумева, између остalog, уклањање мањкавости Закона о финансијској подршци породицама са децом и измене Породичног закона како би био утемељен на потпуно новом систему бриге о обнављању становништва.

Залагање да материјство, код мајке са више деце, постане позив под одређеним условима, подразумевало би да се мајци, после трећег детета, подизање деце призна као радни однос и да за то прима плату, без обзира на то да ли је домаћица, незапослена, да ли ради на селу итд.

### **Увођење „дечјег динара“**

Фонд „Дечји динар“, који би се основао, требало би да прерасте у значајнију државну институцију која би се финансирала по за-

кону али и на основу добровољности. Наime, по један одсто издвајало би се из свих по слова у промету и из прикупљених средстава (у која би се, такође, „сливала“ и средства од пореза на луксуз и пореза за неожењене и неудате, исплаћивали би се увећани дејчији додаци, накнаде за породиљска боловања, материјски додатак, итд.).

Прерасподела националног дохотка у корист рађања, дефинисање институционалних мера посебно заштите: трудница, материјства и родитељства, треба обезбедити потпуно плаћање трошка лечења стерилитета од стране државе (тренутно у Србији има 200 хиљада захтева, а само 1000 годишње финансира држава), омогућити младим паровима да лакше и брже дођу до стана, оснивање факултета за популациону политику и већу улогу цркве у моралном и духовном препороду народа. Ово су само неке од конкретних мера које су усвојили учесници Првог националног конгреса о детету, са циљем да дете постане капитална инвестиција, важнија од свих других.

*M. I.  
„Глас осигураника“, 23.11.2006.*

### **Здравство – важна тема у изборној кампањи**

#### **„Лек“ за све у гласачкој кушији**

*Здравство је можда највећи резервоар гласова са седам и ћо милиона гласенијалах корисника услуга и 120.000 запослених*

- **ДСС се залаже за очување домова здравља и више лекара опште праксе**
- **ДС тражи бољу контролу потрошње средстава из здравственог фонда**
- **Г 17 плус за то да пациент буде у центру здравственог система**
- **СРС за бесплатну односну здравствену заштиту**

Будући да је здравље најважније за сваког човека, у изборним кампањама политичари се увек сете здравства, на различите начине, па је и у овим, као и у претходним, страначким походима на гласове бирача

здравство једна од најзаступљенијих тема. С разлогом: у том систему је седам и по милиона потенцијалних корисника услуга и 120.000 запослених у њему.

Могло би се рећи да су ставови политичких странака у текућој изборној кампањи веома блиски у захтевима за даљу рационализацију здравственог система, као и за правичну расподелу „здравственог динара“, како пациентима, тако и запосленима. У многим другим, конкретнијим питањима погледи им се, углавном, разликују.

Горан Илић, помоћник министра здравља, иначе из Демократске странке Србије, најпре наглашава да је реч о најзахтевнијем друштвеном систему, па да зато сви кораци који се предузимају морају да буду посебно опрезни – да сачувамо оно што је најбоље, а с друге стране, да тај систем унапредимо.

- Суштина је да систем треба да буде још ефикаснији, још модернији и, што је врло важно, доступан грађанима, да они буду у његовом центру – подвлачи он.

На нашу опаску да је за то, наравно, потребан велики новац, Илић одговора, „наравно, али то не значи да ми за здравство већ не издвајамо врло значајна средства“. Сто шездесет евра по главни становника, каже, није много, али се осам процената бруто друштвеног производа троши за здравство, што је висок проценат у односу на национални доходак.

ДСС се, према његовим речима, нарочито залаже за јачање примарне здравствене заштите и за развој „основног пакета здравствених услуга“, који ће финансирати здравствено осигурање. Ова странка се залаже и за очување домова здравља „јер је то наше традиционално постигнуће“.

Истичући да данас у општој медицини ради око 17 одсто свих лекара, каже да би тај број, можда, могао да буде и већи, јер ти лекари треба да буду „чувари капије здравственог система“, више усмерени ка породици.

ДСС је за „капитацију“, што значи финансирање примарне здравствене заштите према броју пациентата које има одређени лекар, при чему би из новца којим располага

же одређени пацијент, на основу здравственог осигурања, његов лекар обезбеђивао и своју плату и трошкове.

Др Јагода Јорга, која се налази на изборној листи Демократске странке, истиче да до сада „није пипнуто дефинисање здравственог фонда као потпуно јавног фонда“, где је потребна стална контрола потрошње. Тај фонд, објашњава она, и даље функционише тако што се здравствене услуге финансирају паушално, односно „једном пациенту можете да дате све и свашта, ако сте у оквиру онога што је ваш паушал“, а десет људи ће морати да из сопственог цепа плати услугу: „Једноставно, није дефинисано оно што се зове „пакет основних здравствених услуга“, подвлачи она.

Значи, ако имамо обавезно здравствено осигурање, а имамо, па свако од нас мора да да паре у фонд за здравство, није дефинисано шта свако од нас мора да добије, да то буде плаћено из фонда, а шта ће морати да плати додатним осигурањем или из сопственог цепа. Још прецизније, „неко плаћа све своје лекове и сва своја снимања, а некоме је плаћен и одлазак у бању“.

Она наводи да се за здравство у Србији сада даје 500 милиона евра из сопственог цепа, а да се из здравственог фонда плаћа милијарду и 400 милиона евра, с тим што се не зна ко и шта плаћа у оквиру једног и другог. Зато се залаже за приступачност и правичност у расподели и доступности, једнаку за сваког грађанина.

- Поред тога, не би смело да се дододи да овај фонд и министарство здравља води иста странка – наглашава она, додајући да би фонд морао да буде стручно вођен јавни фонд, контролисан, не од политичке странке, већ од ревизорских кућа. А, с друге стране, министарство треба да контролише како фонд расподељује паре из здравства.

- Да не буде као сада да фонд и министарство воде људи из Г17 плус.

Као и други, ДС, очигледно, рачуна, и те како, на гласове здравствених радника: ДС ће, каже др Јорга, настојати да се омогући да се њихов рад вреднује на основу

стручности, а не партијске или било које друге припадности.

– Много тога је урађено на унапређењу квалитета у здравственим установама, на промоцији здравља и на избегавању ризичних фактора понашања, на равномерном и равноправном улагању у здравствени систем, инфраструктуру и опрему – тврди др Томица Милосављевић, бивши министар здравља и потпредседник Г17 плус.

А, шта није урађено и шта би убудуће морало да се ради? Др Милосављевић наводи да су изостале промене у начину финансирања, затим то да пациент буде у центру система (у следећој години грађанин мора много више да зна о својим правима у здравственом систему), као и да се ради више и брже на примени законских прописа.

Тврдећи да је здравствени програм Г17 плус, који је 2003. године изложен грађанима у току изборне кампање, потпуно остварен, каже да су урадили и више од тога. Будући да су, ипак, на половини пута, јер до 2010. године треба урадити све промене у систему и испратити та велика улагања, наш саговорник каже да то значи да у наредном мандату влада треба наставити све што је добро, и то још боље и брже, а оно што није добро, поправити.

Мишљења да ћемо следеће његове речи протумачити у светлу кампање, тврди да је то факат: 2006. године прва је година у којој ниједна здравствена установа у Србији нема ниједан динар дуга. Милисављевић каже да је здравствени систем, тек сада једва одржив, управо захваљујући мерама штедње, рестрикције и појачању медицинских давања. Не треба, каже, заборавити да је хиљаду вантелесних оплодњи финансирано из Фонда, да је код десет пута више људи урађена интервенција на срцу, да нема листе чекања за пејс мејкер и да је онколошко лечење шире и боље него икада раније.

Његово виђење постојећег стања у здравству не дели председник Одбора за здравље и породицу у Скупштини Србије др Паја Момчилов, из Српске радикалне странке. Он, иначе, није био расположен да одгово-

ри на наше питање како би требало да изгледа здравствена политика убудуће, тврдећи да о томе није могућно кратко говорити, јер његова странка на ту тему има свој програм на 20 страница.

У програму ове странке наводи се да ће СРС радити „на враћању достојанства здравствених радника, имајући у виду њихову значајну улогу у очувању здравља нације“, као и да ће се залагати за бесплатну основну здравствену заштиту и потпуну заштиту за децу, труднице и старе, као и бесплатно лечење од стерилитета.

Биљана Чбајак  
„Политика“, 29. 12. 2006.

## **Кампања за штите љуђа**

Дом здравља „Др Симо Милошевић“ са чукарице, у сарадњи са Институтом за плућне болести, Удружењем за туморе плућа и фармацеутском кућом „Санофи Авентис“, покренуо је јуче кампању „Дођите на време“, посвећену раном откривању рака плућа. Овом приликом одржано је предавање за здравствене раднике, а 27. новембра у 18 сати лекари ће одржати трибину за све заинтересоване грађане под називом „Ту смо да вам помогнемо“.

Прим. др Биљана Марјановић, директор-ка Дома здравља, каже да је нова кампања започета да би се проширио рад Саветова-лишта за одвикавање од пушења, у коме су лекари успели да од никотинске зависности излече чак 75 одсто пацијената коју су затражили помоћ.

- Патронажне службе ће обилазити житеље чукарице и позивати их на додатне прегледе уколико примете да неко има факторе ризика, да кашље дуже од три недеље, отежано дише, презнојава се и губи апетит и тежину или доста пуши. Овим ће се успоставити боља сарадња наше установе и института – истакла је др Марјановић.

У Србији годишње од ове врсте канцера оболи између 3.500 и 4.000 људи, а већина се

јавља лекарима пола године после појаве болести. Према неким подацима, око 90 одсто оболелих су пушачи.

- Рак плућа се може излечити ако се открије у раној фази, а код нас у 85 одсто случајева ова болест се открива кад је већ касно. Када је реч о цигаретама које утичу на појаву болести, може се рећи да се за 30 до 40 одсто ризик од настанка болести смањује у року од пет до 10 година када особа престане да пуши. Избор је на појединцу, али и на друштву. Много је боље да се на децу утиче позитивно, да им се уплаћују часови страних језика, него што се новац даје на билборде који рекламирају цигарете – упозорила је проф. др Драгана Јовановић, директора Института за плућне болести и туберкулозу.

Истраживања су показала да пушење не утиче само на настанак рака плућа, већ и на појаву спонтаних побачаја код трудница, аномалија код беба и чешће оболевања деце од респираторних инфекција и астме.

Д. Д.  
„Политика“, 21. 11. 2006.

На дан славе  
КБЦ „Бежанијска коса“

### **Најсавременији скенер јошчео да ради**

У Клиничко-болничком центру „Бежанијска коса“ јуче је свечано пуштен у рад најсавременији 64-слајсни скенер, јединствен у Србији, који омогућава брзу и прецизну дијагностику. Уједно, шесту годину заредом обележена је слава институције – Свети Стефан.

Владика шабачки господин Лаврентије пресекао је славски колач и домаћинима пожелео још много година успешног рада. Он је истакао да ова установа може да стане раме уз раме са најбољим европским и светским установама које непрестано унапређују свој рад и да би све здравствене куће требало да се угледају на „Бежанијску косу“. Домаћин славе ове године био је др Владан

шубаревић, члан градског већа задужен за здравство.

- Одувек смо тежили ка томе да имамо савремен дијагностички центар који даје могућност брзог и тачног постављања дијагнозе. Сем класичне рендген дијагностике, имамо мамограф новије генерације, а половином године набавићемо још један најсавременији апарат за преглед дојки. Имамо магнетну резонанцу обогаћену новим софтвером, а купљен је и нов апарат који по својим карактеристикама припада самом врху оваквих уређаја. Бисер овог дијагностичког центра јесте скенер нове генерације који у кратком временском року може да обави снимање одређеног дела тела са великим бројем снимака, као и да омогући детаљну реконструкцију тог дела тела, органа, у тродимензионалној варијатни. Виртуелна радиологија је донедавно била неостварени сан дијагностичара, а сада је постала јава – истакао је др Никола Милинић, директор КБЦ „Бежанијска коса“.

Будући да уз овај апарат иде неколико радних „страница“, лекари ће имати могућност да детаљно прегледају велики број снимака, реконструишу орган који је сниман, не ометајући рад ЦТ-а који већ „обрађује“ следећег пацијента. Овај апарат је револуционарна новина у дијагностици болести крвних судова, а предност „Филипсове“ технологије је у знатно мањем зрачењу пацијента у току прегледа.

Д. Давидов  
„Политика“, 10. 1. 2007.

Још једна листа чекања мање

### **Вештачки кук за још 2 500 људи у овој години**

У Србији је током 2006. године објављено више од 6.000 уградњи, од којих је 5.000 улажио Републички завод за здравствено осигурање

Свим осигураницима који чекају на уградњу вештачког кука до краја године биће обављена та интервенција, најавила је на ју-

черањујој конференцији за новинаре Светлана Вукаловић, директор Републичког завода за здравствено осигурање.

Према њеним речима, листа чекања за уградњу вештачког кука, која је формирана због недостатка уградног материјала и новца, биће до краја 2007. године укинута, јер су проблеми нестацице решени, па ће тај имплантант добити и преосталих 2.500 осигураника.

- До пре неколико година осигураници су у великом проценту сами финансирали ове операције, док су они који нису имали новац чекали и по неколико година на операцију. Увођењем листе стање се донекле стабилизовало, док је сада време чекања знатно смањено. Осиугораници не треба да журе и да траже операцију на лични захтев, како не би сами плаћали и набављали протезе – поручила је Вукаловићева.

За уградни материјал у ортопедији предвиђена је партиципација до 25 одсто од цене уградног материјала, а највише до 30.000 динара.

Правилником о обimu и садржини здравствене заштите за 2007. годину, који је донео Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, предвиђена је још једна заштитна мера за осигуранике, а то је да максимални износ партиципације на годишњем нивоу износи 50 одсто месечног прихода осигураника.

Износ већи од 50 одсто месечног прихода који осигураник плати биће му рефундiran од Републичког завода за здравствено осигурање.

Из Завода су упозорили да су коштане болести у порасту у Србији, те да болесници треба на време да се лече, како касније не би дошли у ситуацију да им је уградња вештачког кука, која стаје од 70.000 до 150.000 динара, неопходна.

Иначе, у Србији је у здравственим установама током 2006. године уgraђено више од 6.000 вештачких кукова – 5.000 је платио РЗЗО, а 1.000 сами осигураници.

Повећање процента уgraђених протеза о трошку РЗЗО за период 2003– 2006. година

износи 150 одсто, а за период 2005-2006. године то повећање је скоро 50 одсто.

*Г. Башовић  
„Политика“, 11. 1. 2007.*

#### **ЧЕТВРТИНА СИГУРНО ОБОЛЕЛИХ:**

Најмање четвртина пушача оболеће од неизлечиве хроничне опструктивне болести плућа (ХОПБ), тврде дански и британски научници. ХОПБ укључује низ болести попут бронхитиса и емфизема. До ових закључака дошло се после озбиљног 25-годишњег истраживања у којем је учествовало осам хиљада испитаника старости између 30 и 60 година. Код најмање четвртине пушача на крају истраживања, који на почетку испитивања нису имали никакве симптоме ХОПБ, констатована је хронична опструктивна болест плућа, а чак 40 одсто пушача имало је неке симптоме ове болести. Утврђено је и да је 90 одсто испитаника који су пушили у време истраживања умрло. смањени ризик од ХОПБ имали су испитаници који су престали да пуште на почетку истраживања.

*Д.П.*

#### ***Актуелни тренутак здравства у Србији – лична ојсервација***

Подразумевајући да је човек здрав и да има посао који обезбеђује достојанство њему и његовој породици, мислим да је на скали људских потреба и жеља на првом месту правда, тј. постојање праведног и моралног система. У овој нашој турбулентно-камелеонској транзицији људи су просто гладни правде и морала и свих њихових благодети. Потшто се правда у нашем друштву, већ дуже време, остварује субдозирано и на пипету, неки људи су постали резигнирани а неки агитирани. На моменте постају, чак, и толико љути због глади за правдом да их то чини аутодеструктивним са свим последицама како по њих тако и по цело друштво. А како и да останеш нормалан? Идеш улицом и видиш човека који је више од деценије зе-

ленашио и пљачкао ову земљу и који је на полицијској потерници како ти се славодобитно смешка и гледа те са висине билборда по целом граду.

Елементарна правда се рађа и црпи из права. За тај ресор у држави задужени су правосудни органи и зато мислим да је приоритет будуће и свих других влада ове наше Србије да истраје у консолидацији и свеколиком напретку овог ресора. Тај пут јесте спор у односу на наше потребе и апетите али је једини који може да поврати поверење људима и одагна колективну апатију.

Као други приоритет будуће владе, за мене као лекара, јесте здравство. Комплексност и деликатност овог ресора лежи у томе што у систему здравства учествују сви грађани ове земље, хтели то они или не, и то доживотно. живот почиње у болници, а ту се најчешће и завршава. И најздравији човек током свог живота, и уз пуно среће, свакако да ће најмање десет пута у животу имати тежу прехладу, зубобољу или пролив. Друго да и не помињемо.

Свака жена трудница мора да се контролише и породи под надзором лекара. А где су тешка старост, инфаркти, малигне болести и увек могуће слепо црево.

Здравство је свима трајно и животно неопходан систем и зато се мора чувати, неговати и унапређивати. И када ово сви знамо, ја и даље не могу да се начудим како министар здравља, који је врло ангажовано радио свој посао, може када му се прохте и из било каквог страначког разлога да поднесе оставку и да у јеку реформи остави све нас. Да ли је он министар у странци или министар у влади задужен за здравство. Да ли је ту стручност испред политике?

Каква је то одговорност да се зарад ћефа једне странке напусти кормило и брод са 120.000 запослених који брину о здрављу целокупног становништва. Предлажем да се то министрима етичким кодексом забрани.

*Зоран Милићевић  
„Политика“, 14. 1. 2007.*

Из истраживања: најбољи и најгови градови за живот у Србији

### Број регистрованих аутомобила

Према броју путничких аутомобила на хиљаду становника, регистрованих у 2005. години, најсиромашније општине су Медвеђа (81), Трговиште (81), Сјеница (91), Блаце (93), Бојник (94), а најбогатије Нови Сад (279 аутомобила), Свилајнац (247), Вршац (246), Београд (243) и Суботица (239)

### Плате

О огромним разликама између севера и југа Србије сведоче и плате. Највеће просечне зараде у октобру, више од 55.000 динара (брuto), имали су запослени у београдској општини Сурчин, за њима следе Нови Београд и Врачар са око 47.000, па



Стари град са близу 46.000 динара, док су у Лajковцу и Апатину плате веће од 44.000. На југоистоку земље, у Белој Паланци, зарађивало се 10.000 динара бруто, у Сврљигу 13.000, у Куршумлији, Блацу,

као и у неколико општина Јабланичког и Пчињског округа између 13.000 и 14.000 динара.

,„Политика“, 29.12.06.

**Поређење БДП-а и БДП-а по становнику исказаних у еврима и ППС-у компаративног нивоа цене ЕУ и Србије у 2003. години**

Земље	БДП мил. евра	БДП по становнику хиљ. евра	Индекс ЦПЛ (ЕУ-25=100)	БДП мил. ППС	БДП по становнику хиљ. ППД	Ниво БДП-а по станов. према ППС (ЕУ-25=100)
ЕУ-25	<b>9953329</b>	<b>21,7</b>	<b>100,0</b>	<b>9953329</b>	<b>21,7</b>	<b>100,0</b>
Белгија	274582	26,5	103,1	266371	25,7	118,1
чешка	80254	7,9	53,3	150471	14,7	67,8
Данска	189641	35,2	133,7	141837	26,3	121
Немачка	2163400	26,2	111,2	1944955	23,6	108,4
Естонија	8183	6,0	57,2	14223	10,5	48,2
Грчка	155543	14,1	80,0	194390	17,6	81,1
шпанија	780550	18,6	87,8	889424	21,2	97,4
Француска	1585172	25,6	105,9	1496340	17,6	81,1
Ирска	139097	34,9	119,5	116383	29,2	134,1
Италија	1335354	23,2	98,9	1350706	23,4	107,9
Кипар	11667	16,1	92,9	12560	17,4	79,9
Летонија	9978	4,3	48,3	20653	8,9	40,9
Литванија	16443	4,8	48,3	20653	8,9	40,9
Луксембург	25684	57,1	112,3	22880	50,8	233,9
Мађарска	73538	7,3	56,3	130635	12,9	59,3
Малта	4293	10,8	68,2	6294	15,8	72,7
Холандија	476349	29,4	108,2	440166	27,1	124,8
Аустрија	226968	28	106,4	213348	26,3	120,9
Пољска	191408	5	49,1	390144	10,2	47
Португалија	137523	13,2	83,1	165402	15,8	72,9
<b>Словенија</b>	<b>24860</b>	<b>12,5</b>	<b>75,3</b>	<b>32993</b>	<b>16,5</b>	<b>76</b>
Словачка	29229	5,4	48,1	60780	11,3	52
Финска	145938	28	114,1	127915	24,5	112,9
Шведска	269548	30,1	119,4	225680	25,2	115,9
Б.Британија	1598172	26,8	106,2	1504772	25,3	116,2
<b>Србија</b>	<b>18009</b>	<b>2,4</b>	<b>50,3</b>	<b>35809</b>	<b>4,8</b>	<b>22</b>

---

## Вести и новости из здравства Србије и о здравству Србије

---

**Радови у старој дами српске медицине**

### ***Naga срчаним болесницима***

*Преуређење болнице биће завршено на јесен. – Операције у области интервенитне кардиологије*

Најстарија болница на Балкану, Клиничко-болнички центар „Земун“, ускоро ће се пријећи малобројним здравственим установама у држави у којима се обављају најтеже операције на срцу и крвним судовима. Како сазнајемо, лекари ове куће, са традицијом дугом 223 године, за две недеље ће свакодневно почети да раде операције у области интервентне кардиологије, коронографију, пласирање „балона“ и стентова. За ову сврху набављена је квалитетна опрема за ангиосалу, вредна 1.600.000 евра. Доктори кажу да ће интервенције обављати у две смене, да ће бити формирана екипа од осморо стручњака и да им је план да у 2007. години оперишу између 1.200 и 1.400 пацијената.

Др Ива Берисавац, директор КБЦ „Земун“, објашњава да је ова новина значајна и због тога што ће код трећине пацијената који су доживели инфаркт одмах бити урађена важна операција. Он са поносом истиче да ће ова установа постати кардиоваскуларни центар за ургентна стања.

- Трудимо се да урадимо све зарад бољих услова за лечење пацијената. Захваљујући новцу из кредита „Хитна реконструкција и опремање 20 болница у Србији“, најсавременије смо опремили Гастроентеролошко-ендоскопску јединицу и сада се ту раде све терапијске и дијагностичке процедуре – рекао је др Берисавац.

Захваљујући овом кредиту, помоћи Владе Републике Србије, Министарства здравља и Скупштине града, Земунска болница ће ускоро добити потпуно ново рухо. Наime, у току је преуређење 20.000 квадратних метара, на колико се болница простире, а преуређењем Одељења гинекологије и акушерства отвориће се улаз за породиље из Вртларске улице. У целој установи биће замењене канализационе и водоводне цеви, столарија и подови, а нови изглед добиће просторије за вешерај, централне котларнице, операционе сале, собе, али и прилазна саобраћајница. Др Берисавац каже да ће радови коштати између 4.500.000 и 5.500.000 евра.

- Због уређења болнице, сва одељења раде смањеним интензитетом, али и даље збрињавамо ургентне случајеве на одељењима гинекологије, неурохирургије, ОРЛ и урологије. Успели смо у прошлој години да хоспитализујемо 17.400 пацијената, урадили смо око 300.000 прегледа и обавили око 8.000 операција. Листе чекања постоје за ултразвучну и ЦТ дијагностику, али нису дуже од четири до пет недеља. Ко не жели да чека, а да није реч о ургентном стању, преко нашег „Медикал центра“ може телефоном 3772-783 да закаже преглед данас за сутра. Такви прегледи се плаћају, тако да од сакупљеног новца можемо да купимо неопходне ствари за болницу. Наш план је изградња прекосавског ургентног центра који би збрињавао око 800.000 пацијената, а самим тим би би растерећен Ургентни центар КЦС – истакао је директор болнице и додао да очекује комплетан завршетак грађевинских радова на јесен, када ће „стара дама српске медицине“ из-

гледати много лепше него последњих деце-  
нија.

Данијела Давидов,  
„Политика“, 22. 1. 2007.

---

Унапређење здравствене заштите

### **Здрави људи у здравом граду**

*За грађане старије од 65 година биће обезбеђени превентивни прегледи, систем кућне неге и бесплатна достава лекова*

Боља сарадња свих здравствених институција како би за годину дана била поправљена слика система здравствене заштите, као и план да се 85 одсто свих здравствених услуга заврши на нивоу дома здравља неки су од циљева Демократске странке, нагласио је јуче Ненад Богдановић, градоначелник и подпредседник ДС-а, приликом представљања пројекта ове партије „Здрави људи у здравом граду“ за унапређење здравствене заштите житеља главног града у наредних годину дана.

- Верујемо да се постојећа слика о здравству, уз напоре свих нас, може променити из корена. Град је и до сада улагао у здравство, а за неколико година уложено је 964.000.000 динара, што је више него што је у истом периоду уложио државни буџет. Мислим да ће по истеку ове године грађани бити много релаксиранији и задовољнији здравственим услугама у граду. Ја сам велики оптимиста и очекујем да ће здравствене установе постати сервиси грађана – додао је градоначелник

Др Зоран Весић, председник Ресорног одбора за здравство ДС, каже да ће 2007. година представљати годину здравља у престоници, а да су домови здравља „Палилула“ и „Врачар“ са пилот-пројектима пример за оно што ће бити урађено и у осталим здравственим установама. Весић је подсетио да постоје читава насеља у Београду која немају одговарајућу здравствену инфраструктуру и да се очекује завршетак изградње Дома здравља у насељу Мирјево, почетак градње Дома здравља у Сурчину и здравствене станице у

Земун пољу, као и преуређење око 15 здравствених станица у приградским насељима.

- За грађане старије од 65 година биће обезбеђени превентивни прегледи, унапређен систем кућне неге и успостављена бесплатна достава лекова за полупокретне и непокретне грађане, али и оне који имају више од 70 година. За здравствену заштиту жена треба истаћи да су најважније две ствари – могућност циљаних прегледа за рано откривање рака грлића материце и рано откривање рака дојке. Попсебна пажња ће бити усмерена на систем хитне медицинске помоћи – истакао је Весић.

Драган Ђилас, председник градског одбора ДС, подсетио је да је Град преузео надлежност над 27 установа здравствене заштите, домовима здравља у 16 градских општина, четири клиничко-болничка центра, Апотекарском установом „Београд“, Заводом за хитну медицинску помоћ, као и над шест осталих градских завода.

- Наша основна намера јесте, осим промене изгледа здравствених установа, један нови однос и топлина коју желимо да покажемо према људима којима је здравствена заштита неопходна. Желимо да здравство направи такав помак какав смо успели да у протеклих неколико година направимо у области плате у Београду. Најмлађе ће по доласку код доктора дочекати неки поклон, а најстарији ће имати обезбеђене превентивне прегледе. Они који не могу да дођу не морају да брину, јер ће их лекари посетити код њихових кућа, да ће им терапију и указати им пажњу какву заслужују – истакао је Ђилас.

Д. Давидов  
„Политика“, 10. 1. 2007.

---

Закључци првог националног  
конгреса о деци и  
наталитету у Србији

### **Машеринство као ћозив**

**У оквиру мера за спречавање „белe куге“  
предложено да материнство постане позив  
по одређеним условима, односно да се мај-**

## **кама са више деце, после трећег детета, подизања деце призна као радни однос и да за то примају плату**

„Бела куга“ мора бити стављена на листу приоритета Владе Србије и усвојена као стратешки циљ, односно неопходно је зауставити процес депопулације и преусмерити га на дужи рок – поручили су учесници недавно одржаног Првог конгреса о деци и наталитету у Србији, и овластили Програмски савет Конгреса да дефинише дугорочне и хитне мере.

Као дугорочне мере назначено је поновно формирање Министарства за бригу о породици и деци, прерастање Удружења „Опстанак“ у „Покрет за опстанак“ и оснивање и сазивање Велике скупштине односно Светског сабора матице и дијаспоре.

### **Неођходна промена закона**

Међу више конкретних хитних мера, као приоритетно предлаже се оснивање Националног савета за популациону политику који би доносио конкретне оперативне планове у овој области ослањајући се, пре свега, на документ о развоју који би претходно предложио Влади Републике Србије. Неопходне су измене законске регулативе ради вођења пронаталитетне политике што подразумева, између остalog, уклањање мањкавости Закона о финансијској подршци породицама са децом и измене Породичног закона како би био утемељен на потпуно новом систему бриге о обнављању становништва.

Залагање да материјство, код мајке са више деце, постане позив под одређеним условима, подразумевало би да се мајци, после трећег детета, подизање деце призна као радни однос и да за то прима плату, без обзира на то да ли је домаћица, незапослена, да ли ради на селу итд.

### **Увођење „дечјег динара“**

Фонд „Дечји динар“, који би се основао, требало би да прерасте у значајнију државну институцију која би се финансирала по за-

кону али и на основу добровољности. Наime, по један одсто издвајало би се из свих по слова у промету и из прикупљених средстава (у која би се, такође, „сливала“ и средства од пореза на луксуз и пореза за неожењене и неудате, исплаћивали би се увећани дејчији додаци, накнаде за породиљска боловања, материјски додатак, итд.).

Прерасподела националног дохотка у корист рађања, дефинисање институционалних мера посебно заштите: трудница, материјства и родитељства, треба обезбедити потпуно плаћање трошка лечења стерилитета од стране државе (тренутно у Србији има 200 хиљада захтева, а само 1000 годишње финансира држава), омогућити младим паровима да лакше и брже дођу до стана, оснивање факултета за популациону политику и већу улогу цркве у моралном и духовном препороду народа. Ово су само неке од конкретних мера које су усвојили учесници Првог националног конгреса о детету, са циљем да дете постане капитална инвестиција, важнија од свих других.

*M. I.*  
„Глас осигураника“, 23.11.2006.

Здравство – важна тема  
у изборној кампањи

### **„Лек“ за све у гласачкој кућији**

*Здравствено је можда највећи резервоар гласова са седам и ћо милиона гласенијалах корисника услуга и 120.000 запослених*

- **ДСС се залаже за очување домова здравља и више лекара опште праксе**
- **ДС тражи бољу контролу потрошње средстава из здравственог фонда**
- **Г 17 плус за то да пациент буде у центру здравственог система**
- **СРС за бесплатну односну здравствену заштиту**

Будући да је здравље најважније за сваког човека, у изборним капмањама политичари се увек сете здравства, на различите начине, па је и у овим, као и у претходним, страначким походима на гласове бирача

здравство једна од најзаступљенијих тема. С разлогом: у том систему је седам и по милиона потенцијалних корисника услуга и 120.000 запослених у њему.

Могло би се рећи да су ставови политичких странака у текућој изборној кампањи веома блиски у захтевима за даљу рационализацију здравственог система, као и за правичну расподелу „здравственог динара“, како пациентима, тако и запосленима. У многим другим, конкретнијим питањима погледи им се, углавном, разликују.

Горан Илић, помоћник министра здравља, иначе из Демократске странке Србије, најпре наглашава да је реч о најзахтевнијем друштвеном систему, па да зато сви кораци који се предузимају морају да буду посебно опрезни – да сачувамо оно што је најбоље, а с друге стране, да тај систем унапредимо.

- Суштина је да систем треба да буде још ефикаснији, још модернији и, што је врло важно, доступан грађанима, да они буду у његовом центру – подвлачи он.

На нашу опаску да је за то, наравно, потребан велики новац, Илић одговора, „наравно, али то не значи да ми за здравство већ не издвајамо врло значајна средства“. Сто шездесет евра по главни становника, каже, није много, али се осам процената бруто друштвеног производа троши за здравство, што је висок проценат у односу на национални доходак.

ДСС се, према његовим речима, нарочито залаже за јачање примарне здравствене заштите и за развој „основног пакета здравствених услуга“, који ће финансирати здравствено осигурање. Ова странка се залаже и за очување домова здравља „јер је то наше традиционално постигнуће“.

Истичући да данас у општој медицини ради око 17 одсто свих лекара, каже да би тај број, можда, могао да буде и већи, јер ти лекари треба да буду „чувари капије здравственог система“, више усмерени ка породици.

ДСС је за „капитацију“, што значи финансирање примарне здравствене заштите према броју пациентата које има одређени лекар, при чему би из новца којим располага

же одређени пацијент, на основу здравственог осигурања, његов лекар обезбеђивао и своју плату и трошкове.

Др Јагода Јорга, која се налази на изборној листи Демократске странке, истиче да до сада „није пипнуто дефинисање здравственог фонда као потпуно јавног фонда“, где је потребна стална контрола потрошње. Тај фонд, објашњава она, и даље функционише тако што се здравствене услуге финансирају паушално, односно „једном пациенту можете да дате све и свашта, ако сте у оквиру онога што је ваш паушал“, а десет људи ће морати да из сопственог цепа плати услугу: „Једноставно, није дефинисано оно што се зове „пакет основних здравствених услуга“, подвлачи она.

Значи, ако имамо обавезно здравствено осигурање, а имамо, па свако од нас мора да да паре у фонд за здравство, није дефинисано шта свако од нас мора да добије, да то буде плаћено из фонда, а шта ће морати да плати додатним осигурањем или из сопственог цепа. Још прецизније, „неко плаћа све своје лекове и сва своја снимања, а некоме је плаћен и одлазак у бању“.

Она наводи да се за здравство у Србији сада даје 500 милиона евра из сопственог цепа, а да се из здравственог фонда плаћа милијарду и 400 милиона евра, с тим што се не зна ко и шта плаћа у оквиру једног и другог. Зато се залаже за приступачност и правичност у расподели и доступности, једнаку за сваког грађанина.

- Поред тога, не би смело да се дододи да овај фонд и министарство здравља води иста странка – наглашава она, додајући да би фонд морао да буде стручно вођен јавни фонд, контролисан, не од политичке странке, већ од ревизорских кућа. А, с друге стране, министарство треба да контролише како фонд расподељује паре из здравства.

- Да не буде као сада да фонд и министарство воде људи из Г17 плус.

Као и други, ДС, очигледно, рачуна, и те како, на гласове здравствених радника: ДС ће, каже др Јорга, настојати да се омогући да се њихов рад вреднује на основу

стручности, а не партијске или било које друге припадности.

– Много тога је урађено на унапређењу квалитета у здравственим установама, на промоцији здравља и на избегавању ризичних фактора понашања, на равномерном и равноправном улагању у здравствени систем, инфраструктуру и опрему – тврди др Томица Милосављевић, бивши министар здравља и потпредседник Г17 плус.

А, шта није урађено и шта би убудуће морало да се ради? Др Милосављевић наводи да су изостале промене у начину финансирања, затим то да пациент буде у центру система (у следећој години грађанин мора много више да зна о својим правима у здравственом систему), као и да се ради више и брже на примени законских прописа.

Тврдећи да је здравствени програм Г17 плус, који је 2003. године изложен грађанима у току изборне кампање, потпуно остварен, каже да су урадили и више од тога. Будући да су, ипак, на половини пута, јер до 2010. године треба урадити све промене у систему и испратити та велика улагања, наш саговорник каже да то значи да у наредном мандату влада треба наставити све што је добро, и то још боље и брже, а оно што није добро, поправити.

Мишљења да ћемо следеће његове речи протумачити у светлу кампање, тврди да је то факат: 2006. године прва је година у којој ниједна здравствена установа у Србији нема ниједан динар дуга. Милисављевић каже да је здравствени систем, тек сада једва одржив, управо захваљујући мерама штедње, рестрикције и појачању медицинских давања. Не треба, каже, заборавити да је хиљаду вантелесних оплодњи финансирано из Фонда, да је код десет пута више људи урађена интервенција на срцу, да нема листе чекања за пејс мејкер и да је онколошко лечење шире и боље него икада раније.

Његово виђење постојећег стања у здравству не дели председник Одбора за здравље и породицу у Скупштини Србије др Паја Момчилов, из Српске радикалне странке. Он, иначе, није био расположен да одгово-

ри на наше питање како би требало да изгледа здравствена политика убудуће, тврдећи да о томе није могућно кратко говорити, јер његова странка на ту тему има свој програм на 20 страница.

У програму ове странке наводи се да ће СРС радити „на враћању достојанства здравствених радника, имајући у виду њихову значајну улогу у очувању здравља нације“, као и да ће се залагати за бесплатну основну здравствену заштиту и потпуну заштиту за децу, труднице и старе, као и бесплатно лечење од стерилитета.

Биљана Чіајак  
„Политика“, 29. 12. 2006.

## **Кампања за штите љуђа**

Дом здравља „Др Симо Милошевић“ са чукарице, у сарадњи са Институтом за плућне болести, Удружењем за туморе плућа и фармацеутском кућом „Санофи Авентис“, покренуо је јуче кампању „Дођите на време“, посвећену раном откривању рака плућа. Овом приликом одржано је предавање за здравствене раднике, а 27. новембра у 18 сати лекари ће одржати трибину за све заинтересоване грађане под називом „Ту смо да вам помогнемо“.

Прим. др Биљана Марјановић, директор-ка Дома здравља, каже да је нова кампања започета да би се проширио рад Саветова-лишта за одвикавање од пушења, у коме су лекари успели да од никотинске зависности излече чак 75 одсто пацијената коју су затражили помоћ.

- Патронажне службе ће обилазити житеље чукарице и позивати их на додатне пре-гледе уколико примете да неко има факторе ризика, да кашље дуже од три недеље, отежано дише, презнојава се и губи апетит и тежину или доста пуши. Овим ће се успоставити боља сарадња наше установе и института – истакла је др Марјановић.

У Србији годишње од ове врсте канцера оболи између 3.500 и 4.000 људи, а већина се

јавља лекарима пола године после појаве болести. Према неким подацима, око 90 одсто оболелих су пушачи.

- Рак плућа се може излечити ако се открије у раној фази, а код нас у 85 одсто случајева ова болест се открива кад је већ касно. Када је реч о цигаретама које утичу на појаву болести, може се рећи да се за 30 до 40 одсто ризик од настанка болести смањује у року од пет до 10 година када особа престане да пуши. Избор је на појединцу, али и на друштву. Много је боље да се на децу утиче позитивно, да им се уплаћују часови страних језика, него што се новац даје на билборде који рекламирају цигарете – упозорила је проф. др Драгана Јовановић, директора Института за плућне болести и туберкулозу.

Истраживања су показала да пушење не утиче само на настанак рака плућа, већ и на појаву спонтаних побачаја код трудница, аномалија код беба и чешће оболевања деце од респираторних инфекција и астме.

Д. Д.  
„Политика“, 21. 11. 2006.

#### НА ДАН СЛАВЕ КБЦ „БЕЖАНИЈСКА КОСА“

##### **Најсавременији скенер почeo да ради**

У Клиничко-болничком центру „Бежанијска коса“ јуче је свечано пуштен у рад најсавременији 64-слајсни скенер, јединствен у Србији, који омогућава брзу и прецизну дијагностику. Уједно, шесту годину заредом обележена је слава институције – Свети Стефан.

Владика шабачки господин Лаврентије пресекао је славски колач и домаћинима пожелео још много година успешног рада. Он је истакао да ова установа може да стане раме уз раме са најбољим европским и светским установама које непрестано унапређују свој рад и да би све здравствене куће требало да се угледају на „Бежанијску косу“. Домаћин славе ове године био је др Владан шубаревић, члан градског већа задужен за здравство.

- Одувек смо тежили ка томе да имамо савремен дијагностички центар који даје могућност брзог и тачног постављања дијагнозе. Сем класичне рендген дијагностике, имамо мамограф новије генерације, а половином године набавићемо још један најсавременији апарат за преглед дојки. Имамо магнетну резонанцу обогаћену новим софтвером, а купљен је и нов апарат који по својим карактеристикама припада самом врху оваквих уређаја. Бисер овог дијагностичког центра јесте скенер нове генерације који у кратком временском року може да обави снимање одређеног дела тела са великим бројем снимака, као и да омогући детаљну реконструкцију тог дела тела, органа, у тродимензионалној варијатни. Виртуелна радиологија је донедавно била неостварени сан дијагностичара, а сада је постала јава – истакао је др Никола Милинић, директор КБЦ „Бежанијска коса“.

Будући да уз овај апарат иде неколико радних „страница“, лекари ће имати могућност да детаљно прегледају велики број снимака, реконструишу орган који је сниман, не ометајући рад ЦТ-а који већ „обрађује“ следећег пацијента. Овај апарат је револуционарна новина у дијагностици болести крвних судова, а предност „Филипсове“ технологије је у знатно мањем зрачењу пацијента у току прегледа.

Д. Давидов

„Политика“, 10. 1. 2007.

**ЈОШ ЈЕДНА ЛИСТА ЧЕКАЊА МАЊЕ  
Вештачки кук за још 2 500 људи у овој години**

*У Србији је током 2006. године објављено више од 6.000 уградњи, од којих је 5.000 улатачио Републички завод за здравствено осигурување*

Свим осигураницима који чекају на уградњу вештачког кука до краја године биће обављена та интервенција, најавила је на јулашњој конференцији за новинаре Светлана Вукајловић, директор Републичког заво-

да за здравствено осигурање.

Према њеним речима, листа чекања за уградњу вештачког кука, која је формирана због недостатка уградног материјала и новца, биће до краја 2007. године укинута, јер су проблеми несташице решени, па ће тај имплантант добити и преосталих 2.500 осигураника.

- До пре неколико година осигураници су у великом проценту сами финансирали ове операције, док су они који нису имали новац чекали и по неколико година на операцију. Увођењем листе стање се донекле стабилизовало, док је сада време чекања знатно смањено. Осиуграници не треба да журе и да траже операцију на лични захтев, како не би сами плаћали и набављали протезе – поручила је Вукајловићева.

За уградни материјал у ортопедији предвиђена је партиципација до 25 одсто од цене уградног материјала, а највише до 30.000 динара.

Правилником о обиму и садржини здравствене заштите за 2007. годину, који је донео Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, предвиђена је још једна заштитна мера за осигуранике, а то је да максимални износ партиципације на годишњем нивоу износи 50 одсто месечног прихода осигураника.

Износ већи од 50 одсто месечног прихода који осигураник плати биће му рефундиран од Републичког завода за здравствено осигурање.

Из Завода су упозорили да су коштане болести у порасту у Србији, те да болесници треба на време да се лече, како касније не би дошли у ситуацију да им је уградња вештачког кука, која стаје од 70.000 до 150.000 динара, неопходна.

Иначе, у Србији је у здравственим установама током 2006. године уgraђено више од 6.000 вештачких кукова – 5.000 је платио РЗЗО, а 1.000 сами осигураници.

Повећање процента угађених протеза о трошку РЗЗО за период 2003– 2006. година износи 150 одсто, а за период 2005-2006. године то повећање је скоро 50 одсто.

Г. Башовић

„Политика“, 11. 1. 2007.

Поређење БДП-а и БДП-а по становнику исказаних у еврима и ППС-у компаративног нивоа цене ЕУ и Србије у 2003. години

ЗемљеБДП

мил.евра

БДП по

становнику

хиљ.евра Индекс ЦПЛ

(ЕУ-25=100)БДП

мил.ППС

БДП по

становнику

хиљ. ППД Ниво БДП-а по станов. према ППС

(ЕУ-25=100)

**ЕУ-25995332921,7100995332921,7100**

Белгија 27458226,5103,126637125,7118,1

чешка 802547,953,315047114,767,8

Данска 18964135,2133,714183726,3121

Немачка 216340026,2111,2194495523,6108,4

Естонија 8138657,21422310,548,2

Грчка15554314,18019439017,681,1  
шпанија78055018,687,888942421,297,4  
Француска158517225,6105,9149634024,2111,4  
Ирска13909734,9119,511638329,2134,1  
Италија133535423,298,9135070623,4107,9  
Кипар1166716,192,91256017,479,9  
Летонија99784,348,3206538,940,9  
Литванија164434,848,3340079,845,3  
Луксембург2568457,1112,32288050,8233,9  
Мађарска735387,356,313063512,959,3  
Малта429310,868,2629415,872,7  
Холандија47634929,4108,244016627,1124,8  
Аустрија22696828106,421334826,3120,9  
Пољска191408549,139014410,247  
Португалија13752313,283,116540215,872,9  
**Словенија2486012,575,33299316,576**  
Словачка292295,448,16078011,352  
Финска14593828114,112791524,5112,9  
шведска26954830,1119,422568025,2115,9  
Б . Б р и т а н и и -  
ja159817226,8106,2150477225,3116,2  
**Србија180092,450,3358094,822**

#### А0МЊИ8ТИЊБ

Према предвиђању Светске здравствене организације  
у 2015 цигарете ће бити узрок смрти код  
10% од  
укупног броја умрлих у свету

Код најмање четвртине пушача на крају истраживања, који на почетку испитивања нису имали никакве симптоме ХОПБ, констатована је хронична опструктивна болест плућа, а чак 40 одсто пушача имало је неке симптоме ове болести. Утврђено је и да је 90 одсто испитаника који су пушили у време истраживања умрло. смањени ризик од ХОПБ имали су испитаници који су престали да пуше на почетку истраживања.

Д.П.

Из истраживања: најбољи и најгови градови за живот у Србији

Број регистрованих аутомобила

Према броју путничких аутомобила на хиљаду становника, регистрованих у 2005. години, најсиромашније општине су Медвеђа (81), Трговиште (81), Сјеница (91), Блаце (93), Бојник (94), а најбогатије Нови Сад (279 аутомобила), Свилајнац (247), Вршац (246), Београд (243) и Суботица (239)

Плате

О огромним разликама између севера и југа Србије сведоче и плате. Највеће просечне зараде у октобру, више од 55.000 динара (брuto), имали су запослени у београдској општини Сурчин, за њима следе Нови Београд и Врачар са око 47.000, па Стари град са близу 46.000 динара, док су у Лajковцу и Апатину плате веће од 44.000. На југоисточку земље, у Белој Паланци, зарађивало се 10.000 динара бруто, у Сврљигу 13.000, у Куршумлији, Блацу, као и у неколико оп-

штина Јабланичког и Пчињског округа изме-

ђу 13.000 и 14.000 динара.

„Политика“, 29.12.06.









---

## Упутство ауторима

---

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економике у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискуту са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: **Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.**

### *Оишића правила*

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвучи речи које треба штампати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланска без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати ко-

респоденција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

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

### *Обим рукописа*

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

### *Кратак садржај*

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

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

### *Табеле*

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов

табеле који се куца изнац табеле приказује њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

### ***Слике (фотографије)***

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

### ***Цртежи (шеме, графикони)***

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

### ***Списак литературе***

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

**НАПОМЕНА:** Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ у N. Eng. J. Med. 1997;336; 309–15.



CIP – Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

614

**ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА** : Часопис за социјалну медицину, здравствено осигурање, економику и менаџмент / главни и одговорни уредник Предраг Довијанић. - Год. 1, бр. 1 (1972)-. -Београд (Нушићева 25) : Комора здравствених установа Србије, 1972 - (Београд : Обележја). - 27 см.

Двомесечно.

ISSN 1451–5253 = Здравствена заштита  
COBISS.SR-ID 3033858