

СЕКЦИЈА ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА
СЕКЦИЈА ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ ДРУШТВА ЛЕКАРА ВОЈВОДИНЕ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
ПОКРАЈИНСКИ СЕКРЕТАРИЈАТ ЗА ЗДРАВСТВО, СОЦИЈАЛНУ ПОЛИТИКУ И ДЕМОГРАФИЈУ АП ВОЈВОДИНЕ



ТРЕЋИ КОНГРЕС СОЦИЈАЛНЕ МЕДИЦИНЕ СРБИЈЕ

СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

„ЗДРАВЉЕ 2020. У СРБИЈИ”

7 - 9. октобар 2015.
„Чигота”, Златибор, Србија

ЗБОРНИК РАДОВА И РЕЗИМЕА

ISBN 978-86-6061-072-2

www.sld-rs.org

ТРЕЋИ КОНГРЕС СОЦИЈАЛНЕ МЕДИЦИНЕ СРБИЈЕ

са међународним учешћем

„ЗДРАВЉЕ 2020. У СРБИЈИ“

7 – 9. октобар 2015.

ЗБОРНИК РАДОВА И РЕЗИМЕА

3rd CONGRESS OF THE SOCIAL MEDICINE OF SERBIA

with the international participation

“HEALTH 2020 IN SERBIA”

October 7 – 9, 2015

PROCEEDINGS OF PAPERS AND ABSTRACTS

Издавач

Секција за социјалну медицину

Српског лекарског друштва

Београд, Џорџа Вашингтона 19

www.sld-rs.org.

За издавача

Прим. др сц. мед. Љиљана Црнчевић Радовић

Главни и одговорни уредници

Прим. др сц. мед. Љиљана Црнчевић Радовић

Прим. др Мирослава Димитријевић

Штампа

Секција за социјалну медицину

Српског лекарског друштва

Тираж

300

ISBN 978-86-6061-072-2

ТРЕЋИ КОНГРЕС СОЦИЈАЛНЕ МЕДИЦИНЕ СРБИЈЕ

СЕКЦИЈА ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА
СЕКЦИЈА ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ ДРУШТВА ЛЕКАРА ВОЈВОДИНЕ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
ПОКРАЈИНСКИ СЕКРЕТАРИЈАТ ЗА ЗДРАВСТВО, СОЦИЈАЛНУ ПОЛИТИКУ И ДЕМОГРАФИЈУ АП ВОЈВОДИНЕ



ТРЕЋИ КОНГРЕС СОЦИЈАЛНЕ МЕДИЦИНЕ СРБИЈЕ

СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

„ЗДРАВЉЕ 2020. У СРБИЈИ”

7 - 9. октобар 2015.

„Чигота”, Златибор, Србија

ЗБОРНИК РАДОВА И РЕЗИМЕА

PROCEEDINGS OF PAPERS AND ABSTRACTS

ISBN 978-86-6061-072-2

www.sld-rs.org

ПОЧАСНИ ОДБОР

Председник

Ass. др Златибор Лончар
Министар здравља, Република Србија

Чланови

Проф. др Весна Копитовић
Покрајинска секретарка за здравство, социјалну политику и демографију
Аутономна Покрајина Војводина, Република Србија

Академик Драган Мицић,
Председник Здравственог савета Србије

Академик Радоје Чоловић
Председник Српског лекарског друштва

Проф. др Драган Данкуц
Председник ДЛВ - СЛД

Прим. др Весна Јовановић
Директорка Лекарске коморе Србије

Проф. др Викторија Цуцић

Проф. др Слободанка Башић

Проф. др Ђорђе Јаковљевић

Проф. др Момир Јањић

Прим. др Иван Омеровић

Проф. др Вук Стамболовић

Проф. др Бранивоје Тимотић

Др Жељко Стакић
Директор Специјалне болнице за болести штитасте жлезде и
болести метаболизма „Златибор”, Чајетина

НАУЧНИ ОДБОР
(према азбучном редоследу)

Чланови:

Проф. др Ержебет Ач Николић

Проф. др Весна Бјеговић Микановић

Проф. др Дејана Вуковић

Проф. др Вера Грујић

Проф. др Слађана Јовић Бабић

Проф. др Светлана Квргић

Проф. др Агима Љаљевић

Проф. др Мирјана Мартинов Цвејин

Проф. др Зоран Милошевић

Проф. др Драгана Никшић

Проф. др Снежана Симић

Проф. др Фимка Тозија

ОРГАНИЗАЦИОНИ ОДБОР

Председница:

Прим. др сц. мед. Љиљана Црнчевић Радовић

Секретарка:

Прим. др Мирослава Димитријевић

Чланови (према азбучном реду):

Др Елизабета Алексић

Др Катарина Васиљевић Пантелић

Др Данијела Дукић

Др Весна Живановић

Др Велимир Кнежевић

Прим. мр сц. мед. Драгана Лозановић

Др Љиљана Миловановић

Др Дејан Милосављевић

Прим. др Душан Митровић

Др Драгана Пантић

Прим. др Милијана Поповић

Прим. др Предраг Поповић

Др Горан Пешић

Прим. др Драгана Радовановић

Др Александар Станкић

Др Влатка Стевановић

Др Светлана Стојановић

Др Снежана Тошић

Др Светлана Тртица

Др Драгана Тендјера Милићевић

Прим. др Марија Шаула

Доц. др Милена Шантрић Милићевић

Извршни организатор:

Секретаријат Српског лекарског друштва

САДРЖАЈ

ТЕМА:

ЈАЧАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА A HEALTH SYSTEM STRENGTHENING.....	1
ЈАЧАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА.....	2
ЈАЧАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	10
STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE	11
СПРОВОЂЕЊЕ СПОЉНЕ ПРОВЕРЕ КВАЛИТЕТА СТРУЧНОГ РАДА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ.....	12
CONDUCTING OF EXTERNAL QUALITY AUDIT OF PROFESSIONAL WORK IN PRIMARY HEALTH CARE.....	13
ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА СЛУЖБОМ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ОДРАСЛИХ ГРАЂАНА И МОГУЋНОСТ ЊЕНОГ УНАПРЕЂЕЊА	14
CUSTOMERS SATISFACTION IN DEPARTMENT OF ADULT HEALTH CARE AND POSSIBILITY FOR IMPROVEMENT.....	15
СПЕЦИФИЧНОСТИ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ПОДРУЧЈУ ПЛАНИНЕ РУДНИК	16
SPECIFICS OF PRIMARY HEALTHCARE IN THE AREA OF THE RUDNIK MOUNTAIN ...	17
ПРОПИСИВАЊЕ АНТИБИОТСКЕ ТЕРАПИЈЕ КАО ПОКАЗАТЕЉ КВАЛИТЕТА РАДА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У БЕОГРАДУ	18
ANTIBIOTIC PRESCRIBING AS A QUALITY INDICATOR OF THE WORK OF PRIMARY HEALTH CENTERS IN BELGRADE	19
ПРИНЦИПИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ И САДРЖАЈ РАДА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ...21	
PRINCIPLES OF ORGANIZATION AND FUNCTIONING OF PEDIATRIC DAY HOSPITAL	22
КАНЦЕЛАРИЈА ЗА ЗДРАВЉЕ СТАРИХ- ФАКТОР УНАПРЕЂЕЊА ЗДРАВЉА СТАРИХ У БЕОГРАДУ	23
OFFICE FOR ELDERLY HEALTH IN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH BELGRADE / ELDERLY HEALTH IMPROVEMENT FACTOR	24
РАЗВОЈНИ ПРОГРАМИ КА/У ЗАЈЕДНИЦИ КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“	25
DEVELOPING COMMUNITY PROGRAMS OF CLINIC FOR PSYCHIATRIC DISORDERS "DR LAZA LAZAREVIC"	26

STRENGTHENING PUBLIC HEALTH SERVICES IN REPUBLIC OF MACEDONIA	27
БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА У БОЛНИЦАМА - ВАЖАН АТРИБУТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	37
PATIENT SAFETY IN HOSPITALS - AN IMPORTANT ATTRIBUTE OF HEALTH CARE..	38
ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ У ПЕРИНАТОЛОГИЈИ	39
АНАЛИЗА ПОТРЕБА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ЗА ЛЕКОВИМА СА ЛИСТЕ А У 2016. ГОДИНИ.....	50
ANALYSES OF "A LIST" MEDICINES NEEDS FOR HEALTH ORGANISATIONS IN REPUBLIC OF SERBIA IN 2016.....	51
ТРОШКОВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ПРЕМА МЕЂУНАРОДНОЈ КЛАСИФИКАЦИЈИ БОЛЕСТИ.....	52
ОКРУГЛИ СТО: РАНГИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	74
ROUND TABLE: HEALTH CARE SYSTEMS RANKING	75
ОБЕЗБЕЂЕНОСТ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ТЕРИТОРИЈИ АУТОНОМНЕ ПОКРАЈИНЕ ВОЈВОДИНЕ У 2014. ГОДИНИ.....	76
COVERAGE AND UTILISATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN PROVINCE OF VOJVODINA IN 2014	77
ОБУХВАТ ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА У 2014. ГОДИНИ.....	78
COVERAGE OF ADULT POPULATION WITH PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS IN SERBIA 2009-2014.....	79
РЕФЕРЕНТНА ВРЕДНОСТ И ОДНОС ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА РАДА ИЗАБРАНОГ ГИНЕКОЛОГА У ОКРУЗИМА БОР И ЗАЈЕЧАР У ПЕРИОДУ 2011-2014 ГОДИНЕ.....	80
REFERENCE VALUE AND RELATION OF WORK QUALITY INDICATORS OF CHOSEN GYNECOLOGIST IN THE DISTRICTS OF BOR AND ZAJEČAR IN THE PERIOD 2011-2014.....	82
ВАЛИДНОСТ ПРАЋЕЊА ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА У ПЗЗ.....	84
VALIDITY MONITORING OF QUALITY IN PHC.....	85
ВАНРЕДНА ПРОВЕРА КВАЛИТЕТА СТРУЧНОГ РАДА У СЛУЖБИ ЈАЧАЊА ОДГОВОРНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА.....	86
CLINICAL AUDIT – A TOOL FOR STRENGTHENING LIABILITY OF HEALTH EMPLOYEES	87
УНАПРЕЂЕЊЕ РЕГИСТРОВАЊА ОБОЛЕЛИХ ОД DIABETES MELLITUSA У ДОМУ ЗДРАВЉА „НОВИ САД“.....	89

IMPROVING THE REGISTRATION OF DIABETIC PATIENTS IN THE HEALTH CENTER "NOVI SAD"	90
ИЗАЗОВИ У ПРОЦЕСУ АКРЕДИТАЦИЈЕ У ОПШТОЈ БОЛНИЦИ ВРШАЦ.....	91
CHALLENGES IN THE PROCESS OF ACCREDITATION IN GENERAL HOSPITAL VRŠAC	92
ПРАЋЕЊЕ КВАЛИТЕТА И ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА РАДА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ, ШТА ДАЉЕ?.....	93
МОДЕЛ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ, КУДА ДАЉЕ	94
STVARANJE I ZADRŽAVANJE RADNE SNAGE U SEKTORU ZDRAVSTVA.....	95
ПОКАЗАТЕЉИ РАДА И СТАНДАРДИ СЕКУНДАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОКРУГА ЗАЈЕЧАР И БОР У ФУНКЦИЈИ РАВНОМЕРНИЈЕГ РАЗВОЈА КАПАЦИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ И УНАПРЕЂЕЊА ЕФИКАСНОСТИ КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РЕСУРСА	105
INDICATORS OF WORK AND STANDARDS OF THE SECONDARY HEALTH CARE IN ZAJECAR AND BOR REGION WITH THE AIM OF MORE BALANCED DEVELOPMENT OF THE HEALTH SERVICE CAPACITIES AND IMPROVEMENT OF EFFICIENCY IN USING HEALTH RESOURCES.....	107
ПРОБЛЕМИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ПРИЈЕМА ДЕЦЕ НА БОЛНИЧКО ЛЕЧЕЊЕ У УСТАНОВЕ ТЕРЦИЈАРНОГ НИВОА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	109
ОПРАВДАНОСТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ ДЕЦЕ И МОГУЋНОСТИ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ РАДА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ.....	112
APPROPRIATENESS OF HOSPITAL TREATMENT OF CHILDREN AND OPTIONS FOR PEDIATRIS DAY HOSPITAL IMPROVEMENT.....	113
ОПРАВДАНОСТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ ДЕЦЕ И МОГУЋНОСТИ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ РАДА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ.....	114
ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА ПРИМАРНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ У ШУМАДИЈСКОМ ОКРУГУ.....	123
CUSTOMER SATISFACTION IN PRIMARY HEALTH CARE IN SUMADIJA DISTRICT	124
ТЕМА: ОДРЖИВИ РАЗВОЈ И УЛОГА ЈАВНОГ ЗДРАВЉА SUSTAINABLE DEVELOPMENT AND THE ROLE OF PUBLIC HEALTH.....	125
ПЕРСПЕКТИВЕ ЦИЉЕВА ОДРЖИВОГ РАЗВОЈА:	126
ПРИОРИТЕТИ ЈАВНОГ И ПЛАНЕТАРНОГ ЗДРАВЉА	126
PERSPECTIVES OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS:	128

PRIORITIES OF PUBLIC AND PLANETARY HEALTH	128
ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА ЕВРОПЕ: ПРИЛАГОЂАВАЊЕ, УСВАЈАЊЕ И ИЗВОЂЕЊЕ У ЛОКАЛНИМ САМОУПРАВАМА СРБИЈЕ.....	130
EUROPEAN HEALTH POLICY: TAILORING, ENDORSMENT AND IMPLEMENTATION AT THE LOCAL COMMUNITY LEVEL IN SERBIA	131
ЕФЕКТИ ГЛОБАЛНЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ И ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИКА СРБИЈЕ.....	133
EFFECTS OF THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS ON HEALTH SYSTEM AND HEALTH STATUS OF THE SERBIAN POPULATION	134
СОЦИЈАЛНЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ ПОРЕМЕЊАЈА ИСХРАНЕ КОД ДЕЦЕ ДО ПЕТ ГОДИНА СТАРОСТИ: ЕТНИЧКЕ И РЕГИОНАЛНЕ РАЗЛИКЕ.....	136
SOCIAL DETERMINANTS OF MALNUTRITION AMONG SERBIAN CHILDREN AGED <5 YEARS: ETHNIC AND REGIONAL DISPARITIES.....	136
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ДЕЦЕ СА ХРОНИЧНИМ БОЛЕСТИМА.....	138
QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN CHILDREN WITH CHRONIC ILLNESS.....	140
ПОВЕЗАНОСТ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИЈАЛНО ЕКОНОМСКИХ ДЕТЕРМИНАНТИ И БЕЗУБОСТИ.....	141
THE ASSOCIATION OF DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC DETERMINANTS AND EDENTULISM	142
ИНЦИДЕНЦИЈА И МОРТАЛИТЕТ КАРЦИНОМА ДОЈКЕ У ЈАБЛАНИЧКОМ ОКРУГУ	143
BREAST CANCER INCIDENCE AND MORTALITY IN JABLANICA REGION.....	144
ПОПУЛАЦИОНИ РЕГИСТАР ЗА РАК У ГРАДСКОМ ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД У ПЕРИОДУ 1970-2014.ГОДИНЕ.....	145
POPULATION-BASED CANCER REGISTRY AT THE CITY INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF BELGRADE IN THE PERIOD FROM 1970 TO 2014	146
ТЕМА: НЕЈЕДНАКСТИ У ЗДРАВЉУ HEALTH INEQUALITIES	148
НЕЈЕДНАКОСТИ У ЗДРАВЉУ	149
HEALTH INEQUALITIES	150
РАЗЛИКЕ У ЗДРАВЉУ У ОДНОСУ НА ПОЛ КОД СТАРИХ ОСОБА У ВОЈВОДИНИ	151
GENDER DIFFERENCES IN HEALTH AMONG ELDERLY IN VOJVODINA	152

НИВО ОБРАЗОВАЊА И ГОЈАЗНОСТ КОД ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА ВОЈВОДИНЕ ..	153
EDUCATIONAL LEVEL AND OBESITY AMONG ADULTS IN VOJVODINA.....	154
УЧЕСТАЛОСТ И УДРУЖЕНОСТ ФАКТОРА РИЗИКА КОД АДОЛЕСЦЕНАТА У НОВОМ САДУ.....	155
FREQUENCY AND CO-OCCURRENCE OF RISK FACTORS AMONG ADOLESCENTS IN NOVI SAD.....	156
НЕЈЕДНАКОСТ У СОЦИО-ЕКОНОМСКОМ И ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ И КОРИШЋЕЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА НА ПОДРУЧЈУ ГРАДА КРУШЕВЦА.....	157
SOCIO-ECONOMIC, HEALTH STATUS AND UTILIZATION OF HEALTH SERVICES INEQUALITIES IN KRUŠEVAC MUNICIPALITY	158
ПОРЕМЕЋАЈИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА - ДА ЛИ СМО СВИ ПОД ЈЕДНАКИМ РИЗИКОМ?.....	163
MENTAL HEALTH DISORDERS – ARE WE ALL AT THE SAME RISK?.....	164
ПРЕПРЕКЕ ЗА ДИЈАГНОСТИКОВАЊЕ ДЕПРЕСИЈЕ НА НИВОУ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ И РУМУНИЈИ.....	175
BARRIERS IN DIAGNOSING DEPRESSION AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL IN SERBIA AND ROMANIA.....	176
ДЕМОГРАФСКЕ И СОЦИОЕКОНОМСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА СТАНОВНИКА СРБИЈЕ И ПРЕВАЛЕНЦИЈА ЛОШЕГ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА У УРБАНОМ И РУРАЛНОМ ПОДРУЧЈУ	177
DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC CHARACTERISTICS OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION OF SERBIA AND POOR MENTAL HEALTH PREVALENCE IN THE POPULATION OF URBAN AND RURAL AREAS	178
ПРОБЛЕМИ СА МЕНТАЛНИМ ЗДРАВЉЕМ ОДРАСЛИХ СТАНОВНИКА СЕВЕРНЕ КОСОВСКЕ МИТРОВИЦЕ	180
SYMPTOMS AND SIGNS ASSOCIATED WITH MENTAL HEALTH OF ADULT RESIDENTS OF NORTHERN KOSOVSKA MITROVICA	181
СТАВОВИ АДОЛЕСЦЕНАТА СА ТЕРИТОРИЈЕ НОВОГ САДА О НЕХЕМИЈСКИМ ОБЛИЦИМА ЗАВИСНОСТИ.....	188
ATTITUDES OF ADOLESCENTS IN NOVI SAD TOWARD NON-CHEMICAL ADDICTIONS..	189
ПРЕВЕНЦИЈА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ У ЛОКАЛНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ	191
PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE IN LOCAL COMMUNITY	192
ПОЈАВА ЗЛОСТАВЉАЊА НА РАДУ УДРЖАВНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА НА ТЕРИТОРИЈИ НОВОГ САДА	193

MOBBING IN PUBLIC HEALTHCARE INSTITUTIONS OF NOVI SAD	194
ЕМОЦИОНАЛНО ФУНКЦИОНИСАЊЕ И КВАЛИТЕТ ЖИВОТА КОД ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ	195
EMOTIONAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF DISABLED PEOPLE	196
ПОДРШКА ПОРОДИЦАМА КОЈЕ ЖИВЕ У СИРОМАШТВУ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ РАЗВОЈА ДЕЦЕ	197
PROGRAM FOR CHILDREN AND FAMILIES „STRONG FROM THE START”	198
СОЦИЈАЛНЕ НЕЈЕДНАКОСТИ КАО ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА, ЗДРАВСТВЕНИХ ПОТРЕБА И КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАНОВНИШТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ	208
SOCIAL INEQUALITY AS DETERMINANT OF HEALTH STATE, NEEDS OF HEALTH CARE AND UTILIZATION OF HEALTH CARE OF POPULATION OF REPUBLIC OF SERBIA	209
МОРБИДИТЕТ СТАНОВНИШТВА СРЕМСКОГ ОКРУГА У ПЕРИОДУ 2009 -2013	218
MORBIDITY OF POPULATION IN DISTRICT OF SREM IN THE PERIOD BETWEEN 2009 TO 2013	218
БЕЛА КУГА ЈАБЛАНИЧКОГ ОКРУГА И ДАЈБЕ ТРАЈЕ	220
WHITE PLAGUE OF JABLANICA DISTRICT IS STILL GOING ON.....	221
УТИЦАЈ ДЕМОГРАФСКИХ КАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРА РАДНЕ СРЕДИНЕ НА СИНДРОМ ИЗГАРАЊА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА НА ХЕМОДИЈАЛИЗИ	222
THE EFFECTS OF PERSONAL AND WORK-RELATED CHARACTERISTICS ON BURNOUT IN HEMODIALYSIS NURSES	223
СОЦИЈАЛНЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА ОСОБА СА ПСИХОЛОШКО ПСИХИЈАТРИЈСКИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА И ОБОЉЕЊИМА	225
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH OF PEOPLE WITH PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC DISORDERS AND ILLNESSES	226
ТЕМА: ИНФОРМАЦИОНЕ И КОМУНИКАЦИОНЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES.....	228
Е ЗДРАВЉЕ И ДРУШТВЕНЕ МРЕЖЕ	229
ДОЖИВЉАЈ ЛЕКАРА О КОРИСНОСТИ РАДА У ЕЛЕКТРОНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КАРТОНУ	236

EXPERIENCE OF PHYSICIANS ABOUT THE USEFULNESS OF WORKING IN ELECTRONIC MEDICAL RECORDS	237
ИЗВЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ КАО ИЗВОР ПОДАТАКА У АНАЛИЗИ ПОДУДАРНОСТИ УПУТНЕ И ЗАВРШНЕ ДИЈАГНОЗЕ.....	239
THE HOSPITALIZATION REPORT - ANALYSIS OF AGREEMENT BETWEEN REFERRAL AND FINAL DIAGNOSIS.....	240
БЕНЕФИТИ КВАЛИТЕТНОГ И ЗАШТИЋЕНОГ САДРЖАЈА ЕЛЕКТРОНСКОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ДОСИЈЕА ЗА ЗДРАВЉЕ И ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ	242
BENEFITS OF QUALITY AND PROTECTED CONTENT OF THE ELECTRONIC HEALTH RECORD FOR HEALTH AND HEALTHCARE SYSTEM IN SERBIA	243
ИСПИТИВАЊЕ ПРИСУТНОСТИ ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНИХ САДРЖАЈА НА ДРУШТВЕНИМ МРЕЖАМА УСТАНОВА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗАВОДА ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ.....	245
HEALTH - EDUCATIONAL CONTENT INVESTIGATION ON SOCIAL NETWORKS OF INSTITUTIONS OF PRIMARY HEALTH CARE AND INSTITUTES OF PUBLIC HEALTH.	246
УПОТРЕБА МОБИЛНИХ ТЕЛЕФОНА И ВЕЗЕ СА ОДРЕЂЕНИМ АСПЕКТИМА ЗДРАВЉА - СТУДИЈА ПРЕСЕКА МЕЂУ СТУДЕНТИМА БИОМЕДИЦИНСКИХ НАУКА У СРБИЈИ И ИТАЛИЈИ.....	247
USE OF MOBILE PHONES AND LINKS WITH CERTAIN ASPECTS OF HEALTH - CROSS SECTIONAL STUDY AMONG BIOMEDICAL STUDENTS IN SERBIA AND ITALY	248
Е - МАИЛ САВЕТОВАЛИШТЕ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ..	249
E - MAIL COUNSELING SERVICE ON THE PRIMARY LEVEL OF HEALTH CARE	250
ТЕМА: ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА ПОЈЕДИНЦА И ЗАЈЕДНИЦЕ HEALTH PROMOTION OF INDIVIDUALS AND COMMUNITIES	252
ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА И ЊЕНА УЛОГА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ....	253
HEALTH PROMOTION AND ITS ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE.....	254
ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА ПОЈЕДИНЦА И ЗАЈЕДНИЦЕ: РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ПИСМЕНОСТИ	263
HEALTH PROMOTION OF INDIVIDUALS AND COMMUNITIES: THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY	264
ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ЗДРАВЉЕ СРЕДЊОШКОЛАЦА.....	265
WEYS OF LIVING AND HEALTH OF HIGH SCHOOL OF STUDENTS	266

НАВИКЕ ВЕЗАНЕ ЗА ЗДРАВЉЕ СТУДЕНТСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ	273
HABITS RELATED TO STUDENT POPULATION HEALTH	274
ПОНАШАЊЕ СТУДЕНАТА У ВЕЗИ СА РЕПРОДУКТИВНИМ ЗДРАВЉЕМ	284
REPRODUCTIVE HEALTH BEHAVIOR IN STUDENT POPULATION	285
СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ СТУДЕНАТА УНИВЕРЗИТЕТА У НИШУ	286
SEXUAL BEHAVIOR OF STUDENTS OF THE UNIVERSITY OF NIS	287
ИСПИТИВАЊЕ ЗНАЊА И СТАВОВА РОДИТЕЉА О БЕЗБЕДНОСТИ ИГРАЧАКА НА ЈАБЛАНИЧКОМ ОКРУГУ	289
TESTING KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PARENTS SAFETY OF TOYS TO JABLANICA DISTRICT	290
УЛОГА УЧЕНИКА МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ У ПРОМОЦИЈИ ОРАЛНОГ ЗДРАВЉА	291
ROLE OF MEDICAL HIGH SCHOOL STUDENTS IN ORAL HEALTH PROMOTION.....	292
ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА У РУРАЛНИМ СРЕДИНАМА СУБОТИЦЕ	294
HEALTH PROMOTION IN RURAL AREAS OF SUBOTICA.....	295
ПРОЦЕНА УЧИНКА ЦЕНТАРА ЗА ПРЕВЕНТИВНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ У СРБИЈИ...296	
КАКО УКЉУЧИТИ КВАЛИТЕТНУ КОМУНИКАЦИЈУ У СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ?.....	298
ИЗЛОЖЕНОСТ СЕКУНДАРНОМ ДУВАНСКОМ ДИМУ СТУДЕНАТА МЕДИЦИНСКИХ ГРАНА УНИВЕРЗИТЕТА У ЦРНОЈ ГОРИ.....	299
GLOBAL HEALTH PROFESSIONS STUDENT SURVEY IN MONTENEGRO – SECOND- HAND SMOKE EXPOSURE	300
ПРЕВЕНЦИЈА ФАКТОРА РИЗИКА У НАСТАЈАЊУ БОЛЕСТИ КОД СТАРИХ ОСОБА	301
THE PREVENTION OF RISK FACTORS IN EMERGING DISEASES IN THE ELDERLY	302
ПОВЕЗАНОСТ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИЈАЛНОЕКОНОМСКИХ ОДРЕДНИЦА ЗДРАВЉА ЗА УДРУЖЕНИМ РИЗИЧНИМ ПОНАШАЊИМА КОД АДОЛЕСЦЕНАТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	309
DEMOGRAPHIC AND SOCIO-ECONOMIC FACTORS ASSOCIATED WITH MULTIPLE HEALTH RISK BEHAVIORS AMONG ADOLESCENTS IN SERBIA.....	310
КРЕАТИВНИ РАД СА УЧЕНИЦИМА НА ПРЕВЕНЦИЈИ ЗЛОУПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНАЦИ	312
CREATIVE WORKSHOP WITH SCHOOLCHILDREN ON PREVENTION OF DRUG ABUSE ...	313

ТЕМА:

ИЗАЗОВИ И ПРИОРИТЕТИ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ PROVOCATIONS AND PRIORITIES IN HEALTH SYSTEM OF SERBIA.....	315
ОБЕЗБЕЂЕНОСТ, ДОСТУПНОСТ, ПРИХВАТЉИВОСТ И КВАЛИТЕТ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ У ЈАВНОЗДРАВСТВЕНОМ СЕКТОРУ СРБИЈЕ	316
AVAILABILITY, ACCESSIBILITY, ACCEPTABILITY AND QUALITY OF SERVICE OF HEALTH WORKERS AND STRATEGIC PLANNING IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR OF SERBIA	317
ОБЕЗБЕЂЕНОСТ, ДОСТУПНОСТ, ПРИХВАТЉИВОСТ И КВАЛИТЕТ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ У ЈАВНОЗДРАВСТВЕНОМ СЕКТОРУ СРБИЈЕ	319
ОСНАЖИВАЊЕ МЕНАџМЕНТА У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ.....	321
STRENGTHENING MANAGEMENT IN THE HEALTH CARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF SERBIA	322
ИЗАЗОВИ ИМУНИЗАЦИЈЕ У СРБИЈИ И МОГУЋА РЕШЕЊА	323
IMMUNIZATION CHALLENGES IN SERBIA AND POSSIBLE SOLUTIONS	328
ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ ДЕЦЕ У СРБИЈИ.....	331
ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ ДЕЦЕ У СРБИЈИ.....	333
A MULTIDIMENSIONAL CROSS-NATIONAL APPROACH TO MEASURING WELL-BEING IN UNIVERSITY STUDENTS	336
МУЛТИДИМЕНЗИОНАЛНИ ПРИСТУП МЕРЕЊУ БЛАГОСТАЊА У СТУДЕНТСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ	337
SELF-REPORTED HEALTH, SOCIAL CAPITAL AND LIFE SATISFACTION AMONG ITALIAN ELDERLY	339
САМО-ПРОЦЕНА ЗДРАВЉА, ДРУШТВЕНИ КАПИТАЛ И ЗАДОВОЉСТВО ЖИВОТОМ МЕЂУ СТАРИМ ОСОБАМА У ИТАЛИЈИ.....	340
УТИЦАЈ СОЦИОДЕМОГРАФСКИХ ФАКТОРА НА КОРИШЋЕЊЕ АЛКОХОЛА КОД СРЕДЊОШКОЛАЦА	341
INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHICS FACTORS ON THE ALCOHOL USE IN HIGH SCHOOL STUDENTS	342
ТРАУМАТИЗАМ – ИЗАЗОВ ЗА НОВО ЈАВНО ЗДРАВЉЕ.....	344
TRAUMATISM - NEW CHALLENGE FOR PUBLIC HEALTH	345

СТАВОВИ О КОМПЕТЕНЦИЈАМА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА – ТЕХНИЧАРА СА
СТАНОВИШТА УЧЕНИКА, НАСТАВНИКА И ЗАПОСЛЕНИХ347

ТЕМА:

**ЈАЧАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА
A HEALTH SYSTEM STRENGTHENING**

ЈАЧАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА

Снежана Симић¹, Ержебет Ач Николић²

¹Институт за социјалну медицину Медицинског факултета, Универзитет у Београду

²Институт за јавно здравље Војводине и Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду

Увод: Јачање здравствених система је данас један од важнијих приоритета, како глобалне, тако и националних агенди, и доживљава се као начин да се унапреде исходи по здравље људи. Према СЗО, јачање здравствених система је „сваки правац, односно смер иницијатива и стратегија које унапређују једну или више функција здравственог система и које воде ка бољем здрављу путем побољшања доступности, обухвата, квалитета и ефикасности здравствене заштите“, или другим речима, то је процес идентификовања и спровођења промена у политици и свакодневној пракси тако да системи могу боље да одговоре изазовима у здрављу и здравственој заштити становништва. У јачању система су важне његове перформансе (учинак) и међусобна повезаност основних функција система: управљање, пружање услуга, стварање ресурса и финансирање. **Циљ** овог прегледног рада да се критички сагледа разумевање здравствених система, анализирају постојећи напори у њиховом јачању и идентификују мере које унапређују перформансе система.

Метод: Направљена је компилација на основу прегледа релевантне доступне литературе.

Резултати: Неколико уобичајених заблуда у свакодневној пракси здравствених професионалаца и доносиоца одлука које преовлађују када је реч о здравственим системима су да су они „црне кутије“, космичке црне рупе или списак инвентара који постоји у сваком систему. Видљиво је да је део проблема у расправи о здравственим системима у томе што се његовом разумевању приступа редукционистички и на тај начин се игноришу значајни аспекти за његов развој. О здравственом систему није довољно размишљати у смислу његових компоненти, већ што је много важније у смислу њихових међусобних односа и повезаности. Предуслови за побољшање здравствених система су у литератури препознати и означени акронимом ЛИСТ (*Leadership, Institutions, System Design, Technologies*) а два примера активности које обједињују основне функције здравствених система су финансирање засновано на резултатима и „паметна“ децентрализација. Четири карактеристике су издвојене као атрибути успеха у јачању здравствених система. Прва је добро управљање системом и политичка посвећеност, друга су делотворна бирократија и институције, трећа је способност за иновативне приступе, нарочито у пружању здравствених успеха и, последња, еластичност, односно флексибилност здравственог система у односу на економске кризе и катастрофе.

Закључак: здравствени системи су комплексне и динамичке целине и нема једноставног рецепта за успех. На основу искуства у њиховом оснаживању документовани атрибути успеха обухватају добро управљање и политичку посвећеност, ефективну бирократију која чува институционално памћење и учи из искуства и способност система за иновације и прилагођавање ограниченим ресурсима за здравље.

Кључне речи: јачање здравствених система, функције здравствених система, перформансе/учинак здравствених система, модели, стратешка оријентација

Introduction: A health system strengthening is today one of mayor priority on global and national health agenda and it can be seen as a way of system outcomes improvement. According to WHO, health system strengthening can be defined as the process of identifying and implementing the changes in policy and practice in a country's health systems such that country respond better to its health and health system challenges, or with another words it is any array of initiatives and strategies that improves one or more of the functions of the health system and that leads to better health through improvements in access, coverage, quality or efficiency. In this process is important to strengthen the performance and interconnectedness of the health system building blocks: service delivery, health financing, leadership and governance as well as health workforce, strategic information and commodities. **The aim** of this review article is to provide critical view of our understanding of health systems, to analyze today efforts in systems strengthening and to identify measures and activities for performance improvements.

Method: Review of available literature about health system strengthening was compiled.

Results: Achieving results is precisely what defines health system performance. Three common misconceptions are particularly prevalent in our understanding of health systems: that they are a black box, black hole or inventory list. It is obvious that in health system debate is often adopted a reductionist perspective which ignore important aspects. Determinants for health system improvements are known by acronym LIST (leadership, institutions, system design and technologies) and two examples of successful activities includes performance –based financing and smart decentralization. Four characteristics are recognized as attributes of success: good governance and political commitment, effective bureaucracies that preserve institutional memory and can learn from experience, and the ability to innovate and adapt to resource limitations.

Conclusion: Health systems are complex and dynamics whole and no simple recipe exists for success. According to existing experience attributes of success included good governance and political commitment, effective bureaucracies that preserve institutional memory and can learn from experience, and the ability to innovate and adapt to resource limitations.

Key words: health system strengthening, health system functions, health system performance, models, strategyc orientation

Увод

Јачање здравствених система је данас један од важнијих приоритета, како глобалне, тако и националних агенди, и доживљава се као начин да се унапреде исходи по здравље људи. Јачање националних здравствених система је корак ка глобалном напретку и пажња која се данас посвећује овој теми је усмерена ка ефикаснијем коришћењу све ограниченијих ресурса за здравствену заштиту који су нам на располагању.

Три околности су значајне за јачање здравствених система: прва је да се здравље све више у друштву препознаје као елемент одрживог економског развоја, глобалне безбедности, делотворног управљања и промоцији људских права. Друга је, да се због препознате важности здравља значајна, иако још увек недовољна финансијска средства усмеравају у здравствени сектор. Трећа околност значајна за јачање здравствених система су многобројне иницијативе за развој стратегија које се односе на достизање циљева важних међународних програма преточених у националне обавезе које могу унапредити здравље становника.

Јачање здравствених система није нов концепт. Његови корени су покрету за реформе здравственог сектора који се јавља почетком деведесетих (1) али постаје видљивији у глобалној агенди здравља 2001. године појавом СЗО светског извештаја о здрављу 2000. године – Здравствени системи – побољшање перформанси (2). Током последње декаде, бројне конференције, резолуције, публикације и стратегије су допринеле промишљању о начинима, инструментима и могућностима за јачање здравствених система.

Према СЗО, јачање здравствених система је „сваки правац, односно смер иницијатива и стратегија које унапређују једну или више функција здравственог система и које воде ка бољем здрављу путем побољшања доступности, обухвата, квалитета и ефикасности здравствене заштите“ (3), или другим речима, то је процес идентификовања и спровођења промена у политици и свакодневној пракси у одређеној земљи тако да она може боље да одговори изазовима у здрављу и здравственој заштити становништва. У јачању система су важне његове перформансе (учинак) и међусобна повезаност основних функција система које је идентификовала СЗО – управљање, пружање услуга, стварање ресурса и финансирање (3). То подразумева изградњу институционалних, програмских и финансијских капацитета који воде развоју здравственог сектора високих перформанси, способног да се прилагоди променама путем сталног унапређења квалитета и иновацијама.

Постизање бољих резултата у очувању и унапређењу здравља људи је управо оно што одређује перформансе, односно учинак система здравствене заштите.

Критички осврт на разумевање здравствених система данас

У пракси су здравствени системи комплексне и динамичке творевине које се разликују од земље до земље. Историјски развој, географски положај, политичка економија и друштвене околности утичу на изборе који се односе на приоритете, организацију службе, начине финансирања и следствено, имају ефекат на перформансе здравствених система.

Према СЗО (3) „здравствени систем чине све организације, људи и акције чија је основна сврха да промовишу, обнове или очувају здравље људи“. Јаки здравствени системи смањују терет болести, неспособности, превремене смртности и могу да унапреде очекивано трајање живота на рођењу и радну продуктивност. Слаби системи се често идентификују као ограничавајући фактор одрживог напретка земаља.

Има неколико уобичајених заблуда у свакодневној пракси здравствених професионалаца и доносиоца а одлука које преовлађују када је реч о здравственим системима (4).

Прва је да су здравствени системи „црна кутија“. По том веровању, разумевање механизма функционисања здравствених система је толико компликовано да је најбоље обезбедити најсавременију технологију, стручњаке и довољно финансијских средстава па ће резултати доћи сами по себи и биће (ваљда) неког ефекта по здравље људи. Ипак, данас има довољно знања да би могли да отворимо „црну кутију“ и развијемо специфичне интервенције које би унапредила учинак здравствених система. На располагању су нам докази о томе шта може унапредити учинак здравствених система, а шта не, у различитим ситуацијама и окружењима.

Друга преовлађујућа заблуда, посебно од стране економиста, је да су здравствени системи „црна космичка рупа“ која гута новац и где, ни једна количина новца, а ни других ресурса

није довољна да задовољи све потребе и очекивања, како давалаца, тако и корисника здравствених услуга. Као и са космичком црном рупом, и ова апсорбује огромну количину енергије али нема никаквог светла заузврат, Ипак, ми данас знамо и искуствено, и на основу истраживања, да има здравствених система који су ефикаснији у достизању бољих резултата са ограниченим ресурсима.

И на крају, трећа заблуда је да су здравствени системи „листа инвентара којим располажемо“ односно списак различитих организација, институција или особа које учествују у производњи и пружању здравствених услуга без разумног приступа и објашњења како такве компоненте на најбољи начин координисати или интегрисати.

Видљиво је да је део проблема у расправи о здравственим системима у томе што се његовом разумевању приступа редукционистички и на тај начин се игноришу значајни аспекти за његов развој. О здравственом систему није довољно размишљати у смислу његових компоненти, већ што је много важније у смислу њихових међусобних односа и повезаности. Потом, не би требало укључити само институције, односно даваоце услуга, већ и становништво. У динамичком концепту разумевања здравствених система, становници нису само корисници здравствених услуга, већ суштински део систем који има неколико различитих улога. Они су пацијенти са специфичним потребама које захтевају одређене мере здравствене заштите, затим, то су потрошачи тих услугама са јасним очекивањима како би желели да буду третирани у систему здравствене заштите, а затим, они су и особе које плаћају порезе или доприносе из којих се финансира систем здравствене заштите основу чега они захтевају приступ здравственој заштити као своје основно право. И, као најважније, они су партнери у унапређењу сопственог здравља који се придржавају терапије и препоручених мера лечења и понашају се тако што промовишу своје здравље и здравље других или га угрожавају „узимањем ризика“. Важност ове перспективе која се односи на појединце, групе и становништво је у томе што отвара врата популационим интервенцијама које унапређују исходе здравственог система по здравље људи.

Ширење концепта разумевања здравственог система се односи и на његове циљеве. Уобичајено смо ограничени на најважнији циљ здравственог система који се односи на унапређење здравља људи. Међутим није довољно посматрати само ниво здравља становника већ је потребно имати у виду и дистрибуцију здравља међу популационим групама, и то је данас централно место у процени учинка здравствених система. Затим, морали би да укључимо и остале циљеве који су битни за достизање бољег здравља. То је осетљивост система на легитимна очекивања и односи се на тзв. немедицинске исходе који промовишу људско достојанство и задовољство пруженом здравственом заштитом. Не мање важан циљ здравствених система је и заштита од финансијских ризика које подразумева такво финансирање које штити појединца и његову породицу од таквих плаћања за здравствену заштиту која могу да угрозе њихов животни стандард.

Коначно, можемо да проширимо разумевање система и на функције које он има. Већина иницијатива је углавном усмерена на функцију непосредног пружања здравствених услуга становништву. То је важна функција система, али да би се она реализовала, здравствени систем мора да оствари и остале функције као што су управљање системом, финансирање и генерисање ресурса укључујући и најкомплекснији и најизазовнији ресурс, а то су здравствени радници.

Разумевање наведених важних аспеката здравствених система може да нам помогне да их развијемо, јачамо и унапређујемо. Добро постављени циљеви омогућавају процену учинка система, односно колико је успешан у постизању постављених циљева. Заузврат, добре анализе функција система омогућавају да се добију објашњења о варијацијама учинка система на ниво здравља и његову дистрибуцију међу популационим групама.

Државе би морале са уложе све напоре како би деловале креативно и обезбедиле политичке директиве највишег нивоа које би довеле до побољшања здравља људи. Сада, више него икада, сваки долар/динар инвестиран у јачање система морао би да се пласира мудро и да обезбеди вредност за уложени новац (додату вредност) којим би се демонстрирао напредак у достизању приоритетних здравствених исхода.

Стратегије за јачање здравствених система

Предуслови за побољшање здравствених система су у литератури препознати и означени акронимом ЛИСТ (*Leadership, Institutions, System Design, Technologies*) (5). Када је у питању **лидерство**, вероватно је најсложенији изазов за јачање здравствених система формирање људи који могу да развију стратешку визију, да имају техничко знање, политичке вештине и етичку оријентацију која води комплексне процесе формулације здравствене политике и њене имплементације. Без лидера, и најбољи здравствени системи немају успеха. Развој **институција** омогућава стварање подстицаја за достизање циљева, при чему је најважнија институција министарство здравља које је осетљиво на специфичне околности у земљи али и укључено у глобалну мрежу земаља посвећених глобалним здравственим циљевима. Изградња институција захтева дуготрајне инвестиције и посвећеност мада је често ограничена променљивим политичким притисцима. Креирање **система** се односи на структуре и процедуре које могу да осигурају благовремену и адекватну повезаност људских, финансијских и технолошких ресурса као и знања и доказа о исплативости и делотворности здравствених система. И на крају, нема здравственог система који је успешан у пружању скупа здравствених услуга без одговарајуће **технологије**. То је изузетно важан аспект система коме је потребно посветити посебну пажњу и где је потребно установити приоритете.

Откако је СЗО 2007. године формулисала „носеће стубове“ здравственог система представљене са четири основне функције: управљање/газдовање, пружање услуга, генерисање ресурса и финансирање, до данас, прихваћено је схватање да су ове функције међусобно повезане и да заједнички делују у стварању бројних ефеката, како намерних, тако и оних ненамерних. Истраживачи и практичари све више користе формалне моделе и симулације за боље разумевање комплексности система и анализу његовог понашања. Фундаментални задатак које се односи на основне функције система је оптимизација ограничених ресурса како би били максимизирани ефекти по здравље људи а минимизирани споредни и негативни ефекти.

Два примера активности које обједињују основне функције или административне јединице здравствених система су финансирање засновано на резултатима и „паметна“ децентрализација (6).

- Финансирање засновано на резултатима, или финансирање засновано на учинку, како се често означава обезбеђује финансијске подстицаје здравственим установама или

здравственим радницима према њиховим достигнућима процењеним од независних стручњака. Овај начин представља стратешку интервенцију која повезује функције здравственог система, активности и процесе и на тај начин реформише начин на који систем функционише као целина. То је истовремено један од начина примене системског размишљања у здравственом сектору.

- „Паметна“ децентрализација је приступ који такође повезује функције система тако да унапређује управљање на централном нивоу, повећава менаџерске капацитете на периферији, јача менаџмент ресурсима на нивоу здравствене установе и оснажује грађане, НВО и приватни сектор како би боље дефинисали њихове улогу и појачали њихов „глас“ у систему здравствене заштите. Партиципаторни, делотворни и децентрализовани здравствени системи који служе грађанима могу допринети стварању одрживих исхода по здравље, већем поверењу у државу и приватни сектор и генерисати социјални и људски капитал за стимулисање демократских промена. Иако би децентрализацију требало спроводити пажљиво, она може бити успешан начин у приближавању јавноздравствених услуга корисницима и у јачању гласа грађана (7).

Иако се јачање здравствених система спроводи различито у различитим земљама и околностима, одређени принципи остају непромењени: јаки здравствени системи су транспарентни и финансијски одговорни, осетљиви на потребе и очекивања грађана. Мултидиментионални приступ јачања здравствених система поштује локалне приоритете и околности. Мада, потребно је нагласити сваки од наведених принципа представља изазов са аспекта добити и ризика. Задатак доносиоца одлука и менаџера на свим нивоима здравственог система је да максимизирају добити и минимизирају ризике.

Добро здравље по нижим трошковима или како постићи више за мање?

Занимљиво је питање како неке земље постижу боље исходе по здравље људи од других са сличним нивоом националног дохотка? Још 1985. године Рокефелерова фондација је организовала састанак на коме су се разматрала искуства земаља којима је обезбеђено финансирање пројеката за јачање здравствених система и као резултат тог састанка настала је публикација „Добро здравље по нижим трошковима“ (8) у којој су разбијени раширени митови да је за добро здравље неопходно економско богатство и идентификовани фактори који су допринели успеху у јачању здравствених система тих земаља. Скоро 25 година касније, направљена је евалуација у тим земљама како би било евалуирано да ли се нешто од добрих резултата у тим земљама задржало (9). Ризици по здравље су данас другачији а спектар одговора здравствених система много комплекснији, али неке од лекција заслужују озбиљну пажњу.

Четири карактеристике на основу те евалуације су издвојене као атрибути успеха у јачању здравствених система. Прва је добро управљање системом и политичка посвећеност, друга су делотворна бирократија и институције, трећа је способност за иновативне приступе, нарочито у пружању здравствених успеха и, последња, еластичност, односно флексибилност здравственог система.

Иако значење управљања здравственим системом има различите интерпретације, у целини оно обухвата регулаторне и менаџерске активности путем којих систем функционише

укључујући постојање јасно установљених циљева система и њихово пажљиво праћење као и начини како је систем организован за достизање тих циљева. Управљање системом такође укључује и нормативне вредности (транспарентност и праведност) и политичко окружење унутар кога здравствени систем функционише. Неколико елемената доброг управљања је идентификовано у наведеној анализи (9). То су: успешно лидерство, јасни приоритети и реални циљеви здравствене политике са визијом развоја система, одговорност за потребе и очекивања становништва и обезбеђивање континуитета промена (реформи) и када долази до промена влада.

Делотворна бирократија и институције су одговорне за имплементацију планова и програма. Неколико важних аспеката се односи на јаке институције система: постојање регулаторних механизма и менаџерски капацитет, способност да се обезбеде информације и докази, стабилна бирократија, довољно аутономије са флексибилношћу у раду, жеља да се сарађује са кључним актерима – посебно оним из невладиног сектора, као и синергизам са донаторима и коришћење медија као катализатора промена.

Иновативни приступи се могу односити на различите аспекте здравствених система али најчешће подразумевају иновативне стратегије радне снаге, потом механизма финансирања здравствене заштите и начина обезбеђивања здравствених услуга становништву. Када су у питању здравствени радници, развој нове комбинације вештина и задатака прилагођених промењеним условима рада праћене одговарајућом обуком је најзаступљенији приступ. Механизми финансирања су прилагођени повећаном обухвату становништва здравственом заштитом и покривање финансијских ризика рањивих друштвених група. Потом се инсистира на повећању исплативости здравствених система и повезивање расподеле ресурса са његовим перформансама. Међутим, највише иновативних приступа је у пружању здравствених услуга. То је реоријентација и јачање примарне здравствене заштите, развој интегративне здравствене заштите и подршка већој доступности есенцијалних лекова становништву. Флексибилност у пружању здравствених услуга и прилагођавање локалним условима се све чешће заговара уместо ригидних модела пресликаних из других земаља или средина.

Како су здравствени системи веома рањиви на неочекиване шокове, посебно економске кризе или природне катастрофе као и оне које узрокују људи, све је већи интерес за постизање веће еластичности система. Развој модела одговарајуће инфраструктуре и координираног одговора на кризне ситуације и катастрофе је стога приоритет посебно у земљама у развоју са ограниченим финансијским ресурсима.

Фраза „добро здравље по нижим трошковима“ садржи поруку да се побољшања у здравственом стању могу постићи и у земљама са релативно ниским националним дохотком. Чињеницу да неке сиромашније земље имају добре показатеље здравственог стања и боље перформансе система посебно када је у питању праведност у здрављу, у односу на знатно богатије земље које захватају много више од свог националног дохотка за здравствену заштиту је у литератури позната као „јавноздравствени парадокс“ (10) и односи се најчешће на земље Латинске Америке.

Закључак

Здравствени системи су комплексне и динамичке целине и нема једноставног рецепта за успех. На основу искуства у њиховом оснаживању документовани атрибути успеха

обухватају добро управљање и политичку посвећеност, ефективну бирократију која чува институционално памћење и учи из искуства и способност система за иновације и прилагођавање ограниченим ресурсима за здравље. Потом је необично значајан капацитет система да одговори потребама становништва и да постане еластичан у ситуацијама политичке нестабилности, економске кризе и природних катастрофа. Напредак се може постићи стабилношћу институција са континуитетом реформи без обзира на политичке и економске потешкоће и учењем из искуства.

Примена анализе система и системског приступа у јачању здравствених система наглашава важност смањивања јаза између постојећег знања са доказима из истраживања и свакодневне праксе. Јачање здравствених система захтева нови начин размишљања и деловања како би била премошћена традиционална подела на „вертикални“ приступ усмерен на техничке интервенције за одређена приоритетна обољења и „хоризонталног“ приступа који настоји да ојача све структуре и функције система без јасно установљених приоритета. Решење је можда „дијагонални“ приступ у коме се приоритетне интервенције користе као покретачи побољшања перформанси здравствених система. Зато је важно мобилисати снагу доказа како би биле промовисане промене. То укључује и размену информација и искустава међу земљама и изградњу базе знања о томе шта је добро и шта „ради“ а шта не како би свака земља била боље опремљена и прилагођена наученим лекцијама од других.

Литература:

1. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Washington, DC: World Bank. 1993
2. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization. 2001
3. World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes—WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Frank J. The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress. PLoS Medicine. 2010;7(1):1-3.
5. Murray CJL, Frenk J, A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000;78:717-31.
6. The U.S. Government. GHI Principle Paper – Health System Strengthening. Global Health Initiative. 2012.
7. World Bank. World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. Washington, DC: World Bank. 2004.
8. Halstead S, Walsh J, Warren K. Good health at low cost. Bellagio: Rockefeller Foundation, 1985.
9. Balabanova D, McKee M, Mills A. “Good health at lower cost” 25 years on. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011.
10. Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the Margins of Globalization: Appreciating the Cuban Health Paradox. Journal of Public Health Policy 2004;25(1):85-110.

ЈАЧАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Ержебет Ач Николић, Институт за јавно здравље Војводине и Медицински факултет, Нови Сад, Србија

Очекивано трајање живота расте. У Србији је 74 године, а у неким земљама Европе је преко 80 година, са ниским наталитетом то доводи до убрзаног демографског старења. Епидемиолошки тренд пораста хроничних незаразних болести и све већи број људи са више хроничних обољења, поред тога што поскупљују здравствену заштиту стављају пред здравствене раднике низ нових изазова. Најефикаснија и најефективнија здравствена заштита према мишљењу већине стручњака и светских експерата може се постићи једино оснаживањем ПЗЗ (примарна здравствена заштита). Циљ овог рада је да се прикажу најзначајнији закључци изнети у документу СЗО (“Expert panel of effective ways of investing in health”) ЕХРН из 2014 године и да се укаже на решења која се могу применити код нас ради оснаживања здравственог система променама у ПЗЗ.

Примарна здравствена заштита мора остати најзначајнији део здравственог система али мора бити тако конципирана да буде флексибилна да би се суочила и одговорила изазовима који су стављени пред здравствени систем: демографске промене, епидемија хроничних незаразних болести, пацијенти који постају активни учесници у здравственој заштити са растућим захтевима, пораст неједнакости у здрављу, развој здравствене технологије. То значи да не постоји универзална и свевремена концепција ПЗЗ. Код нас је неопходно променити законску регулативу која ће бити тако креирана да даје слободу и омогућава да локална самоуправа, која је одговорна за пружање ПЗЗ, има могућност организовања исте спрам потреба заједнице. ПЗЗ мора остати први реферални ниво и чувар капије за улазак у систем али са ефикаснијим приступом другим рефералним системима, а најбоље је комбиновати хоризонталне и вертикалне рефералне системе. Код нас треба омогућити да се специјалистичко консултативна служба, осим у општим болницама, организује и у оквиру специјалистичко консултативних поликлиника одвојених од болнице или у склопу ПЗЗ, с обзиром да је ванболничка здравствена заштита увек јефтинија од болничке. Мора се осигурати стабилно финансирање ПЗЗ јер само тако може да се осигура смањење неједнакости у здравственој заштити, за шта је неопходна алокација јавне потрошње ка примарној здравственој заштити. Код нас прво вратити допринос за здравство на 12% а онда омогућавањем допунског осигурања повећати укупни буџет уз обавезну децентрализацију средстава за здравствену заштиту. Кадрови који раде у ПЗЗ треба да похађају добро креиране едукативне курикулуме са дефинисаним знањима и вештинама која су неопходна за рад у датом времену и простору (културолошки и историјски прилагођено месту где се спроводи). Потребни су едукативни курикулуми који ће се стално иновирати у складу са новим технологијама за приоритетне здравствене проблеме уз предуслов да се примарној здравственој заштити мора обезбедити одговарајућа опрема И кадар. Основни вид рада мора бити тимски рад где тим не чине само доктор - сестра.

Закључак или уместо закључка био би: користимо туђа искуства и ојачајмо наш здравствени систем инкорпорирајући предлоге који нам стоје на располагању. Здравствени систем је

потребно стално оснаживати и креирати га тако да увек буде спреман да се трансформише ради пружања што ефективније и ефикасније здравствене заштите.

STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE

Eryebet Ac Nikolic, Institute of Public Health of Vojvodina and Medical faculty, Novi Sad, Serbia

Life expectancy continue to increase. In Serbia it is 74 years, and in some European countries it is over 80, combined with low birth rate leads to demographic aging. Increasing epidemiological trend of non-communicable diseases, and growing number of people with multi-morbidity, in addition of increasing the costs of health care, also puts before health professionals a variety of new challenges. Most efficient and effective health care in the opinion of most world experts, can only be achieved by strengthening PHC (primary health care). The aim of this paper is to present the most important conclusions reached in the WHO document ("Expert Panel on effective ways of investing in health") EXPH from 2014 and to draw attention to solutions that can be applied in Serbia, in order to strengthen health care system through changes in PHC.

Primary health care must remain the most important part of the health system, but it must be so designed to be flexible in order to confront and meet the challenges that are put before the health care system: demographic changes, epidemics of chronic diseases, patients becoming active participants in health care with growing demands, increasing inequality in health, the development of health technology. This means that there is no universal and timeless design of PHC. Our situation demands changes in the legislation, that will enable freedom and allow the local government, which is responsible for providing primary health care, to have the possibility to organize health care toward meeting the community's needs. PHC must remain the first referral level and gatekeeper for entry into the system, but with more efficient access to other referral systems, and it is best to combine both horizontal and vertical referral systems. In Serbia, specialist consultative services, besides in general hospitals, should be organized within the specialist consultative clinics separate from the hospital or within the PHC, considering that outpatient healthcare is always cheaper than the hospital. It must be ensured stable financing of PHC because it is the only way to ensure a reduction in health inequalities, which requires the allocation of public spending towards primary health care. In Serbia priority is to return contribution for health care to 12% and allow supplementary insurance to increase the overall budget, with decentralization of funds for health care. PHC workforce should attend well-designed educational curricula with defined knowledge and skills that are necessary to work in the given time and space (culturally and historically adapted to the place where it is implemented). Educational curricula should be constantly innovated in line with new technologies for priority health problems with the prerequisite that the primary health care must be provided with appropriate equipment and personnel. The main form of work in PHC has to be teamwork and multidisciplinary cooperation, not only the core doctor – nurse team.

Conclusion, or instead of a conclusion would be: we have to use others' experience and strengthen our health care system incorporating proposals that are at our disposal. The health system needs to be constantly strengthened and created, so that is always ready to be transformed in order to provide more effective and efficient health care.

СПРОВОЂЕЊЕ СПОЉНЕ ПРОВЕРЕ КВАЛИТЕТА СТРУЧНОГ РАДА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ДЕЛАТНОСТИ

Верица Почуча, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија
Анђелија Нешковић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија
Весна Слијепчевић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија

Увод: Стално унапређење квалитета је саставни део свакодневних активности здравствених радника и свих других запослених у здравственом систему. То је континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга. Растући захтеви за здравственом заштитом, постављање пацијента у центар система, постепено персонализовање медицинских третмана, али и суочавање са мерама штедње и ограничењем ресурса, чињенице су које интегрисаном систему здравствене заштите намећу потребу континуираног унапређења квалитета здравствене заштите.

Методe и начини праћења и провере квалитета стручног рада су следећи: инспекцијски надзор, праћење показатеља квалитета здравствене заштите, акредитација здравствених установа, лиценцирање здравствених радника и сарадника, акредитација здравствених установа, унутрашња и спољна провера квалитета стручног рада у здравственим установама и другим облицима здравствене службе.

Провера квалитета стручног рада здравствене установе и приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника спроводи се ради оцене да ли су мере, активности и поступци који се примењују у здравственој заштити у погледу врсте, индикације, начина извођења, обима и других својстава у складу са савременим медицинским и другим научним достигнућима.

Циљ: Сагледати недостатке спровођења спољне провере квалитета стручног рада у здравственим установама на примарном ниову здравствене заштите.

Метод рада: Извршена је ретроспективна анализа извештаја о спроведеној спољној провери квалитета стручног рада у здравственим установама примарног нивоа здравствене заштите у Београду спроведене 2014. године.

Резултати: Провера је обављена у 3 Дома здравља, 1 Заводу, две приватне лекарске ординације, 2 стоматолошке ординације, 3 апотеке и у 3 биохемијске лабораторије. У спољној провери квалитета стручног рада учествовало је 25 стручних надзорника у складу са оперативним планом. Надзорници су вршили непосредни увид на терену и сачинили предлоге мера за унапређење квалитета рада здравствених установа. Најчешћи предлози мера стручних надзорника су усмерени на структурне елементе квалитета и односе се на потребу занављања кадра, опреме и проширење простора.

Закључак:

Поред организационих проблема који се пре свега односе на неадекватну листу надзорника, предлози мера су усмерени претежно на структурне елементе квалитета. Мере треба да буду усмерене на процесне елементе квалитета и на исход као крајњи резултат примењеног процеса у примарној здравственој заштити са циљем подизања квалитета пружених здравствених услуга и повољног исхода по здравље и здравствено стање становништва.

Кључне речи: квалитет, здравствене заштита, спољна провера стручног рада, унапређење квалитета здравствене заштите

CONDUCTING OF EXTERNAL QUALITY AUDIT OF PROFESSIONAL WORK IN PRIMARY HEALTH CARE

Verica Pocuca, Gradski zavod za javno zdravlje, Beograd, Srbija
Andjelija Nesković, Gradski zavod za javno zdravlje, Beograd, Srbija
Vesna Slijepcevic, Gradski zavod za javno zdravlje, Beograd, Srbija

Introduction: Continuous quality improvement is an integral part of the daily activities of health workers and all other workers in the health care system. It is a continuous process aimed at reaching a higher level of efficiency and effectiveness in the work, as well as greater user satisfaction and health care providers. The growing demands for health care, patient positioning at the center of the system, gradually personalizing medical treatment, but also coping with austerity measures and resource constraints, the facts are that the integrated health care system necessitate continuous improvement of health care quality. The methods and the methods of monitoring and checking the quality of professional work are as follows: inspection, monitoring indicators of health care quality, accreditation of health institutions, licensing of health workers and associates, accreditation of health institutions, internal and external quality control of professional work in health care institutions and other forms of health services. Checking the quality of professional work of health care institutions and private practices, health workers and associates shall be conducted in order to assess whether the measures, activities and procedures that are used in health care in terms of type, indication, method of execution, volume and other properties in accordance with modern medical and other scientific achievements.

Objective: To review the short comings of implementation of external quality audit of professional work in health care facilities at the primary health care level indicators.

Methods: Retrospective analysis of a report on the external quality assurance, professional work in health institutions of primary health care in Belgrade carried out in 2014.

Results: Validation was performed in 3 health centers, 1 institute, 2 private medical clinics, 2 dental clinics, 3 pharmacies and 3 biochemical laboratories. 25 professional supervisors were involved in accordance with the operational plan. Supervisors audited on the field and drew up proposals for measures to improve the quality of health care facilities. The most common measures suggested by technical supervisors are focused on structural elements of quality and on the needs for renewing staff, equipment and expand the space.**Conclusion:** In addition to the organizational problems that are primarily related to an inadequate list of supervisors, draft measures are directed mainly to the structural elements of quality. Measures should be focused on procedural elements of the quality and the outcome of the final result of the applied process in primary care with the aim of raising the quality of health care services and a favorable outcome to the health and health state of the population.

Key words: quality, health care, external verification of professional services, improving the quality of health care

ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА СЛУЖБОМ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ОДРАСЛИХ ГРАЂАНА И МОГУЋНОСТ ЊЕНОГ УНАПРЕЂЕЊА

Војводић К, Терзић Шупић З¹

Градски завод за јавно здравље Београд, Београд, Р Србија

¹Медицински факултет Универзитета у Београду, Институт за социјалну медицину, Београд, Србија

УВОД: Пре тридесет година покрет за примарну здравствену заштиту промовисао је вредности као што су једнакост, „пацијент у центру система”, учешће заједнице, могућност самоопредељења, што се тада сматрало радикалним ставовима, а данас су то широко распрострањена очекивања од здравственог система која су утицала на промену организације здравствене заштите.

ЦИЉ: Утврдити потребе за унапређењем организације службе за здравствену заштиту одраслих грађана у домовима здравља на основу резултата истраживања задовољства корисника (2009-2013. године).

МЕТОД: У раду су коришћени резултати анкета Националног испитивања задовољства корисника од 2009. до 2013. године. Анализирани су упитници из службе за здравствену заштиту одраслих грађана домова здравља у Србији (169). Задовољство радом ове службе корисници су изразили петостепеном номиналном скалом. Обрађено је укупно 159.484 упитника уз коришћење метода дескриптивне статистике, хи-квадрат, логистичка регресија и предвиђање броја незадовољних у будућности.

РЕЗУЛТАТИ: У свим испитиваним годинама највећи проценат испитаника (преко 75%) је био задовољан или веома задовољан радом службе. Од 12-15% је било неодлучних, а 5-8% незадовољних чији је број растао ($y = 0,0071x - 14,251$). Пројекцијом броја незадовољних у наредне три године, број би се повећао на 10,3% (минимално 5,7%, максимално 14,8%). Незадовољни су корисници који сматрају да их лекар не слуша пажљиво, да им не даје јасна објашњења о терапији и болестима (28,0%), да су медицинске сестре нељубазне или добијају недовољно информација од њих (30%), који су незадовољни радним временом (25,7%) и могућношћу да хитан преглед обаве истог дана (24,3%).

ДИСКУСИЈА: Удео незадовољних корисника у свим испитиваним годинама је испод 8%, али се константно повећава у посматраном периоду. Уколико се не спроведу активности за побољшање организације службе, односа лекар и медицинских сестара са корисницима до 2016. године овај број би значајно премашио постојећи. У литератури се наводи да доступност, приступачност, благовремено пружање услуга, радно време службе, могућност телефонског заказивања, могућност обављања прегледа истог дана, приступачност службе особама са инвалидитетом утичу на задовољство корисника, као и интерперсонална интеракција са здравственим радницима, корисници очекују да се након прегледа осећају способнијим да се изборе са својим здравственим проблемима.

ЗАКЉУЧАК: Анализом задовољства корисника и аспеката којима корисници нису задовољни у петогодишњем периоду може се закључити да је неопходно предузети акције за

унапређење, првенствено односа корисника са здравственим радницима али и организацију саме службе са циљем спречавања знатног повећања броја незадовољних корисника.

Кључне речи: задовољство корисника, квалитет, здравствена заштита, одрасли, унапређење

CUSTOMERS SATISFACTION IN DEPARTMENT OF ADULT HEALTH CARE AND POSSIBILITY FOR IMPROVEMENT

Vojvodic K, Terzic Supic Z¹

Institute of Public Health Belgrade, Belgrade, Serbia

¹School of Medicine University of Belgrade, Institute of Social Medicine, Belgrade, Serbia

INTRODUCTION: Thirty years ago, the values of equity, people-centredness, community participation and self-determination were considered radical by many. Today, these values have become widely shared social expectations for health that alters the health systems change.

OBJECTIVE: The aim of this study was to determine the need for improving health service in health centers (domovi zdravlja) using the results of patient satisfaction survey (2009-2013).

METHOD: We used results from The National Customer Satisfaction Survey, undertaken from 2009 to 2013. Only questionnaires filled in the services for adult health care in 169 medical centers in Serbia were used. Users express their satisfaction on a nominal five-speed scale. We have analysed 159.484 questionnaires. In the statistical processing we used the descriptive method, Chi-square test, logistic regression and prediction.

RESULTS: In all years the most consumers were satisfied with health service (over 70%). From 12% to 15% were undecided and 5% to 8% dissatisfied with increasing values ($y = 0,0071x - 14,251$). Based on the previous regression analysis, an attempt was undertaken to predict percentage of those people who are dissatisfied for the next three years which number will enlarge to 10,3% in three years (min 5,7% to 14,8%). Unsatisfied customers are those who consider their doctors don't listen to them carefully and do not give them enough information about therapy and diagnosis (28,0%), that nurses are not polite, giving little information (30,0%), those who are dissatisfied with working hours (25,7%) and with possibility to visit doctor on the same day if it is urgent (24,3%).

DISCUSSION: Number of dissatisfied customers in all years is less than 8% with constant increasing in all observed years. That number will be enlarged without measures for improving health service as availability, accessibility, timely provision of services, working hours, telephone canceling, possibility to visit to doctors on the same day, accessibility to people in wheelchairs, interpersonal interaction with health workers, expectation to feel capable to deal with health problems after visiting doctor.

CONCLUSION: Analyzing customers satisfaction and aspects that produce their dissatisfaction in five years period, we can conclude that it is necessary to take measures for health service improvement mostly due to relationship between customers and doctors and nurses and service organisational aspects in aim to prevent enlarging number of dissatisfied customers.

Key words: customer satisfaction, quality improvement, primary health care

СПЕЦИФИЧНОСТИ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ПОДРУЧЈУ ПЛАНИНЕ РУДНИК

Љиљана Црнчевић Радовић¹, Весна Крстић², Данијела Дукић¹, Драгана Голић Шутић¹, Сања Савковић¹

¹Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“, Србија

²Дом здравља “Др Сава Станојевић“ Трстеник, Србија

Увод: Обезбеђивање и пружање здравствене заштите на разуђеним обично слабо насељеним подручјима је глобални проблем, али и велики професионални изазов. Планина Рудник као планинско “острво” Шумадије има географске, историјске, функционалне и културне специфичности, али захтева и здравствену службу са доста специфичности. **Циљ** овога рада је да прикаже најважније карактеристике примарне здравствене заштите овога подручја и предложи најбоља решења.

Метод: У раду је нашао примену преглед тренутног стања и SWOT анализа установа примарне здравствене заштите на подручју планине Рудник. Анализа је рађена у оквиру пројекта “Израда стратешког Мастер плана одрживог развоја планине Рудник“. Пројекат је од септембра 2013. до маја 2014. године радио Универзитет у Крагујевцу.

Резултати: На подручју планине Рудник налази се 59 насеља, која су по типу осталих насеља (нису урбана). Ту живи укупно 19 801 становник, односно 6 091 најчешће старачко и самачко домаћинство. Просечна старост становника је 47,7 година. Према претходно урађеној анкети око 17% становништва нема здравствено осигурање. Најчешћи узроци умирања су болести срца и крвних судова и малигни тумори. На подручју планине Рудник се налази 12 здравствених објеката, најчешће здравствених амбуланти и станица и сви су у функцији. Један лекар у просеку обезбеђује и пружа примарну здравствену заштиту за 1100 становника. Међутим, проблем представља територијална, временска и економска приступачност здравствене заштите. Објекти су од седишта дома здравља удаљени у просеку око 13 км. Значајан број здравствених станица и амбуланти не ради сваки дан. SWOT анализом као њихове најзначајније снаге дефинисане су планске едукације, праћење и унапређење квалитета рада, разноврсне здравствене услуге, добра локација објекта, адекватан и реновиран простор и задовољство корисника. Као највеће слабости означене су значајни трошкови одржавања објекта, велика разуђеност територије, лоше саобраћајнице, недостатак возила хитне помоћи, недостатак специфичне едукације менаџера, недовољна заступљеност превентивног рада, недостатак високообразованог кадра и медицинске опреме. Као највеће шансе препознате су проширење дијапазона превентивних здравствених услуга, подршка за услуге које се могу понудити тржишту, нови пројекти и партнерство јавног и приватног сектора. Као специфичне претње окарактерисане су неадекватан начин финансирања, старење становништва, повећање броја терминалних болесника, погоршање материјалног статуса корисника и колизија закони-пракса.

Закључак: За обезбеђивање доступне, приступачне и ефективне примарне здравствене заштите на подручју планине Рудник могу да се употребе различите стратегије. У свим стратегијама је важно обезбеђивање мобилних амбуланти које би долазиле до сваког корисника и омогућиле потпуну и једнаку приступачност за све становнике.

Кључне речи: примарна здравствена заштита, Рудник

SPECIFICS OF PRIMARY HEALTHCARE IN THE AREA OF THE RUDNIK MOUNTAIN

Ljiljana Crnčević Radović¹, Vesna Krstić², Danijela Dukić¹, Dragana Golić Šutić¹, Sanja Savković¹

¹Institute of Public Healthcare of Serbia “Dr. Milan Jovanović Batut“, Serbia

²Healthcare Center “Dr. Sava Stanojević“, Trstenik, Serbia

Introduction: To ensure and provide healthcare to people living in scattered, remote and poorly inhabited areas is a global problem, but also a great professional challenge. The Rudnik mountain, as a mountain “island” of Šumadija, is characterized by geographic, historical, functional and cultural specifics, but also requires highly specific healthcare services.

Objective: The aim of the paper is to present the most significant characteristics of primary healthcare provision of this area and to suggest the best solutions.

Method: The paper presents up-to-date condition and SWOT analysis of primary healthcare institutions in the area of the Rudnik mountain. The analysis was done as a part of the project “Creation of a Strategic Master Plan of Sustainable Development of the Rudnik mountain“. The project was carried out by the University of Kragujevac from September 2013 to May 2014.

Results: In the area of the Rudnik mountain there are 59 settlements by type of other small inhabited places (not urban). There are in total 19,801 inhabitants living there, i.e. 6,091 mostly elderly and single person households. The average age of the inhabitants is 47.7 years. According to a previously conducted survey, about 17% of inhabitants do not have medical insurance. The most frequent causes of deaths are heart and blood vessel diseases and malignant tumors. In the area of the Rudnik mountain there are 12 medical objects, mostly healthcare services and all are functional. On the average one physician provides primary healthcare to 1100 inhabitants. However, present problems are territorial, weather condition and economic availability of healthcare service. The distance between the objects and the central healthcare service is on the average about 13 km. A significant number of healthcare and outpatients services are not opened every day. The SWOT analysis, as their most significant forces, involves planned education, follow-up and improvement of work quality, various healthcare services, good location of services and good location of the object, adequate and renovated work place and satisfaction of patients. The most distinctive weaknesses are: significant costs of object maintenance, a vast territory with scattered settlements, poor road connections, lack of EMS vehicles, lack of specific management education, insufficient presence of preventive activity, lack of highly educated personnel and medical equipment. The best chances that are recognized involve widening of the scale of preventive medical services, support of services that can be offered to the market, new projects, as well as the partnership between public and private sectors. As recognized, specific threats involve inadequate mode of financing, aging of inhabitants, increased number of terminally ill patients, worsening of the economic status of users and legal acts vs. practice collision.

Conclusion: To ensure available, easily accessible and effective primary healthcare service in the area of the Rudnik mountain different strategies can be used. Regarding all strategies, it is important to secure mobile ambulance vehicles that would reach each user and enable a full and equal availability to all inhabitants.

Key words: primary health care, Rudnik

ПРОПИСИВАЊЕ АНТИБИОТСКЕ ТЕРАПИЈЕ КАО ПОКАЗАТЕЉ КВАЛИТЕТА РАДА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У БЕОГРАДУ

Весна Слијепчевић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија
Верица Почуча, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија
Катарина Војводић, Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија

Увод: Бактеријска резистенција на антибиотике представља растући и ургентни јавноздравствени проблем, а преваленца инфекција резистентним бактеријама је у порасту. Овакве инфекције могу бити озбиљне и без могућности лечења. Праћење примене антибиотика представља важан корак у контроли и превенцији развоја резистенције на антибиотике.

Циљ овог рада био је да се анализирају показатељи квалитета рада који се односе на прописивање антибиотске терапије у службама за здравствену заштиту одраслих и деце у периоду 2012-2014. године.

Метод: У анализи су коришћени извештаји о показатељима квалитета рада изабраног лекара у службама за здравствену заштиту одраслих и деце у домовима здравља у Београду у периоду 2012-2014. године. Анализирани су Процент епизода са тонзилофарингитисом код одраслих код којих је као прва терапија ординирана терапија пеницилином, Процент епизода са акутним инфекцијама горњих дисајних путева код деце код којих је при првом прегледу преписан антибиотик и Процент епизода свих обољења код деце лечених антибиотицима у којима је ординирана ампулирана терапија. За евидентирање пацијената са акутним респираторним инфекцијама коришћен је шифарник болести МКБ-10. У статистичкој анализи података у овом раду коришћене су методе дескриптивне статистике.

Резултати: У посматраном периоду проценат епизода са тонзилофарингитисом код одраслих код којих је као прва терапија ординиран пеницилин показује растући тренд ($y = 2.45x + 22.733$). Вредност овог показатеља се кретала од 19,1% до 59,5% у 2014. години у домовима здравља. Код трећине епизода са акутним инфекцијама горњих дисајних путева код деце у овом периоду је при првом прегледу преписан антибиотик (31,5% до 35,8%), а уочава се растући тренд вредности ($y=1.4x+31.067$), док проценат епизода свих обољења деце лечених антибиотицима у којима је ординирана ампулирана терапија опада, од 3,7% до 2,3% ($y=-0.7x+4.5333$). Вредности ових показатеља значајно варирају између домова здравља.

Дискусија: Различити извори података и различит степен информатизације здравствених установа узроковали су и различите вредности показатеља. Опадање вредности процента епизода свих обољења деце лечених антибиотицима у којима је ординирана ампулирана терапија говори у прилог унапређењу квалитета рада у педијатријским службама у складу са доктрином и рационалнијом употребом антибиотика. Педијатри у домовима здравља у општинама на ширем подручју града се чешће одлучују за парентералне облике антибиотика (домови здравља „Др Милорад Влајковић” Барајево, „Сопот“, „Др Ђорђе Ковачевић“

Лазаревац) од домова здравља који су територијално ближи центру града и педијатријским установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите.

Закључак: Узимање антибиотика када они нису неопходни може бити штетно. Поштовање водича добре праксе за примену антибиотске терапије и рационална употреба антибиотика представљају пут ка контроли и превенцији резистенције на антибиотике. Осим тога, унапређење електронског информационог система за подржавање праћења показатеља квалитета, као и едукација лекара о значају прикупљања података и праћења показатеља квалитета представља добар пут за унапређење квалитета рада.

Кључне речи: показатељи квалитета, антибиотска терапија, примарна здравствена заштита

ANTIBIOTIC PRESCRIBING AS A QUALITY INDICATOR OF THE WORK OF PRIMARY HEALTH CENTERS IN BELGRADE

Introduction: Bacterial resistance to antibiotics is a worldwide threat to public health and the prevalence of infection with resistant bacteria is increasing. These infections can be serious and without treatment options. Monitoring the use of antibiotics is an important step in the control and prevention of antibiotic resistance.

Objective: Aim of this study was to analyze quality indicators of work relating to antibiotic prescribing in in general practice and pediatric service from 2012 to 2014.

Method: In the analysis we used reports on quality indicators in general practice and pediatric service in Belgrade in the period 2012-2014. We analyzed the percentage of episodes with tonsillopharyngitis in adults in whom the first therapy administered penicillin, percentage of episodes of acute upper respiratory infections in children in whom the first review of prescribed antibiotics and percentage of episodes of illness in children treated with antibiotics which is administered ampulied therapy. To identify the patients with acute respiratory infections we used ICD-10 codes. The statistical analysis of the data in this paper are used descriptive statistics.

Results: During the period 2012-2014 the percentage of episodes with tonsillopharyngitis in adults in whom the first therapy administered penicillin shows an increasing trend ($y = 2.45x + 22.733$). The value of this indicator ranged from 19.1% to 59.5% in 2014 in the health centers. When a third of episodes of acute upper respiratory infections in children in this period is the first review of prescribed antibiotic (31.5% to 35.8%), and can be seen growing trend value ($y = 1.4x + 31,067$), while the percentage of children treated with antibiotics in which therapy was administered ampoules decreases, from 3.7% to 2.3% ($y = -0.7x + 4.5333$). The percentage vary among health centres.

Discussion: The various sources of data and difference in electronic informational system of health centres have resulted in different values for quality indicators. The decline in the value of the percentage of episodes of all diseases of children treated with antibiotics to which was administered ampulied therapy speaks in favor of improving the quality of work in pediatric services in

accordance with the doctrine and the rational use of antibiotics. Pediatricians in health centers in municipalities in the wider area of the city is increasingly opting for parenteral forms of antibiotics from health centers who are territorially closer to the city center and pediatric institutions secondary and tertiary levels of care.

Conclusion: Taking antibiotics when they are not needed can be harmful. Respect good practice guide for the application of antibiotic therapy and rational use of antibiotics represent a way to control and prevent antibiotic resistance. In addition, the improvement of electronic information system to support the monitoring of quality indicators, as well as educating professionals about the importance of data collection and monitoring of quality is a good way to improve the quality of work.

Keywords: quality indicators, antibiotic prescribing, primary health care

ПРИНЦИПИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ И САДРЖАЈ РАДА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ

Славиша Здравковић, Нина Кубуровић

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Београд, Србија

Увод: Дневна болница, као посебна организациона јединица поликлиничке службе болнице, организује се за обављање дијагностичких, терапијских и рехабилитационих услуга за амбулантне пацијенте. Третман пацијента у дневној болници је увек краћи од 24 сата, а може захтевати више долазака (дана лечења). Поредности лечења у дневној болници су вишеструке: стварање повољне психолошке компоненте за бржи опоравак, смањен ризик од интрахоспиталних инфекција, уштеда здравствених ресурса.

Метод рада: У раду се у виду дескриптивне анализе приказују разлози настанка дечјих дневних болница, искуства из земље и света, дијагностички терапијски поступци који се примењују у педијатријским дневним болницама, анализирају се капацитети, функција и садржај рада.

Резултати рада: После пријема у дневну болницу, највећи број болесника у њој заврши лечење и отпушта се кући. Одређени број, око 6% - 8% се после тријаже, према критеријумима за процену тежине клиничке слике и даљим потребама у лечењу, преведе из дневне болнице у одговарајуће одељење. Око 2% деце су преведена из других одељења. Од укупног броја болесника хоспитализованих у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије, у дневној болници лечење заврши око 92%.

Дискусија: Дневна болница, као посебни организациони облик пружања здравствених услуга, надовезује се на амбулантно или клиничко лечење, коригује недостатке и ограничења болничког лечења, и обједињује пружање превентивних, терапијских и рехабилитацијских услуга на једном месту.

Закључак: Дечје дневне болнице се уводе ради смањења страха деце од хоспитализације и стварања бољих услова за боравак родитеља уз дете, без ограничавања посета. Кроз тимски рад лекара, остварује се мултидисциплинарни приступ сваком болесном детету.

Кључне речи: педијатријска дневна болница, деца, организација здравствене службе

PRINCIPLES OF ORGANIZATION AND FUNCTIONING OF PEDIATRIC DAY HOSPITAL

Slaviša Zdravković, Nina Kuburović

Mother and Child Health Care Institute of Serbia, Belgrade, Serbia

Introduction: The day hospital, as a special unity of the hospital polyclinic service, has been organized for carrying out diagnostic, therapeutic and rehabilitation service. The treatment of patients in a day hospital is always shorter than 24 hours, and may require several arrivals (days of treatment). The advantages of such type of treatment are numerous: favorable psychological components for a speedier recovery, decreased risk of intrahospital infections, saving on hospital resources.

Methods: The method of the study is descriptive-analytic. The reasons for introducing pediatric day hospital, our and worldwide experiences, diagnostic and therapeutic procedures applied in pediatric day hospital, capacities and functioning analyses are reviewed in the papers.

Results: The largest number of pediatric day hospital patients completed their outpatient treatment and discharged home. About 6%-8 % patients after triage, according to the criteria for assessing the severity of illness and continuing needs in treatment, transferred from day hospital to the appropriate hospital department. About 2 % of children were transferred from other departments to the pediatric day hospital. About 92 % patients hospitalized at Mother and Child Health Care Institute of Serbia completed their outpatient treatment in the pediatric day hospital and discharged home.

Discussion: Day hospital is a special form of health service organization. It tags along the outpatient or clinical treatment, correcting the deficiencies and limitations of hospital stay providing preventive, therapeutic and rehabilitative services in one place.

Conclusion: Pediatric day hospital reduce the fear of hospitalization in children and creates better conditions for parents' stay with a child during the treatment. Thus a multidisciplinary team work is fully achieved.

Keywords: pediatric day hospital, children, health service organization

КАНЦЕЛАРИЈА ЗА ЗДРАВЉЕ СТАРИХ- ФАКТОР УНАПРЕЂЕЊА ЗДРАВЉА СТАРИХ У БЕОГРАДУ

Ирена Целетовић Милошевић
Градски завод за јавно здравље, Београд

Увод : Број старих особа Београда и Србије, годинама показује тренд раста, што дефинише потребу за другачијим приступом у правцу креирања нових форми јавноздравственог деловања, с циљем унапређења здравствене заштите за популацију преко 65 година..

Циљ: Циљ рада је да прикаже рад Канцеларије за здравље старих Градског завода за јавно здравље- Београд Метод.Коришћена је социјално медицинска дескриптивна метода заснована на приказу рада Канцеларије за здравље старих у периоду 2008-2015. године.

Резултати У Градском заводу за јавно здравља Београд 2008.године основана је Канцеларија за здравље старијих особа и социјално угрожених група . која је 2014.годиен преименована у Канцеларију за здравље старих са циљевима: 1.успостављање координације свих сегмената здравствене заштите намењене старијима 2.Боље функционисање постојећег система здравствене заштите за старије,3.Конституисање модела који ће бити одржив у свим регионима Србије. Београд карактерише интезивно демографско старење популације (16,8%) преко 65 година. који своју здравствену заштиту добијају у 17 домова здравља у службама за одрасло становништво преко изабраног лекара.Анкетом Канцеларије за здравље старих у београдским здравственим установама утврђено је да простор, опрема нису довољно адаптирани за пријем старијих становника и теже покретних особа, посебно оних у инвалидским колицима. Градски завод за геронтологију и палијативну негу чије су услуге намењене функционално онеспособљенима, и Институт за ментално здравље у Београду, где је формиран Кабинет за треће доба, једино су специјализоване за старије становништво. У стационарним установама постељни капацитети се нису повећавали годинама (134).У Београду је у посматраном периоду периоду 2009-2015. просечна структура услуга пружених старијим пацијентима била: 30,1% од укупног броја свих услуга, 95,1% здравствених услуга на терену, 91,2% здравствена нега у стану и 70,0% лекарских прегледа на терену. Просечна дужина чекања старијих пацијената испред лекарске ординације (30мин.) обрнуто сразмерна дужини посете лекару у ординацији (8 мин.).Од свог оснивања 2008.године Канцеларија је спровела неколико значајних самосталних и партнерских пројектата и направила видне помаке у повећаној информисаности о интегрисаној заштити за старије, као и бољу проходност и доступност за старије у постојећем систему.

Закључак: Канцеларије за здравље старих идентификацијом свих расположивих ресурса заштите, препорукама и израдама неопходних Водича унапређује координацију система здравствене заштитеи постепено елиминише дискриминацију старих у здравству и представља фактор унапређења здравља старих.

Дискусија и предлог мера: Канцеларија постепено мења однос свих релевантних фактора према позитивној оријентацији свих сегмената у систему здравства ка старијима. Заводи за јавно здравље могу на основу искустава у раду Канцеларије примене концепт намењен старима у свом региону.

Кључне речи: здравствена заштита, старији, јавно здравство

OFFICE FOR ELDERLY HEALTH IN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH BELGRADE / ELDERLY HEALTH IMPROVEMENT FACTOR

Irena Dzeletovic Milosevic
Institute of Public Health Belgrade, Belgrade

Introduction: The number of old people of Belgrade and Serbia, is in increasing trend in last decades, which defines the need for a different approach towards the creation of new forms of public health action, with the aim of improving health care for the population over 65 years.

Aim: The objective of this paper is to present the work of the Health Office for Elderly Health in Institute of Public Health Belgrade.

Method: It is social medicine descriptive method based on review of work of the Office for Elderly Health for period 2008-2015. year.

Results In Institute of Public Health Belgrade in 2008, was established Office for Elderly Health and social deprived categories. which 2014. year was renamed to the Office for Elderly Health with the objectives of: 1. Establishment of all segments of health care coordination for elderly 2. Functioning improvement of the existing health care for the elderly, 3. Constitution of sustainable model in all regions of Serbia. Belgrade is characterized by intense demographic aging of the population (16.8%) over 65 years. who receive their health care in 17 health centers in the services for the adult population over the selected doctor. Analysing data Office for elderly health in Belgrade health institutions it was found that the premises, equipment are not sufficiently adapted for the reception of elderly residents and moving heavier people, especially those in wheelchairs. City Institute of Gerontology and palliative care services whose intended functional disability, and the Institute for Mental Health in Belgrade, where is formed a Cabinet for the third time, the only specialized for older population. The dispensaries of bed capacities in Belgrade not increased for many years (134).. The average structure of services provided to older patients was: 30.1% of the total number of services, 95.1% of external health services, 91.2% Health Care in the apartment and 70.0% of medical examination on the ground. The average length of waiting of elderly patients in front of the doctor's office (30 min.) Is inversely proportional to the length of staying in the doctor office (8 min.). Since its founding in 2008, the Office's accomplished several important leader and partner projects and made visible progress in increasing awareness of the importance of integrated protection for the elderly, as well as greater mobility and accessibility for seniors in the existing system. Conclusion: The Office for Elderly Health identified all available resources at Health Care System, also created recommendations and drafting the necessary Guidance improving coordination of Health and Social Care System and gradually eliminate discrimination against the elderly in health Office is a factor in improving the elderly health. Discussion and measures proposal: The Office for Elderly Health is gradually changing the attitudes of all relevant factors to the positive orientation of all segments of the health care system toward the elderly. Other Public Health Institutes could introduce this model based on experience managing Office's implementation of concept for the elderly in their region.

Key words: Health Care, Elderly, Public Health,

РАЗВОЈНИ ПРОГРАМИ КА/У ЗАЈЕДНИЦИ КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“

Горица Ђокић¹, Славица Ђукић- Дејановић¹

¹Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија

Клиника за психијатријске болести “Др Лаза Лазаревић” од 03. марта 1861. године у континуитету ради на побољшању менталног здравља особа којима је потребна помоћ. Поштовањем искуствених и увођењем савремених метода лечења, смањили смо дужину болничког лечења на 33,7 дана и унапредили реинтеграцију и ресоцијализацију наших пацијената, чиме смо скратили период њиховог одвајања од породица и заједнице, али и директне трошкове лечења. Рад на унапређењу реинтеграције и ресоцијализације започели смо 01. октобра 2014г увођењем: Програма Терцијарне превенције са циљем јачања веза пацијента, његове породице и сарадника у лечењу са једне стране, и друштвене заједнице са друге стране; Услуга континуиране сарадње са породицама и заједницом кроз програме „Отворених врата“, „Линија 2-3“; Менторског програма за здравствене раднике и сараднике; сарадње са невладиним сектором и удружењима корисника психијатријских услуга и мисијом ОЕБСа; информативног лифлета „И ја идем у Лазу“.

У циљу изналажења најбољег и финансијски самоодрживог модела заштите менталног здравља у заједници развили смо Програм „Повећане бриге“ на примеру општине Палилула, у коме смо у релативно кратком временском року (након 9 месеци), са интензивним радом у заједници, добили значајно смањење броја вишеструко хоспитализованих пацијената, и што је још значајније, смањење принуде у адмисији вишеструко хоспитализованих пацијената, уз њихово адекватно збрињавање у оквиру заједнице.

На овај начин смо, повећањем бриге за наше пацијенте и њиховим оснаживањем за равноправно укључивање у живот заједнице, на директан и индиректан начин смањили трошкове лечења, чиме смо отворили питање другачијег вида финансирања заштите менталног здравља у заједници.

Позитивна искуства из Програма „Повећане бриге- Палилулски програм“ пренели смо и у активности Радне групе Министарства здравља за деинституционализацију и дестигматизацију, са циљем ширења модела у применљивим условима и јачања система заштите менталног здравља у заједници на територији Републике Србије.

DEVELOPING COMMUNITY PROGRAMS OF CLINIC FOR PSYCHIATRIC DISORDERS "DR LAZA LAZAREVIC"

Gorica Đokić¹, Slavica Djukic Dejanović¹

¹Clinic for psychiatric Disorders, "Dr Laza Lazarevic", Belgrade, Serbia

Clinic for Psychiatric Disorders "Dr Laza Lazarevic" from its foundations on 3rd March 1861, is continuously working on improvement of the mental health. Respecting experiential and introducing modern methods of treatment, we have reduced the duration of hospitalization to 33.7 days and improve reintegration and re-socialization of our patients, whereby we shortened the period of their separation from their families and communities, and direct treatment costs. In order to improve the reintegration and resettlement of our patients, we have started new community programs starting from 1st October 2014, introducing: Tertiary prevention program, in order to strengthen ties between our patients, their families and associates in treatment on the one hand, and society on the other; Cooperation with families and the community Services - the "Open Door" program, "Line 2-3" program; Mentoring programs for health workers and associates; Cooperation with NGOs and Patients associations and its network „Naum“, Cooperation with the OSCE Mission; distribution of the informational leaflets "I go to Laza too".

In order to find the best and financially self-sustainable model of the community mental health program, we have developed a project "Increased concern" – Palilula's example, where we, in a relatively short period of time (after 9 months), with intensive work in the community, get a significant reduction in the number of multiple hospitalized patients, and more importantly, the reduction of coercive readmission of the multiple hospitalized patients, providing them adequate psychiatric care in the community.

In this way we have achieved two important goals, first, we are increasing concerns for our patients and we empower them for equal participation in community life, and second, we have reduced direct and indirect costs of the treatment, which can open the question on different way of financing mental health care in Serbia.

We have transferred our positive experiences from the Project "Increased concern" – Palilula's example to the activities of the Working Group of the Ministry of Health for deinstitutionalization and destigmatization. Our goal is to expand our model to applicable conditions and strengthen the mental health care system in the community on the territory of the Republic of Serbia.

STRENGTHENING PUBLIC HEALTH SERVICES IN REPUBLIC OF MACEDONIA

Fimka Tozija

Institute of Public Health, Faculty of Medicine, Skopje, Republic of Macedonia

Introduction: Public health services (PHS) are a key aspect of the wider health system and play an important role in improving the effectiveness and efficiency of health care system. Strengthening PHS in Republic of Macedonia is priority in ongoing health reforms based on the evaluation of the 10 essential public health operations (EPHOs) within the framework of the four health system functions: stewardship, resource generation, finance and service delivery. The aim of this paper is to present the achieved activities and future challenges for PHS strengthening in Republic Macedonia.

Methods: The Government of Republic of Macedonia is committed to PHS strengthening and addressing public health challenges applying public health approach, strategic approach and **participatory governance for health for sustainable development.**

Results: PHS strengthening started with the World Health Organization (WHO) international consultants' mission in November 2013 evaluating the PHS followed by a national workshop on public health policy dialog in February 2014 initiating the common open consultative process on PHS and establishing an expert, professional and public forum. Self – assessment workshop was organized in August 2014 applying WHO self-assessment tool and PHS Self – assessment report was prepared. In 2015 as continuation of PH reforms in the country, the on-line self – assessment tool was developed and adapted to the national context for PHS monitoring. In parallel based on the findings from the self – assessment Draft Public Health Action Plan and Draft National Health 2020 Strategy “Together for Health for All” were developed in line with the Health 2020 and the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services

Conclusion: Adoption of the draft Strategic Framework for Public Health for Republic of Macedonia with Action Plan 2020 and the Health 2020 Strategy by the end of 2015 and it's full implementation with regular monitoring are challenges for the whole Government and the whole society towards better PHS and better public health.

Key words: public health services, essential public health operations, self- assessment, open consultation, strategy

Introduction

Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society. (1) Health is a fundamental human right and the greatest wealth that contributes significantly to the economic growth and socio-economic development.

Health is a complex category as well as a public good that all sectors not only contribute to through their actions but also benefit from. Investing in health systems and inclusion of health in all policies is priority for each Government. (2)

The Government of Republic of Macedonia is committed to address the main health challenges applying public health approach, strategic approach and **participatory governance for health** through intersectoral action and health public policy for **sustainable development.** The absence

of a comprehensive strategy for health and public health in the country, imposed the need for improving the public health system policies and capacities in order to obtain universal access to health.

Republic of Macedonia in the process of integration with European Union (EU) has to harmonize health policies with EU legislation and new strategic documents especially with the Europe 2020 Strategy, for smart, sustainable and inclusive growth (3) as well as with WHO Health 2020 Strategy (4)

The whole of the Government and the whole of the society approach (4) is a framework of fundamental government responsibility for health and well-being guaranteed with Constitution of Republic of Macedonia. (5) The Ministry of Health has the main role in this process by strengthening public health services (PHS), coordinating the intersectoral action, collaborating with other sectors at all levels. PHS are a key aspect of the wider health system and play an important role in improving the effectiveness and efficiency of health care system. Strengthening PHS in Republic of Macedonia is priority in ongoing health reforms based on the evaluation of the 10 essential public health operations (EPHOs) within the framework of the four health systems functions: stewardship, resource generation, finance and service delivery.

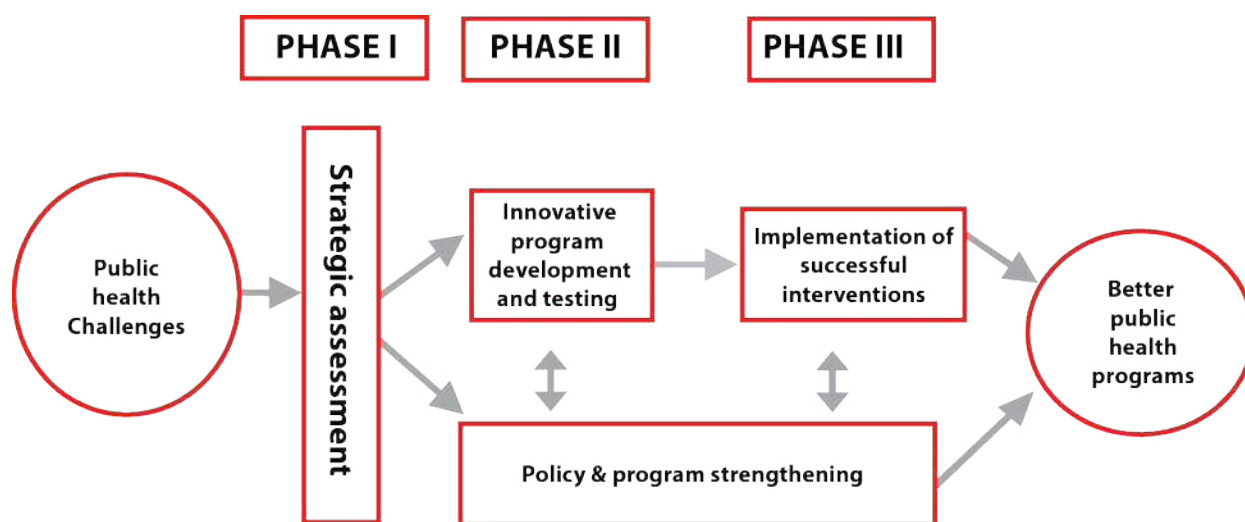
The aim of this paper is to present the achieved activities and future challenges for PHS strengthening in Republic Macedonia. The overall vision is to promote better health and well-being in a sustainable way, while strengthening integrated public health services and reducing inequalities.

Methods

Strategic approach

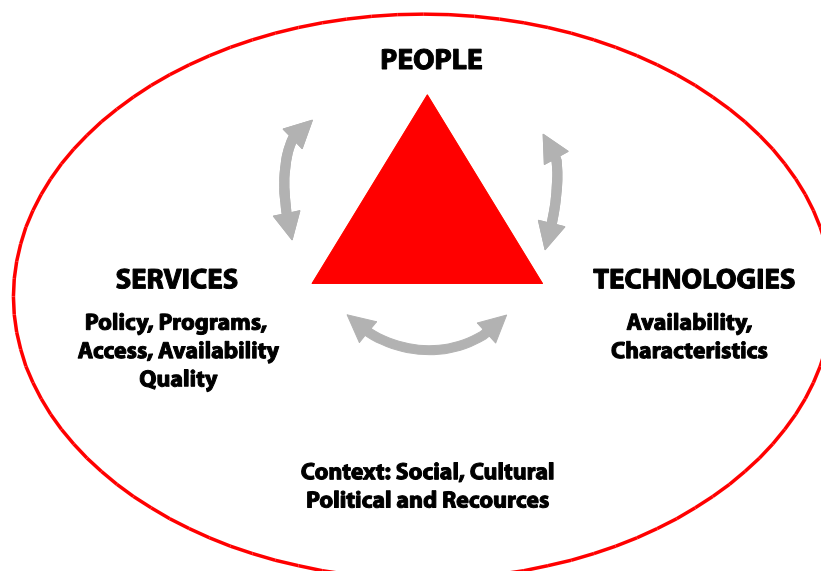
Towards that vision and goal, the Ministry of Health as part of the Biennial Collaborative Agreement between Ministry of Health and WHO for the period 2014 – 2015, supported by WHO, applied the strategic approach for public health system strengthening: strategic assessment, policy development and testing of innovative programs; implementation of successful and tested interventions. (See Figure 1)

Figure 1. Strategic approach



The strategic assessment was conducted to analyse the current situation, using the WHO self assessment tool for EPHOs with participatory approach: consultation, dialogue, including ad hoc and online consultations, public hearings, and institutionalized consultations in advisory committees and test panels. (figure 2)

Figure 2. Participatory approach



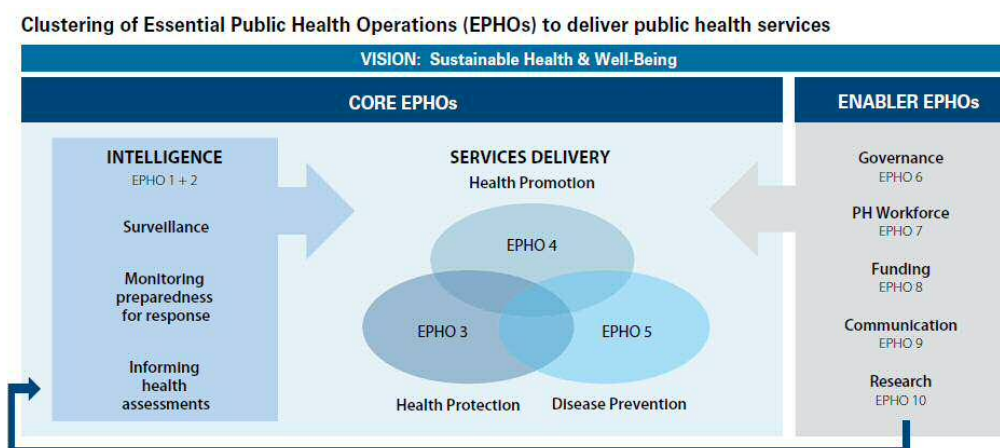
The public health approach was applied working with other sectors to address the wider determinants of health and with health professionals at all levels.

The evaluation of PHS in Macedonia is based on a set of EPHOs, which elaborate the detail of the health system functions. (6, 7)

The WHO has been involved in the ongoing discussion and evaluation of PHS in Europe as well as the usefulness of analysing PHS and activities within the framework of the four health systems functions of Stewardship, Resource Generation, Finance and Service Delivery. (8) The 10 EPHOs are a work in progress and are currently being used in a self assessment programme in the European Region. They form the framework for a practical web-based tool to help countries to assess their public health services and activities (9)

The EPHOs have been clustered into two groups of five: core EPHOs (requiring public health skills and expertise to deliver them) and enabler EPHOs. There is an additional cluster of public health intelligence EPHOs (1, 2 and 10) which are based on monitoring, surveillance and research. The main focus of service delivery – health promotion, health protection, and disease prevention (EPHOs 3, 4 and 5) is via public health services. The enablers (EPHOs 6–10) include strengthening governance, workforce development, financing, communication and research. (10) (Figure 3)

Figure 3: Clustering EPHOs to deliver public health services



Instrument – the tool

Macedonia is among the first countries in the WHO European Region that has initiated a process of self-assessment of PHS based on the EPHOs and following the latest available version of the WHO self-assessment tool. (11) The tool was first developed in 2012 and updated in 2014. The tool enabled to identify the strengths and gaps in the public health system and to plan for stronger public health operations in the future, building on an integrated approach of public health operations. The self-assessment tool consists of sets of questions and assessment scales for each EPHO that are interlinked with the other EPHOs through cross-referent questions and data sources. The 2014 version of the tool also provides references to other WHO guidelines and further assessment tools. Being a substantial exercise that requires involvement of professionals, practitioners and policy makers from different sectors and fields of expertise, the self-assessment is part of a dialogue on the current state and future prospects of and possibilities for the public health in the country.

Process

The first milestone was the WHO international expert mission in November 2013, who evaluated the evidence-based public health policies, expertise and knowledge on national level, and developed a first Draft-National Public Health Action Plan and a Draft-Monitoring Framework for the implementation of the National Public Health Action Plan in line with the Health 2020 and the European Action Plan. (10)

The second milestone was the Initial meeting for establishing a Policy Dialogue on Public Health on the national level in February 2014 and was attended by more than 30 experts and institutional representatives with public health mandates in the country. The meeting supported the need for a common open consultative process on reforms of the public health system in accordance with the EPHOs which would serve as an expert, professional and public forum to address issues, problems, challenges and opportunities and to discuss ideas and proposals towards the formulation of a national Public Health Strategy and Action Plan with inclusive and participatory approach of the stakeholders included.

Third milestone was the process of self-assessment of public health operations and functions, done with “polls of experts” who know the system well from within collecting “subjective” information through open consultative approach, in which assigned working groups discussed and assess the EPHOs around the three main areas (Health protection, Health promotion and Disease prevention) addressing cross-sectional themes related to other EPHOs, and a fourth group on Emergency preparedness and response.

WHO Self Assessment Tool was applied on a three day workshop held in Ohrid in the period 25-27 August 2014 as an instrument to open a dialogue with professionals from relevant agencies (health personnel, academicians, civil sector representatives, other relevant specialists). After the workshop, results of the measurement were shared with participants, and other experts, completing the initial snapshot of the public health and related operations in the country, toward the identification of intervention areas for improvement of the institutional capacity of health authorities. Comparative analysis of all 10 EPHOs, applying conventional interpretation of results, shows that none of the EPHO prove optimal results. Assessment of the specific indicators for each EPHO has identified existence of “grey zones”, which were used to perform subsequent analysis of strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT analysis) of governance in public health sector. Recommendations were given for remedial activities for each EPHO summarized in the Draft Public Health Action Plan.

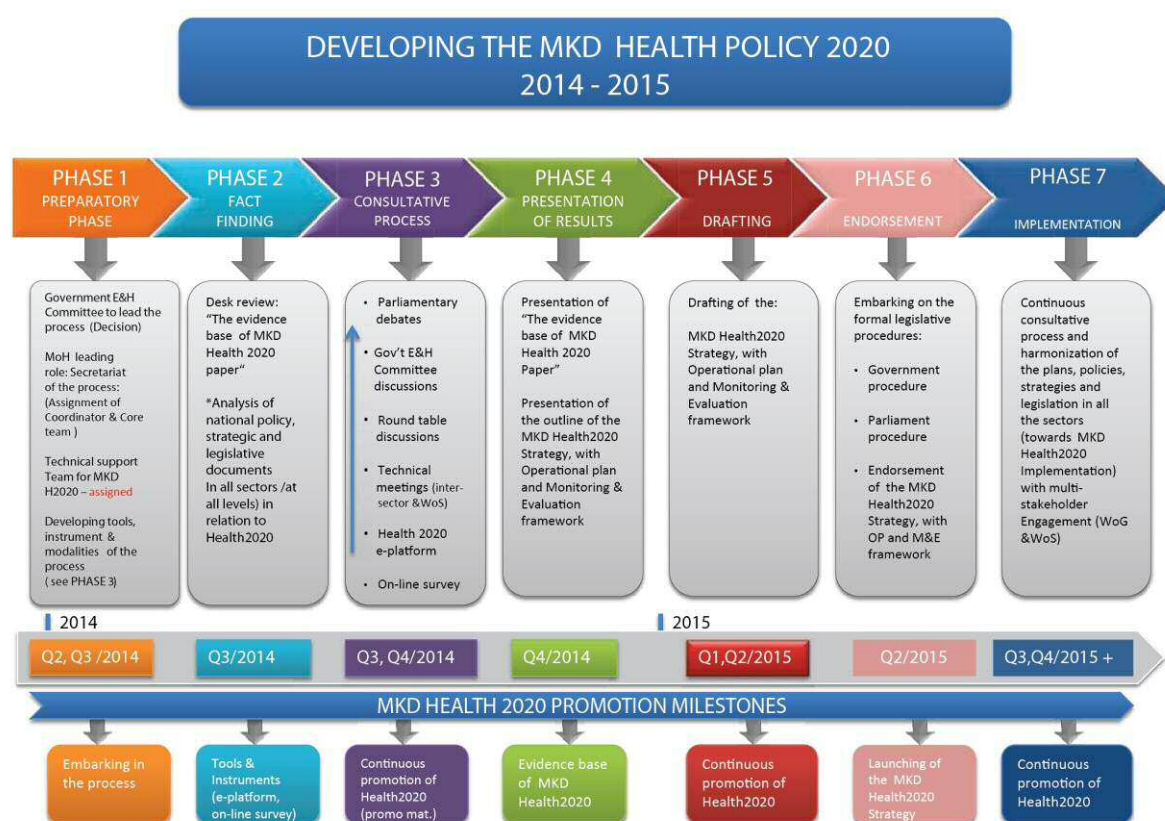
Fourth milestone is development of the Draft Strategic Framework for Public Health for Republic of Macedonia with Action Plan 2020, with recommendations to strengthen the health system and 10 EPHOs based on findings from the self-assessment report and given recommendations for reduction of barriers and costs associated with them, identification of critical issues and dilemmas. (12)

Fifth milestone – Draft Health 2020 Strategy “Together for Health for All” (13) was developed. The National Health 2020 Strategy (Strategy) has been developed under the Governmental Committee for Health and Environment, chaired by the Prime Minister. The process of Strategy development had seven phases as presented in figure 4. The participatory process of development of the Strategy included various modalities to debate and reach consensus on the vision, mission, objectives and priorities for health, within the social, economic, environmental and cultural context:

analysis of existing evidence, technical meetings and workshops of experts from different sectors, creating a web platform to serve as an online forum¹ both for the expert and general public, and creating opportunities for sharing opinions and attitudes by the population via survey questionnaires.

The Ministry of Health, as lead agency, started the process in the second quarter of 2014, establishing governing structure and the Road Map. Over 100 professionals and different sector representatives gave input in Strategy drafting through over 30 meetings, written submissions and survey responses online through the platform Health 2020 “What is the health I want in 2020?”, and numerous discussions at other professional fora and workshops held. For each of the pillars, an expert-guided facilitated process was established, involving representatives of health sector and other relevant ministries and agencies, practitioners and experts, civil society sector and academia. Open consultation took place in a two-month period, through over 100 written submissions, many meetings were held with over 300 attendees and an e-platform available at http://zdravstvo.gov.mk/health_2020/, which is a live platform open for additional inputs to the documents, as well as accountable and transparent monitoring of the progress and evaluation of the implementation of the Strategy

Figure 4: The Process of Macedonian Draft Health 2020 Strategy development



¹ Online tool for expert contributions to health reforms: Your Ideas, available through the online platform Health 2020 of the Ministry of Health: http://zdravstvo.gov.mk/health_2020/

Achievements

The main achievements in the public health system strengthening are the following:

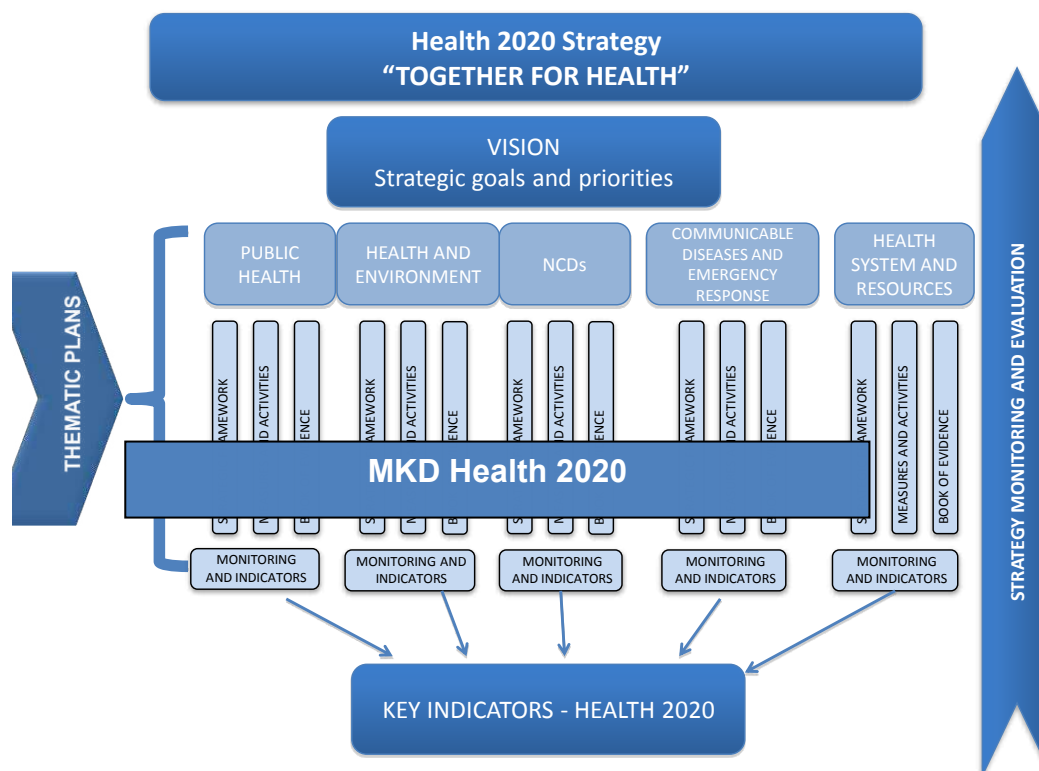
- WHO Self – assessment tool was piloted in Macedonia. Although this very pioneering approach gives an excellent snapshot and overview of the public health situation in a country, the methodology and the process have certain limitations that are need future improvements. (14)
- WHO Self assessment tool was translated in Macedonian and adjusted to the national context
The self-assessment tool for the evaluation of PHS has been piloted and was adjusted to Macedonian context to create a common understanding of essential public health services and activities; to inspire discussion and debate about essential services and activities in the field of public health within ministries of health, institutes of public health and among other public health experts and actors; to provide a framework for such experts to assess their own country's performance across these services and activities; and to produce a relatively quick analysis of the principal strengths and weaknesses in public health services and activities as a basis for devising strategies, plans, reforms and further evaluation of public health services, in general or in particular areas.
- Developed national web based self-assessment tool.
- Report of the self-assessment (14) has been prepared with the main findings and for each EPHO. The strongest public health responses are for surveillance, monitoring, emergency planning, immunization, environmental health and health protection. Weaker areas include health promotion and action to address inequalities and the wider determinants of health. NCD surveillance is also weak. The enabling EPHOs 6, 7, 8 and 9 addressing governance, workforce development, financing and communications are also less well developed similar to the situation in European Region (15) and the South East European countries. (16)
- Developed Draft Strategic Framework for Public Health for Republic of Macedonia with Action Plan 2020 presented on the workshops organized by WHO in April-June 2015. The evidence gathered through the process of the self assessment in Macedonia as well as a “snapshot analysis” of organizational models for delivering the EPHOs, outlined some of the major challenges for health policy summarized in thision Plan including consideration of public health services and infrastructures and the public health aspects of health care services: strengthening the delivery of public health services by developing and integrating health promotion and disease prevention with robust health protection services; supporting service delivery, the enablers for public health that especially need further development include governance, workforce development, financing and communication.; focusing on public health services to ensure they address inequalities and the wider determinants of health to achieve the overall vision of promoting health and well-being in a sustainable way.
- Developed Draft National Health 2020 Strategy “Together for Health for All” The Draft Health 2020 Strategy of the Republic of Macedonia is based on specific national development and context, values, principles in line with global and regional developments in health. It is the most significant policy framework so far based on evidence and developed applying strategic and participatory approach through open consultation and dialogue of different stakeholders.
aaVision: By 2020, in the Republic of Macedonia health and wellbeing to be significantly improved, health inequalities reduced, public health strengthened and people-centered health

system that is universal, equitable, sustainable and of high quality ensured, as a contribution to and a result of the country’s social and economic development.

The National Health 2020 Strategy is harmonized with the WHO Health 2020 Strategy for European Region (4) main objectives: improving health for all and reducing health inequalities; and improving leadership and participatory governance for health. In order to achieve these objectives, the Strategy suggests new forms of governance for better health, defining health and welfare as a responsibility of both the whole-of-government and the whole-of-society. The Strategy addresses the socio-economic aspects of health improvement and provides an evidence-based premise for investment and action through integrated approach towards health promotion, disease prevention, treatment and rehabilitation for all. The activities related to socio-economic determinants encompass, through the separate pillars and their constituent actions, approaches that integrate health in all policies to improve the health of each citizen and to reduce the absolute effect of the social determinants on population health by introducing specifically focused interventions targeted at the most vulnerable groups. (17)

The Strategy is a framework that reflects the political will for strategic development of health by 2020 and identifies new systems for collaborative partnerships with innovative approach towards social mobilization for equitable, sustainable and responsible development of health through the whole life with multi-sectoral coordinated action at all levels of government and society. Each thematic plan consists of a structured system of measures and activities for each pillar of the Strategy: public health, health and environment, non-communicable diseases and risk factors, communicable diseases and emergency preparedness, health system and resources. (figure 5)

Figure 5: The Structure of Draft Health 2020 Strategy



Monitoring of the Health Strategy 2020 and comparability with the EU and WHO member states, will be done with the indicators drawn from the three sets of indicators: WHO EURO Health 2020 Targets and Indicators (18), European Community Health Indicators (19), and WHO 100 Core Health Indicators (20).

Challenges

Adoption of the new draft Strategic Framework for Public Health for Republic of Macedonia with Action Plan 2020 and the Health 2020 Strategy by the end of 2015 and it's full implementation with regular monitoring are challenges for the whole Government and the whole society towards better PHS and better public health.

The implementation of the Strategy will be monitored at the level of the Parliament by the Parliamentary Committee for Health. In addition, the Government Committee for Health and Environment will monitor its implementation at the level of the Government, where the Ministry of Health will have the important leading role. Action at community level will be monitored by the respective self-governments and the Ministry for Self-Government.

The process of Strategy implementation will be coordinated by the Ministry of Health, in collaboration with all relevant sectors, under the guidance of the Committee for Health and Environment. There are important intersectoral strategies and programmes that will continue to influence action to implement the National Health 2020 Strategy at all levels.

The financing of the Strategy will be provided through a joint fund "Together for Health for All" that collects resources for implementation from all relevant ministries, units of local self-governments and designated responsible institutions; and through funds and technical support from bilateral cooperation or multilateral organizations, that is from the European Union funds for pre-accession assistance, research and innovation activities, etc.

The Ministry of Health has the responsibility to collect and publish information on the e-platform regarding the Joint Fund and other sources of funding, to avoid double funding or gaps in financing which could considerably compromise the implementation of the related activities in different sectors. The e-platform will also serve for the accountability and transparency of the Strategy implementation process.

References

1. Public health in England. The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, HMSO, 1988.
2. The Tallinn Charter Health Systems for Health and Wealth. WHO, 2008
3. Europe 2020. Strategy, for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels, European Commission, 2010
4. Health 2020 policy framework and strategy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf
5. Constitution of the Republic of Macedonia. Skopje: Assembly of the Republic of Macedonia; 1991
6. Tozija F. , Gjorgjev D., Gudeva Nikovska D. Measurement, Monitoring and Evaluation of Public Health Systems. Assessment of Essential Public Health Functions. In: Methods and

Tools in Public health. Editors: Zaletel Kragelj Lj, Bozиков J., Bardehle D., Kovacic L. Hans Jacob Publishing Company, Germany, 2010:831-848

7. F. Tozija, D. Gjorgjev, D. Gudeva Nikovska. Strengthening public health services: evaluation of essential public health operations. In: Editors: G. Burazeri, Lj. Zaletel Kragelj. Forum for Public Health in Southeastern Europe. A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals (2nd edition) Volume II. Health Investigation: Analysis – Planning – Evaluation. Jacobs Verlag 2013: 491-503
8. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization, 2008
9. WHO Health Systems. 2015 Available on <http://www.euro.who.int/en> Accessed on 15 August 2015
10. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen, WHO, 2012
11. WHO EURO self-assessment tool (ver. 18 July 2014)
12. Draft Strategic Framework for Public Health for Republic of Macedonia with Action Plan 2020. Skopje, Ministry of Health, 2015
13. Draft Health 2020 Strategy “Together for Health for All”. Skopje, Ministry of Health, 2015
14. Report on the Self-assessment of Essential Public Health Operations (EPHOs) on national level. Skopje. WHO, 2015
15. Review of public health capacities and services in the European Region. WHO 2012
16. Evaluation of public health services in south-eastern Europe. WHO. 2009
17. European review of Social Determinants and the Health Divide - a study for WHO Regional Office for Europe (forthcoming May 2013), WHO, Copenhagen Denmark.
18. WHO EURO Health 2020 Targets and Indicators (2014): <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-2>
19. ECHI Indicators: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm
20. WHO 100 Core Indicators 2015: <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>

БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА У БОЛНИЦАМА - ВАЖАН АТРИБУТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Милена Јаковљевић, Градски завод за јавно здравље Београд, Србија

Анђелија Нешковић, Градски завод за јавно здравље Београд, Србија

Милена Пауновић, Градски завод за јавно здравље Београд, Србија

Весна Живановић, Градски завод за јавно здравље Београд, Србија

Увод: Нежељени догађај се дефинише као ненамеравани исход здравствене заштите који негативно утиче на здравље пацијента и увек је изазван примењеним медицинским третманом, а не здравственим стањем пацијента. Нежељени догађаји су значајан узрок патње пацијената, који је могуће избећи, као и значајан извор финансијских губитака здравственог система. СЗО процењује да сваки десети пацијент доживи нежељени догађај током болничког лечења, а према Центру за безбедност пацијената у САД годишње у болницама због медицинске грешке умре 44000-99000 пацијената. Смањење инциденце нежељених догађаја, односно унапређење безбедности пацијената је велики изазов за унапређење здравствене заштите у целом свету.

Циљ: рада је да одреди учесталост нежељених догађаја у Клиничком центру Србије и четири клиничко-болничка центра у Београду, од 2010. до 2014. године.

Метод: Спроведена је ретроспективна студија показатеља безбедности пацијената за Клинички центар Србије и 4 клиничко-болничка центра у Београду. Подаци су добијени из извештаја о показатељима квалитета наведених здравствених установа, од 2010. до 2014. године. Статистичка анализа је укључила методе дескриптивне статистике и линеарни тренд.

Резултати: У посматраном периоду, у КЦС и четири београдска клиничко-болничка центра стопа тромбоемболијских компликација је повећана са 0,19 на 0,57/1000 болесника ($y=0,065x+0,195$), стопа падова са 0,23 на 0,28/1000 дана хоспитализације ($y=0,009x+0,261$), стопа поновљених операција у истој регији са 3,58 на 5,9/1000 оперисаних пацијената ($y=0,365x+4,661$). Смањена је стопа декубитуса са 4,66 на 2,89/1000 хоспитализованих пацијената ($y=-0,51x+5,39$), стопа инциденције инфекције оперативног места са 1,34% на 0,56% ($y=-0,204x+1,568$), као и стопа инциденције болничких инфекција на интензивној нези са 2,6% на 2,54% ($y=-0,036x+2,826$).

Закључак: На унапређење безбедности пацијената може се значајно деловати у оквиру организације и политике здравственог система и здравствених установа (нпр. акредитација у сврси унапређења безбедности пацијената, развијање културе бриге о безбедности пацијената и едукација здравствених радника, адекватан број здравствених радника), затим смањењем пропуста у процесу пружања здравствене неге (нпр. употребе фалсификованих лекова, небезбедног давања ињекција) и смањењем нежељених исхода (нпр. нежељених догађаја везаних за медицинске уређаје, за лекове, за несигурне крве продукте, хируршке грешке, болничке инфекције, падова, декубитуса). С обзиром на велики значај безбедности пацијената, треба стално унапређивати мере за њено побољшање, као и подстицати истраживања у оквиру области безбедности пацијената, укључујући епидемиолошке студије фактора ризика, ефикасности предузетих мера, као и њихове исплативости.

Кључне речи: безбедност пацијената, нежељени догађај, унапређење, болница

PATIENT SAFETY IN HOSPITALS - AN IMPORTANT ATTRIBUTE OF HEALTH CARE

Milena Jakovljević, Institute of Public Health of Belgrade, Serbia
Anđeliija Nešković, Institute of Public Health of Belgrade, Serbia
Milena Paunović, Institute of Public Health of Belgrade, Serbia
Vesna Živanović, Institute of Public Health of Belgrade, Serbia

Introduction: Adverse event is defined as an unintended outcome of health care that affects the health of the patient, and is always caused by the applied medical treatment, not by the condition of the patient. Adverse events are significant cause of patients' suffering, which can be avoided, as well as a significant source of financial loss from the health system. WHO estimates that every tenth patient suffers harm from medical care during hospitalization. According to the Center for Patient Safety in the United States, 44,000 to 99,000 patients annually die in hospitals due to medical errors. Reducing the incidence of adverse events and upgrading patient safety is a major challenge for the improvement of health care throughout the world.

Objective: The study is to determine the incidence of adverse events in the Clinical Center of Serbia and four clinical hospital centers in Belgrade, from 2010. to 2014. year.

Methods: A retrospective study of patient safety indicators for the Clinical Center of Serbia and four clinical hospital centers in Belgrade has been conducted. The data were obtained from reports of quality indicators of listed health institutions, from 2010. to 2014. Statistical analysis included descriptive statistics and linear trend.

Results: During the period, the Clinical Center of Serbia and four Belgrade clinical hospital Centers rate of thromboembolic complications was increased from 0.19 to 0.57/ 1,000 patients ($y = 0,065x + 0,195$), the rate of falls from 0.23 to 0.28/1000 days of hospitalization ($y = 0,009x + 0,261$), the rate of repeated operations in the same region from 3.58 to 5.9/1000 treated patients ($y = 0,365x + 4,661$). The rate of pressure ulcers is reduced from 4.66 to 2.89/1000 hospitalized patients ($y = -0,51x + 5.39$), the incidence rate of infections in surgical site from 1.34% to 0.56% ($y = 1.568 + -0,204x$), as well as the incidence of nosocomial infections in the ICU from 2.6% to 2.54% ($y = -0,036x + 2,826$).

Conclusion: Significant influence on improving patient safety can be done within the organization and policies of the health system and health care institutions (e.g. accreditation for the purpose of improving patient safety, developing a culture of care and patient safety education of health workers, adequate numbers of health workers), and also by reducing oversights in the provision of health care (e.g. use of counterfeit drugs, unsafe injection practices) and reducing adverse outcomes (e.g. adverse events due to medical devices, medications, unsafe blood products, surgical errors, nosocomial infections, falls, pressure ulcers). Considering the great importance of patient safety, continuous upgrading measures for its improvement should be a priority, as well as encouraging research within the area of patient safety, including epidemiological studies of risk factors, the efficiency of the measures taken, and their cost-effectiveness.

Keywords: patient safety, adverse event, improving, hospital

ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ У ПЕРИНАТОЛОГИЈИ

Драгана Грбић, Гинеколошко акушерска клиника „Народни фронт“, Београд, Србија
Небојша Зечевић, Гинеколошко акушерска клиника „Народни фронт“, Београд, Србија
Снежана Ракић, Гинеколошко акушерска клиника „Народни фронт“, Београд, Србија

Циљ рада: Циљ рада обухватају анализу садашњих трошкова, које здравствено осигурање плаћа за одређени број категорија дијагностички сродних група (ДСГ) у перинаталној здравственој заштити. У оквиру наведене анализе трошкова, извршена је анализа обележја која су повезана са типом ДСГ, као и израчунавање “цасе мих индек” (ЦМИ) на репрезентативном узорку епизода болничког лечења породиља и новорођенчади у Гинеколошко акушерској клиници „Народни фронт“, као трошкови прођаја у здравственим установама у Србији у 2012. години.

Метод рада: Подаци о пруженим услугама порођаја и новорођеној деци потичу из медицинске и финансијске документације из изабраног 10% узорка. Подаци су структурирани према предефинисаном извештају о хоспитализацији, а представљали су основни скуп за софтверско груписање у ДСГ према аустралијском моделу. Трошкови порођаја у Србији прикупљени су из фактура које су здравствене установе доставиле Републичком фонду за здравствено осигурање.

Резултати рада: Груписањем података о морбидитету, коморбидитету, извршеним процедурама, дужини болничког лечења, трошковима лечења, исходу лечења и старости за 546 породиља, добијено је 6 ДСГ. Груписањем истих података за 564 новорођенчади, укључујући и телесну тежину на рођењу, добијено је 9 ДСГ. Дужина и трошкови лечења, као и коморбидитет породиља и новорођенчади показали су високо статистички значајну повезаност са ДСГ ($p=0,000$). Највиши ЦМИ су имале жене са царским резом (1,22) што говори у прилог томе да се у ГАК “Народни фронт” порађају жене са сложенијим коморбидитетом. ЦМИ за вагинални порођај (0,49) и новорођенчад (0,62) се налазе испод 1, што указује на потребу преиспитивања коришћених ресурса болнице или кодирања медицинских података. Трошкови порођаја у здравственим установама у Србији су изразито неравномерни, и нижи од земаља у региону и Европи.

Закључак: Дужина хоспитализације, примењене медицинске интервенције, уочени коморбитет и клиничке компликације и године живота су значајно повезани са висином коефицијента сложености ДСГ категорије жена са вагиналним порођајем, као и жена које су порођене царским резом у ГАК „Народни фронт“. Присуство изразитих разлика у трошковима и дужини болничког лечења у породициштима у Србији захтевају даље преиспитивање у поступку увођења плаћања болница по систему ДСГ.

Кључне речи: порођај, дијагностички сродне групе, болница, ефекти, болнички ресурси

Aim: The aim of this work is to present analysis of insurance reimbursed hospital expenses for the certain number of childbirth diagnosis-related groups (DRGs) in the perinatal healthcare. This analysis covered the features of mothers and newborns related to the DRG category and case mix index (CMI) for the childbirth in Obstetric Hospital “Narodni front” in 2012. Analysis also covered delivery expenses in Serbian healthcare institutions.

Methodology: Data about deliveries and babies were sourced from medical and financial documentation of selected 10% hospital sample. They were structured according to the specific hospitalization report which gathered basic data package for Australian DRG grouper. Delivery expenses in Serbian hospitals were sourced from Republic Insurance Institute.

Results: Grouping the data about morbidity, comorbidity, services, length of stay, age, hospital expenses and outcomes for 546 mothers, resulted with 6 DRGs for delivery. The same grouping for the newborns, including birth weight, resulted with 9 DRGs. The relations between mothers’ and newborns’ length of stay, hospital expenses and comorbidity with DRGs showed high significance ($p=0,000$). Highest CMI have women with caesarean section (1,22), which proved their complex comorbidity treated in Obstetric Hospital “Narodni front”. Women with vaginal delivery (0,49) and newborns (0,62) have CMI below 1, which demands additional review of hospital resources usage and medical coding techniques. The delivery expenses in Serbian healthcare institutions are various and lower than regional and European countries.

Conclusions: The DRG effects assessment confirmed their significantly high relation with hospital resources usage in Obstetric Hospital “Narodni front”. The distinctive differences of hospital expenses and length of stay in deliveries in Serbia request further research in the process of DRG hospital payment system development.

Key words: childbirth, diagnosis-related groups, hospital, effects, hospital resources

УВОД

Полазећи од основних сагледавања процеса стационарне здравствене заштите у области перинатологије, уочава се разноврсност и то како у погледу основног узрока лечења, дијагнозе, сложености обољења, пратећих дијагностичких и терапијских процедура и дужине лечења, тако и у погледу ангажовања болничких ресурса (на пр. особља, опреме, лекова, санитетског материјала и др.). Као одговор на различитост и немогућност систематизације процеса и разврставања трошкова, развијен је систем **дијагностички сродних група (ДСГ)**. Дијагностички сродне групе (ДСГ) представљају методе класификације болнички лечених пацијената у групе које имају сличне клиничке специфичности и захтевају сличну потрошњу болничких ресурса¹. Основна ДСГ структура дефинише се тиме: да све услуге у оквиру сваке ДСГ имају своју просечну цену по пацијенту, да ризик за финансирање лечења носе и давалац услуга (трошењем средстава за лечење пацијената унутар групе изнад просека) и финансијер (обавеза да плати велики број пацијената унутар једне групе по дефинисаној

просечној ДСГ цени), као и да примена одговарајућег ДСГ начина плаћања стимулише краћи боравак у болници, већи обрт болнички лечених пацијената, смањење броја услуга по пацијенту, избегавање пацијената који захтевају сложеније лечење („цреам скимминг“) и трагање за пацијентима чије лечење повлачи за собом виши коефицијент сложености унутар ДСГ групе². Класификациони критеријуми за разврставање су основни узрок хоспитализације (са и без оперативног поступка), пратеће дијагнозе: компликације и коморбидитети, процедуре (дијагностичке и терапијске услуге), старост, пол, тежина на рођењу (само новорођенчад), исход лечења, број сати на механичкој вентилацији, датум пријема и датум отпуста¹. У различитим ДСГ системима могу се користити и различити класификациони критеријуми. Основне класификационе поделе су предефинисане на основу Међународне класификације болести и стања (МКБ10), класификација услуга и процедура и других усвојених класификација у зависности од врсте ДСГ система. Прикупљање података се врши на основу медицинске документације и евиденција о процесу дијагностике и лечења болничког пацијента. С обзиром на сложеност хијерархијске структуре великих класификација, неопходно је да се процес евидентирања и обраде података о пацијенту спроводи путем болничког информационог система. Шта више, за потребе класификације пацијената и додељивања одређеног коефицијента сложености, користи се специјалан софтвер такозвани „гроупер“, који математичким путем доводи у релацију горе наведене класификационе критеријуме. Као мере остварења обима рада болница у ДСГ систему плаћања користе се “case mix index – СМІ”, број пацијената са одређеном дијагнозом (“case mix”), просечна дужина лечења, број отпуштених пацијента, број отпуштених пацијената по лекару и друге мере. Они заједно чине основ за процену величине трошкова, који би требало надокнадити болници за лечење пацијената. У англосаксонској, а и међународној литератури усталио се термин “case mix”, који је често коришћен да дефинише одређену типологију болничких пацијената. Он се најчешће користи да опише начин финансирања болница, односно да изрази “јединичну цену коштања” категорије пацијената³. На основу утврђене “case mix” јединице, формира се изведена величина “case mix index – СМІ”. То је релативна вредност која је везана за одређену дијагностички сродну групу пацијената и на основу које се алоцирају ресурси за лечење пацијената у тој групи⁴.

$$\text{СМІ (релативна цена коштања болничког лечења)} = \frac{\sum (\text{број пацијената једне категорије}_i \times \text{релативни коефицијент сложености}_i)}{\sum \text{број пацијената једне категорије}_i}$$

Уколико је болнички СМІ већи од 1,00, трошкови лечења по пацијенту (или по БО дану) ће бити нижи и супротно, ако су мањи од 1,00, трошкови ће бити већи. СМІ одсликава различитост, клиничку комплексност и потребе у ресурсима једне болничке популације пацијената. Уколико СМІ једне болнице пада, то је могући знак да је дошло до промене у обиму рада болнице (на пр. број операција или неких медицинских процедура). Такође, ако једна болница има нижи СМІ у односу на околне, то је знак да примљени пацијенти немају сложена обољења са озбиљнијим кооморбидитетом, односно да основни узроци хоспитализације не припадају ДСГ групи са високим коефицијентом сложености (КК). У литератури се појављују три основна ефекта увођења плаћања болница по ДСГ: 1. да смањи трошкове лечења по пацијенту, 2. да повећа накнаду болницама по пацијенту и 3. да повећа

број лечених пацијената⁵. Сви наведени резултати генеришу намерне и ненамерне последице на ефикасност болница, квалитет рада и коришћење иновативних технологија.

Праћењем ефеката увођења ДСГ система у Европи уочено је да се на врху првих 10 ДСГ налазе здраво новорођенче, вагинални порођај, слабост срца, психозе, царски рез, новорођенче са специфичним проблемима, ангина пекторис, специфични цереброваскуларни поремећаји, пнеумонија и замена кука/колена. Наведени ДСГ су чинили 30% свих отпуста у болницама које су увеле систем ДСГ⁶. Ово је мотивисало стручне тимове у Гинеколошко акушерској клиници „Народни фронт“ да изврши преглед трошкова порођаја у Србији и процени могућности примене ДСГ у перинатолошкој здравственој заштити.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада обухват анализу садашњих трошкова, које здравствено осигурање плаћа за одређени број категорија ДСГ у перинаталној здравственој заштити. У оквиру наведене анализе трошкова, извршена је анализа обележја који су повезана са типом ДСГ, као и израчунавање СМІ на репрезентативном узорку епизода болничког лечења породиља и новорођенчади у Гинеколошко акушерској клиници „Народни фронт“ у 2012. години.

Бенефити од такве анализе пре свега се односе на планирање предстојеће имплементације новог система финансирања коришћењем дијагностички сродних група и извлачење поука из компарација двају система плаћања услуга.

МЕТОД РАДА

За потребе ове студије извршена је обрада података о порођајима који су обухватили медицинске и финансијске податке из породилишта у Србији и Гинеколошко акушерске клинике „Народни фронт“ (у даљем тексту: ГАК „Народни фронт“). Подаци о пруженим услугама порођаја и новорођеној деци у обухватили су 10% узорак укупног броја порођених жена и они су коришћени за потребе разврставања и софтверско груписање у за то предефинисане дијагностички сродне групе (ДСГ). Приликом груписања коришћене су упутства за шифрирање у области гинекологије, акушерства и неонатологији дата у публикацији Правила шифрирања дијагноза и процедура по систему дијагностички сродних група РФЗО-а, као и препоруке дате на интернет страници Хрватског завода за здравствено осигурање, с обзиром да је систем финансирања по систему ДСГ у тој суседној земљи започео још 2007. године⁷, а користи Аустралијски модел чије се увођење планира и у Србији. Софтверско груписање је извршено на интернет страници Хрватског завода за здравствено осигурање: <http://dts.cezih.hr/>. Такође је за потребе израчунавања СМІ коришћена стандардизована формула уз помоћ које је посебно израчунат СМІ за сваку појединачну ДСГ и то како за мајке, тако и за новорођенчад, а потом и за порођај у целини.

Извор података о финансирању порођаја и пруженим услугама у државним здравственим установама (сва болничка и ванболничка породилишта) у Србији представља електронски извештај о испостављеним електронским фактурама Републичком фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: РФЗО) за 2012. годину добијен од финансијске службе РФЗО-а. За потребе ове студије примењен је дескриптивни, аналитички и компаративни метод при

обради података о порођајима и новорођеној деци уз коришћење параметријских и непараметријских статистичких тестова.

РЕЗУЛТАТИ

Анализом извештаја о испостављеним електронским фактурама РФЗО-у за пружене услуге порођаја у 2012. години, обухваћени су подаци из 54 здравствене установе (5 ванболничких породилишта, 19 самосталних општинских болница, 21 опште болнице у оквиру здравствених центара, 4 породилишта у оквиру клиничко болничких центара и 4 породилишта у оквиру клиничких центара и 1 клинике – ГАК „Народни фронт“).

Табела 1. Преглед броја порођаја, просечне дужине лежања и цене порођаја из електронских фактура РФЗО у 2012. години

Тип здравствене установе	Нормалан порођај			Царски рез		
	Просечан бр. БО дана	Просечна цена по порођају у дин	Број порођаја	Просечан бр. БО дана	Просечна цена по порођају	Број царских резова
ДОМОВИ ЗДРАВЉА (ванболничка породилишта)	3,6	18.297	668			
ОПШТЕ БОЛНИЦЕ	5	23.673	11172	8	56.372	3265
ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТРИ	5	20.285	11209	7	51.638	3463
КБЦ	4	32.643	4377	8	68.086	1116
КЦ	5	34.578	12552	8	84.420	3545
ГАК НАРОДНИ ФРОНТ	4	33.420	4611	7	84.070	1417
ПРОСЕК ЗА СРБИЈУ	$X_{sr}=4,9 \pm 1,2$	$X_{sr}=24.262 \pm 8.875$	44589	$X_{sr}=7,9 \pm 1,9$	$X_{sr} = 60.262 \pm 20.557,5$	12806

Најнижи трошкови за вегинални порођај у Србији у 2012. су износили 11.254 (Дом здравља Лазаревац), а највиши 57.305 динара (Општа болница Смедерево). Трошкови за царски рез су се кретали од 17.119 (Општа болница Пирот) до 126.843 (Општа болница Смедерево) динара. Очигледан је висок варијабилитет између здравствених установа у односу на број порођаја, дужину лечења и трошкова лечења и то како у односу на врсту порођаја (вагинални порођај односно порођај завршен царским резом) (Mann-Whitney U test, $p=0,000$), тако и у односу на ниво здравствене заштите на ком се налази породилиште (Kruskal Wallis test, $p=0,00$). Ове разлике су послужиле као основ за процену сопствених трошкова ГАК „Народни фронт“ у смислу примене ДСГ.

Узорак ГАК „Народни фронт“ је обухватио 546 породиља и 564 њихове новорођене деце. Просечна старост породиља је износила 31 годину (\pm 5,2 године). Чињеница да је једна петина породиља била старија од 35 година, оправдало је учешће специфичног коморбидитета везаног за старост породиља, међутим присуство озбиљнијег коморбидитета код млађих породиља везан је за одређену патологију која није могла бити решена у другим здравственим установама. Ових породиља је било 23% и оне су имале дужи период болничког лечења у односу на друге породиље. Коморбидитет породиља је био различит уз присуство дијагноза које нису биле везане само за проблеме у трудноћи, током порођаја и период бабиња, него је забележено присуство хроничних болести, тумора, повреда и других болести и стања. Даљом анализом коморбидитета, уочава се да је присутан веома сложен коморбидитет који може да угрози живот породиље, а најчешће је то било везано за стања прееклампсије, повишени крвни притисак, дијабетес у трудноћи, многобројне компликације тока порођаја и крварења, секундарне анемије, као и постпарталне инфекције. Труднице, односно породиље су биле у болници најмање 3, а највише 40 болничких дана. Због праћења фетоплацентарне јединице, као и због других морбогених разлога, одређени број трудница боравио је на болничком лечењу пре порођаја. У погледу броја пружених услуга, пацијенткињама су укључујући вагинални порођаја односно царски рез, у просеку биле пружене 3 услуге. Највише је било забележено 7 пружених услуга. Користећи податке из извештаја о хоспитализацији, извршено је софтверско груписање и утврђено укупно 3 ДСГ за порођај путем царског реза и 5 ДСГ за вагинални порођај. Извршена је такође анализа повезаности КК са обележјима за које се предпоставља да су утицали на висину КК.

Осим породиља, извршена је и анализа обележја њихове новорођенчади. Телесна маса 564 испитиване новорођенчади кретала се од 850 до 5000 грама, а 19% њих је имало телесну масу испод 2500 грама, што је утицало на дужину и сложеност лечења. Просечна дужина боравка у клиници је износила 5 дана и њу је остварило три четвртине новорођенчади. 8% деце је пребачено у другу здравствену установу ради даљег лечења. У погледу морбидитета и коморбидитета новорођенчади 52% није имало ниједну пратећу дијагнозу. Остали су имали различите и то понекад веома сложене неонаталне проблеме који су угоржавали живот бебе и захтевали су хитан транспорт у другу установу ради даљег лечења. Од здравствених услуга које су се пружале новорођеним бебама и које имају утицаја на коефицијент сложености ДСГ, утврђене су само две и то фототерапија и интубација. Једна петина беба је примила фототерапију, 1,8% беба је захтевало интубацију. Као и код породиља и код новорођенчади је извршено софтверско груписање где је због шаролике патологије било утврђено чак 11 ДСГ.

Након извршеног првостепеног поступка груписања, уочен је велики варијабилитет у погледу вредности фактуре за болнички третман током порођаја у изабраном узорку. То је био разлог да се изврши увид у електронске фактуре и приступи њиховој медицинској контроли. Након медицинске контроле, број ДСГ сведен на 3 за порођаје завршене царским резом и 3 за вагиналне порођаје.

Табела 2. Финансијска вредност пружених здравствених услуга за породиље по ДСГ

ДСГ категорија за област: трудноћа, породјај и бабиње	КК	број породиља	%	*СМИ =(2*3)/ укупно3	Просечна вредност фактуре	СД (±)	Xsr, MOD** БО дана
1	2	3	4	5	6	7	8
О01А Порођај царским резом с врло тешким КК	1,87	19	3,5	35,53	79.562	21.091	11,3
О01Б Порођај царским резом с тешким КК	1,24	31	5,7	38,44	65.259	13.787	11,1
О01Ц Порођај царским резом без врло тешких или тешких КК	1,03	68	12,4	70,04	46.799	5.665	6,3
Укупно за порођај царским резом		118		1,22	56.924	17.227	8,7 6 (mod)
О60А Вагинални порођај с врло тешким или тешким КК	0,79	16	2,9	12,64	58.883	14.409	16,8
О60Б Вагинални порођај без врло тешких или тешких КК	0,56	89	16,3	49,84	29.001	6.487	6,8
О60Ц Једноплодни некомпликовани вагинални порођај без других стања	0,46	323	59,0	148,58	20.290	3.961	3,8
Укупно за вагинални порођај		428		0,49	23.544	9.424	5,2 3 (mod)
УКУПНО ЗА ПОРОЂАЈ		546		0,65	30.758	17.956	6,1 3 (mod)

СМИ за појединачну ДСГ = КК број породиља; СМl за породиље = $\sum(\text{СМl за } \text{DSG1}, \text{СМl за } \text{DSG2}, \text{СМl за } \text{DSG3}, \text{СМl за } \text{DSGn}) / \text{укупан број породиља}$

**због изразито присутних варијација, за меру средње вредности је изабрана модална вредност

Нешто мање од две трећине породиља (323 породиље или 59%) које су се породиле нормалним вагиналним порођајем и без значајног коморбидитета, је у просеку боравило у болници $3,8 \pm 1,25$ дана. Трошкови за њихово лечење су у просеку износили 20.290 ± 3.962 динар. Када су у питању жене чији се порођај завршио царским резом, скоро половина њих је имала некомпликовани планирани царски рез (68 жена или 12,4%), просечна дужина лечења износила је $6,3 \pm 2,2$ дана, а трошкови лечења су у просеку износили 46.799 ± 5.665 динара. Код беба је такође извршена накнадна медицинска контрола електронских фактура након чега је број ДСГ смањен на 9.

Табела 3. Финансијска вредност пружених здравствених услуга за новорођенчад по ДСГ

ДСГ категорија за област: новорођенче	КК	број новорођ.	%	*СМІ =(2*3)/ укупно3	Просечна вредност фактуре	SD (±)	Xsr, MOD** БО дана
1	2	3	4	5	6	7	8
П60А -Новорођенче, умрло или премештено у другу установу за акутну негу < 5 дана од порођаја, без значајног оперативног поступка	0,22	42	7,4	9,24	7.374	2.172	2
П67Д-Новорођенче, маса при пријему > 2499 г, без значајног оперативног поступка, без тешкоћа	0,52	387	68,6	201,24	8.024	2.709	4,3 3 (мод)
П67Ц-Новорођенче, маса при пријему > 2499 г, без значајног оперативног поступка, с осталим тешкоћама	0,76	87	15,4	66,12	13.489	3.697	4,9
П66Д-Новорођенче, маса при пријему 2000 - 2499 г, без значајног оперативног поступка, без тешкоћа	0,77	15	2,7	11,55	17.278	6.503	9,2
П66Ц-Новорођенче, маса при пријему 2000 - 2499 г, без значајног оперативног поступка, с осталим тешкоћама	1,26	11	2,0	13,86	36.089	8.694	11,8
П67Б-Новорођенче, маса при пријему > 2499 г без значајног оперативног поступка, с великим тешкоћама	1,33	6	1,1	7,98	43.580	7.975	9,4
П66Б - Новорођенче, маса при пријему 2000 - 2499 г, без значајног оперативног поступка, с великим тешкоћама	1,77	5	0,9	8,85	72877	15.229	17,3
П65Ц-Новорођенче, маса при пријему 1500 - 1999 г, без значајног оперативног поступка, с осталим тешкоћама	2,95	6	1,1	17,7	62.991	19.033	18,6
П65Б-Новорођенче, маса при пријему 1500 - 1999 г, без значајног оперативног поступка, с великим тешкоћама	3,07	5	0,9	15,35	85.178	16.892	17,9
УКУПНО ЗА НОВОРОЂЕНЧАД		564		0,62	11.834	12.688	5,2 3 (mod)

СМІ за појединачну ДСГ = КК број породиља; СМІ за породиље = $\sum(\text{СМІ за ДСГ1, СМІ за ДСГ2, СМІ за ДСГ3, СМІ за ДСГn}) / \text{укупан број породиља}$

**због изразито присутних варијација, за меру средње вредности је изабрана модална вредност

Две трећине новорођенчади (387 беба или 68,6%) које су рођене као здраве бебе, у просеку су боравиле у болници $4,3 \pm 1,25$ дана, МОД 3 дана. Трошкови за њихово лечење су

у просеку износили 8.024 ± 2.709 динара. Укупна вредност СМИ за бебе износи 0,62, што једним делом говори такође о недовољном ангажовању ресурса, међутим значајно је поменути и друге факторе који се односе на неадекватно кодирање дијагноза и значајан број деце упућене на даље лечење у друге здравствене установе. Уколико се вредности СМИ за порођене жене и СМИ за новорођенчад саберу и поделе са 2, добија се укупан СМИ за обе епизоде болничког лечења, односно за укупне трошкове порођаја: $\text{СМИ (мајка и дете)} = (0,65 + 0,62)/2 = 0,64$. Овај последњи СМИ је посебно значајан за поређење трошкова са осталим породилиштима у Србији, с обзиром да се према правилима РФЗО-а трошкови за порођај наплаћују за мајку и новорођенче у целини.

ДИСКУСИЈА

Порођај је један од водећих разлога за хоспитализацију, и заузима учешће у болничком лечењу од 5% у већини земаља ОЕЦД-а⁸. Из тог разлога креирање оптималног ДСГ дизајна везаног за порођај има есенцијални значај за поређење преформанси болница које пружају перинаталну заштиту, као и да обезбеди одговарајућу накнаду болницама за овај веома чест узрок хоспитализације. Компаративне анализе ДСГ система и финансијске надокнаде болницама за порођај у Србији, могу да помогну здравственим радницима, финансијерима и другим доносиоцима одлука да дефинишу национални стандард за класификацију порођаја у складу са Европским еквивалентом и да одреде правац за даље унапређење тог процеса. Да трошкови болничке перинаталне здравствене заштите имају посебан значај, показали су и скоро објављени резултати неколико компаративних студија^{9,10} у вези са применом ДСГ система за финансирање порођаја у 11 Европских земаља у оквиру Еуро ДСГ пројекта. Ове студије су обухватиле слична обележја, која су испитивана у овом истраживању, а имале су за циљ да испитају начин класификације обележја везаних за порођај и упореде варијације у трошковима. Заступљеност порођаја који су завршени царским резом у узорку одговарају Европским земљама са високим процентом царских резова (27% у Аустрији и Немачкој)⁹. Просечна старост породиља у узорку, одговара горњој граници просечне старости породиља у Европи. Судаћи по просечном броју пратећих дијагноза у коморбидитету, породиље у узорку су наизглед здравије, међутим те су разлике делимично приписане како у овој, тако и у Европској студији разликама у кодирању. У погледу броја ДСГ категорија, до 6 категорија у узорку, одговара Европском просеку, који се креће од 3 у Аустрији до 8 у Немачкој. Објашњење за присутне разлике налази се у примени различитих ДСГ система у различитим системима здравствене заштите, јер је већина земаља модификовала и прилагодила наведене системе плаћања болница, сопственом систему здравствене заштите. Аустралијски модел ДСГ који је примењен у овој студији је користила и Ирска у Европској студији. Још један разлог због којег се правдају уочене разлике у трошковима порођаја јесте пракса у начину евидентирања медицинских података и кодирања у различитим здравственим установама¹¹. Исти разлог је уочен и у овом истраживању, иако се ради о лекарима запосленим унутар једне клинике. Повезаност обележја жена са вагиналним порођајем и царским резом, као и обележја новорођене деце која је доказана у овом истраживању је присутна и у другим истраживањима^{9,10}, те самим тим може да послужи за даља истраживања везана за примену ДСГ у Србији.

Овакве студије у значајној мери помажу размевању и даље високог степена варијабилитета трошкова, дужине болничког лечења, утицаја кооморбидитета и других фактора везаних за ДСГ систем у Европи. Анализа и поређење истих обележја везаних за порођај који су испитивани у овој студији, говоре у прилог томе да се параметри везани за коришћење ресурса (дужина болничког лечења и трошкови лечења) налазе у оквирима или испод Европских просека. Наиме, просечна дужина болничког лечења у изабраном узорку креће се од 3 дана за вагинални порођај, до 6 за порођај завршен царским резом, али већина породиља лежи 3 дана, што одговара нижем Европском просеку (Енглеска 2,4 дана)¹⁰. Трошкови порођаја (болнички трошкови и за мајку и за дете) налазе се испод Европског просека (у узорку од 350 до 650 евра, у Србији од 250 до 500 евра, а у Европској студији најнижа цена само за вагинални порођај износи 800 евра у Естонији)⁸. Овакав диспарат, може се једним делом објаснити и неодговарајућим начином обрачунавања трошкова за порођај у Србији.

Вредност СМІ у изабраном узорку за порођаје завршене царским резом (СМІ >1) говори у прилог томе да су пацијенти који се лече у ГАК „Народни фронт“ веома сложени и да њихово лечење захтева значајно ангажовање болничких ресурса. Ситуација је другачија када су у питању вагинални порођаји. Наиме, просечан СМІ за вагинални порођај је <1, на основу чега се може закључити да се ради о субоптималном коришћењу ресурса односно пријему већег броја једноставнијих случајева. Слична је ситуација и код новорођенчади где је СМІ такође <1. Укупан СМІ за порођаје износи 0,65, што је неопходан аргумент за даље испитивање разлога за неодговарајућу вредност овог индекса (мањи од 1).

ЗАКЉУЧАК

Дужина хоспитализације, примењене медицинске интервенције, уочени коморбитет и клиничке компликације и године живота су значајно повезани са висином коефицијента сложености ДСГ категорије жена са вагиналним порођајем, као и жена које су порођене царским резом у ГАК „Народни фронт“. Поред наведених, код новорођенчади су на висину коефицијента сложености ДСГ категорије утицали и дани живота и исход лечења. Примена ДСГ у перинатологији у значајној мери отвара перспективе за рационалну процену коришћења болничких ресурса и трошкова порођаја на националном нивоу.

Уочене разлике у трошковима лечења, дужини болничког лечења и броју порођаја у здравственим установама у Србији, јесу један од значајних разлога да се изврши промена у финансирању перинатолошке здравствене заштите, а то је да се уведе плаћање порођаја по ДСГ, јер су уједначавање ових разлика и рационализација трошкова очекивани ефекти увођења ДСГ⁶. Оно што се очекује у реформи система финансирања болница путем ДСГ, јесте праведнија расподела средстава између установа, где ће они који раде више, теже случајеве, са мање ресурса и за краће време приходовати више, од оних установа који раде мање, лакше случајеве, са више болничких ресурса у дужем временском периоду. Прелазак са плаћања према капацитетима и расходима на систем плаћања према извршењу захтева неколико кључних предуслова од којих су најзначајнији увођење јединственог информационог система, прихватање МКБ10 номенклатуре као и јединствене номенклатуре здравствених процедура, обуку и едукацију кадрова за кодирање (шифрирање) дијагноза и

процедура, као и одговоран и ефикасан менаџмент болница у складу са принципима финансирања путем ДСГ – а. Посебно је значајна едукација здравствених радника и подизање свести о важности и суштини овог новог начина финансирања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Правила шифрирања дијагноза и процедура по систему дијагностички сродних група. Републички фонд за здравствено осигурање: Београд, 2012.
2. Evetovits T, Gaal P, Semmelweis University, Budapest, Washington D.C.: Nov 8, 2001.
3. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series. World Health Organization 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
4. Case mix index. http://en.wikipedia.org/wiki/Case_mix_index
5. Quentin W, Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Busse R. Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. World Health Organization 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
6. Geissler A, Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Busse R. Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series. World Health Organization 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
7. http://www.hzzo-net.hr/dload/publikacije/Cjenik_bolnickog_lijecenja_DTS_skupine_2011.pdf
8. OECD health data 2010: statistics and indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2010.
9. Or Z, Renaud T, Thuilliez J, Lebreton C, on behalf of the EURODRG Group. Diagnosis related groups and variations in resource use for child delivery across 10 European countries. Health Economics. 2012; 21(Suppl. 2): 55–65.
10. Bellanger MM, Quentin W, Swan Tan S. Childbirth and Diagnosis Related Groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries. Eur J Obstet Gynecol. 2013; 168:12-19.
11. Wittayawarawat W, Liabsuetrakul T, Tasee S. Diagnosis Summary and Coding of Obstetric Conditions in the Government Hospitals in Pattalung Province, The Effects of Audit and Feedback. J Med Assoc Thai. 2007; 90 (2): 216-23.

АНАЛИЗА ПОТРЕБА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ЗА ЛЕКОВИМА СА ЛИСТЕ А У 2016. ГОДИНИ

Аутори: Александар Медаревић, Наташа Јаховић Кнежевић, Драган Илић
Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Увод: Ради увида у целокупне потребе система здравствене заштите, Институт за јавно здравље Србије је у сарадњи са мрежом регионалних завода и института за јавно здравље, по први пут израдио систем за обједињавање потреба за робама и услугама свих здравствених установа из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији.

Метод рада: Коришћени су подаци о количинама лекова које су здравствене установе унеле у ”он-лине” програм, на основу усвојених планова у 2015. и пројекција потреба за следећу годину. Подаци о ценама на велико узети су из важећег Правилника о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС” 123/14 и 136/14). Примењена је дескриптивна статистика коришћењем програма MS Office Excel 2010.

Резултати: Укупна пројектована вредност планираних лекова са Листе А за 2016. годину је 16.432.574.603,09 динара, што је за 8,4% веће од планова за 2015. годину. Петина свих лекова чини 71% укупних трошкова. Структуру планираних трошкова чине: лекови за кардиоваскуларни систем 25,5%, алиментарни тркат и метаболизам 24,9%, антиинфективни лекови 13,5%, лекови за респираторни систем 12,1%, лекови за нервни систем 11,4% и хормонски препарати 4,2%. Међу појединачним лековима очекује се да ће највећу вредност имати инсулин аспартат (7,6%) и инсулин хумани (5,7%). Најчешћи планирани кардиоваскуларни лек је еналаприл. Шест инсулинских препарата чине 19% свих трошкова. У односу на 2015. највећи пораст трошкова се очекује код лекова за респираторни систем 13,3% и код антиинфективних лекова 13,2%. Код појединачних лекова очекује се највеће повећање апсолутних трошкова код комбинације флутиказон/ салметерол.

Закључак: На основу процене здравствених установа, у 2016. години очекује се повећање трошкова за лекова са Листе А. У пројекцији трошкова доминирају лекови за кардиоваскуларне болести и дијабетес. Подаци о планираним количинама могу се искористити за одређивање финансијских оквира, кориговања цене генеричких лекова, увођења нових лекова и спречавања несташица у будућности. Подаци о потребама здравствених установа могу се користити у анализи терапијских група, АБЦ анализи, као и у осталим анализама. Приказани начин пројектовања трошкова може се користити и за остала добра и услуге.

Кључне речи: лекови, АТЦ, фармакоепидемиологија, централизоване јавне набавке, фармакоекономија

ANALYSES OF "A LIST" MEDICINES NEEDS FOR HEALTH ORGANISATIONS IN REPUBLIC OF SERBIA IN 2016.

Introduction: The Institute of Public Health of Serbia in cooperation with a network of regional institutes of public health, for the first time developed a system for centralized collection of all needs in goods and services for all medical institutions from the Network Plan of health institutions in the Republic of Serbia.

Methods: We used the data of the quantity of drugs which health institutions entered in online program on the basis of the approved plans in 2015. and projections of needs for next year. Data of wholesale prices were taken from valid Rulebook on the List of medicines covered by the compulsory health insurance. Descriptive statistics was applied using program MS Office Exce 2010.

Results: Total projected value of planned medicines from "A List" for 2016. is 16.432.574.603,09 dinars, which is 8,4 % higher than the plan for 2015. One-fifth of all drugs makes 71% of total costs. Structure of planned costs is: drugs for cardiovascular system 25,5%, alimentary tract and metabolism 24,9%, anti-infective drugs 13,5%, drugs for respiratory system 12,1%, drugs for nervous system 11,4% and hormone drugs 4,2%. Watching the drugs individually, it is expected that the most financial value will have insulin aspartat (7,6%) and human insulin (5,7%). The most frequently planned drug of cardiovascular drugs is enalapril. Six insulin preparations accounted for 19% of all costs. Compared to 2015., the highest increase in costs is expected in medicines for respiratory system 13,3% and anti-infective drugs 13,2%. Among the individual drugs the highest increase in costs is for the combination fluticasone/salmeterol.

Conclusion: According to planned projections "A List" medicines, we can expect the increase of costs in 2016. In the projection of costs dominate drugs for cardiovascular diseases and diabetes mellitus. Information of planned quantities may be used to determine the financial framework, adjust price of generic drugs, the introduction of new drugs and prevent shortage in the future. Data of drugs needs of medical institutions can be used in the analysis of therapeutic drug classes, ABC analysis etc. Illustrated projection of costs can be used for all other goods and services (in health system).

Key words: drugs, ATC, pharmacoepidemiology, centralized public procurement, pharmacoeconomic

ТРОШКОВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ПРЕМА МЕЂУНАРОДНОЈ КЛАСИФИКАЦИЈИ БОЛЕСТИ

Милена Гајић-Стевановић, Лидија Станковић, Снежана Димитријевић
Аутори су из Института за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“,
Др Суботића 5, 11000 Београд, Република Србија

Увод: У оквиру истраживања финансирања и трошкова здравствене заштите последњих десет година у свету је све веће интересовање за израчунавањем трошкова лечења болести. Ова вредност представља бреме којим одређена болест или група обољења оптерећује друштво у условима глобалне кризе. До 2000. године, када је Организација за економски развој држава (ОЕЦД) формирала Систем здравствених рачуна (СЗР), није постојало оквирно методолошко упутство за израчунавање трошкова лечења болести.

Циљ овог рада био је да се утврде трошкови здравствене заштите у Србији према Међународној класификацији болести (МКБ) у периоду од 2004. до 2013. године.

Материјал и методе рада: Урађена је ретроспективна и компаративна анализа здравствених статистичких података из базе Института за јавно здравље Србије и финансијских података Републичког фонда за здравствено осигурање за период

2004–2013. године. Финансијски подаци са подацима о услугама болничког, амбулантног и кућног лечења, помоћним услугама здравствене заштите, потрошњи лекова и потрошних добара у здравству су анализирани применом СЗР методологије.

Резултати: Током посматраног периода највећи трошак за лечење болесника остварен је 2013. године, а износио је 176,734,078,011.61 динара (1.563.050.128,00 евра; 2.081.183.207,85 америчких долара), док је најмањи остварен 2004. године, а био је 49.546.211.470,00 динара (628.086.723 евра; 855.203.134 америчких долара). Те године највећи део трошкова био је издвојен за лечење кардиоваскуларних болести (18,98%) и тумора (11,12%), а најмањи део за лечење особа с урођеним аномалијама (0,64%). У 2013. години посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (20,44%), неоплазме (10,84%), болести дигестивног система (10,62%), болести нервног система (8,74%), инфективне и паразитарне болести (8,51%).

Закључак: Компаративна анализа трошкова лечења болести је показала да су трошкови лечења болесника у периоду 2004-2013 порасли три пута; да су највећа новчана средства у Србији издвојена за лечење особа са болестима кардиоваскуларног система; да су се током десет посматраних година финансијска средства за лечење тих болести шест пута повећала.

Кључне речи: Међународна класификација болести; здравствена потрошња; здравствени трошкови; систем здравствених рачуна; коштање болести

Introduction As the part of research on financing and costs in the health care system, there is a growing interest in the world for the estimating costs for the treatment of disease. This value represents a pressure that a particular disease or group of diseases burdens society in terms of the global crisis. Until the year 2000, when the Organization for Economic Countries Development (OECD) established a System of Health Accounts (SHA), there was not even approximate methodological guide for calculating the cost of the disease.

The aim of this study was to determine the costs of health care in the Republic of Serbia according to the major International Classification of Diseases (ICD-10) and to provide a comparative cost analysis for the treatment of diseases in the period from 2004 to 2013.

Material and Methods A retrospective and comparative analysis of health statistics from the database of the Institute of Public Health of Serbia and financial information provided by the Health Insurance Fund in the period 2004–2013 was performed. Financial information and data on hospital services, outpatient, home health care, ancillary health care services, drug consumption and consumer goods in healthcare were analyzed using SHA methodology.

Results Results showed that during the observation period, the maximum cost of health care in Serbia by main classification of ICD-10 was achieved in 2013 and it was RSD 176,734,078,011.61 (€1.563.050.128,00; \$2.081.183.207,85) and the minimal cost was achieved in 2004– the amount being RSD 49.546.621.147,00 (€ 628,086,723; \$855,203,134). Results showed that in 2004 the highest costs were allocated to circulatory diseases (18.98%), followed by neoplasm (11.12%), and lowest for congenital anomalies (0.64%). In 2013, the highest costs were allocated to circulatory diseases (20,44%), neoplasm (10,84%), diseases of digestive system (10,62%), nervous system diseases (8,74%), and infectious and parasitic diseases (8,51%).

Conclusion Comparative analysis of the cost of treatment showed that the costs in the period 2004-2013 increased by three times, and that the largest amount in Serbia singled to treat people with diseases of the cardiovascular system, and that during the ten years of the observed period increased six times.

Keywords: International Classification of Diseases; health spending; healthcare costs; System of Health Accounts; cost of the disease

УВОД

Здравствена заштита је једна од најважнијих људских делатности и једна од најдинамичнијих у погледу раста трошкова за њено обезбедјење. Постоје све већа достигнућа у медицини, фармацеутици, медицинским технологијама, која утичу на побољшање здравственог стања људи у већини земаља, али и на раст трошкова, па је брига за успостављање правичности, ефикасности и ефективности здравствене заштите све више у фокусу доносиоца здравствене политике.

Потреба за реалним приказом финансијских података у здравственој заштити, а посебно оних који се односе на праћење трошкова за лечење болесника од одређених болести се намеће као неопходност. У складу са тим последњих година расте интересовање за израчунавање трошкова лечења болесника [1–7], а студије широм света обрађују како поједине болести [8–16], тако и повреде [17], поремећаје [18] и стања [19–24].

Трошкови здравствене заштите представљају терет којим одређена болест или група обољења оптерећује друштвену заједницу [5].

2000-те године Организација за економски развој држава (*Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD*) је формирала Систем здравствених рачуна (СЗР), који је формулисао оквирно методолошко упутство за израчунавање цене лечења болесника, кроз табелу број 6.

До појаве новог методолошког упутства СЗР 2011, користила се табела број 6 у СЗР [25], као део Националног здравственог рачуна (НЗР). У поменутој табели приказани су текући трошкови здравствене заштите према главним групама обољења Међународне класификације болести (МКБ).

У СЗР су као трошкови здравствене заштите дефинисани сви они трошкови у здравственом систему који не укључују услуге јавног здравства, превенцију, здравствено осигурање здравствену администрацију, и трошкове за вршење функција у вези са здравственом заштитом.

ЦИЉ

Циљ овог рада био је да се изврши компаративна анализа трошкова здравствене заштите становника Републике Србије према главним групама обољења МКБ за период 2004–2013. године.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ РАДА

Урађена је компаративна ретроспективна анализа статистичких података из базе Института за јавно здравље Србије (ИЗЈЗС) и финансијских података Републичког фонда за здравствено осигурање (РЗЗО) за период 2004–2013. године.

Подаци о извршеним услугама болничког, амбулантног и кућног лечења, као и дневне неге, помоћним услугама здравствене заштите, потрошњи лекова и потрошних добара у здравству,

анализирани су и укрштени су са финансијским подацима из Републичког фонда за здравствено осигурање по методолошком упутству СЗР (верзија 11). Трошкови здравствене заштите становника Србије према главним категоријама МКБ рађени су по следећој схеми и методологији СЗР 11:

- Н.С.1. – услуге болничког лечења су финансијски изражене тако што је број болничких дана по групама болести (извор података: ИЗЈЗС) помножен са ценом болничког дана из важећег Ценовника здравствених услуга РЗЗО [26];
- Н.С.1.2. – услуге дневне неге су регистроване по групама болести за 2012 и 2013. годину (није било података у ранијим годинама);
- Н.С.1.3. – финансијска средства потрошена за амбулантно лечење болесника добијена су тако што је број услуга амбулантног лечења (извор података: ИЗЈЗС) помножен са ценом из важећег Ценовника здравствених услуга РЗЗО;
- Н.С.1.4. – услуге кућног лечења финансијски су изражене тако што су услуге кућног лечења (извор података: планске табеле за домове здравља које обрађује ИЗЈЗС) помножене са ценом из важећег Ценовника здравствених услуга РЗЗО;

Н.С.4. – помоћне услуге здравствене заштите (лабораторијске анализе, дијагностика и превоз болесника) финансијски су изражене тако што је искуствено процењен укупан број тих услуга помножен с одговарајућим ценама из важећег Ценовника здравствених услуга РЗЗО;

- Н.С.5.1. – финансијски приказ утрошка лекова и других потрошних добара добијен је од Агенције за лекове и медицинска средства Србије.

Збир ставки Н.С.1, Н.С.1.2, Н.С.1.3, Н.С.1.4, Н.С.4. и Н.С.5.1. по групама болести даје процењену финансијску вредност укупне цене здравствене заштите становника Србије према групама обољења МКБ.

У анализи су примењене компаративна и ретроспективна метода истраживања. За анализу су коришћени и подаци Републичког фонда за статистику (РЗС) и Народне банке Србије (НБС).

РЕЗУЛТАТИ АНАЛИЗЕ

Сва обољења према Међународној класификацији болести (МКБ) су изражена и шифрама које су приказане у табели број 1. Укупна новчана средства (изражена у динарима, еврима и америчким доларима) која су утрошена на здравствену заштиту становника Србије током десет посматраних година, према главним групама обољења МКБ, приказана су у табели 2.

Табела 1. Расподела група обољења према Међународној класификацији болести (МКБ) по методологији за израду табеле 6 НЗР на основу СЗР (верзија 1)

Шифра	Групе обољења
A00-B99	Инфективне и паразитске болести
C00-D48	Тумори
E00-E90	Ендокрине и болести метаболизма
D50-D89	Болести крви и крвотворних органа
F00-F99	Ментални поремећаји
G00-G99	Болести нервног система
I00-I99	Болести дисајног система
K00-K93	Болести дигестивног система
N00-N99	Болести уrogenиталног система
O00-O99	Компликације трудноће и порођаја
L00-L99	Болести коже и поткожног ткива
M00-M99	Болести мишићно-коштаног система
Q00-Q99	Урођене аномалије
P00-P96	Перинатална стања
P00-P99	Симптоми и патолошка стања
S00-T98	Повреде, тровања и последице
V01-Z99	Све остале категорије

Табела 2. Укупни трошкови за здравствену заштиту према групама МКБ у Србији у периоду 2004–2013. године

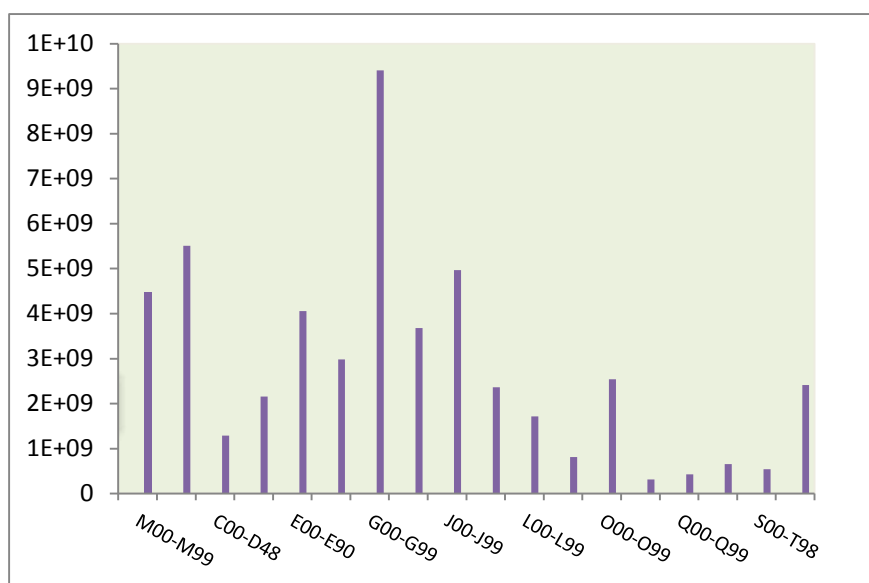
Година	Укупни трошкови (динари (РСД))	Укупни трошкови (еври (€))	Укупни трошкови (долари (\$))
2004	49.546.621.147,00	628.086.723	855.203.134
2005	81.222.190.366,00	949.967.138	1.124.666.678
2006	96.162.554.246,00	1.217.247.522	1.603.358.597
2007	120.987.502.236,00	1.526.922.066	2.251.868.727
2008	142.398.620.728,00	1.607.189.769	2.263.889.041
2009	144.150.456.906,00	1.503.321.134	2.160.253.219
2010	151.333.139.835,48	1.434.464.541	1.908.843.843
2011	151.614.999.373,81	1.488.057.711,00	2.076.022.877,00
2012	166,972,893,694.47	1.477.505.475,00	1.898.282.102,00
2013	176,734,078,011.61	1.563.050.128,00	2.081.183.207,85

Анализе за сваку годину посебно приказане су на графиконима 1–10

2004. година

У 2004. години укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ИЦД категоријама били су **49.546.621.147 динара**. Посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (18,98%), затим за неоплазме (11,12%) и болести уrogenиталног система (10,02%), док најмање за урођене аномалије (0,64%) и перинатална стања (0,86%) (графикон 1).

Графикон 1. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2004. години

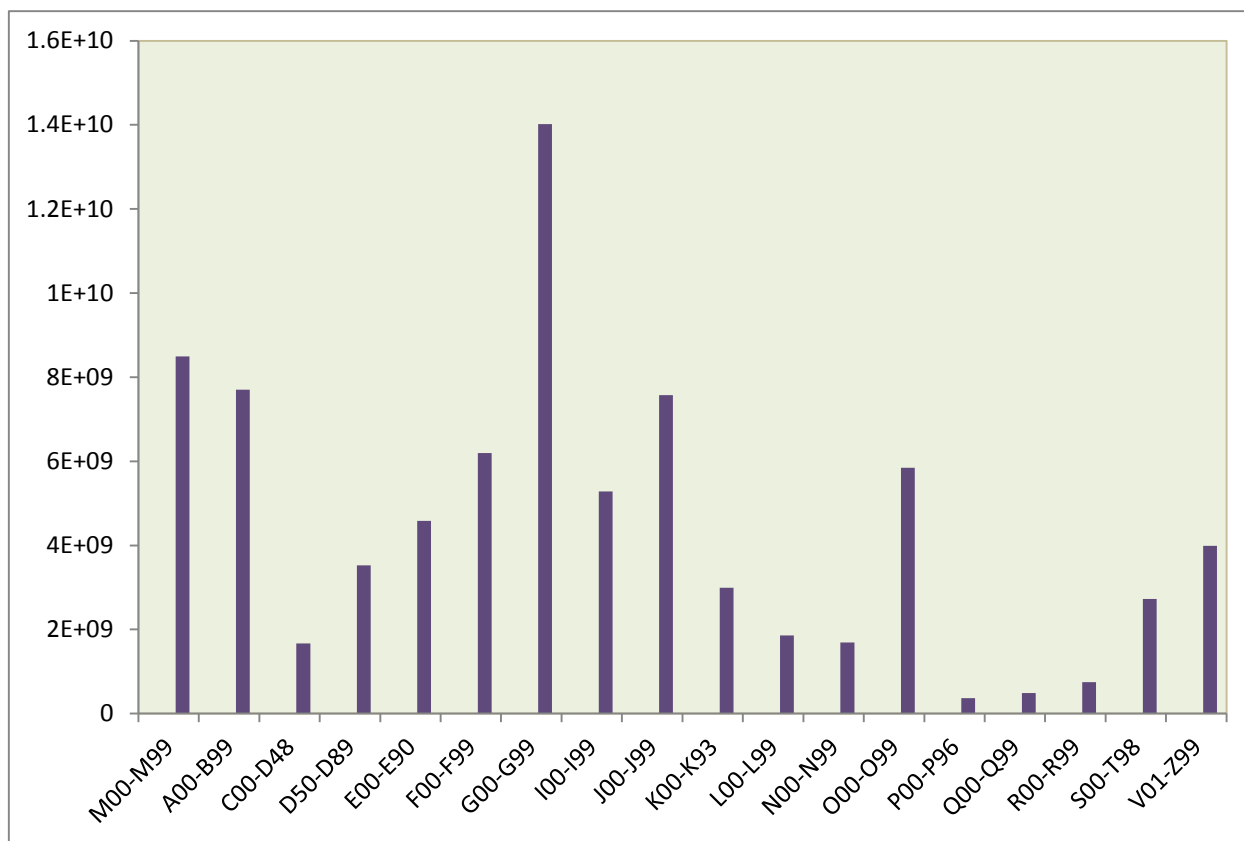


Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ИЦД категоријама укупно у 2004. години по глави становника износили су 83,76 €, док је проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2004. годину био 3,58%.

2005. година

81.222.190.336 динара су износили укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ИЦД категоријама у 2005. години. Највећи лични трошкови посматрано по групама болести су издвојени за болести крвотока (17,26%), за инфективне и паразитарне болести (10,46%), за неоплазме (9,49%) и болести уrogenиталног система (9,33%), док најмање за симптоме и патолошка стања (0,92%), урођене аномалије (0,61%) и перинатална стања (0,45%) (графикон 2).

Графикон 2. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2005. години

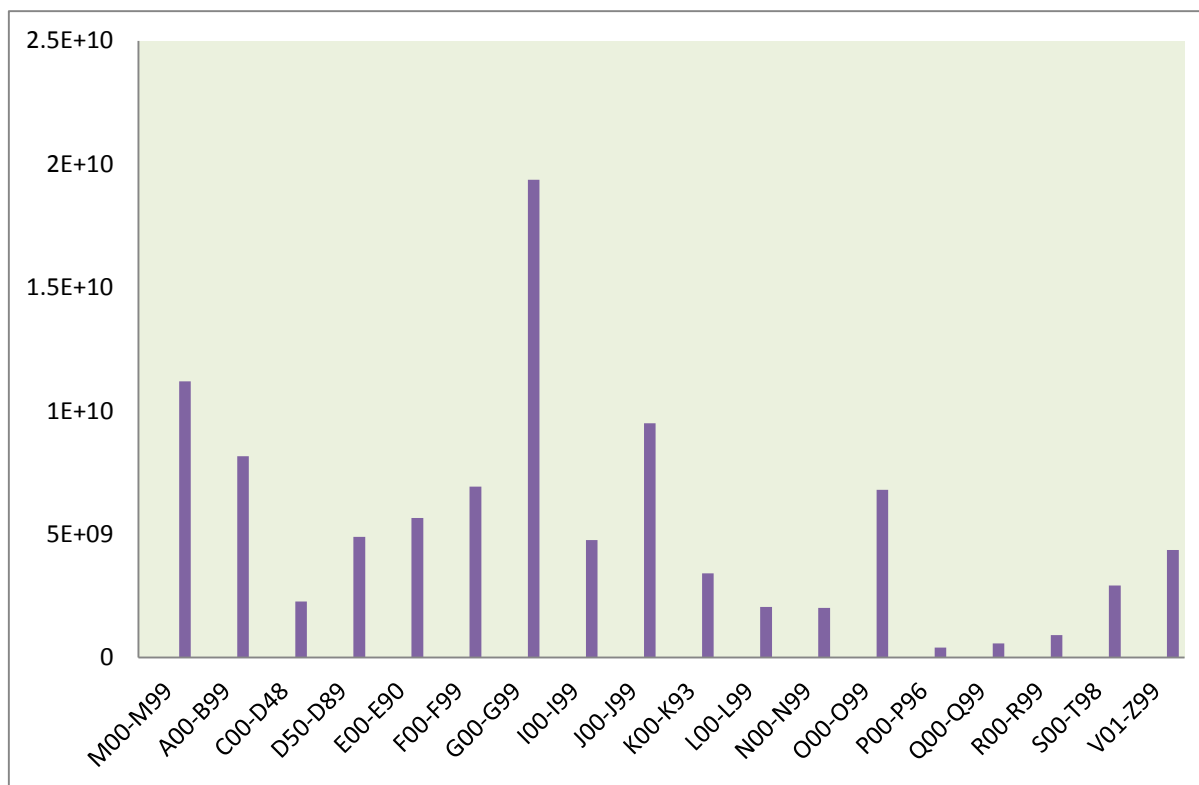


Укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама у 2005. години по глави становника износили су 126,70 €, док је проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2005. годину био 4,81%.

2006. година

У 2006. години укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ИЦД категоријама били су **96.162.554.246 динара**. Посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (20,14%), инфективне и паразитарне болести (11,64%), болести дигестивног система (9,87%) и за неоплазме (8,48%), док најмање за симптоме и патолошка стања (0,95%), урођене аномалије (0,59%) и перинатална стања (0,59%) (графикон 3).

Графикон 3. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2006. години

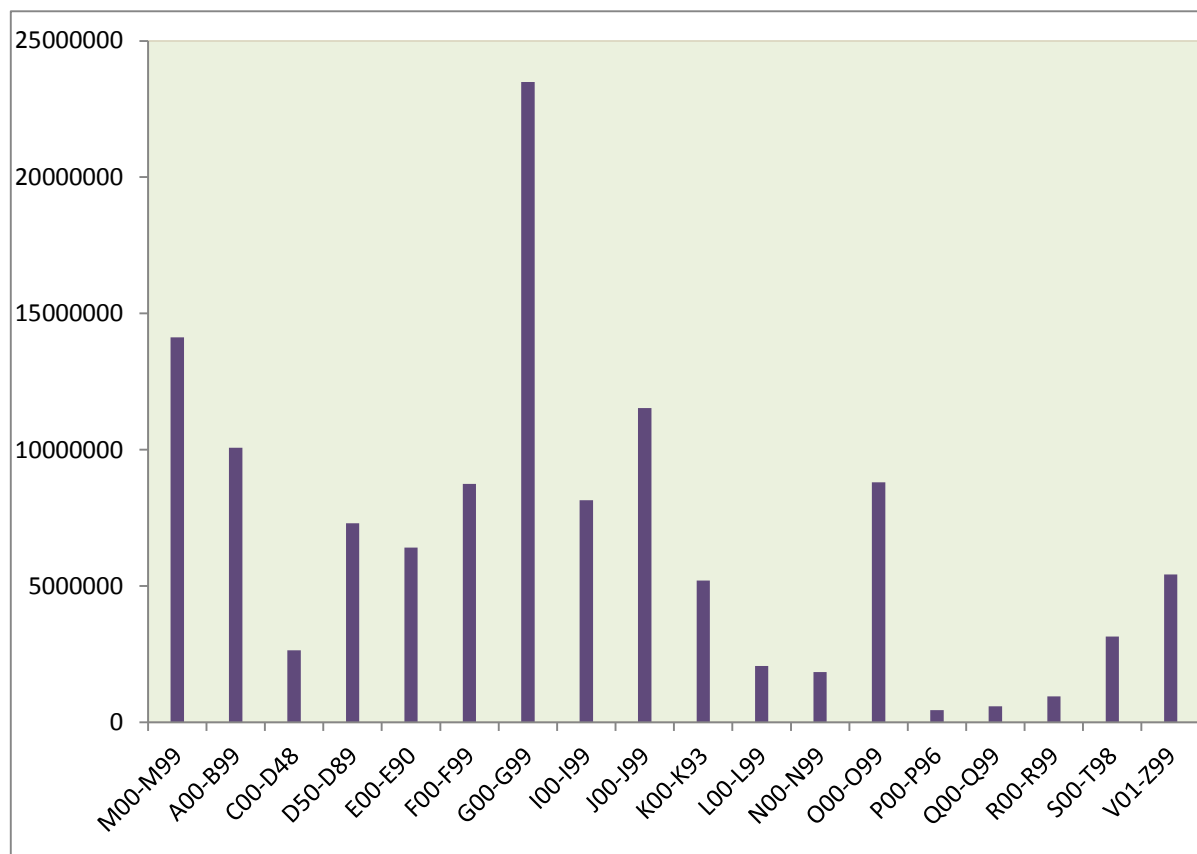


Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама укупно у 2006. години по глави становника износили су 176,00 €, док је проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2006. годину износио 4,86%.

2007. година

Укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама у 2007. години били су **120.987.502.236 динара**. Највећи лични трошкови посматрано по групама болести су издвојени за болести крвотока (19,42%), инфективне и паразитарне болести (11,67%), болести дигестивног система (9,53%) и за неоплазме (8,33%), док најмање за симптоме и патолошка стања (0,79%), урођене аномалије (0,49%) и перинатална стања (0,37%) (графикон 4).

Grafikon 4. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2007. години

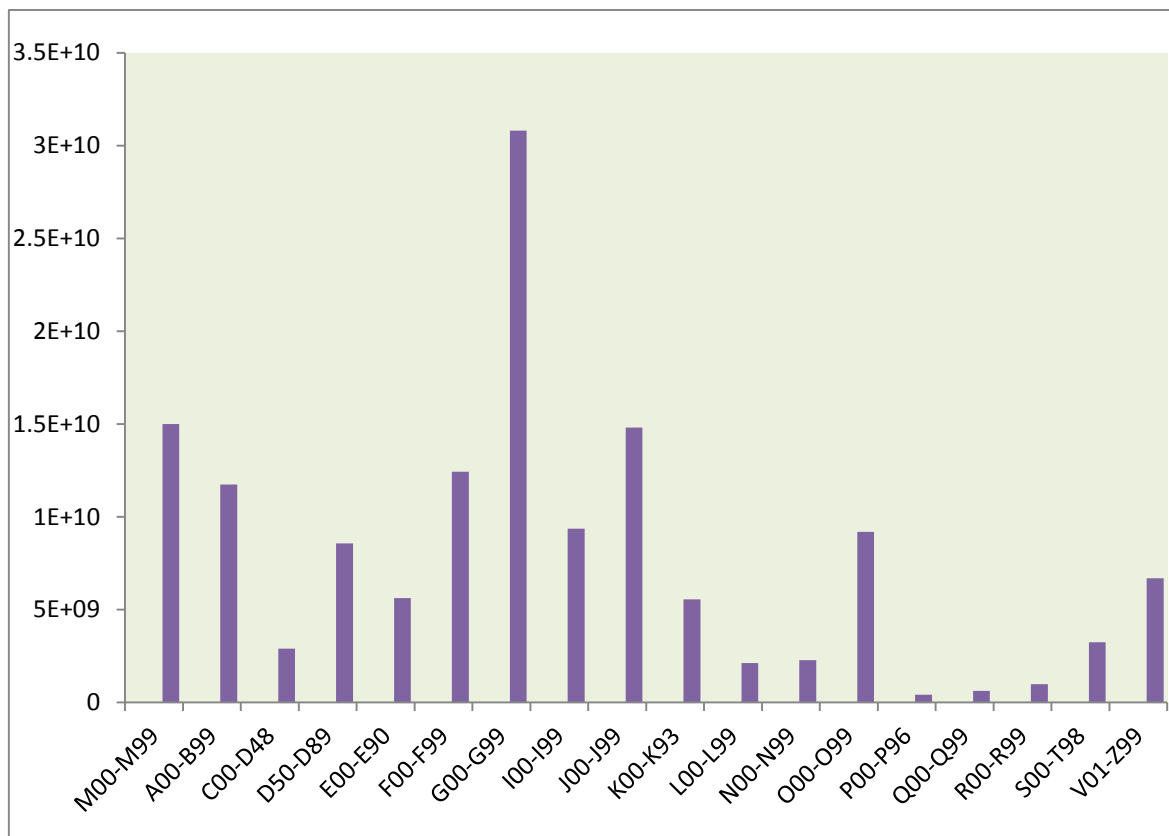


У 2007. години укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама по глави становника износили су 201,00 €, док је проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2007. годину износио 5,12%.

2008. година

Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама у 2008. години укупно су били **142.398.620.728 динара**. Посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (21,64%), инфективне и паразитарне болести (10,53%), болести дигестивног система (10,40%) болести нервног система (8,73%), и за неоплазме (8,24%), док најмање за симптоме и патолошка стања (0,70%), урођене аномалије (0,44%) и перинатална стања (0,30%) (графикон 5).

Графикон 5. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2008. години

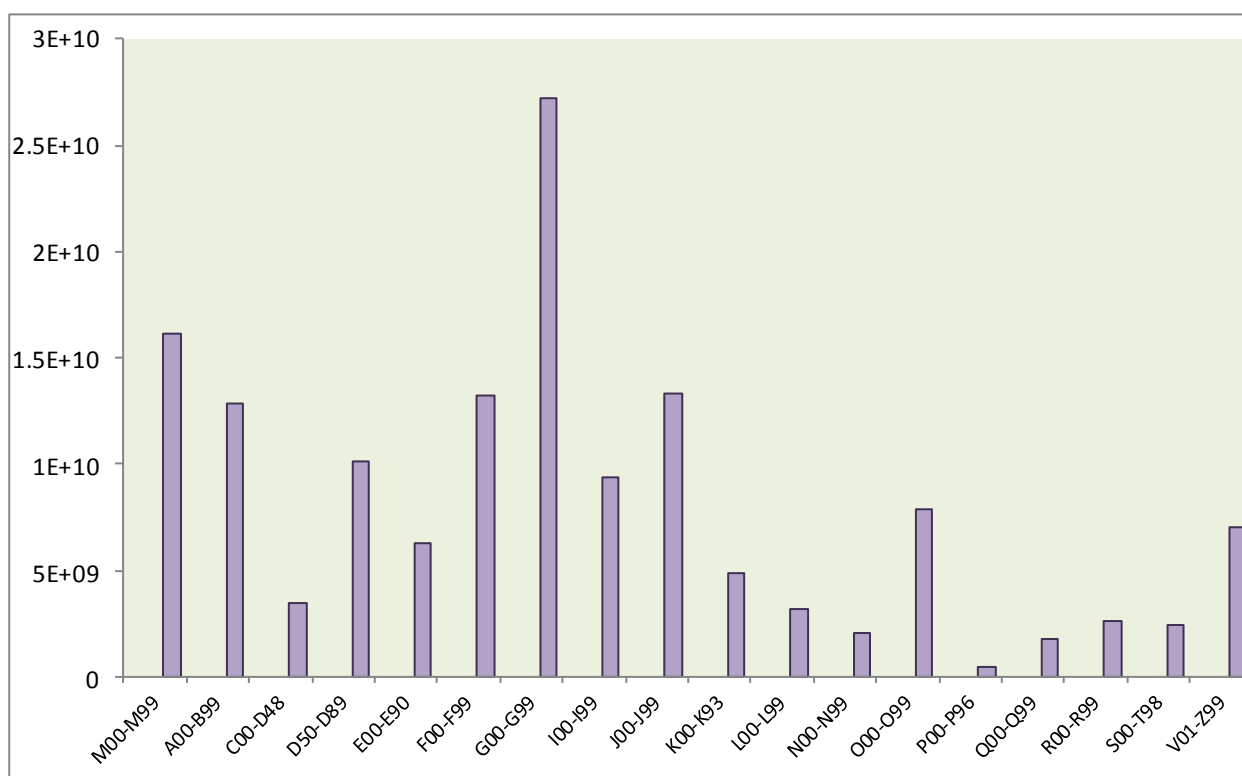


Укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама у 2008. години по глави становника износили су 232,00 €, док проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2008. годину је износио 5,04%.

2009. година

У 2009. години укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама били су **144.279.221.265 динара**. Посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (18,86%), инфективне и паразитарне болести (11,19%), болести нервног система (9,19%), и за неоплазме (8,80%), док најмање за урођене аномалије (0,33 %) (графикон 6).

Графикон 6. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2009. години

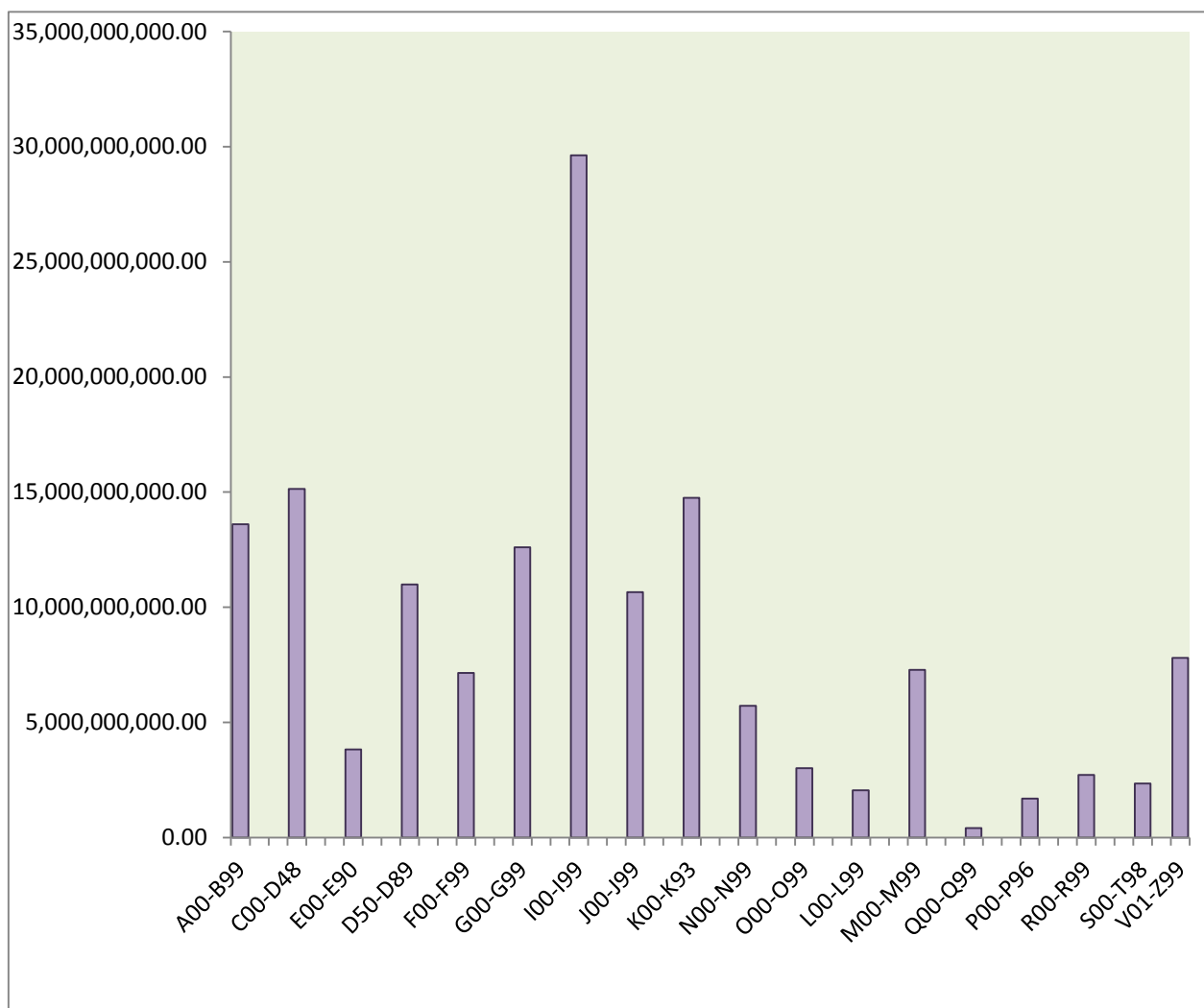


Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама укупно у 2009. години по глави становника износили су 200,00 €, док проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2008. годину је износио 5,10%.

2010. година

Укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама у 2010. години били су **151.331.867.999 динара**. Посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (19,58%), неоплазме (10,0%), болести дигестивног система (9,75%) болести нервног система (8,33%), инфективне и паразитарне болести (8,99%), док најмање за урођене аномалије (0,27 %) (графикон 7).

Графикон 7. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2010. години

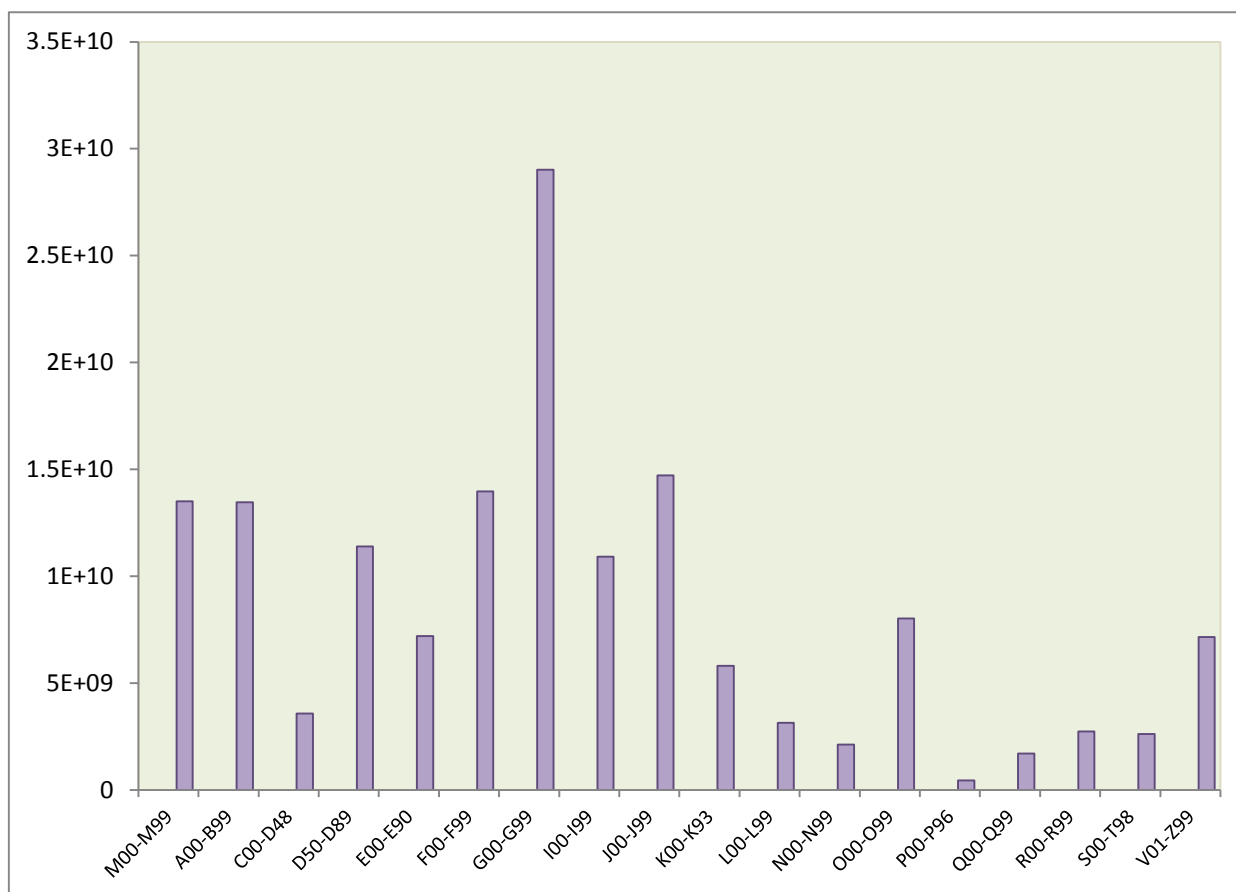


У 2010. години укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама по глави становника износили су 195,00 €, док проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2008. годину је износио 5,20%.

2011. година

151.614.999.373 динара у 2011. години били су укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама. Посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (19,14%), болести дигестивног система (9,71%), инфективне и паразитарне болести (8,88%) и за неоплазме (8,90%), док најмање за урођене аномалије (0,30 %) (графикон 8).

Графикон 8. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2011. години

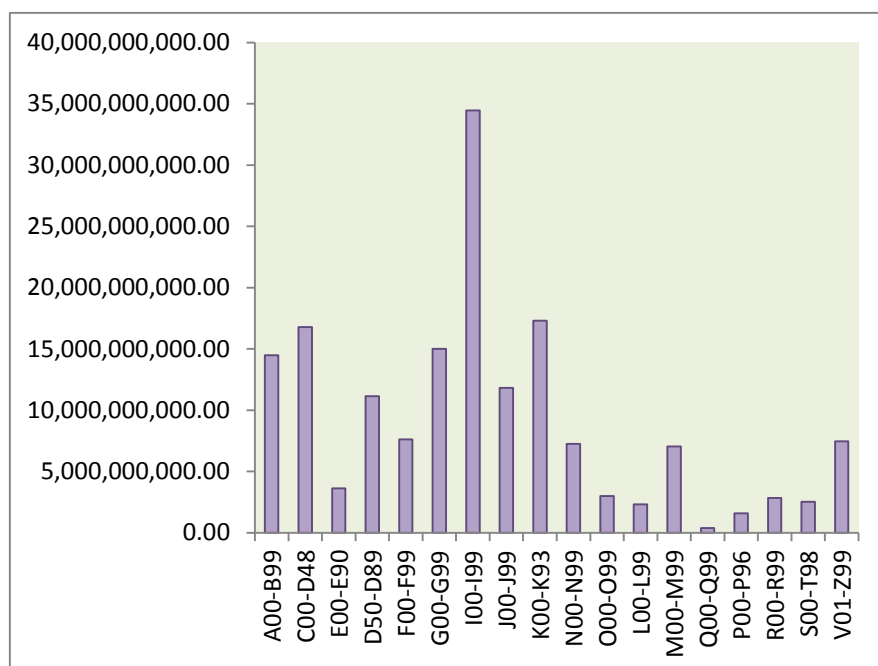


Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама укупно у 2011. години по глави становника износили су 205,00 €, док је проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2011. годину износио 4,77%.

2012. година

Укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама у 2012. години били су **166.575.285.407 динара**. Највећи лични трошкови посматрано по групама болести су издвојени за болести крвотока (20,69%), болести дигестивног система (10,38%), неоплазме (10,07%), болести нервног система (9,00%), инфективне и паразитарне болести (8,69%), док најмање за урођене аномалије (0,23%) (графикон 9).

Графикон 9. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2012. години

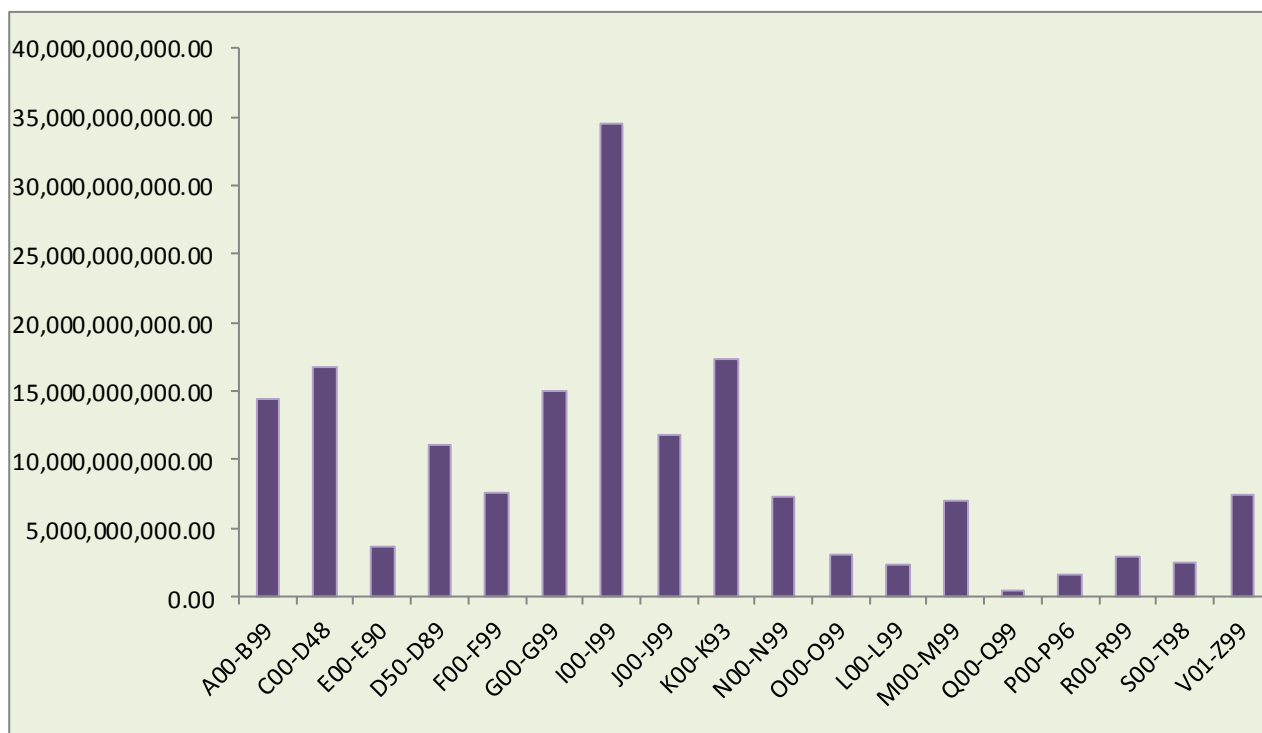


Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама укупно у 2012. години по глави становника износили су 205,00 €, док је проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2012. годину износио 4,97%.

2013. година

У 2013. години укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама били су **176.734.078.012** динара. Посматрано по групама болести највећи лични трошкови су издвојени за болести крвотока (20,44%), неоплазме (10,84%), болести дигестивног система (10,62%), болести нервног система (8,74%), инфективне и паразитарне болести (8,51%), а најмање за урођене аномалије (0,21 %) (графикон 10).

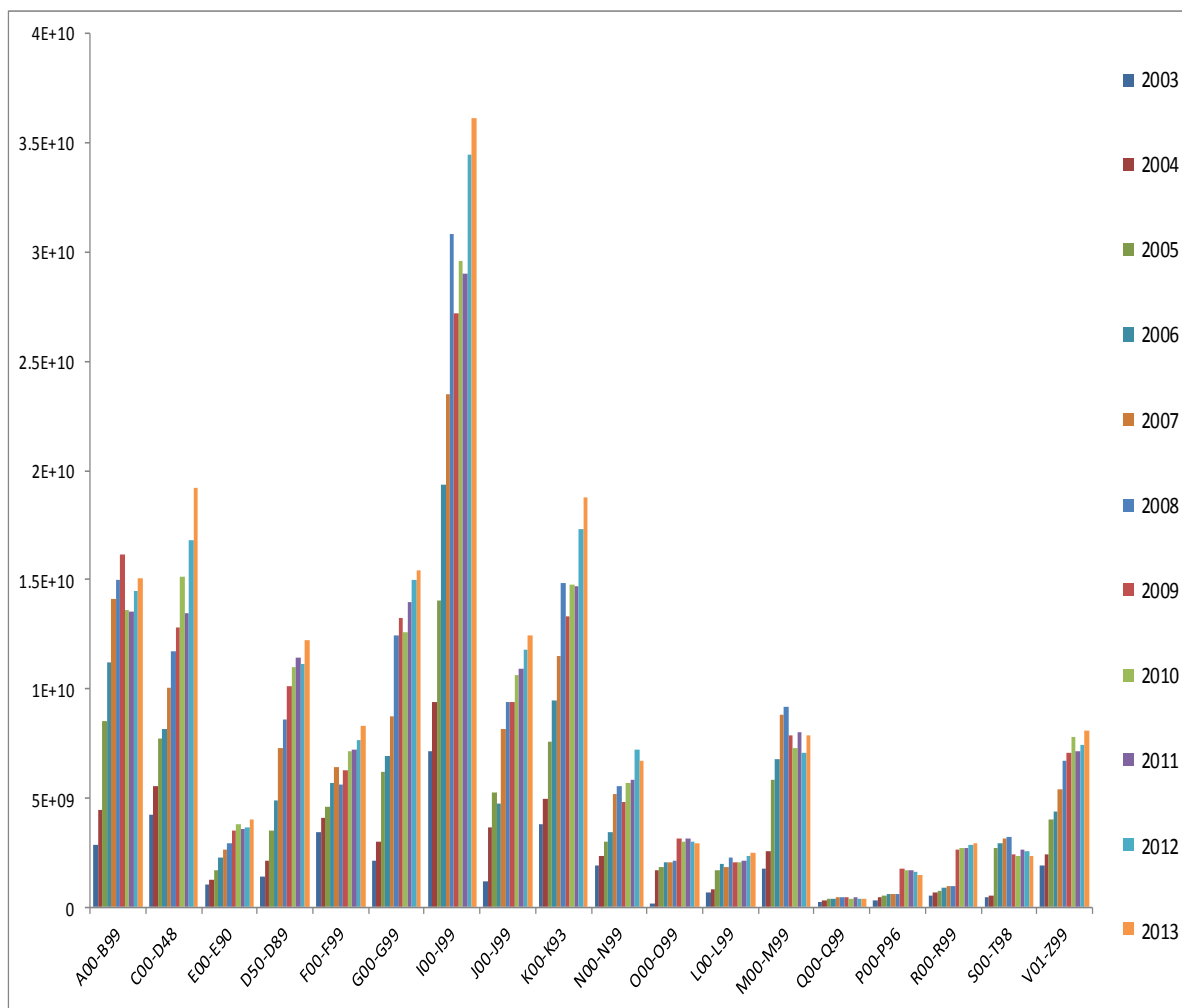
Графикон 10. Лични трошкови за здравствену заштиту по ICD класификацији у 2013. години



Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама укупно у 2013. години по глави становника износили су 219,00 €, док је проценат укупних личних трошкова у односу на ГДП за 2013. годину износио 4,88%.

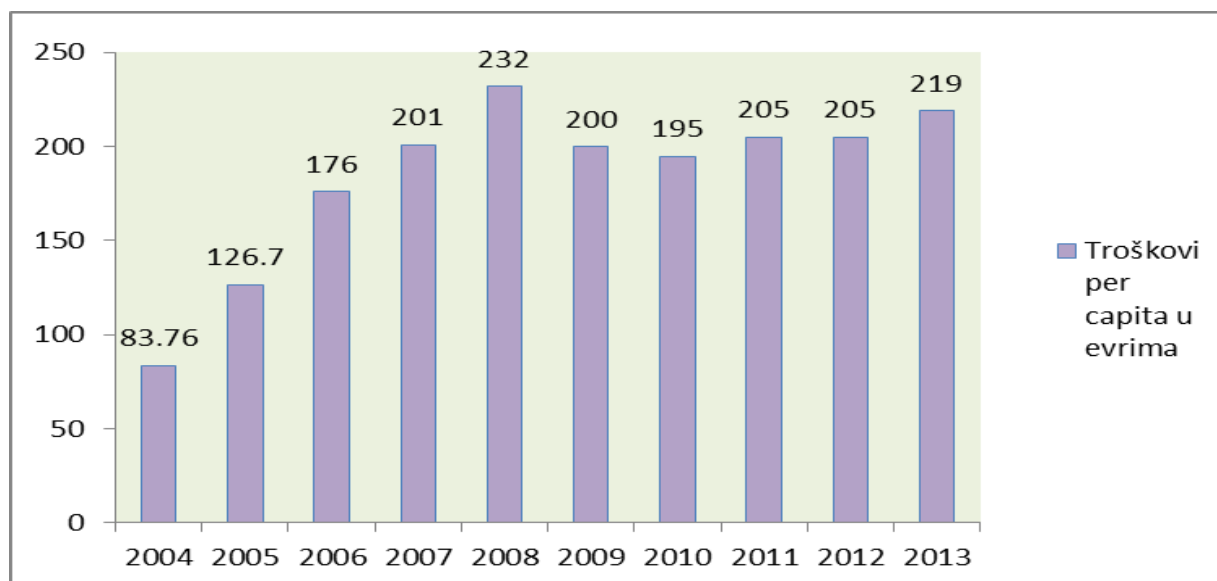
Посматрано по годинама (2004–2013) укупни лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама (групе болести по МКБ 10 класификацији) имају тенденцију раста изражено по текућим ценама и порасли су четири пута (графикон 11).

Графикон 11. Тренд раста личних трошкова за здравствену заштиту по ICD категоријама



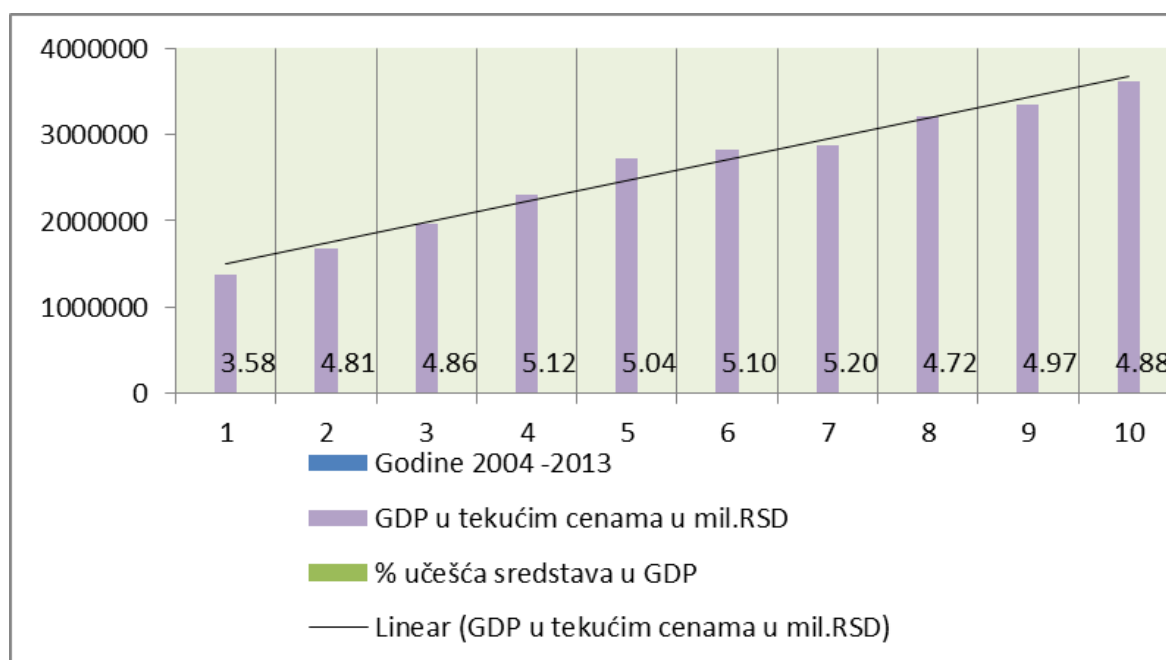
Процентуално учешће укупних личних трошкова за здравствену заштиту у периоду од 2004. до 2013. године изражено по глави становника изражено у еврима приказано је на следећем графикону (графикон 12).

Графикон 12. Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама по становнику у периоду од 2004. до 2013. године изражени у еврима



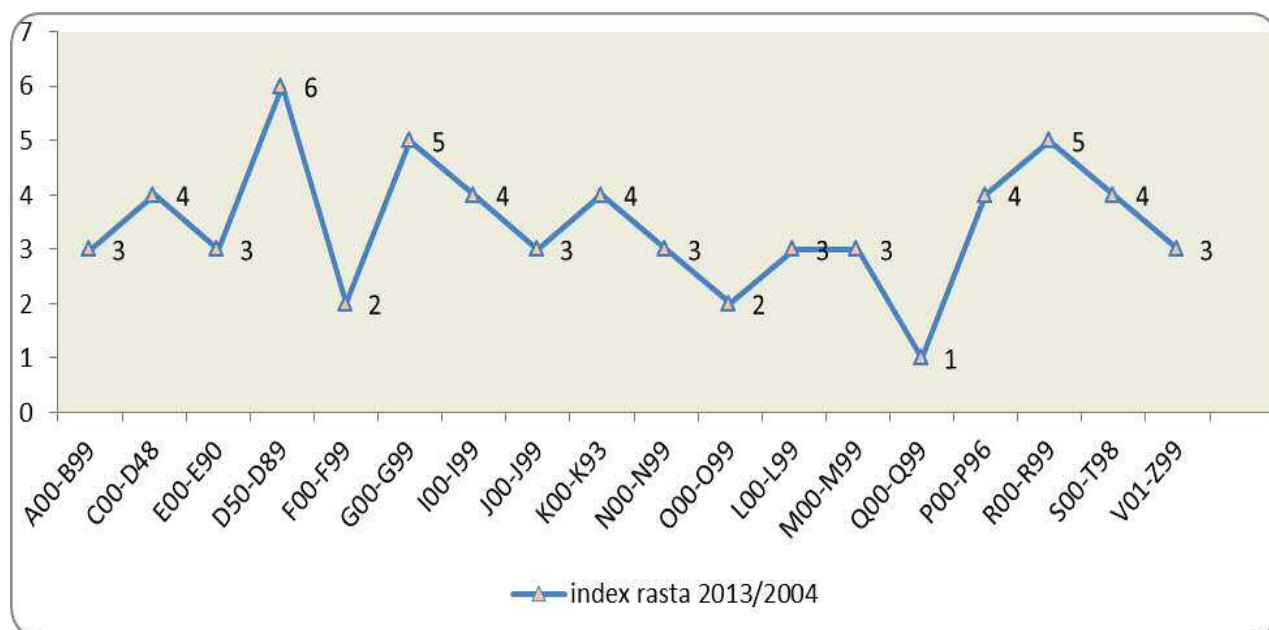
Лични трошкови за здравствену заштиту по главним ICD категоријама по становнику имају тренд раста од 70,54 € у 2004. години до 219 € у 2013. години.

Графикон 13. Процент учешћа личних трошкова за здравство по главним ICD категоријама у периоду од 2004. до 2013. године у односу на проценат бруто домаћег производа



Посматрано по групама болести највећи лични трошкови у периоду од 2004. до 2013. године су издвојени за болести крви и крвотворних органа. Средства за болести крви и крвотворних органа у поменутом периоду повећана су чак шест пута, за болести нервног система и симптоме и патолошка стања пет пута, органа респираторног система, урогениталног, туморе, перинатална стања и повреде, тровања четири пута, док за инфективне и паразитарне болести, болести мишићно-коштаног система, ендокрине болести и болести метаболизма, финансијска средства су увећана 3 пута (графикон 14).

Графикон 14. Индекс раста средстава по болестима у периоду од 2004. до 2013.



ДИСКУСИЈА

Прегледом истраживања која се баве трошковима лечења болесника [1–7] увидело се да већина студија обрађује само поједине болести [8–16], односно појединачне повреде [17], поремећаје [18] или стања [19–24]. Текући трошкови здравствене заштите према главним групама болести МКБ предвиђени су да буду приказани само у табели 6 СЗР, као део Националних здравствених рачуна (НЗР)[25]. Многи корисници анализа НЗР сматрају да је управо табела 6 у СЗР, под називом „Трошкови за здравствену заштиту по главним групама Међународне класификације болести” (категорије МКБ), најважнија и најкориснија доносиоцима здравствене политике. Премда још не постоји јасно општеприхваћено методолошко упутство за израду табеле 6 (осим оквирног, које је коришћено и у овом истраживању), међународна поређења на основу ове табеле, иако и даље врло ретка, ипак су почела да се врше [27]. Управо та међународна упоредивост је главна предност табеле 6. Њен недостатак, међутим, јесте то што се процене трошкова у различитим земљама разликују у обухвату и методологији процене, тако да се заснивају на великом скупу претпоставки, односно веома малим узорцима. Укупни трошкови здравствене заштите становника Републике Србије према главним обољењима МКБ су се од 2004. до 2013. године повећали

са око 49 милијарди на скоро 176 милијарди динара. Трошкови по глави становника изражени у еврима такође су се током посматраног периода повећали, и то са 84 евра у 2004. години на 219 евра 2013. године (скоро три пута).

Трошкови по глави становника изражени у доларима током посматраног периода бележе исте промене. Посматрано по групама болести, највећи трошкови здравствене заштите у периоду 2004–2013. године у Републици Србији издвојени су за лечење особа са кардиоваскуларним обољењима, а током посматраног временског периода повећали су се шест пута. То, у поређењу с растом финансијских средстава за друге групе болести, представља највећи раст.

Када се резултати ових трошкова упореде са налазима из Аустралије, Канаде, Француске, Немачке и Холандије [27], види се да се и у тим земљама највећа средства у оквиру здравствене заштите издвајају за кардиоваскуларна обољења, што је највероватније последица данашњег убрзаног и стресног начина живота.

За разлику од Србије, где се средства издвојена за туморе налазе на другом месту по потрошњи у посматраном периоду, а прате их болести дигестивног система, инфективне и паразитарне болести и болести нервног система, у поменутим земљама болести нервног система се налазе на другом месту по учешћу финансијских средстава, а следе их болести дигестивног система, коштаног-мишићног система и тумори.

Укупни трошкови јавне здравствене заштите у Републици Србији су се од 2004. до 2013. године повећали са нешто више од 82 милијарде динара у 2004. на скоро 232 милијарде у 2013. години [27].

Удео трошкова здравствене заштите државног сектора у БДП-у у периоду 2004–2013. године, кога чине издвајања за лечење у процентима БДП-а, повећао се са 3,58% на 4,88% у 2013. У 2004. години трошкови здравствене заштите према категоријама обољења МКБ у Србији чинили су 54,1% укупних трошкова за здравствену заштиту, док су у Немачкој и Холандији они чинили 62%, односно 60% укупних средстава која се издвајају за здравствену заштиту [28]. Податке за остале године за друге земље нисмо имали.

ЗАКЉУЧАК

Компаративна анализа трошкова лечења болести је показала да су трошкови лечења болесника у периоду 2004-2013 порасли три пута; да су највећа новчана средства у Србији издвојена за лечење особа са болестима кардиоваскуларног система; да су се током десет посматраних година финансијска средства за лечење тих болести шест пута повећала.

REFERENCES

1. Rice DP. Cost of illness studies: what is good about them? *Inj Prev.*2000; 6:177-9.

2. Kirschstein R. Disease-Specific Estimates of Direct and Indirect Costs of Illness and NIH Support: Fiscal Year 2000 Update. Available from:
<http://ospp.od.nih.gov/ecostudies/COIreportweb.htm>.
3. Bloom BS, Bruno Dj, Maman DY, Jayadevappa R. Usefulness of US costof-illness studies in healthcare decision making. *Pharmacoeconomics*.2001; 19:207-13.
4. Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med*. 2004; 46:398-412.
5. Segel JE. Cost-of-Illness Studies – A Primer. RTI International; 2006.
6. Honeycutt AA, Grosse SD, Dunlap LJ, Schendel DE, Chen H, Brann E, et al. Economic costs of mental retardation, cerebral palsy, hearing loss, and vision impairment. In: Altman BM, Barnartt SN, Hendershot G, Larson S, editors. *Using Survey Data to Study Disability: Results from the National Health Interview Survey on Disability*. London, England: Elsevier Science Ltd.; 2004. p.207-28.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Economic costs associated with mental retardation, cerebral palsy, hearing loss, and vision impairment – United States, 2004. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2004; 53:57-9.
8. Taylor DH Jr, Sloan FA. How much do persons with Alzheimer’s disease cost Medicare? *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48:639-46.
9. Begley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB, et al. The lifetime cost of bipolar disorder in the US: an estimate for new cases in 1998. *Pharmacoeconomics*. 2001; 19:483-95.
10. Begley CE, Famulari M, Annegers JF, Lairson DR, Reynolds TF, Coan S, et al. The cost of epilepsy in the United States: an estimate from population-based clinical and survey data. *Epilepsia*. 2000; 41:342-51.
11. Javitz HS, Ward MM, Watson JB, Jaana M. Cost of illness of chronic angina. *Am J Manag Care*. 2004; 10(11 Suppl):S358-69.
12. Lazar MA. How obesity causes diabetes: not a tall tale. *Science*. 2005; 307:373-5.
13. Lowell BB, Shulman GI. Mitochondrial dysfunction and type 2 diabetes. *Science*. 2005; 307:384-7.
14. Hogan P, Dall T, Nikolov P; American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes Care*. 2004; 26:917-32.
15. Szucs TD, Berger K, Fisman DN, Harbarth S. The estimated economic burden of genital herpes in the United States. An analysis using two costing approaches. *BMC Infectious Diseases*. 2001; 1:5. (Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2334-1-5.pdf>)

16. Liu JL, Maniadakis N, Gray A, Rayner M. The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart*. 2002; 88:597-603.
17. Currie G, Kerfoot KD, Donaldson C, Macarthur C. Are cost of injury studies useful? *Inj Prev*. 200; 6:175-6.
18. Swensen A, Birnbaum HG, Secnik K, Marynchenko M, Greenberg P, Claxton A. Attention-deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 42:1415-23.
19. Yelin E, Trupin L, Cisternas M, Eisner M, Katz P, Blanc P. A national study of medical care expenditures for respiratory conditions. *Eur Respir J*. 2002; 19:414-21.
20. Yelin E, Herrndorf A, Trupin L, Sonneborn D. A national study of medical care expenditures for musculoskeletal conditions: the impact of health insurance and managed care. *Arthritis Rheum*. 2001; 44:1160-9.
21. Roux L, Donaldson C. Economics and obesity: costing the problem or evaluating solutions? *Obes Res*. 2004; 12:173-9.
22. Corso P, Grosse S, Finkelstein E. The skinny on COI analysis. *Obes Res*. 2004; 12:1189.
23. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*. 2005; 293:1861-7.
24. Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much and who's paying? *Health Aff (Millwood)*. 2004; Suppl Web Exclusives:W3-219-26.
25. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i Republički zavod za statistiku. Sistem zdravstvenih računa: verzija 1.0; Beograd; 2005.
26. Republički zavod za zdravstveno osiguranje. Finansijski izveštaj RZZO za 2004, 2005, 2006, 2007, 2009,2010,2011,2012,2013 godinu. Beograd, mart 2004,2005, 2006, 2007, 2009,2010,2011,2012,2013.
27. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut".
Sajt: http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=50
28. Heijink R, Renaud T. Cost-of-illness studies: a five-country methodological comparison (Australia, Canada, France, Germany and the Netherlands). *Questions d'économie de la Santé*. 2009; (143):1-6.

ОКРУГЛИ СТО: РАНГИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕ ЗАШТИТЕ

Модератори: С. Симић, Б. Ћикановић

Светска здравствена организација (СЗО), специјализована агенција Уједињених Нација за здравље, пре петнаестак година је први (и последњи) пут спровела међународно рангирање система здравствене заштите, и резултате тог рангирања приказала у Светском извештају здравља за 2000. годину, под називом *Health Systems: Improving Performance*. Овај извештај је наишао на бројне полемике и негодовања земаља чланица Уједињених нација, првенствено због незадовољства позицијом државе у датом рангирању, али и опаженом неконзистентности са актуелним дешавањима у поједним земљама, упркос добром свеукупном рангу. Без обзира на бројне недостатке, овај извештај је поставио камен темељац за развој квалитетне методологије за процену система здравствене заштите, и покренуо иницијативу за мерење перформанси система, чиме је утицао да се здравствени систем постави у агенду актуелних политика и влада у земљама чланицама. Са временске дистанце од десетак година, сматра се да је израда овог извештаја СЗО био на неки начин индиректна допуна циљева који су постављени у декларацији из Алма Ате 1978. године, тако да осим постизања универзалне покривености становништва, овај извештај уводи и објашњава важност процене ефикасности система, наглашавајући и значај јавно-приватног партнерства.

С друге стране, током последњих неколико година, Европски здравствени потрошачки индекс (*Euro Health Consumer Index*, ЕНСИ), припремљен од стране приватне компаније *Health Consumer Powerhouse Ltd.* из Шведске, процењује, рангира и извештава о релативним позицијама система здравствене заштите на начин који подсећа на извештавање о медаљама на олимпијским играма. При томе, нису јасни критеријуми на основу којих је вршена та процена, односно механизам прикупљања података у коме нису учествовале званичне националне јавноздравствене институције, као и начин селекције узорка за анкетање корисника, а на основу којих је извршена генерализација резултата. Иако постоје бројни методолошки пропусти и ниска валидност овог извештаја, који, како и сами аутори наводе “не претендује да буде дисертација квалитета”, он је ипак препознат и цењен од стране Европске комисије и успева да привуче медијску пажњу јавности и активан однос доносиоца одлука на поправљању лошег рејтинга. С обзиром да је извештај широко промовисан у општој популацији, у земљама које су неповољно рангиране на овакав начин, поставља се питање како на крајњег корисника утичу овако добијене информације. Како то може да утиче на поверење корисника према даваоцу услуга и система, а знајући да је поверење важан фактор излечења; која очекивања и какве врсте одлука у вези са коришћењем здравствене заштите корисници могу да донесу под њиховим утицајем, само су нека од питања која ће се разматрати на овом округлом столу.

Кључне речи: систем здравствене заштите, рангирање, СЗО, ЕУ, ЕНСИ

ROUND TABLE: HEALTH CARE SYSTEMS RANKING

Moderators: S. Simic, B. Djikanovic

Fifteen years ago, the World Health Organization (WHO), the United Nations (UN) specialized agency for health, for the first (and last) time conducted an international ranking of the health care systems, and these results are presented in the World Health Report for 2000 titled *Health Systems: Improving Performance*. This report was met with much controversy and consternation of UN member states, primarily because of dissatisfaction with the given rank, but also due to the perceived inconsistencies with good ranking position and actual restrictions in some individual countries. Although such a ranking faced numerous shortcomings, WHO report *Health Systems: Improving Performance* has laid the cornerstone for development of a high-quality methodology for assessing health care systems, and initiated the performance measurement movement, which has placed health system on the political agendas in member countries. With the hindsight of a decade, it is believed that this WHO report from 2000 was, in some ways, an indirect amendment of the targets set in the Alma Ata Declaration from 1978. Thus in addition to achieving universal coverage of the population, this report introduces the importance of assessing the efficiency of the system, and the importance of public-private partnerships.

On the other hand, over the last nine years, since 2006, the *European Health Consumer Index* (ECHI), produced by private company *Health Consumer Powerhouse Ltd.* from Sweden, publishes annual ranks and evaluations of health care systems in a manner reminiscent of the reporting medals at the Olympic Games. Mechanisms which were used to collect data for making such an index are not well described, nor did the manner of sample selection, but it did not prevent authors to deliberately generalize results. Moreover, official national public health institutions and national statistics were not involved in this process although they are highly accountable and inevitable part of healthcare system monitoring.

Despite the numerous methodological limitations and low validity of the report, which, as the authors themselves state "it does not pretend to be a dissertation quality", ECHI reports have been recognized and praised by European Commission. As such, they manage to attract media attention and an active attitude of national decision-makers to improve the poor rating.

However, there is a question how such a wide media promotion of adverse ranking of national healthcare system affects general population i.e. end users: the relationships between users (patients) and physicians, their expectations of the system, and decisions related to the choice of providers. These are just some of the questions that will be addressed on this round table.

Key words: health care systems, ranking, WHO, EU, EHCI

ОБЕЗБЕЂЕНОСТ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НА ТЕРИТОРИЈИ АУТОНОМНЕ ПОКРАЈИНЕ ВОЈВОДИНЕ У 2014. ГОДИНИ

Драгана Милијашевић, Весна Мијатовић Јовановић, Соња Шушњевић, Соња Чанковић, Тања Томашевић

Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Република Србија

Увод: Примарна здравствена заштита (ПЗЗ) представља основ целокупног система здравствене заштите. Адекватна обезбеђеност кадром и организација ПЗЗ је предуслов ефикасности и квалитета рада како у ПЗЗ, тако и у целокупном систему здравствене заштите.

Циљ: рада је сагледавање обезбеђености и коришћења примарне здравствене заштите на територији Аутономне Покрајине Војводине у 2014. години.

Метод: За потребе анализе коришћени су подаци рутинске здравствене статистике.

Резултати и дискусија: На територији Војводине током 2014. године, здравствену заштиту у службама опште медицине пружало је 959 лекара, чиме је постигнута покривеност од 1 лекара на 1.615 становника. Најмања обезбеђеност кадром у овој служби била је у Јужнобачком округу (ЈБО) са недостатком од 15 лекара, а највећа у Средњебанатском округу са 22 лекара више у односу на норматив Правилника за обављање здравствене делатности. У службама медицине рада радио је 121 лекар, са просечном дневном оптерећеношћу од 18 посета на дан, при чему на 1 лекара долази 3.364 запослених. Постоје варијације у покривености посматрано по окрузима и крећу се од 2.669 у ЈБО до 7.788 запослених на 1 лекара у Севернобанатском округу. Службе за здравствену заштиту деце предшколског покривало је 157 лекара, односно 1 лекар на 791 дете овог узраста, при чему је задовољавајућа обезбеђеност кадром била присутна у свим окрузима. У службама за здравствену заштиту школске деце и омладине постоји добра кадровска обезбеђеност од 176 лекара са просечном дневном оптерећеношћу од 22 посете, али посматрано по окрузима у Јужнобанатском округу недостају 2 лекара, док у Сремском округу постоји вишак од 13 лекара у односу на норматив. Здравствену заштиту жена спроводило је 139 специјалиста гинекологије и акушерства чиме је постигнута добра покривеност од 1 гинеколога на 6.062 жене старости 15 година и више. Просечан број посета на 1 жену износио је 0,6 што значи да је свака друга жена ове старосне доби била на гинеколошком прегледу. Мањи број гинеколога посматрано у односу на Правилник је присутан у 3 округа (Севернобачком, Западнобачком и Сремском). У Службама за поливалентну патронажу постоји недовољна кадровску обезбеђеност у свим окрузима са највећим недостатком кадра у ЈБО где тај број износи 34. У службама за заштиту и лечење болести уста и зуба услуге је пружало 516 стоматолога са просечном дневном оптерећеношћу од 13 посета на дан.

Закључак: Резултати указују на добру кадровску обезбеђеност на територији Војводине која је углавном у складу са Правилником, али посматрано по окрузима постоје варијације које су најизраженије у службама за здравствену заштиту одраслих и у службама поливалентне патронаже. Највећа оптерећеност кадра присутна је у службама опште медицине.

Кључне речи: ПЗЗ, Војводина, службе, кадровска обезбеђеност, оптерећеност

COVERAGE AND UTILISATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN PROVINCE OF VOJVODINA IN 2014

Dragana Milijašević, Vesna Mijatović Jovanović, Sonja Šušnjević, Sonja Čanković, Tanja Tomašević

The Institute of Public Health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Interduction: Primary health care constitutes the foundation of the overall health care system. Adequate coverage and organization of PHC is a prerequisite for efficiency and quality of work in primary health care and in the entire health care system.

Aim: The aim of this survey is to overview coverage and utilisation of primary health care in Province of Vojvodina in 2014.

Method: The analysis was based on data collected from routine health statistics.

Results and discussion: On the territory Province of Vojvodina in 2014, health care in general practice provided 959 doctors, who also achieved coverage of one doctor to 1,615 inhabitants. The minimum coverage is in the South Backa district (SBD) with a lack of 15 doctors, and the largest in Middle Banat district with 22 doctors more than prescribed in the Regulation for Health Care. In Occupational Health Services worked 121 physicians, with average daily workload of 18 visits per day, with coverage of one doctor to 3,364 employees. There are variations in coverage observed by districts and range from 2669 in JBO to 7788 in North Banat. Health care of preschool children provided 157 doctors, with 1 doctor to 791 children of this age. Good coverage is present in all districts. The health care of school children and young people have a good work force of 176 doctors with average daily workload of 22 visits, but observed by districts in South Banat missing 2 doctors, while in Srem district there is a surplus of 13 doctors in relation to the norm. Health care of women was conducted by the 139 gynecologist which achieved good coverage of 1 gynecologist at 6062 women aged 15 years and older. The average number of visits per 1 woman was 0.6, which means that every second woman of this age group had a gynecological examination. A smaller number of gynecologists in comparison to the Regulations is present in 3 districts (the North Backa, the West Backa and Srem). Polyvalent patronage had inadequate work force in all districts with the highest lack of cadre in the SBD where that number is 34th. Dental services was providing 516 dentists with daily average of 13 visits per day.

Conclusion: Results indicate good work force on the territory of which is largely in line with the Regulation, but observed by districts there are variations that are most visible in General practice and polyvalent patronage. The greatest burden of cadre are present in the services of General practice.

Keywords: PHC, Vojvodina, services, work force, the burden

ОБУХВАТ ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ ПРЕВЕНТИВНИМ ПРЕГЛЕДИМА У 2014. ГОДИНИ

Данијела Дукић, Љиљана Црнчевић Радовић, Сања Савковић
Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут”, Београд, Србија

Увод:

Последњих двадесет година у Србији постоји тренд пораста оболевања и умирања од хроничних незаразних болести међу којима предњаче, кардиоваскуларне и малигне болести. Бројна истраживања здравственог стања становништва, али и рутинска статистика морбидитета и морталитета, потврђују тај тренд. Донет је велики број Националних програма и пратећих Уредби за рано откривање малигних и кардиоваскуларних болести. Истакнуто је да превенција има огроман јавно-здравствени потенцијал и представља најефикаснији приступ контроли хроничних незаразних болести. Право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања укључује и превентивне мере чији садржај и обим сваке године утврђује Републички фонд за здравствено осигурање, доношењем Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту.

Метод:

Примењена је опсервационо-дескриптивна метода. Коришћени су подаци планско-извештајних табела домова здравља и фактурисана реализација извршења, према Упутству које сваке године сачињава “Батут” и дистрибуира мрежи завода/института за јавно здравље како би се постигао јединствен приступ за праћење и мерење остваривања права здравствене заштите становништва (осигураника).

Најважнији резултати:

У Србији је у 2014. години, превентивним прегледом било обухваћено 8% одраслих од 19-34 година, а 7% одраслих старости 35+. Скринингом рака дебелог црева било је обухваћено 6% одраслог становништва од 50 -74 година. Обухват скринингом дијабетеса типа 2, је износио 3% одраслих старости 35+, а скринингом/раним откривањем депресије обухваћено је свега 1% одраслих старости 18+. За скрининг кардиоваскуларног ризика обухват је износио укупно 3% за сво одрасло становништво, без обзира на пол и године. Превентивним гинеколошким прегледом било је обухваћено 10% жена старости 15+, а толико је износио и обухват скринингом рака грлића материце жена старости од 25 до 64 године. Скрининг мамографијом било је обухваћено свега 3% жена старости 50 до 69 година.

Закључак: Иако је последњих петнаест година један од важнијих циљева здравствене политике Републике Србије било оснаживање система здравствене заштите у његовом обухватању већег броја становника превентивним здравственим услугама, још увек није постигнут задовољавајући резултат.

Кључне речи: Превентивни прегледи, Одрасло становништво, Здравствени систем, Хроничне незаразне болести, Здравствено стање

COVERAGE OF ADULT POPULATION WITH PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS IN SERBIA 2009-2014.

Danijela Dukic, Ljiljana Crncevic-Radovic, Sanja Savkovic
Institute of Public Health Care of Serbia "Dr Milan Jovanović Batut", Belgrade, Serbia

Background:

During the last twenty years in Serbia, there has been an increasing trend of incidence and mortality from chronic noncommunicable diseases especially, cardiovascular and malignant diseases. Numerous studies of the health status of the population, in addition to routine statistics of morbidity and mortality confirm this trend. Large numbers of national programs and the accompanying Regulation for early detection of cancer and cardiovascular disease was adopted. It was pointed out that prevention has a tremendous public health potential and the most effective approach to the control of chronic non-communicable diseases. The right to health care from the compulsory health insurance includes preventive measures, with the content and scope determined by the Republic Fund for Health Insurance.

Method:

The study is observational-descriptive. We used data gathered from health care institutions at primary health care level, through their reports. Those reports were collected through the network of public health institutes, and will be used for planning for next year.

Results:

In Serbia in 2014, preventive examinations encompassed 8% of adults aged 19-34 years and 7% of adults aged 35+. Colorectal cancer screenings covered 6% of the adult population of 50-74 years. Coverage of screening for type 2 diabetes amounted to 3% of adults aged 35+, and screening / early detection of depression accounted for only 1% of adults aged 18+. Screening for cardiovascular risk coverage totaled 3% of the entire adult population, regardless of gender and age. Preventive gynecological examinations were included in 10% of women aged 15+, as was the coverage of cervical cancer screenings of women aged 25 to 64 years. Screening mammographies covered only 3% of women aged 50 to 69 years.

Conclusion:

Although one of the most important health policy objectives of the Republic of Serbia during the last fifteen years was strengthening the health care system to achieve large coverage of population by preventive health services, a satisfactory result has not achieved yet.

Key words: Preventive medical examinations, Adult population, Health care system, Chronical noncommunicable diseases, Health status

РЕФЕРЕНТНА ВРЕДНОСТ И ОДНОС ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА РАДА ИЗАБРАНОГ ГИНЕКОЛОГА У ОКРУЗИМА БОР И ЗАЈЕЧАР У ПЕРИОДУ 2011-2014 ГОДИНЕ

Снежана Тошић, Миодраг Костић, Олица Радовановић, Јасмина Радосављевић, Марина Војновић. Завод за јавно здравље „Тимок,, Зајечар Ср Србија

Увод: Праћење показатеља квалитета рада изабраног гинеколога представља основ за унапређење квалитета његовог рада усмереног ка очувању и унапређењу здравља, побољшању квалитета живота жена, повећања удела превентиве у примарној здравственој заштити и директном смањењу трошкова лечења.

Циљ рада је поређење показатеља квалитета рада изабраног гинеколога у периоду 2011-2014. године са референтном вредношћу у домовима здравља округа Бор и Зајечар, као и поређење рада изабраног гинеколога између установа округа Бор и Зајечар.

Метод рада: За квалитета рада изабраног гинеколога коришћено је важеће „Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета здравствене заштите“ из 2011. Године.

С обзиром на то да не постоји стандардизована вредност у односу на коју би се пратило кретање показатеља, за сваки показатељ смо одредили референтну (просечну) вредност за сваки округ појединачно и период посматрања, у односу на коју су показатељи и посматрани.

За обраду података коришћен је дескриптивни статистички метод.

Резултати: Праћени показатељи и израчунате референтне вредности:

- 1) Процент регистрованих корисница које су из било ког разлога посетиле свог изабраног гинеколога.
Референтна вредност за округ Бор је 69,00%, а округ Зајечар 70,00%. У оба округа просечан број регистрованих корисница је приближно исти.
- 2) Однос првог и поновног прегледа изабраног гинеколога ради лечења.
Референтна вредност за округ Бор је 1,00 а округ Зајечар 1,98. У округу Бор, сваки први , прати један поновни, а у округу Зајечар сваки први прате два поновна прегледа.
- 3) Однос броја упута издатих за специјалистичко-консултативни преглед и укупног броја посета код изабраног гинеколога.
Референтна вредност за округ Бор је 8,00, а округ Зајечар 3,44. У округу Бор по сваком прегледу добија се просечно 8 упута, а у округу Зајечар 3,4 упута за специјалистичко-консултативни преглед.
- 4) Процент превентивних прегледа у укупном броју прегледа изабраног гинеколога.
Референтна вредност за округ Бор је 44,00%, а округ Зајечар 40,00%. Не постоји значајна разлика између округа Бор и Зајечар у уделу превентивних прегледа у просеку.

- 5) Процент корисница од 25-69 година старости обухваћених циљаним прегледом ради раног откривања рака грлића материце.
Референтна вредност за округ Бор је 30,00%, а округ Зајечар 27,00%. Приближно исти проценат ових корисница обухваћен је овим циљаним прегледом у оба округа.
- 6) Процент корисница од 45-69 година старости упућених на мамографију од стране гинеколога у последњих 12 месеци.
Референтна вредност за округ Бор је 12,00%, а округ Зајечар 32,00%. Значајно већи проценат корисница у округу Зајечар упућен је на мамографију.

Закључак: Не може се приметити законитост у кретању вредности ових показатеља у односу на израчунату референтну вредност у посматраном периоду.

Референтне вредности за показатеље се различите су у округу Бор и округу Зајечар.

Постоји разлика у раду изабраног гинеколога округа Бор и округа Зајечар у односу на постављене референтне вредности, код одређених показатеља.

Кључне речи: показатељи квалитета, изабрани гинеколог, домови здравља округа Бор и Зајечар, референтна вредност

REFERENCE VALUE AND RELATION OF WORK QUALITY INDICATORS OF CHOSEN GYNECOLOGIST IN THE DISTRICTS OF BOR AND ZAJEČAR IN THE PERIOD 2011-2014

Snežana Tošić, Miodrag Kostić, Olica Radovanović, Jasmina Radosavljević, Marina Vojnović
institute of public health „Timok” Zaječar, Republic of Serbia

Introduction: Monitoring of the quality of selected gynecologist is the basis for improving the quality of his work directed to preservation and promotion of health, improving quality of life of women, increasing the share of prevention in primary care and reducing the direct costs of medical treatment.

The aim of the work is to compare indicators of the quality of the chosen gynecologist in the period 2011-2014 with a reference value in health centers in the districts of Bor and Zajecar, as well as to compare the work of chosen gynecologist between health institutions in the districts of Bor and Zajecar.

Methods of work: For the quality of the work of chosen gynecologist, the valid "Methodological guidelines for health care institutions reporting procedures on indicators of health care quality" in 2011 were used.

Given that there is no standardized value according to which monitoring of movement of indicators should be done, for each indicator we determined the reference (average) values for each district individually and observation period, according to which indicators were observed.

For statistical analysis, descriptive statistical methods were used.

Results: The monitored parameters and calculated reference values:

1) Percentage of registered beneficiaries who for any reason visited their chosen gynecologist.

The reference value for the district of Bor was 69.00% and 70.00% for the district of Zajecar. In both districts the average number of registered beneficiaries was approximately the same.

2) The ratio of the first examination and re-examination of the chosen gynecologist for medical treatment.

The reference value for the district of Bor was 1,00, and for the district of Zajecar 1.98. In the district of Bor, the first examination was followed by another one, and in the district of Zajecar each first examination was followed by two re-examinations.

3) The ratio of the number of instructions issued by specialist-consultative examination and the total number of visits at the chosen gynecologist.

The reference value for the district of Bor was 8.00, and 3.44 for the district of Zajecar. In the district of Bor, after each examination an average of eight medical referrals were obtained, and in the district of Zajecar it was 3.4 referrals for specialist consultative examination.

4) Percentage of preventive examinations in the total number of examinations of chosen gynecologist.

The reference value for the district of Bor was 44.00% and 40.00% for the district of Zaječar. There was no significant difference between the districts of Bor and Zaječar in the share of preventive examinations on average.

5) Percentage of beneficiaries aged 25-69 covered by the targeted examination for early detection of cervical cancer.

The reference value for the district of Bor was 30.00% and 27.00% for the district of Zaječar. Approximately the same percentage of the beneficiaries were covered by the targeted examination in both districts.

6) Percentage of beneficiaries aged 45-69 referred for a mammogram by gynecologists in the last 12 months.

The reference value for the district of Bor was 12.00% and 32.00% for the district of Zaječar. A significantly higher percentage of beneficiaries in the district of Zaječar were sent to mammography.

Conclusion: You can not notice the regularity in the movement of the value of these indicators in relation to the calculated reference value in the reporting period.

Reference values for the parameters are different in the districts of Bor and Zaječar.

There is a difference in the work of selected gynecologist in the districts of Bor and Zaječar in relation to the reference values for certain indicators.

Keywords: quality indicators of chosen gynecologist, health institutions of districts of Bor and Zaječar, the reference value

ВАЛИДНОСТ ПРАЋЕЊА ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА У ПЗЗ

Марија Шаула

Дом здравља „Вождовац“, Београд, Република Србија

Увод: На основу анализе епидемиолошке ситуације и дефинисаних приоритета, започело се са организованим Националним скрининг програмима раног откривања болести, које спроводе изабрани лекари у домовима здравља. Резултати три скрининг програма (рано откривање рака дојке, грлића материце и рака дебелог црева) прате се и као део обавезног, сталног унапређења квалитета здравствене заштите, како је дефинисано Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите.

Циљ рада је да укаже на важност прикупљања и коришћења релевантних података за праћење и анализу предузетих мера.

Резултати: На примарном нивоу здравствене заштите, домови здравља од 2014. године у годишњем плану рада имају и услуге организованог скрининга, у службама за здравствену заштиту жена и здравствену заштиту одраслог становништва. Добне групе жена у планским табелама за скрининг за рак дојке су од 50 – 69 година, за рак грлића материце од 25 – 65 година и одраслог становништва за рак дебелог црева од 50 – 74 године. У Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите дефинисане су добне групе за рак дојке од 50 – 65 година, за рак грлића материце од 25 – 69 година и за рак дебелог црева старији од 50 година, које се користе у табелама за праћење квалитета. Разлика у добним групама за које се прикупљају подаци и прати исход предузетих мера евидентна је.

Закључак: Спровођењем скрининга повећава се обухват становништва превентивним прегледима, што треба да допринесе унапређењу здравственог стања. Јавно здравље прати и мери исходе предузетих мера за унапређење здравља, као и унапређење квалитета здравствене заштите. Квалитет се такође упоређује и унапређује, што нам омогућује да пратимо колико добро спроводимо планиране активности. Међутим, показатељи квалитета у различитим табелама обухватају различите добне групе, а није обезбеђено ни стандардизовано добијање извештаја. Постојећи информациони систем има програм за праћење квалитета, али даје извештаје који нису валидни. Да би се обезбедило адекватно функционисање система јавног здравља, неопходна је подршка интегрисаног, квалитетног, контролисаног информационог система.

Кључне речи: скрининг, квалитет, јавно здравље.

VALIDITY MONITORING OF QUALITY IN PHC

Marija Šaula

Health Care Centre "Voždovac", Belgrade, Republic of Serbia

Introduction: On the basis of the epidemiological situation and defined priorities, work has begun on an organized national screening programs for early detection of diseases, which are implemented by elected doctors in health centers. The results of these screening programs (breast cancer early detection, cervical and colon cancer) are monitored as part of the compulsory, continuous quality improvement of health care, as defined in the Regulations on indicators of health care quality.

The aim is to highlight the importance of collecting and using relevant data for monitoring and analysis of the measures taken.

Results: In the primary health care level, Health Care Centre of 2014 in the annual work plan have the services of organized screening in health care services for women and health protection of the adult population. Age groups of women in the planning tables for screening for breast cancer are from 50 - 69 years for cervical cancer by 25 - 65 years and the adult population for colon cancer from 50 - 74 years. In the Ordinance on indicators of health care quality are defined age group for breast cancer from 50 - 65 years for cervical cancer from 25 to 69 years and for colon cancer over 50 years, which are used in the tables for monitoring quality. The difference in the age groups for which data is collected and monitored the outcome of the measures taken is evident.

Conclusion: The implementation of screening increases the coverage of the population with preventive examinations, which should contribute to improving health. Public health monitor and measure the outcomes of the measures taken to improve the health and improving the quality of health care. Quality also compares and improved, which allows us to keep track of how well you carry out planned activities. However, indicators of quality in the various tables include different age groups, and not been offered standardized obtaining the report. Existing information system has a program for monitoring the quality, but the resulting reports are not valid. To ensure the proper functioning of the system of public health, the support of an integrated, high-quality, controlled information systems is necessary.

Key words: screening, quality and public health.

ВАНРЕДНА ПРОВЕРА КВАЛИТЕТА СТРУЧНОГ РАДА У СЛУЖБИ ЈАЧАЊА ОДГОВОРНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Весна Хорозовић, Надежда Михно, Наташа Јаћовић Кнежевић, Ана Вукша, Снежана Димитријевић

Институт за јавно здравље Србије „Милан Јовановић Батут”, Београд, Србија

Увод

Провера квалитета стручног рада здравствених радника укључује оцену садржаја и искоришћености кадровских и материјално-техничких ресурса у здравственим установама, упознавање са процесом пружања здравствене заштите конкретним пацијентима, бележење и анализу показатеља квалитета, идентификацију и образложење пропуста, лекарских грешака и других фактора који су својим негативним ефектима имали утицај на смањење квалитета и ефикасности здравствене заштите. Она такође укључује и предлоге мера министарству здравља и самој здравственој установи, односно запосленима, које су усмерене на подизање квалитета пружених услуга и спречавање нежељених догађаја.

Циљ и метод рада:

Анализа спроведених ванредних провера квалитета стручног рада у здравственим установама од 2011 до 2014. године.

Резултати и дискусија:

Од 2011, када их је било 61, број ванредних провера квалитета се константно повећава. У 2014. је њихов број био 114. У овом периоду највише ванредних провера квалитета стручног рада било је у општим болницама – 124, затим у клиничким центрима – 93, институтима 46, домовима здравља – 41 и у приватним здравственим установама – 21. Највише се ванредних провера квалитета стручног рада спроводило на одељењима гинекологије и акушерства, затим у кардиоваскуларној и општој хирургији, и ургентним центрима и службама. Мање их је било на ортопедији кардиологији и педијатрији, док су на осталим одељењима провере биле ретке. За ове четири године у две болнице ванредна проверка квалитета рада се обављала по 7 пута, у четири болнице по 6 пута у три болнице по пет пута, у три болнице по 4 пута и у пет болница по два пута. Осим у општим болницама, најчешће су провере одређиване у клиничким центрима и то у просеку по 20 годишње, а најчешће у ургентним центрима, затим у гинеколошко-акушерским и хируршким клиникама.

У највећем делу свих ванредних провера квалитета, вођење медицинске документације је било неадекватно и као такво није могло да послужи као доказ испоштоване процедуре у процесу лечења, чак и у случајевима кад је она била у потпуности испоштована. Објективни разлози грешки у медицинској пракси и следствених нежељених догађаја, са последицама по пацијента, као такви били су разлог за доношење решења о ванредним проверама. Лекарске и друге грешке, које су се десиле због непажње или недовољног искуства или знања биле су: неузимање анамнезе и површан преглед пацијента, неадекватна процена лабораторијских налаза, неопрезно вршење медицинских операција и процедура, неадекватна постоперативна и друга нега и опсервација пацијента, неорганизованост особља здравствене установе.

Закључак:

Како се здравствени радници свакодневно сусрећу с питањима доношења правих одлука о здрављу и болести, животу и смрти, излажу се ризику исправног одлучивања и поступања. Ипак, неке грешке се могу спречити указивањем на избегавање оних поступака који до грешака доведле, а које су утврђене у процесу провере квалитета.

Кључне речи:

ванредна провера, квалитет, лекарска грешка

CLINICAL AUDIT – A TOOL FOR STRENGTHENING LIABILITY OF HEALTH EMPLOYEES

Vesna Horozović, Nadežda Mihno, Nataša Jačović Knežević, Ana Vukša, Snežana Dimitrijević
Institut za javno zdravlje Srbije „Milan Jovanović Batut”, Beograd, Srbija

Introduction:

Clinical audit includes evaluating the content and utilization of human, material and technical resources in health care facilities; getting acquainted with the process of providing health care to specific patients; recording and analyzing quality indicators; identification and explanation of failure, medical errors and other factors that have reduced the quality and efficiency of health care with their negative effects. It also includes proposals for improvement of quality of service and prevention of adverse events to the Ministry of Health and to the health care institutions.

Objective and method:

Analyzing of clinical audits in health care institutions in the period from 2011 to 2014.

Results and discussion:

The numbers of extraordinary clinical audits have been constantly increasing since 2011, when the number was 61. In 2014. there were 114. In this period, the largest number of extraordinary audits was in general hospitals –124, then in clinical centers – 93, in institutes – 46, in primary health care facilities – 41 and in private health care facilities – 21. Most clinical audits are provided in gynecology and obstetrics departments, then in cardiovascular and general surgery and in emergency departments. Less numbers of audits were in orthopedics, cardiologic and pediatrics departments. In other departments extraordinary clinical audits were rare.

For these four years in two hospitals extraordinary audit was performed 7 times per hospital, in four hospitals audit was performed 6 times per hospital, in three hospitals audit was performed 5 per hospital, in other three hospitals audit was performed 4 times per hospital and in 5 hospitals – two times. Except general hospitals, audits were usually provided in clinical centers at an average

number of 20 per year, most often in emergency rooms, then in gynecology and obstetrics and surgical departments.

Fulfilling the medical documentation was inappropriate in most cases. This inappropriate documentation could not be used as evidence of implemented procedures in a healing process. Audits are ordered by MOH due objective reasons of medical errors which had consequences for the patient. Medical errors due to inattention, inexperience or ignorance were: inadequate patient interview and superficial examination, inattention evaluation of laboratory findings, careless surgical procedures inadequate post-operative and other care and observation of the patient, the disorganization of the staff in institution.

Conclusion:

Health workers are faced with the issues of making the right decisions about health and disease, life and death and risks of making right decisions and actions. However, some errors can be prevented by avoiding those procedures that have led to faults, which were identified in the audit process.

Key words: Clinical audit, medical error

УНАПРЕЂЕЊЕ РЕГИСТРОВАЊА ОБОЛЕЛИХ ОД DIABETES MELLITUSA У ДОМУ ЗДРАВЉА „НОВИ САД“

Биљана Петровић, Дом здравља „Нови Сад“, Нови Сад, Република Србија

Увод: Свеобухватна и правилна регистрација дијабетеса у домовима здравља је основа за постојање потпуног и операбилног Регистра за дијабетес у Србији. Сазнање о тачном броју новооболелих и оболелих од дијабетеса је неопходан за креирање здравствене политике у смеру превенције и унапређења лечења оболелих од дијабетеса. Како не би дошло до субрегистрације новооболелих потребно је континуирано пратити динамику пријављивања, а увођењем електронског медицинског картона, праћење и сама евалуација је подигнута на виши ниво квалитета у односу на период кад није постојала таква пракса.

Метод рада: Истраживање је спроведено упоредном анализом броја пријава оболелих од дијабетеса у периоду од 2009. до 2014. година у Дому здравља “Нови Сад”.

У раду су коришћене методе дескриптивне статистике: апсолутни бројеви, мере централне тенденције, табеле фреквенција, релативни бројеви - временско- динамски индекси (базни и ланчани) као и анализа варијације временских серија – тренд као развојна тенденција појаве.

Резултати: У периоду од 2009. до 2014. године постоји тренд раста пријављивања оболелих од шећерне болести. За 2009. годину у Дому здравља “Нови Сад” је пријављено 614, а за 2014. годину 1025 оболелих од diabetes melitusa. Просечан број пријава по лекару се повећао са око 3 пријаве (2009. године) на 6 пријава (2014. године). Број пријава које према Институту за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић – Батут” недостају за одговарајућу календарску годину у односу на процењени број за територију коју покрива Дом здравља “Нови Сад” је значајно смањен са око 300 (2009. године) на свега 8 пријава (2013. године). У 2014. години број пријава је био чак и већи за 6% у односу на поменуту процену Института за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић – Батут”.

Дискусија: Пријављивање оболелих од дијабетеса, као обавезујућа активност лекара у вођењу медицинске документације, је одувек била изазов за унапређење. Информатизација медицинске документације доприноси њеном успешном вођењу, олакшавајући лекарима свакодневну администрацију клиничког рада. Електронски медицински картон у једном свом сегменту активно подржава пријављивање оболелих од дијабетеса и то упозоравајућом поруком за пријављивање кад се региструје дијагноза дијабетеса у реалном времену као и самом електронском пријавом.

Закључак: Свеобухватном покривеношћу електронским медицинским картоном у Дому здравља “Нови Сад” постигло се апсолутно пријављивање пацијената са дијагнозом дијабетеса, што је велики успех у односу на предходни период када такав систем није постојао.

Кључне речи: Diabetes mellitus, регистрација дијабетеса, здравствени информациони систем, регистар дијабетеса, електронски медицински картон.

IMPROVING THE REGISTRATION OF DIABETIC PATIENTS IN THE HEALTH CENTER "NOVI SAD"

Biljana Petrovic, Health Center "Novi Sad", Novi Sad, Serbia

Introduction: Comprehensive and proper registration of diabetes in community health is the basis for the existence of a complete and operable Registry diabetes in Serbia. Knowledge of the exact number of new patients and patients with diabetes is essential to create a health policy in the direction of prevention and improving treatment of patients with diabetes. How to avoid insufficient registration of patients it is necessary to continuously monitor the dynamics of reporting and the adoption of electronic medical records, monitoring and evaluation itself is raised to a higher level of quality in relation to the period when there was no such practice.

Methods: The survey was conducted comparative analysis of the number of population affected by diabetes in the period from 2009 to 2014 at the Health Center "Novi Sad". There were used methods of descriptive statistics: absolute numbers, measures of central tendency, frequency tables, the relative numbers - the time-dynamically indexes (base and chain) as well as the analysis of time series variation - trend as development tendencies appear.

The most important results: In the period from 2009 to 2014 showed an upward trend registering with diabetes. For the year 2009 at the Health "Novi Sad" is a registered 614, and for 2014, 1025 patients with diabetes mellitus. The average number of applications per doctor increased from about 3 application (2009) to 6 applications (2014). The number of reports that according to the Institute for Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic - Batut" lack of appropriate calendar year compared to the estimated number for the territory covered by the Health Center "Novi Sad" is significantly reduced from about 300 (2009) on all 8 date (2013). In 2014, the number of applications was even higher by 6% in respect of the assessment of the Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic - Batut.

Discussion: Registering with diabetes, as well as binding activity of doctors in the management of medical records, has always been a challenge for promotion. Computerization of medical records contributes to its successful management, making it easier for doctors administer daily clinical work. Electronic Medicinski card in one of its segments actively supports the reporting of patients suffering from diabetes, a warning message for the login when registering the diagnosis of diabetes in real time as well as the electronic application.

Conclusion: Comprehensive coverage of electronic medical records at the Health Center "Novi Sad" achieve absolutely login patients diagnosed with diabetes, which is a great success compared to the previous period when such a system did not exist.

Key words: Diabetes mellitus, diabetes registration, health information system, registry of diabetes, electronic Medicinski record.

ИЗАЗОВИ У ПРОЦЕСУ АКРЕДИТАЦИЈЕ У ОПШТОЈ БОЛНИЦИ ВРШАЦ

Невенка Ковачевић, Градски завод за јавно здравље Београд, Србија

Увод: Акредитација је поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе, на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада здравствене установе у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине. Изазови су многобројни за све учеснике у процесу акредитације, како за саму установу тако и за остале релевантне институције и тела (осниваче, Управни одбор, изворе финансирања).

Циљ рада: 1. Идентификација постојећих проблема у процесу акредитације Опште болнице Вршац ; 2. Дефинисање предлога за унапређење процеса акредитације

Метод рада: Дескриптивно – аналитички метод

Резултати: Општа болница Вршац је јединствен ентитет, са својом традицијом, историјом, позицијом и многојезичношћу, те је било неопходно успоставити одговарајући модел процене са компетентним сарадницима и оцењивачима, што је био изазов за Агенцију за акредитацију здравствених установа Србије. Подршка руководства болнице иницијативи за увођење акредитације је повећала њихову одговорност у процесу интеграције стандарда акредитације у структуру и функцију организације. Подизање мотивације запослених, њиховог степена знања и перцепције процеса акредитације је био почетни изазов за стручне сараднике Агенције, руководство болнице, координатора за акредитацију и вође тимова за самооцењивање. Изазови у постављању и „мерењу“ стандарда су најчешће били техничке природе. Израда одговарајућих процедура, упутстава и протокола је представљала велики стручни изазов; израда стратешких докумената менаџерски изазов, а од посебног значаја је била улога Комисије за унапређење квалитета рада у поступку доношења нових и ревизији старих процедура, упутстава и протокола рада. Као резултат уласка у процес акредитације, остварен је помак у извршавању налога, поштовању закона и прописа у области здравства. Унапређење стандарда структуре болнице је повећало потрошњу финансијских средстава, што је представљало велико оптерећење за установу. Проблеми у коришћењу информационах технологија и неразвијен информациона систем болнице су значајно отежали рад тимова за самооцењивање у процесу акредитације. Употреба укупног бројчаног резултата као основа за акредитацију болнице може да маскира одређене области са потенцијално озбиљним недостацима, што представља нови изазов у процесу реакредитације болнице.

Закључак: Процес акредитације Опште болнице Вршац представља инструмент за побољшање квалитета рада и прилику за реинжењеринг пословног процеса и процедура у раду болнице. Постојање организационих, финансијских и кадровских проблема захтева улагање великог напора руководства и свих запослених за побољшање перформанси болнице.

Кључне речи: акредитација, болница, стандарди, квалитет, самооцењивање.

CHALLENGES IN THE PROCESS OF ACCREDITATION IN GENERAL HOSPITAL VRŠAC

Nevenka Kovačević, Institute of public health of Belgrade, Serbia

Introduction: Accreditation is a process of evaluating of the quality of health care institutions, based on the application of the optimal level of established standards of health institutions in a particular field of health care or medicine's branch. Many challenges are in front of the participants in the process of accreditation, both for the institution and for other relevant institutions and bodies (the founders, the Board, funding sources).

Aims: 1. Identification of existing problems in the process of accreditation of the General Hospital Vršac; 2. Defining proposals for improving the process of accreditation

Method: Descriptive - analytical method

Results: General Hospital in Vršac is an unique entity, with their tradition, history, position and multilingualism, and it was necessary to establish an appropriate valuation model with skilled employees and assessors, which was a challenge for the Agency for Accreditation of Health Care Institutions of Serbia. Support for hospital management initiative for the introduction of accreditation has been increased their responsibility in the process of integration of standards regarding accreditation in the structure and function of the organization. Raising the motivation of employees, their level of knowledge and perception of the accreditation process was the initial challenge for associates Agency, the hospital management, Coordinator for Accreditation and team leaders for self-assessment. The challenges in setting and "measurement" standards were basely technical. Development of appropriate procedures, guidelines and protocols represented a major technical challenge; development of strategic documents managerial challenge. Particular importance was the role of the Commission for improving the quality of work in the process of adoption of new and old audit procedures, guidelines and protocols work. As a result of entering the accreditation process, progress has been made in the execution of the orders; also respecting the laws and regulations in the field of health. Improving the standard structure of hospitals has increased spending of funds, which was a big burden on the institution. Problems in the use of information technology and in relationship with underdeveloped information system hospitals have made it difficulties for team works for self assessment in the process of accreditation. Using the total numerical results as the basis for the accreditation of hospitals may mask certain areas with potentially serious shortcomings, which represents a new challenge in the process of re-accreditation of the hospital.

Conclusion: The process of accreditation in General Hospital Vršac is an instrument for improving the quality of work and the opportunity for re-engineering business processes and procedures in the work of the hospital. The existence of organizational, financial and personnel problems requires a huge investment of management's effort, as well as all employees, to improve the performance of the hospital.

Keywords: accreditation, hospital, standards, quality, self-assessment.

ПРАЋЕЊЕ КВАЛИТЕТА И ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА РАДА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ, ШТА ДАЉЕ?

Кнежевић Велимир
Општа болница Ужице

Квалитет здравствене заштите се у Републици Србији прати десетак година. Првих година су се пратили само показатељи квалитета рада а последњих седам година се прате и задовољство запослених и пацијената. И поред подршке и ангажовања доносиоца одлука у систему здравствене заштите, ентузијазма свих здравствених професионалаца, неопходна је евалуација праћења квалитета здравствене заштите. Оваквом евалуацијом евидентирали би најважније проблеме система здравствене заштите. Евидентан је проблем хиперпродукције и квалитета едукације менаџера за здравствене установе. Постоје бројни проблеми у едукацији ових кадрова посебно на приватним факултетима. Постоји и проблем стварне компетентности кадрова за послове за које су се едуковали. Недовољно се користе показатељи здравственог стања. У раду је примењена мета анализа вишегодишњих извештаја о квалитету рада здравствених установа у Србији. Извршена је и анализа ранг листе европских земаља по показатељима квалитета рада здравствених установа. Резултати, дискусија и закључак указују на проблем валидности показатеља квалитета рада и њихово недовољно коришћење од стране менаџмента здравствених установа.

Кључне речи: хиперпродукција, менаџери, квалитет здравствене заштите

МОДЕЛ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ, КУДА ДАЉЕ

Кнежевић Велимир

Општа болница Ужице

Циљ овога рад је да кроз једну упоредну мета анализу модела финансирања система здравствене заштите земаља бивше Југославије, Балкана и ЕУ сагледа модусе и алтернативне излазе из евидентног проблема макроекономске пројекције фискалне политике Србије и то посебно њене приходовне стране. Појам здравствене заштите обухвата организовану и свеобухватну делатност друштва у циљу очувања здравља грађана. Поред здравствених услуга, овај појам укључује и подручје управљања и финансирања у свим сегментима друштва који су значајни за социјалну сигурност и заштиту становништва. Здравствено осигурање представља посебан облик друштвене организованости при којој се пацијенти осигуравају од ризика оболевања и повређивања, посредством установа здравственог осигурања, које преузима тај ризик на себе надокнађујући штету осигуранику у случају одштетног захтева. Зачетке модела обавезног здравственог осигурања у форми која је присутна и данас, поставио је Бизмарков систем социјалног осигурања. Он почиња на доприносима које у „болесничке касе“ уплаћују запослени и послодавци. После Другог светског рата у Енглеској се успоставља Беверицов модел или систем националне здравствене заштите који почиња на обавезном здравственом осигурању финансираном из државног буџета на основу пореза. У земљама са социјалистичким друштвеним поретком развијен је Семашков модел социјалистичког здравственог осигурања као пандан Беверицовом моделу, само са идеолошком разликом. У раду су у најзначајнијим елементима приказани наведени системи здравственог осигурања. Суштина савременог концепта здравствене осигурања у Европи је у уважавању принципа солидарности. Овај принцип представља основни постулат у афирмацији демократије и економске развијености друштва. Направићемо и осврт на приватноздравствено осигурање у САД. За овај систем важи да, иако је најскупљи и често омогућује висок стандард здравствених услуга, не обухвата принцип солидарности. Издвајање за здравство у земљама ОЕЦД достигло 2010. године - 3.268 долара по становнику, док је у Србији износило 250 евра годишње по становнику. Истовремено, земље у региону издвајају четири пута више од нас. Удео БДП у издвајању за здравство је највеће у САД - 17,6 одсто, у Холандији 12 одсто, у Немачкој и Француска - 11,6 одсто, а у Србији - 6,3 одсто. БДП Холандије износи 680 милијарди евра, док се БДП Србије приказује на 32 милијарди евра, а помиње се да реално износи 17 милијарди евра. Резултати, дискусија и закључак иду у прилог томе да макроекономска пројекција фискалне политике тј. њене и приходовне и расходовне стране у Србији се значајно разликује од земаља Европске уније. Само ослањање фискалне политике на ПДВ и на порез на доходак тера стране инвеститоре а здравствени буџет без акциза на дуван и алкохол је празан.

Кључне речи: модел финансирања, фискална политика, акциза на дуван, алкохол, систем ПДВ-а

STVARANJE I ZADRŽAVANJE RADNE SNAGE U SEKTORU ZDRAVSTVA

Iskustva evropskih zemalja – Prezentacija studije

Tatjana Dmitrović¹, Jasmina Savić-Joksimović¹, Mirjana Marjanović-Rizović¹, Dragomir Vlatković¹

¹Klinički centar Srbije, Beograd, Republika Srbija

EHMA (European Health Management Assotiation) је организација која има за циљ да изгради капацитете и подигне ниво квалитета здравственог менаџмента у Европи.

Има 170 чланова у више од 30 земаља у региону Светске здравствене организације а и шире. Чланство је шаролико, од болница до универзитета, од министарстава здравља до пружаоца примарне здравствене заштите, од школа за менаџмент до консултатских агенција.

EHMA је отворена за сарадњу за све организације или појединце који су посвећени унапређењу здравља и здравствене заштите подизањем стандарда у области здравственог менаџмента.

Финансира се од чланарине, прихода који се остварују кроз пројекте, спонзорства, приходима од организације симпозијума, семинара и сл. Регистрована је као добротворна организација према ирским и белгијским законима.

У јулу 2015. одржана је конференција на којој је представљена студија „Регрутовање и задржавање здравствених радника у Европи“.

Изучавајући Завршни резиме, студију у пуном облику као и предложену додатну литературу изабране су и презентоване чињенице које могу да дају још једно виђење на проблем одлива здравствених кадрова у Србији и дају смернице у циљу постизања добре обезбеђености здравственим радницима у наредном периоду.

Након тендера спроведеног од стране Европске комисије (ЕАНС/2013/Health/08), ЕХМА је водила стручну групу која је спровела студију чији је циљ био да идентификује и анализира ефективне стратегије за регрутовање и задржавање здравствених професионалаца у Европи.

Студија препознаје запошљавање и задржавање здравствених радника као непосредан проблем који треба хитно решити. Као заинтересоване стране наводе се креатори здравствене политике, здравствени менаџери и здравствени радници. Студија идентификује низ фактора од посебног значаја који би могли да помогну владама и здравственим организацијама да привуку и задрже здравствене раднике.

Многе земље ЕУ су пријавиле проблеме у вези одлива здравствених радника. Посебан изазов представља успостављање равнотеже између правог броја здравственог особља које поседује одговарајуће вештине и доступности здравствене заштите у удаљеним областима и задовољавања здравствених потреба становништва.

Детаљна студија је имала 8 дефинисаних тема:

1. Учинити рад у здравственој заштити привлачнима за младе људе
2. Мотивисати и задржати лекаре опште праксе да раде у руралним областима
3. Обезбедити здравственим радницима обуку, образовање и могућности за истраживања током целог радног века
4. Унапређење рада сестринске службе
5. Обезбеђење доброг радног окружења унапређењем радне аутономије
6. Учинити болнице добрим и привлачним местом за рад увођењем програма „болница – пријатељ породице“ („family friendly“)
7. Омогућити повратак у праксу здравственим радницима који су имали дужи прекид у раду
8. Обезбедити адекватно радно окружење старијим радницима

Недостатак здравствених радника указује на слабост здравствених система и представља ризик за пацијенте. Посао у области пружања здравствене заштите може се учинити недовољно привлачним услед недовољне подршке, лошег управљања и слабих могућности за континуирани професионални развој тако да особље почиње да верује да није у стању да пружи квалитетну здравствену заштиту.

Студија јасно указује да је неопходан флексибилан оквир здравствене политике подржан од стране укупне политике земље.

Решавање овог проблема захтева брзе и ефикасне акције и планирање на дуге стазе.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: здравствени радници, запошљавање и задржавање, интервенције, мотивација, мултидисциплинарни приступ

EHMA is a membership organization that aims to build the capacity and raise the quality of health management in Europe.

It has 170 members across more than 30 countries in the WHO region and beyond. Members range from hospitals to universities, from ministries of health to primary care providers, from management education schools to consultancies.

EHMA membership is open to all organizations or individuals committed to improving health and healthcare in Europe by raising standards of health management.

EHMA is funded through membership fees, project income, sponsorship and event income. We are registered as a charity under Irish and Belgian law.

In July 2015 a conference was held to present the study “The recruitment and retention of health workers in Europe”.

After referring to the final summary, the study in its entirety and the proposed supplementary materials, the facts that can give another view of the problem of outflow of health personnel in Serbia were selected and presented, in order to provide guidance and secure good provision to health professionals in the future.

Following the tender conducted by the European Commission (EAHC / 2013 / Health / 08), EHMA led expert group conducted a study whose objective was to identify and analyze effective strategies for recruitment and retention of health professionals in Europe.

The study recognizes the recruitment and retention of health workers as an immediate problem to be urgently resolved. The stated stakeholders are health policy makers, health managers and health workers. The study identifies a number of factors of particular relevance that could help governments and health organizations to attract and retain health workers.

Many EU countries have reported problems with the brain drain of health workers. A particular challenge is establishing a balance between the right number of health personnel with adequate skills, the access to health care in remote areas and meeting the health needs of the population.

Eight topics selected for in-depth study were:

1. Attracting young people to healthcare
2. Attracting and retaining GPs to strengthen primary care in underserved areas
3. Providing training, education and research opportunities for a life-long career
4. Attracting nurses through the extension of practice and development of advanced roles
5. Providing good working environments through professional autonomy and worker participation
6. Making the hospital workplace more attractive by improving family-friendly practices
7. Return to practice for healthcare professionals
8. Providing supportive working environments for the ageing workforce

Lack of health care workers points to the weakness of health systems and poses a risk to patients.

Work in the area of health care delivery can seem insufficiently attractive due to lack of support, poor management and weak opportunities for continuing professional development so that staff are led to believe that they are unable to provide quality health care.

The study clearly indicates that the necessary flexible framework of health policy requires the support of a country's overall policy. Solving this problem requires prompt and effective action and long-term planning.

KEY WORDS: health workers, recruitment and retention, interventions, motivation, multidisciplinary approach.

УВОД

Потреба за здравственим услугама у Европи расте јер стари и популација уопште и запослени у здравству. Проблем појачавају миграције здравствених радника на релацијама исток-запад и југ-север. Према званичним проценама, до краја деценије ЕУ ће недостајати милион здравствених радника.

Перспективе, посебно за земље са запада и севера Европе, нису светле због двоструког изазова старења: грађана и радника у здравству. Зато ће се раст тражње за здравственом негом поклопити са већим бројем пензионисања запослених у здравству а последица ће бити мањак здравствених радника.

Европска комисија процењује да ће Европској унији до 2020. године недостајати милион здравствених радника а експерти кажу да јаз између расположивих радника и пројектованог раста потреба за здравственим услугама неће бити могуће покрити без одговарајућих политика.

Повећање потреба за здравственим радницима за резултат има оштрију конкуренцију унутар ЕУ. До сада су чланице са запада и севера Уније биле у стању да поуне мањак, барем делом, привлачењем здравствених радника са истока и југа Европе.

Поред тога, чак се и земље које су традиционално "примаоци" здравствених радника миграната боре са "одливом мозга" радника у здравству. Као пример се наводи Аустрија где 60% оних који су завршили медицину 2013. раде као лекари у тој земљи. Многи су, међутим, остишли у иностранство и у 2013. години је само у Немачкој радило око 2.700 аустријских лекара.

Мотива за одлазак здравствених радника на рад у иностранство је више. Стручњаци кажу да је очекивање већег прихода један мотив, али не и једини. Ризично је, како истичу, поједностављивати мотиве појединаца али су лоше или релативно лоше могућности у својој земљи уобичајено подстрек да се из ње оде.

Међу другим важним мотивима за одлазак здравствених радника у другу земљу на рад су могућности за успешнију каријеру, боље образовање за децу или политичка стабилност у изабраној земљи.

Циљ овог рада је да се већи број колега упозна са проблемом који је заједнички и нама и ЕУ као и начинима на који земље ЕУ покушавају да реше проблем.

Прави број здравствених радника на правом месту је потреба свих нас. Свако је пацијент у неком тренутку свог живота. Пацијенти заслужују доступност квалитетног здравственог система са добро квалификованим здравственим радницима. Исто тако, здравствени радници заслужују да раде у добром окружењу и условима и да их има онолико колико је потребно да би могли да пруже сигурну и квалитетну здравствену заштиту.

ЕХМА, Европска асоцијација за здравствени менаџмент је предводила стручну групу која је спровела студију чији је циљ био да идентификује и анализира ефективне стратегије за регрутовање и задржавање здравствених професионалаца у Европи.

У овом раду је представљена студија, резултати до којих је дошла и препоруке које су предложили европски стручњаци из области јавног здравља.

Циљ ове студије је да идентификује и анализира ефикасне стратегије за запошљавање и задржавање здравствених радника, првенствено лекара и медицинских сестара, да одреди смернице за развој здравствених политика, организационих стратегија и политика развоја људских ресурса у земљама ЕУ и ЕФТА-е. Такође, нуди низ примера студија случаја из

европских земаља са примерима који наглашавају који су то кључни фактори за подршку приликом запошљавања и задржавања здравственог особља у систему.

Послодавци и јавни сектор једне земље имају значајне економске трошкове када долази до осипања и емиграције здравствених професионалаца. Стварањем услова за задржавање запослених и послодавци и држава смањују ове трошкове. Велика флукуација кадра смањује доступност и континуитет здравствене заштите јер представља препреку стварању стабилних тимова који пружају здравствене услуге и то представља негативан утицај за све.

С друге стране, побољшан приступ здравственој заштити може да повећа потражњу за услугама и тако повећа здравствену потрошњу.

Студија је показала да је ово инвестиција која се исплати у смислу смањења трошкова, укључујући и губитак радне снаге. Не радити ништа по том питању може да има значајне трошкове у смислу незадовољених потреба и лошијих здравствених исхода.

Студија се састојала од прегледа доказа ефикасних мера у циљу повећања заинтересованости за рад у сектору здравства и осам студија случаја са темом “Како регрутовати и задржати професионалце у здравственом сектору”.

Резултати истраживања доприносе сазнању да треба примењивати примере добре праксе као и томе да креатори политике треба да прихвате помоћ у идентификацији могућих решења проблема људских ресурса у здравственом сектору.

У истраживање су били укључени здравствени професионалци из сваке од земаља ЕУ и ЕФТА као и три неевропске земље, Аустралије, Бразила и Јужне Африке. Одабрани су зато што се зна да су развили иницијативе за решавање овог проблема и да имају много драгоценог искуства на овом пољу.

Обимним прегледом литературе и достигнућа, изабрано је 8 тема за студије случаја. За сваку тему било је укључено више случајева из више земаља. Истраживање студија случаја нуди увид у то како су различите земље развијале и имплементирале различите интервенције у циљу решавања људских ресурса у здравству и под којим условима. Такође, дају увид и у различите чиниоце који имају утицаја као и на које су све препреке и на којим нивоима наилазиле владе различитих земаља.

Земље из којих здравствени радници одлазе да раде у иностранству треба да утврде зашто им људи одлазе и шта их привлачи у земљи коју изаберу.

Иако земље из којих се одлази неће увек моћи да конкуришу земљама у које се иде, односно неће моћи да понуде здравственим радницима исте плате, оне могу да унапреде укупне услове и тиме подстакну раднике да остану.

МЕТОД РАДА

Увид у доступну литературу извршен је прегледом електронског извештаја ЕНМА-е на тему „Регрутовање и задржавање здравствених радника у Европи“ („Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe”). Изабране су и презентоване оне чињенице које су примерене за овај тип стручног рада.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Студије случаја су рађене како би попуниле празнине у знању о томе које интервенције треба спроводити свакодневно и у ком облику да би дале жељене резултате. Студије случаја је требало да садрже иновативне интервенције као и да опишу услове у којима би оне биле применљиве и преносиве. Иновативне не значи нужно и нове већ оне интервенције које се не примењују у довољној мери или које се користе у другим секторима а применљиве су за здравствени сектор. У сваком случају, контекст никада не треба испустити из вида. Старење радне снаге и популације уопште представљају изазове који захтевају посебну пажњу.

У обликовању студија предложена је перспектива појединца која прати животни век професионалца: почевши од образовања и обуке, првог посла, специјализације, стажа, све до одласка у пензију. Подаци су прикупљани анкетама на терену, телефонским анкетама или интервјуима путем електронске поште.

Детаљна студија је имала 8 студија случаја са дефинисаним темама:

1. Учинити рад у здравственој заштити привлачнима за младе људе
2. Мотивисати и задржати лекаре опште праксе да раде у руралним областима
3. Обезбедити здравственим радницима обуку, образовање и могућности за истраживања током целог радног века
4. Унапређење рада сестринске службе
5. Обезбеђење доброг радног окружења унапређењем радне аутономије
6. Учинити болнице добрим и привлачним местом за рад увођењем програма „болница – пријатељ породице“ („фамилу фриендлу“)
7. Омогућити повратак у праксу здравственим радницима који су имали дужи прекид у раду
8. Обезбедити адекватно радно окружење старијим радницима

Уочено је да су хитне службе популарније код млађих стручњака али ове услуге се чешће пружају у специјализованим болницама. Констатовано је да су проблеми са запошљавањем младих професионалаца у удаљеним областима већ добро документовани.

Нпр. млади професионалци који су се прикључили Медицинској школи у Единбургу која је и једна од најбољих медицинских школа у Великој Британији су, по сопственој изјави, били снажно мотивисани квалитетом живота који нуди Единбург (јефтинији је од Лондона и јако лепо место за живот).

Шкотска је установила друштвено-одговорно запошљавање у здравственом сектору. Отварана су нова радна места у областима која су лишена радних места и где је била повећана незапосленост. Установљена је сарадња са универзитетима и омогућено делимично студирање за звање регистроване сестре/неговатељице. Узели су у обзир потребу за негом у домовима за старе и у примарној здравственој заштити.

Акцентат је стављен на оне стратегије које покривају професионални развој запослених, заштиту на раду и побољшање статуса примарне здравствене заштите.

Контексти ових стратегија укључују и ниво интервенције (организациони, национална/регионална здравствена политика) као и то да ли је земља извор радне снаге или дестинација.

Препоруке које проистичу треба да буду у реалном временском оквиру, у оквиру реалних финансијских могућности и политички прихватљиве.

За све стратегије у овој области је неопходно да буду подржане од стране здравствених радника као и да су могућности које оне пружају поткрепљене доказима.

Уочено је да највећи број интервенција, упркос великим разликама између појединих земаља, произашао из сличних мотивација и циљева:

- Већ присутан или прогнозиран недостатак одређеног кадра - Углавном пријављено у земљама са вишим приходима као што су Аустралија, Аустрија, Немачка, Норвешка, Швајцарска, Велика Британија и Бразил;
- Висока стопа осипања кадра због преоријентације, ранијег пензионисања или емиграције – Углавном пријављено у земљама централне и источне Европе (Бугарска, Мађарска, Пољска, Румунија), Јужне Африке и у скорије време, у земљама које су неколико пута биле суочене са економским кризама као што су Грчка, Ирска, Португал и Шпанија;
- Све земље су пријавиле тешкоће у мотивацији и задржавању појединих специјалности;
- Такође, све земље су пријавиле дисбаланс у географској дистрибуцији здравствених радника.

Циљне групе здравствених радника су били лекари и медицинске сестре јер они чине 80% свих здравствених радника и најчешће представљају први контакт пацијента са здравственим системом.

Интервенције које би могле да помогну у решавању проблема су подељене у 5 група:

1. Образовање
2. Законска регулатива
3. Финансијски подстицаји
4. Професионална и лична подршка и
5. Остале интервенције

Међу најприменљивијим интервенцијама, код већине земаља, издваја се интервенција у области *образовања*. Оне укључују промене у структури, дужини и садржају наставних планова и програма за здравствене раднике који се одреде за рад у руралним подручјима као и програме стипендирања у замену за обавезу рада у удаљеним областима. Истиче се да морају бити праћене интервенцијама у области професионалне и личне подршке и да тек онда резултирају побољшањем радних и животних услова за здравствене професионалце и њихове породице.

Многе земље су примениле интервенције које су се фокусирале на *финансијским подстицајима*. Овај начин се нарочито примењивао у циљу мотивације кадра да ради у удаљеним, руралним областима. Међутим, финансијски подстицаји, иако атрактивни, нису

сами по себи довољни да привуку и задрже здравствене раднике. Већа плата има позитиван утицај и задовољство на самом почетку. Међутим, постоје докази да ефикасност финансијских подстицаја опада након пет година, у поређењу са другим факторима као што је позитивно радно окружење. Инсистирало се на промени статуса медицинских сестара и породичних лекара, у ревизији обима праксе и у променама управљачке структуре. Показало се да комбинација неколико ових интервенција даје добре резултате.

Интервенције везане за *професионалну и личну подршку* укључују примену телемедицине, учење на даљину и примену виртуелних мера како би се смањила изолација и омогућила консултације и сарадњу са колегама доступне у сваком тренутку. Нордијске земље, као и Чешка и Немачка пружају и породичну подршку у смислу обезбеђивања бриге о деци за запослене (организовано чување деце), флексибилно радно време, скраћено радно време и сл. Ранији одлазак у пензију може да се спречи ослобађањем старијих радника ноћног рада и рада викендом, увођењем хонорарног рада и финансијским подстицајима.

Интервенције имају, између осталог, за циљ да привлаче младе лекаре и студенте да се опредељују за „тешка“ поља рада као што су породична медицина, ургентна медицина, ментално здравље и геријатрија.

Студија је идентификовала низ успешних начина и примера добре праксе које су се примењивале у многим земљама Европе. Интересантно је то да су сви примери примењиви како за земље из којих се одлази, тако и за земље у које се одлази.

Такође је уочено да је неопходно да постоји одређена група људи, нпр. при Министарству здравља, или независна организација која прати стање и флукуације у хуманим ресурсима здравственог сектора. Јаки технички капацитети помажу да се избегну проблеми који се решавају ад хоц и да се фокусирамо на ефекте. Техничка подршка предлаже и процењује корективне интервенције које помажу у скупљању релевантних података и доношења одлука на бази доказа.

Избор праве интервенције у многоме зависи од партнерских односа и заједничких напора заинтересованих страна. Кључни изазов је да се мобилишу сви актери (економски, правни, организацијски, социолошки и културолошки) у проналажењу колективне стратегије за решавање проблема одлива и недостатка одговарајућег здравственог кадра. Међусекторска сарадња разних министарства је императив. Неке од мера спадају у надлежности здравственог сектора али неке захтевају сарадњу са другим министарствима, као што су образовање (реформе наставног плана и програма), јавна управа и финансије.

Доносиоци одлука треба да, од самог почетка, укључе све заинтересоване у разговоре и консултације јер сви знамо колико је сложен здравствени систем једне земље.

Мобилизација свих актера је неопходан услов али је потребно ангажовати и стручњаке из области људских ресурса, синдикате и удружења послодаваца и локалне власти јер се тако гради поверење и повећава вероватноћа успеха.

Сваку интервенцију треба прилагодити специфичним захтевима и условима и зато је неопходан флексибилан законски и финансијски оквир. Различите сеоске средине имају различите карактеристике. Неки су удаљени, неки остали изоловани или сиромашни, неки имају специфичне културне или етничке карактеристике. Припадници различитих народа и

народности могу имати различите друштвене, економске, демографске и епидемиолошке особености. Децентрализација помаже да се потреба за здравственим радницима прилагоди потребама становништва коме ће се услуге пружати. Увек треба јасно дефинисати проблем и установити да ли се предложено решење уклапа у контекст. Атрактиван компензациони пакет (СЗО 2010) би био: могућност професионалног развоја, сигурно и пријатељско радно окружење, разуман обим посла, равнотежа посла и приватног живота, подршка за породичне потребе (смештај, образовање деце, рад супружника и сл.). Да би дошли до најбољег решења, предлажу се радне групе састављене од релевантних представника владе, социјалних партнера и здравствених радника. Интервенције треба развити као јединствен пакет мера који укључује различите секторе као што су образовање, здравство и запошљавање.

ЗАКЉУЧАК

Одабир и имплементација одговарајуће интервенције траба да буде у складу са циљном групом (нпр. медицинске сестре приправници и старије сестре са искуством).

Корисна искуства из других области, примењива на здравствени сектор, су увек добродошла.

Треба подстицати креативно мишљење „изван кутије“ као подршку мултидисциплинарном дизајну појединих интервенција.

Процес промена који је неопходан да би се превазишао проблем здравствених радника је комплексан и у великој мери зависи од контекста. Од изузетне користи су се показале пилот-студије малих размера јер могу да пруже драгоцену искуства. Оне су као живе лабораторије које могу да обезбеде сазнања о утицају одређене интервенције на различите актере у процесу доношења организационих мера.

Треба одабрати и понудити такве интервенције које би омогућиле различитим учесницима да одаберу део који задовољава њихове потребе али тако да се осигура да сви раде у смеру постизања истог заједничког циља.

Интервенцију треба осмислити и обликовати тако да буде довољно флексибилна да може да се прилагоди локалним контекстима у одређеној земљи или чак њеном поједином делу. Увек је пожељно користити оквир добре праксе као помоћ у праћењу ефеката имплементације

Такође је неопходно и временски и суштински ускладити регулаторне оквири и оквири здравствене политике као подршку организационим променама.

Интервенције које би се примењивале у смислу мобилизације и задржавања одговарајућег кадра у систему здравствене заштите преба константно пратити и евалуирати. Само тако може да се установи шта делује а шта не и да ли су постављени циљеви постигнути.

Мониторинг и евалуација захтевају строго дефинисане циљеве и методе. Треба имати у виду да „нешто/неколико“ није број и „ускоро“ није мера за време.

Велики број мера које се примењују у смислу обезбеђења одговарајућег кадра у сектору здравства не користи експлицитно дефиницију ефикасности и не предлажу мерљиве циљеве. То је довело до недостатка расположивих доказа на основу којих се примењене интервенције могу пратити и проверавати.

Дугорочно праћење ефикасности је више него пожељно да би се уочили ефекти предложених и примењених интервенција. Потребно је формулисати конкретне циљеве и временске оквири за поједине интервенције како би се олакшало праћење и евалуација. Такође, треба успоставити дугогодишње системе мониторинга и евалуације уз примену одговарајућих индикатора (попуњеност одговарајућим кадром, индекс стабилности запослених, стопе флукуације запослених, проценат непопуњености радних места, време потребно да се замени особље, број уписаних студената и оцену задовољства послом). На овај начин може да се створи јака база података и успостави систем заснован на доказима.

Студија је идентификовала право богатство знања и инспирације у овој области које је доступно у Европи. Ипак, европска сарадња и размена знања и искустава је и даље недовољно развијена. Неопходно је подстицати учење, сарадњу и размену „добре праксе“ у мобилизацији и задржавању кадра. ЕУ би требало да инвестира у даља истраживања у овој области чак до формирања базе добре праксе како би се повећао успех у обезбеђењу адекватног кадра у области здравствене заштите. Треба активирати постојеће мреже, сарадњу и заједничке акције ЕУ како би се укључиле владе, сви друштвени партнери и сви значајни доносиоци одлука и одскочило у доношењу стратегија за обезбеђењем здравственог кадра и олакшала и ојачала међудржавна сарадња. Промовисање инструмената и сетова стандардних индикатора за мониторинг и евалуацију би омогућило и олакшало развој сопствених стратегија сваке земље.

ЛИТЕРАТУРА

1. http://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/recruitment_retention/index_en.htm
2. <http://www.ehma.org/?q=node/1811>
3. Aalborg University Hospital (2015) *Aalborg University Hospital English*. Available at: <http://www.aalborguh.rm.dk/Service/English> (accessed: 14-01-2015).
4. Flensburg Jensen, M. C., Jensen, P. H., & Friis, K. (2011) *D.4.2. National report: Denmark - Report on organizational case studies*. Available at: http://www.aspaeu.com/aspa_deliverables.htm

ПОКАЗАТЕЉИ РАДА И СТАНДАРДИ СЕКУНДАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ОКРУГА ЗАЈЕЧАР И БОР У ФУНКЦИЈИ РАВНОМЕРНИЈЕГ РАЗВОЈА КАПАЦИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ И УНАПРЕЂЕЊА ЕФИКАСНОСТИ КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РЕСУРСА

Олица Радовановић, Снежана Тошић, Јасмина Радосављевић,
Миодраг Костић, Анкица Живковић
Завод за јавно здравље „Тимок“ Зајечар

Секундарна здравствена заштита је најскупљи вид здравствене заштите, са високо специјализованим кадром, најскупљом опремом и одговарајућим просторним капацитетима, који даје највећу могућност уштеде рационалнијим и ефикаснијим радом. У циљу боље искоришћености и смањења трошкова, неопходно је дефинисање капацитета здравствене службе у односу на актуелне потребе и у складу са препознатим будућим потребама, поштовање принципа доступности и уједначеног коришћења здравствене службе, као и ниво пружених здравствених услуга усмерених ка побољшању здравља становништва. Дефинисање капацитета, праћењем кроз сагледавања показатеља рада општинских болница и стандарда је основ за корекцију унутрашње организације здравствене установе.

Циљ: Основни циљ овог рада је праћење одабраних показатеља рада секундарне здравствене заштите у циљу равнотерности развоја капацитета здравствене службе на територији округа Зајечар и Бор, као и усклађивање капацитета са актуелним потребама и будућим препознатим потребама, уз ефикасније коришћење расположивих ресурса и смањења трошкова.

Методологија: Извор података су: Извештај о организационој структури, кадровима и опремљености здравствених установа Обр.бр.3-00-60, Извештај службе за болничко-стационарно лечење Обр.бр.3-21-60, пописи становништва и важећи закони и подзаконски акти. У раду су коришћени: показатељи стања и показатељи функционисања општинских болница (показатељи обима рада) у пружању здравствене заштите становништва у периоду од 2010. до 2014.године.

Резултати: На простору округа Зајечар и округа Бор (без општине Сокобања), обезбеђеност становништва болесничким постељама је приближна прописаном броју Правилником, а стопа обезбеђености болничким постељама за краткотрајну хоспитализацију акутно оболелих и повређених на секундарном нивоу је до 3,30 само у општој болници Кладово (2,76), док је у осталим општинским болницама већа.

ОБ Кладово је установа са најзначајнијим поремећајем односа лекара специјалиста одговарајуће гране медицине у укупном броју лекара опште болнице (54,8%), а у складу са прописаним односом је само ОБ Бор (83,5%) 2014.године. У општинским болницама је усклађен број лекара специјалиста одговарајуће гране медицине са бројем опредељених постеља, са благим одступањима, а највеће одступање је у области гинекологије и акушерства, где је број извршиоца знатно мањи од прописаног у ОБ Кладово (7,50), ОБ Зајечар (7,0) и ОБ Књажевац (6,67).

Најнеповољнији показатељи рада су у педијатрији и гинекологији и акушерству, због одлика терминалне фазе друге демографске транзиције у Тимочкој крајини, односно, изражене биолошке депопулације са трендом константног смањења становника дужим од једног века. У односу на стопу обезбеђености постеља из плана мреже, број женског становништва старијег од 18 година требало би да је већи за скоро три пута, а број деце старости до 18 година за чак десет пута. Годишња заузетост педијатријских постеља је најмања у ОБ Мајданпек (61,7) са искоришћеношћу од само 18,15% и просечном заузетошћу постеља од 16,90%. Гинеколошко-акушерске постеље у ОБ Кладово 2014.године имају најмању годишњу заузетост постеља (85,47), искоришћеност постеља (25,14%) и просечну заузетост постеља (23,42%).

Закључак: Неусаглашеност са стандардима, указује на наглашену потребу континуираног праћења квалитета и ефикасности функционисања система здравствене заштите у наредном периоду, ради евентуалне корекције стандарда у складу са друштвеним развојем, кретањима популационих потенцијала простора, препознатим потребама становништва за здравственом заштитом, или усклађивања здравствених потреба са прописаним нормативима, а као основ за дефинисање циљева реформе система здравствене заштите.

Кључне речи: показатељи стања, показатељи обима рада, стандарди, округ Бор и округ Зајечар, секундарна здравствена заштита.

INDICATORS OF WORK AND STANDARDS OF THE SECONDARY HEALTH CARE IN ZAJECAR AND BOR REGION WITH THE AIM OF MORE BALANCED DEVELOPMENT OF THE HEALTH SERVICE CAPACITIES AND IMPROVEMENT OF EFFICIENCY IN USING HEALTH RESOURCES

Olica Radovanovic, Snežana Tomic, Jasmina Radosavljevic,
Miodrag Kostic, Ankica Zivkovic
Institute of Public Health "Timok" Zajecar

Secondary health care is the most expensive form of health care, with highly specialized staff, the most expensive equipment and appropriate space capacities, which provides the greatest potential for saving by more rational and efficient work. In order to exploit more and reduce costs, it is necessary to define the capacity of health services in relation to the current needs and in accordance with the identified future needs, respecting the principle of availability and a balanced use of health services, as well as the level of health care services aimed at improving the health of the population. Defining capacity, by monitoring the work indicators of general hospitals and standards, is the basis for the correction of the internal organization of the health institution.

Objective: The main objective of this study is to monitor the selected indicators of work of secondary health care in order to balance development of the capacity of health services in the territory of Zajecar and Bor, as well as the adaptability of the capacity of the current and identified future needs to more efficient use of available resources and costs reduction.

Methodology: The data sources are: The report on the organizational structure, personnel and equipment of medical institutions Form No. 3-00-60, the report of the service for hospital-patient treatment Form No. 3-21-60, censuses and other current laws and by-law acts. In the study we used: the status indicators and indicators of functioning of general hospitals (indicators of workload) in providing health care for the population in the period from 2010 to 2014.

Results: In the area of Zaječar and Bor district (without Sokobanja municipality) the supply hospital of beds is the approximate number of prescribed in the Regulations, and the rate of supply of hospital beds for short-term hospitalization of acutely ill and injured at the secondary level is up to 3.30 only in the general hospital in Kladovo (2.76), while in other general hospitals it is higher.

GH Kladovo is the institution with the most significant relationship disorder of specialists of the corresponding branch of medicine in the total number of general hospital doctors (54.8%), and in accordance with the prescribed ratio is just GH Bor (83.5%) in 2014. In general hospitals the number of specialists of the relevant field of medicine is in accordance with the number of the allocated beds, with a slight deviation, and maximum deviation is in the field of gynecology and obstetrics, where the number of doctors is significantly smaller than required in the GH Kladovo (7.50), GH Zajecar (7.0) and GH Knjazevac (6.67).

The most unfavorable work indicators are in pediatrics and gynecology and obstetrics, due to the characteristics of the terminal phase of the second demographic transition in the Timok region, more exactly the high biological depopulation with a trend of constant reduction of

inhabitants which lasts for more than a century. In relation to the rate of supply of beds prescribed in the Regulations, the number of female population older than 18 years should be increased by almost three times, and the number of children aged up to 18 years by as much as ten times. The annual occupation of pediatric beds is the smallest in the GH Majdanpek (61.7) with the exploitation of only 18.15% and average bed occupancy of 16.90%. Gynecological beds in the GH Kladovo in 2014 have the lowest annual bed occupancy (85.47), bed exploitation (25.14%) and the average bed occupancy (23.42%).

Conclusion: Non-compliance with standards, shows a pronounced need for continued monitoring of the quality and efficiency of the health care system in the future, for possible correction of standards in accordance with social development, trends of population potential of the area, identified needs of the population for health care, or the adaptability of health needs to the prescribed standards. This is a basis for defining the objectives of the reform of the health care system.

Key words: state indicators, indicators of workload, standards, the district of Bor and Zajecar district, secondary health care.

ПРОБЛЕМИ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ПРИЈЕМА ДЕЦЕ НА БОЛНИЧКО ЛЕЧЕЊЕ У УСТАНОВЕ ТЕРЦИЈАРНОГ НИВОА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Славиша Здравковић, Нина Кубуровић

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Београд, Србија

Увод: Пријем детета у болницу врши се према дефинисаним критеријумима и индикацијама. ећ и сама припрема детета за смештај у болницу и почетак лечења за многе лјуде представља трауматски догађај, а сама ситуација захтева добру организацију породице.

Метод рада: У раду се у анализира дистрибуција болесне деце прегледане у Служби за пријем болесника, специјалистичке и консултативне прегледе Педијатријске клинике Института, која нису имала унапред заказан пријем у болницу, већ су прегледана као хитни односно ургентни болесници.

Резултати рада: Анализирана је дистрибуција болесне деце прегледане у Служби за пријем болесника, специјалистичке и консултативне прегледе Педијатријске клинике Института, која нису имала унапред заказан пријем у болницу, већ су прегледана као хитни односно ургентни болесници. Запажено је да је током једног месеца прегледано 2759 оваквих болесника. Од тога 65% је прегледано у току дана (у периоду од 07х до 19х), а 35% у току ноћи (од 19х до 07х). Из домова здравља је регуларно упућено 47% прегледане деце, 2% прегледаних је довезла служба хитне помоћи, док је 51% прегледане деце дошло у Институт без упута изабраног педијатра.

Дискусија и закључак: Уместо закључка намећу се питања на која би у циљу јачања система здравствене заштите у Србији, требало дати одговор како би се унапредио квалитет рада здравствених установа на свим нивоима и ефикасност пријема деце на болничко лечење у систему здравствене заштите Србије.

Кључне речи: пријем, болничко лечење, деца, организација здравствене службе

УВОД

Пријем детета у болницу врши се према дефинисаним критеријумима и индикацијама. Одлука лекара о пријему детета у болницу мора бити оправдана и донета само уколико је то у најбољем интересу детета што представља један од дванаест стандарда Иницијативе за здравствену заштиту усмерену на децу и породицу. Главни носиоци улоге у припреми детета за пријем у болницу су чланови стручног болничког тима: лекар и медицинска сестра пријемне амбуланте, лекар и медицинска сестра са оделјења, психолог/психотерапеут, социјални радник, васпитач/учитељ/наставник, и евентуално духовник.

Већ и сама припрема детета за смештај у болницу и почетак лечења за многе лјуде представља трауматски догађај, а сама ситуација захтева добру организацију породице.

Процедура пријема на болничко лечење има за циљ да дефинише услове, начин и поступак на који се врши пријем у болницу, у складу са важећим законским прописима и

правним актима здравствене установе. Процес пријема обавља се у Служби за пријем болесника, односно у радним јединицама, одсеку или одељењу за: пријем и збрињавање ургентних стања, специјалистичко-консултативне прегледе или дијагностичку обраду и пријем пацијената упућених на болничко лечење.

Функционисање Службе за за пријем болесника, специјалистичке и консултативне прегледе Педијатријске клинике Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“

Анализирана је дистрибуција болесне деце прегледане у Служби за пријем болесника, специјалистичке и консултативне прегледе Педијатријске клинике Института, која нису имала унапред заказан пријем у болницу, већ су прегледана као хитни односно ургентни болесници. Запажено је да је током једног месеца прегледано 2759 оваквих болесника. Од тога 65% је прегледано у току дана (у периоду од 07х до 19х), а 35% у току ноћи (од 19х до 07х). Из домова здравља је регуларно упућено 47% прегледане деце, 2% прегледаних је довезла служба хитне помоћи, док је 51% прегледане деце дошло у Институт без упута изабраног педијатра.

Анализирана је дистрибуција болесне деце прегледане у Служби за пријем болесника, специјалистичке и консултативне прегледе Педијатријске клинике Института, која нису имала унапред заказан пријем у болницу, већ су прегледана као хитни односно ургентни болесници. Запажено је да је током једног месеца прегледано 2759 оваквих болесника. Од тога 65% је прегледано у току дана (у периоду од 07х до 19х), а 35% у току ноћи (од 19х до 07х). Из домова здравља је регуларно упућено 47% прегледане деце, 2% прегледаних је довезла служба хитне помоћи, док је 51% прегледане деце дошло у Институт без упута изабраног педијатра. Од укупног броја прегледане деце 37% је хоспитализовано, 62% је враћено на кућно лечење, док је 1,5% преведено у другу здравствену установу.

У току прве и друге смене (од 07х до 19х) прегледано је 1797 болесне деце. Од тога 66% је упућено из надлежног дома здравља, 1,7% је довезла служба хитне помоћи, док 32,3% болесне деце је дошло на преглед без упута изабраног педијатра. Од укупног броја прегледане деце у овом периоду 48% је хоспитализовано, 51% је враћено на кућно лечење, док је 1% болесне деце преведено у другу установу.

У току ноћи (од 19х до 07х) прегледано је 962 болесне деце. Од тога 11% је упућено из дома здравља, 3,4% је довезла служба хитне помоћи, а 85,6% прегледане деце је без упута. Од овог броја хоспитализовано је око 18,7% деце, 80,8% је враћено кући, док је 2,5% деце преведено у другу установу.

Поступак пријема у болницу (акутни/хитни/ургентни пријем, заказани пријем, превод из оделјења других болница или оделјења исте болнице, пријем у дневну болницу) подразумева низ поступака: упућивање болесног детета из примарне здравствене заштите на заказани пријем у болницу или незаказани пријем због акутног настанка болести, улазак у болницу, пријаву на шалтеру пријема и боравак у чекаоници, лекарски преглед у ординацији службе за пријем, одлуку о пријему у болницу на основу медицинских индикација, информисање породице и детета, разговор ради припреме за хоспитализацију и улазак на оделјење болнице, уручивање писане информације родителју/старателју и прибављање писане сагласности за пристанак на хоспитализацију и предложене здравствене мере,

контакт са медицинском сестром службе за пријем, отварање историје болести, одлазак на оделјење у пратњи медицинске сестре и родителја / старателја, пријем на оделјење, упознавање са стручним медицинским тимом оделјења болнице (лекари, медицинске сестре, психолог, социјални радник и други сарадници).

Педијатар у примарној здравственој заштити је важна карика у лечењу деце. Педијатар у дому здравља индикује преглед пацијента у установи на вишем нивоу здравствене заштите, издаје документацију за елективну хоспитализацију због извођења дијагностичких, оперативних или контролних третмана. С друге стране специјалиста из установе на вишем нивоу здравствене заштите пружа кроз документацију приликом отпуста повратну информацију о току лечења пацијента у болници и пружа савете за касније праћење пацијента.

Уместо закључка намећу се питања на која би у циљу јачања система здравствене заштите у Србији, требало дати одговор:

1. Због чега се дешава да у просеку 1500 деце на месечном нивоу затражи помоћ прво у установи терцијарног нивоа здравствене заштите (без упута изабраног педијатра), односно не потражи помоћ у установи на примарном или секундарном нивоу здравствене заштите?
2. Зашто се само 37% прегледане деце хоспитализује, односно чак 65% деце се враћа кући? Да ли су враћена деца прошла претходно тријажу од стране лекара из установе примарне или секундарне здравствене заштите?
3. Зашто је преко 85% болесне деце прегледане у току ноћу без упута, и зашто се 81% пацијената који се прегледа ноћу враћа кући?
4. Која су организациона решења за унапређење квалитета рада здравствених установа на свим нивоима и ефикасности пријема деце на болничко лечење у систему здравствене заштите Србије?

ОПРАВДАНОСТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ ДЕЦЕ И МОГУЋНОСТИ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ РАДА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ

Нина Кубуровић, Славиша Здравковић

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Београд, Србија

Увод: Према Уредби о плану мреже здравствених установа, дневна болница, као посебна организациона јединица поликличичке службе болнице, организује се за обављање дијагностичких, терапијских и рехабилитацијских услуга за амбулантне пацијенте у областима нефрологије (хемодијализа и перитонеална дијализа) и другим интернистичким гранама медицине, хируршким гранама медицине и психијатрији – заштити менталног здравља. Третман пацијента у дневној болници је увек краћи од 24 сата, а може захтевати више долазака (дана лечења). оредности лечења у дневној болници су вишеструке: стварање повољне психолошке компоненте за бржи опоравак, смањен ризик од интрахоспиталних инфекција, уштеда здравствених ресурса.

Метод рада је дескриптивно-аналитички.

Резултати: У педијатријској дневној болници Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ у 2014. години на 10 места лечено је 3058 болесника.

Дискусија: Проблеми у раду дневних болница су бројни: постојећом регулативом нису дефинисани просторни капацитети, потребна опрема, медицинска документација (основни документ је историја болести), „корпа услуга“ које се пружају у дневној болници, финансирање је неадекватно, недовољно су развијени капацитети хируршких дневних болница, а грађани нису информисани о могућностима дневних болница за лечење и рехабилитацију.

Закључак: У раду се сагледавају оправданости лечења деце у болницама, проналазе могућности за унапређење рада педијатријских дневних болница, а нарочито дневне болнице Педијатријске клинике Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“.

Кључне речи: педијатријска дневна болница, деца, оправданост болничког лечења

**APPROPRIATENESS OF HOSPITAL TREATMENT OF CHILDREN AND
OPTIONS FOR PEDIATRIS DAY HOSPITAL IMPROVEMENT**

Nina B Kuburovic¹, Slavisa Zdravkovic¹

¹ Mother and Child Health Care Institute of Serbia, Belgrade, Serbia

Introduction: In accordance with the Regulation on the Plan of Health Care Facilities Network, the day hospital, as a special unit of the hospital polyclinic service, has been organized for carrying out diagnostic, therapeutic and rehabilitation services for outpatients in following areas: nephrology (hemodialysis and peritoneal dialysis) and other internal branches of medicine, surgery and psychiatry. The treatment of patients in a day hospital is always shorter than 24 hours, and may require several arrivals (days of treatment). The advantages of such type of treatment are numerous. favorable psychological components for a speedier recovery, decreased risk of intrahospital infections, saving on hospital resources.

Methods: The method of the study is descriptive-analytic.

Results: In pediatric day hospital in the Institute of Mother and Child Health Care of Serbia „Dr Vukan Čupić“ with 10 beds were 3058 treated persons during last year.

Discussion: There are numerous problems in organizing and functioning of day hospitals since space capacities, necessary equipment, medical documentation, "basket of services" provided in a day hospital, financing of provided services have not been defined by the current regulation. Also, surgery capacities of the day hospitals are insufficiently developed and citizens have not been informed on possibilities of day hospital for treatment and rehabilitation.

Conclusion: Appropriateness of hospital treatment and options for improvements, particularly regarding the pediatric day hospital in the Institute of Mother and Child Health Care of Serbia „Dr Vukan Čupić“, are also reviewed in the paper.

Keywords: pediatric day hospital, children, appropriateness of hospital treatment

ОПРАВДАНОСТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ ДЕЦЕ И МОГУЋНОСТИ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ РАДА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ

УВОД

У систему здравствене заштите болнички подсистем представља најскупљу компоненту у смислу финансијских улагања за изградњу, опремање и функционисање болничких установа. Трошкови функционисања болничког подсистема имају највећи удео у укупним средствима која се издвајају за здравствену заштиту из бруто националног дохотка. На одржавање болничког подсистема одлази 50% издвајања за здравствену заштиту, а у неким земљама чак 60 до 80% (1-3).

Дневна болница представља посебну организациону јединицу поликлиничке болничке службе за обављање дијагностичких, терапијских и рехабилитационих услуга за болеснике који могу да се лече амбулантно у интернистичким и хируршким гранама медицине, као и у заштити менталног здравља (4).

Постојећом регулативом нису дефинисани просторни капацитети, потребна опрема, медицинска документација, индикације за пријем, као ни услуге које се пружају у дневној болници. Ипак, здравствене установе самоиницијативно оснивају дневне болнице као вид лечења са бројним предностима.

Пораст трошкова болничког лечења је последица све већих потреба становништва, развоја медицинске технологије, као и раширене праксе лекара да траже све више лабораторијских и радиолошких претрага и хоспитализација за своје болеснике, како не би дошло до пропуста у постављању дијагнозе и терапији.

Стога је оправдан сваки покушај да се открију слабе тачке у организацији и обављању здравствене делатности установа у целини, као и појединачних организационих јединица. Такође је значајно да се укаже на могућности унапређења рада, односно рационалнијег коришћења расположивих људских и материјалних ресурса.

ОПРАВДАНОСТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ ДЕЦЕ

Потреба да се процени оправданост педијатријских хоспитализација је последњих деценија постала изузетно важна у развијеним земљама јер подаци показују да је стопа хоспитализација деце у сталном порасту упоредо са гледиштима да многи приједи нису оправдани (5).

У медицинској литератури се могу наћи резултати истраживања у којима је испитивана оправданост пријема на болничко лечење и оправданост дужине лечења одраслих (5). Међутим, у свега неколико истраживања је испитивана оправданост пријема и дужине лечења у педијатријским одељењима (5-12), док је у само једном испитивана оправданост пријема у педијатријским одељењима за једнодневну хоспитализацију (13).

На основу доступне литературе процењује се да је 10-30% свих пријема у болницу медицински неоправдано (11).

Због све већих трошкова здравствене заштите као једног од водећих економских проблема, у Италији је спроведено неколико истраживања у којима је између осталог процењивана и оправданост пријема на педијатријска одељења, као и у одељења за једнодневну хоспитализацију. Пораст трошкова услед пружања здравствених услуга је директно пропорционалан дефициту који се ствара у систему здравствене заштите. Показано је да је у Италији 10,1% свих пријема у педијатријским дневним болницама било неоправдано, а да је у 50,6% случајева бар један долазак био неоправдан (13). Као најчешћи разлози неоправданог коришћења дневне болнице наводе се: спровођење дијагностичких и терапијских процедура које се са подједнаким успехом обављају у примарној здравственој заштити (60,6%), страх лекара од пропуста у лечењу или конзервативни ставови у погледу начина лечења болесника (25,8%), кашњење у реализацији схеме планираних дијагностичких претрага и некомплетност отпусних листа и лекарских извештаја (13,6%) (12).

У табели 1 приказана је пропорција неоправданих пријема и дана лечења у педијатријским одељењима у различитим земљама.

Tabela 1. Proporcija neopravdanih prijema i dana lečenja u pedijatrijskim odeljenjima

Država	Autor	Neopravdani prijemi	Neopravdani dani lečenja
SAD	Kemper (6)	-	21,4%
Australija	Formby i sarad. (7)	23,8%	19,4%
Kanada	Gloor i sarad. (8)	-	23,9%
Kanada	Smith i sarad. (9)	22,5%	22,1%
Velika Britanija	Esmail i sarad. (11)	8,0%	-
Italija	Bianco i sarad. (5)	30,0%	55,5%
Italija	Bianco i sarad. (13)*	10,1%	50,6%

* Процена оправданости пријема у педијатријским одељењима за једнодневну хоспитализацију.

Један од најшире примењиваних инструмената за процену индикација за пријем на болничко лечење који се користи од седамдесетих година у Северној Америци, а од деведесетих година прошлог века и у Европи, је Педијатријски протокол за процену оправданости пријема на болничко лечење (Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol, PAEP). У литератури се могу наћи резултати његове валидације у различитим системима

здравствене заштите, као и резултати примене његових адаптираних верзија у САД, Канади, Аустралији, Националној здравственој служби Велике Британије, Италији (5-13-17).

Главно ограничење приликом процене валидности РАЕР инструмента је непостојање апсолутног индикатора којим би се у потпуности потврдило да је хоспитализација оправдана (15).

Међутим, у одсуству најбољих расположивих критеријума или стандарда за процену оправданости пријема на болничко лечење, наведене индикације из овог Протокола могу се прихватити као препоруке.

Иако између различитих верзија овог протокола постоје модалитети у интерпретацији појединих критеријума у зависности од валидиране и адаптиране верзије, заједничко је да се оправданост пријема процењује на основу утврђивања барем једног од понуђених критеријума за тежину клиничке слике и ниво неопходне неге.

Критеријуми којима се дефинише сложеност (тежина) клиничке слике и стање болесника су (10):

1. Изненадни губитак свести (кома, неодговарање на дражи) или дезоријентација
2. Акутно или прогресивно сензорно, моторно, циркулаторно, респираторно погоршање (немогућност кретања, храњења, дисања, уринирања, и др.)
3. Акутни губитак вида или слуха
4. Акутна немогућност покретања екстремитета
5. Трајање повишене телесне температуре више од 37,8°С измерене орално или више од 38,3°С измерене ректално, дуже од 48х, када етиологија није утврђена
6. Потреба за лумбалном пункцијом
7. Активно крвављење које води у циркулаторну инсуфицијенцију
8. Дехисценција или евисцерација ране
9. Хематокрит < 30%

У табели 2 је приказано на који начин се процењује тежина електролитног односно ацидобазног поремећаја, на основу серумског нивоа натријума, калијума, рН бикарбоната, а довољно је да само један од наведених критеријума буде присутан да би пријем у болницу био оправдан.

Табела 2. Концентрације електролита и пХ артеријске крви као критеријуми за процену оправданости пријема на болничко лечење

Параметар	Вредност
Натријум	≤ 123 или ≥ 156 mmol/l
Калијум	$\leq 2,5$ ili $\geq 5,6$ mmol/l
Бикарбонати (HCO ₃)	≤ 14 ili ≥ 36 mmol/l*
Уреа	$\geq 8,0$ mmol/l
Артеријски рН	$\leq 7,30$ ili $\geq 7,45$

*Изузев у хроничним стањима где су ван овог опсега.

Болести и стања чије лечење започиње амбулантно, хоспитализују се једино уколико нема повољног одговора на амбулантно лечење, и то су: конвулзије, аритмија срца, напад бронхијалне астме, дехидрација, перзистентно повраћање, дијареја, абдоминални бол.

Посебни педијатријски проблеми који представљају индикацију за хоспитализацију су: злостављање деце, потреба за посебном опсервацијом понашања (процена уноса калорија код анорексија и ненапредовања), као и занемаривање детета, односно недостатак сарадње родитеља у лечењу детета.

УЛОГА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ

Педијатријска дневна болница представља израз и реализацију савремених тенденција у организацији и начину лечења деце и омладине како у развијеним земљама света тако и код нас.

У дневној болници се спроводе клиничка испитивања која не захтевају вишедневну хоспитализацију, односно примењују се дијагностички и терапијски протоколи за које је утврђено да се безбедно и са подједнаким успехом у погледу исхода могу примењивати у оквиру једнодневне хоспитализације.

У дневној болници (ДБ) Педијатријске клинике Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ (Института) лечење и пружање здравствених услуга заснива се на тимском и мултидисциплинарном приступу сваком болеснику са могућношћу лабораторијске и радиолошке дијагностике, уз могућност обављања консултативних субспецијалистичких прегледа.

Улога дневне болнице Педијатријске клинике Института је да обезбеди спровођење различитих дијагностичких испитивања и омогући лечење деце са хроничним болестима и стањима, као и лечење акутно оболеле деце.

Иако је ДБ посебна организациона јединица Педијатријске клинике, она је у функционалном смислу блиско повезана са Службом за пријем болесника, специјалистичке и консултативне прегледе јер велики број болесника из пријемне амбуланте ту бива упућен на лечење.

Према постојећој организацији пријема и тријаже болесника у Институту, после обављене тријаже у пријемној амбуланти, одређени број болесника се најпре хоспитализује у ДБ где се наставља са ургентном дијагностиком и опсервацијом, до доношења коначне одлуке о томе да ли ће се болесник хоспитализовати на одељењу или ће наставити лечење у ДБ током дана, а ноћ проводити код куће.

Одлуку о томе да ли ће се применити класична или хоспитализација у ДБ доноси дежурни лекар или лекар дневне болнице на основу процене:

- стања болесника, резултата учињених лабораторијских анализа, и других прегледа;
- техничког аспекта пружања здравствене заштите, односно избора нивоа неге који се пружа, врсте медицинских процедура, модалитета и сложености терапије утврђене планом лечења;
- доступности, приступачности и могућности коришћења потребних услуга на нивоу примарне здравствене заштите (ПЗЗ);
- социјалних услова породице (социјално-економски услови, образовни ниво и професионални статус родитеља, удаљеност места становања од здравствене установе);
- парамедицинских разлога, као што је степен анксиозности родитеља.

У педијатријској дневној болници се у току радне недеље у периоду од 7,00 до 20,00 сати спроводи лечење болесника за које је процењено да ће бити довољна вишесатна терапија са могућношћу наставка терапије наредног дана.

Деца се на дијагностику и лечење у ДБ најчешће упућују из пријемне амбуланте, затим из специјалистичко-консултативних амбуланти, а значајно ређе, у свега 5,5% случајева, са других болничких одељења, ради наставка лечења. Најчешће се спроводи наставак интравенске антибиотске терапије, било да се ради о амбулантним или одељенским болесницима.

Болесници се по правилу из дневне болнице отпуштају кући, а само у 6% случајева се превode на друго болничко одељење, ради наставка лечења.

САДРЖАЈ РАДА ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ ПЕДИЈАТРИЈСКЕ КЛИНИКЕ ИНСТИТУТА

У 2014. години, у ДБ Педијатријске клинике Института је било хоспитализовано 3058 болесника који су остварили 6654 болесничких дана или у просеку 2 доласка. Заступљеност деце из Београда износи око 70%.

Узраст хоспитализованих кретао се у распону од неколико дана до 18. године. Просечни узраст хоспитализованих болесника износио је 5,50 година. Међу хоспитализованим

болесницима, највише је било деце узраста од другог месеца до навршене 4 године, док је новорођенчади било 5,8%, што заједно износи 51,1%.

Постојећом законском регулативом још увек нису дефинисане индикације за пријем и лечење болесника у дневној болници. У току 2014. године у ДБ је највише било хоспитализованих због заказане дијагностичке процедуре око 36,4% и то најчешће због прегледа магнетском резонанцијом и микционе цистоуретерографије, док су преостали били хоспитализовани због клиничког испитивања међу којима су најчешћи разлози били извођење синкопа теста, испитивање алергије на протеине крављег млека, прегледа компјутеризованом томографијом и оралног теста оптерећења глукозом.

Више од четвртине свих посета (28,2%) остварили су болесници са хроничним болестима који су у ДБ примали редовну терапију коју је индиковао лекар друге службе. Најчешће су то деца са прераним пубертетом која су добијала синтетске агонисте гонадотропин-рилизинг хормона (ГнРХ), деца са примарним имунодефицијенцијама која су примала интравенске имуноглобулине, деца са јувенилним реуматоидним артритисом која су добијала биолошку терапију, као и оболели од цистичне фиброзе.

У 35,4% случајева радило се о болесницима који су лечени у оквиру акутне епизоде болести, и то због фебрилног стања, инфекције уринарног тракта, пијелонефритиса, инфекција респираторног тракта и акутног запаљења средњег уха.

ПРЕПОРУКЕ И МОГУЋНОСТИ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ РАДА ДНЕВНЕ БОЛНИЦЕ ПЕДИЈАТРИЈСКЕ КЛИНИКЕ ИНСТИТУТА

Последњих деценија у многим развијеним земљама бележи се тренд пораста пружања услуга из домена примарне здравствене заштите на нивоу секундарне здравствене заштите, што се само делимично може објаснити слободним избором лекара и здравствене установе, као и слободним приступом у коришћењу услуга, како на нивоу примарне тако и на нивоу секундарне здравствене заштите (5, 18).

Познато је да, што је више пружених превентивних услуга на нивоу примарне здравствене заштите, то је мања стопа хоспитализација деце (18). Другим речима, у условима доступне и приступачне примарне здравствене заштите требало би да стопа хоспитализација деце буде ниска за стања која се могу дијагностиковати и лечити на нивоу примарне здравствене заштите. Стога је неопходно унапређење сарадње педијатријских дневних болница са службама за здравствену заштиту деце и омладине у домовима здравља, односно повезивање лекара и његовог тима из дневне болнице са изабраним лекаром и његовим тимом у дому здравља у оквиру система здравствене заштите. Неопходно је омогућити наставак и завршетак интравенске антибиотске терапије, као и инфузионе терапије болесницима чија тежина болести и други психосоцијални услови дозвољавају амбулантно пружање здравствених услуга. Унапређење доступности дијагностичких и терапијских услуга на нивоу ПЗЗ смањило би коришћење болничких ресурса, као и обим и интензитет коришћења терцијарне

педијатријске установе за потребе амбулантних болесника, снизило ризик од интрахоспиталних инфекција и омогућило коришћење услуга онима којима је болничко лечење заиста потребно. Велики обим пружених услуга кроз дневну болницу може имати последице по ефикасност рада и квалитет обављеног посла.

Потребно је да се настави са изработом стандардизованих смерница за спровођење дијагностичких и терапијских процедура у дневној болници започетом у поступку акредитације.

Историја болести представља основни медицински документ који се води у дневној болници. Недостаје статистичка евиденција лечених према узрасној структури, извештавање о морбидитету и другим специфичностима везаним за намену, односно улогу дневне болнице. У Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије се деци са хроничним болестима отвара трајна историја. Међутим неопходно је да се уз периодичну евалуацију здравственог стања болесника континуирано уписује дефинисани сет података. Такође, потребно је утврдити процедуру у писаном облику којом би се дефинисао начин отварања и вођења трајне историје.

У ДБ Педијатријске клинике Института се кроз организовање визита и консултативних прегледа омогућава мултидисциплинарни приступ сваком појединачном болеснику што се нарочито показало оправдано када су у питању деца са хроничним болестима. Овакав приступ обезбеђује, са једне стране, континуирано праћење и евалуацију здравственог стања болесника од стране субспецијалиста, као и увид у успешност примене индикованих мера, а родитељима и деци са друге стране, добијање детаљнијих информација о стању њиховог здравља. Неопходно је проширивање могућности за пружање и других услуга, пре свега психосоцијалне евалуације и саветовалишног рада укључивањем психолога, као и здравствено-васпитних активности и едукације целе породице од стране медицинских сестара. У универзитетским болницама развијених земаља, дневне болнице су одавно подигнуте на академски ниво јер представљају наставне базе, али и центре у којима се спроводе различите врсте научних истраживања.

И на крају, али не и најмање важно, неопходно је побољшати услове рада и збрињавања болесника. Треба избећи класични одељенски просторни распоред, релативно уске ходнике, и релативно малу количину светлости каква је у садашњем простору. Потребно је да се обезбеди шири простор за чекаоницу, односно амбијент који је прилагођен визуелној перспективи детета уз обогаћивање простора дидактичким садржајима, присуством професионалних аниматора и васпитача. Потребно је да се размотри евентуално измештање у приземље, где би била ближе Служби за пријем болесника, специјалистичке и консултативне прегледе, њихова просторна и функционална реорганизација, како би се обезбедио одговарајући простор за опсервацију, изолацију болесника и интервенције.

У будућности се може очекивати развој дневне болнице у два правца. Први правац је развијање улоге дневне болнице у тријажи, опсервацији, прехоспиталном и акутном

збрињавању болесника. С друге стране, треба побољшати услове и осмислити протоколе за дијагнозу и лечење хронично оболеле деце.

Литература

Report of the WHO. A review of determinants of hospital performance. Hospital advisory group meeting. Geneva, 11-15 april 1994. Dostupno na:
http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_SHS_DHS_94.6.pdf preuzeto 30. marta 2012.

European Observatory on Health Care Systems. Implementing hospital reform in Central and Eastern Europe and Central Asia. Copenhagen: WHO – EURO 2001. Dostupno na:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf preuzeto 30. marta 2012.

Stamenković M, Jakovljević Đ, Legečić B, Martinov-Cvejin M. Zdravstvena zaštita i osiguranje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1997.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova. Beograd: Službeni glasnik Republike Srbije; 42/2006.

Bianco A, Pileggi C, Trani F, Angelillo IF. Appropriateness of admissions and days of stay in pediatric wards of Italy. *Pediatrics* 2003; 112:124-8.

Kemper KJ. Medically inappropriate hospital use in a pediatric population. *N Engl J Med* 1988; 318:1033-7.

Formby DJ, McMullin ND, Danagher K, Oldham DRA. The appropriateness evaluation protocol: application in an Australian children hospital. *Aust Clin Rev* 1991; 11:123-31.

Gloor JE, Kisson N, Joubert GI. Appropriateness of hospitalization in Canadian pediatric hospital. *Pediatrics* 1993; 91:70-4.

Smith HE, Sheps S, Matheson DS. Assessing the utilization of in-patient facilities in Canadian pediatric hospital. *Pediatrics* 1993; 92:587-93.

Esmail A. Development of the paediatric appropriateness evaluation protocol for use in the United Kingdom. *J Pub Health Med* 2000; 22:224-30.

Esmail A, Quayle JA, Roberts C. Assessing the appropriateness of paediatric hospital admissions in the United Kingdom. *J Pub Health Med* 2000; 22:231-8.

Katz M, Warshawsky SS, Porat A, Press J. Appropriateness of pediatric admissions to a tertiary care facility in Israel. *Isr Med Assoc J* 2001; 3:501-3.

Bianco A, Foresta MR, Greco MA, Teti V, Angelillo IF. Appropriate and inappropriate use of day-hospital care in Italy. *Public Health* 2002; 116:368-73.

Kreger BE, Restuccia JD. Assessing the need to hospitalize children: pediatric appropriateness evaluation protocol. *Pediatrics* 1989; 84:243-7.

Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-71.

Werneke U, Smith H, Smith IJ, Taylor J, MacFaul R. Validation of the paediatric appropriateness evaluation protocol in British practice. Arch Dis Child 1997; 77:294-8.

Werneke U, MacFaul R. Evaluation of appropriateness of paediatric admission. Arch Dis Child 1996; 74:268-73.

Perrin JM, Homer CJ, Berwick DM, Woolf AD, Freeman JL, Wennberg JE. Variation in rates of hospitalisation of children in three urban communities. N Engl J Med 1989; 320:1183-7.

ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА ПРИМАРНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ У ШУМАДИЈСКОМ ОКРУГУ

Гордана Гајовић¹, Снежана Радовановић^{2,3}, Сања Коцић^{2,3}, Светлана Радевић³, Наташа Михаиловић², Нада Миловановић⁴

1 Дом здравља Аранђеловац, Аранђеловац, Србија

2 Институт за јавно здравље Крагујевац, Крагујевац, Србија

3 Факултет медицинских наука Крагујевац, Крагујевац, Србија

4 Дом здравља Крагујевац, Крагујевац, Србија

Увод. Задовољство корисника представља суштински елемент квалитета здравствене службе. Уколико је корисник незадовољан пруженим здравственим услугама, главни циљ система здравствене заштите није достигнут. Увођење пацијентовог мишљења, заједно са другим елементима, у одлуке о организовању и пружању здравствене заштите води њеном напретку.

Циљ рада је да се прикаже ниво задовољства корисника у примарној здравственој заштити у Шумадијском округу за 2014. годину.

Метод рада. Испитивање задовољства пацијената примарном здравственом заштитом у Шумадијском округу део је опште студије спроведене на територији Републике Србије. Примењена је студија пресека, а као инструмент истраживања коришћен је анкетни упитник Светске здравствене организације и Института за јавно здравље Србије. Коришћен је репрезентативни узорак од 2283 пацијената у примарној здравственој заштити Шумадијског округа. Подаци су обрађени у статистичком пакету СПСС 19.0, а од статистичких тестова коришћени су χ^2 -тест и логистичка регесија. Резултати су приказани табеларно и графички.

Резултати рада. Просечна оцена задовољства услугама у примарној здравственој заштити Шумадијског округа износила је 3,97. Пруженом здравственом заштитом у службама опште медицине задовољно је 75,1% корисника, док је задовољних корисница у службама за здравствену заштиту жена било 79,4%. У службама за здравствену заштиту деце предшколског и школског узраста уочава се висок степен задовољства родитеља/старатеља сарадњом са медицинским сестрама као и тимским радом лекара и медицинских сестара. У стоматолошкој здравственој заштити деце задовољно је 83,7% анкетираних корисника. Када је у питању комуникација и сарадња пацијента са изабраним лекаром, испитаници су најзадовољнији квалитетом информација које добију од свог изабраног лекара о својој болести и њеном лечењу, а најмање задовољни познавањем личне ситуације пацијента од стране изабраног лекара. Што се тиче организације рада службе, корисници су најзадовољнији радним временом и могућношћу да у хитним ситуацијама обаве преглед истог дана.

Закључак. Резултати рада указују на задовољавајући квалитет примарне здравствене заштите Шумадијског округа са аспекта пацијената.

Кључне речи: Задовољство корисника, примарна здравствена заштита Шумадијски округ, изабрани лекар, медицинска сестра

CUSTOMER SATISFACTION IN PRIMARY HEALTH CARE IN SUMADIJA DISTRICT

Gordana Gajović¹, Snežana Radovanović^{2,3}, Sanja Kocić^{2,3}, Svetlana Radević³, Nataša Mihailović², Nada Milovanović⁴

¹ Health Center Arandjelovac, Arandjelovac, Serbia

² Institute of Public health Kragujevac, Kragujevac, Serbia

³ Faculty of Medicine, University of Kragujevac, Serbia

⁴ Health Center Kragujevac, Kragujevac, Serbia

Introduction. Customer satisfaction is an essential element of health services quality. If the user is unsatisfied with medical services, the main objective of the health care system is not reached. The introduction of patient's opinions, together with other elements, in the decisions regarding organization and delivery of health care, leads to its progress.

The aim was to show the level of customer satisfaction in primary health care in the Sumadija region for 2014.

Method. Examination of patient satisfaction with primary health services in the Sumadija district was a part of a general study carried out on the territory of the Republic of Serbia. A cross sectional study was applied, and a questionnaire of World Health Organization and the Institute of Public Health of Serbia was applied as a survey instrument. We used a representative sample of 2283 patients in primary care Sumadija district. The data were processed in the statistical package SPSS 19.0, and χ^2 -test and logistic regressions were used as the statistical tests. The results are presented in tables and graphs.

Results. The average rating of satisfaction with the services provided in primary care in Sumadija district was 3,97. 75,1% of users were satisfied with the health care in general medicine, while 79,4% of the female users were satisfied with the services of the health care of women. About the services of the health care of preschool and school-age children, a high level of satisfaction with parent / guardian cooperation with nurses and teamwork of doctors and nurses was observed. In the dental care of children, 83,7% of the surveyed users were satisfied with the provided services. When it comes to communication and cooperation with the patient's chosen doctor, patients were most satisfied with the quality of information provided by their chosen doctor about their condition and its treatment, and least satisfied with chosen doctor*s knowledge about the personal situation of the patient. Regarding the organization of work of the service, users are most satisfied with working hours and the ability to perform emergency examination on the same day.

Conclusion. The results show a satisfactory quality of primary health care in Sumadija region in terms of patients.

Key words: Customer satisfaction, primary health care, Sumadija district, chosen doctor, nurse

ТЕМА:

ОДРЖИВИ РАЗВОЈ И УЛОГА ЈАВНОГ ЗДРАВЉА

SUSTAINABLE DEVELOPMENT AND THE ROLE OF PUBLIC HEALTH

ПЕРСПЕКТИВЕ ЦИЉЕВА ОДРЖИВОГ РАЗВОЈА: ПРИОРИТЕТИ ЈАВНОГ И ПЛАНЕТАРНОГ ЗДРАВЉА

Весна Бјеговић-Микановић

Универзитет у Београду, Медицински факултет, Институт за социјалну медицину, Београд, Србија

У данашње време међународна заједница и бројне земље мотивисане су да постигну одрживи развој који неће угрозити задовољавање потреба садашњих и будућих генерација. Премда сам приступ није нов и спомиње се и у двадесетом веку, ипак значајно усмеравање бројних учесника и заинтересованих страна ка одрживом развоју постаје очигледно у 21. веку и у време када се процењују ефекти миленијумских циљева развоја Уједињених нација. За сагледавање димензија одрживог развоја препоручује се посматрање економског развоја, друштвене укључености и одрживости животне средине, као и подршке кроз добро управљање на глобалном, регионалном и локалном нивоу. Будући да се у основи одрживог развоја налази добро здравље, препознавање значаја здравља за све води ка данашњој трансформацији приступа јавном здрављу у приступ планетарном здрављу. Угледни међународни стручњаци говоре и о трансформацији јавног здравља захтевајући нови друштвени покрет који ће подржати колективне јавноздравствене акције на свим нивоима друштва: нивоу појединца, заједнице, националном, регионалном, глобалном и планетарном нивоу.

Циљ овог рада је да се, користећи изнесени логични оквир одрживог развоја, анализирају изазови јавног и планетарног здравља који су повезани са природним и системима које је створио човек напредком цивилизације. Нарочита пажња је посвећена циљевима одрживог развоја и улогама јавног здравља на глобалном нивоу и у нашој земљи.

Метод коришћен у овој анализи је наративни преглед који се заснива на претраживању веб страница, међународне литературе и докумената јавноздравствене политике на глобалном и националном нивоу, уз анализу њиховог садржаја. Идентификовани су основни документи међународне политике у области одрживог развоја као и усвајања циљева одрживог развоја под окриљем Уједињених нација, до 2030. године. Поред докумената везаних за одрживи развој, анализирани су и документи Светске здравствене организације, нарочито за регион Европе и комплементарност препорука у овим документима са циљевима одрживог развоја. Ради поређења ситуације у нашој земљи у погледу перспектива за достизање циљева одрживог развоја анализирани су и подаци из електронских база Републичког завода за статистику и Института за јавно здравље Републике Србије. Анализа актуелне ситуације ограничена је на трећи циљ одрживог развоја који се директно односи на здравље. Улоге јавног здравља приказују се путем приступа јавно-здравственим функцијама на глобалном нивоу, у региону Европе и у нашој земљи.

Резултати и разматрања у овом раду обезбеђују сагледавање историје развоја појмова јавног и планетарног здравља, као и основних изазова јавног здравља у данашње време. Планетарно здравље се повезује са одрживим развојем и наглашава се значај нове филозофије здравља, а не болести, значај једнакости насупротив стварања неправичних

друштва и значај смањивања разлика у здрављу према материјалном стању, образовању, роду и месту становања. У прегледу се приказују разлози који су водили усвајању циљева одрживог развој у Уједињеним нацијама 25. септембра 2015. године. Један од најзначајнијих догађаја у 2015. години, скуп у Уједињеним нацијама је обезбедио је да све државе чланице једногласно усвоје 17 циљева одрживог развоја који ће инспирисати политике у бројним областима до 2030. године (декларација: „Трансформисање нашег света: агенда за одрживи развој до 2030“). Премда се на здравље односе сви циљеви, више је разматран трећи циљ који је директно посвећен здрављу: „Обезбедити здрав живот и промовисати благостање за све у свим узрастима“. Поред девет задатака у оквиру овог циља који махом произилазе из достигнућа миленијумских циљева развоја, нарочито се инсистира и на оснаживању имплементације Оквирне конвенције за спречавање и сузбијање дувана, подршци истраживањима и развоју вакцина и лекова, унапређењу приступачности есенцијалних лекова и вакцина, унапређењу финансирања и развоја људских ресурса за здравље, као и јачању капацитета земаља за рано препознавање, смањивање ризика и менаџмент националним и глобалним ризицима по здравље. Анализа показатеља здравља указује у просеку на значајна унапређења здравственог стања у свим земљама и у нашој земљи, али и на постојање изразитих неједнакости у здрављу чак и у високо развијеном друштвима. Преглед улога јавног здравља разматра се кроз предлог глобалних јавноздравствених функција и области деловања јавног здравља у Европи. Истакнута је хитна потреба усвајања нове стратегије јавног здравља у Србији која ће бити заснована на приступу одрживог развоја.

Кључне речи: одрживи развој, јавно здравље, планетарно здравље

PERSPECTIVES OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS: PRIORITIES OF PUBLIC AND PLANETARY HEALTH

Vesna Bjegovic-Mikanovic

Belgrade University, Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine, Belgrade, Serbia

Today, the international community and numerous countries search to achieve sustainable development, which will not jeopardize fulfillment the needs of today and future generations. Though an approach is not new and is already developed in the twentieth century, the significant attention is coming obviously in the new century at the time of assessing achievements of Millennium Development Goals within United Nations by involving numerous actors and stakeholders. For an understanding of sustainable development, it is necessary to consider economic development, social inclusion, and environmental sustainability, together with the support of good governance on global, regional and national levels. Taking into account that good health is the cornerstone of sustainable development, recognition of the importance of health for all is leading today to the transformation of public health approach towards planetary health. Outstanding international experts are also speaking about the transformation of public health. They are requesting “a new social movement to support collective public health action at all levels of society: personal, community, national, regional, global, and planetary.”

The objective of this paper is to analyze challenges of public and planetary health related to natural systems and human-made systems during civilization advancement, by using the logical framework presented in the introduction. Particular attention is given to sustainable development goals and roles of public health at the global level and in Serbia.

The method used in analysis is a narrative review based on searching web pages, international literature and public health policy documents at the global and national level, including content analysis. The basic documents of international policy in the field of sustainable development are identified and those related to the adoption of Sustainable Development Goals within United Nations up to 2030. Besides documents connected to sustainable development, WHO policy documents, particularly of European region were in focus. Analysis related to complementarities of recommendations in those documents with sustainable development approach. Databases of the Statistical Office of the Republic of Serbia and Institute of Public Health of Serbia served for comparison of the situation in our country about perspectives of Sustainable Development Goals. The analysis is limited to the third Sustainable Development Goals directly related to health. Roles of public health are explained starting from public health functions at global, regional – European level and in Serbia.

Results and comments in this paper cover the history of the development of public and planetary health and core challenges of public health in our times. Planetary health is connected to sustainable development. The new philosophy of health is present, and not of diseases. The significance of equity stands in contrast to unjust societies, and significance of decreasing gaps in health according to standard and place of living, education, and gender. This review highlights the main reasons for

adoption of Sustainable Development Goals in United Nations, on September 25, 2015. One of the most important events of the year 2015 is UN Summit. It secured that all member states unanimously adopted 17 Sustainable Development Goals, which will inspire policies in many fields up to 2030 (Declaration: “Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development”). Though health is present indirectly in all goals, this review considers more the third goal directly dedicated to health: “Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.” Besides nine targets of this goal, which are deriving from achievements of Millennium Development Goals, attention is particularly given to the old and new challenges. The first is strengthen implementation of the Framework Convention on Tobacco Control. The second refers to support the research and development of vaccines and drugs. The third relates to increasing access to affordable essential medicines and vaccines. The fourth is aiming to improve health financing and develop human resources for health. The fifth is dealing with strengthening the capacity of all countries for early warning, risk reduction and management of national and global health threats. Health indicators analysis points to significant health improvements in all countries and Serbia, but important inequities in health are still present even in highly developed societies. The overview of roles of public health follows the proposal for global public health functions and essential public health operations in Europe. Urgent needs are highlighted to adopt a new public health strategy in Serbia based on the approach of sustainable development.

Key words: sustainable development, public health, planetary health

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА ЕВРОПЕ: ПРИЛАГОЂАВАЊЕ, УСВАЈАЊЕ И ИЗВОЂЕЊЕ У ЛОКАЛНИМ САМОУПРАВАМА СРБИЈЕ

Матејић Б¹, Бајић Т², Танасић Ј³

¹ Медицински факултет Универзитета у Београду, ² Самостални консултант, ³ Стална конференција градова и општина

У остваривању циљева јавног здравља, односно очувања и унапређења здравља становништва и суштинске имплементације концепта "здравље у свим политикама" у Републици Србији, у складу са европском здравственом политиком „Здравље 2020”, нужна је добра сарадња, координација и партнерство међу бројним актерима – на нанационалном, регионалном и локалном нивоу.

Идући у правцу европских интеграција и децентрализације система здравствене заштите, Република Србија је бројним активностима истовремено прилагођавала оквире система за делотворнију имплементацију овог концепта, а њихово представљање је циљ овог рада:

- Влада Републике Србије је основала Тело за координацију европске здравствене политике 2012. године, у циљу развоја и унапређења међусекторског приступа здрављу. Јасно су дефинисани задаци и предвиђено је формирање једанаест акционих тимова, који се односе на посебне ресурсе.
- Потписана је Декларација о сарадњи на унапређењу друштвених делатности на локалном нивоу између пет ресорних министарстава.
- Успостављен је јасан легислативни оквир децентрализације у систему здравствене заштите и јавног здравља.
- Политике за здравље су постале видљивије код локалних власти, именовањем одређених чланова извршног већа града/општине за ове послове.
- До сада је формирано укупно 130 локалних савета за здравље, како би се омогућила одрживост јавноздравствених политика на локалном нивоу.
- Заштита права пацијената је постала надлежност локалних самоуправа, чиме се одговорност за квалитет здравствене заштите и безбедност пацијената делимично преноси на оснивача.
- У току је припрема новог предлога Закона и Стратегије јавног здравља Републике Србије, са посебним нагласком на усаглашавање са политиком „Здравље 2020“ а који ће дати оквир за развој, имплементацију и евалуацију локалних стратегија за јавно здравље.
- Развијена је и примењена методологија рада у оквирима мрежа за унапређивање децентрализованих услуга, кроз коју је 6 локалних самоуправа унапредило могућност планирања, спровођења и евалуације децентрализације по питању јавног здравља.
- Унапређен је приступ националним и административним подацима за локалне самоуправе, уз појачане капацитете за коришћење података.
- Све локалне самоуправе су добиле документ-Предлози за унапређење јавног здравља на локалном нивоу, приручник и диск са инструментима за процену и унапређење услуга у области друштвених делатности, припремљен од стране експертске групе мреже за јавно здравље.

- Идентификовани су примери добре праксе и искустава у успостављању јавноздравствених политика на локалном нивоу, у регионалним и међународним оквирима, и подстакнута је њихова дисиминација и коришћење.

Досадашње активности указују да су локалне самоуправе и посебно, представници новоформираних савета за здравље, упознати са значајем политике СЗО “Здравље 2020” и својом улогом у њеној имплементацији. Даље прилагођавање оквирима европске политике захтева време, одрживост започетих активности на свим нивоима и суштинско опредељење свих заинтересованих страна.

EUROPEAN HEALTH POLICY: TAILORING, ENDORSMENT AND IMPLEMENTATION AT THE LOCAL COMMUNITY LEVEL IN SERBIA

Matejić B¹, Bajić T², Tanasić J³

¹School of Medicine University of Belgrade, ²Freelance consultant, ³Standing Conference of Towns and Municipalities of Serbia

The achievement of public health goals, that is, the preservation and improvement of the health of the population and the fundamental implementation of the health in all policies concept in accordance with World Health Organisation's Health 2020 policy in Serbia, requires good cooperation, coordination and partnership among numerous stakeholders –at the national, regional and local levels.

Moving towards European integration and decentralization of the health care system, the Republic of Serbia has used numerous activities to adapt the system framework for a more effective implementation of this concept. The aim of this paper is to present the review of these activities:

- The Government of the Republic of Serbia established the Health 2020 Coordination Body in late December 2012, with clearly defined tasks and plans for the setting up of eleven sectorial action teams.
- The Declaration on Cooperation for the Promotion of Social Services at the Local Level at the local level has been signed between five line ministries.
- A clear legislative framework of decentralization in the health care and public health system has been established.
- Health policies have become more visible to the local governments (through the appointment of members of the city/municipality executive council specifically for these tasks.
- To date, a total of 130 local health councils have been set up, in order to enable the sustainability of public health policies at the local level and make evidence based decisions
- Protection of patients' rights, the responsibility for health care quality and patient safety is in part transferred to the founders- local governments.
- The preparation of the new Act and Strategy on Public Health of the Republic of Serbia with a special focus on their compliance with the WHO Health 2020 policy framework is underway. These documents will provide the framework for the development, implementation and evaluation of local public health strategies.
- A new methodology of work within the networks for the improvement of decentralized service has been developed and applied, through the process of learning, comparing

achievements and providing mentoring and expert support, as well as through the exchange of European and national examples of good practice and experiences. Working through the network for public health, 6 local governments have improved the ability for planning, implementation and evaluation of decentralization in public health.

- Access to national and administrative data for local governments has been improved, along with strengthened capacity to use the data
- All local governments have received the document-Proposals for the improvement of public health at the local level, a manual and a disc with instruments for the evaluation and improvement of social services
- Communication and dissemination of good practice examples and experiences in establishing local public health policy at the regional and international levels has been improved.

It is essential to periodically evaluate the progress on public health initiatives toward the Health 2020 health policy framework. Local governments, and, in particular, representatives of the newly established Health Councils, are familiar with the importance of the European health policy and with their role in its implementation at the local level in Serbia. Tailoring local health strategies to the WHO policy framework requires time, sustainability in all actions, at the national, regional and local levels and essential commitment of all stakeholders.

ЕФЕКТИ ГЛОБАЛНЕ ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ И ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИКА СРБИЈЕ

Наташа Поповић,¹ Зорица Терзић-Шупић,¹ Јелена Маринковић,² Снежана Симић¹

¹Институт за социјалну медицину, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија;

²Институт за медицинску статистику и информатику, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија

Увод: Глобална економска криза која је започела 2007. године, довела је до рецесије и уздрмала темеље националних тржишних привреда. Преливање финансијске и економске кризе на привреду Србије почетком 2008. године, одвијало се по сличном обрасцу као у другим земљама у транзицији. Она се може класификовати као системски шок који има негативан утицај на функционисање система здравствене заштите и здравствено стање становника. Циљ овог рада је анализа ефеката глобалне економске кризе на финансирање здравственог система, генерисање ресурса, пружање здравствених услуга и процену ефеката глобалне економске кризе на здравље становника Републике Србије.

Метод: У раду су анализирани трендови доступних социјално-економских показатеља, показатеља финансирања здравствене заштите, показатеља обезбеђености становништва здравственом заштитом, показатеља коришћења здравствене заштите и показатеља здравственог стања становништва у периоду од 2000. до 2011. године или последњи доступни подаци. Трендови су анализирани методом дескриптивне статистике и Јоинпоинт анализом регресије, којом су идентификоване тачке где су настале значајне статистичке промене за ниво значајности $p < 0,05$.

Резултати: Резултати овог истраживања су показали да су 2008. године идентификоване јоинпоинт тачке промене за БДП пер цапита ППП УС\$ (АПЦ=1,2%), процентуално учешће јавног дуга у БДП (АПЦ=20,9%) и стопу незапослености (АПЦ=14,8%). Гини коефицијент је 2009. године почео да расте ($p > 0,05$). Укупни и јавни расходи за здравствену заштиту по становнику у америчким доларима су смањени, АПЦ= -2,0%, АПЦ= -1,1% ($p > 0,05$). Током периода економске кризе стопа инциденције ХИВ-а, инциденција заразних болести и канцера су имали тренд раста ($p > 0,05$), осим стопе инциденције АИДС (АПЦ=7,9%). Очекивано трајање живота на родјењу за оба пола, током посматраног периода је континуирано расло. Стопа смртности одојчади и перинатална смртност су континуирано опадале, док је стопа матернална смртности расла, АПЦ=11,4%, ($p > 0,05$). Јоинпоинт тачка је идентификована у 2008. години код стандардизованих стопа смртности од цереброваскуларних болести (АПЦ= -8,3%), малигнух неоплазми (АПЦ= -0,7%), болести повезаних са употребом алкохола (АПЦ= -6,8%) и са пушењем (АПЦ= -8%). Стандардизоване стопе смртности услед дијабетес мелитуса, менталних поремећаја и поремећаја понашања и саобраћајних несрећа су показале тренд раста ($p > 0,05$).

Закључак: Глобална економска криза је имала ефекте на смањење расположивих финансијских средстава за функционисање система здравствене заштите, док су ефекти

кризе на здравствено стање становника у овом периоду после кризе, само делимично видљиви. Ефекти кризе на неким показатељима су ублажени националним програмима и мерама здравствене политике, интернационалним пројектима и мултисекторским и секторским стратегијама које имају импликације на здравствени систем.

Кључне речи: глобална економска криза, здравствени систем Србије, здравље становништва Србије, финансирање здравственог система.

EFFECTS OF THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS ON HEALTH SYSTEM AND HEALTH STATUS OF THE SERBIAN POPULATION

Nataša Popović, ¹ Zorica Terzić-Šupić, ¹ Jelena Marinković,² and Snežana Simić ¹

¹Institute of Social Medicine, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia,

²Institute of Medical Statistic and Informatics, School of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Introduction: The global economic crisis that began in 2007 has led to a recession and undermined national market economies. The spilling over of the financial and economic crisis on the Serbian economy in early 2008 occurred to a similar pattern as in other countries in transition. It can be classified as a system shock that have a negative impact on the functioning of the healthcare system and the health status of the population. The objective of this paper was to analyze the effects of the global economic crisis on the financing of the health system, generating resources, providing health care services and assess the effects of the global economic crisis on the health of the population of Serbia.

Methods: This paper analyzes the trends of available socio-economic indicators, indicators of health system financing, indicators of provision of health care services, health care utilization indicators and indicators of the health status of the population, in the period from 2000 to 2011 or latest available data. Trends were analyzed using descriptive statistics and Joinpoint regression analysis, which were identified the point where incurred statistical significant changes to the level of significance $p < 0.05$.

Results: The results of this research have shown that in 2008 identified joinpoint change points for GDP per capita PPP US\$ (APC = 1.2%), public debt as % of GDP (APC = 20.9%) and unemployment rate (APC = 14.8%). The Gini coefficient in 2009 began to rise ($p > 0.05$). Total and public expenditure on health per capita in US\$ were reduced APC = -2.0%, APC = -1.1% ($p > 0.05$). During the period of the economic crisis incidence rates for HIV, communicable diseases and cancer incidence have had an upward trends ($p > 0.05$), except incidence rate of AIDS (APC = 7.9%). Life expectancy at birth for both sexes, during the observed period was continuously growing. The infant mortality rate and perinatal mortality rate have continuously declined while the maternal mortality rate increased APC = 11.4% ($p > 0.05$). Joinpoint was identified in 2008 at the standardized mortality rates from cerebrovascular disease (APC = -8.3%), malignant diseases (APC

= -0.7%), diseases associated with alcohol consumption (APC = -6.8%) and smoking (APC = -8%). Standardized mortality rates for diabetes mellitus, mental and behavioral disorders and traffic accidents have shown increasing trends ($p > 0.05$).

Conclusion: The global economic crisis has had an effects on the reduction of available financial resources for the functioning of the health system, while effects on the health status of the population in the period after the crisis was only partially visible. The effects of the crisis on some indicators were alleviated with national programs and measures of public health policy, the international projects and multisectoral and sectoral strategies that have implications on the health system of Serbia.

Key words: Global economic crisis, health system, health status of the population of Serbia, financing of health care

СОЦИЈАЛНЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ ПОРЕМЕЋАЈА ИСХРАНЕ КОД ДЕЦЕ ДО ПЕТ ГОДИНА СТАРОСТИ: ЕТНИЧКЕ И РЕГИОНАЛНЕ РАЗЛИКЕ

Јелена Брцански • Александра Јовић-Вранеш • Јелена Маринковић • Драгана Фавре

Циљеви: Процена повезаности фактора раста деце до пет година старости у Србији која припадају ромској, односно општој популацији и социјалних детерминанти здравља.

Метод: Студија пресека - секундарна анализа података добијених у оквиру МИКС 4 (УНИЦЕФ) истраживања које је спроведено 2010. године у Србији, а које је укључивало узорак ромске деце и деце која припадају општој популацији. Укупан број упитника који је посматран у истраживању, а односио се на децу до пет година старости био је 4.978. Логистичка регресија је коришћена за идентификацију повезаности фактора раста и социјалних детерминанти здравља.

Резултати: Ромска деца су имала више од три пута већу шансу да развију умерено заостајање у расту и/или тешки облик заостајања у расту у односу на децу која припадају општој популацији најнижег су индекса богатства. Деца која припадају општој популацији и настањена су изван региона Београда имају мању шансу за развој умереног заостајања у расту у односу на децу настањену у региону Београда. Ромска деца су у двоструко већем ризику да развију умерено заостајање у расту уколико живе у региону Београда у поређењу са ромском децом која живе у јужним и источним деловима Србије.

Закључак: Наши резултати указују на потребу креирања национално и регионално осетљивих програма за решавање проблема поремећаја исхране.

Кључне речи: Етничка припадност, Регионалне разлике, Малнутриција, Роми, Сиромаштво

SOCIAL DETERMINANTS OF MALNUTRITION AMONG SERBIAN CHILDREN AGED <5 YEARS: ETHNIC AND REGIONAL DISPARITIES

Jelena Brcanski • Aleksandra Jović-Vraneš • Jelena Marinković • Dragana Favre

Objectives: To assess the association between growth indicators of Serbian children aged <5 years of Roma and non-Roma populations and social determinants of health.

Methods: This study used a cross-sectional secondary data analysis design to measure national and Roma population samples from the MICS 4 (UNICEF) performed in 2010 in

Serbia. A total of 4,978 questionnaires were observed with children aged <5 years. Logistic regression analysis was performed to identify association between social determinants of health and growth indicators.

Results: Roma children were more than three times more likely to exhibit stunted and/or severely stunted than non-Roma children from the lowest wealth quintile. Non-Roma

children residing outside of the Belgrade region had a lower risk of stunted compared to children residing within the Belgrade region, while the risk of stunted among Roma children was nearly twofold greater than those residing in southern and eastern Serbia than in the Belgrade region.

Conclusions: Our findings clarified the necessity to establish ethnically and regionally sensitive programs to solve the malnutrition problems.

Keywords: Ethnicity, Regional disparities, Malnutrition, Roma, Poverty

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ДЕЦЕ СА ХРОНИЧНИМ БОЛЕСТИМА

Нина Б. Кубуровић¹, Срђан Пашић¹, Гордана Сушић², Дејан Стевановић³, Владимир Кубуровић¹, Славиша Здравковић¹

¹Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Београд, Србија

²Институт за реуматологију, Београд, Србија

³Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Београд, Србија

Увод: Хронична болест која се јавља код деце током њиховог раста и развоја може да утиче на психосоцијални развој, самоперцепцију, самопоштовање, социјално функционисање и на квалитет живота детета. У Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ је спроведено истраживање квалитета живота повезаног са здрављем деце са примарним имунодефицијенцијама (ПИД). Примарне имунодефицијенције представљају хетерогену групу ретких наследних поремећаја имунског система које карактерише склоност ка честим, понављаним инфекцијама. У овом раду приказаћемо најважније резултате из нашег истраживања као пример процене квалитета живота деце са хроничном болешћу.

Циљ истраживања и метод рада: Основни циљ истраживања је био да се процени квалитет живота повезан са здрављем (енгл. хеалтх-релатед квалити оф лифе, ХРQОЛ), ниво анксиозности и депресивности код деце са ПИД, као и да се утврди на који начин емоционални проблеми ове деце утичу на њихов квалитет живота. Истраживање је спроведено по типу студије пресека. Као инструмент истраживања коришћен је педијатријски упитник о квалитету живота (енг. Педиатриц Qуалити оф Лифе ИнвенторуTM версион 4.0, ПедсQЛTM), упитник за претрагу анксиозности (енг. Сцреен фор Цхилд Анхиету Релатед Емотионал Дисордерс Qуестионнаире, СЦАРЕД), упитник за претрагу расположења и осећања (Моод анд Феелинг Qуестионнаире, МФQ), сви са провереним психометријским карактеристикама. У наше истраживање смо укључили и децу и родитеље, као и две контролне групе, оболеле са јувенилним идиопатским артритисом (ЈИА) и здраву децу. Укупно је учествовало 131 дете и 164 родитеља.

Резултати рада: Наше истраживање је показало да су деца са ПИД имала лошији укупни скор квалитета живота у односу на децу са ЈИА и здраву децу. Осим тога, деца са ПИД су имала значајно лошије емоционално функционисање у односу на децу са ЈИА и социјално функционисање у односу на обе групе деце и то како на основу самопроцене тако и на основу родитељске процене. Интересантно, деца са ПИД су имала лошије физичко здравље у односу на обе контролне групе, али та разлика није била статистички значајна. Деца са ПИД се према сопственој процени нису разликовала у погледу школског функционисања у односу на друге две групе деце. Међутим, родитељска процена је показала да су деца са ПИД имала статистички сигнификантно лошије школско функционисање у односу на децу са ЈИА и здраву децу. Према родитељској процени, свако четврто (24%) дете са ПИД имало је анксиозне симптоме у клинички релевантном опсегу, што је било статистички значајно више у односу на децу са ЈИА и здраву децу ($p = 0,05$). Осим тога, на основу дечје самопроцене, утврђено је и да свако пето (20%) дете са ПИД има депресивне

симптоме у клинички релевантном опсегу, што је указивало на неопходност експертске помоћи.

Такође је утврђена значајна повезаност анксиозних симптома са квалитетом живота деце са ПИД.

Дискусија: Студија из САД је показала да су деца са ПИД имала лошије социјално и школско функционисање у односу на обе контролне групе, и указала на већи емотивни дистрес и веће ограничење слободног времена и породичних активности родитеља са ПИД у односу на родитеље деце оболеле од реуматских болести и здраве деце. Италијански аутори су на основу дечје самопроцене на хомогеном узорку деце са Х-везаном агамаглобулинемијом (ХЛА) утврдили значајно лошије социјално и школско функционисање ове деце у односу на здраву децу, а слично деци са реуматским болестима. Напредак у дијагнози и лечењу оболелих од ПИД омогућио је боље преживљавање, дужи животни век у одраслом добу због чега оболели и њихове породице морају да се суоче са својим хроничним обољењем током раста и развоја у раном детињству и да науче како да живе с њим, да перманентно савлађују сва ограничења која произилазе из тог обољења и да развију преостали здравствени потенцијал.

Закључак: У нашем истраживању смо утврдили да је квалитет живота оболелих значајно угрожен, и то нарочито психосоцијална и емоционална компонента и школско функционисање. Оболели имају повећан ризик за развој интернализујућих психосоцијалних проблема и то анксиозних поремећаја чешће него депресије. Осим тога, утврдили смо разлике између самопроцене и родитељске процене квалитета живота, као и разлике између деце и родитеља у пријављивању емоционалних проблема. Имајући све ово у виду неопходно је да процена ХРQOL и скрининг емоционалних поремећаја постану део мултимодалне процене здравља и исхода лечења деце са хроничним болестима.

Кључне речи: деца; анксиозност; депресивност; примарне имунодефицијенције; квалитет живота.

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN CHILDREN WITH CHRONIC ILLNESS

Nina B Kuburovic¹, Srdjan Pasic¹, Gordana Susic², Dejan Stevanovic³, Vladimir Kuburovic¹, Slavisa Zdravkovic¹

¹ Mother and Child Health Care Institute of Serbia, Belgrade, Serbia

² Institute for Rheumatology, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

³ Clinic for Neurology and Psychiatry for Children and Adolescents, Belgrade, Serbia

Introduction: Health-related quality of life (HRQOL), as a multidimensional construct covering physical, emotional, mental, social, and behavioral components of well-being and functioning, has been recognized as one of the most important PRO measures for evaluating the outcome of a chronic pediatric condition. Considering that HRQOL data provides direct information about the impact of a disorder and its treatment, HRQOL assessments could be a part of multimodal assessment and treatment approach in children with primary immunodeficiency disease (PID) as well.

Objective: The aims of the study were to evaluate levels of health-related quality of life (HRQOL) and the presence of anxiety and depressive symptoms in children with PID in Serbia.

Methods: Participants were the pediatric patients with PIDs diagnosed and treated in the Mother and Child Health Care Institute of Serbia. The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) was used for HRQOL assessments. Anxiety symptoms were identified using the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Questionnaire (SCARED), while depressive symptoms were identified using the Mood and Feeling Questionnaire (MFQ).

Results: Children with PID had significantly lower PedsQL total score compared to children with juvenile idiopathic arthritis (JIA) and healthy children as child-rated ($p = 0.02$) and parent-rated ($p < 0.001$). Specifically, they had significantly lowered emotional functioning compared to children with JIA, and social functioning compared to both, children with JIA and healthy children. However, school functioning was significantly lower among children with PID as only parent-rated. As parent-rated, 6 (24%) out of 25 children with PID had significant anxiety symptoms, while 5 (20%) children had significant depressive symptoms, which was statistically higher than among children with JIA and healthy controls ($p = 0.05$).

Conclusion: HRQOL could be significantly compromised in children with PID, particularly across psychosocial domains, such as emotional, social, and school. These children were also found to be at an increased risk for suffering significant anxiety and depressive symptoms. The differences between children and parents were also found when reporting the HRQOL and emotional problems. This implies that HRQOL data should be routinely collected for every child with chronic illness, including PID, as a part of multimodal assessment and treatment approaches.

Keywords: children; anxiety; depression; primary immunodeficiency disease; quality of life.

ПОВЕЗАНОСТ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИЈАЛНО ЕКОНОМСКИХ ДЕТЕРМИНАНТИ И БЕЗУБОСТИ

Душан Чанковић¹, Јелена Ерић Маринковић², Снежана Укропина¹, Соња Чанковић¹, Ивана Радић¹, Милош Чанковић³

¹Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Србија

²Институт за медицинску статистику и информатику, Београд, Србија

³Клиника за стоматологију Војводине, Нови Сад, Србија

Увод: Обољења уста и зуба су један од водећих јавно здравствених проблема 21. века у свету и налазе се на 4. месту по висини трошкова лечења. Подаци Светске здравствене организације (СЗО) указују да је 15-20% светског становништва животне доби од 35 до 44 године под ризиком од губитка зуба, а око 30% становништва старости од 65 до 74 године нема своје зубе.

Циљ: Циљ рада био је да се испита повезаност демографских (пол, старост, брачно стање, тип насеља, регион) и социјално економских детерминанти здравља (образовање, запосленост, индекс благостања) и безубости.

Метод: У раду су коришћени подаци националног истраживања здравља становника Републике Србије из 2013. године. Број анкетираних особа старијих од 20 година био је 13690. Повезаност демографских и социјално економских детерминанти здравља (независне променљиве) и безубости (зависна променљива) испитивана је биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Статистички значајним сматране су вредности $p < 0,05$.

Резултати: Особе женског пола имају скоро два пута већи ризик ($OR=1,82$) за тоталну безубост у односу на мушкарце. Особе које живе са партнером имају значајно већи ризик за парцијалну ($OR=1,62$) и тоталну безубост ($OR=1,48$) од особа које живе без партнера. Посматрано по типу насеља и регионима (Београд, Војводина, Шумадија и западна Србија, источна и јужна Србија) не постоји повећан ризик од настанка парцијалне и тоталне безубости. Испитаници са нижим образовањем имају три пута већи ризик за парцијалну ($OR=3,13$) и четири пута за тоталну безубост ($OR=4,29$) у односу на испитанике са високим образовањем. Незапослени испитаници имају значајно већи ризик за парцијалну и тоталну безубост у односу на запослене. Посматрајући индекс благостања, припадници најсиромашнијег слоја имају пет пута већи ризик за тоталну безубост ($OR=5,23$) у односу на најбогатији слој.

Закључак: Истраживање је показало да демографске и социјално економске неједнакости доприносе појави парцијалне и тоталне безубости становништва Србије. Неопходно је усмерити јавноздравствене активности из области оралног здравља у правцу најугроженијих социјално економских група становништва, како би се смањио ризик од безубости.

Кључне речи: истраживање здравља, безубост, социјално економско стање.

THE ASSOCIATION OF DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC DETERMINANTS AND EDENTULISM

Dusan Cankovic¹, Jelena Eric Marinkovic², Snezana Ukropina¹, Sonja Cankovic¹, Ivana Radic¹, Milos Cankovic³

¹Institute of public health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

²Institute for medical statistics and informatics, Belgrade, Serbia

³Dental clinic of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Introduction: Oral diseases are one of the leading public health problems in 21. century worldwide and the fourth most expensive disease to treat in most industrialized countries. According to the World Health Organization (WHO), 15-20% of world population aged 35-44 years has risk of tooth loss, and about 30% of aged 65-74 years are edentate.

Objective: The aim of this study was to analyze the association between demographic (gender, age, marital status, type of settlement and geographic region) and socioeconomic determinants of health (education, employment and Wealth Index) and edentulism.

Methods: In this study data were used from the 2013 National Health Survey of the population of Serbia. The interview involved 13.690 adults aged ≥ 20 years. The association between demographic and socioeconomic determinants of health as independent variables, and edentulism as dependent variable were examined using bivariate and multivariate logistic regression analyses. The minimum level of significance was $p < 0.05$.

Results: Females had almost two times higher risk (OR=1.82) for total edentulism in relation to males. Persons who lived with partner have significantly higher risk for partial (OR=1.62) and total edentulism (OR=1.48) than persons without partner. According to the type of settlement and geographic regions (Belgrade, province of Vojvodina, Central and West Serbia, South and East Serbia) there was no increased risk for partial and total edentulism. Respondents with low education had three times higher risk for partial (OR=3.13) and four times for total edentulism (OR=4.29) in relation to respondents with high education. Unemployed respondents had significantly higher risk for partial and total edentulism in relation to employed. According to the Wealth Index, members of the poorest class had five times higher risk for total edentulism (OR=5.23) in related to the richest class.

Conclusion: This study has shown that demographic and socioeconomic inequalities contribute to the appearance of partial and total edentulism of population in Serbia. It is important to address public health programs to most vulnerable socioeconomic groups in order to decrease risk of edentulism.

Key words: health survey, edentulism, socioeconomic status.

ИНЦИДЕНЦИЈА И МОРТАЛИТЕТ КАРЦИНОМА ДОЈКЕ У ЈАБЛАНИЧКОМ ОКРУГУ

Мирослава Димитријевић, Снежана Живковић

Институт за јавно здравље Лесковац, Лесковац, Србија

Институт за јавно здравље Србије " др Милан Јовановић Батут ", Београд, Србија

УВОД: Малигни тумори дојке, представљају водећи узрок оболевања и умирања код жена, како у развијеним земљама света, тако и у нашој средини. У структури оболевања карциноми дојке чине 25% , односно 18% у структури умирања, свих малигнух тумора код жена у Јабланичком округу. Циљ овог рада је да прикаже анализу оболевања и умирања од малигнух тумора дојке у Јабланичком округу у периоду од 1999. до 2013. године.

МЕТОД РАДА: У раду је примењен дескриптивно епидемиолошки метод. Као извор података о оболевању коришћени су подаци Регистра за рак Јабланичког округа. Извор података о умирању од малигнух тумора дојке су подаци Регистра за рак централне Србије, за период од 1999. до 2013. године. Извор података о популацији, за анализиране године, су процене становништва Републичког завода за статистику. Стопе оболевања и умирања су стандардизоване методом директне стандардизације, а као стандардна популација коришћена је популација света (АСР-W).

РЕЗУЛТАТИ: У посматраном периоду од рака дојке је у просеку годишње оболеvalo 80 и умрло 37 жена Јабланичког округа. Просечна стандардизована стопа инциденције износила је 41,9 на 100.000, а просечни стандардизовани морталитет 16,9 на 100.000 жена. Током анализираниог периода, стандардизоване стопе и инциденције и морталитета од малигнух тумора дојке су варирале. Највише стандардизоване стопе инциденције су регистроване 2008. и 2009. године 52,2 односно 52.0 на 100.000 жена, а највиши стандардизовани морталитет 23,9 на 100.000 током 2010.године. Током анализираниог периода, регистрован је пораст стандардизованих стопа и инциденције и морталитета од малигнух тумора дојке у Јабланичком округу.

ДИСКУСИЈА: У тренутку постављања дијагнозе малигног тумора дојке највећи број жена Јабланичког округа је било узраста од 55 до 69 година старости.Више од 18% тумора је било проширено на суседне анатомске структуре, регионалне лимфне жлезде или удаљене органе. Морфолошки, 70% малигнух тумора дојке, чинили су инвазивни дуктални карциноми, а најчешћа примарна анатомска локализација тумора је био спољашни горњи квадрант. Највише узрасно специфичне стопе морталитета су регистроване у старијем узрасту 65 и више година.

ЗАКЉУЧАК: На основу приказаних података жене Јабланичког округа се налазе у средњем ризику и оболевања и умирања од малигнух тумора дојке.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: малигни тумори дојке, регистар за рак, оболевање, умирање, тренд

BREAST CANCER INCIDENCE AND MORTALITY IN JABLANICA REGION

Miroslava Dimitrijević, Snežana Živković

Institute of Public Health of Leskovac, Leskovac, Serbia

Institute of Public Health of Serbia " dr Milan Jovanović Batut ", Belgrade, Serbia

BACKGROUND: Breast cancer is the leading cause of cancer incidence and mortality in female all over the world and also in our country. Breast cancer contributes in 25% and 18% of all cancer incidence and mortality cases in women in Jablanica region. The aim of this article is to show analysis of breast cancer incidence and mortality in Jablanica region from 1999 -2013.

METHOD: Descriptive epidemiological method. Source of information for cancer incidence was Cancer Registry of Jablanica region and for mortality data Cancer registry of Central Serbia for the period 1999 -2013. The source of data concerning the population was estimates of the Republic Statistics Institute. Incidence and mortality rates were standardized by the method of direct standardization, with the World Standard Population (ASR-W).

RESULTS: Every year 80 women were diagnosed with breast cancer and 37 annually died during this period in Jablanica region. Average standardized incidence was 41, 9/100.000 and average standardized mortality was 16,9/100.000. During analyzed period standardized incidence and mortality rates varied. The highest incidence rate was in 2008. and 2009. years, 52,2 respectively 52,0 /100.000 and the highest standardized mortality, 23.9 /100.000, was in 2010. During analyzed period standardized incidence and mortality rates increased.

DISCUSSION: At the date of breast cancer diagnose the highest number of women were in two age groups from 55 to 69 years. More than 18% of women had disseminated cancer, from local extended organs, regional lymph nodes to metastasis in one or more organs. Morphologically, 70% of breast cancer was invasive ductal cancer and most frequent anatomical localization of cancer was lateral upper quadrant. The highest age specific mortality rates were registered between 65 years and over old women

CONCLUSION: Women in Jablanica region have middle risk of breast cancer incidence and mortality.

KEY WORDS: Breast cancer, Cancer registry, Incidence, Mortality, Trend

ПОПУЛАЦИОНИ РЕГИСТАР ЗА РАК У ГРАДСКОМ ЗАВОДУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ БЕОГРАД У ПЕРИОДУ 1970-2014.ГОДИНЕ

Јасна Ристић, Љубинка Марчетић, Светлана Милтеновић, Наташа Росић, Момчило Вујетић
Градски завод за јавно здравље Београд, Београд, Србија

Популациони регистар за рак у Градском заводу за јавно здравље Београда установљен је 1970. године. До 2014 евидентирано је 148900 лица оболелих од рака, а од тог броја одјављено је из регистра 84302 лица (56,4%). Инциденција на 100 000 становника је повећана са 98 у 1970. на 535 у 2014. години.

Просечна старост при пријави оболелих је у порасту (код мушкараца са 58 на 67 година, а код жена са 55 на 65 година).

Највиша стопа оболелих и умрлих је на територији општина: Савски Венац, Земун, Врачар.

Најчешће малигне неоплазме код мушкараца су злоћудни тумор душника и плућа, други злоћудни туморе коже и злоћудни тумор простате, а код жена је злоћудни тумор дојке, злоћудни тумор коже и тумор материце. Мушкарци најчешће умиру од злоћудног тумора душника и плућа, простате и дебелог црева, а жене од злоћудног тумора дојке, душника и плућа и дебелог црева.

У периоду од 1990.-2014. оболело је 1113 деце до 19 година и то 650 мушког (58,4%) и 463 женског пола (41,6%), а одјављено је 231 дете и то 143 мушког пола (61,9%) и 88 женског пола (38,1%).

Најчешће регистрована дијагноза код деце су леукемија лимфоидних ћелија крви, злоћудни тумор мозга и мијелоидна леукемија. Деца су најчешће умирала од злоћудног тумора мозга, мијелоидне леукемије и леукемије лимфоидних ћелија крви.

Пријављивање малигних болести из здравствених установа је недовољно, некомплетно и неблаговремено. Пријаве се достављају у папирном облику. Здравствене установе које достављају податке у електронском облику суочавају се са проблемима везаним за софтвер који користе што доводи до кашњења у достављању податка и до некомплетног садржаја. Због неадекватно попуњених пријава регистар нема све потребне податке.

Регистар се редовно ажурира подацима из Потврде о смрти (од 2011. за 26,8% оболелих се сазнало из ДЕМ2).

Постојећи регистар је доста ригидан и не даје информације о променама здравственог стања оболелих лица.

Популациони регистар треба да пружи податке о лицима оболелим од рака на одређеном подручју и у одређеном временском периоду. Међутим, инциденција коју сада можемо да прикажемо представља пре инциденцију пријављивања него обољевања. У овом тренутку, могу да се добију подаци који представљају пре дужину боравка у регистру него дужину преживљавања.

Квалитет података у Популационом регистру за малигне неоплазме у Београду није задовољавајући. Валидност података у регистру зависи од односа здравствених установа према достављању Пријава.

И поред наведеног, Популациони регистар за малигне неоплазме представља важан извор података о лицима оболелим од рака, извор је података за процену здравственог стања становништва и основ за планирање и програмирање здравствене заштите.

Кључне речи

популациони регистар, малигне неоплазме, инциденција, дијагнозе

POPULATION-BASED CANCER REGISTRY AT THE CITY INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF BELGRADE IN THE PERIOD FROM 1970 TO 2014

Jasna Ristić, Ljubinka Marčetić, Svetlana Miltenović, Nataša Rosić, Momčilo Vujetić
Institute of public health of Belgrade, Belgrade, Serbia

Population-based Cancer Registry at the City Institute of Public Health was established in 1970. By March 31, 2015, there have been 148 900 persons suffering from cancer, out of whom 84302 persons (56.4%) are no longer registered. The incidence per 100 000 inhabitants has increased from 98 in 1970 to 535 in 2014. The average patients' age at the time of registration is increasing (from 58 to 67 years for men, and from 55 to 65 years for women).

The morbidity and mortality rates are the highest on the territory of the following Belgrade municipalities: Stari Grad, Zemun, Vracar.

The most common malignant neoplasms in men are cancer of trachea and lungs, followed by malignant skin tumors and prostate cancer. In women, the most common are breast cancer, skin cancer and tumor of the uterus. The main causes of death in men are malignant tumor of the trachea and lungs, prostate and colon cancer, and in women breast cancer, trachea and lungs cancer and colon cancer.

From the year of 1990-2014, 536 children up to the age of 19 have been registered, comprising 650 males (58.4%) and 436 females (41.6%) with 231 deaths, 143 males (61,9%) and 88 females (38,1%).

The most frequent diagnoses registered in children are lymphoblastic leukemia, malignant brain tumors and myeloid leukemia. The leading causes of death in children were malignant brain tumor, myeloid leukemia and lymphoblastic leukemia.

The registration of malignant neoplasms from medical institutions is often insufficient, incomplete and untimely. Registration forms are usually submitted in paper form. Medical institutions providing electronic data are facing problems with their softwares which leads to data delay and incompleteness. Due to the inadequately completed registration forms, the Registry is lacking all the necessary data.

The Register is regularly updated with data from Death certificates (since the year of 2011, 26,8% affected).

The existing Register is quite rigid and does not provide information about changes of patients' health status. Population-based register should provide information on patients with cancer in specific area and period of time. However, the calculated incidence represents a reporting incidence rather than the disease incidence. At this time, from Register data we can obtain registration length and seldom actual survival rate.

The quality of the Population-based Register of Malignant Neoplasm in Belgrade can not be positively estimated. The data validity in the Register depends on the adequacy of the health institutions towards the submission of registration forms.

Nevertheless, the Population-based Register of Malignant Neoplasm is the important source of data on cancer patients, and furthermore, the main source of data for the evaluation of population health status and the base for the healthcare planning and programming as well.

Key words

Population-based Register, Malignant Neoplasm, incidence , diagnosis

ТЕМА:
НЕЈЕДНАКСТИ У ЗДРАВЉУ
HEALTH INEQUALITIES

НЕЈЕДНАКОСТИ У ЗДРАВЉУ

Дејана Вуковић

Универзитет у Београду, Медицински факултет

Неједнакости у здрављу представљају разлику у здравственом стању или детерминантама здравља између популационих група. Овакве разлике се сматрају неправичним уколико су непоштене и могу се избећи. Неправичне разлике у здрављу су од посебног значаја али није увек једноставно установити које су разлике непоштене, јер то укључује вредносни суд. Оно што се у неким друштвима сматра непоштеним разликама, у другима не мора бити тако. Социјалне детерминанте здравља укључују услове у којима се људи рађају, одрастају, живе и раде, а са своје стране су одређени ширим економским, друштвеним и политичким условима. Опште је прихваћено да су социјалне детерминанте у основи непоштених разлика у здрављу.

Бројна истраживања показују да су популационе групе са нижим нивоом едукације и нижим приходима као и они који живе у лошијим суседствима више изложене факторима ризика за обољевање повређивање, мање посећују лекаре, чешће оболевају и имају већу вероватноћу од преране смрти у поређењу са популационим групама које имају боље образовање, више приходе и живе у бољим суседствима. У истраживањима социјалних неједнакости у здрављу као одредница социјалног статуса на индивидуалном нивоу углавном се користе занимање, образовање или приходи, а све чешће и агрегатне мере које се заснивају на географским варијацијама у здрављу и детерминантама здравља које су уочене између локалитета са различитим социјално економским карактеристикама.

Уколико нам је циљ да смањимо неједнакости у здрављу потребно је установити како меримо неједнакости, као и како можемо да пратимо ефекте мера за смањивање неједнакости у здрављу. Мере које се користе треба да одражавају социјално економску димензију неједнакости у здрављу, да одражавају ситуацију у популацији и да буду осетљиве на промене које се дешавају у односу на социјално економске групе.

У литератури се поред мера које одражавају апсолутне и релативне неједнакости у здрављу између популационих група све више користе и друге мере као што су нагиб индекса неједнакости и релативни индекс неједнакости. Нагиб индекса неједнакости показује однос између нивоа здравља односно учесталости здравственох проблема у свакој социјално економској категорији и хијерархијског ранга категорије на социјалној скали. Нагиб индекса неједнакости је осетљив на просечне вредности показатеља здравља у популацији, па се уводи и релативни индекс неједнакости. Користи се и концентрациони индекс који показује у коликој мери су неједнакости у здрављу систематски повезане са социјално економским статусом.

Праћење мера неједнакости у здрављу је веома значајно за јавно здравље јер омогућава усмеравање интервенција у правцу смањивања неједнакости, као и евалуацију јавноздравствених активности. Пожељно је да се комбинује више мера да би се добила потпунија слика неједнакости у здрављу.

HEALTH INEQUALITIES

Dejana Vuković

University of Belgrade, Faculty of Medicine

Health inequalities represent a difference in the health status or the distribution of health determinants in population groups. These differences are considered inequitable if they are unfair and avoidable. Unfair differences are especially significant, however, determining which differences are unfair is not always simple, as it implies a value judgment – what is in some societies considered unfair, may not be in another one. Social determinants of health, which include the conditions in which people are born, grow up and work, are in their part determined by broader economic, social and political conditions. It is widely acknowledged fact that social determinants represent the root of health inequities.

Numerous researches have shown that population groups with a lower education level and lower income, as well as those who live in more disadvantaged neighborhood are more exposed to risk factors for disease or injury, are less likely to visit a doctor and have a higher likelihood of premature death, compared to population groups with better education level, higher income and who live in better neighborhoods. In researches concerning social inequalities in health, the determinants of social status include occupation, education or income, and more often aggregated measures which are based on geographical variations in health and health determinants which are observed in sites with different socio-economic characteristics.

If our goal is to reduce health inequalities, it is necessary to establish how we measure inequalities and how we can monitor the effects of health inequality-reducing measures. Measures that are used should reflect socio-economic dimension of health inequalities, to reflect the situation in population and to be sensitive to changes which occur in relation to socio-economic groups.

Studies use, apart from measures which reflect absolute and relative health inequalities between population groups, other measures, such as slope index of inequality and relative index of inequality. Slope index of inequality shows the relation between levels of health, that is – the frequency of health problems in each socio-economic category and the rank of category on the social scale. Slope index of inequality is sensitive to average values of health indicators in the population, and that is why a relative inequality index is introduced. A concentration index is also used, and it shows to what extent are health inequalities systematically related to socio-economic status.

Monitoring of health inequality measures is highly significant to public health being that it enables redirection of interventions in order to reduce these inequalities as well as evaluation of public health activities. It is advisable to combine multiple measures in order to get a more complete image of inequalities in health.

РАЗЛИКЕ У ЗДРАВЉУ У ОДНОСУ НА ПОЛ КОД СТАРИХ ОСОБА У ВОЈВОДИНИ

Соња Чанковић, Весна Мијатовић Јовановић, Душан Чанковић, Ивана Радић, Сања Хархаји
Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Србија

Увод: Према Светској здравственој организацији веома је важно обезбедити квалитативне и квантитативне податке о детерминантама здравља као и разликама у здрављу и коришћењу здравствене заштите. Циљ овог рада је био да се сагледају социјално-економске одреднице здравља и разлике у здрављу старих особа у односу на пол на територији Војводине.

Метод рада: Истраживање је спроведено као ретроспективна студија пресека, а подаци су добијени из Истраживања здравља становништва Србије спроведеног 2013. године. Истраживање је обухватило 885 испитаника старости 65 и више година који су интервјуисани у домаћинствима на територији Војводине. Предмет истраживања били су демографски (пол, старост и брачни статус) и социо-економски фактори (образовање и индекс благостања), самопроцена здравља, хроничне болести, активности свакодневног живота, инструменталне активности свакодневног живота, депресија и социјална подршка. Персонал Хеалтх Куестионнаире-8 (ПХQ-8) је употребљен за процену присуства депресије.

Резултати: У овом истраживању било је више жена (58,1%) него мушкараца (41,9%), чија је просечна старост била 73,9, односно 73,0 године. Жене чешће живе саме ($\chi^2=110,5$; $p<0,001$). Највећи проценат мушкараца (41,0%) је имао средње образовање, док је највећи проценат жена (69,3%) имао нижи ниво образовања ($\chi^2=79,0$; $p<0,001$). Највећи број старих према индексу благостања припада категорији најсиромашнијих (40,1%), при чему је међу њима значајно више жена (43,0% према 36,1%; $\chi^2=10,2$; $p=0,037$). Мушкарци су у већем проценту проценили своје здравље као добро (34,5%) у односу на жене (23,7%) ($\chi^2=15,5$; $p<0,001$). Више мушкараца се изјаснило да нема ограничења у активностима свакодневног живота ($\chi^2=11,2$; $p=0,004$), док није било разлика у односу на пол код инструменталних активности свакодневног живота. Према резултатима добијеним коришћењем ПХQ-8, без симптома депресије је било (79,7%) мушкараца, што је значајно више у поређењу са женама (69,7%) ($\chi^2=11,8$; $p=0,019$). Жене наводе да имају и већи број хроничних болести, односно стања ($\chi^2=22,0$; $p<0,001$). Нема разлике по полу у броју особа на коју могу да рачунају када имају озбиљне личне проблеме.

Закључак: Највећи број старих у Војводини припада популацији најсиромашнијих, при чему је међу најугроженијима значајно више жена. Резултати истраживања указују на значајне разлике у здрављу у односу на пол, као и на лошије здравље жена. Доношење одговарајућих социјалних и здравствених програма је неопходно за укупно унапређене социјалног статуса популације старих као и за смањење разлика и неправедности у здрављу.

Кључне речи: старење, неједнакост у здравственом стању, социо-економски фактори, истраживање здравља, пол

GENDER DIFFERENCES IN HEALTH AMONG ELDERLY IN VOJVODINA

Sonja Čanković, Vesna Mijatović Jovanović, Dušan Čanković, Ivana Radić, Sanja Harhaji
Institute of Public Health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Introduction: According to the World Health Organization it is very important to provide qualitative and quantitative information on health determinants and differences in health and health care use. The aim of this study was to analyze socio-economic determinants of health and differences in health among elderly in Vojvodina taking gender into account.

Methods: Research was carried out as a retrospective cross-sectional study. Data was obtained from the National health survey in Serbia which was conducted in 2013. Study included 885 examinees aged 65 years and over who were interviewed in households on the territory of Vojvodina. Analyze included demographic (gender, age, and marital status), socio-economic factors (education and Wealth index), self-perceived health, chronic diseases, activities of daily living (ADLs), instrumental activities of daily living (IADLs), depression and social support. Personal Health Questionnaire-8 (PHQ-8) was used to measure depression.

Results: In this study there were more females (58.1%) than males (41.9%), having mean age 73.9 and 73.0 years, respectively. Women were more likely to live without partner ($\chi^2=110.5$; $p<0.001$). The highest percentage of males (41.0%) had a middle education, while the highest proportion of females (69.3%) had a low education ($\chi^2=79.0$; $p<0.001$). The majority of older people, according to the Wealth index, was from the poorest class (40.1%), and among them number of women was significantly higher (43.0% vs 36.1%; $\chi^2=10.2$; $p=0.037$). More males assessed their health as good (34.5%) compared to females (23.7%) ($\chi^2=15.5$; $p<0.001$). More males reported no limitations in ADLs ($\chi^2=11.2$; $p=0.004$), but there were no gender differences in IADLs. According to the PHQ-8, significantly more males were not depressed (79.7%) compared to females (69.7%) ($\chi^2=11.8$; $p=0.019$). Women also reported greater number of chronic diseases ($\chi^2=22.0$; $p<0.001$). There were no differences in number of persons in which they can rely on according to the gender.

Conclusion: The majority of older people in Vojvodina is from the poorest class and among those who are most vulnerable number of women is significantly higher. This study has shown that differences in health according to the gender exist among old people and women have worse health condition. The development of appropriate social and health programs is necessary for the improvement of social status of the elderly population as well as for reduction of disparities and inequity in health.

Key words: Aging, Health Status Disparities, Socioeconomic Factors, Health Surveys, Gender

НИВО ОБРАЗОВАЊА И ГОЈАЗНОСТ КОД ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА ВОЈВОДИНЕ

Ивана Радић, Мирјана Мартинов Цвејин, Светлана Квргић, Сања Хархаји, Снежана Укропина, Наташа Драгнић
Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Србија

Увод: У другој половини 20-тог века установљено је да је ниво образовања повезан са здрављем и често се користи као индикатор социоекономског положаја. Повезаност између нивоа образовања и гојазности је под утицајем пола и нивоа економске развијености земље: обрнута повезаност је чешћа у високо развијеним земљама, док је позитивна повезаност чешћа у мање развијеним земљама. Циљ рада је утврдити да ли постоје разлике у преваленцији гојазности између особа различитог нивоа образовања код одраслог становништва Војводине.

Метод: Истраживање представља студију пресека и део је Истраживања здравља становништва Србије 2013, спроведеног 2013. године од стране Министарства здравља Републике Србије. Истраживањем је обухваћено становништво узраста 15 и више године са територије Војводине. Инструмент истраживања је био упитник, док су подаци о индексу телесне тежине (*БМИ - боду мас индек*) добијени мерењем. Ниво образовања је подељен у 3 категорије: завршена/незавршена основна школа, средња школа и виша/висока школа. Гојазност је дефинисана као $BMI \geq 30,00 \text{ kg/m}^2$ према класификацији Светске здравствене организације.

Резултати: Узорак је чинило 3550 особа које су имале пребивалиште на територији Војводине у време спровођења истраживања. Просечна старост испитаника је била 50,2 године (мин=15, мах=94 године). Међу испитаницима је било више особа женског пола (55,2%). Структура образовања је била значајно повољнија код мушкараца међу којима је 28,8% имало завршену/незавршену основну школу, док је код жена тај проценат износио 41,1% ($\chi^2=61,862$; $p<0,001$). Преваленција гојазности је износила 23,0%, при чему је гојазност била значајно заступљенија код особа женског пола (24,9% vs. 20,6%) ($\chi^2=61,832$; $p<0,001$). Посматрано према нивоима образовања гојазност је била најзаступљенија код особа које су имале најнижи ниво образовања (завршена/незавршена основна школа) (27,1%), док је најмање гојазних било у групи испитаника са вишом/високом стручном спремом (16,5%) ($\chi^2=30,654$; $p<0,001$). Разлика у преваленцијама гојазности између највишег и најнижег нивоа образовања је знатно већа код жена у односу на мушкарце. Код жена најнижег нивоа образовања преваленција гојазности је износила 31,0%, док је код најобразованијих жена била 16,5% ($\chi^2=52,856$; $p<0,001$). Код мушкараца је у групи са најнижим нивоом образовања било 20,0% гојазних, а у групи са највишим нивоом образовања 16,5% ($\chi^2=21,476$; $p=0,002$).

Закључак: Преваленција гојазности је виша код особа нижег нивоа образовања, с тим да су разлике у преваленцијама гојазности између особа највишег и најнижег нивоа образовања израженије код особа женског пола.

Кључне речи: ниво образовања, гојазност, пол.

EDUCATIONAL LEVEL AND OBESITY AMONG ADULTS IN VOJVODINA

Ivana Radić, Mirjana Martinov Cvejin, Svetlana Kvirgić, Sanja Harhaji, Snežana Ukropina, Nataša Dragnić

Institute of Public Health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Introduction: In the latter half of the 20th century it has been shown that education is associated with the health outcomes and it is often used as an indicator of socioeconomic position. The relationship between educational attainment and obesity was modified by both gender and the country's economic development level: an inverse association was more common in studies of higher-income countries and positive association was more common in lower-income countries. The aim of the study was to determine if there are differences in obesity prevalence among adults with different educational level in Vojvodina.

Methods: This cross sectional study is a part of the National Health Survey of Serbia 2013, conducted in 2013 by the Ministry of Health of the Republic of Serbia. Study included persons aged 15 and older who lived in Vojvodina. The instrument of the study was a questionnaire, while data on the body mass index (BMI) were obtained by measurement. Educational level was categorized as low (completed and uncompleted elementary school), middle (high school) and high (faculty). Obesity is defined as $BMI \geq 30,00 \text{ kg/m}^2$, according to World Health Organization classification.

Results: The sample included 3550 individuals living in Vojvodina at the time the study was conducted. The average age of the participants was 50.2 (min=15, max=94). Female gender was more prevalent (55.2%). Educational level was more favorable among men, where 28.8% had completed/uncompleted elementary school, while among women that percentage was 41.1% ($\chi^2=61.862$; $p<0.001$). Obesity prevalence was 23.0%, greater in women than in men (24.9% vs. 20.6%) ($\chi^2=61.832$; $p<0.001$). According to the educational attainment, obesity prevalence was highest in the low educational attainment category (27.1%) and lowest in the high educational attainment category (16.5%) ($\chi^2=30.654$; $p<0.001$). The differences between obesity prevalences in the lowest and highest educational level category were greater in women than in men. The least educated women had obesity prevalence of 31.0%, while in most educated women the prevalence was 16.5% ($\chi^2=52.856$; $p<0.001$). In men, the obesity prevalence in the low educational attainment category was 20.0%, while in the high educational attainment category was 16.5% ($\chi^2=21.476$; $p=0.002$).

Conclusion: Obesity prevalence is higher among individuals with lower a educational level, with larger differences in obesity prevalence between lowest and highest educational level in women.

Key words: educational status, obesity, gender.

УЧЕСТАЛОСТ И УДРУЖЕНОСТ ФАКТОРА РИЗИКА КОД АДОЛЕСЦЕНАТА У НОВОМ САДУ

Ивана Радић, Снежана Укропина, Сања Хархаји, Весна Мијатовић Јовановић, Соња Чанковић, Душан Чанковић
Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Србија

Увод: Адолесценција је изузетно значајан период за формирање ставова и понашања у вези са здрављем. Употреба психоактивних супстанци и алкохола је посебно забрињавајуће ризично понашање, како због своје велике распрострањености, тако и због несагледивих последица које оставља на психолошко, социјално и физиолошко функционисање младих особа. Циљ рада је утврдити учесталост и удруженост ризичног понашања (пушење цигарета, злоупотреба алкохола и марихуане) и разлике по полу код адолесцената у Новом Саду.

Метод: Истраживање представља студију пресека и спроведено је 2012. године према методу Европског школског истраживања о употреби алкохола и других дрога међу младима (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ЕСПАД*). Истраживањем је обухваћено 706 ученика узраста 16 година (51,6% младића и 48,5% девојака) из 12 средњих школа у Новом Саду.

Резултати: Више од 1/3 ученика је некад током живота пушило цигарете (40,5% младића и 34,7% девојака) при чему разлике по полу нису статистички значајне ($p > 0,05$). Сваки осми младић и исто толико девојака је свакодневно пушило цигарете (12%). Конзумирање алкохола бар једном у животу је било заступљеније код младића (91,5% *vs.* 83,4%) ($\chi^2=10,467$; $p < 0,001$). Скоро половина младића (44,7%) и четвртина девојака (24,4%) су изјавили да су се бар једном напили, са значајним разликама по полу ($\chi^2=31,607$; $p < 0,001$). Сваки десети младић (10,0%) и свака шеснаеста девојка (6,4%) су бар једном у животу пробали марихуану ($p > 0,05$). Младићи који су свакодневно пушили цигарете су се у већем проценту напили некада у животу (83,7% *vs.* 39,4%) ($\chi^2=29,862$; $p < 0,001$) или пробали марихуану (46,7% *vs.* 4,6%) ($\chi^2=77,991$; $p < 0,001$) у поређењу са онима који нису пушили сваки дан. Слична је ситуација и међу девојкама, оне које су свакодневно пушиле су се у већем проценту напиле некад у животу (78,6% *vs.* 16,8%) ($\chi^2=75,853$; $p < 0,001$). Учесталост пробања марихуане је такође била значајно чешћа код девојака које су свакодневно пушиле (32,6% *vs.* 2,7%) ($\chi^2=55,565$; $p < 0,001$).

Када се посматра удруженост посматраних фактора ризика (свакодневно пушење, опијање бар једном у животу и коришћење марихуане) уочава се да су фактори ризика били значајно чешћи код ученика мушког пола ($\chi^2=34,801$; $p < 0,001$). Један или два посматрана фактора ризика је имало 41,8% младића и 24,8% девојака, а сва три 5,7% младића и 3,2% девојака.

Закључак: Ризично понашање је значајно учесталије код младића, са изузетком навике пушења која је подједнако заступљена код оба пола. Ученици код којих постоји један облик ризичног понашања значајно чешће испољавају и друге облике ризичног понашања.

Кључне речи: адолесценти, фактори ризика, пушење цигарета, алкохол, марихуана.

FREQUENCY AND CO-OCCURRENCE OF RISK FACTORS AMONG ADOLESCENTS IN NOVI SAD

Ivana Radić, Snežana Ukropina, Sanja Harhaji, Vesna Mijatović Jovanović, Sonja Čanković, Dušan Čanković

Institute of Public Health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Introduction: Adolescence is a very important period during which health related attitudes and behaviors are formed. Abuse of psychoactive substances and alcohol is especially concerning, not only because they are widespread, but also because they have serious consequences on psychological, social and physiological functioning of young individuals. The aim of the study was to determine the frequency and co-occurrence of risky behavior (cigarette smoking, alcohol and cannabis abuse) among adolescents in Novi Sad, including possible differences due to gender.

Methods: The data were from the cross-sectional study conducted in year 2012 according to the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) method. The study included 706 adolescents aged 16 (51.6% boys and 48.5% girls) from 12 high schools in Novi Sad.

Results: More than one third of the adolescents have smoked cigarettes at least once during their lifetime (40.5% boys and 34.7% girls), with no significant gender differences ($p>0.05$). Every eight boy and girl smoked cigarettes every day (12%). Alcohol consumption at least once in their lifetime was more frequent among boys (91.5% vs. 83.4%) ($\chi^2=10.467$; $p<0.001$). Nearly one half of the boys (44.7%) and one quarter of the girls (24.4%) experienced alcohol intoxication at least once, with significant gender differences ($\chi^2=31.607$; $p<0.001$). Every tenth boy (10.0%) and every sixteenth girl (6.4%) have used cannabis at least once ($p>0.05$).

A higher percentage of boys who smoked cigarettes on a daily basis have been intoxicated by alcohol (83.7% vs. 39.4%) ($\chi^2=29.862$; $p<0.001$) or have used cannabis (46.7% vs. 4.6%) ($\chi^2=77.991$; $p<0.001$) compared to those who didn't smoke every day. The situation is similar among girls, where higher percentage of those who smoked every day have been intoxicated by alcohol at least once, compared to those who didn't smoke every day (78.6% vs. 16.8%) ($\chi^2=75.853$; $p<0.001$). The frequency of experimenting with cannabis was higher among girls who smoked every day (32.6% vs. 2.7%) ($\chi^2=55.565$; $p<0.001$).

The co-occurrence of the observed risk factors (daily smoking, alcohol intoxication at least once and cannabis abuse) was more prevalent among boys ($\chi^2=34.801$; $p<0.001$). One or two risk factors had 41.8% of boys and 24.8% of girls, and all three factors had 5.7% of boys and 3.2% of girls.

Conclusion: Risky behavior is significantly more prevalent among boys, with exception of cigarette smoking which has the same frequency in both genders. Adolescents that are involved in one risky behavior manifest more often some other risky behaviors as well.

Key words: adolescents, risk factors, smoking, alcohol drinking, cannabis.

НЕЈЕДНАКОСТ У СОЦИО-ЕКОНОМСКОМ И ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ И КОРИШЋЕЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА НА ПОДРУЧЈУ ГРАДА КРУШЕВЦА

Татјана Симовић¹, Нада Вуковић², Горан Пешић²

¹Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји, Србија

²Завод за јавно здравље Крушевац, Србија

УВОД: У многим земљама Европе описана је постојана повезаност између социоекономских фактора и здравља. Циљеви овог истраживања су да анализира повезаност између социоекономског фактора и, како самопрецене здравственог стања, тако и коришћења здравствених услуга, као и да сагледа интервенције за превазилажење уочених проблема.

МЕТОД РАДА: Хибридна студија. Две узасопне студије пресека (1999. и 2013. године) су реализоване на квота узорку становника (196 испитаника у 1999. и 226 испитаника у 2013. години) градског језгра града Крушевца. Инструмент истраживања је упитник.

РЕЗУЛТАТИ: У посматраном периоду дошло је до повећања удела оних који немају сталне изворе прихода, до смањења удела оних који своје здравље перципирају као добро и изузетно добро, значајно се повећао удео оних који сматрају да због оскудице не могу да воде здрав живот, повећао се удео оних који се у случају болести не јављају никоме, повећао се удео оних који се обраћају лекару у приватном сектору здравства.

ДИСКУСИЈА: Ниво образовања је у управо пропорционалној вези са самопроценом здравственог стања и радним статусом. Незапосленост утиче на здравље на два основна начина: недостатак средстава и недостатак способности да се изађе у сусрет свакодневним потребама, као и емоционални стрес у вези недостака посла, неизвесне будућности, губитка самопоуздања и идентитета.

ЗАКЉУЧАК: Једнакост је кључна вредност у процени утицаја на здравље. Неопходне су ефективне интервенције за превазилажење последица неједнакости у друштву, које би се спровеле на одређеној циљној групи на једном подручју.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: неједнакост у здрављу, интервенције

SOCIO-ECONOMIC, HEALTH STATUS AND UTILIZATION OF HEALTH SERVICES INEQUALITIES IN KRUŠEVAC MUNICIPALITY

Tatjana Simović¹, Nada Vuković², Goran Pešić²

¹College of Health Studies, Ćuprija, Serbia

²Institute of Public Health Kruševac, Serbia

INTRODUCTION: A consistent association between socioeconomic determinants and health related variables has been found in many European countries. The aims of this study were: to analyze the association of socioeconomic factors with self-perceived health, as well as utilization of health services and to suggest some interventions to overcome the existing problems.

METHOD: Hybrid study. The two cross-sectional studies were conducted on quota samples (1999. and 2013.) in Kruševac Municipality. The questionnaire was used as the investigation instrument for 196 interviewed in 1996. and 226 interviewed in 2013.

RESULTS: In the reporting period, there were the following consequences: increase the part of those who do not have a steady income, a decrease the part of those who perceive their own health as “well“ and “very well“, significantly increased the proportion of those who in the case of disease does not occur to anyone, increased the proportion of those who visited private health care sector.

DISCUSSION: The findings revealed inequalities in self-perceived health by socioeconomic position, in particular educational and employment status. There are two major ways in which unemployment affects health: lack of income and ability to meet daily needs and emotional stress related to the meaning of the work, uncertain future, loss of self-esteem, and identity.

CONSLUSIONS: Equality is a key value in the assessment of the effect on health. It is necessary to conduct effective interventions for overcoming the consequences in society that would be focused on a specific target group in one territory.

KEY WORDS: Inequalities in health, interventions.

УВОД:

Неједнакости у здрављу појединаца и популације су неизбежне. Настају као последица разлика у генима, разлика у социјалним и економским условима живота или су резултат избора начина живота појединаца. Али, неједнакости у здрављу настају и као последица разлика у могућностима (неједнакост у приступачности здравствене заштите, разлике у становању, у приступачности правилној исхрани, физичкој активности). Сиromаштво је један од главних узрока нарушавања здравља.

Године 1820., разлике између богатих и сиромашних биле су 3:1, а 1992. године су 72:1. Земље развијене демократије остварују 86% глобалног бруто домаћег производа.

Једнакост и правичност подразумевају обавезу да се највећа пажња посвети онима који имају највеће потребе, онима који носе највеће бремене болести и онима који примају неадекватну

здравствену заштиту или су угрожени сиромаштвом. Уосталом, једно од начела политике здравље за све јесте смањење неједнакости у здрављу.

Данашњу слику Србије карактерише социјално раслојено друштво, са све драстичнијом неједнакошћу између друштвених слојева. У Србији су све израженије социјалне разлике што је потврђено и стручном верификацијом. Последње истраживање феномена економске неједнакости у Србији (до 2009. године истраживања са Гини коефицијентом као методом за мерење економске неједнакости, од 28, су показала да Србија није била у групи земаља са израженијим неједнакостима), показује да је коефицијент неједнакости у Србији у 2013. години био 38, што значи да земља клизи ка зонама изразите неједнакости. Србија је уз Македонију, земља са највећим степеном економске неједнакости у Европи.

Иако постоје подаци да је смањен број сиромашних у Србији, удео оних који су у вишеструко неповољном положају када је реч о образовању, здрављу и животним стандардима, је 3,1% популације, и они су постали још сиромашнији. Интензитет њиховог сиромаштва порастао је са 38,3% у 2005. на око 40% у 2010. години. Просечан годишњи раст социјалног развоја од 0,34% у Србији између 2000. и 2013. најнижи је у региону, а предвиђа се пад услед комбинације пада прихода и отежаног приступа образовању и здравственим услугама.

Једном када се кристалишу, велике неједнакости доприносе, с једне стране, социјално дезинтеграционим процесима, а с друге стране, отежавају излазак земље из сиромаштва. Са питањима неједнакости и сиромаштва блиско су повезане и демографске промене, одн., старење становништва, смањење утицаја културе на развој и повећање заступљености патолошких појава у друштву.

Многа истраживања су показала узајаман директно пропорционалан однос између здравља и сталних прихода. Такође је установљено да животно доба и образовање имају директан и индиректан (преко сталних прохода) ефекат на здравље. Тако, социо-економске варијабле, као што су: доходак, образовање, занимање, запосленост, имају скоро исти, или нешто мањи, ефекат на здравље као и стилови живота.

Главни узрок неједнакости у граду Крушевцу је висока стопа незапослености, јер подаци Националне службе за запошљавање Републике Србије указују да је та стопа (око 36% у 2013. години) виша него у Републици Србији (око 25%).

У већ описаним условима, за професионалце из јавног здравља на локалном нивоу је врло битно да сагледају величину изазова који су настали као последица неједнакости и да изнађу начине како да се смање ефекти те неједнакости по здравље становника на одређеној територији, и то на одржив и адекватан начин.

МЕТОД РАДА:

Поступак који се приликом овог истраживања користио припада групи аналитичких епидемиолошких метода, и то хибридном студијама, одн. њиховој подгрупи – студији поновљених испитивања. Спроведене су две узастопне студије пресека, и то у септембру и октобру 1999. године и у септембру и октобру 2013. године. Истраживање је изведено на

5%-ом квота узорку становника Крушевца старијих од 18 година. Тако је анкетирано 196 испитаника у 1999. години и 226 испитаника у 2013. години.

Инструмент истраживања је упитник. Информације о демографским и социо-економским варијаблама, као и о самопроцени здравственог стања и коришћењу здравствених услуга су прикупљане кроз интервју „лице у лице“. Лица са утврђеним обележјима су анкетирана у њиховим кућама и на радним местима.

Подаци су обрађени методама дескриптивне статистике, а значајност је тестирана χ^2 -тестом.

РЕЗУЛТАТИ:

Анализа социјално-демографских карактеристика испитника показује да је нешто више анкетираних особа женског пола (53,1%), највећи број испитаника је са средњом школом (55,3%), док је 20,4% са завршеном вишом или високом школом и 28,2% испитаника је са завршеном или непотпуном основном школом и занатом.

Што се тиче удела испитника који су имали сталан извор прихода (стално запослени и пензионери) у 1999. (83,2%) и 2013. години (63,7%), дошло је до значајних промена, као и у уделу повремено запослених и незапослених и домаћица (10,2%, одн. 23,6%). Та разлика учесталости је високо статистички значајна ($\chi^2=22,800$; дф=4; $p<0,01$).

Године 1999. године, 53,1% анкетираних своје здравствено стање процењује као добро и изузетно добро, док је у 2013. години тај удео 41,1%.

Установљен је статистички значајан однос самопроцене здравља и оцене материјалног положаја испитаника ($\chi^2=11,293$; дф=4; $p<0,05$), у смислу да испитаници који свој материјални положај оцењују као веома добар и добар, чешће процењују и своје здравље као изузетно добро и добро, а они који оцењују свој материјални положај као лош и изузетно лош и своје здравље чешће процењују као лоше и изузетно лоше. Иста је ситуација и у смислу да испитаници који имају више и високо образовање своје здравље перципирају као добро у односу на оне који имају завршену или непотпуну основну школу који чешће своје здравље процењују као лоше.

У 1999. години, око 33% анкетираних који болују од неке хроничне болести као разлог за непридржавање препорученог режима живота наводи недостатак материјалних могућности, док је у 2013. години удео анкетираних са тим разлогом око 74%.

Када се сагледа коме се испитаници обраћају када су болесни, уочавају се разлике у две године испитивања: у 1999. години 68,4%, а у 2013. години њих 73,8% њих се обраћало лекару у Дому здравља, приватном лекару (4,1%, одн. 14,1%), док се лекару у специјалистичко-консултативној служби у државном сектору здравства обраћало 22,4%, одн. 4,9% испитаника, а 5,1%, одн. 7,2% се не обраћа никоме. Та разлика учесталости је високо статистички значајна ($\chi^2=22,469$; дф=3; $p<0,01$).

Дистрибуција броја посета лекару опште праксе у државном сектору здравства у две посматране године показује значајне промене у коришћењу услуга: за 6,1% се повећао удео оних који у последњих 8 месеци уопште нису посетили лекара опште праксе у државном

сектору здравства, а за 13,2% се смањило број оних који су барем једанпут посетили лекара опште праксе у државној служби.

Тако, повећање просечног броја посета лекару опште праксе у државном сектору здравства од 2,1 посете у 1999. години на 3,7 посета у 2013. години заправо је последица повећања удела оних испитаника који су стекли праксу да често користе услуге лекара опште праксе у државном сектору здравства. Наиме, удео оних који су у просеку користили те услуге 10 и више пута повећао се од 4,6% у 1999. години на 13,7% у 2013. години.

ДИСКУСИЈА:

Резултати овог истраживања корелирају са резултатима других истраживања која указују да је ниво образовања у управо пропорционалној вези са самопроценом здравственог стања и радним статусом, и да је могуће да је неједнакост у здрављу последица тога што људи са високим образовањем имају више вештина за решавање изазова у свакодневном животу који би могли негативно да утичу на здравље.

Незапосленост утиче на здравље на два основна начина: недостатак средстава и недостатак способности да се изађе у сусрет свакодневним потребама, као и емоционални стрес у вези недостака посла, неизвесне будућности, губитка самопоуздања и идентитета.

Такође, истраживања показују и директно пропорционалан однос између обезбеђености здравственом заштитом и индивидуалних захтева за здравственим услугама, као и између коришћења здравствених услуга и социо-економских детерминанти здравља.

Друга истраживања указују да присутно смањивање броја корисника здравствених услуга има своје исходиште у: растућем скептицизму јавности према новим лековима и тераписким поступцима, повећању аутономије корисника и спремности јавности да прими на себе већу одговорност за сопствено здравље, у промени односа између прихода, образовања и коришћења здравствене заштите, у старењу популације са пратећим повећањем броја хроничних болести и у смањивању величине породице. Запажено је посебно смањивање захтева за акутним болничким лечењем, чак независно од спољашњег (финансијског) обуздавања, а повећање захтева за превентивним услугама, примарном и дуготрајном здравственом заштитом.

Зато су неопходне ефективне интервенције за превазилажење последица неједнакости у друштву, које би се спровеле на одређеној циљној групи на једном подручју, у следећим корацима: површне интервенције (усмерене на „симптоме“, занемарујући узроке неке појаве), оперативне интервенције (усмерене на конкретне активности), превентивне интервенције (усмерене су на узроке неке појаве) и базичне интервенције (немају директне ефекте, али обезбеђују предуслове и оквир за деловање свих претходних интервенција).

ЗАКЉУЧАК:

Постоји директна повезаност између сампроцене здравственог стања и социо-економског стања (радни статус, образовање).

Постоји директна повезаност између социо-економског стања (радни статус) и могућности испитаника да примењују животни стил који ће допринети унапређењу и очувању њиховог здравља.

Повећао се удео испитника који се, у случају болести, уопште не обраћају здравственим професионалцима.

Највећи удео у коришћењу здравствених услуга у државном сектору здравства припада оним испитаницима који често упућују захтеве за коришћење, тих услуга, одн. „круже“ у том систему.

Једнакост је кључна вредност у процени утицаја на здравље.

Укључивање корисника као активних чланова у систему здравствене заштите је један од начина за унапређење квалитета здравствене заштите, али само ако се спроводи на одржив и културолошки прихватљив начин.

ПОРЕМЕЋАЈИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА - ДА ЛИ СМО СВИ ПОД ЈЕДНАКИМ РИЗИКОМ?

Светлана Квргић^{1,2}, Сања Хархаји^{1,2}

¹Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Србија

²Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду, Србија

Увод: Начини схватања менталног здравља и менталне болести мењали су се кроз историју, при чему се већина концепција односила на концепт менталне болести, док је ментално здравље посматрано као њен антипод. Последњих година тестирају се модели којима се претпоставља да ментална болест и ментално здравље нису супротни крајеви једне димензије, већ два континуума који су међусобно повезани, али ипак различити.

Док се ментално здравље посматра као капацитет да се живи потпуно, на начин који нам омогућава да реализујемо своје природне потенцијале, ментални поремећаји се одликују изменама у мишљењу, расположењу или понашању (или комбинацијом ових елемената), који су удружени са нелагодношћу и поремећеним функционисањем, најчешће током дужег временског периода. Циљ овог рада је да прикаже неједнакости у менталном здрављу и укаже на групе које су под највећим ризиком за настанак менталних поремећаја.

Метод: У раду је примењен дескриптивни метод - претраживање веб страница, преглед и анализа доступне литературе из области менталног здравља и неједнакости у здрављу.

Резултати и дискусија: Постоје бројни докази да је дистрибуција менталних поремећаја сразмерна степену социо-економског развоја, при чему 80% људи са неспособностима и озбиљним менталним поремећајима живи у неразвијеним и средње развијеним земљама. Значајне разлике постоје и унутар земаља, при чему су посебно угрожени најсиромашнији, али повећан ризик постоји и код незапослених, социјално изолованих, избеглих и расељених лица, жртава насиља и разних катастрофа, оболелих од тешких соматских болести и сл. Значајан аспект представља и социјални идентитет (пол, старост, етичка припадност, сексуална оријентација...) и то посредно - кроз стигматизацију и дискриминацију. У нашој земљи не постоји довољно доказа о неједнакостима у менталном здрављу, али се на основу постојећих података може закључити да оне постоје и да су сличне као и у другим земљама.

Закључак: Поремећаји менталног здравља су условљени вишеструком интеракцијом социјалних, психолошких и биолошких фактора, који могу деловати протективно или као фактори ризика, па су сагласно томе поједине групације мање или више угрожене. С обзиром да је ментално здравље важан национални капитал, а постојеће разлике социјално и друштвено неприхватљиве, све државе би требало да дефинишу ризико факторе који воде ка менталним поремећајима, као и најугроженије популационе категорије и на бази тога конципирају одговарајуће промотивно-превентиве програме, са посебним акцентом на селективној и индикованој примарној превенцији.

Кључне речи: ментално здравље, менталне болести, неједнакости у здрављу, социоекономски фактори, детерминанте менталног здравља

MENTAL HEALTH DISORDERS – ARE WE ALL AT THE SAME RISK?

Svetlana Kvirgić^{1,2}, Sanja Harhaji^{1,2}

¹Institute of Public Health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

²Medical Faculty, University of Novi Sad, Serbia

Introduction: The way of understanding mental health and mental illness have been changed through history, with the majority of concepts related to the concept of mental illness, while mental health was observed as its antipode. In recent years, different models have been tested and it is assumed that mental illness and mental health are not opposite ends of the a single dimension, but two continuum which are interconnected, but different. While mental health is seen as the capacity to live fully, in a way that allows us to realize our natural potentials, mental disorders are characterized by changes in thinking, mood or behavior (or a combination of these elements), which are associated with discomfort and disrupted functioning, usually over a longer period of time.

The aim of this paper is to analyze inequities in mental health and to point out groups which are most at risk of developing mental disorders.

Method: This paper is based on descriptive method—searching Web sites, review and analysis of available literature in the field of mental health and health inequalities.

Results and discussion: Numerous evidence show that the distribution of mental disorders is related to the level of socio-economic development, 80% of people with disabilities and serious mental disorders live in low and middle income countries. Significant differences also exist within countries, where the poorest people are particularly vulnerable, but there is also higher risk among the unemployed, socially isolated, refugees and displaced persons, victims of violence and various catastrophes, those suffering from severe somatic diseases etc. An important aspect is also the social identity (gender, age, ethnicity, sexual orientation ...) which affects mental health indirectly - through stigmatization and discrimination. In our country, there is no enough evidence on inequalities in mental health, but on the basis of existing data it can be concluded that they do exist and are similar to those in other countries.

Conclusion: Mental health disorders are influenced by a combination of social, psychological and biological factors, which may act as a protective or as risk factors, and consequently, some population groups are more or less vulnerable. Considering that mental health is an important national capital and that existing differences in mental health are socially unacceptable, all countries should define specific risk factors that lead to mental disorders, as well as the most vulnerable population categories and based on that to conceptualize appropriate promotional and preventive programs, with a particular focus on selective and indicated primary prevention.

Key words: Mental Health, Mental Disorders, Health Status Disparities, Socioeconomic Factors, Determinants of Mental Health

Увод

Ментално здравље и ментална добробит представљају темеље квалитета живота и продуктивности појединца, породице, заједнице и народа који омогућавају да људи искусе живот као смислен и да буду креативни и активни грађани.

Полазећи од те чињенице, у Хелсиншкој декларацији о менталном здрављу је истакнуто да ментално здравље има централно место у људском, друштвеном и економском капиталу нације и да би га требало сматрати суштинским делом осталих области јавне политике, као што су људска права, друштвена заштита, образовање и запошљавање (1).

Ментално здравље и поремећаји менталног здравља

Појам „ментално здравље“ се мењао кроз време, а и данас спада у групу појмова које је тешко дефинисати и одредити. Према униполарном приступу, ментално здравље је антипод менталне болести и према овом концепту људи су или ментално здрави или ментално болесни. Корак даље у дефинисању појмова, отишли су теоретичари који су предложили модел континуума (биполарни модел) у којем се ментално здравље налази на једном, а ментална болест на другом крају (2). У зависности од генерализованих ресурса и осећаја кохерентности, односно у зависности од способности суочавања са стресним ситуацијама, појединац ће заузети одређено место на том континууму, ближе једном или другом крају. Ова поставка има својих добрих страна, али суштински и ту се ментално здравље посматра као одсуство менталне болести и занемарује се претпоставка да су ментално здравље и ментална болест квалитативно различити.

У двофакторском приступу, ментална болест и ментално здравље се одређују као два различита, али међусобно повезана континуума: континуум менталне болести и континуум менталног здравља. (3), Према овом гледишту, супротан пол болести је одсуство болести, а супротан пол здрављу - одсуство здравља. Овакав приступ нам омогућује да схватимо пацијента са здравим карактеристикама и здраву особу са неким симптомима.

Према дефиницији Светске здравствене организације (СЗО), ментално здравље је део општег здравља, и подразумева стање благостања које омогућава појединцу да буде свестан својих могућности, да се суочава са стресним ситуацијама у животу, да ради продуктивно и плодносно и доприноси својој заједници (4).

На бази ове дефиниције дефинисан је синдром менталног здравља (5), који обухвата одсуство менталне болести и присуство високог нивоа благостања. Овај модел не разликује само ментално здравље од менталне болести већ и два стања менталне болести (непотпуна и потпуна ментална болест) и два стања менталног здравља (непотпуно и потпуно ментално здравље), при чему ментално здравље као потпуно стање комбинује високе нивое емоционалног, психичког и социјалног благостања и одсуство скорије менталне болести (5).

То значи да особа са потпуним менталним здрављем у скорије време (нпр. 12 месеци) није патила од неке менталне болести, а поред тога показује висок ниво емоционалног, психичког и социјалног функционисања. С друге стране, особа са непотпуним менталним здрављем такође није у одређеном временском периоду искусила неку менталну болест, али емоционално, психички и социјално функционише на ниском нивоу (6).

Стање потпуне менталне болести подразумева синдром у коме су комбиновани ниски нивои емоционалног, психичког и социјалног благостања са присуством неке менталне болести у скорије време (5). Последња категорија је непотпуна ментална болест која подразумева комбинацију присуства неке менталне болести и умереног или високог задовољства животом и доброг психичког и социјалног функционисања. Синдром менталног здравља се приказује као координатни систем на коме апсцису представља континуум менталне болести (симптоми болести), а ординату континуум менталног здравља (симптоми субјективног благостања) (5).

Према Ламерсовој (7) двофакторски модел менталног здравља и менталне болести има неколико импликација:

- Особа се може сматрати потпуно ментално здравом тек ако испуњава оба критеријума - низак ниво психопатолошких симптома и висок ниво позитивног менталног здравља.
- Прихватање гледишта по коме су психопатологија и позитивно ментално здравље два аспекта потпуног менталног здравља значи и прихватање идеје да позитивно ментално здравље може унапредити индивидуално и социјално функционисање особе независно од присуства психопатологије.
- Када се позитивно ментално здравље сагледава независно од менталне болести, оно може бити предиктор и саме менталне болести.

Ментална болест је, као и ментално здравље, композитни појам који се дефинише на много начина и обухвата континуум од најозбиљнијих поремећаја до различитих уобичајених проблема са менталним здрављем и умерених симптома различитог интензитета и трајања. Током живота, свака особа искуси осећање изолованости, усамљености или емоционалне нелагодности, али су то најчешће, нормалне, краткотрајне реакције на тешке ситуације, пре него симптоми менталних поремећаја.

Ментални поремећај се односи на клиничко стање које је могуће дијагностиковати и које значајно корелира са функционисањем и способностима појединца (8). Он је одређен постојањем симптома као што су нарушено расположење, абнормалне перцепције, мисаони процеси и когниције.

Проблеми са менталним здрављем подразумевају неке уобичајеније сметње попут анксиозности и депресије, које могу бити мање озбиљне и трајати краће од менталних поремећаја. Ови проблеми се могу искусити повремено као реакција на животне стресове, али ако им се не посвети пажња могу се развити у много озбиљније и хроничне менталне поремећаје. Разлика између проблема са менталним здрављем и менталних поремећаја није добро дефинисана и базира се на различитом трајању и интензитету симптома (8).

У ДСМ ИВ *ментални поремећај* је дефинисан као „клинички значајан бихејвиорални или психолошки синдром или образац који се јавља код појединца и који је повезан са присутним дистресом (нпр. симптом бола) или неспособношћу (нпр. оштећење у једној или више важних области функционисања) или са значајно повишеним ризиком да дође до смрти, оштећења или значајног губитка слободе“ (9). Према том концепту, ментални поремећај обухвата бихејвиоралне или психолошке знаке и симптоме који узрокују несрећу

пацијента, резултирају губитком физичког, менталног, социјалног или професионалног функционисања и могу довести до већег ризика од болести, смртности или губитка слободе.

Према десетој ревизији Међународне класификације болести (МКБ-10), поремећаји менталног здравља сврстани су у пету групу, под називом „Душевни поремећаји и поремећаји понашања“. Група обухвата шифре у опсегу од Ф00 до Ф99 и подељена је на једанаест подгрупа (10):

- Органски и симптоматски душевни поремећаји (F00-F09)
- Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом психоактивних супстанци (F10-F19)
- Шизофренија, шизотипски поремећаји и суманути поремећаји (F20-F29)
- Поремећаји расположења (афективни поремећаји) (F30-F39)
- Neurotski, stresogeni i somatoformni poremećaji (F40-F48)
- Sindromi poremećenog ponašanja udruženi sa fiziološkim smetnjama i telesnim faktorima (F50-F59)
- Поремећаји личности и поремећаји понашања одраслих (F60-F69)
- Душевна заostalost (F70-F79)
- Поремећаји развоја психе (F80-F89)
- Поремећаји понашања и поремећаји емоција са почетком у детињству и adolescenciji (F90-F98)

Determinante mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje i poremećaji istog su determinisani višestrukou interakcijou socijalnih, psiholoških i bioloških faktora (11), od kojih se neki mogu menjati, a neki ne.

Faktori koji utiču na mentalno zdravlje mogu se posmatrati na različitim nivoima (12):

- na nivou pojedinca (stil života, razumevanje životnih događaja, finansijska situacija, fizičko zdravlje, individualne veze i reakcije na njih)
- na novou porodice (porodična struktura i dinamika, genetski sklop, međugeneracijska povezanost, roditeljstvo)
- na nivou zajednice (lična sigurnost, uslovi stanovanja i pristup otvorenom prostoru, ekonomski status zajednice, izolacija, susedstvo)
- na širem društvenom nivou (jednakost/nejednakost, nivo nezaposlenosti, socijalna povezanost, edukacija, obezbeđenost zdravstvene zaštite)

Svi ovi faktori mogu delovati protektivno, ali i predstavljati faktore rizika za mentalno zdravlje pojedinaca i grupa, odnosno populacije.

Rizični faktori ili faktori vulnerabilnosti povećavaju verovatnoću da se mentalni problemi ili mentalni poremećaji razviju i mogu povećati njihov intenzitet i trajanje kada se već jave. Izloženost multiplim rizičnim faktorima tokom vremena može imati i kumulativan efekat (13).

Zaštitni faktori unapređuju i štite mentalno zdravlje i smanjuju verovatnoću razvoja poremećaja. Oni povećavaju kapacitet osobe da uspešno prevladava stresne situacije i uživa u životu i ublažavaju efekte negativnih životnih događaja (8).

Poznavanje ovih faktora i njihovog uticaja na zdravlje je od izuzetnog značaja za izdvajanje najvulnerabilnijih grupa i razvoj obuhvatnih programa za unapređenje mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja.

Povezanost poremećaja mentalnog zdravlja i nejednakosti

Postoje brojni i čvrsti dokazi da je distribucija blažih mentalnih poremećaja (anksioznosti i depresije) srazmerna stepenu socio-ekonomskog razvoja, pri čemu rezultati pojedinih istraživanja ukazuju da su loši ishodi po mentalno zdravlje 2 do 2,5 češći kod onih koji su u najlošijem socioekonomskom položaju u odnosu na populaciju koja je najmanje ugrožena (14).

Studija koju je sproveda Svetska zdravstvena organizacija pokazuje da je zastupljenost mentalnih poremećaja veoma raznolika. U pojedinim zemljama (Japan, Nemačka, Španija, Italija) mentalne bolesti pogađaju od 5 do 10% odraslog stanovništva, u drugima (Francuska, Kanada, Novi Zeland, Australija) je taj procenat dvostruko veći, a najveći je u SAD (preko 25%), što se tumači različitim nivoima socioekonomskih nejednakosti (15).

Na globalnom nivou, 80% ljudi sa nesposobnostima i ozbiljnim mentalnim poremećajima živi u nerazvijenim i srednje razvijenim zemljama, od kojih većina ne dobija adekvatan tretman. Kada je u pitanju depresija procenjuje se da čak 50% obolelih u ovim zemljama ne dobija nikakav tretman, kao ni 30% pacijenata obolelih od psihoza (16).

Rezultati studije „Eurobarometar“ iz 2002. godine takođe pokazuju signifikante razlike u mentalnom zdravlju između zemalja, kao i unutar zemalja između različito pozicioniranih grupa u socijalnoj hijerarhiji (17).

Važan pokazatelj, koji indirektno govori o ugroženosti mentalnog zdravlja, kao i uspešnosti funkcionisanja sistema zaštite mentalnog zdravlja, predstavljaju stope samoubistva.

U Svetu se godišnje registruje preko 800.000 samoubistava, odnosno na svakih 40 sekundi jedna osoba sebi oduzme život.

Prema podacima SZO, na nivou Evropske Unije stopa samoubistva i samopovreda u 2011. godini je bila 10,2 na 100.000 stanovnika, na nivou Evropskog regiona 12,6 na 100.000 stanovnika (18), a u SAD 12,3/100.000 (19). Među evropskim zemljama, najviše stope samoubistva imaju zemlje Istočne Evrope (Litvanija, Mađarska, Ukrajina) a najniže zemlje mediterana (Grčka, Kipar) (18). Globalno, na svetskom nivou stopa samoubistva iznosi 11,4/100.000 i gotovo je dvostruko viša kod pripadnika muškog pola (15/100.000 naspram 8/100.000 kod žena) (20).

Kada su u pitanju razlike po polu, već duže vreme se vode rasprave koji pol pokazuje više psihopatoloških fenomena i šta je uzrok postojećih razlika. Po nekima biologija stvara polne razlike u ličnim problemima, drugi ukazuju na psihološke razloge, a ima autora koji smatraju da raznolikosti proističu iz socijalnih iskustava (21,22).

Istraživanja su pokazala da nema velike razlike u ukupnoj prevalenciji mentalnih i bihevioralnih poremećaja između muškaraca i žena, ali postoje razlike u vrsti mentalnih poremećaja koji pogađaju žene odnosno muškarce i one se menjaju u zavisnosti od starosti (22). U detinjstvu, kod dečaka je veća učestalost poremećaja ponašanja, kao što su agresivno i asocijalno ponašanje. Tokom adolescencije, devojčice imaju veću prevalenciju depresije, poremećaja ishrane i

pokušaja samoubistva, dok dečaci imaju više problema sa besom, odaju se visoko rizičnom ponašanju i češće izvršavaju samoubistvo (23). U odraslom dobu, kod osoba ženskog pola su zastupljeniji anksiozni i depresivni poremećaji, dok su kod muškaraca češći poremećaji ponašanja i zloupotreba psihoaktivnih supstanci (23). Kada su u pitanju ozbiljni mentalni poremećaji, kao što su shizofrenija i bipolarni afektivni poremećaji, nema razlike u prevalenciji, ali se shizofrenija ranije javlja kod muškaraca, dok se kod žena ispoljavaju teži oblici bipolarne depresije.

Što se tiče samoubistava, podaci iz gotovo svih zemalja pokazuju da su im skloniji muškarci (24,25).

Starost je takođe značajna determinanta mentalnih poremećaja i prevalencija poremećaja raste sa godinama, naročito depresije, koja je posebno česta među osobama koje već imaju neki fizički poremećaj, što dodatno povećava nesposobnost i negativno utiče na kvalitet života (26).

Da pol, starost, ali i druge karakteristike individue značajno utiču na mentalno zdravlje pokazala je i studija sprovedena u Škotskoj 2007. godine, u okviru koje se pošlo od pretpostavke da faktori rizika za nastanak mentalnih poremećaja nisu slučajno distribuirani, već reflektuju određene društvene podele. U fokusu je bilo 6 elementa kao što su pol, starost, etička pripadnost, seksualna orijentacija, invaliditet i veroispovest. Zaključeno je da to što je neko ženskog pola, crnac ili homoseksualac samo po sebi ne predstavlja mentalni distress, već činjenica da određeni aspekti socijalnog identiteta mogu izložiti ljude diskriminaciji, stigmatizaciji i predrasudama, što može ugroziti mentalno zdravlje direktno (npr. zbog uznemiravanja) ili indirektno kroz siromaštvo, lišavanje i socijalnu isključenost (27).

Razlike u socio-ekonomskom statusu takođe zanačajano utiču na nastanak mentalnih poremećaja, pri čemu se posebno bitna uloga pripisuje siromaštvu, s obzirom da su siromašni vulnerabilniji i češće su izloženi stresnim situacijama kao što su nasilje i loše fizičko zdravlje, koji sami po sebi predstavljaju faktore rizika za nastanak mentalnih poremećaja (28).

Pregled populacionih istraživanja sprovedenih u Evropskom regionu, pokazuje da je u čak 70% od 115 istraživanja utvrđena povezanost između siromaštva i mentalnih poremećaja (29). Pored toga što loša ekonomska situacija narušava mentalno zdravlje, mentalni poremećaji mogu prouzrokovati ozbiljnu i dugotrajnu nesposobnost, uključujući nesposobnost za rad, tako da loše mentalno zdravlje može osiromašiti ljude zbog manje zaposlenosti i troškova za lečenje (30). Iako postoje kontroverze oko toga koji od ova dva mehanizma ima veći uticaj na visoku prevalenciju mentalnih poremećaja među siromašnima, postojeći podaci ukazuju da su oba relevantna (31).

Ono što je bitno naglasiti je različit uticaj socio-ekonomskih faktora tokom životnog ciklusa, uz izražen kumulativni efekat, ali i podložnost promenama, pa saglasno tome i rešavanje problema nejednakosti treba prilagoditi životnoj fazi pojedinca (32,33).

Poseban akcenat se stavlja na period ranog detinjstva, s obzirom da adekvatna porodična klima, osećaj povezanosti sa roditeljima/starateljima, kao i osećaj podrške u okviru šire zajednice predstavljaju glavne protektivne faktore u prevenciji anksioznosti kod odraslih i od esencijalnog su značaja za zdrav emocionalni i socijalni razvoj, uključujući i razvoj optimizma, samopoštovanja i osećaja kontrole nad stresorima (34,35). Za zdravlje dece od ključnog značaja je mentalno zdravlje roditelja, a istraživanja sugerišu da je kod dece čije majke imaju neko mentalno oboljenje, rizik od pojave mentalnih poremećaja petostruko veći (36).

U odrasloj populaciji, zaposlenost, odnosno nezaposlenost igra ključnu ulogu u nastanku mentalnih poremećaja, pri čemu su najznačajniji faktori rizika dugotrajna nezaposlenost, kao i

nesigurno zaposlenje i loši uslovi rada, dok osećaj sigurnosti i kontrole na poslu, kao i adekvatno nagrađivanje protektivno deluju na mentalno zdravlje (37,38). Longitudinalna studija sprovedena u zemljama Evropske unije, pokazala je da je porast nezaposlenosti u periodu od 1970-2007. godine doveo do većeg broja samoubistava (sa porastom nezaposlenosti za 1%, stopa samoubistva se u populaciji do 65 godina povećavala za 0,79%) i povećanja rizika od pojave depresije (39,40).

Kod starih, mentalno zdravlje odražava ranija životna iskustva, ali i aktuelnu situaciju, a od posebnog uticaja je činjenica da se radi o penzionerima, tj. osobama koje su završile svoj radni vek. Dokazi o povezanosti mentalnog zdravlja i starenja uglavnom potiču iz razvijenih zemalja i ukazuju da su nejednakosti u mentalnom zdravlju kod starih povezane sa socioekonomskim statusom, polom, etničkom pripadnošću, nivoom fizičkog zdravlja, nivoom socijalnih kontakata i sl. (41).

Kada se uporede evropske zemlje uočavaju se bitne razlike, tako da najmanje mentalnih poremećaja kod starih nalazimo u skandinavskim zemljama, a najviše u Italiji, Grčkoj i Španiji (42). Zanimljivo je da za razliku od drugih zemalja u kojima se rizik za pojavu depresije i drugih mentalnih poremećaja povećava nakon 65 godine, u Japanu taj rizik opada, odnosno pojava mentalnih poremećaja je ređa u populaciji starijoj od 65 godina, nego u mlađim dobnim grupama (43).

Ono što se poslednjih godina naglašava je povezanost fizičkog i mentalnog zdravlja, ali se ovoj činjenici još uvek ne posvećuje dovoljno pažnje. Poznato je da dijabetes, karcinomi, kardiovaskularne bolesti i sida utiču i pod uticajem su mentalnog stanja pojedinaca, kao i da se kod približno polovine ljudi sa srčanim oboljenjem registruju epizode depresije, ali još uvek zaštita mentalnog zdravlja fizički obolelih nije adekvatna (44,45). Studije rađene kod obolelih od karcinoma, pokazuju da se kod trećine do polovine obolelih javljaju znaci psihološkog distresa, ali manje od 10% dobija adekvatnu pomoć, što se povratno može loše odraziti i na lečenje osnovne bolesti (46).

Mentalno zdravlje i poremećaji mentalnog zdravlja u Srbiji

S obzirom da se u Srbiji ne vode registri mentalnih oboljenja, kao ni registar samoubistava, ne može se precizno reći koliko su izražene nejednakosti u rasprostranjenosti mentalnih poremećaja, ali se situacija okvirno može sagledati na bazi podataka o registrovanom morbiditetu, moratalitetu i korišćenju zdravstvene službe, kao i na osnovu rezultata populacionih istraživanja.

Na bazi podataka o registrovanom vanbolničkom morbiditetu u službama opšte medicine domova zdravlja, može se zaključiti da i u Srbiji oboljenja iz grupe duševnih poremećaja predstavljaju sve učestaliji problem, ali se razlike u odnosu na pol, starost i ostale karakteristike obolelih ne mogu analizirati, s obzirom da se u okviru rutinske statistike ti podaci ne prikupljaju. Kako rezultati pokazuju, u toku jedne decenije specifična stopa morbiditeta od duševnih poremećaja je porasla za preko 60% (sa 57,94/1000 stanovnika u 2004. godini na 93,77/1000 stanovnika u 2013. godini), iako se udeo ovih dijagnoza u ukupno registrovanom morbiditetu nije bitnije menjao (47,48). U 2004. godini indeks strukture je bio 5,32%, a 2013. godine 5,43% (47,48), što je približno vrednostima koje se beleže u Hrvatskoj i Makedoniji (49,50), ali je dosta više nego u Bosni i Hercegovini i Crnoj Gori, gde duševni poremećaji čine 3,4%, odnosno 1,8% ukupnog vanbolničkom morbiditeta (51,52).

Kada je u pitanju bolnički morbiditet, uočava se da je broj hospitalizovanih muškaraca, veći u odnosu na broj žena, pri čemu je broj hospitalizovanih oba pola poslednjih godina u blagom padu (u periodu 2009-2013. godine broj hospitalizovanih je smanjen za 1,4%) (53,48). U 2013. godini indeks strukture za muškarce je iznosio 1,81%, a za žene 1,39%, dok je stopa hospitalizacije za muškarce bila 5,61/1000 stanovnika, a za žene 4,08/1000 stanovnika (48).

Stopa samoubistva u Srbiji u 2014. godini je iznosila 15,9/100.000 (54), što je nešto iznad proseka za zemlje Evropske unije (55), ali se zapažaju velike regionalne razlike. Najviša stopa je u Vojvodini 21,9%, pri čemu i unutar Pokrajine postoje razlike, tako da se najviše vrednosti beleže u Severnobačkom i Severnobanatskom okrugu (30/100000 stanovnika). U Beogradskom regionu stopa iznosi 11,8/100.000, dok je najniža vrednost u Nišavskom okrugu - 8,9/100.000 stanovnika. Od ukupnog broja registrovanih samoubistava 76% su počinili muškarci. Posmatrano u odnosu na starost, uočava se da je blizu 59% samoubistava registrovano u životnoj dobi od 55. do 84. godine, a nije zanemarljiv podatak da su u 7% slučajeva počinioци samoubistva bili mlađi od 30 godina (54).

Pokazatelji koji govore o pozitivnom mentalnom zdravlju, kao i o prisutnim blažim poremećajima i subkliničkim stanjima se ne prate rutinski, ali su određeni aspekti analizirani prilikom istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Kao što se i očekivalo utvrđeno je da je mentalno zdravlje lošije u populaciji žena, manje obrazovanih, lošijeg materijalnog statusa i nezaposlenih, kao i da se pogoršava sa starošću (56).

Zaključak i preporuke

Na mentalne poremećaje niko nije imun, ali postoje brojni dokazi da je rizik za njihov nastanak veći kod grupacija koje su u nepovoljnijem socijalnom položaju, pri čemu siromaštvo ima posebno negativan uticaj. Pored materijalno ugroženih, pod povećanim rizikom su nezaposleni, osobe nižeg stepena obrazovanja, žrtve nasilja, izbeglice, deca i adolescenti iz disfunkcionalnih porodica, zlostavljane žene, zapostavljeni stari, kao i oboleli od teških somatskih bolesti.

S obzirom na to, u programima za unapređenje mentalnog zdravlja akcenat treba staviti na kreiranje adekvatnog socijalnog i finansijskog okruženja, jer se samo na taj način stvaraju preduslovi koji omogućavaju pojedincima da preuzmu kontrolu nad sopstvenim zdravljem.

U našoj zemlji mentalnom zdravlju se još uvek ne posvećuje potrebna pažnja, iako je evidentno da su mentalni poremećaji u porastu, kao i da postoje grupacije čije je mentalno zdravlje posebno ugroženo. Polazeći od ovih činjenica, 2006. godine je doneta Strategija razvoja zaštite unapređenja mentalnog zdravlja, u okviru koje je istaknuto da je mentalno zdravlje nacionalni kapital i da je neophodno multisektorsko angažovanje kako bi se ono unapredilo. Akcenat je stavljen na preventivne aktivnosti, a posebno je naglašeno da primarna prevencija mora obuhvatiti ne samo univerzalnu, već i selektivnu i indikovanu prevenciju (57).

S obzirom da su u okviru strategije istaknute i neophodne organizacione promene u sistemu zaštite mentalnog zdravlja, osnovna preporuka je da se učine naponi da Strategija zaživi u praksi i da se u što skorije vreme realizuju sve planirane mere i aktivnosti.

Literatura

1. WHO. Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki: World Health Organization; 2005.
2. Trent D. Promoting mental health: Everyone's business. Surrey, United Kingdom: NW Surrey Health Authority; 1993
3. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books; 1958
4. WHO. Mental Health: Strengthening our response. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
5. Keyes C.L.M and Lopez S.J. Toward a Science of Mental Health - Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.), Handbook of positive psychology. Oxford University Press; 2002: 45-59
6. Keyes C.L.M. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 2005: 73(3), 539-548.
7. Lamers S.M.A Positive mental health: measurement, relevance and implications. Enschede, the Netherlands: University of Twente; 2012
8. Barry M.M. and Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Churchill Livingstone, Elsevier: Oxford; 2007
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1994
10. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, tenth revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. WHO. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2004.
12. McCulloch A and Goldie I. Introduction In: I Goldie (Ed) Public Mental Health Today. Brighton: Pavilion Publishing Ltd; 2010
13. Kazdin A.E. and Kagan J. Models of dysfunction in developmental psychopathology. Clinical Psychology: Science and Practice; 1994: 1, 35-52.
14. Murali V and Oyebode F. Poverty, Social Inequality and Mental Health. Advances in Psychiatric Treatment; 2004:10: 216-224
15. Pickett K, Oliver J, Wilkinson R. Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis J Epidemiol Community Health; 2006: 60:646-647
16. WHO. Cluster Strategy for Noncommunicable Diseases and Mental Health 2008-2013. World Health Organization; 2010
17. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. ClinPractEpidemiolMentHealth; 2005;1(9):1-7.
18. WHO Regional Office for Europe. European Health for All Database (HFA-DB). Available from: <http://data.euro.who.int/hfad/>
19. American Foundation for Suicide Prevention. Available from: <http://www.afsp.org/news-events>
20. WHO. Global Health Observatory (GHO) data. Available from:
 - a. http://www.who.int/gho/mental_health/en
21. Rosenfield S. Rod i mentalno zdravlje: da li više psihopatoloških fenomena pokazuju žene, muškarci, ili podjednako (i zašto)? In: Dimitrijevic A, editor. Savremena shvatanja

- mentalnog zdravlja i poremećaja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2005: 321-338.
22. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
 23. WHO. Gender and Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
 24. WHO. Suicide rates per 100,000 by country, year and sex. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/
 25. Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernandez-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union: Trends and analysis. WHO; 2009.
 26. Katona C, Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression. *The Lancet*; 2000: 356:91-92.
 27. NHS Health Scotland (2007). Mind the Difference – Mental Health: Focus on equality and diversity. NHS Health Scotland: Edinburgh; 2007. Available from: <http://www.healthscotland.com/documents/3112.aspx>
 28. Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*. 1999; 49:1461-1471.
 29. Lund C, Breen A, Flisher A, Kakuma R, Corrigall J, Joska J, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*; 2010;71:517-28.
 30. Miranda JJ, Patel V. Achieving the millennium development goals: Does mental health play a role. *PLoS Medicine*; 2005: 2(10):962-965.
 31. Patel V. Poverty, inequality and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, editors. *Poverty, Inequality and Health*. Oxford: Oxford University Press; 2001: 247-262.
 32. Marmot Review Team. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010 London: Marmot Review; 2010. Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org>.
 33. WHO. Social determinants of mental health. World Health Organization; 2014
 34. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;Vol.11 (1):11-5.
 35. Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *ProcNatAcadSciUSA*. 2010;107(19):8507-12.
 36. Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability: estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *SocPsychiatry PsychiatrEpidemiol*; 2003;38(5):238-43.
 37. Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. Impact of economic crises on Mental Health. Copenhagen: WHO European Office; 2011.
 38. Bambra C. Yesterday Once More? Unemployment and Health in the 21st Century. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 2010;64:213-5.
 39. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374(9686):315-23
 40. Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from the human population laboratory studies. *Am J Epidemiology*; 1987;125(2):206-20
 41. Allen J. Older People and Wellbeing. London: Institute for Public Policy Research; 2008
 42. Grundy E, van Campen C, Deeg D, Dourgnon P, Huisman M, Ploubidis G, et al. Health inequalities and the health divide among older people in the WHO European Region; 2013.
 43. Donovan N, Halpern D. Life Satisfaction: The State of Knowledge and Implications for Government. London: Cabinet Office; 2002.

44. Raphael B, Schmolke M, Wooding S. Links between mental and physical health and illness. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, editors. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2005: 132-147.
45. Sturgeon S. Health promotion challenges: Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*; 2007; 21(1):36-41.
46. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models and methods. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003; 55:403-409
47. Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". Zdravstveno-statistički godišnjak 2004, Centar Zdravstvenog Informacionog Sistema Beograd; 2005
48. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2013. Beograd; 2014
49. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Zagreb; 2011.
50. Institut za javno zdravje na Republika Makedonija, Skopje. Ambulantno poliklinički morbiditet vo Makedonija, 2009. Institut za javno zdravje na Republika Makedonija. Skopje; 2010.
51. Zavod za javno zdravstvo FBiH. Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine 2010. godine. Zavod za javno zdravstvo FBiH. Sarajevo; 2011
52. Institut za javno zdravlje Podgorica. Statistički godišnjak 2009. O zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti u Crnoj Gori. Institut za javno zdravlje Podgorica. Podgorica; 2010.
53. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2009. Beograd; 2010
54. Republički zavod za statistiku. Pokazatelji prirodnog kretanja stanovništva, 2014. Saopštenje. Available from: webrzs.stat.gov.rs
55. OECD. Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, 2014. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
56. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije 2006, Finalni izveštaj. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd, 2007.
57. Vlada Republike Srbije. Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja. „Službeni glasnik RS“, br 55/05 i 71/05-ispravka, 2007.

ПРЕПРЕКЕ ЗА ДИЈАГНОСТИКОВАЊЕ ДЕПРЕСИЈЕ НА НИВОУ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ И РУМУНИЈИ

Сања Хархаји^{1,2}, Светлана Квргић^{1,2}, Предраг Ђурић^{1,2}, Ержебет Ач Николић^{1,2}, Адриана Михаи³

¹Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Србија

²Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет, Нови Сад, Србија

³Университу оф Медицине анд Пхармацу Тг Мурес, Псуцхиатриц Департмент, Тг Мурес, Романиа

Увод: Депресија је значајан јавно-здравствени проблем, како у развијеним, тако и у неразвијеним земљама и земљама у развоју, и један је од водећих узрока неспособности. Упркос томе, ни половина оболелих не буде препозната од стране лекара опште медицине, а само неколицина добије одговарајућу терапију. Разлози непрепознавања овог обољења су вишеструки: коморбидитет, не исказивање тегоба од стране оболелих, недовољна обученост лекара, недовољно времена за разговор са пацијентом и сл.

Циљ овог рада је да се процене и упореде препреке у дијагностици и лечењу депресије на нивоу примарне здравствене заштите у Србији и Румунији.

Метод: Истраживање је спроведено међу лекарима опште медицине у Јужнобачком округу (Србија) и округу Муреш (Румунија), у 2013. години. Као инструмент истраживања је коришћен упитник, методом самопопуњавања. Анализиране су три врсте потенцијалних препрека у дијагностиковању и третману депресије: организација рада, фактори везани за пацијента и фактори везани за лекара.

Резултати и дискусија: Узорак је обухватио 120 лекара опште медицине из Србије и 96 из Румуније. Просечна дужина радног стажа у општој пракси за испитанике у Србији је износила 18 година, а за испитанике у Румунији 22 године. Утврђено је да су најчешћи узроци који су ограничавали лекаре да препознају и лече депресију, у обе земље, били везани за пацијенте или организацију рада (одбијање пацијената да буду упућени психијатру, неспремност пацијената да разговарају о психичким тегобама, недовољно времена за узимање адекватне анамнезе или примену одговарајуће терапије). Већина лекара (85,0% у Србији и 80,9% у Румунији) је сматрала да је препознавање депресије њихова одговорност, али се мање од половине анкетираних у Србији (44,2%) и само 12,8% у Румунији сматрало одговорним за лечење овог обољења ($p < 0.001$). Самопоуздање за свеукупно управљање депресијом је имало мање од половине испитаника (46,7% у Србији и 39,6% у Румунији), без значајне разлике између земаља.

Закључак: Истраживање је показало да у обе земље постоје препреке у дијагностици и третману депресије, а као најчешће се издвајају: преоптерећеност лекара опште медицине великим бројем прегледа, недовољна оспособљеност лекара опште медицине за управљање депресијом и одбијање пацијената да прихвате дијагнозу и лечење. Како би се унапредило препознавање и лечење депресије на примарном нивоу здравствене заштите, неопходна је боља едукација лекара опште медицине, више времена за рад (мањи број прегледа у току дана) и дестигматизација оболелих, како би се пацијенти мотивисали да отвореније говоре о психичким тегобама и прихвате препоручен третман.

Кључне речи: депресија, примарна здравствена заштита, општа медицина, лекари опште медицине, ментални поремећаји

BARRIERS IN DIAGNOSING DEPRESSION AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL IN SERBIA AND ROMANIA

Sanja Harhaji^{1,2}, Svetlana Kvrđić^{1,2}, Predrag Duric^{1,2}, Erzebet Ac Nikolic^{1,2}, Adriana Mihai³

¹ Institute of Public Health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

² University of Novi Sad, Medical Faculty, Novi Sad, Serbia

³ University of Medicine and Pharmacy Tg Mures, Psychiatric Department, Tg Mures, Romania

Introduction: Depression is an important public health issue worldwide and one of the leading causes of disability. Nevertheless, not even half of patients are being recognized by general practitioners, and only few of those receive appropriate treatment. Reasons for non-recognition of depression are various: comorbidity, patients avoid to complain about psychological problems, insufficient knowledge and skills of doctors, lack of time to talk with the patient etc. The aim of this study is to assess and compare barriers in diagnosing and managing depression at the primary health care level in Serbia and Romania.

Method: A research was carried out among general practitioners (GPs) in South-Backa district (Serbia) and Mures county (Romania), in 2013. Self-administered questionnaire was used. Three domains of potential barriers in diagnosing and treating depression were considered: organizational factors, physician barriers and barriers related to patients.

Results and discussion: The sample included 120 general practitioners from Serbia and 96 from Romania. The mean number of years working as general practitioners was 18 in Serbia and 22 in Romania. The most frequent issues that limited GPs to recognize depression or to provide optimal treatment in both countries were related to patients or organizational factors (patient reluctant to be referred to mental health professional, patient unwillingness to discuss depressive symptoms, lack of time for an adequate history or appropriate treatment). The majority of GPs (85.0% in Serbia and 80,9% in Romania) considered recognizing depression to be their responsibility, but less than half of physicians in Serbia (44.2%) and only 12,8% in Romania felt responsible for treating depression ($p < 0,001$). Confidence in the overall management of depression was reported by less than half of the respondents (46,7% in Serbia and 39,6% in Romania), without significant difference between countries.

Conclusion: The research showed that barriers in diagnosing and treating depression exist in both countries, mostly due to the following reasons: general practitioners are overloaded with many visits, lack of competence to manage depression and patient refusal to accept the diagnosis and treatment. In order to improve the recognition and treatment of depression in primary health care, it is necessary to provide better education programs for general practitioners, more time for work (by decreasing number of visits) and destigmatization, in order to motivate patients to talk about mental health problems and to accept the recommended treatment.

Key words: depression, primary health care, general practice, general practitioners, mental disorders

ДЕМОГРАФСКЕ И СОЦИОЕКОНОМСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА СТАНОВНИКА СРБИЈЕ И ПРЕВАЛЕНЦИЈА ЛОШЕГ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА У УРБАНОМ И РУРАЛНОМ ПОДРУЧЈУ

Росић Наташа¹, Шантрић-Миличевић Милена², Трајковић Горан³

¹Градски завод за јавно здравље, Београд, Србија

²Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, Србија

³Институт за медицинску статистику и информатику, Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, Србија

Увод: Посматрање менталног здравља као резултанте ефеката различитих одредница – детерминанти здравља има значај за идентификовање могућности за унапређење менталног здравља уз помоћ различитих интервенција усмерених на одреднице здравља, у склопу политика и регулативних одлука који се доносе и примењују у различитим околностима и окружењем где људи живе и раде.

Циљ: Основни циљ овог рада је био да се опишу демографске и социоекономске карактеристике становника Србије са и без поремећаја менталног здравља, као и да се утврди да ли се урбана и рурална подручја значајно разликују у погледу преваленције лошег менталног здравља.

Метод рада: Студија је била секундарна анализа Истраживања о националном здрављу становника Србије из 2006.године (без података о Косову и Метохији), коју је спровело Министарство здравља Републике Србије уз финансијску и стручну подршку Светске банке, Светске Здравствене Организације (СЗО) и Института за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић-Батут“. Демографске и социоекономске карактеристике и самопроцена здравља су прво анализирани користећи методе дескриптивне статистике (апсолутни бројеви, проценти и релативни дескриптори). Уз помоћ Хи-квадрат теста (Пеарсон Цхи-сquares) утврђене су статистички значајне разлике у демографским и социоекономским карактеристикама, и самопроцени здравља урбаног и руралног становништва. Потом је мечовано становништво урбаног и руралног подручја по демографским и социоекономским варијаблама и самопроцени здравља уз примену пропензити скорa (енг. *пропенситу сцоре матцхинг - ПСМ*).

Резултати: Скоро половина узорка проценила је своје ментално здравље као лоше, док је око 5% испитаника изјавило да има клинички дијагностиковану хроничну анксиозност или депресију. Становништво урбаних и руралних насеља статистички се значајно разликује у погледу посматраних демографских и социоекономских карактеристика. После мечовања, стопа преваленције субјективно процењеног лошег менталног здравља је статистички значајно већа код становника урбаног подручја ($p=0,012$). Преваленција лошег менталног здравља је за 2% већа код становника урбаног подручја.

Закључак: Чињеница је да ће се опоравак од менталног и емоционалног стреса пре десети у руралном подручју са свим његовим еколошким и културним окружењем и начином живота.

То може бити корисно за међународну промоцију националних програма менталног опоравка или регенерације у руралним подручјима Србије.

Кључне речи: ментално здравље, социоекономске детерминанте, урбана и рурална подручја

DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC CHARACTERISTICS OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION OF SERBIA AND POOR MENTAL HEALTH PREVALENCE IN THE POPULATION OF URBAN AND RURAL AREAS

Rosic Natasa¹, Santric-Milicevic Milena², Trajkovic Goran³

¹Institute of Public Health Belgrade, Belgrade, Serbia

²Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

³Institute of Medical Statistics and Informatics, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia.

Introduction: Observation of mental health as a resultant of effects of various factors – health determinants is significant for identification of opportunities for upgrading of mental health, facilitated by interventions aimed at health determinants, which are part of policies and regulatory decisions adopted and implemented in different circumstances and environments where people live and work.

Objective: The main objective of this paper is to describe demographic and socioeconomic characteristics of the population of Serbia with and without mental health disorder, as well as to ascertain whether urban and rural areas differ in regard to prevalence of poor mental health.

Method: This study is secondary analysis of the 2006 National Health Survey Serbia (without Kosovo and Metohija), conducted by the Ministry of Health of the Republic of Serbia, with financial and professional assistance of the World Bank, World Health Organization (WHO) and the Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanović-Batut“. Demographic and socioeconomic characteristics and self-assessment of health were first analysed using descriptive statistics methods (absolute numbers, percentages and relative descriptors). Implementation of Pearson Chi-square identified statistically significant differences in regard to demographic and socioeconomic characteristics, as well as in regard to self-assessment of individuals living in urban and rural areas. Populations of urban and rural areas were then matched by demographic and socioeconomic variables and self-assessment of individuals, using *propensity score matching - PSM*.

Results: As much as almost half of the sample assesses own mental health as poor, while about 5% of respondents have clinically diagnosed chronic anxiety or depression. There are considerable differences in regard to the observed demographic and socioeconomic characteristics of populations of urban and rural settlements. After matching, prevalence rate of subjectively assessed poor mental health is statistically significantly higher among residents of urban areas ($p=0,012$). Poor mental health prevalence is by 2% higher among residents of urban areas.

Conclusion: It is a fact that recovery after mental and emotional stress is more likely to take place in rural areas, in such ecological and cultural setting and with such way of life. This may be useful for international promotion of national programs for mental health recovery or regeneration in rural areas of Serbia.

Key words: mental health, socioeconomic determinants, urban and rural areas

ПРОБЛЕМИ СА МЕНТАЛНИМ ЗДРАВЉЕМ ОДРАСЛИХ СТАНОВНИКА СЕВЕРНЕ КОСОВСКЕ МИТРОВИЦЕ

Момчило Мирковић¹, Слађана Ђурић¹, Јована Милошевић¹, Александар Ћорац¹, Данијела Илић¹, Александра Илић¹

¹Катедра за превентивну медицину, Медицински факултет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, Косовска Митровица

Увод. Проблеми и поремећаји менталног здравља представљају значајан здравствени проблем у читавом свету, а нарочито у оним срединама у којима су значајно заступљени фактори који утичу на погоршање менталног здравља. Циљеви овог рада били су да се утврди учесталост симптома и знакова повезаних са менталним здрављем и значајност разлике ових проблема у односу на основне демографске и социјално-економске карактеристике испитаника међу одраслим становницима северне Косовске Митровице.

Метод рада. Истраживање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку одраслих становника северне Косовске Митровице у 2006. години. Као инструмент истраживања коришћен је упитник који је коришћен у Испитивању здравља Републике Србије у 2013. години. Анкетирано је 318 пунолетних испитаника. Статистичка анализа укључила је методе дескриптивне статистике и хи-квадрат тест, на нивоу значајности од 0,05.

Резултати. Проблеме са концентрацијом и сећањем имало је 44,5% испитаника, са осећајем уморности и депресије 58,8% испитаника, са спавањем 57,0% а са осећајем нервозе и забринутости 72,8%. Наведени проблеми са менталним здрављем утицали су на социјалне односе код 60,7% испитаника. Симптоми и знаци повезани са менталним здрављем учесталији су код особа женског пола, старије животне доби, који су у ванбрачној заједници или су удовци или удовице, са нижим степеном образовања, као и код оних које своје материјално и здравствено стање описују као веома лоше и лоше.

Дискусија. У односу на 2006. не постоји значајна разлика у заступљености проблема са менталним здрављем код одраслих становника северне Косовске Митровице, осим у утицају емоционалних проблема на социјалне односе. Пропорција испитаника са овим проблемима је, међутим, значајно већа у односу на испитанике у Србији без података за Косово и Метохију у истој години, где је 10,0% становника имало проблема са концентрацијом и сећањем, 4,1% становника са појавом уморности и депресије, 26,0% становника проблема са спавањем, 54,7% су били напети или под стресом, док су код 11,7% становника емоционални проблеми утицали на социјалне односе. Истраживањем је, такође, утврђено да су симптоми и знаци повезани са менталним здрављем учесталији код особа женског пола, старије животне доби, који су у ванбрачној заједници или су удовци или удовице, са нижим степеном образовања, као и код оних које своје материјално и здравствено стање описују као веома лоше и лоше. Овакви резултати поклапају се са наводима из литературе, где је, такође, утврђена повезаност појаве менталних поремећаја са наведеним детерминантама здравственог стања.

Закључак. Истраживањем је утврђена висока заступљеност симптома и знакова повезаних са менталним здрављем међу одраслим становницима северне Косовске

Митровице, што захтева ангажовање, не само система здравства заштите, већ и свих осталих система заједнице, за улагање већих напора у промоцији менталног здравља и превенцији менталних поремећаја. Идентификовање популационих група код којих се чешће јављају ови проблеми представља значајну информацију за решавање тог задатка.

Кључне речи: учесталост, симптоми, знаци, ментално здравље,

SYMPTOMS AND SIGNS ASSOCIATED WITH MENTAL HEALTH OF ADULT RESIDENTS OF NORTHERN KOSOVSKA MITROVICA

Introduction. Problems and mental health disorders are a significant health problem worldwide, particularly in areas where are represented factors which affect mental health. The aims of this study was to determine the frequency of signs and symptoms associated with mental health and significant differences of these problems in relation to basic demographic and socio-economic characteristics of respondents among adult residents of northern Kosovska Mitrovica.

Method. The research was conducted as a cross-section study of a representative sample of adult residents of northern Kosovska Mitrovica in 2013. As a research instrument was used a questionnaire that was used in the study National Health Survey in Serbia in 2013. Were surveyed 318 adult respondents. Statistical analysis methods included descriptive statistics and chi-square test.

Results. Problems with concentration and memory had 44.5% of respondents, with a sense of despondency and depression 58.8% of respondents, with insomnia 57.0% of respondents and with a sense of nervousness and anxiety 72.8%. These emotional problems had an impact on social relationships among 60.7% of respondents. The signs and symptoms associated with mental health problems are more frequent in women, the elderly, who are cohabiting or widowers or widows, with lower educational levels, as well as in those who their financial situation or health status described as very bad and bad .

Discussion. Compared to 2006, there was no significant difference in the prevalence of mental health problems in adult residents of northern Kosovska Mitrovica, in addition to the impact of emotional problems on social relations. The proportion of respondents with these problems, however, was significantly higher than those in Serbia without Kosovo and Metohia in the same year, when 10.0% of residents had problems with concentration and memory, 4.1% of the population with the depression, 26, 0% of people with sleep problems, 54.7% were tense or stressed, while in 11.7% of the population emotional problems influence on social relations. The study also found that the symptoms and signs associated with mental health issues are the most common in females, the elderly, who are cohabiting or are widowed, with lower levels of education, as well as those of their financial and health situation describe as very bad and bad. These results are consistent with findings in the literature, where he also established association between mental disorders with the mentioned determinants of health.

Conclusions. The study identified a high prevalence of signs and symptoms associated with mental health problems among adult residents of northern Kosovska Mitrovica, which requires commitment, not just health care system, but also all other systems in community, to invest greater efforts in promoting mental health and prevention of mental disorders. Identification of population groups in which these problems occur more frequently is an important information for solving this task.

Key words: prevalence, symptoms, signs, mental health,

УВОД

Преко 450 милиона људи у свету болује данас од менталних поремећаја, према процени СЗО. Код једне од четири особа развиће се ментални поремећај у неком периоду живота (1). Неуропсихијатријски поремећаји чине 12,3% од укупних година живота коригованих у односу на неспособност (ДАЛУ). Униполарна депресија, самозадобијене повреде и злоупотреба алкохола су међу 20 водећих узрока оптерећења болестима у свим узрастима. Шест неуропсихијатријских обољења су међу 20 водећих узрока оптерећења болестима у узрасту од 15. до 44. године. Процењује се да ће 2020. године депресија бити други водећи узрок оптерећења болестима (2). И у Србији се 2000. године униполарна депресија нашла међу водећим поремећајима здравља по укупним годинама живота коригованих у односу на неспособност, јер заузима четврто место иза исхемијске болести срца, цереброваскуларних обољења и рака плућа у оквиру 18 одабраних поремећаја здравља. У Србији је депресија више оптерећивала жене и нашла се на трећем месту, док је код мушкараца оптерећење депресијом било на шестом месту (3). Интензиван акутни и хронични стрес и акумулирана траума, којој је изложено цело наше друштво у протекле две деценије, од ратних дешавања до транзиције, проузроковали су значајне последице по ментално здравље. Број дијагностикованих случајева менталних поремећаја и поремећаја понашања у сталном је порасту од 1999. до 2002. године и креће се од 271.944 до 309.281. (4). Стресним догађајима је нарочито било изложено неалбанско становништво на Косову и Метохији. Ова покрајина је током 90-их година била поприште оружаних сукоба између дела етничких Албанаца и оружаних снага Републике Србије. У марту 1999. године, снаге НАТО алијансе су започеле бомбардовање тадашње Савезне Републике Југославије, са циљем да се ови сукоби зауставе. После престанка бомбардовања, у јуну 1999. године, Аутономна Покрајина Косово и Метохија је потпала под управом Уједињених Нација. Од јуна 1999. године са Косова и Метохије је протерано више од 200.000 Срба и других неалбанаца. Од 437 места у којима су живели Срби до 1999. године, изузимајући општине Лепосавић, Звечан и Зубин Поток, етнички је потпуно очишћено 312 насеља, забележено је више од 7.000 етнички мотивисаних напада, убијено је преко 1000 Срба и 104 других неалбанаца (5).

Циљеви овог рада били су:

- да се утврди учесталост симптома и знакова повезаних са менталним здрављем и
- да се утврди значајност разлике симптома и знакова повезаних са менталним здрављем у односу на основне демографске и социјално-економске карактеристике испитаника.

МЕТОД РАДА

Истраживање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку одраслог становништва северне Косовске Митровице у 2013. години.

Као основ за избор узорка послужио је бирачки списак за парламентарне изборе 2012. године. Укупан број бирача у северној Косовској Митровици износио је 10.756 становника. Узорак помоћу кога су се добиле поуздане оцене за сва обележја чија учесталост јављања прелази 5%, са нивоом грешке који није већи од 7% за најниже категорије оцењивања је 318 испитаника. Обзиром да постоји овакав извор за стварање узорка, за анкетање на терену изабран је метод брзе епидемиолошке процене.

Као инструмент истраживања за прикупљање података коришћен је упитник који је коришћен у оквиру Истраживања здравља становника у Републици Србији у 2013. години. За потребе овог рада изабрана су питања о карактеристикама менталног здравља, и то: о проблемима са концентрацијом и сећањем, осећајем утучености или депресије, проблемима са спавањем, осећајем забринутости или нервозе и утицају емоционалних проблема на социјалне односе. Одговори на ова питања односила су се на претходних месец дана а за прва четири питања одговори су дати у виду номиналне скале (не и да), док су за пето питање дати у виду петостепене ординалне скале: нису нимало утицали, незнатно су утицали, умерено су утицали, веома су утицали и изузетно су утицали. Значајност разлике учесталости одговора на наведена питања испитивана је у односу на основне демографске и социјално-економске карактеристике испитаника: пол, старост, брачно стање, образовање, врсту посла, самопроцењено материјално стање, самопроцењено здравствено стање и социјалну подршку. На питање о старости испитаници су се изјашњавали о навршеним годинама живота, а приликом приказа резултата и статистичких анализа извршена је трансформација у три категорије: млађе радноактивно становништво (од 18. до 44. године живота), старије радноактивно становништво (од 45. до 64. године живота) и старо становништво (од 65 и више година живота). Трансформација је вршена и код питања о образовању. Испитаници су се изјашњавали о укупном броју година школовања, а трансформацијом су издвојене следеће категорије: непотпуна основна школа (од 1 до 7 година школовања), потпуна основна школа (8 година школовања), средња школа (од 9 до 12 година школовања), виша школа или уписан факултет (од 13 до 15 година школовања) и завршен факултет (16 и више година школовања).

Анкетирање је спроводио сам аутор. За сваку улицу се претходно одређен број испитаника које треба анкетирати и полазило се од прве зграде или куће са десне стране почетка улице. У укупно 7 (6,9%) домаћинстава особе су одбијале да учествују у истраживању. Анкетирање у једној улици се завршавало када је анкетираних онолики број испитаника који је претходно утврђен. На овај начин анкетирање је спроведено у 102 домаћинства, у којима је анкетирано 318 пунолетних испитаника. Анкетирање је вршено у периоду од 10. марта до 20. априла 2006. године.

Статистичка обрада прикупљених података обављена је рачунаром. База података је прављена у програму Ексел, а за статистичку обраду коришћен је програм СПСС 15.0. Претходно су сви подаци шифрирани на основу кодекса који је за ову сврху направљен. Од дескриптивних статистичких мера коришћене су: аритметичка средина са 95%-тним

интервалом поверења, стандардна девијација, минимална и максимална вредност. Од аналитичких статистичких метода коришћен је хи квадрат тест, којим је испитивана значајност разлике одговора о симптомима и знацима повезаних са менталним здрављем у односу на основне демографске и социјално-економске карактеристике, са вероватноћом ризика од 0,05.

РЕЗУЛТАТИ

Што се тиче учесталости симптома и знакова повезаних са менталним здрављем одраслих становника северне Косовски Митровице, највећи део становника је имао проблема са осећајем забринутости и нервозе (72,8%) (Графикон 1).

Код скоро половине испитаника (39,3%) наведени емоционални проблеми нису нимало утицали на социјалне односе, док су изузетно утицали код свега 0,9% испитаника (Графикон 2).

Проблеми са концентрацијом и сећањем су значајно чешће изражени код жена (49,7%) него код мушкараца (37,1) ($X^2=5,129$; $n=0,024$), затим код старих (75,0%) у односу ма млађе радно-активне (54,1%) и старије радно-активне (34,2%) ($X^2=73,780$; $n=0,038$). Ови проблеми су, такође, значајно чешћи код оних који су у ванбрачној заједници (100,0) и који су удовци или удовице (83,3%) у односу на разведене (40,0%), неожењене/неудате (27,6%) и ожењене/удате (48,8%) ($X^2=22,741$; $n=0,000$); затим, код оних са непотпуном (100,0%) и потпуном (76,9%) основном школом у односу на оне са вишим образовањем ($X^2=13,006$; $n=0,011$), као и код оних који су неспособни за рад (100,0%), раде на пословима друштвене заштите (83,3%) или су пензионери (74,3%) у односу на остале врсте послова ($X^2=31,717$; $n=0,001$). Значајна разлика постоји и у односу на самопроцењено здравствено стање, и то значајно чешће су наведене проблеме имали они који су своје здравље процењивали као веома лоше (100,0) и лоше (63,4%) у односу на оне који су га проценили као осредње (53,8%), добро (41,0%) и веома добро (20,9%) ($X^2=42,701$; $n=0,000$).

Појаве утучености и депресије у месецу који је претходио истраживању биле су значајно чешће код жена (68,3%) него код мушкараца (49,0%) ($X^2=12,167$; $n=0,000$), као и код старијих испитаника (80,0%) у односу на млађе радно-активне (52,9%) и старије радно-активне (65,8%) ($X^2=8,590$; $n=0,014$). Значајна разлика постоји у односу на степен образовања, и то код оних са непотпуном (100,0%) и потпуном основном школом (84,6%) је била значајно чешћа појава утучености и депресије у односу на оне са средњом (60,3%), вишом (65,8%) или високом (44,9%) школом ($X^2=12,980$; $n=0,011$), док су сви они који су своје материјално стање проценили као лоше имали наведене проблеме, што је значајно чешће у односу на оне који су га проценили као веома лоше (33,3%), осредње (66,7%), добро (50,3%) и веома добро (61,5%) ($X^2=16,675$; $n=0,002$). И сви они који су своје здравствено стање проценили као веома лоше су имали наведене проблеме као и 73,2% оних који су га проценили као лоше, што је значајно више у односу на оне који су га проценили као осредње (64,5%), добро (55,4%) и веома добро (46,2%) ($X^2=18,184$; $n=0,001$).

У месецу који је претходио истраживању, проблеме са спавањем је имало значајно више жена (64,7%) него мушкараца (47,0%) ($X^2=10,041$; $n=0,002$). Овај проблем је имао и

значајно већи део старих испитаника (80,0%) у односу на млађе радно-активне (44,9%) и старије радно-активне (72,1%) ($X^2=24,386$; $n=0,000$). Значајност разлике постоји и у односу на брачно стање, јер су сви који су живели у ванбрачној заједници имали проблема са спавањем, што је значајно више у односу на остале категорије ($X^2=20,675$; $n=0,000$), као и сви они са потпуном основном школом, што је значајно чешће у односу на остале нивое образовања ($X^2=16,163$; $n=0,003$). Значајна разлика постоји и у односу на врсту послу, јер су сви они који су неспособни за рад имали овај проблем, као и 77,1% пензионера и 75,0% домаћица, што је значајно више у односу на остале категорије ($X^2=22,563$; $n=0,020$). Чак 90,0% испитаника који су своје материјално стање описали као лоше је имало проблема са спавањем, што је значајно више у односу на остале категорије ($X^2=11,886$; $n=0,018$), као и сви они који су своје здравствено стање проценили као веома лоше, што је значајно више у односу на остале категорије одговора ($X^2=54,527$; $n=0,000$).

Проблеме са осећајем забринутости и нервозе је имало значајно више жена (80,2%) него мушкараца (65,6%) ($X^2=8,722$; $n=0,003$), као и старих испитаника (95,0%) у односу на млађе радно-активне (64,2%) и старије радно-активне (84,7%) ($X^2=20,112$; $n=0,000$). Ове проблеме су имали и сви они који су живели у ванбрачној заједници, као и 91,7% оних

који су удовци или удовице, што је значајно више у односу на остале категорије ($X^2=20,048$; $n=0,000$). Сви они са непотпуном и потпуном основном школом су имали наведене проблеме, што је значајно више у односу на оне са вишим нивоом образовања ($X^2=15,027$; $n=0,002$). И сви они који су неспособни за рад и који раде на пословима друштвене заштите, као и домаћице су имали наведене проблеме, што је значајно више у односу на оне са осталим врстама послова ($X^2=29,608$; $n=0,002$). Чак 90,0% испитаника који су своје материјално стање описали као лоше је имало проблема са осећајем забринутости или нервозе, што је значајно више у односу на остале категорије ($X^2=10,620$; $n=0,031$), као и сви они који су своје здравствено стање проценили као веома лоше и 87,8% оних који су га проценили као лоше, што је значајно више у односу на остале категорије одговора ($X^2=53,075$; $n=0,000$).

Емоционални проблеми су утицали на социјалне односе код свих оних који су живели у ванбрачној заједници и код 66,7% оних који су удовци или удовице, што је значајно више у односу на ожењене или удате (55,7%), разведене (40,0%) и неожењене или неудате (37,8%) ($X^2=11,994$; $n=0,017$). Значајност разлике постоји у односу на самопроцењено здравствено стање, наиме, емоционални проблеми су утицали на социјалне односе код свих оних који су своје здравље проценили као веома лоше, као код 65,9% оних који су га проценили као лоше, што је значајно више у односу на оне који су га проценили као осредње (53,8%), добро (51,8%) и веома добро (34,1%) ($X^2=23,953$; $n=0,000$).

ДИСКУСИЈА

Овим истраживањем је утврђено да је у северној Косовској Митровици у 2013. години нешто мање од половине становника имало је проблеме са концентрацијом и сећањем, нешто више од половине са осећајем уморности и депресије и спавањем, а скоро три четвртине је имало проблема са осећајем нервозе и забринутости, док су код око три петине становника ови проблеми имали утицаја на социјалне односе, У односу на 2006. не постоји

значајна разлика, осим у узтицају емоционалних проблема на социјалне односе (6) . Пропорција испитаника са овим проблемима је значајно већа у односу на испитанике у Србији без података за Косово и Метохију у истој години, где је 10.0% становника имало проблема са концентрацијом и сећањем, 4.1% становника са појавом утучености и депресије, 26,0% становника је имало проблема са спавањем, 54,7% су били напети или под стресом, док су код 11,7% становника емоционални проблеми утицали на социјалне односе (7). Ово указује на је нестабилна политичка и ризична безбедносна ситуација значајно утицала на учесталију појаву симптома и знакова повезаних са менталним здрављем код становника северне Косовске Митровице.

Истраживањем је, такође, утврђено да су симптоми и знаци повезани са менталним здрављем учесталији код особа женског пола, старије животне доби, који су у ванбрачној заједници или су удовци или удовице, са нижим степеном образовања, као и код оних које своје материјално и здравствено стање описују као веома лоше и лоше. Овакви резултати поклапају се са наводима из литературе, где је, такође, утврђена повезаност појаве менталних поремећаја са наведеним детерминантама здравственог стања (8) (9). Оно што је интересантно је да се учесталост утицаја емоционалних проблема на социјално функционисање значајно разликује само у односу на брачно стање и самопроцењено здравствено стање, што значи да у односу на остале детерминанте постоји добра прилагођеност и да је међусобна подршка значајна у спречавању утицаја ових проблема на односе са људима у околини.

Могућа ограничења овог истраживања потичу из самог типа студије, која испитује однос променљивих у дефинисаној временској тачки, па се може довести у питање узрочност означених променљивих, с обзиром да нема информација о њиховом деловању у дужем временском периоду. При тумачењу резултата квалитативног истраживања какво је ово, треба узети у обзир да свако квалитативно истраживање користи субјективне информације, испитује комплексне проблеме и нова подручја истраживања, гради нове теорије, интерпретира резултате у контексту и често подразумева да је у њега уграђена пристраност истраживача. И на крају, добијени подаци се могу генерализовати само за подручје северне Косовске Митровице, с обзиром на коришћени метод узorkовања.

ЗАКЉУЧЦИ

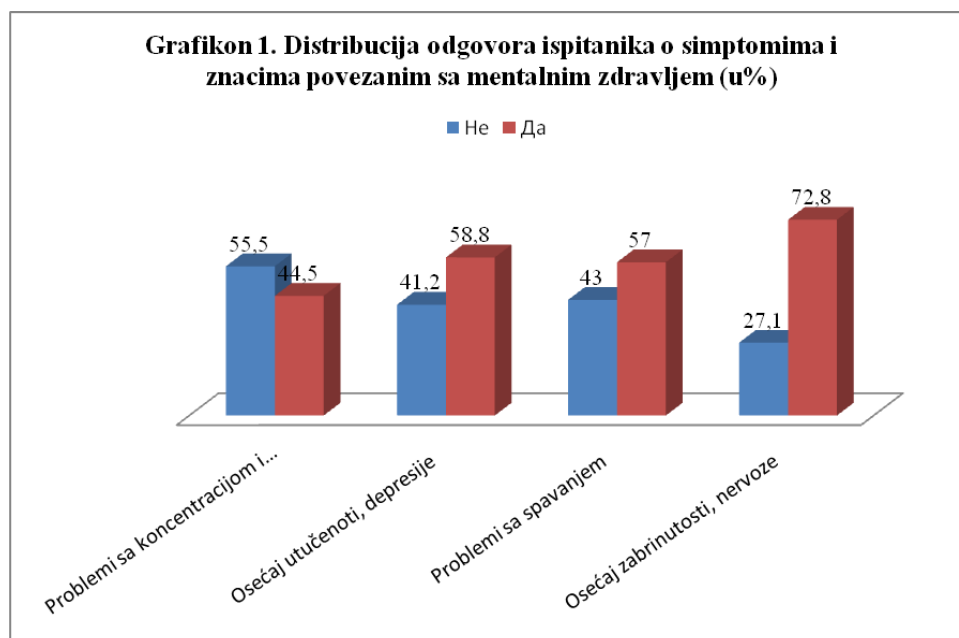
На основу добијених резултата истраживања, може се закључити следеће:

- нешто мање од половине становника северне Косовске Митровице имало је проблеме са концентрацијом и сећањем, осећањем утучености и депресије и спавањем, а скоро три четвртине је имало проблема са осећањем нервозе и забринутости, док су код око половине становника ови проблеми имали утицаја на социјалне односе у периоду када је извршенос истраживање,
- симптоми и знаци повезани са менталним здрављем учесталији су код особа женског пола, старије животне доби, који су у ванбрачној заједници или су удовци или удовице, са нижим степеном образовања, као и код оних које своје материјално и здравствено стање описују као веома лоше и лоше.

Добијени подаци о учесталости симптома и знакова повезаних са менталним здрављем показују њихову значајну заступљеност међу становницима северне Косовске Митровице, што захтева ангажовање, не само система здравства заштите, већ и свих осталих

система заједнице, за улагање већих напора у промоцији менталног здравља и превенцији менталних поремећаја. Идентификовање популационих група код којих се чешће јављају ови проблеми представља значајну информацију за решавање тог задатка.

ПРИЛОГ



ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in and projected to 1990; 2020. Boston, MA: Harvard School of Public Health, 1996.
3. Atanasković-Marković Z., Bjegović V., Janković S., Kocev N., Laaser U., Marinković J. et al. Opterećenje bolestima i povredama u Srbiji. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2003.
4. Lečić-Toševski D, Ćurčić V, Grbeša G, i sar. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja. Psihijat dan 2005;37(1):9-15.
5. Vlada Republike Srbije. Strategija održivog opstanka i povratka na Kosovo i Metohiju, radni tekst. Beograd: Vlada Republike Srbije, 2009. Dostupno na URL: http://www.srbija.gov.rs/vesti/dokumenti_sekcija.php?id=45678
6. Mirković M., Procena zdravstvenog stanja stanovnika severne Kosovske Mitrovice. Beograd: Zadužbina Andrejević, 2009
7. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2013. godina. Izveštaj. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2013.
8. WHO. The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
9. WHO. Promoting Mental Health – A Report of the World Health Organization. Geneva: WHO, 2005.

СТАВОВИ АДОЛЕСЦЕНАТА СА ТЕРИТОРИЈЕ НОВОГ САДА О НЕХЕМИЈСКИМ ОБЛИЦИМА ЗАВИСНОСТИ

Драгана Зарић, Дом здравља „Нови Сад“, Нови Сад, Србија

Увод

Интензиван технолошки развој који је једна од одлика 21. века као једну од негативних последица има настанак нових облика зависности-нехемијских зависности. Адолесценети су због својих развојних карактеристика група која је под највећим ризиком да усвоји негативне обрасце понашања који обично настављају да упражњавају током адултног узраста. Циљ рада био је утврђивање неких навика и ставова младих у односу на употребу интернета и коцкања, облика понашања који, уколико се ексцесивно практикују, могу довести до развоја зависности.

Метод рада

Током априла/маја 2011. године спроведена је студија пресека којом је било обухваћено укупно 1.085 ученика узраста 14-18 година из седам основних и седам средњих школа са територије Града Новог Сада-њих 532 испитивано је о ставовима о коцкању, а 553 о ставовима о интернету. Инструмент истраживања били су специјално дизајнирани упитници који су ученици анонимно попуњавали.

Резултати

I Ставови адолесцената о интернету

Од укупно 553 учесника, њих 62,7% било је женског пола, док је просечна старост износила 15,6 година (СД=0,96). Већина испитаника изјавила је да поседује рачунар у свом домаћинству (97,7%). Употреба интернета уобичајена је активност међу испитаницима (96,4%), и то углавном међу ђацима са бољим успехом ($p < 0.000$). Код ученика основних школа ($p = 0,006$), ученика са лошијим успехом у претходној школској години ($p = 0,013$) и међу млађим испитаницима ($p = 0,044$) уочено је значајно више времена током дана проведеног уз интернет. Девојчице више посећују Фацебоок, за разлику од дечака који чешће практикују онлине игре (игрице) ($p < 0,000$). Готово половина испитаника (46,6%) перципира коришћење интернета као забаву.

II Ставови адолесцената о коцкању

Од укупно 532 анкетираних адолесцената, 57,7% је било мушког пола. Просечна старост испитаника износила је 14,52 године (СД=1,45). Већина испитаника (83,3%) уочава постојање спортске кладионице/казина у кругу од 500 метара од школе коју похађају, док се 26,5% младих изјаснило да су у години која је претходила истраживању били у спортској кладионици/казину. Нешто више од трећине испитаника попуњавање спортских тикета перципира као коцкање (38,3%), њих 29,6% као разоноду, а 26,6% као начин зараде.

Закључак

Резултати ове прелиминарне студије потврдили су оправданост креирања здравствено-промотивних програма на тему превенције зависности од интернета и коцкања, као и поновог спровођења истраживања, укључивањем сензитивнијих критеријума.

Кључне речи: адолесценти, ставови, интернет, коцкање, превенција

ATTITUDES OF ADOLESCENTS IN NOVI SAD TOWARD NON-CHEMICAL ADDICTIONS

Dragana Zarić, Dom zdravlja „Novi Sad“, Novi Sad, Serbia

Introduction

Intensive technological development as one of the most dominant characteristics of 21st century as one of negative consequences has occurrence of new forms of addictions-non-chemical addictions. Because of their developmental characteristics, adolescents are the population group who is at the greatest risk of adopting negative patterns of behavior which usually maintain in adulthood. The aim of this study was to determine some habits and attitudes of adolescents toward Internet use and gambling, types of behavior that can lead to dependence, if practiced excessively.

Methods

During April/May 2011 the cross sectional study was performed. Students (n=1.085) from seven elementary and seven high schools in Municipality of Novi Sad aged 14-18 years were included-532 were questioned about attitudes toward gambling and 553 about attitudes toward Internet. The instruments used in this study were specially designed questionnaires which students fulfilled anonymously.

Results***I Attitudes of adolescents toward Internet***

Out of 553 participants 62.7% of them were females, while the average age was 15.6 years (SD=0.96). Majority of respondents confirmed to have a computer in their household (97.7%). Use of Internet was usual activity among participants (94.6%), mostly among those with better academic achievement ($p<0.000$). Elementary school students ($p=0.006$), students with poorer academic achievement ($p=0.013$) and younger respondents ($p=0.044$) spent significantly more time during day on Internet. Girls usually visited Facebook, while boys preferred online games ($p<0.000$). Almost half of respondents (46.6%) perceived use of Internet as entertainment.

II Attitudes of adolescents toward gambling

Out of 532 participants 57.7% were males. The average age was 14.52 years (SD=1.45). Most of students (83.3%) perceived the presence of casino in the radius of 500 m near school they attended, while 26.5% adolescents declared that in the year preceding the survey they went to casino. More

than one third of participants perceived sport betting as gambling (38.3%), 29.6% of them as fun and 26.6% of students as way of gaining money.

Conclusion

Results of this preliminary study confirmed the necessity of creating health promoting programs for prevention of Internet and gambling addiction and for conducting more comprehensive study with inclusion of more sensitive criteria.

Key words: adolescents, attitudes, Internet, gambling, prevention

ПРЕВЕНЦИЈА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ У ЛОКАЛНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ

Нада Ђурић¹, Светлана Карић², Љиљана Ранковић³,
 Дом здравља „Др Миленко Марин“ Лозница¹, Србија
 Висока школа струковних студија за васпитаче Шабац², Србија
 Удружење грађана „Искра-Лозница“, Лозница, Србија³

Увод – Проблем наркоманије је у свету крено да се шири шездесетих година двадесетог века. Сада је то епидемија која је захватила све земље света. Бројне су психоактивне супстанце (ПАС) које се користе. Фактори ризика за конзумирање ПАС су бројни а преваленца коришћења ПАС је ретко истраживана, а превенција се спроводи повремено и без континуитета у заједници.

Метод рада – Спроведено је истраживање преваленце коришћења ПАС у свим разредима четири средње школе, по једно одељење из сва четири разреда из сваке средње школе у Лозници, новембра 2013. (400). Циљ рада је да се прикажу резултати истраживања раширености и да се прикажу досадашње активности за последњих десет година на превенцији болести зависности.

Резултати – Сваки други средњошколац пије и опија се, а скоро сваки трећи пуши (28%). Сваки пети средњошколац у Лозници је користио неку забрањену ПАС, сваки осми средњошколац је користио марихуану (12%), а друге дроге је пробало њих 7%, и то најчешће екстази. Од оних који су пробали неку дрогу, најчешће је то било на журци 47%, у стану код друга/другарице 23%, а њих 10% у школи. Више од трећине (36%) зна да се у њиховом окружењу, око школе и у школи, продаје дрога. Половина средњошколаца познаје неког ко користи илегалне дроге. Разлози зашто се користе ПАС: због провода, што поправља расположење. Скоро половина средњошколаца, њих 41%, запажа да дроге изазивају опасна стања по живот, а 17% запажа халуцинације. Две трећине средњошколаца, њих 65%, мисли да је марихуана најупотребљаванија дрога, а само 11% да је то екстази, 8% да је то кокаин, таблете са алкохолом 6%, а 5% мисли да је то хероин.

Дискусија – У Лозници је било у последњој деценији акција, едукација младих, више обука за вршњачке едукаторе, трибина за родитеље, обука професионалаца, али се мере морају систематизовати, напори ујединити и заједно уједињени за исти циљ, заједно борити. Решавање овог проблема на систематичан и програмски начин због безбедности и заштите здравља младих у Лозници, представља приоритет у нашем граду. Постоји оформљено стално скупштинско тело Савет за борбу против болести зависности у Лозници и доношење ЛАП (локалног акционог плана) против болести зависности ће помоћи да се ради са јасним циљевима и задацима

Закључак – Рад на превенцији болести зависности мора бити свеобухватан, континуиран и да буде савремен, атрактиван за младе, да се користе све савремене технологије, друштвене мреже, да се превенцијом баве родитељи од најранијег узроста деце, васпитачи, учитељи и наставно особље, здравствени радници, полиција, судство, ЦСР, Црвени крст, локална заједница и држава.

Кључне речи – ПАС, Болести зависности, Превенција, Преваленција, Марихуана, Екстази

PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE IN LOCAL COMMUNITY

Nada Đurić¹, Svetlana Karić², Ljiljana Ranković³,
Health Care Centre “Dr Milenko Marin” Loznica¹, Serbia
College of Applied Studies for Pre-school Teachers Šabac², Serbia
Citizens' Association “Iskra-Loznica“, Loznica, Serbia³

Introduction - The drug abuse problems began to spread worldwide during the 1960s. Nowadays it is an epidemic affecting all countries in the world. There are a great number of psychoactive substances being used. Risk factors for the consumption of psychoactive substances (PAS) are numerous yet the prevalence of PAS is rarely investigated, prevention is conducted periodically and without continuity in the community.

Method - A survey of prevalence of use of PAS was conducted in November 2013 in all grades of four secondary schools, one class from all four grades from each high school in Loznica. The aim is to present the results of research of prevalence and to display current activities in the past 10 years in drug abuse prevention.

Results - Every second high school student drinks alcohol and gets intoxicated and almost every third student smokes (28%). Every fifth high school student in Loznica has consumed a prohibited PAS, one in eight high school students has used marijuana (12%), and 7% of high school students have tried other drugs, mostly ecstasy. Out of those who have tried drugs, most often it was at a party (47%), at their friend's place (23%) and in school (10%). More than a third (36%) is familiar with the fact that the drugs are sold in their surroundings, around the school and in school. Half of high school students know someone who uses illegal drugs. The reasons for using PAS are the following: to entertainment themselves, to boost their mood. Nearly half of high school students, 41% of them, noted that drugs cause dangerous medical conditions, while 17% noted hallucinations. Two-thirds of high school students, 65%, think that marijuana is the most widely used drug, and only 11% that it is ecstasy, 8% think it is cocaine, 6% consider it to be pills with alcohol 6% and 5% think that it is heroin.

Discussion - In the last few decades in Loznica there were many activities, youth education, many trainings for peer educators, forums for parents, training of professionals, but the measures must be systematized, efforts need to be united and united in the same goal, we must fight together. Resolving this problem in a systematic way for the safety and health protection of young people in Loznica has become a priority in our city. There is a permanent parliamentary body Council for the Fight against substance abuse in Loznica and adopting of LAP (Local Action Plan) against substance abuse will help to perform with clear goals and tasks.

Conclusion - Substance abuse prevention must be comprehensive, continuous and up-to-date, attractive for young people, must include all the modern technology, social networks, parents must deal with the preventions from an early age of their children so as pre-school teachers, teachers, health care workers, the police, the judiciary, social welfare department, Red Cross, local communities and the government.

Keywords - PAS, Addictions, Drug Abuse, Prevention, Prevalence, Marijuana, Ecstasy

ПОЈАВА ЗЛОСТАВЉАЊА НА РАДУ УДРЖАВНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА НА ТЕРИТОРИЈИ НОВОГ САДА

Владана Стефановић, Завод за здравствену заштиту студената Нови Сад, Нови Сад, Србија;
Нада Мачванин, Медицински факултет Универзитет Нови Сад, Нови Сад, Србија

УВОД: Мобинг (злостављање на раду) представља специфичан облик понашања и патолошку комуникацију на радном месту, када једна особа или група особа психички злоставља и понижава другу особу са циљем угрожавања њеног угледа, части, људског достојанства и интегритета, све до елиминације са радног места. То су различити типови непријатељског понашања који се понављају најмање једанпут недељно током најмање шест месеци. Циљ мобинга је да угрози интегритет особе, односно њен професионални, социјални али и приватни живот. Стална и дуготрајна изложеност мобингу значајно угрожава здравствено стање жртве. Циљ рада је анализа постојања утиска о мобингу запослених у здравственим установама са државним власништвом на територији Новог Сада, Војводина, Србија.

МЕТОД: Спроведено је проспективно истраживање путем упитника у здравственим установама са државним власништвом на територији Новог Сада током 2011 и 2012 године. Испитаници су изабрани путем случајног избора. Коришћен је оригинални упитник аутора Д Јанков, специјалисте психолога. За анализу података је коришћен статистички пакет SPSS 20.0.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА: Узорак је чинило 110 испитаника – 16,3 % мушког и 83,7 % женског пола, просечна старост испитаника је била 45 година живота, просечан радни стаж 20 година. У дневним сменама ради 2/3 испитаника док 1/3 има дневно-ноћни ритам рада. Анализа брачног стања је показала да је већина у брачној заједници. Утисак о злостављању на радном месту има 25 % испитаника. Најчешће постоји утисак да је особа злостављана од групе (2-4 члана) а не само од једне особе (истог образовног нивоа и сложености посла-хоризонтални мобинг). Позитиван утисак о мобингу испитаници најчешће стварају на основу добијања налога да изврше одређени радни задатак у кратком временском року под претњом санкција. Посебно болно се доживљава јавно понижавање (указивање да је особа неспособна да уради поверени задатак пред колективном или исмејавање, одавање поверених тајни претпостављеном или колеги) те постепено развијају психички отпор ка радном окружењу уз одсуство жеље да се врате на посао након одсуства.

ЗАКЉУЧАК: Присутна је појава утиска о злостављању на радном месту код запослених у здравственим установама са државним власништвом у Новом Саду. Последице мобинга се рефлектују на појединца, социјално окружење, радну средину, и зато захтева мултидисциплинарни приступ са психолошког, медицинског, социолошког и правног аспекта. Потребно је почети акцију за превенцију мобинга кроз информисање запослених о појавним облицима мобинга и укључивањем психолога у радни колектив са циљем подршке у формирању здравих односа на радном месту између са једне стране руководства и запослених а са друге стране између запослених међусобно.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: мобинг, здравствене установе, државно здравство

MOBBING IN PUBLIC HEALTHCARE INSTITUTIONS OF NOVI SAD

Vladana Stefanovic, Institute for Student Healthcare Novi Sad, Novi Sad, Serbia; Nada Macvanin, Medical Faculty University of Novi Sad, Novi Sad, Serbia

INTRODUCTION: Mobbing is a specific form of behavior and pathological communication in the workplace, when one person or group of people mentally abuse and humiliate another with the aim of undermining their reputation, honor, human dignity and integrity until they resign. These are different types of hostile behavior that are repeated at least once a week for at least six months. Permanent and long-term exposure to mobbing significantly threatens the health of the victim. The aim of this study is to analyze the existence of the impression of mobbing among employees in public healthcare institutions in Novi Sad, Vojvodina, Serbia.

METHODS: We conducted a prospective study using an original questionnaire in public healthcare institutions in Novi Sad during 2011 and 2012. Respondents were selected through random selection. We used the original questionnaire composed by D Jankov, psychologist. For data analysis, the statistical package SPSS 20.0. was used.

RESULTS AND DISCUSSION: The sample consisted of 110 respondents - 16.3% male and 83.7% female, the average age was 45, average work experience 20 years. 2/3 respondents work in daily shifts, while 1/3 works night shifts as well. Analysis of marital status showed that most of respondents are married. 25% has the impression of mobbing. Usually there is an opinion that the person is abused by a group of people (2-4 members) and not just by one person (often of the same educational level-horizontal mobbing). The impression of mobbing was often created on the basis of orders to execute a specified task in a short period of time under the threat of sanctions. Experiencing public humiliation is considered most painful (indicating that the person is unable to accomplish the assigned task, ridicule, disclosure of secrets entrusted to supervisors or colleagues) and this leads to a gradual development of mental resistance to the work environment with no desire to return to work after weekends or holidays.

CONCLUSION: There is an impression of mobbing among employees in public healthcare institutions in Novi Sad. The consequences of mobbing are reflected on the individual's well-being, social and work environment and therefore requires a multidisciplinary approach with psychological, medical, sociological and legal aspects. It is necessary to actively start preventing mobbing by informing employees about the various forms of it and by involving psychologists to the workplace in order to support forming healthy relationships between management and employees, and between the employees themselves.

KEYWORDS: mobbing, public healthcare institutions

ЕМОЦИОНАЛНО ФУНКЦИОНИСАЊЕ И КВАЛИТЕТ ЖИВОТА КОД ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Соња Шушњевић, Ержебет Ач Николић, Весна Мијатовић Јовановић, Снежана Укропина, Драгана Милијашевић, Тања Томашевић
Институт за јавно здравље Војводине Нови Сад, Нови Сад, Србија

Увод: Квалитет живота се дефинише као перцепција појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којима живи као и према својим циљевима, очекивањима, стандардима и интересовањима. Циљ рада је да се процени квалитет живота особа са инвалидитетом у односу на емоционално функционисање, као и да се утврди постојање разлике у односу на пол, ниво образовања, запосленост и брачно стање.

Метод рада: Анкетирање је спроведено употребом посебно креираног упитника за процену квалитета живота особа са инвалидитетом. Студија је укључила 227 особа са моторним инвалидитетом у Војводини, 120 мушкараца (52,9%) и 107 жена (47,1%). Просечна старост испитаника је била 47 година (СД=15 година). У највећем броју случајева узрок инвалидитета је била повреда (33,0%), затим неуролошко обољење (26,0%), урођена болест (20,7%), тешко реуматско обољење (13,7%), цереброваскуларни инзулт (2,6%) и остала стања (4%).

Резултати: Просечна вредност домена емоционалног функционисања (ЕФ) за све испитанике је износила 62,5 (на скали оцена 0-100, СД=20,0) са 95% ЦИ у распону од 59,9 до 65,1. Утврђена је статистички значајна разлика за овај домен у односу на ниво образовања ($p=0,048$), док у односу на пол ($p=0,170$), запосленост ($p=0,601$) и брачно стање ($p=0,436$) нема статистички значајне разлике. Највише вредности домена ЕФ када је у питању образовање су имали испитаници са завршеном вишом и високом школом (66,0), затим средњом школом (64,2), а најниже са основном школом (57,6). Свој емотивни живот сами испитаници су оценили са просечном оценом од 6,1 (на скали оцене 1-10) а са 4,7 задовољство животом у целини (на скали оцене 1-7).

Дискусија: Немедицинске карактеристике људске егзистенције (као што су породични односи, социјалне и друштвене активности, духовност, креативност, економска сигурност, наде, страхови, разочарења, жалост или радост) могу да створе код одређених људи осећај да имају одличан квалитет живота упркос великој физичкој неспособности или супротно особа може да да лошу процену квалитета живота без обзира што има одлично стање здравља.

Закључци: Особе са инвалидитетом са вишим нивоом образовања имају значајно више просечне вредности у домену емоционалног функционисања.

Кључне речи: особе са инвалидитетом, емоционално функционисање, квалитет живота, образовање, запосленост.

EMOTIONAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF DISABLED PEOPLE

Sonja Susnjevic, Erzebet Ac Nikolic, Vesna Mijatovic Jovanovic, Snezana Ukropina, Dragana Milijasevic, Tanja Tomasevic
Institute of Public Health of Vojvodina Novi Sad, Novi Sad, Serbia

Introduction: Quality of life (QoL) is an individual's perception of his or her position in life in the context of the culture and value system where they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. The aims of this study were to investigate the relationship between emotional functioning domain of QoL and gender, education level, employment and having life partners of disabled people.

Methods: Poll survey was conducted using specially created questionnaire for assessing quality of life of disabled persons. Sample of 227 adult persons with motor disability, 120 men (52.9%) and 107 women (47.1%), from the territory of Province Vojvodina were comprised. The average age of participants was 47 years (SD=15 years). The cause of disability in the largest number of the interviewees was the injury (33.0%), then neurological conditions (26.0%), inborn conditions (20.7%), serious rheumatic diseases (13.7%), cerebrovascular insults (2.6%) and other (4%).

Results: The mean value of the Emotional functioning domain score (EF) for all the interviewees was 62.5 (on scale 0-100, SD=20.0) with 95% CI in the range of 59.9 to 65.1. There were statistically significant differences between the mean value of EF of the participants regarding education level ($p=0.048$), but there were no statistically significant differences between the mean value of EF of the participants regarding sex ($p=0.170$), employment ($p=0.601$) and a life partner ($p=0.436$). Mean value of EF were highest in participants with the highest education level - faculty (66.0), then in participants with high school (64.2) and elementary school (57.6). Their emotional life, the interviewees themselves graded with an average mark of 6.1 (on scale 1-10) and their life satisfaction with 4.7 (on scale 1-7).

Discussion: Non medical characteristics of human existence (such as family relations, social and socializing activities, spirituality, creativity, economic security, hopes, fears, disappointments, grief or joy) can in certain people create the feeling that they have an excellent quality of life despite the great physical handicap, or vice versa, a person can provide a low assessment of quality of life no matter that his health is excellent.

Conclusion: Disabled people with higher education level have a significantly higher mean value of EF.

Key words: disabled people, emotional functioning, quality of life, education, employment.

ПОДРШКА ПОРОДИЦАМА КОЈЕ ЖИВЕ У СИРОМАШТВУ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ РАЗВОЈА ДЕЦЕ

1. Милена Михајловић, ЦИП Центар, Србија
2. Олга Станојловић, КБЦ Звездара, Србија (сарадник ЦИП-а на пројекту)
3. Ангелина Скареп, Министарство просвете, Србија (сарадник ЦИП-а на пројекту)
4. Снежана Малешев, ДЗ Савски Венац, Србија (сарадник ЦИП-а на пројекту)

Програм је креирао тим Центра за интерактивну педагогију из Београда у сарадњи са партнерским ромским организацијама у Крагујевцу, Нишу, Суботици и Београду, уз подршку Фондације за отворено друштво, Лондон.

Циљ програма је да подржи развој деце раног узраста оснажујући родитеље и заједницу да стварају подстицајније и безбедније породично окружење за њихов раст и развој. Наше полазиште било је да је здраво дете оно које је у току свог раста и развоја успело да оствари све своје потенцијале, што је основни предуслов да касније оствари добар успех у школи и постане равноправни и продуктивни члан заједнице

Програм је дизајниран да одговори на потребе ромске деце узраста до пет година која живе у „ромским“ насељима. Може се применити у раду са сваком породицом јер се бави питањима унапређивања здравља, развоја, васпитања и учења, која су универзална за свако дете и сваког родитеља. Програм је едукативног карактера, али не пружа родитељима само нова знања и вештине, већ много више од тога- помаже им да препознају и цене своје личне родитељске снаге и на њима заснивају жељене промене.

Програм је намењен ромским и другим удружењима која раде са децом и породицом, али и предшколским установама, домовима здравља, центрима за социјални рад и другим установама. ...Свима који желе, осећају одговорност и имају професионалну обавезу да допринесу бољим условима за одрастање и развој, и праведнију стартну животну позицију сиромашне ромске деце.

Садржај и методологија рада пружају могућност за квалитетан, структуриран и ефективан рад са породицама, децом и ромском заједницом.

Теме развијене у оквиру програма груписане су у три целине: Улога и одговорност породице и заједнице у подизању деце, Заштита здравља деце и породице и Подстицање развоја детета. За сваку тему креиран је едукативни материјал за фацитаторе, сценарија за радионице и кућне посете, препоруке за акције и активности, као и материјал за рад. Програм припреме фацитатора је пажљиво дизајниран како би на што ефикаснији начин подигао знања и вештине за рад са децом, породицом и заједницом кроз конкретне активности. Развијен је систем евидентирања и праћења активности и постигнућа у раду. Дати су примери различите програмске документације, неопходне за праћење и евалуацију. Наше полазиште је да су мали, конкретни помаци увек могући, без обзира на услове живота. Позитивни ефекти наше бриге за раст и развој не морају се видети одмах, али они се уграђују у темеље будућности детета. Улагање у здравље и рани развој детета је улагање у будућност породице, локалне заједнице и целог друштва.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Деца, Породица, Ромска заједница, Рани развој, Сиромаштво

PROGRAM FOR CHILDREN AND FAMILIES „STRONG FROM THE START”

Milena Mihalović, CIP- Center for interactive pedagogy, Serbia

Angelina Skarep, Ministry of education, Serbia

Olga Stanojlović, Zvezdara University Medical Center, serbia

Snežana Malešev, Primary Health Center Savski venac, serbia

The program was developed by CIP – Center for Interactive Pedagogy in cooperation with Roma associations from Kragujevac, Niš, Subotica and Belgrade, with the support of the Open Society Foundation – London.

The goal of the program is to support the development of young children, empowering parents and the community to create a more stimulating and safer family environment for their growth and development. Our starting point was that a healthy child is one that has managed to achieve all of its potential during its growth and development, which is the main prerequisite for being successful in school later and becoming a productive member of the community.

The program is designed to respond to the needs of children under five living in “Roma” settlements. It can be applied in work with any family, because it focuses on advancing health, development, upbringing and learning which are universal to all children and all parents.

The Program is educational in character but it provides the parents with much more than just new skills and knowledge – it helps them recognize and appreciate their own parenting strengths and base the desired changes on them.

The program is intended for Roma and other associations that work with children and families, but also preschool institutions, health centers, social work centers and other institutions... everyone who wants to, feels responsible and has the professional need to contribute to better conditions for growth and development, and a fairer starting position for poor Roma children.

The topics elaborated within the Program are grouped in three categories: : Family and Community Roles and Responsibilities for Raising Children, Child and Family Health Protection and Encouraging Child Development, with 21 topics.

The Program content and work methodology provide for quality, structured and effective work with the families, the children and the Roma communities. Educational material for the facilitators, workshop and house visits scenarios, recommended actions and activities and the relevant activity material have been designed for each topics.

The facilitator preparation program is carefully designed to efficiently raise the level of knowledge and skill for work with children, families and communities through concrete activities. To make sure the program has a constant dynamic of provided activities, a system has been developed for recording and following activities and achievements. Examples of various program documentaton are also given.

Our starting point is that small, concrete improvements are always possible, regardless of living conditions. Positive effects of our care and investment into growth and development don't need to be immediately apparent, but they are built into the foundation of the child's future. Investing in

health and early development a child is investing in the future of the family, local community and the whole society.

KEY WORDS: Children, Family, Early development, Roma community, Poverty.

УВОД

Програм за децу и породицу „Снажни од почетка – Дам лен пхака“ је креиран са циљем да допринесе развијању подстицајнијег и безбеднијег породичног окружења за малу децу из сиромашних ромских породица које живе у нехигијенским насељима. Програм је креирао тим ЦИП-Центра за интерактивну педагогију у сарадњи са ромским удружењима. Родитељи и деца су активно допринели развијању Програма, како у погледу тема које их интересују тако и у погледу методолошког приступа.

Програм је настао уз финансијску подршку Фондације за отворено друштво, Лондон.

Желимо да подржимо децу која су дискриминисана као припадници ромске мањине и којима су најчешће ускраћена основна дечија права због сиромаштва, да се вину из породичног гнезда довољно оснажена да буду равноправна са вршњацима. Програм је дизајниран за децу узраста до пет година и њихове породице (родитеље, баке и деке, старију браћу и сестре и другу родбину). Контекст у коме деца живе је утицао на избор тема, начин обраде садржаја и методолошки приступ у раду.

Развијањем родитељских компетенција за негу, васпитање, подршку развоју и учењу деце и малим променама у породичном окружењу не може се као чаробним штапићем спречити дејство сиромаштва, али се може значајно унапредити развој деце и њихова почетна животна позиција. Програм се лако може прилагодити за рад и са другим породицама јер се бави питањима унапређивања здравља, развоја, васпитања и учења, која су универзална за свако дете и сваку породицу.

НАША ПОЛАЗИШТА

Ране године детета значајно утичу на његов даљи живот.

Потребе за учењем и оснаживањем породица мале деце једнаке су без обзира на услове живота. Ромска деца немају адекватне услове за развој због сиромаштва, искључености и дискриминације. Свака породица брине о својој деци, али је некима потребна већа подршка. Ромска заједница се мења, морамо јој прићи без предрасуда и стереотипа.

За промену услова одрастања деце потребан је свеобухватан, систематичан и стручно осмишљен едукативни програм и дугорочно деловање. Програм и начин рада морају одговарати на потребе деце и одраслих и бити засновани на њиховом искуству, уз поштовање језика, вредности, културе и традиције

ПОТРЕБЕ МАЛЕ ДЕЦЕ ИЗ РОМСКЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Препреке са којима се суочавају сиромашне ромске породице

Сиромаштво и лоша инфраструктура у насељима у којима Роми живе не пружају услове за безбедан, здрав и хармоничан развој деце. Људима који живе у насељима физички су и друштвено недоступни друштвени ресурси (здравствени, образовни, културни, спортски и сл.) и изложени су дискриминацији. На квалитет живота малог детета из маргинализоване сиромашне породице утиче и недостатак играчака, сликовница и другог подстицајног

материјала за развој и учење. У породици са више деце родитељи немају довољно времена да се посвете сваком детету. У вишегенерацијским породицама сукобљавају се различити васпитни утицаји, традиционални и савремени обрасци понашања и вредности. На однос породице према игри, забави и слободном времену утиче сиромаштво због кога деца рано одрастају, преузимају кућне обавезе и почињу да привређују. Рано склапање бракова и родитељство уводи младе у свет одраслих док су још увек и сами деца. Већинска заједница обично не разуме изазове са којима се суочавају припадници националних мањина који се школују, раде и живе користећи језик који им није матерњи. Мала деца из насеља најчешће немају контакте са вршњацима из већинске и других мањинских заједница и не могу да овладају језиком на коме ће се касније образовати.

Деца која живе у насељима стичу знања и искуства значајна за њихов опстанак и начин живота која нису препозната и вреднована у широј заједници и у образовном систему који потенцира академска знања, а не животне вештине. Деца имају пуно могућности за кретање али недовољно развијају фину моторику важну за развој координације око-рука, писање и цртање, јер немају адекватан подстицај, играчке и прибор за цртање и писање. Деца често немају сликовнице, родитељи им не читају јер нису писмени, нису у контакту са писаним материјалима и недовољно се подстиче усвајање предчиталачких вештина значајних за каснији развој писмености.

Потенцијали живота у насељу, односно широј заједници: Велике су могућности за социјалне контакте унутар насеља. Не само родитељи, већ шира породица и цела заједница брину о деци. Имати више браће и сестара је право богатство о коме сањају нека друга деца. Бити стално у окружењу вршњака је веома значајно за развијање социјалних односа.

МЕТОД РАДА

Програм обухвата садржаје и методологију рада потребне за квалитетан, структуриран и ефикасан рад са породицама, децом и ромском заједницом. Теме развијене у оквиру програма груписане су у три тематске целине. У оквиру сваке тематске целине обрађен је већи број тема (укупно 21 тема). Програм подржава јединство неге и васпитања детета раног узраста. У том смислу, тематске целине и теме треба посматрати као покушај успостављања структуре како би садржаји били прегледнији и приступачнији, а не као засебне целине. Груписане тематске целине указују на потребне садржаје који се међусобно допуњују, повезују, произилазе једни из других и представљају стручни приступ у раду са децом и родитељима.

УЛОГА И ОДГОВОРНОСТ ПОРОДИЦЕ И ЗАЈЕДНИЦЕ У ПОДИЗАЊУ ДЕЦЕ

Безбедно окружење за децу

Права из области образовања и социјалне заштите

Стереотипи, предрауде и дискриминација

Психо- социјална добробит И резилијентност

ЗАШТИТА ЗДРАВЉА ДЕЦЕ И ПОРОДИЦЕ

Здраво окружење

Здрава исхрана за целу породицу

Права, обавезе и планирање здравствене заштите детета

Лична хигијена и нега зуба за здравље И лепоту
Здрава жена рађа и подиже здраво дете
Долазак бебе, нега новорођенчета И брига о мајци
Нега, исхрана и заштита здравља одојчета
Нега, исхрана и заштита здравља малог детета
Нега болесног детета

ПОДСТИЦАЊЕ РАЗВОЈА ДЕТЕТА

Свако дете је личност за себе
Важност дневног распореда активности породице за подизање детета
Снага позитивног родитељства
Сензо-моторни развој малог детета
Психо-социјални развој малог детета
Развој говора и језика
Когнитивни развој и учење малог детета
Игра и играчке

За сваку тему креиран је едукативни материјал за фацитаторе, сценарија за радионице и кућне посете, као и материјали за рад (картице, постери) и лифлети за родитеље, предлози за активности са децом, видео клипови који се могу користити за обуку фацитаторки и за рад са децом и родитељима. Такође су доступни и предлози за различите акције и друге активности у насељу, илустроване фото и видео документацијом о примени програма у Нишу, Крагујевцу, Суботици и Београду. Програмски садржаји се могу реализовати применом различитих форми рада, изабраних такода одговарају потребама учесника и садржајима који се обрађују.

ЗАЈЕДНИЧКЕ АКТИВНОСТИ ДЕЦЕ И ОДРАСЛИХ

Активности које заједно планирају и спроводе деца и одрасли доприносе развоју осећаја припадности и блискости чланова заједнице. Едукативне и забавне активности за више генерација доприносе да се породице и цело насеље окупе и зближе. Забавне активности уносе радост у свакодневицу људи усмерених на тежак рад и бригу о преживљавању. Креативне радионице у којима деца и одрасли заједно стварају, праве играчке или друге предмете, уче нове вештине непроцењиве су за њих. Игре, забава и спортске активности за децу, младе и одрасле имају и забаван и едукативни карактер. То могу бити појединачне активности, серије активности, „Игре без граница“, турнири, плес, музички догађаји... Акције у насељу такође подстичу кохезију унутар заједнице, повезивање различитих генерација и породица када сви делују са истим циљем а то је да учине нешто за безбеднији, здравији и лепши живот својих најмлађих. Акције могу бити усмерене на уређење насеља (отклањање отпада, сађење цвећа), постављање игралишта за децу и сл. У оквиру примене Програма реализоване су различите акције у насељима.

АКТИВНОСТИ СА ОДРАСЛИМА

Радионице са родитељима (радионице у већој групи и мале комшијске) су структуриране тематске целине којима се постижу одређени искуствени и образовни циљеви. У радионици

учесници и водитељ у безбедном окружењу размењују искуства, знања, уверења и потребе. Радионице се организују за 8 до 15 учесника.

Кућне посете дају могућност да се породица подржи у развијању потенцијала за стварање подстицајног окружења за раст и развој детета. Намењене су породицама са децом узраста до 2 године. Изграђен однос поверења са породицом је основа сваке добре интервенције у породици уз добро припремљену мрежу подршке (здравствене и социјалне службе, локална заједница, цивилни сектор).

Програм припреме фацитатора је пажљиво дизајниран како би на што ефикаснији начин подигао знања и вештине за рад са децом, породицом и заједницом кроз конкретне активности. Дате су смернице и препоруке за рад са породицама и њихово мотивисање за учешће у Програму. Посебно су издвојене специфичне улоге и вештине фацитатора за вођење састанака, радионица и малих комшијских радионица, као и за реализацију радионица и активности са децом. Посебно место и значај дато је улози и вештини фацитатора у припремању и реализацији кућних посета.

Како би Програм имао сталну динамику кроз предвиђене активности, развијен је систем евидентирања и праћења активности и постигнућа у раду. Дати су примери различите програмске документације, неопходне за праћење и евалуацију.

НАЈВАЖНИЈИ РЕЗУЛТАТИ

Програм је креиран у сарадњи са ромским удружењима: Удружење грађана Рома „Понос“, Образовно-културна заједница Рома „Рроманипен“, Едукативни центар Рома и Дечји центар „Мали принц“.

Програм је пилотиран у седам насеља у четири града: Ниш, Крагујевац, Суботица и Београд, у којима живе само Роми (староседеоци, интерно расељени са територије Косова и Метохије, и измештени из неформалних насеља испод моста у Београду. Становници насеља говоре ромски, албански и/или српски језик). Број становника се креће од 100 до 7.000. Насеља су нехигијенска, небезбедна и неусловна за живот (посебно мале деце), разликују се по локацији (центар града или обод), квалитету кућа (зидане, метални контејнери...) и инфраструктури и безбедности. Услови живота породица разликују се и у погледу материјалне ситуације, опремљености куће, бројности чланова породице и сл. Одрасли су већином неписмени а деца похађају обавезни предшколски припремни програм и школу, али не редовно. И поред сиромаштва у коме живе већина породица има ТВ, мобилне телефоне а многи и компјутере што отвара могућности едукације али и потребу за заштитом мале деце од медија.

Табела 1. Активности у насељима

	Ниш	Кг	Су	Бгд	тотал
радионице са мајкама	57	54	38	35	184
радионице са бакама	8				8
радионице са очевима	13		1	6	20
комшијске радионице	6		6		12
тотал радионице одрасли	84	54	45	41	224
кућне посете	208	213	290	144	855
радионице са децом	29	61	44		134
радионице са старијом децом	11				11
активности са децом	10		3		13
заједничке активности са децом и родитељима	5		7	1	13
акције у насељу	9	2	2	1	14

Програм је евалуиран од стране екстерних евалуатора из Србије и Велике Британије. Као највећи квалитет Програма наведено је што је креиран у интеракцији са фацитаторима и пилотиран у самим насељима, са циљем да се програм прилагођава потребама учесника а не учесници програму. Наведени су неки од закључака спољне евалуације.

КАКО СУ РОДИТЕЉИ ВИДЕЛИ ПРОГРАМ

Ако желиш нешто лепо да научиш, дођи са мном

Лепо је кад имаш подршку од неког

Свим срцем нас примају- Одговарају на питања, слушају, саветују

ДОБРОБИТИ ОД ПРИМЕНЕ ПРОГРАМА ЗА ДЕЦУ	РОДИТЕЉИ СУ РЕКЛИ
Остваривање права Развој самопоштовања и самопоуздања Стицање нових знања и вештина Унапређење здравља и безбедности Развијање вештина комуникације Развој предчиталачких вештина и логичко-математичког мишљења Учење језика на коме ће се школовати	<i>Да дете учи, и ми од деце Васпитање, да поштује друге, да каже извини, молим Комуникација са другом децом, да пита за реч</i>
ДОБРОБИТИ ЗА РОДИТЕЉЕ И РОМСКУ ЗАЈЕДНИЦУ	РОДИТЕЉИ СУ РЕКЛИ
Лично оснаживање Јачање родитељских капацитета Тренуци забаве и опуштања у игри са децом Брига о личном психофизичком здрављу Подршка за остваривање права Хомогенизација заједнице око бриге о деци Успостављање мреже подршке	<i>Да не малтретирамо децу, уз батине не иде Здрава храна Прављење играчака- да направим лутку од ништа Како користити време за дете Дружење људи из махале, иако не говоре долази до помирења</i>

ДИСКУСИЈА

Током развоја Програма сви смо се променили - аутори, имплементатори, деца и родитељи. Стекли смо разноврсна знања и искуства, научили нешто ново о себи и о другима. Драгоцена су искуства о процесу промене породице и заједнице, о томе како вредновати мале помаке истовремено гледајући велику слику потребних промена.

Развој Програма: Радионице, кућне посете и друге активности пилотиране су и прилагођаване према повратној информацији од стране фацилитатора. Полазиште нам је било да теме и садржаје развијамо око потреба и услова живота родитеље и начина функционисања породица. Деца и родитељи су нас водили указујући шта им је потребно и како желе да раде. Одговарајући на потребе породица, програм је у већој мери развио компоненту заштите здравља деце и породице него што је првобитно планирано. Одрасли су радо стицали нова знања али су желели да то раде на забавнији а мање схоластички начин који су фацилитатори некад примењивале у жељи да родитељи брзо што више науче. Успех радионице је да учесници изађу са осећајем да су нешто научили и да им је било корисно, али и да појеле да дођу поново. И наравно, да примене знања код куће! Око неких тема родитељи су се лакше отварали него у вези других, посебно према представницима здравствених и других институција. Стид због сиромаштва чини да родитељи желе да породичну ситуацију прикажу бољом него што јесте. У жељи да се уклопе у ширу заједницу

Роми прихватају распрострањене нездраве стилове живота (брза храна, дуго гледање ТВ и сл.), те је потребно радити и са широм заједницом.

Истраживања показују како се родитељи Роми не играју са својом децом а већинско становништво често верује да Роми нису добри родитељи. Радост и посвећеност коју су родитељи показали у игри, прављењу играчака, спортским И другим активностима са децом била је дирљива! Мајке су и саме жељне игре, јер се као девојчице нису довољно играле, детињство им је било кратко и испуњено обавезама у породици, из њега су брзо прешле у рани брак и материнство и напоран рад. Исто се односи и на очеве! Родитељи мале деце углавном не знају дечје песме и приче, када певају деци то је углавном музика са ТВ Пинк, а традиционалне приче, успаванке и песме су готово заборављене. Као и другим родитељима мале деце у окружењу и њима је потребан подршка стручњака да боље разумеју развој деце и како да га подрже, и развијају вештине позитивног родитељства (и позитивну дисциплине уместо кажњавања). Потребна им је подршка да разумеју да је заједничка игра са дететом њему драгоцен.

И Ромска породица и заједница се мењају као и друге у окружењу, традиционални породични обрасци још су снажни али и све флексибилнији. Више није реткост видети пар који заједно брине о деци и очеве у игри са малим дететом. Све је више младих породица које оснивају засебно домаћинство и које планирају потомство. Интернет и друштвене мреже отварају нове могућности за повезивање и учење. Интернет је допринео и макар привидној демократизацији односно смањењу разлика између Рома и њихових вршњака који слушају исту музику, негује модне стилове и понашања блиска младима исте генерације. Припрема фасилитатора: Фасилитаторке и фасилитатори у партнерским ромским удружењима углавном су педагошки асистенти који раде у образовним установама, имају искуство у раду са децом и породицом, прошли су обимне разноврсне обуке. Ипак, било им је потребно пуно рада и учења због широке лепезе тема. Када тим чине жене и мушкарци, активисти и стручњаци са различитим искуством он може боље одговорити на потребе деце и породице. Важна је и добра припрема стручњака из здравствених и образовних установа уколико не познају насеље и немају искуство у раду са људима који живе у датим условима.

Сарадња са институцијама

Током пилотирања Програма успостављена је сарадња са локалним управама, домовима здравља, центрима за социјални рад, предшколским и другим установама. Сарадња се надовезала на већ успостављене односе са партнерским НВО и није се односила само на реализацију програмских (пројектних) активности већ шире на унапређивање услова за развој деце у насељима. Институције су се на различите начине укључиле у реализацију програмских активности:

- Запослени у домовима здравља представили су своје редовне активности које се односе посебно на осетљиве друштвене групе а затим се дискутовало о могућностима и плановима за заједничке активности у насељима, о коришћењу и доступности програма здравствених институција. Патронажне сестре и лекари водили су радионице и разговоре са децом и родитељима у насељу о разним темама које су их интересовале. Деца су вођена на преглед код стоматолога.
- Представници предшколских установа су представили своје програме и активности за децу до пет година у којима учествују и деца из осетљивих група, посебно деца из насеља. Социјални радници су у насељима разговарали са родитељима о темама које их интересују а у надлежности су центара за социјални рад.

- Један од примера добре праксе је Локални тим за унапређивање положаја ромске деце у Крагујевцу који чине представници Образовно-културне заједница Рома „Рроманипен“, предшколске установе, дома здравља, центра за социјални рад, полиције, Црвеног крста, полиције и локалне управе.

ЗАКЉУЧАК

Рано детињство је доба изузетног физичког, когнитивног, социјалног и емоционалног развоја. Најновија истраживања показују да је развој у првим годинама живота детета од немерљивог значаја за здравље, учење и постигнућа за цео живот. Развој у раним годинама стога нуди знатне могућности за постизање пуног развојног потенцијала али носи и ризике уколико се бројни и разноврсни подстицајни утицаји занемаре, пропусте или наруше. Период раног детињства истовремено је период великих могућности и велике рањивости.

ЗАШТО ЈЕ ВАЖНО УЛАГАТИ У ЗДРАВЉЕ И РАЗВОЈ МАЛЕ ДЕЦЕ

- Развој мозга најинтензивнији је у првих пет година живота
- Рано улагање даје најбоље резултате
- Смањују се разлике - резултати су најбољи код најсиромашније и најугроженије деце
- Рани развој је право детета

Развој деце темељ је развоја заједнице и економског просперитета, јер компетентно дете постаје темељ напредног и одрживог развоја. Када мудро улажемо у децу и породицу следећа генерација то враћа кроз свој продуктиван и одговоран живот. Зато је неопходно да се деци и породици пружи систематска и добро организована подршка онда када им је најпотребнија. Уколико пропустимо да обезбедимо деци оно што им је потребно за изградњу јаким темеља, доводимо у питање будући напредак и сигурност друштва.

Интервенције у раном детињству имају много већи ефекат него мере које се као корективне примењују у каснијем период. Политике које теже да “поправе или допуне” оно што је пропуштено у раном узрасту коштају много више него улагања у раном детињству. Повећање шанси за успех све деце захтева улагање у најранијем узрасту и рад са породицама у свим областима дечјег развоја (Уницеф 2013).

Овај програм намењен је свима који желе, осећају одговорност или имају професионалну обавезу да допринесу бољим условима за одрастање и развој, и праведнију стратну животну позицију сиромашне ромске деце. Програма нуди потенцијал за примену знања и вештина у раду са децом и породицом кроз стручни приступ у вођењу промена које настају у породицама где се Програм примењује. Програм је едукативног карактера, али не пружа родитељима само нова знања и вештине, већ много више од тога- помаже им да препознају и цене своје личне родитељске снаге и на њима заснивају жељене промене.

Програм нуди локалној заједници да препозна своје место у подршци о бризи за децу и развоју Ромске заједнице, управо остављајући могућности да се укључи у областима где има највећи потенцијал у датом тренутку.

Институције система које брину о деци су добиле понуђене идеје за креативнији рад. Један од највећих бенефита овог програма може бити подршка политикама и програмима

институција система: предшколским установама, школама, домовима здравља да се побољша квалитет рада као и постигнућа у стварању довољно добре средине за одрастање деце у сиромашним срединама, имајући у виду да се планира да нова стратегија инклузије Рома има фокус управо на раном развоју и интерресорној сарадњи, тј већем учесцу здравственог и социјалног ресора у подрсци родитељијма.

СОЦИЈАЛНЕ НЕЈЕДНАКОСТИ КАО ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА, ЗДРАВСТВЕНИХ ПОТРЕБА И КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАНОВНИШТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Снежана Димитријевић, Милена Гајић-Стевановић, Весна Хорозовић, Лидија Станковић
Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“, Београд, Република Србија

Увод: Социокономске неједнакости у здрављу се могу дефинисати као разлике у преваленцији или инциденцији здравствених проблема између становништва различитог социокономског статуса. Најчешћи чиниоци здравствене неједнакости нису генетско-биолошки, него социјално економски. Истраживања социјалних неједнакости су фундаментална у креирању и вођењу здравствене политике и планирању развоја здравствене заштите и здравственог менаџмента.

Циљ: Главни циљ овог истраживања је да се докаже утицај социјалних неједнакости на здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Републике Србије у периоду после 1999.године и после 2012.године.

Материјал и методе рада: Истраживање је спроведено кроз ретроспективну аналитичку студију публикованих статистичких података. Други део истраживања је обављен у оквиру пројекта “Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Републике Србије у 2000” на узорку од 11.742 становника. Као основни инструмент истраживања коришћен је упитник. У 2013.години Институт за јавно здравље Србије спровео је ново “Истраживање здравља становника Републике Србије - 2013.година” који показује континуирани рад предходних истраживања на узорку од 15.999 испитаника. Х2 тест је коришћен као статистички метод валидности података.

Резултати: Резултати показују да су промене настале у здравственом стању, здравственим потребама и коришћењу здравствене заштите због демографских промена, социјалне покретљивости становништва, како хоризонталне, тако и вертикалне и доктриналне позиције статистичке позиције и праксе. Услуге приватног лекара користе углавном жене, високо образовано становништво, градско становништво и богатији слој популације. Урбана популација је повећана и то нарочито у Београду, док је пољопривредна популација смањена.

Закључак: Богатије становништво, са вишим степеном образовања, млађи и они који живе у градској средини имају боље здравствено стање и такође више могућности коришћења здравствене заштите, посебно приватне праксе. То је доказ да социјалне неједнакости имају утицај на здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва.

Кључне речи: социјалне неједнакости; здравље; здравствено стање; здравствене потребе; здравствена заштита.

SOCIAL INEQUALITY AS DETERMINANT OF HEALTH STATE, NEEDS OF HEALTH CARE AND UTILIZATION OF HEALTH CARE OF POPULATION OF REPUBLIC OF SERBIA

Snezana Dimitrijevic, Milena Gajic-Stevanovic, Vesna Horozovic, Lidija Stankovic
Institute for Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanović Batut“, Belgrade, Serbia

Introduction: Socio-economic inequalities in health can be defined as the difference in the prevalence or incidence of health problems between people of different socioeconomic status. The most common factors of health inequalities are not genetically-biological, but social and economic. The research of social inequality is fundamental in creating and running of the health policy and planning the development health care and health management.

Objectives: The main objective of the present research was to prove the influence of social inequalities on health state, health needs and use of health care in the population of Republic of Serbia in period after 1999.years and after 2012.years.

Methodology: The research was conducted though the retrospective analytic study of the official statistical data .The second part of research was conducted through project ”Health state, needs of health care and utilization of health care of population of Serbia in 2000” involving 11.742 subjects. The instruments of survey were two questionnaires. In 2013. Institute for Public Health did new survey “ Investigation of health of population of Republic of Serbia – 2013.” which shows a continually work of previously survey involving 15.999 subjects. X2 test was used for represents statistical validity of dates.

Results: The results showed that the alterations in health status, health needs and use of health care were due to the demographic changes, social mobility of the population to the horizontal, and vertical, and doctrinal positions of the statistical science and practice. Services of private physicians usually use women, high education populations, urban population and the richer layer of population. The urban populations were increased, especially in Belgrade, while the rural populations were decreased.

Conclusion: Wealthier population, with higher education, younger and those who live in the urban environment have better health state and also more access to use health care, especially in private practice. It is proved that the social inequalities has influenced to health state, needs and use of health care of population.

Keyword: social inequalities; health; health state; health needs; health care.

*“Болест и сиромаштво представљају
зачаран круг. Болестан човек
не може да привређује, а самим
тим сиромашни. Он постаје све
сиромашнији, а тиме и све болеснији.*

*Једино здрав човек може да
производи и да себи, својој
породици и друшву у целини
ствара лепшу и срећнију
будућност.”*

C. E. Winslow

УВОД

Социоекономске неједнакости у здрављу се могу дефинисати као разлике у преваленцији или инциденцији здравствених проблема између становништва различитог социоекономског статуса. Најчешћи чиниоци здравствене неједнакости нису генетско-биолошки, него социјално економски. Социјалноекономски фактори утичу на здравље директно или индиректно: стварају се или стимулишу предиспозиције за нека обољења (дефицитарна или повећана исхрана, нпр); јављају се као основни узроци неких обољења (професионалне болести или трауме); појачавају деловање проузроковача болести (инфекције дисајних путева као последица пренасељености и лоше хигијенско здравствене културе); утичу на ток болести (неповољна материјална и културна ситуација, те немогућност адекватног лечења). Ове неједнакости не треба мешати са неједнакостима у остваривању здравствене заштите. Социоекономски статус у најширем смислу речи значи позицију у социјалној хијерархији.

Други, осетљивији аспект социоекономских разлика на здравственом подручју су разлике у коришћењу здравствене заштите. Оперативна научна истраживања у земљама Западне Европе и Америке показала су да постоје велике разлике у коришћењу здравствених услуга међу припадницима “нижих” и “виших” слојева. Утврђено је (Пурола и сарадници) да су те разлике социјално детерминисане и да их условљавају разлике у економском статусу, различита приступачност здравственим установама, у односу на начин њихове организације и културна и социјално-психолошка историја популације. Истраживања социјалних неједнакости су фундаментална у креирању и вођењу здравствене политике и планирању развоја здравствене заштите и здравственог менаџмента.

ЦИЉ РАДА

Главни циљ овог истраживања је да се докаже утицај социјалних неједнакости на здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Републике Србије у периоду после 1999. године и после 2012. године.

МЕТОДОЛОГИЈА РАДА

Истраживање је спроведено кроз ретроспективну аналитичку студију публикованих статистичких података. Други део истраживања је обављен у оквиру пројекта “Здравствено

стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Републике Србије у 2000” на узорку од 11.742 становника. Као основни инструмент истраживања коришћен је упитник. У 2013.години Институт за јавно здравље Србије спровео је ново “Истраживање здравља становника Републике Србије - 2013.година“ који показује континуирани рад предходних истраживања на узорку од 15.999 испитаника.Х2 тест је коришћен као статистички метод валидности података.

РЕЗУЛТАТИ РАДА

Социјалне неједнакости у здрављу

2000. година

Ангина пекторис и хипертензија

Заступљена код:

- Испитанице женског пола
- Веома лошег материјалног стања(немају довољно за исхрану, нису били на летовању, немају аутомобил)
- Старији од 55 година
- Пензионери, баве се пољопривредом и радом у државној служби

Повреде

Заступљене код:

- Испитаници из градске средине, Београда
- Мушког пола
- Виско образовани
- Живе у становима преко 100м²
- Раде сопствени посао, код приватника, у државној служби, пензионери
- Иду на летовања-зимовања

Стрес

Заступљен код:

- Живе у колективним центрима
- Веома лоше материјално стање
- Расходи за исхрану преко 70%
- Женски пол, старости преко 35 година
- Немају ни основно образовање
- Незапослени и не остварују приход
- У статусу подстанара , и живе у становима до 25м²
- Примају социјалну помоћ и пензију

Алкохолизам

Заступљен код:

- Живе у селима, у Војводини
- Средњег нивоа материјалног стања
- Расходи за исхрану само 30%
- Мушки пол, старости од 55 до 64 године
- Без основног образовања
- Живе у становима преко 100м²
- Раде пољопривредне послове, стручњаци, уметници и пензионери

Психички поремећаји

Заступљени код:

- Код испитаника лошег материјалног стања(немају аутомобил, приходи недовољни за исхрану, обнављање обуће и одеће, за здравствену заштиту, нису били на летовању)
- Припаднице женског пола
- Живе у Београду и колективним центрима
- Старији од 44 године
- Без основног образовања
- Живе сами, само са децом или пријатељем-пријатељицом
- Неспособни за рад, пензионери и домаћице
-

Пушење

Заступљено код:

- Живе у колективним центрима и у Београду
- Веома лоше материјално стање
- Расходи за исхрану преко 70%
- Женски пол, старости од 20 до 54 година
- Имају ссс
- Незапослени и не остварују приход
- Од запослених они који раде у трговини, индустрији, управним пословима

Социјалне неједнакости у здрављу

2013. година

Ангина пекторис и хипертензија

Заступљена код:

У Србији је у 2013. години 47,5% одраслог становништва имало хипертензију или потенцијалну хипертензију. Повишени крвни притисак је био заступљенији

- Код мушкараца
- Становника старијих од 45 година

- Особа које не живе у градском типу насеља
- У региону Војводина
- Код становника са нижим степеном образовања
- Најсиромашнијих и сиромашних

Повреде

Заступљене код:

У Србији је током 2013.године 5,2% становника имало повреде,и то значајно више

- У Војводини и Београду
- Млади узраста 15-24 година
- Старији становници у доброј групи од 75 до 84 године
- Особе са најнижим образовањем.

Ментално здравље

Депресија и стрес

Симптоми депресије су били присутни

- Код жена
- У популацији старих (21,1% старијих од 85 година имало је тешку депресију и
- Код најширомашнијих.
-

Изложеност стресу пријавио је сваки други испитаник,што је значајно више него и 2000. И 2006.године.Највише су биле изложене стресу

- Жене
- Становници узраста од 35 до 64 године и
- Становници Јужне и Источне Србије.

Алкохолизам

Заступљен код:

- Популације која живи у селима, у Војводини
- Најсиромашнија популација
- Мушки пол, чак шест пута више од жена
- Без основног образовања.

Пушење

Заступљено код:

- Градске популације
- Мушке популације
- Популације са најнижим приходима

Иако је проценат свакодневних пушача 2013.године мањи у поређењу са 2000.годином, запажа се значајно повећање у односу на 2006.годину. Нарочито је значајна промена у броју свакодневних пушача женског пола у 2006.години

Социјалне неједнакости у коришћењу здравствене заштите

2000. година

Посете код лекара опште праксе

1-3 посете

Материјално стање лоше
Из Београда
Мушки пол
Старост од 20 до 44 година
Високо образовани
Радно активни и студенти

4-12 посета

Материјално стање добро
Из Војводине
Старост преко 65 година
Без основног образовања
Неспособни за рад, пензионери,
Пољопривредници и домаћице

Посете код стоматолога

1-3 посете

Мушки пол
Старост преко 65 година
Основно образовања
Расходи за исхрану
Неадекватни

4-12 посета

Женски пол
Старост од 20 до 44 година
Високо образовани
Расходи за исхрану
Адекватни

Посете код лекара специјалисте

1-3 посете

Материјално стање средње
Из Београда
Старост од 20 до 44 година
Основно образовање
Радно активни и студенти

4-12 посета

Високо образовани
Из Централне Србије
Старост преко 65 година
Неспособни за рад, пензионери,
Пољопривредници и домаћице

Болничко лечење**1-3 посете**

Материјално стање добро
Из Београда
Мушки пол
Старост од 20 до 44 година
Високо образовани
Радно активни и студенти

4-12 посета

Материјално стање лоше
Из Војводине
Старост преко 65 година
Без основног образовања
Неспособни за рад, пензионери,
Пољопривредници и домаћице

Посете код гинеколога**1-3 посете**

Лоше материјално стање
Старост преко 55 година
Основно образовања
Жене које се баве пољопривредом

4-12 посета

Добро материјално стање
Старост од 20 до 44 година
Високо образовани
Радноактивни, домаћице
Студенти, пензионери

Социјалне неједнакости у коришћењу здравствене заштите**2013.година****Болничко лечење**

У Истраживању здравља из 2013.године 7,8% становника старијих од 15 година је изјавило, да је болнички лечено што је значајно више у односу на 2006.годину. Значајно више хоспитализованих било је у старосној групи 75-84 године, међу становништвом са основним образовањем и ниже и међу најсиромашнијим.

Посете код лекара опште праксе

Просечан број посета код лекара опште праксе износио је 1,5 посета. Највећи број посета забележен је у Јужној и Источној Србији, старосној групи од 15 до 24 година, код особа женског пола и код становника са основним и нижим образовањем.

Посете код стоматолога

У периоду од шест месеци који су предходили Истраживању сваки пети становник је посетио стоматолога, при чему су то највише чиниле жене, становници градских насеља, високообразовани и најбогатији.

Посете код гинеколога

Трећина жена у Србији старијих од 15 година је у години која је претходила Истраживању посетила гинеколога и то значајно више у Београду, градским насељима, у групи најобразованијих и најбогатијих.

Посете код лекара специјалисте

Лекара специјалисту у већем проценту су посећивале жене, становници Београда, старије популационе групе, најобразованији и најбогатији.

Социјалне неједнакости у коришћењу приватне праксе

2000.година

Посете код приватног лекара опште праксе, стоматолога и гинеколога

У 2000.години лекаре у приватној пракси су углавном посећивали:

- Испитаници чије је материјално стање веома добро
- Средњег и високог образовног нивоа
- Остварују приход
- Баве се сопственим послом, трговином, раде у државној и приватној служби, као и пољопривредници

Социјалне неједнакости у коришћењу приватне праксе

2013.година

Посете код приватног лекара опште праксе, стоматолога и гинеколога

У 2013.години услуге приватне праксе користили су више од осталих

- становници најобразованијег статуса,
- најбогатији,
- становници Београда и
- градских насеља.

ЗАКЉУЧАК

- Припаднице женског пола имају лошије здравствено стање, односно, болесније су. Чешће посећују лекара.
- Популација из градске средине у односу на село је лошијег здравственог стања (кадиоваскуларна обољења, неоплазме, астма, пушење, повреде). Нарочито је болесна популација из Београда.
- Сеоска популација је најздравија и најбољег социоекономског статуса, али више пуши и пије у односу на популацију са других подручја. Доста користи здравствену заштиту.

- Испитаници лошег материјалног стања мерено кроз величину расхода за трошкове исхране да ли имају довољно средстава за хигијену, обнављање обуће и одеће и да ли су били на летовању су веома лошег здравственог стања и имају бар једно од хроничних обољења. Веома често користе услуге лекара односно здравствену заштиту.
- Испитаници који су своје материјално стање проценили као веома добро углавном су здрави и немају неке веће здравствене проблеме.
- Испитаници који се баве профитабилним пословима и који остварују већи приход доброг су здравственог стања. Избеглице, пензионери, неспособни за рад, незапослени и домаћице су лошег здравља, подложни стресу и психичким поремећајима, и уживају више у пушењу и пићу.
- Испитаници који имају добру социјалну подршку (не живе сами) су бољег здравственог стања и мање користе здравствену заштиту.
- Лекара опште праксе, специјалисту и болничко лечење користи популација лошијег социоекономског статуса, јер сматра да здравствене проблеме може да им реши само здравствена служба.
- Популација “вишег” социоекономског нивоа и образованија користи више услуге стоматолога и гинеколога.
- Један од најважнијих доказа да постојеће социоекономске разлике у економском и социјалном статусу становништва Србије утиче на њихово здравствено стање и коришћење здравствене заштите је чињеница да услуге приватних лекара себи могу да приуште само припадници тзв. “виших” социјалних класа. На тај начин, евидентно је присуство *привилеговане популације* која у случају погоршања свог здравственог стања може да плати услуге најеминентнијих здравствених стручњака и купи “најбољи” и “најскупљи” лек који омогућава да пацијент нормално функционише и да му спаси живот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Др. сц. мед Снежана Димитријевиц, Социјалне неједнакости као детерминанте здравственог стања, здравствених потреба и коришћења здравствене заштите становништва, Докторска дисертација. Крагујевац, 2002. године
2. Истраживање здравља становника Републике Србије. 2006. година, основни резултати, Београд, Мај 2007. године
3. Резултати истраживања здравља становништва Србије 2013. године, Београд 2014. година

МОРБИДИТЕТ СТАНОВНИШТВА СРЕМСКОГ ОКРУГА У ПЕРИОДУ 2009 -2013

Нада Зеџ Петковић, Бранка Малбашић, Бојана Цањар 1 Радован Зеџ 2
Завод за јавно здравље Сремска Митровица
Општа болница Сремска Митровица

Увод /циљ. Циљ рада је анализа ванболничког морбидитета становништва Сремског округа и идентификација приоритетних здравствених проблема становништва те територије ради предузимање одговарајућих мера за њихово решавање .Метод рада: као извор података коришћени су извештаји о обољењима , стањима и повредама служби за општу медицину , за 33 предшколске и школске деце и служби за 33 жена домова здравља Сремског округа за период 2009- 2013. Резултати : У ванболничком морбидитету Становништва Срема у популацији одраслог становништва ,најзаступљеније су болести система за дисање и крвотока са стопом морбидитета 231 на 1000 одраслог становника (205 /1000).Најчешће кардиоваскуларне болести су висок крвни притисак и друге исхемијске болести срца са стопом од 208 /1000 ; 129 /1000 ; 23 /1000 .Стопа малигних обољења у укупном морбидитету опште популације у 2013 години је 8,6 /1000 становника за Сремски округ а 2009 године стопа је износила 6,7 /1000 становника.

Закључак: У структури морбидитета становништва Сремског округа доминирају масовне незаразне болести , те је неопходно интензивирање промотивно превентивних мера и активности.

Кључне речи: морбидитет, ванболнички, Сремски округ

MORBIDITY OF POPULATION IN DISTRICT OF SREM IN THE PERIOD BETWEEN 2009 TO 2013

Nada Zec Petković, Branka Malbašić, Bojana Canjar 1 Radovan Zec 2
Institute of Public Health
General hospital Sremska Mitrovica

Background/Aim. The aim of this paper is the analysis of out-patient morbidity of population in the DISTRICT OF SREM and identification of the priority health problems of the population to take appropriate action and to address them.

Method of work: As a data source, we used reports of illnesses, states and injuries for General Medicine service, pre-school and school children, health care and for women medicare service of Health Centres for period from 2009 to 2013 from all Health Centres at the county of Srem.

Results: At out-patient morbidity of the population of Srem, in population of the adult population, the most common are diseases of respiratory system and bloodstream with rates of morbidity 231 per 1000 adult population (205/1000). The most common cardiovascular diseases are high blood pressure and other ischemic heart diseases with the rate of 208/1000 ; 129/1000 ; 23/1000 . Rate of

malignant diseases in total morbidity of general population in 2013 was 8.6/1000 of population in the county of Srem and in 2009 the rate was 6.7/1000.

Conclusion: As the mass non-contagious diseases are dominating in the morbidity and mortality structure of population in the DISTRICT of Srem , it is necessary to intensify promotional-preventive measures and activities.

Key words: morbidity, out-hospital, the District of Srem

БЕЛА КУГА ЈАБЛАНИЧКОГ ОКРУГА И ДАЉЕ ТРАЈЕ

Светислав Крстић, Мирослава Димитријевић и Вања Илић
Завод за јавно здравље Лесковац, Србија

УВОД: Демографски феномен „Бела куга“ присутан је укупно на подручју Јабланичког округа почев од 1994. године а појединачно у неким општинама округа и раније (у општини Бојник од 1980. године, у општини Црна Трава од 1978. године). Представља демографски поремећај између наталитета и морталитета, исказан појавом негативног природног прираштаја. Бела куга представља комплексан, веома тешко решив социјално медицински проблем.

МЕТОДОЛОГИЈА РАДА: Методолошки, примењен је статистички метод ретроспективне анализе података званичне статистике, њихов табеларни и графички приказ, употребом апсолутних и релативних бројева, израчунавањем линеарног тренда временских серија (пописи 1961-2011. године) у циљу давања прогнозе даљег развоја овог феномена.

РЕЗУЛТАТИ РАДА: Указују на континуирано вишедеценијско присуство феномена „беле куге“ на подручју Јабланичког округа, почев од 1994. године, када је евидентиран негативан природни прираштај, који је уз стално присутну негативну миграцију, довео до депопулације округа а нарочито појединих општина (Бојник, Медвеђа, Црна Трава). Линеарни тренд временских серија указује на даљи негативан развој виталних демографских показатеља и интензивније присуство феномена „беле куге“, што потврђује и раније истраживање из 2010. године.

ЗАКЉУЧАК: Феномен „бела куга“ вишедеценијски је присутан на подручју Јабланичког округа, са тенденцијом интензивирања. Представља демографски поремећај односа наталитета и морталитета, исказан појавом негативног природног прираштаја, који је уз негативну миграцију континуирано доводио до депопулације округа. Треба очекивати даље присуство феномена „беле куге“ и интензивирање процеса депопулације округа, на шта указује и линеарни тренд временских серија. Проблем беле куге је комплексан проблем. Његово решавање није могуће у кратком временском периоду. Захтева свеобухватан мултидисциплинарни приступ и најрационалнију сарадњу свих структура и институција државе, пре свега на јачању породице, нуклеуса друштва.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: бела куга, наталитет, морталитет, природни прираштај, депопулација.

WHITE PLAGUE OF JABLANICA DISTRICT IS STILL GOING ON

Svetislav Krstic, Miroslav Dimitrijevic and Vanja Ilic
Department of Public Health Leskovac, Serbia

INTRODUCTION: The demographic phenomenon of the "white plague" is present in the area of Jablanica districts starting from 1994 and singles in some municipalities, districts and earlier (in the municipality of Major in 1980, in the municipality of Crna Trava since 1978). Presented by demographic disorder between births and deaths, expressed the emergence of a negative natural increase. White plague is a complex, highly intractable public health problem.

METHODOLOGY: Methodological, applied a statistical method of retrospective analysis of official statistics, their tabular and graphical representation using absolute and relative numbers, calculating the linear trend in time series (1961-2011 lists.) In order to provide forecasts of further development of this phenomenon.

RESULTS: They point to decades of continuous presence of the phenomenon of "white plague" in the Jablanica District, starting from 1994, when it recorded a negative natural increase, which along with the constant negative migration has led to the depopulation of the district especially of certain municipalities (Major, Medvedja, Crna Trava). The linear trend of the time series indicates a further negative development of vital demographic indicators and the intensive presence of the phenomenon of "white plague", which confirms earlier research from 2010.

CONCLUSION: The phenomenon of "white plague" is a decades-long presence in the area of Jablanica districts, with a tendency to intensify. Represents demographic upset the birth and mortality rates, presented the appearance of a negative natural increase, which is by the continuous negative migration led to the depopulation of the district. We should expect continued presence of the phenomenon of "white plague" and intensify the process of depopulation in the county, which is indicated by a linear trend in time series. The white plague is a complex problem. Its solution is not possible in a short period of time. It requires a comprehensive multidisciplinary approach and the most rational cooperation of all state structures and institutions, primarily to strengthen the family, the nucleus of society.

KEY WORDS: birth rate, birth rate, mortality, natural increase, depopulation.

УТИЦАЈ ДЕМОГРАФСКИХ КАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРА РАДНЕ СРЕДИНЕ НА СИНДРОМ ИЗГАРАЊА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА НА ХЕМОДИЈАЛИЗИ

Јасна Трбојевић-Станковић^{1,7}, Дејан Петровић², Едвин Хаџибулић³, Марина Стојановић-Станојевић⁴, Братислав Андрић⁵, Снежана Симић^{6,7}

¹ Одељење хемодијализе, Клиника за урологију, КБЦ „Др Драгиша Мишовић – Дедиње“, Београд

² Клиника за урологију, нефрологију и дијализу, Клинички центар „Крагујевац“, Крагујевац

³ Здравствени центар „Нови Пазар“, Служба нефрологије и хемодијализе, Нови Пазар

⁴ Одељење за нефрологију и хемодијализу, Специјална болница за интерне болести, Младеновац, Београд

⁵ Здравствени центар „Крушевац“, Општа болница, Одељење нефрологије са дијализом, Крушевац

⁶ Институт за социјалну медицину, Медицински факултет у Београду

⁷ Медицински факултет Универзитета у Београду

Увод: Истраживањем је процењена учесталост синдрома изгарања и утицај појединих фактора ризика за ову појаву код медицинских сестара и техничара на хемодијализи (ХД).

Методe: У испитивању је учествовало 198 медицинских сестара (91%) и техничара (9%), старости 21-58 година ($37,0 \pm 10,5$) у 12 центара за ХД у државним цивилним установама на територији Србије. Испитаници су добровољно попунили општи упитник дизајниран за ову студију и Упитник о изгарању на послу – верзија за здравствене раднике Кристине Маслах (*Маслах Бурноут Инвентору* – МБИ). Процењено је изгарање у димензијама емоционалне исцрпљености (ЕИ), деперсонализације (ДЕП) и личног постигнућа (ЛП). Разлике у учесталости заступљености синдрома изгарања испитане су применом χ^2 теста и АНОВА.

Резултати: Изгарање је било присутно код 42,9% испитаника. Просечан скор ЕИ био је $22,78 \pm 14,56$, ДЕП $2,55 \pm 4,28$ и ЛП $37,76 \pm 9,15$. Висок ниво емоционалне исцрпљености имало је 40,9% испитаника, висок ниво деперсонализације 8,6% и изражено низак ниво личног постигнућа 31,3%.

Статистички значајно чешће су изгарали испитаници са већим бројем деце ($p=0,017$), који нису сами бирали да раде у служби хемодијализе ($p=0,038$) и који не би поново бирали исти посао ($p=0,000$), као и испитаници који сматрају да претпостављени не цене њихов труд ($p=0,021$).

Значајно виши степен емоционалне исцрпљености су имали испитаници који су радили прековремено ($p=0,002$), који нису сами бирали да раде у служби хемодијализе ($p=0,011$) и који не би поново изабрали исти посао ($p=0,000$), као и они који сматрају да претпостављени не цене њихово залагање.

Испитаници који нису сами бирали да раде у служби хемодијализе и они који не би поново бирали исти посао су имали и статистички значајно виши ниво деперсонализације ($p=0,000$) и нижи ниво личног постигнућа ($p=0,019$).

Закључак: Уочена је висока учесталост синдрома изгарања у испитаној популацији здравствених радника у служби хемодијализе. Благовремено идентификовање особа под ризиком и примена мера превенције могло би да умањи ризик за изгарање и превенира негативне последице по запосленог и кориснике здравствених услуга.

THE EFFECTS OF PERSONAL AND WORK-RELATED CHARACTERISTICS ON BURNOUT IN HEMODIALYSIS NURSES

Jasna Trbojević-Stanković^{1,7}, Dejan Petrović², Edvin Hadžibulić³, Marina Stojanović-Stanojević⁴, Bratislav Andrić⁵, Snežana Simić^{6,7}

1 Department of Hemodialysis, University „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“, Belgrade

2 Clinic of Urology, Nephrology and Dialysis, Clinical Center „Kragujevac“, Kragujevac

3 Health Center „Novi Pazar“, Department of Nephrology and hemodialysis, Novi Pazar

4 Department of Nephrology and Hemodialysis, Special Hospital for Internal Diseases, Mladenovac, Beograd

5 Health Center „Kruševac“, General Hospital, department of Nephrology and dialysis, Kruševac

6 Institute of Social Medicine, School of Medicine, University of Belgrade

7 School of Medicine, University of Belgrade

Introduction: We aimed to assess the prevalence of burnout and its relationship with certain personal and work-related characteristics in a cohort of nurses working in hemodialysis units in Serbia.

Methods: A total of 198 nurses (91% females), aged 21 - 58 years (37.0 ± 10.5), from 12 state owned hemodialysis centers in Serbia participated in the study by voluntarily completing the Maslach Burnout Inventory and a specifically designed general questionnaire. Burnout was assessed through dimensions of emotional exhaustion (EE), depersonalization (DEP) and personal accomplishment (PA). Differences in the prevalence of burnout were assessed with χ^2 and ANOVA tests.

Results: Burnout was present in 42.9% of subjects. The average scores for EE, DEP and PA were 22.78 ± 14.56 , 2.55 ± 4.28 and 37.76 ± 9.15 respectively. High EE level was present in 40.9%, high DEP in 8.6% and low level of PA in 31.3% of nurses.

Burnout was significantly more prevalent in nurses with children ($p=0.017$), those who did not choose work in dialysis unit ($p=0.038$), those who would not choose the same type of work again ($p=0.000$) and those who believe that managers do not appreciate their efforts ($p=0.021$). Significantly higher EE level was present in nurses working overtime ($p=0.002$), those who did not choose work in dialysis unit ($p=0.011$), those who would not choose the same type of work again ($p=0.000$) and those who believe that managers do not appreciate their efforts. Hemodialysis nurses who did not personally choose to work in dialysis unit and those who would not choose to work in the same unit again also had significantly higher level of DEP ($p=0.000$) and lower level of PA ($p=0.019$).

Conclusion: Hemodialysis nurses exhibit high level of burnout. Adequate monitoring and timely identification of persons at risk of developing burnout could prevent more serious consequences and also implementation of adequate preventive and coping measures.

СОЦИЈАЛНЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА ОСОБА СА ПСИХОЛОШКО ПСИХИЈАТРИЈСКИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА И ОБОЉЕЊИМА

Светлана Карић, Висока школа струковних студија, Шабац, Србија
Нада Ђурић, Дом здравља „Др Миленко Марин“ Лозница, Србија

Детерминанте (одреднице) здравља јесу лични, социјални, економски и околински фактори који одређују здравствено стање појединца или популација. Бројна истраживања идентификовала су социјалне факторе који стоје у основи неједнакости у здрављу. СЗО издвојила је најчешће социјалне детерминанте здравља значајне за неправичности у здрављу, а за које постоје докази у истраживањима: социјални градијент, стрес, рани период живота, социјална искљученост, услови рада, незапосленост, образовање, социјална подршка, болести зависности, исхрана, род и неједнакости у приступу здравственој служби.

Истраживања у Србији потврђују постојање социјално економских неједнакости, као и социјалног градијента. Сиромашни у Србији чешће оболевају и имају већу преваленцу хроничних болести од богатијих слојева становништва. Чиниоци који су повезани са преваленцијом, појавом и током душевних поремећаја и поремећаја понашања су сиромаштво, пол, узраст, ратови, катастрофе, тешке соматске болести као и породично и социјално окружење. У истраживању здравственог стања становништва 2000.г 2006.г и 2013. године установљена је заступљеност здравствених проблема (симптома) из области менталног здравља у популацији. У Србији се униполарна депресија налази међу водећим поремећајима здравља јер заузима четврто место иза исхемијске болести срца, цереброваскуларних обољења и рака плућа у оквиру 18 одабраних поремећаја здравља.

Симптоми депресије су заступљени у већем проценту код жена, као и популацији старих и најсиромашнијих. Значајно је и повећање стреса са 43 одсто 2006. године на 56,6 одсто. Ови проблеми су и даље били учесталији код жена и код особа лошег материјалног статуса. Скоро половина одраслог становништва конзумира алкохол, с тим што 4,4% то чини свакодневно што представља повећање у односу на 2006. годину (3,6%).

Распрострањеност пушења међу становништвом старијем од 15 година је непромењена у односу на истраживање из 2006. године што представља податак који такође обесхрабрује. Процент становника Србије који су користили седативе у недељи које је претходила истраживању износио је 13% у 2000. и 14% у 2006. години и 12% у 2013. години. У испитивању менталног здравља деце и омладине узраста од 7 - 19 година установљено је да упоредо са узрастом расте и учесталост непријатних стања и осећања, укључујући и стање стреса и емоционалних проблема, који су били најизраженији у доброј групи од 15- 19 година. У Србији према подацима из 2010. г. живи 9,2% становништва у апсолутном сиромаштву, готово два милиона живи тешко, док више од 320 000 старих нема пензију. Око 20.000 људи има само један оброк дневно који обезбеђује народна кухиња, међу њима је и 11500 деце.

Кризне године у нашој средини, са бројним акутним и хроничним стресорима неповољно су утицале на ментално здравље становништва. Интензиван акутни и хронични стрес, узроковали су значајне психолошке последице, нарочито код вулнерабилних особа. У

порасту је апсолутни број особа са депресивним, стресним и психосоматским поремећајима, а присутан је и пораст броја зависника од алкохола и психоактивних супстанци. Ови подаци нам говоре да у наредном периоду велику пажњу треба посветити решавању овог јавно здравственог проблема, укључивањем свих чинилаца у друштву, од породице, државне власти, локалних самоуправа до здравствених радника. Да би се смањило терет менталних поремећаја неопходно је да се већа пажња посвети превенцији и унапређењу менталног здравља у оквиру националне политике, законодавства, доношења одлука и додељивања средстава.

Кључне речи: детерминанте здравља, ментално здравље

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH OF PEOPLE WITH PSYCHOLOGICAL PSYCHIATRIC DISORDERS AND ILLNESSES

Svetlana Karić, Preschool Teachers' Training College, Šabac, Serbia

Nada Đurić, Health Care Centre "Dr Milenko Marin" Loznica, Serbia

Guidelines (determinants) of health are personal, social, economic and environmental factors that determine the health status of individuals or population. Numerous studies have identified social factors that underlie health inequalities. WHO has allocated the most frequent social determinants of health important for injustice in health, and for which there is evidence in research: social gradient, stress, early period of life, social exclusion, working conditions, unemployment, education, social support, addiction, nutrition, gender and inequalities in access to health services.

Research in Serbia has confirmed the existence of social and economic inequalities and the social gradient. Poor people in Serbia come down with a disease more frequently and have a higher prevalence of chronic diseases than well-to-do classes of the population. Factors associated with the prevalence, occurrence and course of mental and behavioral disorders are poverty, gender, age, wars, catastrophes, severe somatic illnesses as well as family and social environment. In a survey of the health status of the population conducted in 2000, 2006 and 2013, was established the presence of health problems (symptoms) in the field of mental health in the population. In Serbia the unipolar depression is among the leading health disorders as it occupies the fourth place behind ischemic heart disease, cerebrovascular diseases and lung cancer within 18 selected disorders.

The symptoms of depression are present in a larger percentage among women and elderly population as well as the poorest. There is a significant increase of stress from 43 % in 2006 to 56.6 %. These problems were still common in women and in people of poor financial status. Almost half of the adult population consumes alcohol, whereby 4.4% do so every day, which represents an increase compared to 2006 (3.6%).

Prevalence of smoking among the population older than 15 is unchanged compared to the survey from 2006, which represents the data that also discourages. The percentage of Serbian citizens who have used sedatives in the week that preceded the survey was 13% in 2000 and 14% in 2006 and 12% in 2013. In examining the mental health of children and young people aged 7 - 19 years, it was found that along with the age increases the incidence of unpleasant conditions and feelings,

including the state of stress and emotional problems, which were the most prominent in the age group of 15- 19 years. In Serbia, according to data from the year of 2010, 9.2% of the population lives in absolute poverty, nearly two million live in difficulties, while more than 320, 000 of the old have no pension. About 20,000 people have only one meal a day provided by a soup kitchen, among them 11,500 children.

The years of crisis in our midst, with a number of acute and chronic stress adversely affected the mental health of the population. Intense acute and chronic stress, caused significant psychological consequences, especially in vulnerable people. There is an increase in the absolute number of people with depression, stress and psychosomatic disorders, and there is also an increase in the number of people addicted to alcohol and psychoactive substances. These data tell us that in the future a great attention should be paid to addressing this public health problem, involving all factors in society, from family, state government, local government to health workers. In order to reduce the burden of mental disorders it is necessary to pay greater attention to prevention and promotion of mental health within the framework of national policies, legislation, decision-making and allocation of resources.

Key words: determinants of health, mental health.

ТЕМА:

ИНФОРМАЦИОНЕ И КОМУНИКАЦИОНЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ

INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES

Е ЗДРАВЉЕ И ДРУШТВЕНЕ МРЕЖЕ

Зоран Милошевић, Миодраг Стојановић, Александра Станковић, Сања Милошевић, Роберта Марковић, Александра Игњатовић, Марија Андјелковић Апостоловић, Тамара Рангелов
Институт за јавно здравље Ниш и Медицински факултет Универзитета у Нишу

Саставни део савременог здравственог система су и друштвене мреже. Оне представљају феномен данашњице, то је највећа виртуелна заједница и непресушан извор података и ажурираних информација. Становништво се свакодневно може информисати и упозоравати уз помоћ интерактивне комуникације на друштвеним мрежама о многим питањима која су значајна за здравље.

Промоција здравих стилова живота, консултације са одговарајућим докторима медицине, проток здравствених информација важних за дијагностику и терапију пацијената као и друга значајна питања важна за здравствено стање нације могу бити доступни великом броју људи. Савремена телекомуникациона средства створила су техничке услове да се увек може бити онлајн ма где да се налазите.

Савремена средства комуникације интернет, е-маил, конференцијска веза, видео конференција и други, одличан су предуслов за васпитање за здравље великог броја људи. Сем информисања и упозоравања друштвене мреже се могу користити за заказивање прегледа, достављање резултата свих дијагностичких процедура, а и за размену искуства и консултације доктора медицине.

Значајан допринос савремена средства комуникације су дала развоју телемедицине. Телемедицина представља коришћење телекомуникационих и информатичких технологија за размену податка, слика, видео или аудио материјала или других информација у циљу обезбеђивања здравствених услуга између удаљених локација. Телемедицина подразумева пружање здравствене услуге на даљину превазилазећи просторне, временске, друштвене и културне препреке.

Social networks nowadays are an integral part of modern health care system. They represent a phenomenon of our time, it is the largest virtual community and an endless source of information and updates. The population on a daily basis can inform and warn by means of interactive communications on social networks on many issues that are important for health.

Healthy lifestyles promotion, consultation with the relevant medical doctors, the health information flow important for the diagnosis and treatment of patients as well as other important issues important to the health of the nation can be made available to many people. Modern telecommunications, created the technical conditions that still can be online wherever you are.

Modern communication (Internet, e - mail, conferencing, video conferencing and others) are an excellent prerequisite for education for the health of many people. Apart from informing and alerting social networks can be used for scheduling, reporting on the results of diagnostic procedures, and to exchange experiences and advice of medical doctors.

A significant contribution to development of telemedicine was given by modern means of communication. Telemedicine is the use of telecommunication and information technologies for the exchange of data, images, video or audio tapes or other information in order to provide health care services between remote locations. It helps eliminate distance barriers and can improve access to medical services that would often not be consistently available in distant rural communities.

ЦИЉ РАДА

Сагледавање предности употребе информационих и комуникационих технологија у побољшању здравственог стања и промоцији здравља. Информационе технологије и друштвене мреже пружају могућности да се позитивно делује на васпитање за здравље и укупно подизање квалитета здравствене заштите. У раду ће се скренути пажња и на могућност штетног деловања информационе технологије на здравље корисника.

У свакодневној пракси евидентан је пораст медицинског знања који доводи и до пораста укупне количине медицинских података. Здравствена заштита постаје све комплекснија, повећава се број здравствених стручњака и њихових специјалности, расте удео нових технологија у медицинској делатности, а уводе се и бројни програми здравствене заштите.

Све земље света дошле су до закључка да је неопходно коришћење информационог система у здравству као и његова непрестана надоградња у функцији подизања квалитета и ефикасности читавог система здравствене заштите.

Данас је Медицинска информатика базична грана медицинске науке. Она користи претходна искустава и резултате у циљу регистровања медицинских налаза, тада су они погодни за анализу и даље коришћење. Медицинска информатика је и експериментална наука, карактерише се низом постављених питања за чији се одговор реализују експерименти, изводе анализе, а добијени резултати се користе за даљу реализацију експеримената и развој сазнајног процеса. Медицинска информатика је и медицинска технологија (скуп правила, поступака и опреме који се користе у медицинском раду) јер учествује у процесу медицинског одлучивања, било да се ради превенцији болести или постављању дијагнозе, примени терапије, избору лечења, праћењу здравственог стања пацијента.

Основни задатак медицинске информатике је да се бави креирањем, преносом, обрадом и коришћењем информација, података и знања у циљу побољшања здравственог стања становништва. За њен настанак и развој важни су резултати Лајбница и Була. Шездесете године прошлог века су обележене напорима пре свега у аутоматизованој обради података. Први пут је развијена и медицинска опрема комбинована са рачунарима, настају нове дијагностичке методе (компјутеризована томографија) и терапијски поступци, као и први прототип болничког информационог система.

Деведесетих године прошлог века интегрише се здравствени информациони систем, формирају интегрисане базе медицинских података и знања. Успоставља се корак по корак комуникација у самом систему здравствене заштите као и комуникација тог система са осталим системима.

Медицинска информатика је научна дисциплина која проучава теоријске и практичне законитости организације и коришћења информација у циљу подршке решавања проблема и

доношења одлука у медицини и здравственој заштити, уз висок степен коришћења рачунарске технологије.

Информациони систем намењен подршци пружања здравствених услуга је настао са циљем подршке у медицинском одлучивању и обезбеђивању услова за управљање сложеним здравственим установама. Информатика у здравству данас се користи за:

1. Вођење медицинске документације - број података који се евидентира у здравственим установама је велики. Пружање здравствене заштите је изузетно специфичано и сложено, а карактерише је бројност и разноврсност података и информација.

2. Коришћење у медицинској дијагностици - рачунари се у медицинској дијагностици користе у обради и анализи биофизикалних сигнала (електрокардиографија, електроенцефалографија, електромиографија, мерењу крвног притиска), потом у обради и анализи медицинских слика при поступцима компјутерализоване томографије-ЦТ, затим слика добијених са МР у обради и анализи клиничко – лабораторијских мерења.

3. У терапији и рехабилитацији - почетак примене рачунара у медицини везан је за програме планирања зрачења тумора (прорачун доза, величине поља). Данас се ове методе широко користе и практично се не могу замислити без рачунара. Када је реч о терапији, подразумевамо и праћење болесника односно његовог здравственог стања у јединицама интезивне неге на пример.

4. Примена у организацији здравствене заштите - најзначајније области примене информатичких метода су следеће: заказивање посета пацијената у амбулантама; издавање рецепта, пријем болесника у болници; боловања и евиденција здравственог рада.

5. У медицинским истраживањима - примена рачунара у медицинским истраживањима је веома важна практично су истраживања незамислива без информатике. Осим анализе података, истраживачки рад се све више унапређује компјутеризованим системима за праћење медицинске литературе.

6. У медицинској едукацији - едукативни материјали се све више дистрибуирају интернетом или на дисковима.

По свим сценаријима здравствене заштите у будућности, проток информација ће бити све већи.

На свим нивоима здравствене заштите, од лечења пацијената, до управљања здравственим системима, они који доносе одлуке су заинтересовани за информације о пацијентима.

Према подацима Републичког завода за статистику у Србији у 2013. години више од 2,4 милиона грађана користи интернет свакодневно или скоро свакодневно, што је 300 хиљада више него 2012. године. Компјутер поседује 59,9 одсто домаћинстава, а интернет прикључак има 55,8 одсто. Број домаћинстава која имају компјутер је за 4,7 процентних поена већи него прошле године, а број интернет прикључака већи је за 8,3 процентна поена.

У Србији 31,6 одсто домаћинстава има лаптоп, 98,2 одсто домаћинстава има ТВ-пријемник, а 86,9 одсто мобилни телефон. Заступљеност рачунара у Београду износи 67,1 одсто, у Војводини 64 одсто, а у централној Србији 55,1 одсто. У градовима рачунаре има 66,3 одсто домаћинстава, а у селима 50,9 одсто, али се та разлика смањила у односу на прошлу годину.

Интернет нема власника (на интернету свако је власник свог рачунара и самостално бира начин на који ће се прикључити на мрежу). Интернет је мрежа од више десетине милиона рачунара међусобно повезаних у локалним мрежама, телефонским линијама, различитим врстама каблова, сателитским везама, итд. Да би се комуникација између рачунара обезбедило потребно је: да сваки рачунар има своју јединствену адресу у мрежи и да рачунари за међусобну комуникацију користе јединствен језик протокол.

Друштвене мреже (*социал нетворкинг сите-ови*) нешто су новији феномен у интернетским сферама. То су бесплатни онлине сервиси који омогућују разноврсне видове комуникација са светом и могућност сопствене презентације. Друштвеним мрежама данас се користе стотине милиона људи.

News групе су временом постале уобичајен начин комуникације међу младима оне су један од првих облика Интернет дружења и јавних расправа. Бесплатно постављање слика и видео цлипова, писање блогова и управљање садржајем наша су свакодневница. Данашње друштвене мреже су у највећој мери бесплатне. Предуслов за њихово коришћење је интернет веза, а понегде и помоћни уређаји попут веб камере или слушалица.

Facebook је комерцијална интернетска друштвена мрежа коју је 2004. године основао Mark Zuckerberg, бивши студент Харварда. У својим почецима, Facebook је био намењен само студентима Универзитета на Харварду који су тим путем могли међусобно комуницирати и размењивати информације. Касније, многи други универзитети, средње школе и велике компаније широм света прикључиле су се мрежи. Данас ова web страница има више од 800 милиона активних корисника.

Twitter је друштвена мрежа која омогућава размену кратких порука између корисника. Помоћу њега се можете дружити с пријатељима, колегама или члановима породице и сазнати чиме се тренутно баве. Twitter је покренут 2006. године, али тек задњих година почиње значајније расти број корисника. Велики број корисника долази након засићења Facebookom и другим друштвеним мрежама с гомилом бескорисних опција, напорних цимања од стране познатих и непознатих, квизова, тестова. Поруке на Twitterу су ограничене на 140 знакова и све је бесплатно.

LinkedIn представља прву пословну друштвену мрежу, намењену пословном умрежавању потенцијалних послодаваца са запосленима. Настала у децембру 2002. године, а покренута у мају 2003. године, ова друштвена мрежа данас броји више од 225 милиона корисника из више од 200 земаља широм света. Стиче се утисак да се LinkedIn код нас још увек не доживљава као пословна друштвена мрежа нити се као таква користи

Друштвене мреже су одувек стваране међу људима. Оне нису биле у електронском облику тј. нису биле фејсбук или слично али су се остваривали друштвени и социјални контакти међу људима. Организовале су се међусобне посете и дружења али не виртуелна већ лицем у лице и везе међу пријатељима су се шириле. У круг за дружење улазили су пријатељи, затим пријатељи пријатеља, родбина, комшије, колеге с посла.

У међусобним контактима раније, а данас преко друштвених мрежа остваривао се и остварује друштвени утицај. Своја искуства позитивна или негативна преносимо једни на друге. Од тога шта припремити за ручак, како неговати новородјено дете до

препука за филм, гардеробу или књигу. Простор да утичемо на здравље других преко друштвених мреже је веома велики и питање је како и колико се користи.

У савременим условима нема довољно здравствених установа које друштвеном мрежом саветују или помажу да се позитивно утиче на здравље. Вероватно је то у повоју и претпоставка је да ће у данима који долазе тај утицај јачати свакодневно. Зато што је све већи број корисника друштвених мрежа и дужи временски период бораве у разним форумима.

Већи број истраживања утицаја друштвених мрежа на квалитет живота њихових корисника дошао је до закључка да коришћење друштвених мрежа, погоршава њихове животе. Учесници у истраживањима имају проблема са самопоуздањем када резултате свог рада или залагања упореде са резултатима онлине пријатеља. Осим проблема са самопоуздањем, две трећине испитаника имају проблем да се у потпуности опусте или заспе након што су одређени део времена провели на друштвеним мрежама. Виртуални свет је изван стварности и имагинација која сигурно може пореметити свакодневницу и реалност.

Истраживачи који се баве проучавањем веза између људи на друштвеним мрежама открили су да утицај других корисника може да промени ставове и осећања као и да се одрази на здравље, од грипа до гојазности.

“Људи стварају друштвене мреже где год да су”, тврди др. Лари Милер (Larry Miller), председник “Activate Networks”. “Тугл има сопствени приступ, који је веома mudar. Он посматра колико људи претражује Интернет са кључном речи грип”, запажа доктор Милер. “То значи да можемо добити неколико недеља како бисмо спречили епидемију”. Хипотетички, можемо видети како одређеног дана групе добровољаца у градовима мере температуре и здравствене раднике који користе те резултате да утврде која места су подложна ширењу грипа. “Може се организовати вакцинација, јер имате на располагању неколико седмица”.

“Говорећи језиком Фејсбука, пријатељевог пријатеља пријатељ – кога можда не знате утиче на вас. То укључује и навике које се тичу здравља, као што су пушење, гојазност, употреба алкохола и дроге, спавање, депресија, осећања као што су срећа и усамљеност и читав спектар понашања”.

Оптимални домет друштвеног утицаја се остварује у три нивоа сепарације. Ако се потроши неколико стотина долара да се некоме помогне да престане пушити, то може утицати на његове пријатеље и пријатеље њихових пријатеља – чиме се минимализују трошкови.

У студији из 2007. године, у коју је било укључено 12.067 одраслих, утврђено је да особи која има гојазне пријатеље на мрежи, за 57 одсто се повећава ризик да и она постане гојазна.

Негативне стране друштвених мрежа:

1. Зависност. Познато је да се прекомерном употребом рачунара може развити одређена зависност, посебно кад су у питању видео игрице, али нема превелике разлике ни код кориштења друштвених мрежа. Зависност од друштвених мрежа се јавља јер њихова употреба стимулише центре задовољства у мозгу који се активирају сваки пут кад неко “лајкује” фотографију или остави позитиван коментар. Стимулација допамина, неуротрансмитера задуженог за осећај пожуде као што су жеља за цигаретама, достиже сасвим други ниво кад време проводимо на друштвеним мрежама.

2. Мањак концентрације и поремећај пажње. Комуникација на друштвеним мрежама захтева константно пребацивање са једне теме на другу, са једног места на друго, од читања коментара, праћења нових објава, одговарања на поруке као и коментарисања и лајковања.

3. Пад интелектуалних способности. Оно што радимо на друштвеним мрежама, гледање туђих фотографија, коментарисање и објављивање кратких статуса тешко да се може подвести под интелектуалне активности које на било који начин оплемењују. Константно нам окупирају мисли, али немамо никакву конкретну корист од њих. Људи временом мењају стварни живот друштвеним мрежама и занемарују активности као што су читање књига и информативних текстова на интернету.

4. Повећан ниво стреса и умора. Иако се можда чини да друштвене мреже одмарају, оне чине управо супротно јер помно праћење свега што се дешава буквално замара мозак. Умара се од вишка информација посебно оних које примате без неког реда и смисла, брзо и у малим порцијама. Услед мањка одмора и концентрације рађа се стрес који је почетак за многе физичке и психичке проблеме.

5. Сузбијање емоција. Када корисник друштвене мреже сазна неку лошу вест одмах оде на друштвену мрежу да погледате шта његови виртуелни пријатељи мисле о томе или да једноставно подели своје утиске са њима. На тај начин покушава побећи од стварности и од тога да се суочи са сопственим мислима и емоцијама.

Данас живимо у информационом друштву. Рачунари су уграђени у многе уређаје које непосредно или посредно свакодневно користимо. Они су незаобилазни у приватној и пословној комуникацији, проналажењу информација, коришћењу мултимедијалних садржаја, у систему здравствене заштите, електронској трговини и банкарству. Данас се користе и географски информациони системи, електронске мапе и глобални системи позиционирања (енг. GPS). Све више се говори о утицају рачунара на здравље и животну средину. У мају 2011. године Светска здравствена организација је признала да је бежична технологија потенцијални карценоген.

Не постоји простор у којем човек ради, живи или спава, а у којем нема штетних зрачења. Wireless технологија се односи на пренос информација између две или више тачака које нису физички повезане. Електромагнетно зрачење је комбинација осцилујућег електричног и магнетног поља која заједно путују кроз простор. Интензитет зрачења мобилног телефона је различит у разним фазама везе. Најинтензивније зрачење је у фази јављања и опада у фази разговора. Зато се и препоручује да се мобилни телефон прислони уз уво тек пошто се успостави веза.

Електронски се уређаји бежичном технологијом повезују с бежичним компјутерским мрежама (бежични LAN) коришћењем електромагнетске радијације. Инсталирани су у домовима, школама, канцеларијама, трговинама, кафићима, аеродромима, аутобуским станицама, библиотекама, болницама, јавним зградама и целим деловима града. Бежично зрачење продире у тело, утиче на целијске мембране и целије. На тај начин се поремети природно енергетско поље тела узрокујући стрес, умор и слабљење имунолошког система, узрок је многих главобоља, проблема са концентрацијом, вртоглавицом, депресијом, често је покретач епилептичних напада, несанице, високог крвног притиска, неплодности и др.

Деца су посебно осетљива на бежичне радијационе сигнале јер су њихови нервни системи још у развоју. Лобање су тање и мање па зрачење продире дубље у њихов мозак. Многе школе сада користе бежичну технологију, али то негативно утиче на дечју способност учења.

Др Девра Дејвис, је објаснила зрачење мобилних телефона. Она је показала две фотографије ћелија; на једној се налазила ћелија оштећена „гама“ зрачењем (оним које је емитовано у Хиросими) и друге која је оштећена ниским нивоима нејонизирајућег зрачења (од мобилног телефона). Обе ћелије изгледају врло оштећене у поређењу са нормалном ћелијом, али ДНК ћелије изложене радијацији мобилног телефона изгледа лошије.

Телемедицина представља коришћење телекомуникационих и информатичких технологија за размену податка, слика, видео или аудио материјала или других информација у циљу обезбеђивања здравствених услуга између удаљених локација. Телемедицина подразумева пружање здравствене услуге на даљину превазилазећи просторне, временске, друштвене и културне препреке. Основне компоненте телемедицинског система чине кадрови и телемедицинска технологија. Телемедицински сервиси пружају помоћ у медицинском одлучивању (телеконсултација и теледијагностика), врше пренос података о пацијенту (телемониторинг), омогућују сарадњу здравствених радника као и телеедукацију на даљину. У оквиру одређених специјалности из области медицине телемедицина се примењује као телерадиологија, телекардиологија, телехирургија, телепсихијатрија, теледерматологија и др.

Први и основни задатак јавноздравствене телемедицине је повезивање јавноздравствених установа у појединим земљама да комуницирају електронским путем и да податке с којима располажу поставе на медијима у облику и формату који омогућава доступност и размену. Главни разлози изградње глобалне јавноздравствене мреже су следећи:

- побољшање директне комуникације између здравственог особља у округу и изван њега, као и подстицај развоја националних телемедицинских мрежа,
- омогућавање размене јавноздравствених информација, здравствене едукацијске активности, превенције и ублажавања болести и катастрофа,
- квалитетан тренинг у брзој процени здравствене ситуације након катастрофе, и коришћењу преносивих станица у подручјима високог ризика које би омогућиле везу путем сателита.

ДОЖИВЉАЈ ЛЕКАРА О КОРИСНОСТИ РАДА У ЕЛЕКТРОНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КАРТОНУ

Нина Смиљанић, Дом здравља „Нови Сад“, Нови Сад, Србија

Увод

Правилно и свеобухватно вођење медицинског картона је одувек био изазов за здравствене раднике, а информатизацијом тај изазов би требао бити мање захтеван. Позитиван доживљај лекара о корисности рада у електронском медицинском картону је неопходан фактор који даље утиче на прихватање информатизације у здравствени систем.

Метод рада

Истраживање представља студију случаја, која је спроведена путем анкетног анонимног упитника који је подељен свим запосленим лекарима у Дому здравља „Нови Сад“. За статистичку обраду података коришћен је статистички програм ИБМ СПСС 21. Узорак чини 310 лекара који су попунили упитник који се односи на доживљај корисности ЕМК и чију скалу чини 11 питања процењиваних помоћу Ликертове скале од 1 (снажно неслагање) до 7 (снажно слагање). За испитивање интерне конзистентности скале коришћен је Цронбацх α коефицијент поузданости. У раду су коришћене методе дескриптивне статистике (мере централне тенденције, мере варијабилитета, релативни бројеви) и аналитичке статистике (методе за процену значајности разлике: Студент-ов t тест и Манн-Витнеу тест, у зависности од нормалности расподеле, за нумеричке податке, и Хи квадрат тест за категоријалне податке.

Најважнији резултати

Цронбацх α коефицијент поузданости за скалу доживљаја корисности износи 0,952 што потврђује коректност изабраних питања која дефинишу скалу.

Генерални став о ЕМК у односу на класични – папирни картон запослени су исказали кроз вредновање става да је ЕМК бољи од класичног картона, али да су му нужна побољшања: слагање је исказало 70,30% анкетираних лекара, неутралног става је 18,48%, а неслагање је исказало 10,51% анкетираних. Одређене специфичности у коришћењу ЕМК је оцењене су са надполовичним позитивним ставом у смислу редуковања могућности грешке у: прописивању лекова (58,12%), идентификацији осигураника (62,68%), шифрирању дијагнозе (60,79%). Готово две трећине лекара (64,26%) сматра да је количина вредних информација о пацијенту већа у ЕМК-у.

Дискусија

Информатизација је историјски догађај, као својевремено Гутенбергов проналазак. Но, колико год мислили да је информатизација добра и оправдана, људски фактор који подразумева прихватање или не прихватање иновације може бити кључан за успешност.

Закључак

Резултати истраживања говоре да је почетни отпор према информатизацији савладан. Сматрам из три разлога: један је због свеопште употребе личних рачунара и изван

професионалног рада лекара; други разлог је улазак у струку млађих генерација које су стасавале уз рачунар и трећи - најважнији разлог је да је протекло довољно времена да се увиде предности информатизације.

Кључне речи: електронски медицински картон, корисност, компјутеризација, информационе технологије, лекари.

EXPERIENCE OF PHYSICIANS ABOUT THE USEFULNESS OF WORKING IN ELECTRONIC MEDICAL RECORDS

Nina Smiljanic, Health Center "Novi Sad", Novi Sad, Serbia

Introduction

Proper and comprehensive management of medical records has always been a challenge for health workers, and the computerization of the challenge should be less demanding. The positive experience of the doctor on the usefulness of the work in an electronic medical record is a necessary factor which continues to affect the acceptance of information technologies in the health system.

Methods

The study presents a case study, which was conducted through a survey anonymous questionnaire that was distributed to all employees doctors in the health center "Novi Sad". For statistical analysis we used statistical program IBM SPSS 21. The sample consisted of 310 physicians who completed the questionnaire related to the usefulness of EMC experience and whose scale consists of 11 questions the assessed using Likert scale from 1 (strong disagreement) to 7 (strongly agree). To test the internal consistency of the scale we used Cronbach α reliability coefficient. There were used methods of descriptive statistics (measures of central tendency, measures of variability, the relative numbers) and analytic statistics (methods to assess the significance of differences: Student's t test and Mann Whitney test, depending on the normality of the distribution of numerical data, and Hi square test for categorical data.

The most important results

Cronbach α reliability coefficient for the scale experience utility is 0.952 which confirms the correctness of selected issues that define the scale. The general view of the EMK in comparison to the classic - paper card employed expressed the view that the evaluation of the EMK better than the classic record, but that he needed improvements: stacking presented 70.30% of the surveyed doctors, neutral stance is 18.48% the disagreement is expressed, 10.51% of respondents. Certain peculiarities in the use of EMC's more than half were rated with a positive attitude in terms of reducing the possibility of errors in prescribing (58.12%), the identification of insured persons (62.68%), coding of diagnosis (60.79%). Nearly two-thirds of physicians (64.26%) consider that the amount of valuable information about a patient is higher in EMK.

Discussion

Computerisation is a historic event, as the once Gutenberg's invention. But as far as thinking that computerization is good and justified, the human factor, which implies the acceptance or non-

acceptance of innovation can be the key to success.

Conclusion

The results reveal that the initial resistance to computerization overwhelmed. I think for three reasons: one is because of the widespread use of personal computers and outside the professional work of doctors; Another reason is the entry to the profession of younger generations are growing up with the computer and the third - the most important reason is that sufficient time has elapsed to realize the benefits of computerization.

Key words: electronic medical record, usefulness, computerization, information technologies, physicians.

ИЗВЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ КАО ИЗВОР ПОДАТАКА У АНАЛИЗИ ПОДУДАРНОСТИ УПУТНЕ И ЗАВРШНЕ ДИЈАГНОЗЕ

Наташа Михаиловић¹, Драган Васиљевић^{1,2}, Снежана Радовановић^{1,2}, Сања Коцић^{1,2},
Светлана Радевић², Ивана Симић-Вукомановић¹

¹Институт за јавно здравље Крагујевац, Крагујевац, Србија

²Факултет медицинских наука Крагујевац, Крагујевац, Србија

УВОД: Извештај о хоспитализацији као индивидуални извештај може се користити у широком распону анализа: од анализе коморбидитета, преко анализе трендова: обољења, умирања, б.о. дана, трошкова, у праћењу инциденце појединих обољења која захтевају хоспитализацију, служе као основа за успостављање ДРГ, одређивања стандарда болница, оцена квалитета рада здравствене службе, истраживање здравствених система...

Предности коришћења података из ИОХ-а су: подаци су већ прикупљени у за то одређеном центру, па су лако доступни и релативно јефтине, величина и репрезентативност базе, постојење података за више година уназад, могућност вршења компаративних анализа.

Ограничења података добијених из ИОХ-а су: недоследност у дефинисању и кодирању дијагноза и примењених процедура, често потцењивање коморбидитета, делимични обухват стационарних установа, ограничена могућност употребе у специфичним истраживањима, предвиђања да ће се све већи број дијагностичких и тераписких процедура радити амбулантно.

Поред свих предности и мана које има, Извештај о хоспитализацији је за сада најбољи начин да се сагледа обим, врста, квалитет и ефикасност услуга здравствене заштите које се пружају пацијентима на секундарном и терцијарном нивоу, а делом и на примарном нивоу.

Циљ рада је анализа подударности упутне и завршне дијагнозе на основу Извештаја о хоспитализацији пацијената лечених у Клиничком Центру Крагујевац.

МЕТОД РАДА: Истраживање је дизајнирано као ретроспективна кохортна студија у којој су основни скуп чинили сви извештаји о хоспитализацији пацијената хоспитализованих у Клиничком Центру Крагујевац у периоду од 01.01. 2006 - 31.12. 2013. године. Из основног скупа издвојен је 3% прост, случајни узорак који је садржао 12.199 извештаја. Поређена је упутна дијагноза са основним узрок хоспитализације. Подударност дијагноза дефинисана је као подударност меду МКБ10 групама болести.

РЕЗУЛТАТИ: Вредност каппа коефицијента за цео модел износила је 0,76 (0,75-0,77). Највеће неподударање запажено је између група МКБХИВ и МКБХВИИИ, а односило се на пацијенте који су били на дијализи услед хроничне бубрежне инсуфицијенције. Искључивањем ових извештаја из анализе вредност каппа коефицијента за цео модел износи 0,83 (0,82-0,84). У извештајима у којима је регистровано неподударање забележен је статистички значајно већи број болесничких дана, пацијенти су били старији и чешће мушког пола.

ЗАКЉУЧАК: Извештај о хоспитализацији је поуздани индивидуални извештај о стационарном лечењу пацијената који се може користити у одредивању подударности

дијагноза. При тумачењу резултата треба узети у разматрање могућност двоструког шифрирања исте дијагнозе, како би закључци били валидни.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Извештај о хоспитализацији, упутна дијагноза, основни узрок хоспитализације, подударност дијагноза, МКБ10.

THE HOSPITALIZATION REPORT - ANALYSIS OF AGREEMENT BETWEEN REFERRAL AND FINAL DIAGNOSIS

Nataša Mihailović¹, Dragan Vasiljević^{1,2}, Snežana Radovanović^{1,2}, Sanja Kocić^{1,2}, Svetlana Radević², Ivana Simić-Vukomanović¹

¹ Institute of Public health Kragujevac, Kragujevac, Serbia

² Faculty of Medicine, University of Kragujevac, Serbia

Introduction: Hospital discharge data, as an individual report, can be used in a wide range of analysis: analysis of comorbidities, trend analysis: disease, death, length of stay, in monitoring of the incidence of certain diseases that require hospitalization, serve as the basis for the establishment of DRG, evaluation of the quality of health services, health research systems...

Advantages of IOH are: collected, large, representativeness, relatively inexpensive base of data are available.

Disadvantages of IOH are: coding inconsistencies, often underestimated comorbidity, partial coverage for hospitals, limited the use of the specific research.

The hospitalization report is the prime method to analyses the type, quality and efficiency of secondary and tertiary levels of health care services.

Aim: Analysis of agreement between referral and discharge diagnoses of patients hospitalized in the Clinical Center Kragujevac in the period from 01/01/2006 to 31/12/2013 based on the hospital discharge reports.

Methods: The study was designed as a retrospective cohort study in which a basic set consisted of all hospitalization reports in the Clinical Center Kragujevac in period 01/01/2006 to 31/12/2013. The 3% random sample which included 12.199 reports was made. The agreement was made between referral and discharge diagnoses. The agreement is defined as the agreement within the ICD10 disease group. The level of agreement on the diagnoses was analysis by using the Kappa test.

Results: The agreement for all model was 0,76 (0,75-0,77). The most disagreement was between ICD XIV and ICDXVIII groups, made in patients who need dialysis because chronic renal failure. The value of Kappa coefficients when turning off these hospital reports was 0,83 (0,82-0,84).

Reports with a discrepancy between their referral and discharge diagnosis included older patients who comorbid conditions and were predominantly male with a significantly longer length of stay.

Conclusion: A hospital discharge report is an individual report which is valid for inpatient treatment and may be used in determining the degree of agreement between referral diagnosis and discharge diagnoses.

The possibilities of ambiguous coding in the nomenclature have to taken into consideration.

Key words: Hospitalization report, referral diagnose, discharge diagnose, agreement between referral and discharge diagnoses, ICD10.

БЕНЕФИТИ КВАЛИТЕТНОГ И ЗАШТИЋЕНОГ САДРЖАЈА ЕЛЕКТРОНСКОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ДОСИЈЕА ЗА ЗДРАВЉЕ И ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ

Милица Николић Урошевић, ДЗ „Врачар“, Београд, Србија

Електронски здравствени досије („електронички хеалтх рекорд“) треба да садржи: информације о здрављу сваког пацијента(које се прати континуирано током његовог живота), податке о здравственим услугама, као и податке о интеракцијама између пацијената и здравствених радника, које настају у различитим здравственим установама на територији Републике Србије.

Циљ рада је указати на бенефите за здравље пацијената и здравствени систем Србије који, посматрано са становишта изабраног доктора опште медицине, мора имати квалитетан и заштићен садржај електронског здравственог досијеа.

На основу података о најчешћим проблемима са којима се у раду сусреће изабрани доктор опште медицине, а који су добијени електронским путем- у виду онлине анкете изабраних доктора опште медицине, сачињен је предлог ваљаног и примењивог садржаја електронског здравственог досијеа.

Електронски здравствени досије треба да буде осмишљен тако да омогућава дељење информација о здрављу пацијената између различитих медицинских радника и/или здравствених установа на територији Републике Србије.

Узимајући у обзир резултате анкете као и законску обавезу чувања података о здравственом стању пацијената, предложен садржај електронског здравственог досијеа мора: имати јединствени начин идентификације корисника, обезбедити прецизно уношење обављених здравствених услуга и пружити мере заштите, које ће омогућити приступ здравственим стању пацијената само овлашћеним лицима.

Да би се формирао електронски здравствени досије који би се могао ефикасно користити у пракси, неопходно је Законом о здравственој заштити обавезати и предвидети казнене мере за лица која не испуне обавезу уношења података у електронски здравствени досије, без обзира на оснивачки капитал(државно-јавно здравство или приватна пракса).

Конципиран као обавеза уношења података о пруженим здравственим услугама за докторе медицине у здравственим установама, из Плана мреже здравствених установа, и у свим облицима приватне праксе, као и у приватним и државним апотекама и приватним и државним лабораторијама- електронски здравствени досије може наићи на велики отпор јер представља спречавање и борбу против рада „на црно“ за обављање „консултација“ у приватној пракси. Истовремено представља и начин контроле квалитета рада сваког појединца у здравственом систему Републике Србије - његовог учинка, ефикасности, присуства на радном месту и дужину радног времена.

Идентификација корисника здравствених услуга, помоћу Јединственог матичног броја грађана и ”три нивоа заштите података”, спречава изолационизам(немогућност да подацима

приступе овлашћена лица у свим здравственим установама) и дуплирање дијагностичких процедура од стране здравствених радника у различитим облицима оснивачког капитала.

Заштићени садржај електронског здравственог досијеа допринеће ефикаснијој здравственој заштити, а рад изабраног доктора опште медицине, који ће бити најчешћи корисник података из електронског здравственог досијеа, учинити квалитетнијим.

Кључне речи: електронски здравствени досије, заштита, здравље

BENEFITS OF QUALITY AND PROTECTED CONTENT OF THE ELECTRONIC HEALTH RECORD FOR HEALTH AND HEALTHCARE SYSTEM IN SERBIA

Milica Nikolić Urošević, Primary Health Center „Vračar“, Belgrade, Serbia

The electronic health record needs to contain the following: patient health information (that is being tracked throughout one's entire life), information about healthcare services, as well as record of interactions between patients and healthcare workers in different healthcare institutions on the territory of the Republic of Serbia.

The aim of this study is to indicate the benefits for patient health and for the Serbian healthcare system, which from a chosen General Practitioner's standpoint, needs to have a quality and protected content of the electronic health record.

Based on the findings from an online questionnaire, completed by chosen General Practitioners, about the most frequent difficulties they encounter at work, a thorough and applicable proposal content of the electronic health record has been generated.

The electronic health record needs to be designed so that it enables sharing information about patient health between different healthcare workers and/or healthcare institutions on the territory of the Republic of Serbia.

Taking into account the results from the questionnaire as well as legal obligation of protecting individual health information, the proposed content of the electronic health record needs to provide the following: a unique method to identify the users, an accurate input of provided healthcare services, and security safeguards which would allow access to patient health records only to authorized personnel.

In order to create an electronic health record that could be efficiently used in practice, the Healthcare Law must oblige and foresee penalties for persons who fail to fulfill their obligation of inputting data into the electronic health record, regardless of the initial capital (state – owned or private practice).

Conceived as an obligation for medical doctors in healthcare institutions to input data about provided healthcare services, from the Network Plan of Healthcare Institutions, and in all forms of private practice, as well as in private and public pharmacies and private and public laboratories –

electronic health record may face severe resistance because it represents preventing and combating "working under the table" for carrying out alleged consultations in private practice. Nevertheless, it denotes an approach to control quality of work of all individuals in the healthcare system of the Republic of Serbia – its effectiveness, efficiency, presence in the workplace and the length of working time.

Identification of users of healthcare services through a unique personal identification number and "the three levels of data protection" prevents isolationism (inability for the authorized personnel in all healthcare institutions to access data) and duplication of diagnostic procedures by healthcare workers in different forms of initial capital.

The protected content of the electronic health record will contribute to a more efficient healthcare, and make the work of chosen General Practitioners, who will be the most frequent users of the electronic health record, more eminent.

Keywords: electronic health record, protection, health

ИСПИТИВАЊЕ ПРИСУТНОСТИ ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНИХ САДРЖАЈА НА ДРУШТВЕНИМ МРЕЖАМА УСТАНОВА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗАВОДА ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ

Дубравка Николовски, Јасмина Стојановић – Павловић, Јелена Крстић, Споменка Марков
Завод за јавно здравље Панчево, Србија

Интернет је у последњих две деценије постао један од значајних врста медија путем кога се дистрибуирају здравствене поруке, обавља едукација и који представља значајан ресурс научно- стручних здравствених информација. Интеграцијом свих електронских уређаја постао је доступан широком слоју људи у сваком тренутку.

Циљ овог рада је био да се испита заступљеност здравствено-васпитних садржаја на друштвеним мрежама установа примарне здравствене заштите и завода за јавно здравље.

Резултати показују да је од 189 испитаних сајтова здравствених установа (домова здравља и института / завода за јавно здравље у друштвеној и приватној својини), 20 (10,6%; $n=189$) установа није имало своју интернет презентацију, а од 169 (89,4%; $n=189$) установа које су имале, 17 (9,0%; $n=189$) је имало профил на Фацебоок друштвеној мрежи, Твиттер користи 10 (5,3%; $n=189$), РСС 3 (1,6%; $n=189$), Јоутубе 10 (5,3%; $n=189$), Инстанграм 1 (0,5%; $n=189$), ЛинкедИн 3 (1,6%; $n=189$) и Скупе 3 (1,6%; $n=189$). Објаву у последњих 7 дана је имало 7 (41,2%) установа од укупно 17 које имају Фацебоок профил. Максимални период од последње објаве је износио 850 дана, а просечан период је износио 188 дана. Број лајкова Фацебоок профила установа у државној својини је максимално био $x_{\max}=1687$, минимално $x_{\min}=38$, средње вредности $x_{\text{ср}}=505\pm 494$. Број лајкова сајта установа у приватној својини је максимално био $x_{\max}=52241$, минимално $x_{\min}=259$, средње вредности $x_{\text{ср}}=12639\pm 22217$.

Дискусија и закључак: веома је мала присутност и видљивост здравствених установа у друштвеној својини. Приватници имају огроман број лајкова који се може објаснити добрим здравствено васпитним садржајима и објавама попушта на услуге. Потребно је унапредити начине промоције здравља путем електронских медија свих врста: функционално и садржајно осавременили сајтове установа, повезати их са ажурним друштвеним мрежама, обезбедити техничку подршку и креирати апликације за мобилне уређаје који би омогућили приступ овим садржајима у континуитету и у реалном времену, с обзиром да ови уређаји преузимају примат у комуникацији са клијентима.

Кључне речи: е-здравље, друштвене мреже, промоција здравља

HEALTH - EDUCATIONAL CONTENT INVESTIGATION ON SOCIAL NETWORKS OF INSTITUTIONS OF PRIMARY HEALTH CARE AND INSTITUTES OF PUBLIC HEALTH

Dubravka Nikolovski, Jasmina Stojanović – Pavlović, Jelena Krstić, Spomenka Markov
Zavod za javno zdravlje Pančevo, Serbia

In the last two decades Internet become one of the most important types of media through which can disseminate health messages, to educate and it that represents a significant resource of scientific health information. By integrating all electronic devices health promotion became available to wide range of people. **Aim** of this study was to investigate the presence of health-educational content on the social networks of primary care and public health institutes.

Results show that of the 189 surveyed sites health care institutions (health centers and institutes of public health in goverment and private ownership), 20 (10.6%; n = 189) had a Web site, and 17 (9.0%; n = 189) had a profile on the Facebook social networking site, Twitter 10 (5.3%; n = 189), RSS 3 (1, 6%; n = 189), YouTube 10 (5.3%; n = 189), Instangram 1 (0.5%; n = 189), LinkedIn 3 (1.6%; n = 189) and the Skype 3 (1.6%; n = 189). Posts in the last 7 days had 7 (41.2%) out of 17 institutions that have a Facebook profile. The maximum period of last post was 850 days, and the average period 188 days. Number of Facebook profiles likes at pages of institutions owned by the state was maximum $x_{\max} = 1687$, the minimum $x_{\min} = 38$, average $x_{av}=505\pm 494$. Number of Facebook profiles likes at pages of institutions in private ownership was the maximum $x_{\max}=52241$, the minimum $x_{\min}=259$, average $x_{av}=12639\pm 22217$.

Conclusion: There is a very small Internet social networks presence and visibility of health institutions in states ownership. Private institutions have a huge number of likes, which can be explained by good health educational contents and disclosures discount on services. It is necessary to improve methods of health promotion via electronic media of all kinds: modern functional and content sites, link them up with social networks, provide technical support and create applications for mobile devices that enable access to these facilities continuously and in real-time, with regard that these devices are leading equipment in communication with customers.

Keywords: e-health, social networks, health promotion.

УПОТРЕБА МОБИЛНИХ ТЕЛЕФОНА И ВЕЗЕ СА ОДРЕЂЕНИМ АСПЕКТИМА ЗДРАВЉА - СТУДИЈА ПРЕСЕКА МЕЂУ СТУДЕНТИМА БИМЕДИЦИНСКИХ НАУКА У СРБИЈИ И ИТАЛИЈИ

Александар Вишњић^{1,2}, Душан Соколовић¹, Владица Величковић¹, Тамара Рангелов^{1,2}, Кристијан Мијатовић^{1,3}, Горан Аранђеловић⁴

¹Медицински факултет Универзитета у Нишу, Србија

²Институт за јавно здравље Ниш, Serbia

³Католички универзитет Светог Срца, Рим, Италија

⁴Болница Светих Јована и Павла, Венеција, Италија

УВОД: У последњих петнаест година, мобилни телефони су постали уобичајена ствар у друштву, нешто без чега се не може. Међутим, због електромагнетног зрачења које неминовно постоји у овим уређајима, они су постали предмет новијих истраживања. Недавне студије су, на пример, показале да је коришћење мобилних телефона повезано са главобољом, поремећајем спавања, умором и вртоглавицом.

Наш циљ је био да се испита ефекат дуготрајне употребе мобилних телефона на неке од психосоцијалних здравствених аспекта.

МЕТОДЕ: Студенти биомедицинских наука у Србији и Италији су испитивани током школске 2014/15. године. За потребе истраживања направљен је упитник који се састојао од питања која су се односила на начин, сврху и интензитет коришћења мобилних телефона, као и нивое депресије, анксиозности и стреса код студената, у складу са мерним инструментом за психолошко здравље ДАСС 42.

РЕЗУЛТАТИ: Студија је обухватила 785 студената. Захваљујући својој доступности на скоро сваком месту (како на отвореном, тако и затвореним просторима), општи тренд у студентској популацији је да је коришћење мобилних телефона у непрестаном порасту, и то укључујући не само обиме разговора, већ и све већи број апликација и разне облике интернет комуникације. Код студената женског пола, као и код млађих студената вредности скорова за нивое стреса и анксиозности према скали ДАСС 42 су биле значајно израженије у односу на остале студенте. Значајне корелације пронађене су између дуже свакодневне употребе мобилних телефона и нивоа стреса и анксиозности код испитиваних студената.

ЗАКЉУЧАК: Прекомерна употреба мобилних телефона је један од фактора ризика - опасности по здравље. Налази посебно указују на то да дугорочно свакодневно коришћење мобилних телефона треба избегавати, јер може испољити негативне ефекте на одређене аспекте менталног здравља. Како употреба мобилне технологије наставља да се развија, здравствени стручњаци треба да разумеју њене импликације на здравље и да кроз здравствено-промотивне активности утичу на понашање студентске популације и других.

Кључне речи: мобилни телефони, ментално здравље, студенти

USE OF MOBILE PHONES AND LINKS WITH CERTAIN ASPECTS OF HEALTH - CROSS SECTIONAL STUDY AMONG BIOMEDICAL STUDENTS IN SERBIA AND ITALY

Aleksandar Višnjić^{1,2}, Dušan Sokolović¹, Vladica Veličković¹, Tamara Rangelov^{1,2}, Kristijan Mijatović^{1,3}, Goran Arandjelović⁴

¹Medical Faculty of University in Niš, Serbia

²Public Health Institute Niš, Serbia

³Universita Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

⁴Ospedale SS Giovanni e Paolo, Venezia, Italy

INTRODUCTION: In the last fifteen years, mobile phones have become a common thing in society, something without which it can not be. However, due to electromagnetic radiation that inevitably exists in these devices, they have become the subject of recent research. Recent studies, for example, have shown that the use of mobile phones has been associated with headache, sleep disturbances, fatigue and dizziness.

Our objective was to examine the effect of long-term use of mobile phones to some of the psychosocial aspects of health.

METHODS: The students of biomedical sciences in Serbia and Italy were examined during the 2014/15 academic year. For the study purposes a questionnaire was comprised of questions that are related to the manner, purpose and intensity of use of mobile phones, as well as levels of depression, anxiety and stress among students, in accordance with measuring instrument for psychological health DASS 42.

RESULTS: The study included 785 students. Thanks to its availability on almost every place (out in the open and closed areas), the general trend in student population is that the use of mobile phones continues to grow, and including not only the volume of the conversation, but also an increasing number of applications and various forms of Internet communications. For female students, as well as in younger students values of the scores for the levels of stress and anxiety according to scale DASS 42 were significantly more pronounced in relation to other students. Significant correlations were found between the longer daily use of mobile phones and the level of stress and anxiety of the students.

CONCLUSIONS: The excessive use of mobile phones is one of the risk factors - health hazards. The findings especially suggest that long-term daily use of mobile phones should be avoided because it may exert negative effects on certain aspects of mental health. As the use of mobile technology continues to evolve, health professionals need to understand its implications on health and through health promotion activities affect the behavior of the student population and others.

Keywords: mobile phone, mental health, students

Е - MAIL САВЕТОВАЛИШТЕ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Драгана Годоровић, Драгана Трифуновић Балановић
Дом здравља „Звездара”. Београд, Србија

У време масовне доступности информационих технологија, електронска пошта представља помоћно средство које не може да замени лекарски преглед, али омогућава одређеним популационим групама, информатички писменим, да успоставе контакт са системом здравствене заштите и добију одређене информације без нарушавања сопственог комфорта.

Циљ представљања овог метода рада је да лекарима покаже шта пацијенти најчешће питају, и да укаже на неопходност давања информација пацијенту, без обзира на временску ограниченост прегледа и презаузетост.

Метод: Пошто ова услуга није обавезна за лекаре примарне здравствене заштите, ово је за сада још једно од бројних задужења социјалног медицинара, који, уколико је лекар са искуством у пракси, може да мобилише своје знање уз помоћ литературе у електронској или штампаној форми, или уз консултацију са специјалистима када се то захтева, у циљу давања пацијенту прихватљивог одговора, увек га упућујући изабраном лекару или одговарајућем специјалисти.

Резултати и дискусија: Саветовање у здравственом систему писменим путем знатно је одговорније од усменог саветовања. Без обзира на наизглед једноставне одговоре, у њих су уткане бројне провере постојећег знања, које захтевају више времена него што то допушта свакодневна пракса.

Иако електронска пошта неће у потпуности задовољити нечију здравствену потребу, одређене особе се ипак на овај начин обраћају здравственом систему:

Запослени који су у блиском контакту са информационим технологијама немају довољно времена ни воље да ради неких информација у вези са здрављем посете лекара.

Неким је из културолшких разлога непријатно да се због одређених болести и стања директно обрате лекару.

Младима је стран одлазак лекару уколико нису озбиљно болесни или им не треба лекарско уверење.

Неке особе, веома заинтересоване да изуче свој здравствени проблем најчешће се обраћају интернету, а због недостатка медицинског знања не могу да правилно повежу бројне информације, па се на овај начин обраћају лекару како би извеле коначни закључак.

Редовним корисницима интернета овај начин обраћања лекару није стран. Има и оних који ће на овај начин злоупотребити добру вољу лекара да сваки захтев за пружањем здравствене заштите схвати озбиљно и одговори уважавајући етичке стандарде и принципе медицине засноване на доказима.

Различите институције, новинари, добронамерне и злонамерне особе, покушавају да се информишу како функционише дом здравља који на овај начин бесплатно комуницира са становништвом.

Најмање похвалан разлог јесте тај, што лекари примарне, па и виших нивоа здравствене заштите, оптерећени различитим обавезама, некад немају довољно времена ни воље да пацијенту објасне његову здравствену ситуацију на начин њему разумљив и прихватљив, па својим ћутањем или чак давањем савета могу да га преплаше и изазову отпор према здравственом систему.

Закључак: Давање доброг савета је веома важно терапијско средство. У савременој медицини на жалост, још увек постоје тешко решиви здравствени проблеми, па ако пацијенту ускратимо и савет како да се даље понаша у животу имајући у виду своју новонасталу ситуацију, ми онда нисмо добри лекари.

Кључне речи: е-маил саветовалиште, примарна здравствена заштита

E - MAIL COUNSELING SERVICE ON THE PRIMARY LEVEL OF HEALTH CARE

Dragana Todorovic, Dragana Trifunovic- Balanovic

The Center of Primary Health care "Zvezdara". Belgrade, Serbia

In the era of wide accessibility of information technologies, e-mail advocacy on the primary level of Health care is a helpful tool feasible some specific population groups with ability to type on PC to receive some information from medical professional, but it can not take the place of medical examination.

The goal of promotion of this method is to inform physicians what is that users of health care ask us through e-mail, and to emphasize the importance of giving information to patients, despite the limited last of medical examination.

Method: In our circumstances this service is one of numerous duties of specialist of social medicine (Public health) because of the fact that it is not obligatory for general practitioners or other specialists. If the public health specialist is a medical doctor and has experience in medical practice, he/she may take responsibility to give advices to population using electronic mail with support of electronic and printed medical literature, or consulting specialists given that patient claims. The answer is always simple and understandable and patient is recommended to visit family doctor or specialist.

Putting advice in written form is much more responsible than counseling someone in oral communication. This activity claims confirmation of knowledge about something and sometimes requests more time than ordinary practice allow.

Despite this manner of work is not capable to satisfy all needs of patients, it is used for many reasons.

There are some persons that are familiar with IT on their workplaces, so haven't enough time and don't like visiting doctors.

Some persons suffering of some illnesses are felt unpleasant because of cultural conception and could not talk about their problem to physician face to face.

Young people don't like visiting doctor, except they need some kind of medical credential.

There are some individuals, very interested in their health condition, that attempt to research their health problem, often with assistance of internet, and because of lack of medical knowledge, they ask for advice doctor towards to make conclusion.

Many internet users are familiar with this way of communication with medical doctor. Someone takes advantage of medical professional prepared to help people using medical standards and principles of evidence based medicine.

Some institutions, journalists, well intended as well as mean people, are attempting to research the functioning manner of the Center of primary health care that offers free help to someone.

At least a legitimate reason is that physicians on the primary and higher levels of health care, often haven't enough time and good manner to give advices, and sometimes their silence or recommendations may feel their patients frightened.

Oral communication and counseling are useful therapeutic tools. In contemporary medical science, there are, unfortunately, many difficult to be solved problems. So, if we aren't good counselors, we couldn't be good doctors.

Key words: e-counseling service primary health care

ТЕМА:

**ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА ПОЈЕДИНЦА И ЗАЈЕДНИЦЕ
HEALTH PROMOTION OF INDIVIDUALS AND COMMUNITIES**

ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА И ЊЕНА УЛОГА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Агима Љаљевић, Биљана Поповић, Ена Грбовић, Бобан Мугоша
Институт за јавно здравље - Црна Гора

У наредној 2016. години обељежава се тридесет година од прве конференције у Отави, на којој је дефинисан појам промоције здравља, као и њени основни принципи. Према дефиницији промоција здравља представља тежњу људи да овладају могућностима повећања контроле над сопственим здрављем, како би га унаприједили. У складу са том дефиницијом, промоција здравља је и прихваћена као концепт који повезује сегменте здравствене заштите, са функцијом да их везује за остале друштвене секторе. Промоција здравља има суштинску улогу у организовању мјера и активности у примарној здравственој заштити, при чему треба да представља базу новог дома здравља, што није у потпуности реализовано до сада. У наредном периоду се очекује инцирање досљедне, комплетне и свеобухватне примјене принципа промоције здравља у пракси, у мјери значајно већој него што је то било у предходном периоду.

Циљ рада је био представљање улоге промоције здравља у пружању здравствених услуга у примарној здравственој заштити.

Метод рада: анализирани су подаци о реализованим активностима свих савјетовалишта центара за превенцију у домовима здравља са територије Црне Горе, који се прикупљају у Институту за јавно здравље за 2014. годину. Подаци о спроведеним активностима се из савјетовалишта достављају сваког мјесеца.

Резултати: Најзначајнији степен реализације остварен је у савјетовалиштима за репродуктивно здравље, а најмањи у савјетовалиштима за младе. Савјетовалишта за младе обухватила су, укупно, 2596 корисника услуга, док су са 216 организованих група реализоване интерактивне радионице. Савјетовалишта за превенцију дијабетеса је обухватио 4882 полазника и 309 организованих група и радионица у центрима домова здравља. На поменутих мјестима остварено је и 9067 индивидуалних посјета. Савјетовалишта за репродуктивно здравље су са својим активностима обухватило 1874 корисника, као и 338 организованих група и радионица. Активности у наведеним савјетовалиштима су се односиле и на индивидуалне посјете. Програмима за младе и за репродуктивно здравље обухваћена је популација према утврђеном плану, док се програмом превенције компликације дијабетеса обухвата значајно мање популације него што је планирано.

Закључци: Црна Гора се, кроз реформу ПЗЗ, определијелила за нови модел дома здравља, заснован на принципима промоције здравља и превенције болести, али још увијек тај концепт није у потпуности заживио у пракси. Превентивни приступ се, тренутно, реализује и кроз организационе облике, који су препознати као центри за превенцију. У оквиру центара за превенцију дефинисано је неколико савјетовалишта, који спроводе промотивне и превентивне програме, са иницијалном предпоставком ширења броја програма и тема у оквиру постојећих програма. Мјере и активности које се реализују у савјетовалиштима усмјерене су ка превенирању основних узрока морбидитета и морталитета становништва Црне Горе.

Кључне ријечи: савјетовалишта, дом здравља, Црна Гора, превенција, промоција здравља

HEALTH PROMOTION AND ITS ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE

Agima Ljaljević, Biljana Popović, Ena Grbović, Boban Mugoša
Institute of Public Health - Montenegro

Next year 2016th is to be celebrated 30 years of the first conference in Otava, at which has been defined a notion of health promotion, as well as its basic principles. By definition, health promotion represents the aspiration of people to rule the possibilities of increasing control over their own health in order to improve it. According to that definition, health promotion is accepted as a concept that connects segments of health care in order to link them to the other social sectors. Health promotion has a essential role in organizing measures and activities in primary health care, whereby it should represent basis of new primary health care centers, which is not realized until now. In next period it is expected to initiate complete, consistent and comprehensive application of principles of health promotion in practice, to significantly greater extent than it was in the previous period.

Goal of this paper was to present the role of health promotion in providing health services in primary health care.

Methodology: Implemented activities of all counseling centers for health promotion in health care centers in Montenegro which are collected in Institute of public health of Montenegro for 2014th had been analyzed .

Results: The most significant level of realization is achieved in counseling centers for reproductive health, and the lowest in counseling centers for young people. Counseling centers for young people have included a total of 2596 service users, while interactive workshops were organized with 216 groups. Counseling centers for diabetes prevention included 4882 participants and 309 organized groups and workshops in centers in primary health care. At above mentioned venues 9067 individual visits have been registered. Counseling for reproductive health has included 1874 users and 338 organized groups and workshops. Activities in those counseling centers were related to the individual visits as well. Programs for young people and reproductive health included population according to established plan, while program for prevention of diabetes complication included significant less population than it was planned.

Conclusions: Montenegro, through reform of primary health care, expressed its determination for new model of health care centers, based on the principles of health promotion and prevention of disease, nevertheless that concept has not come to life in practice yet. The preventive approach is currently being implemented through organizational forms which have been identified as centers for promotion. Within centers for prevention are defined a few centers which conduct promotional and prevention programs with the initial assumption of spreading numbers of programs and topics within the existing programs. Measures and activities that are realized in counseling centers are focused towards the turmoil of the main causes of morbidity and mortality of citizens of Montenegro.

Key words: counseling centers, health care center, Montenegro, prevention, health promotion

Увод:

Промоција здравља, као суштинска стратегија јавног здравства, обезбјеђује свеобухватан приступ цјелокупној популацији у смислу стварања потенцијала за добро здравље. Представља темељ одрживог система здравствене заштите, јер омогућава повезивање међу различитим сегментима здравствене заштите, али и кооперацију са нездравственим сектором. На првој међународној конференцији, одржаној у Отави дефинисана је промоција и усвојени документи којима се дефинишу посредни услови и фактори унутар једног друштва који су важни за реализацију циљева промоције здравља, при чему, је издвојено пет приоритета: Дефинисање јавно-здравствене политике оријентисане ка здрављу; Стварање околине која подржава здравље; Јачање акције у заједници; Оспособљавање људи да воде бригу о сопственом здрављу; Реоријентисање здравственог система. Сљедеће године се обележава тридесет година од Отавске повеље и на Европској конференцији о здрављу која ће се одржати у Бечу, основна тема ће бити промоција здравља. Указаће се на вишегодишње минимизирање значаја промоције здравља и иницираће се мјере утицаја на доносиоце одлука у здравство којима ће се тежити да она заузме своју праву позицију.

У сваком дому здравља на територији Црне Горе организује се пружање услуга које имају за циљ промоцију здравог живота и превенцију обољења, која су најчешће заступљена у нашој популацији (1). Ако се пође од чињенице да, у Црној Гори, сваки становник изгуби десет потенцијалних година живота, могуће је закључити да је реализација наведених активности од посебног значаја. Општа је препорука СЗО да се развијају превентивни програми са обухватом већег дијела популације, како би се спријечила појава обољења са водећих мјеста ранг листе обољевања и умирања становништва (2). У циљу остваривања зацртаних циљева према новом Моделу организације ПЗЗ (3) креиран је Центар за превенцију, који је, првенствено, усмјерен ка промоцији здравља и превенцији болести, а чине га неколико савјетовалишта. Програме рада савјетовалишта, континуирани мониторинг пружених услуга и евалуацију обавља Центар за промоцију здравља Института за јавно здравља.

- Популационо савјетовалиште је планирано у сваком дому здравља и мјере и активности које се овдје реализују усмјерене су ка превенцији дијабетеса и посебно, смањењу преваленције компликација ове хроничне болести, која је значајно заступљена у Црној Гори. Проблем дијабетеса везан је за број обољелих, за старосну границу обољелих која се све више смањује, компликације које узрокује, одсуства са посла услјед обољења, трошкове које изискује третман болести и друго (4). Активности Савјетовалишта реализују се методама индивидуалног и групног рада, према Програму Института за јавно здравље, сваког радног дана у трајању од два сата са тимом као извршиоцима Програма, односно током цијелог радног времена са посебно едукованом медицинском сестром.
- Савјетовалиште за младе у сваком дому здравља реализује своје активности по методи индивидуалног рада, односно по методи групног рада у трајању од два сата током пет радних дана сваког мјесеца, према Програму Института за јавно здравље. Мјере и активности се односе на превенцију пушења, али се реализује и оне које се односе на превенцију осталих болести зависности и превенцију злостављања и занемаривања, као и на активности превенције обољења везаних за неадекватно сексуално понашање. Значај активности које реализује ово савјетовалиште произилази из чињенице да је циљна популација којој су активности намијењене у старосној доби које означава прелазак из дјетињства у зрелост. У овом периоду дешавају се дубоке промјене везане за биолошки раст, као и за сексуално, когнитивно,

емотивно и психосоцијално сазријевање (5). Стога је код младих у Црној Гори, као и у осталим земљама Европе, врло распрострањена употреба различитих психо-активних супстанција које условљавају промјену понашања (6). Пружање стручне помоћи младима и подршке у процесу одрастања утиче на превенцију болести настале неадекватним понашањем.

- Савјетовалиште за репродуктивно здравље реализује Програм здравог родитељства (Школа за труднице) у којој се са трудницама развија способност адекватног понашања у трудноћи и током порођаја у циљу доношења на свијет здравог потомства. Миленијумским развојним циљевима УН-а дефинисане су обавезе влада земаља чланица да заштите здравља мајки и дјеце, кроз процес поштовања универзалних принципа људских права. У циљу реализације постављених циљева Свјетска здравствена организација (21) препоручује свим владама земаља европског региона, међувладиним и невладиним организацијама и институцијама да у оквиру здравствене политике посебно мјесто имају ставови и политика унапређења здравља мајки и дјеце (7).

Активности Савјетовалишта за репродуктивно здравље требају бити разноврсне уз обавезу формирања Школа родитељства, са тенденцијом увођења нових програма. Кроз обуку која обухвата савладавање основних елемената и фаза порођајног доба, трудница треба да стиче увид у порођај, постаје свјесна трајања и тежине појединих порођајних фаза, добије сигурност и тако постаје спремнија за предстојећи догађај. Психофизичка припрема се састоји од теоретског дијела наставе (у којима се трудница упознаје са контракцијама, знацима порођаја и порођајним добима) и практичног дијела који подразумева специфичне вјезбе дисања, напињања и релаксације.

Циљ рада је анализа пружених услуга промоције здравља и превенције обољења у савјетовалиштима домова здравља у Црној Гори за 2014. годину.

Метод рада:

За анализу су коришћени подаци о раду савјетовалишта у центрима за превенцију свих домова здравља у Црној Гори за 2014. годину. Наведени подаци се, за сваку предходну годину, прикупљају у Центру за промоцију здравља Института за јавно здравље, који их анализира и дисеминира. Одговорне медицинске сестре свих центара за превенцију из домова здравља достављају извјештаје о реализованим активностима на мјесечном нивоу, за сваки програм посебно (свако савјетовалиште у центру за превенцију). Осим тога, додатно се доставља и материјал које су публиковали, осмислили, подијелили или презентовали пружаоци услуга у савјетовалиштима.

Податке сакупља и уноси у посебну базу података овлаштена особа у Институту за јавно здравље, гдје се и раде анализе добијених података у виду извјештаја и на годишњем нивоу се врши извјештавање о пруженим услугама у савјетовалиштима.

У раду су коришћене методе дескриптивне статистике.

Резултати:

Подаци о раду савјетовалишта у домовима здравља показали су степен реализације по свим, тренутно актуелним програмима (савјетовалиштима).

Табела 1. Степен реализације програмских активности у свим савјетовалиштима

Општина	Савјетовалиште за младе	Савјетовалиште за Превенцију компликација дијабетеса	Савјетовалиште за репродуктивно здравље
Андријевица	100%	100%	100%
Даниловград	100%	100%	100%
Колашин	100%	100%	100%
Рожаје	100%	100%	100%
Тиват	100%	20%	100%
Никшић	95%	100%	100%
Бијело Поље	92%	92%	100%
Котор	92%	100%	100%
Беране	89%	100%	100%
Улцињ	80%	100%	90%
Будва	62%	83%	100%
Бар	55%	100%	100%
Херцег Нови	50%	92%	100%
Плав	17%	100%	100%
Цетиње	0	100%	100%
Мојковац	100%	100%	100%
Плужине	0	0	0
Подгорица	100%	0	100%
Пљевља	100%	100%	100%
Шавник	0	0	0
Жабљак	0	0	0

Из Табеле 1. се може уочити да је најзначајнији степен реализације остварен у савјетовалиштима за репродуктивно здравље, а најмањи у савјетовалиштима за младе.



У трећини општина се програмске активности „Превенције компликација дијабетеса“ реализују према утврђеном плану. У четвртини општина се активности не реализују, док се у осталим општинама (42,9%) програмске активности реализују у мјери која је испод планираног нивоа (Графикон 1).



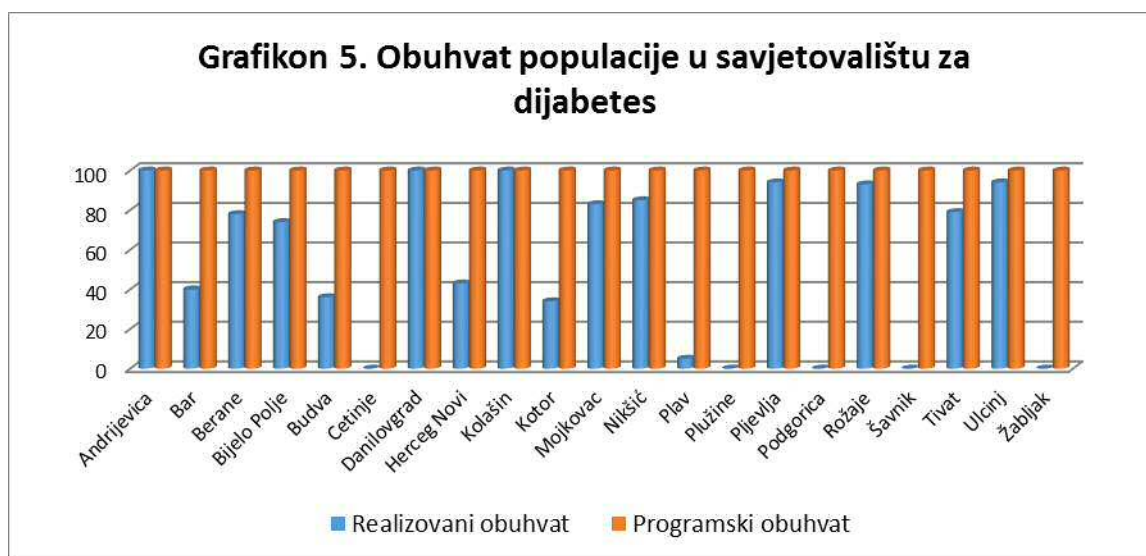
Већина савјетовалишта за младе (61,9%) реализује активности према утврђеном плану, 19% своје активности реализује на нижем нивоу од планираног, при чему код једног од њих постоји значајно низак ниво реализације. Истовремено, се у два савјетовалишта активности не реализују (Графикон 2).



Највећи број савјетовалишта за репродуктивно здравље (85,7%) реализује активности према утврђеном плану, док само два савјетовалишта не реализују активности (графикон 3).



Програмом за репродуктивно здравље, предвиђено да укупан обухват популације у савјетовалишту за репродуктивно здравље буде 1578, а у 2014. години је износио 2380 клијената што значи да је обухват већи од предвиђеног на генералном нивоу. Општина Плужине и Шавник нису извјестиле о реализованим активностима, а у општинама Бијело Поље и Улцињ, обухват популације је био нижи од програмом предвиђеног (Графикон 4).



Програм савјетовалишта за превенцију компликација дијабетеса обухваћено је значајно мање корисника (2955) него што је било планирано (6441), тако да је остварен обухват од 45,9%. Само три општине остварују планирани обухват, а пет општина нијесу извјештавале о реализацији, а међу њима је и Подгорица, која би трабала да оствари обухват од готово трећине планираног за 2014. годину (Графикон 5).

Дискусија

Промоција здравља и превенција представљају основе организације новог реформисаног приступа у пружању здравствених услуга (8). До сада је здравствена заштита у балканским земљама била оптерећена проблемима, као што су: дуга чекања, недостатак софистициране медицинске технологије и субстандардном медицинском праксом, услугама заснованим на куративи (9). Чињеница је да су савремени приступи захтијевали промјене у смислу повећаног обима и обухвата становништва активностима и мјерама промоције здравља и превенције болести. Центри за превенцију у домовима здравља Црне Горе, имају важну улогу у довођењу здравственог система у стање оптималне функционалности, како би се у оквиру расположивих средстава постигао највећи позитивни ефекат на здравствено стање становништва Црне Горе (10,11). Промоција здравља и превенција обољења су од посебног значаја за очување и унапријеђење здравља популације, а посебно дјецe и младих, због чега су препоручене као основне мјере, у заштити њиховог здравља (13). Наведене активности се успјешно реализују од стране пружалаца здравствених услуга и у школама, као што је то примјер у Београду, при чему је закључено да у ове активности треба да буду укључени, поред ученика и просвјетни радници и родитељи. Просвјетни радници, заједно са пружаоцима здравствених услуга могу да организују заједничке промотивне и превентивне активности у виду едукативних семинара и трибина (15).

Реализоване активности указују да нека савјетовалишта реализују планиране активности у већој мјери него што је планирано, док неке не реализују, што је могуће установити на основу праћења кванитета пружених услуга. Међутим, проблем представља утврђивање

квалитета услуга, за шта би релевантно било праћење сатисфакције корисника. Задовољство пацијента је основно његово право, јер се кориснику мора осигурати квалитетна нега која поштује личне вриједности, вјеровања, културне подлоге и достојанство као особи (9) и представља најзначајнији показатељ квалитета рада изабраног доктора. Стога је дефинисана препорука испитивања задовољства корисника на свим мјестима пружања услуга, јер је вриједна повратна информација доктору. Међутим, чињеница је да нека од савјетовалишта, још увијек не реализују своје активности према плану, ни по броју организованих радионица, ни по броју обухваћених корисника. Проблеми настају као посљедица недовољног анимирања пружалаца, али и проблема везаних за кориснике, каои недовољне посвећености система активностима промоције здравља и превенције обољења.

Значајно је истаћи да превентивне активности треба, неопходно, спроводити према утврђеним програмима како би се остварили планиране циљеве (14).

Закључци

Савјетовалишта представљају компетентан организациони облик пружања промотивних и превентивних активности корисницима. Доносиоци одлука у здравству треба да подстичу, на различите начине, јачање капацитета у области промоције здравља.

Савјетовалишта за младе и за репродуктивно здравље, центара за превенцију у домовима здравља на територији Црне Горе, остварују и премашују планирани обухват, док није таква ситуација са савјетовалиштем за превенцију компликација дијабетеса, иако су обезбијеђени ресурси за реализацију. Стога је неопходно радити на промовисању рада центара за превенцију, мотивисању даваоца да унаприједи своје компетенције и кориснике да користе услуге ових организационих облика домова здравља.

Literatura:

1. Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92 4 1563001. Also published on http://www.who.int/chp/chronic_disease
2. World Health Organization. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: WHO; 2006.
3. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravlja i socijalnog staranja. Model sistema primarne zdravstvene zaštite. Podgorica; 2005.
4. McEwan P, Williams JE, Griffiths A et al. Evaluating the performance of the Framingham risk equations in a population with diabetes. *Diabet Med* 2004; 21:318–323
5. Villeda C, Martinotti G, Di Nicola M, Cassano M, La Torre G, Gliubizzi MD, et al. Behavioural Addictions in Adolescents and Young Adults: Results from a Prevalence Study. *J Gambl Stud.* [Epub ahead of print] 2010. [CrossRef] [PubMed]
6. Mugoša B, Đurišić T, Golubović LJ, Evropsko istraživanje o upotrebi duvana, alkohola i droga među učenicima. Institut za javno zdravlje, Podgorica; 2009
7. Vlada Crne Gore. Prvi godišnji izvještaj o sprovođenju milenijumskih razvojnih ciljeva u Crnoj Gori. Ministarstvo održivog razvoja i turizma. Podgorica; 2011
8. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravlja. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. "Sl. list RCG", br. 39/04 od 09.04.2004, 14/10 od 17.03.2010. Podgorica; 2010

9. Kuhar I. Zdravstvena zaštita u zemljama Balkana neracionalna, substandardna i finansijski neodrživa; 2008. Dostupno na: [http://www.voanews.com/croatian/archive/200810/200810-10voa7.cfm?moddate=2008 1010](http://www.voanews.com/croatian/archive/200810/200810-10voa7.cfm?moddate=2008%201010)
10. Vlada Crne Gore. Ministarstvo zdravlja, rada i socijalnog staranja. Zdravstvena politika u Republici Crnoj Gori do 2020. godine. Podgorica; 2003
11. Vlada Crne Gore. Uredba o obimu prava i standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ministarstvo zdravlja i socijalnog staranja. Podgorica; 2004
12. B. Mazzi, N. Krčar, N. Gršalja, D. Ferlin, A. Ivančić, Z. Grgurev, V. Kroato, Vujičić, M. Malnar: (2007). Mišljenje pacijenata o našem radu Element u procjeni kvalitete. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. ISSN 1845-3082. Vol 3, broj 10.
13. World Health Organization. European strategy for Child and Adolescent Health and Development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005
14. U.S. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services, Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force (AHRQ publication no 05-0570); 2005.
15. Matijević D, Janković S, Vžčković A, Kotević A. Promocija zdravlja i zdravih stilova života. Pedijatrijska preventivna kardiologija. JUSAD studija, 2008

ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА ПОЈЕДИНЦА И ЗАЈЕДНИЦЕ: РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ПИСМЕНОСТИ

Александра Јовић Вранеш,
Медицински факултет Београд, Институт за социјалну медицину, Србија

Промоција здравља је процес који омогућава људима да повећају контролу над својим здрављем, као и да га унапреде. Фокус промоције здравља обично је много шири и обухвата здраве услове живота и могућности људи да живе здрав живот. Осим тога, промоција здравља односи се и на побољшање ресурса који су људима потребни како би активно учествовали у сопственом здрављу, здрављу својих породица и заједница, укључујући и могућности за промене на боље. Данас се у скоро свим аспектима наших живота срећемо са питањима и одлукама које се односе на здравље. Како се друштво непрекидно мења потребне су и нове вештине. Грађани морају константно да прикупљају нове а одбацују застареле информације које би водиле одлукама у вези њиховог здравља. У том смислу, здравствена писменост се односи на знање људи о томе како да очувају и побољшају здравље у свакодневном животу. Здравствена писменост укључује и вештине неопходне за добијање и коришћење одговарајућег знања о здрављу и његовим детерминантама. Садашње разумевање здравствене писмености се углавном заснива на концептуалном моделу који је предложен од стране чланова Пројекта „Европска здравствена писменост“, а указује на повезаност са писменошћу, и дефинише здравствену писменост као „знање, мотивацију и вештине неопходне за приступ, разумевање, вредновање и примену информација како би се преиспитале и донеле одлуке у свакодневном животу у вези здравствене заштите, превенције болести и промоције здравља у циљу одржања или унапређења квалитета живота током животног циклуса.“ Недостатак здравствене писмености огледа се у слабијем коришћењу превентивних услуга, као што су вакцинација и скрининг. Такође се односи и на пацијентово схватање упутстава у вези коришћења лекова које може утицати на менаџмент хроничним болестима као што су дијабетес, астма или повишен крвни притисак. Код одраслог становништва постоји директна повезаност између ниске здравствене писмености и слабијег разумевања превентивних информација и приступа превентивним центрима.

Промоција здравствене писмености је кључна стратегија за очување и промоцију здравља.

HEALTH PROMOTION OF INDIVIDUALS AND COMMUNITIES: THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY

Александра Јовић Вранеш,
Медицински факултет Београд, Институт за социјалну медицину

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. In health promotion the focus usually is much broader and emphasizes healthy general living conditions and people's chances to live healthy lives. Moreover, health promotion calls for improving the resources people need in order to be active for their health, the health of their families and communities, including the power to change things for the better. Today, in almost every aspect of our lives, we are faced with questions and decisions about our health. As society changes, so do the necessary skills needed to function. Citizens have to continually assimilate new information and discard outdated information in order to guide their health decisions. In this perspective, health literacy refers to people's knowledge about how health is maintained and improved in promotion perspective everyday life including. Health literacy also includes the skills to obtain and use appropriate knowledge about health and its determinants. The current understanding of HL is mainly based on a conceptual model provided by members of the European Health Literacy Project which defines health literacy as being " *linked to literacy and encompasses people's knowledge, motivation and competencies to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.*" The lack of health literacy results in the underutilization of preventive resources such as vaccinations and routine screenings. It influences a patient's understanding of clinicians' instructions on medication that may affect management of chronic conditions such as diabetes, asthma, or high blood pressure. Among adults, there is a direct association between low health literacy and a poor understanding of preventive care information and access to preventive care services.

Promoting health literacy is a pivotal policy for maintaining and promoting health.

ЖИВОТНЕ НАВИКЕ И ЗДРАВЉЕ СРЕДЊОШКОЛАЦА

Мирјана Филиповић, Влатка Стевановић, Виолета Прошић, Ксенија Бугариновић-Миловановић

Завод за јавно здравље Ужице

Адолесценција је период када се формирају разни обрасци понашања, као што је здравствено понашање, развијање стила живота младе особе, а тиме и навике у исхрани. Последњих година се у свакодневном животу, али и међу професионалцима са забринутошћу говори о порасту високо ризичног понашања младих код нас. Сматра се да је један од најважнијих узрока прекомерне гојазности хипокинезија. Све више преовладава мишљење да артеријска хипертензија код одраслих води порекло из периода детињства.

Циљ рада: Испитати какве су навике у исхрани средњошколске деце, како проводе слободно време, да ли се баве неким спортом и проценити њихово здравље.

Метод: Популацију истраживања чини 592 ученика средње медицинске школе у Граду Ужицу. Путем анкетног упитника који су попуњавали ученици од 1-4. разреда испитиване су навике у исхрани, бављење физичком активношћу и начин провођења слободног времена. За процену здравственог стања коришћени су индекс телесне масе и крвни притисак. За обраду података коришћен је СПСС пакет.

Резултати: Више од половине деце (66.2%) у исхрани је користило претежно бели хлеб. Свеже поврће свакодневно је конзумирало 31.4% деце, а свеже воће 43.4% деце. 37.5% користи рибу мање од једном недељно. Слаткиши су заступљени сваки дан код више од једне трећине испитиване деце (39.2%), а слатка безалкохолна пића код 29.4% деце. Месо је заступљено јако мало у исхрани средњошколаца (углавном у 57.2% испитаника). Више од половине испитаника (55.4%) не обраћа пажњу на садржај масти у млечним производима које конзумирају. Свих 5 obroка дневно имају само 8.4% испитаника, док половина има три obroка у току дана. Нешто мање од једне четвртине средњошколаца проведе више од 2 сата дневно гледајући телевизију (20.6%). Више од 2 сата дневно у разним активностима на рачунару проведе 27.9% ученика. Више од половине ученика спава у просеку 6-8 часова (69.6%), али је висок проценат и оних који спавају мање од 6 часова у току дана (10.6%). Седентарни начин живота заступљен је код 34% ученика. Нормалну телесну тежину има 77.2% ученика, предгојазно је 0.5%, гојазно је 6.4% деце, док је потхрањено 15.9% испитаника. Нормалан крвни притисак забележен је код 86.3% ученика, 9.6% има гранични крвни притисак, док 4.2% има артеријску хипертензију. Утврђена је позитивна корелација између вредности крвног притиска и индекса телесне масе ($P=0.346$, $p<0.01$).

Закључак: Резултати истраживања показују да је потребно унапређење знања, ставова и понашања младих у области здравих стилова живота уз стално информисање младих у области правилне исхране, културе која промовише физичке и спортске активности и гради здраве стилове живота младих.

Кључне речи: животне навике, исхрана, физичка активност, гојазност, артеријска хипертензија

WEYS OF LIVING AND HEALTH OF HIGH SCHOOL OF STUDENTS

Mirjana Filipović, Vlatka Stevanović, Violeta Prošić, Ksenija Bugarinović-Milovanović
Institute of Public Health of Uzice

Abstract: Adolescence is a period when various patterns of behavior are being formed, such as health behavior, lifestyle development of a young person, therefore the eating habits too. Over the last few years in everyday life, but also among the professionals, with a concern is being talked about the increase of highly risky behavioral of the young. It is considered that one of the most important causes of excessive obesity is hypokinesia. More and more is being thought that arterial hypertension in the adult age dates from childhood.

Objective: To examine the eating habits of highschool children, how they spend their free time, whether or not they are doing some sports and to evaluate their health.

Methods: The study population consists of 592 pupils of the secondary medicine school in Užice. With the questionnaire that was distributed to pupils from 1st to 4th grade, eating habits, physical activity and the way of spending their free time. To access the health status following parametres were used: body mass index and blood pressure. Processing used SPSS package.

Results: More than the half of the children (66.2%) in the diet has predominantly used white bread. Fresh vegetables every day has consumed 31.4% of children, and fresh fruit 43.4% children. 37.5% uded fish less the once a week. Sweets are present every day for more than a third children, and sweetened soft drinks among 29.4%. Meat is very little present in the diet (57.2%). More than a half of children (55.4%) doesn't pay attention to the fat content in the products they consume. Only 8.4% have all 5 meals a day, whereas a half has 3 meals a day. A little less than a quarter of the highschool children spend more than 2 hours a day watching television (20.6%). 27.9% of the pupils spend more than 2 hours a day doing various activities on the computer. More than a half examinees sleeps on average 6-8 hours (69.9%), but it is a high per cent of those who sleep less than 6 hours a day (10.6%). Sedentary way of life is present among 34% pupils. 77.2% of the pupils have normal weight, 0.5% is overweight, obese is 6.4% and underweight is 15.9% of the examinees. Normal blood pressure has 86.3%, 9.6% has borderline blood pressure, while 4.2% has arterial hypertension. There is a positive correlation between blood pressure and body mass index ($R=0.346$, $p<0.01$).

Conclusion: Results of the research show that promotion of the knowledge, attitude and behavior of the young people is needed in the areas of the healthy lifestyles with the constant informing of the young people in the areas of healthy diets, culture that promotes physical and sports activities and builds healthy lifestyles of the young people.

Key words: ways of living, diet, physical activity, obesety, arterial hypertension

УВОД

Последњих година се у свакодневном животу, али и међу професионалцима са забринутошћу говори о порасту високо ризичног понашања младих код нас (1). Истраживање здравља становника Републике Србије у 2013. години показало је да је највећи проценат деце и младих, тачније две трећине њих, нормалне ухрањености (66.7%) што представља значајно мањи део у поређењу са 2006. годином (71.4%). Потхрањених је 5.1%, а умерено гојазних 14.5% и ту не постоје разлике у поређењу са 2006. годином. Међутим, приметан је значајно већи проценат гојазних - 13.7% у поређењу са 8.5% 2006. године(2).

Резултати великог броја епидемиолошких студија су открили да постоји удруженост повећане телесне масе и повећаног крвног притиска без обзира на пол, узраст, географску и етничку припадност. Роснер и сарадници су на основу анализе резултата осам великих америчких епидемиолошких студија које су обухватиле више од 47000 деце утврдили да се ризик од хипертензије код деце повећава 2,5-3,7 пута са повећањем ИТМ без обзира на пол, узраст и расну припадност испитаника (3).

За разлику од ранијег става који каже да је хипертензија код деце ретка појава, углавном секундарна и реналног порекла, данас се зна да је учесталост примарне хипертензије све већа (од 10% на 50%), и то услед повећања броја гојазне деце (4). Како око 75% гојазне деце израсте у гојазне одрасле особе, рано спречавање настанка гојазности у детињству има велики значај у смањењу морбидитета и морталитета од кардиоваскуларних обољења, хроничних обољења бубрега и дијабетеса типа 2. Због тога је задатак лекара, али и целе друштвене заједнице, да кроз различите облике здравственог просвећивања деце и омладине и њихових родитеља зауставе прогресивни тренд повећања учесталости гојазности и њених компликација код деце и младих.

Редовна аеробна физичка активност у трајању од 30 до 60 минута дневно пет дана у недељи и смањење трајања дневних седентарних активности до два сата дневно су значајне мере превенције и лечења гојазности деце (5). Доказано је да редовне аеробик вежбе код гојазних и нормално ухрањених особа смањују крвни притисак у просеку за 4,1-2,9 мм Хг. Истовремена примена нискокалоричне дијете, смањење соли у храни с редовним физичким активностима у трајању од око 30 минута дневно смањује крвни притисак за 2-4 мм Хг и ризик од развоја дијабетес мелитуса тип 2. Код гојазних адолесцената антихипертензивни ефекат удружене дијете и физичких вежби бољи је од појединачног дејства дијете (6).

МЕТОДЕ РАДА

Истраживање је рађено као студија пресека у циљу идентификације животних навика младих везаних за навике у исхрани, бављење физичком активношћу, начину провођења слободног времена и процене њиховог здравственог стања. Као инструмент истраживања коришћен је анкетни упитник, посебно конструисан за ово истраживање. Телесна маса мерена је баждареном медицинском вагом, а телесна висина помоћу антропометра. Крвни притисак мерен је стандардним апаратом два пута у размаку од пет минута. На основу вредности крвног притиска ученике смо поделили у три категорије: нормалан крвни притисак ($кп < 90$ перцентила); гранични крвни притисак ($кп \geq 90$ перцентила, али < 95 перцентила); хипертензија ($кп \geq 95$ перцентила). Као показатељ постојања и степена гојазности коришћен је индекс телесне масе (ИТМ), који представља количник телесне масе

(изражене у килограмима) и квадрата телесне висине (изражене у метрима). На основу вредности ИТМ испитанике смо поделили у следеће категорије: потхрањени ($<18.5 \text{ kg/m}^2$); нормална ухрањеност ($18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$); предгојазност ($25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$) и гојазност (преко 30 kg/m^2). Анкетирано је укупно 592 ученика средње медицинске школе у Ужицу. Истраживање је спроведено у октобру 2014. године. За обраду података коришћен је статистички пакет СПСС 15. Сви подаци су обрађени методама дескриптивне статистике, а за испитивање значајности разлике примењени су хи квадрат тест и једнофакторска анализа варијансе. За испитивање повезаности ИТМ и вредности крвног притиска, коришћен је Пирсонов коефицијент корелације. Статистички тестови су прихваћени као значајни уколико је вероватноћа нулте хипотезе једнака или мања од 5%, односно високо статистички значајни уколико је вероватноћа нулте хипотезе једнака или мања од 1%.

РЕЗУЛТАТИ

У односу на пол, преовлађују девојчице (79.2% у односу на 20.8% дечака), што је и очекивано имајући у виду да се за медицинску школу више опредељују девојчице него дечаци. Ученике првог разреда чини 24.4% испитиваних, 19.3% су ученици другог разреда, ученици трећег разреда чине 30.2%, док ученике четвртог разреда чини 26.1% испитиване популације.

У односу на место становања, више од половине ученика (53.7%) живи са родитељима, 29.9% ученика је смештено у дому, а 16.4% у приватном смештају.

Једна десетина ученика (10.6%) мисли да се правилно храни увек, углавном правилно 45.3%, понекад 27.2%, углавном неправилно 10.1%, док 6.8% ученика мисли да се уопште не храни правилно.

Половина ученика има три оброка у току дана (50%), готово једна четвртина (23.5%) четири оброка, , два оброка има 10.3%, пет оброка има само 8.4% ученика, 5.6% ученика једе и више од 5 пута у току дана, док док један оброк има 2.2% ученика. У односу на место становања, постоји високо статистички значајна разлика у броју оброка ($\chi^2=67.5\%$, $\text{df}=10$, $p=0.000$). Ученици који станују са родитељима имају три оброка у 42.1% случајева, четири оброка има 29.6%, а пет оброка у току дана 12.6% ученика. Ученици смештени у дому углавном имају три оброка (70.6%), четири оброка 11.9%, а пет оброка само 2.3%. Деца која живе у приватном смештају у 38.1% случајева имају три оброка, 24.7% четири оброка, а само 6.2% пет оброка у току дана.

Највећи број ученика (37.8%) пије мање од 2 литра течности дневно, 34.8% пије 2 литра, а 27.4% деце пије више од 2 литра течности у току дана.

Више од половине ученика је задовољно својом телесном тежином (57.6%), 8.3% мисли да је неухрањено, 15.5% мисли да је гојазно, док 18.6% има проблема са варирањем телесне тежине. Својом телесном тежином задовољно је 63.4% дечака и 56% девојчица; 17.9% дечака и 5.8% девојчица мисли да је неухрањено; 8.9% дечака и 17.3% девојчица мисли да је гојазно; 8.9% дечака и 20.9% девојчица има проблема са варирањем телесне тежине. Девојчице су много мање задовољне својом телесном тежином него дечаци. Разлика је високо статистички значајна ($\chi^2=29.107$, $\text{df}=3$, $p=0.000$).

Савет нутриционисте тражило је 8.6% ученика. За 18.1% ученика није важан изглед намирница и начин сервирања хране.

Више од половине испитаника (55.4%) не обраћа пажњу на садржај масти у млеку и млечним производима које конзумирају. Скоро једна трећина (30.1%) пије делимично обрано млеко (0.5-3.2% млечне масти), 11.5% пије обрано млеко (мање од 0.5% млечне масти), док 3% пије пуномасно млеко. Обрано млеко пије 4.9% дечака и 13.2% девојчица; делимично обрано млеко пије 30.9% дечака и 29.9% девојчица; пуномасно млеко пије 6.5% дечака и 2.1% девојчица. Девојчице пију млеко са мање масти од дечака, а разлика је високо статистички значајна ($\chi^2=12.222$, $df=3$, $p=0.007$).

Највећи број ученика (66.2%) једе само бели хлеб, док интегрални хлеб користи само 5.6% испитаника. Иако девојчице користе више интегрални хлеб у односу на дечаке (6.4% у односу на 2.4%), разлика није статистички значајна ($\chi^2=5.056$, $df=4$, $p=0.282$).

За припрему хране већина користи уље (78.7%), док свињску маст користи 12.5% ученика.

Када би могли да бирају, највише би волели да конзумирају: цеђену поморанцу (41.4%), интегралне житарице са јогуртом и млеком (12.3%), пљескавицу у лепињи са разним додацима (23.3%), салату од цвекле и шаргарепе са цеђеним соком лимуна (1.7%), шопску салату (11%), цоца-цола лигхт (4.1%). У односу на пол, разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=48.127$, $df=6$, $p=0.000$). Девојчице праве бољи избор хране, тј. бирају здравију храну од дечака (43.4% девојчица и 34.1% дечака бирају цеђену поморанцу; интегралне житарице са јогуртом и млеком бира 14.7% девојчица и 3.3% дечака; пљескавицу у лепињи бира 43.1% дечака и 18.2% девојчица; шопску салату бира 12.8% девојчица и 4.1% дечака; цоца-цола лигхт бира 6.5% дечака и 3.2% девојчица).

Испитивали смо шта су ученици највише конзумирали од хране у току последње недеље. Резултати истраживања показују следеће (слика 1).

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је да ли постоји разлика између дечака и девојчица у погледу конзумирања појединих намирница. Девојчице више од дечака једу куван кромпир ($\Phi=5.946$, $p=0.015$). Дечаци много више једу месне прерађевине ($\Phi=16.628$, $p=0.000$). Дечаци много више једу јаја ($\Phi=11.246$, $p=0.001$). Дечаци много више једу сендвич ($\Phi=16.410$, $p=0.000$). Једнофакторска анализа варијансе коришћена је и да се утврди да ли постоји разлика и у односу на место становања. У дому се много више једе кувани кромпир ($\Phi=10.313$, $p=0.000$). Код куће се много више једе сир ($\Phi=6.622$, $p=0.001$). Риба се далеко највише једе у дому ($\Phi=7.655$, $p=0.001$). Јаја се њвише једу у кући ($\Phi=11.337$, $p=0.000$). Кувана јела се најмање једу код деце смештене у приватном смештају ($\Phi=5.1$, $p=0.006$). Свеже поврће/салате се много више једе у кући и у дому ($\Phi=10.637$, $p=0.000$). Свеже воће се најмање једе у приватном смештају ($\Phi=10.152$, $p=0.000$). Колачи и кекс се најмање једу у дому ($\Phi=4.755$, $p=0.009$). Слаткиши се највише једу кући, а најмање у приватном смештају ($\Phi=3.992$, $p=0.019$). Сендвичи се најмање једу у дому, а највише у кући ($\Phi=5.703$, $p=0.004$). Брза храна се најмање једе у дому, а највише у кући ($\Phi=14.716$, $p=0.000$). Резултати указују да се најправилније хране ученици смештени у дому, а најлошије навике у исхрани имају ученици смештени у приватном смештају.

Просечна телесна маса је 61.31 ± 9.87 кг, а просечна телесна висина 171.31 ± 7.736 цм. Нормалну телесну тежину има 77.2% ученика, предгојазно је 0.5%, гојазно је 6.4% деце, док је потхрањено 15.9% испитаника. Потхрањено је 11.38% дечака и 17.09% девојчица. Нормално је ухрањено 73.17% дечака и 78.2% девојчица. Гојазно је 14.63% дечака и 4.27% девојчица. Разлика у ухрањености је високо статистички значајна ($\chi^2=21.441$, $df=5$, $p=0.00$).

Скоро половина испитиваних ученика (46.1%) гледа телевизију до 1 сат у току дана, 33.3% од 1-2 сата, а 20.6% гледа телевизију више од 2 сата дневно. У разним активностима на рачунару у трајању до 1 сат проводи 46.1% ученика, од 1-2 сата 26%, а више од 2 сата дневно чак 27.9% испитаника. Дечаци више времена проводе у активностима на рачунару у односу на девојчице (до једног сата за рачунаром проводи 41.5% дечака и 47.4% девојчица; од 1-2 сата проводи 20.3% дечака и 27.4% девојчица; више од 2 сата проводи 38.2% дечака и 25.2% девојчица). Разлика је статистички значајна ($\chi^2=8.503$, $df=2$, $p=0.014$).

Више од половине ученика (69.6%) спава 6-8 сати дневно, више од 8 сати спава 19.8% ученика, док 10.6% спава мање од 6 сати дневно.

Спортом се рекреативно бави (једном недељно) 27.6% дечака и 36.5% девојчица, а 3-5 пута недељно 30.1% дечака и 12.8% девојчица. Редовно тренира неки спорт 26% дечака и 12.2% девојчица. Не бави се спортом 16.3% дечака и 38.5% девојчица. Дечаци се више баве спортом од девојчица и та разлика је високо статистички значајна ($\chi^2=46.473$, $df=3$, $p=0.000$).

Просечне вредности систолног крвног притиска су 116.04 ± 11.202 мм Хг. Просечне вредности дијастолног крвног притиска су $72.99 \pm$ ммХг. Нормалан крвни притисак забележен је код 86.3% ученика, 9.6% има гранични крвни притисак, док 4.2% има артеријску хипертензију (слика 2). Утврђена је позитивна корелација између вредности крвног притиска и индекса телесне масе ($P=0.346$, $p \leq 0.01$) (слика 3). Нормалан крвни притисак има 77.2% дечака и 89.2% девојчица. Гранични крвни притисак има 13% дечака и 8.3% девојчица. Артеријску хипертензију има 9.8% дечака и 2.5% девојчица. Дечаци имају више вредности крвног притиска у односу на девојчице. Разлика је високо статистички значајна ($\chi^2=11.884$, $df=2$, $p=0.003$).

ДИСКУСИЈА

На понашање у исхрани утичу многобројни фактори као што су родитељи, школа, медији, економски, социјални, културни, физиолошке потребе, телесна фигура, лични став, склоност ка појединим намирницама, као и свест о значају исхране за здравље. Последње истраживање здравља становника Републике Србије из 2013. године показало је да међу одраслим особама које су свесне да сопственим понашањем као што је недостатак физичке активности, недостатак воћа и поврћа у исхрани и пушење ризикују да оболе од болести срца и крвних судова, чак 91% њих практикује непожељна понашања (2). Резултати нашег истраживања показују да су се обрасци неких лоших навика одраслих рефлектовали и на младе.

Добијени подаци указују на неправилности у навикама у исхрани, који су потврђени у бројним истраживањима о исхрани адолесцената (7), као што су: узимање грицкалица које су већег енергетског уноса, али по свему осталом ниске нутритивне вредности, прескакање

оброка, узимање брзе хране и оброка изван куће, низак унос воћа и поврћа. Резултати указују да се најправилније хране ученици смештени у дому, а најлошије навике у исхрани имају ученици смештени у приватном смештају. Нису утврђене статистички значајне разлике у навикама у односу на узраст испитаника.

И поред чињенице да су дечаци више физички активни у односу на девојчице, унос калоричније, масније и сланије хране у односу на девојчице, изгледа да је резултирао већом гојазношћу и хипертензијом код дечака.

Охрабрује податак да је скоро половина ученика незадовољна својом тежином, а да је око десетина испитиваних већ тражила савет нутриционисте, свесни потребе за додатним информисањем о принципима правилне исхране

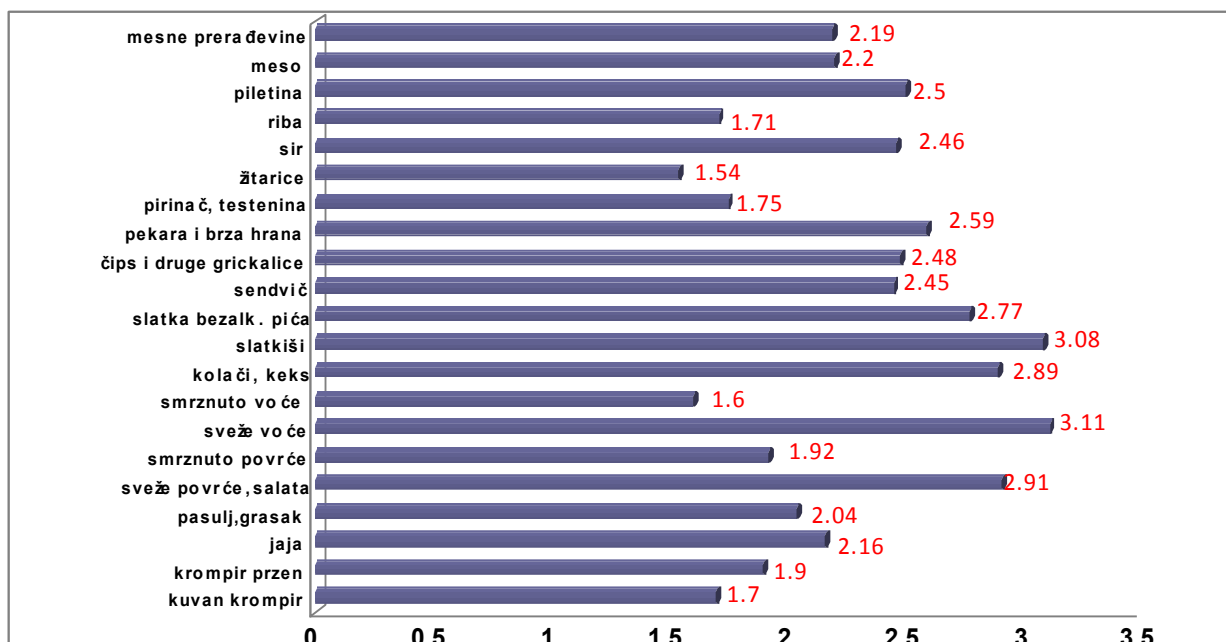
ЗАКЉУЧЦИ

Резултати истраживања показују да је потребно унапређење знања, ставова и понашања младих у области здравих стилова живота уз стално информисање младих у области правилне исхране, културе која промовише физичке и спортске активности и гради здраве стилове живота младих. Повећање доступности бављења различитим врстама спорта (путем бесплатних чланарина, адекватних просторија и опреме за тренинг), као и контрола и опорезивање рекламних порука на ТВ-у у циљу смањења притиска интереса произвођача готове хране и безалкохолних пића на адолесценте представљају додатне мере превенције лоших животних навика младих.

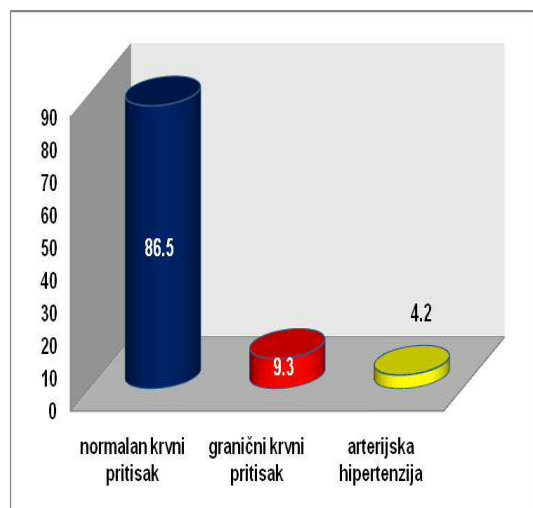
LITERATURA

1. Šumonja S, Marić M. Frequency and correlations of health risk behaviours of secondary school students in Vojvodina. *South Eastern Europe Health Sciences Journal* 2012; 2:106-113.
2. Istraživanje zdravlja stanovništva Republike Srbije (National Health Survey Serbia. Key findings. 2013: May 2014. Belgrade: Institute for Public Health „Milan Jovanovic Batut”, 2014.
3. Rosner B, Prineas R, Loggie J, Daniels SR (1998): Percentiles for body mass index in US children 5-17 years of age. *J Pediatr*, 132:211-22
4. Peco-Antić A. (2009): Arterijska hipertenzija gojazne dece i adolescenata. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, Jan-Feb; 137 (1-2):91-97.
5. School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, World Health Organization, 2008.
6. Bogdanović R. (2010): Evropske smernice za prevenciju, dijagnozu i terapiju visokog krvnog pritiska kod dece i adolescenata, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije “Dr Vukan Čupić”, Beograd
7. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360:473-82.

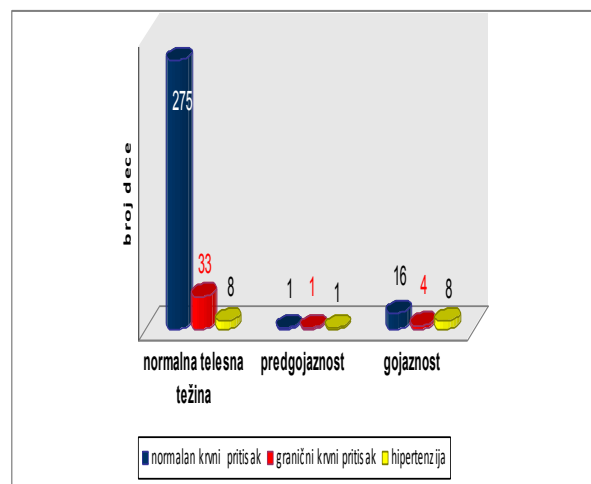
Slika 1-Koliko često je tokom prošle nedelje srednjoškolac jeo/pio?



Слика 2 - Дистрибуција фреквенције крвног крвног притиска



Слика3 - Корелација телесне масе и притиска
R=0.346, p<0.01



НАВИКЕ ВЕЗАНЕ ЗА ЗДРАВЉЕ СТУДЕНТСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ

Слађана Ђурић¹, Момчило Мирковић¹, Јована Милошевић¹

¹ Катедра за превентивну медицину, Медицински факултет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, Република Србија

Увод: Резултати истраживања здравственог понашања студената потврђују чињеницу да студенти представљају популацију са посебним ризиком настанка последица физичке неактивности и неадекватне исхране.

Циљ рада био је да се оцени здравствено понашање, односно навике у исхрани и физичка активност студената. У оквиру овог циља посебно ће се анализирати учесталост и однос учесталости поменутих навика међу студентима Медицинског и Економског факултета Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици.

Метод рада: Истраживање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку студената Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, у марту и априлу 2011. године. Истраживањем је обухваћено 111 испитаника. Као инструмент истраживања коришћен је упитник који се користио у у Истраживању здравственог понашања студената осталих универзитета у Републици Србији у 2000-тој години. Подаци су обрађени методама дескриптивне статистике а у сврху анализе података коришћен је хи-квадрат тест.

Резултати истраживања: Највећи део, четвртина студената (26,1%), на питање „колико често се бавите физичком активношћу“, је одговорила да то чини 2-3 пута недељно. Забрињава податак да се чак 10,8% наших испитаника изјаснило да се физичком активношћу „никада“ не бави. У недељи која је предходила истраживању, физичком активношћу дуже од 30 минута бавила се само трећина (33,3%) наших испитаника.

Половина наших испитаника (49,5%) свакодневно доручкује. Већина, готово три четвртине (73,0%) студената вечеру узима „свакодневно“. Три четвртине (75,7%) наших испитаника дневно има по „један“ кувани оброк. Више од трећине испитаника (36,0%) воће узима 2-3 пута недељно.

Кључне речи: стил живота, физичка активност, навике у исхрани, студенти

HABITS RELATED TO STUDENT POPULATION HEALTH

Sladana Đurić¹, Momčilo Mirković¹, Jovana Milošević¹

¹Medical Faculty University in Pristina, temporarily located in Kosovska Mitrovica, Department for Preventive Medicine, Republic of Serbia;

Introduction The analysis of technical and scientific publications dealing with research on health behaviors of students imposes the belief that students represent a population at increased risk of occurrence of the consequence of physical inactivity and inadequate nutrition.

The aim of this study was to assess health behavior i.e. eating habits and physical activity of students. Within the aim of this study it would be specifically analyzed the frequency of this habits and the relationship between these frequencies among students of Faculty of Economics and Faculty of Medicine of the University in Pristina, with a temporary headquarter in Kosovska Mitrovica.

Method. The survey was conducted as a cross sectional study of a representative sample of students of the University in Prishtina, with a temporary headquarters in Kosovska Mitrovica, in March and April 2011. The study included 111 patients. A questionnaire, used in the research on the health behaviors of students at other universities in the Republic of Serbia in 2000, was also used here as a research instrument. Data were analyzed by descriptive statistics and the h-square test was used for the purpose of data analysis.

The research findings: On the question "how often do you do physical activity", the largest part, a quarter of the students (26.1%), replied that they did it 2-3 times a week. It is alarming the fact that even 10.8% of our respondents said that they never did any physical activity. In the week preceding the survey, only a third (33.3%) of our respondents had had some kind of physical activity for more than 30 minutes.

Half of our respondents (49.5%) have breakfast every day. The majority, almost three quarters (73.0%) of the students have dinner on a daily basis. Three-quarters (75.7%) of our respondents have "one" cooked meal per day. More than a third of respondents (36.0%) have fruits 2-3 times a week.

Keywords: lifestyle, physical activity, eating habits, students.

УВОД

Анализом стручних и научних публикација које се баве истраживањем здравственог понашања студената намеће се мишљење да студенти представљају популацију са посебним ризиком настанка последица физичке неактивности и неадекватне исхране. Највећи део дана студенти обично проводе седећи у затвореним, загушљивим просторијама слушајући предавања или учећи, а уместо рекреације своје слободно време проводе у неком кафићу или уз телевизор или рачунар. Једна од последица оваквог седантерног начина живота је гојазност, која је доприносиће фактор за широк спектар хроничних обољења, првенствено кардиоваскуларног система (1). Такође, за студенте, као посебну популацију младих људи, исхрана је од примарне важности. Квалитативне и

квантитативне потребе за добро уравнотеженом исхраном, код студената су веће него у било ком другом периоду живота, с обзиром да исхрана мора бити прилагођена дуготрајном интелектуалном раду. Међутим, због својих обавеза на факултету студенти већи део дана проводе ван куће, што води нередовној исхрани и оријентацији на лако доступну такозвану брзу храну. Лош избор врсте хране, нередовни оброци без доручка и вечере, са ретко заступљеном ужином су узрок смањене отпорности, раздражљивости и смањеној способности концентracије студената. То је узрок и многих будућих хроничних незаразних болести, пре свега обољења дигестивног тракта која ће се у пуном облику манифестовати након десет или више година (2).

Физичка активност се уобичајено дефинише као „кретање тела које обављају скелетни мишићи, а које доводи до потрошње енергије, која се мери вишком утрошене енергије изнад базалног метаболизма”. Светска здравствена организација препоручује 30-60 минута умерене физичке активности сваког дана (3). Редовна физичка активност омогућава правилан раст и развој деце и младих, учествује у изградњи и одржавању здравог коштаномишићног система, потпомаже утрошак енергије чиме доприноси смањењу прекомерне телесне масе. Физичком активношћу превенирамо коронарну болест (повећање перфузије миокарда, смањење крвног притиска), кардоваскуларна обољења (повећање фибринолитичке активности, синтезе простагландина и антиатерогеног липида ХДЛ2 холестерола), дијабетес тип 2 (повећање гликозне толеранције и инсулинске осетљивости), смањујемо учесталост напетости и депресије (ослобађање ендорфина у мозгу) (4). Телама тврди да повећана плућна вентилација у току физичке активности повећава искоришћавање кисеоника у свим ткивима. Физичком активношћу се и повећава мишићна маса, док се метаболички процеси, пре свега метаболизам липида и уљених хидрата, одвијају на оптималном нивоу (5). Раидтакари је са својим сарадницима, током петнаестогодишњег истраживања, утврдио да постоји позитивна корелација између редовног физичког вежбања и смањења липидног статуса, липопротеинске концентracије и регулисања крвног притиска као и директног утицаја на холестерол (6). Истраживање Светске здравствене организације с краја прошлога века потврдило је хипотезу да се физичком активношћу побољшава имунолошки одговор и оптимализује функционисање свих система у организму. Њоме се обезбеђује окрепљујући сан, долази до социјалне и психолошке користи и уопште позитивног понашања према своме телу а тиме и према сопственом здрављу, а могу се модификовати и неки фактори ризика као што су начин исхране и пушење дувана. На тај начин физичка активност позитивно делује на унапређење и јачање здравља али и на развијање физичких, интелектуалних и моралних особина младе особе (3). Говорећи о њеном утицају на здравље младих Вендл истиче да редовна физичка активност има велики утицај и на квалитет живота, јер постоји позитивна корелација између физичке активности и задовољства животним функционисањем која је управо пропорционална уложеном физичком напору (1). Бављење спортом позитивно утиче и на социјализацију младих јер се, како Јанг и сарадници наглашавају, успоставља позитивно социјално и здравствено понашање и превенирају ризични облици понашања (7). Физичка активност проширује знање о значају очувања здравља, поспешује стицање позитивних вештина, вредновања, самопоштовања (8). Сличне резултате износе Бидл и сарадници, истичући да физичка активност корисно делује на психичко благостање, морални и социјални развој младих људи (9). Робинсон је, пак, мишљења да је упражњавање рекреације међу младима различито од земље до земље у зависности од стандарда становништва, изграђене инфраструктуре (постојање бицикличких стаза,

игралишта за разне спортске активности) као и култа физичке културе (нпр. у Норвешкој међу младима су популарни зимски спортови за разлику од младих у Аустралији где су пливање и вожња на дасци најпопуларнији, и младих у Канади који углавном воле „летње“ спортове) (10).

Оптимална или правилна исхрана подразумева правилан одабир намирница односно квалитетно планирање исхране, што поред препорука за поједине нутријенте захтева и познавање старости, пола, занимања, климатских услова којима је особа изложена, здравственог статуса особе као и културолошког обележја нације (11). Правилна исхрана се дефинише као адекватна и балансирана исхрана која треба да обезбеди унос свих хранљивих материја неопходних за функционисање, обнову, одржавање животних процеса, раст и развој организма, у одговарајућем енергетском уносу потребном за одржавање нормалне ухрањености (12, 13). Неправилна исхрана представља неуравнотежено или недовољно узимање хране (14). Недовољна, дефицитарна и једнолична исхрана у дужем временском периоду доводи до малнутриције, заостајања у расту и развоју, пада имунитета што и данас представља велики проблем у неразвијеним земљама света. Са друге стране, у развијеним земљама, суфицитарна исхрана у виду „гојазности“ за собом повлачи многобројне здравствене проблеме као што су дијабет, кардиоваскуларна и цереброваскуларна обољења која су узрок 60% смрти и 46% болести у свету (14,15). Истраживања Светске здравствене организације показују да, иако је избор хране индивидуалан и зависи од физиолошких потреба организма, узимање хране је ипак под утицајем културолошких (за југ Европе карактеристична је медитеранска исхрана са доста рибе – Грчка, Италија, Француска, део Шпаније и Португалије, док је на северу Европе заступљенија храна са обиљем воћа и поврћа), социолошких, економских (уколико животни стандард расте, трошкови за исхрану пропорционално мање оптерећују породични буџет, а исхрана је уравнотеженија и разноврснија), психолошких и климатских фактора (воће на Гренланду сваког дана конзумира само трећина становника, за разлику од нпр. Републике Чешке у којој свега једна десетина становника свакодневно не конзумира воће) (16). Не треба занемарити и чињеницу да међу младима, као резултат идеалне физичке лепоте и жеље да се буде привлачан у складу са савременим модним трендовима, постоји „лични захев“ за одржавањем виткости или мршавости. Млади тада, а то се углавном односи на женски пол, могу примењивати веома опасне стратегије контроле сопствене тежине.

Значајне демографске и економске промене током протекле деценије уз модернизацију, урбанизацију и маркетиншку глобализацију светског тржишта хране, значајно су утицале на доступност намирница а тиме и на навике у исхрани и ухрањеност младих у смислу већег уноса високоенергетске – масне хране и ниског уноса хране биљног порекла. Ово је, уз седантерни начин живота, основни разлог високе инциденце хроничних масовних незаразних болести и преране смрти, нарочито међу становницима високоразвијених земаља (11, 14). Светска здравствена организација истиче да је учесталост гојазности међу младима достигла епидемијске размере у већини индустријализованих земаља (17). Навике у исхрани становништва Србије карактерише нередовност оброка, мали унос воћа и поврћа уз истовремено висок унос хране велике енергетске густине. Ни исхрана младих у нашој земљи није задовољавајућа. Подаци о навикама у исхрани становништва Србије добијени Истраживањем здравља становника Србије говоре да је у Србији 2006. године 87,3% деце и омладине свакодневно доручковало, а 74,4% је имало свакодневно сва три obroka, што представља смањење у односу на 2000.

годину (85,6%). Такође, значајно мања пропорција младих је 2006. године (57,3%) а у односу на 2000. годину (62,0%) свакодневно конзумирала бар једну шољу млека или млечних производа. У наведеном периоду забележен је пад броја потхрањене деце са 8,4% на 6,2%. Са друге стране, скоро једна петина младих 2006. године била умерено гојазна и гојазна, што представља пораст у односу на 2000. годину. Реч је о значајном јавно-здравственом проблему који је, вероватно, последици лоших навика у исхрани и недовољне физичке (18).

Физичка неактивност спада у седам водећих фактора ризика за најучесталије масовне незаразне болести и представља независни фактор ризика за кардиоваскуларне болести, а удружена са пушењем петнаест пута повећава ризик од коронарне болести (4). Њено учешће као фактора ризика у структури ДАЛУ-а у развијеним земљама света у 2000. години је имало ранг 7 (19), док оптерећењу болестима у Србији доприноси 15,3% (94). Према подацима из 2006. године више од две трећине одраслог становништва у Србији је физички неактивно (67,7%). Процент одраслих становника који је, у недељи која је предходила истраживању, вежбао више од три пута недељно тако да се задува или озноји износио је 25,5%, што је значајно више него 2000. године када су његове вредности износиле 13,7% (20). Резултати националног истраживања говоре да се само четвртина младих у Србији, у 2000. години, активно бавила спортом, док је већина време проводила бавећи се активностима које подразумевају седење (21). У 2006. години сваки трећи омладинац слободно време проводи на седентаран начин (22). Аутори који се баве овом проблематиком сматрају да постојеће рекреативне активности код младих нису мотивисане идејама о очувању и унапређењу сопственог здравља већ се пре свега предузимају у циљу губитка или одржавања постојеће телесне тежине, развијања мишића и уживања (23, 24). Стога промоција физичке активности и правилне исхране, као доброг начина за очување и унапређење здравља, треба да буде основ јавно здравствених активности и задатак не само здравственог већ и низа друштвених сектора.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се оцени здравствено понашање, односно утврди учешталост физичке активности и специфичности навика у исхрани и студената. У оквиру овог циља посебно ће се анализирати учешталост и однос учешталости поменутих облика здравственог понашања међу студентима Медицинског и Економског факултета Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици.

МЕТОД РАДА

Истраживање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку студената Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, у марту и априлу 2011. године.

Као извор података за формирање узорка послужио је списак студената који су школске 2010/2011. године уписани на Правни, Природно-математички и Медицински факултет Универзитета у Приштини, а којим располаже правна служба Ректората Универзитета у Приштини. Од укупног броја студената (457 студента Економског и 1 094 студента Медицинског факултета) у узорак је ушло 7 % испитаника што укупно износи 111 лица (34 студената економије и 77 студената медицине). Репрезентативност узорка је одређена по номограму (7%, цца 1000 студената) (25).

Као инструмент истраживања за прикупљање података послужио је упитник који је коришћен у истраживању здравственог понашања студената осталих универзитета у Републици Србији, које је под покровитељством Министарства здравља и Министарства просвете Републике Србије, у склопу пројекта Светске здравствене организације под називом „Хеалтх Бехавиор ин Сцхоол - Агед Цхилдрен“, спроведено 2000. године (26, 27, 28, 29). За потребе овог рада издвојена су питања која се односе на навике у вези са здрављем, односно питања која се тичу физичке активности и исхране студената поменутих факултета.

Методe статистичке анализе. Статистичка обрада прикупљених података је обављена рачунаром. База података је прављена у програму Ехцелл, а за статистичку обраду коришћен је су програм СПСС 18.0 (Статистицал Пацкаге фор Сосциал Сиенце). Значајност разлике одговора о навикама у исхрани и физичкој активности студената Економског и Медицинског факултета испитивана је хи-квадрат тестом. У процесу тестирања хипотеза за ниво значајности је узета вредност 0,05.

Резултати истраживања: Највећи део, четвртина студената (26,1%), на питање „колико често се бавите физичком активношћу“, је одговорила да то чини 2-3 пута недељно, док једна петина испитаника (19,8%) то чини једном недељно. Забрињава податак да се чак 10,8% наших испитаника изјаснило да се физичком активношћу „никада“ не бави. Разлика међу посматраним факултетима у односу на испољавање овог облика понашања статистички није значајна ($\chi^2=3,042$; $df=5$; $P=0,694$). У недељи која је предходила истраживању, физичком активношћу дуже од 30 минута бавила се само трећина (33,3%) наших испитаника. То су чешће чинили студенти Економског (35,3%) а ређе студенти Медицинског факултета (30,3%). Разлика међу факултетима ни по овим одговорима статистички није значајна ($\chi^2=0,085$; $df=1$; $P=0,771$). Више од две петине (44,3%) студената се изјаснило да је седећи проводило до 5 сати дневно, док је више од 8 сати дневно седело чак 16,2% студената. Разлика међу посматраним факултетима ни по овом облику понашања статистички није значајна ($\chi^2=6,182$; $df=3$; $P=0,103$). (Табела бр.1)

Половина наших испитаника (49,5%) свакодневно доручкује. „Никада“ не доручкује чак петина студената медицине (22,1%) и 14,7% студената економије. Разлика по овом облику понашања испитаника са посматраних факултета није статистички значајна ($\chi^2=1,512$; $df=3$; $P=0,679$). Већина (90,1%) наших испитаника свакодневно руча. Међу студентима који „никада“ не ручају нема студената Економског факултета. Разлика међу факултетима ни по овим одговорима статистички није значајна ($\chi^2=1,062$; $df=2$; $P=0,588$). Када је о вечери реч свега 3,6% испитаника је прескаче, а већина, готово три четвртине (73,0%) студената вечеру узима „свакодневно“. Разлика међу факултетима по овом облику понашања јесте статистички значајна ($\chi^2=8,050$; $df=3$; $P=0,045$). Три четвртине (75,7%) наших испитаника дневно има по „један“ кувани оброк. Међутим, сваки десети студент медицине (9,1%) дневно нема „ниједан“ кувани оброк. Разлика међу факултетима у овим одговорима статистички није значајна ($\chi^2=5,454$; $df=3$; $P=0,141$). (Табела бр.2)

Једнака је пропорција студената која „једном“ (27,7%) односно „више пута дневно“ (27,7%) у својој исхрани користи воће, док више од трећине испитаника (36,0%) воће узима 2-3 пута недељно. „Више пута дневно“ воће користи трећина (31,2%) студената медицине, док воће „никада“ није саставни део хране 1,7% студената економије. Разлика која постоји у овом случају статистички је значајна ($\chi^2=25,056$; $df=8$; $P=0,002$). Статистички значајна разлика међу факултетима постоји и по питању козумирања поврћа ($\chi^2=8,676$; $df=4$;

$P=0,050$). Поврће „више пута дневно“ узима 15,6% студената медицине, док четвртина 14,7% студената Економског факултета то не чини „никада“. (Табела бр.3)

ДИСКУСИЈА

Чак 10,8% наших испитаника изјаснило да се „никада“ не бави физичком активношћу. Слични резултати су добијени и Истраживањем здравственог понашања студената осталих универзитета у Републици Србији (12%), те статистички значајна разлика, по овом облику понашања не постоји (хи- квадрат=0.0544, $df=1$, $p=0.8157$). Удео наших испитаника (44,2%) који су се се изјаснили да су седећи проводили до 5 сати дневно је нешто мањи у односу на половину испитаника (52%) са осталих универзитета у Србији. Разлика која, по овом облику понашања, постоји, такође, није статистички значајна (хи- квадрат=2.381, $df=1$, $p=0.1229$).

Половина наших студената (49,5%) свакодневно доручкује. Реч је о значајно мањој популацији наших испитаника а у односу на удео испитаника са осталих универзитета у Србији (66%) (хи- квадрат=12.332, $df=1$, $p<0.01$). Слични резултати су добијени и када је реч о коришћењу воћа. Готово петина наших студената (27,9%) у својој исхрани више пута дневно користи воће, а што је значајно мање у односу на испитанике са осталих универзитета у Србији (53%) (хи- квадрат=26.417, $df=1$, $p<0.01$).

ЗАКЉУЧЦИ

- У недељи која је предходила истраживању физичком активношћу дуже од 30 минута бавила се само трећина (33,3%) наших испитаника.
- Готово половина (44,3%) студената се изјаснила да је седећи проводила до 5 сати дневно, док је више од 8 сати дневно седело чак 16,2% студената.
- Половина наших испитаника (49,5%) свакодневно доручкује.
- Једнака је пропорција студената која „једном“ (27,7%) односно „више пута дневно“ (27,7%) у својој исхрани користи воће, док више од трећине испитаника (36,0%) воће узима 2-3 пута недељно.
- Поврће „више пута дневно“ узима петина (14,4%) наших студената, док више од две петине испитаника (43,2%) поврће користи 2-3 пута недељно.

LITERATURA:

1. Blair S.N., Norton E., Leon A.S., Lee I.M. Drinkwater B., Dishman R.K. et al. Physical activity, nutrition and chronic disease. *Med Sci Sport Exerc* 1996; 28(3):335-49.
2. Bernard D., Cavadini C., Grin J., Blondel-Lubrano A., Narring F., Michaud P.A. Food and Nutrient Intakes in a Group of 11 to 16 Years Old Swiss Teenagers, *Int J Vitam Nutr Res* 2000; 70 (3), 139-147.
3. World Health Organization. Trends in the of Canadian Youth 1990-1998. Geneva: World Health Organization, Available from: www.hc-sc.gc.ca
4. American Heart Association. School Should Take the Lead in Increasing Kid's Activity. Available from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>, 2007.
5. Telama R. Yang X., Laakso L., Viikari J.S. Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *Am J Prev Med* 1997; 13:317-23.
6. Raitakari O.T., Taimela S., Porkka K.V., Viikari J.S. Effect of leisure-time physical activity change on high-density lipoprotein cholesterol in adolescents and young adults. *Ann Med* 1996; 28(3):259-263.

7. Yang X., Telama R., Leino M., Vikarii J. Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialisation. *Scand J Med Sci Sport* 1999; 9(2):120-7.
8. Sale C., Guppy A., El-Sayed M. Individual differences, exercise and leisure activity in predicting affective well-being in young adults. *Ergonomics* 2000; 43(10):689- 1697.
9. Bidlle S. et al. Young et active? Young people and health-anhancing physical activity: evidence and implications. London: Health Education Authority, 1998.
10. Robinson A. & Associates. Understanding Youth in Canada in 2002. Available from. www.stadcan.ca
11. Capita R., Alonso-Calleja C. Intake of nutrients associated with an increased risk of cardiovascular disease in Spanish population. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 2003; 54(1):57-75. Available from: www.taylorandfrancis.metapress.com
12. Jorga J. Optimalna ishrana – Preporuke i osnove planiranja na nivou populacije. Dostupno na: http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_higijena/Preporuke.pdf
13. Nikolić M., Jović S. Ishrana i zdravlje. U: Dijetetika. Ur. Maja Nikolić. Niš: Medicinski fakultet, 2007.
14. World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2003. Available from: www.who.int
15. World Health Organization. Fruit and Vegetable Promotion Initiative – Report of the Meeting. Geneva: World Health Organization, 2003. Available from: www.who.int/dietphysicalactivity
16. World Health Organization. Healthy Nutrition, An Essential Element of a Health, WHO Information series on School Health. Geneva: World Health Organization, 2006.
17. World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for respons. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
18. Institut za javno zdravlje Srbije „dr Milan Jovanović Batut“. Zdravlje stanovnika Srbije – analitička studija 1997 – 2007. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2008.
19. World Health Organization. Basic Indicators for 191 Countries. World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2002.
20. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007.
21. Marković-Denić L.J., Gajić I. Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite u Republici Srbiji. Beograd: Glas Instituta za zdravstvenu zaštitu zdravlja Srbije, 2002.
22. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Strategija javnog zdravlja Republike Srbije-Nacrt. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2005.
23. World Health Organization – Regional Office for Europe. Health and Health Behavior among Young People (HBCS): WHO Cross National Study Report, Geneva: World Health Organization 2000. Available from: www.ruhbc.ed.ac.uk/hbcs
24. Wallace S.L., Buckworth J., Kirby E.T., Sherman M. Characteristics of Exercise Behavior among College Students. Application of Social Cognitive theory to Predictong Stage of Change. *Prev Med* 2000; 31(5):494-505.
25. Петровић Р. Номограм за одређивање оптималног узорка. Ниш, 1986.
26. World Health Organization. Health Behaviour in School-Aged Children a WHO Cross-National Survey (HBSC) Research protocol for the 1997-98 study. Edinburgh: Medical School University of Edinburgh. 1998. Available from: <http://www.ruhbc.ed.ac.uk/hbcs/download/respro98.pdf>
27. C. Roberts C., Freeman J., Samdal O., Schnohr C., Looze M., Nic Gabhainn S., Iannotti R. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health* 2009; 54(2):140–150.
28. Yang Liu Y., Wang M., Tynjälä J., Villberg J., Zhang Z., Kannas L. Test-retest reliability of selected items of Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey questionnaire in Beijing., *BMC Medical Research Methodology*. China, 2010. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/73>

29. Mirković J., Milosavljević G., Kako smo organizovali zajednički rad. U Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine, Zbornik radova. Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata, 2000.
30. Ilić D., Janković Z., Paunović M. Zdravstveno ponašanje studentske omladine, u: Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine. Zbornik. Stručno-naučni skup. Zlatibor, 2000.

Tabela br. 1 Distribucija odgovora ispitanika po učestalosti fizičke aktivnosti/neaktivnosti i fakultetima

Table 1. Distribution of responses about frequency of physical activity/inactivity and faculties

Promenljive	Kategorije	Fakultet					
		Ekonomski		Medicinski		Ukupno	
		br.	%	br.	%	br.	%
Fizička aktivnost	Nikada	2	5,9	10	13,0	12	10,8
	Jednom mesečno	9	26,5	12	15,6	21	18,9
	2-3 puta mesečno	5	14,7	14	18,2	19	17,1
	Jednom nedeljno	6	17,6	16	20,8	22	19,8
	2-3 puta nedeljno	9	26,5	20	26,0	29	26,1
	Svakod-nevno	3	8,8	5	6,5	8	7,2
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0
Fizička aktivnost (poslednja nedelja-duže od 30min.)	Ne	22	64,7	52	67,5	74	66,7
	Da	12	35,3	25	32,5	37	33,3
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0
Sedenje (dnevno-sati)	Više od 8h	4	11,8	14	18,2	18	16,2
	Do 8h	7	20,6	25	32,5	32	28,8
	Do 5h	16	47,1	33	42,9	49	44,2
	Do 3h	7	20,6	5	6,5	12	10,8
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0

Tabela br. 2 Distribucija odgovora ispitanika po učestalosti obroka i fakultetima

Table 2. Distribution of responses about frequency of meals and faculties

Promenljive	Kategorije	Fakultet					
		Ekonomski		Medicinski		Ukupno	
		br.	%	br.	%	br.	%
Doručak	Nikada	5	14,7	17	22,1	22	19,8
	Jednom nedeljno	5	14,7	9	11,7	14	12,6
	2-3 puta nedeljno	5	14,7	15	19,5	20	18,0
	Svakodnevno	19	55,9	36	46,8	55	49,5
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0
Ručak	Nikada	0	0,0	1	1,3	1	0,9
	Jednom nedeljno	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2-3 puta nedeljno	2	5,9	8	10,4	10	9,0
	Svakodnevno	32	94,1	68	88,3	100	90,1
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0
Večera	Nikada	3	8,8	1	1,3	4	3,6
	Jednom nedeljno	1	1,3	1	1,3	2	1,8
	2-3 puta nedeljno	3	8,8	21	27,3	24	21,6
	Svakodnevno	27	79,4	54	70,1	81	73,0
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0
Kuvani obroci	Nijedan	0	0,0	7	9,1	7	6,3
	Jedan	27	79,4	57	74,0	84	75,7
	Dva	7	20,6	13	16,9	20	18,0
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0

Tabela br. 3 Distribucija odgovora ispitanika po učestalosti konzumiranja pojedinih vrsta jela i fakultetima

Table 3. Distribution of responses about frequency of consuming some types of foods and faculties

Promenljive	Kategorije	Fakultet					
		Ekonomski		Medicinski		Ukupno	
		br.	%	br.	%	br.	%
Voće	Više puta dnevno	7	20,6	24	31,2	31	27,9
	Jednom dnevno	12	35,3	19	24,7	31	27,9
	2-3 puta nedeljno	11	32,4	29	37,7	40	36,0
	2-3 puta mesečno	4	11,8	5	6,5	9	8,1
	Nikada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0
Povrće	Više puta dnevno	4	11,8	12	15,6	16	14,4
	Jednom dnevno	6	17,6	20	26,0	26	23,4
	2-3 puta nedeljno	14	41,2	34	44,2	48	43,2
	2-3 puta mesečno	1	1,3	11	14,3	12	10,8
	Nikada	5	14,7	0	0,0	5	4,5
	Ukupno	34	100	77	100	111	100,0

ПОНАШАЊЕ СТУДЕНАТА У ВЕЗИ СА РЕПРОДУКТИВНИМ ЗДРАВЉЕМ

Весна Мијатовић Јовановић, Вера Грујић, Снежана Укропина, Сања Хархаји, Наташа Драгнић, Соња Шушњевић.

Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, Р. Србија

Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет Нови Сад, Р. Србија

Увод: У скоро свим земљама Европе регистрован је пораст учесталости као и све раније започињање сексуалне активности младих. Рано ступање у сексуалне односе удружено са каснијим ступањем у брак или одлагањем рађања првог детета, доводи до дужег периода сексуалне активности пре планирања породице, што повећава ризик за настанак поремећаја репродуктивног здравља.

Циљ рада је да се испита понашање студентске популације у вези са репродуктивним здрављем.

Метод рада: Истраживање је спроведено на узорку од 3630 студената прве и треће године студија на Универзитету у Новом Саду у сарадњи са Заводом за здравствену заштиту студената. Анкетирање је урађено анонимно, самопопуњавањем упитника приликом систематских прегледа у току школске 2012/2013. године. Као инструмент истраживања коришћен је посебно конструисан упитник са 29 питања.

Резултати: У односу на укупан узорак, 44,2% су чинили младићи а 55,8% девојке, 65,3% су били студенти са 1. године студија, док је 34,7% са 3. године. Просечна старост студената је била 19,9 година. Просечна старост при првом сексуалном односу је износила 17,3 године ($СД=1,5$; $Мин=9$; $Мах=25$; $Мод=17$), за младиће 16,9 година ($СД=1,5$; $Мин=9$; $Мах=25$; $Мод=17$), а за девојке 17,6 година ($СД=1,4$; $Мин=14$; $Мах=25$; $Мод=17$). Највећи број студената је ступило у сексуалне односе са 17 година (29,7%), затим са 18 година (26,4%) и 16 година (17,5%). У доби од 13-15 година сексуално активних је било 10%. Касније су ступили у сексуалне односе студенти из ванградских места ($t=2,254$; $n=0,024$), док није било разлика у односу на образовање родитеља и материјално стање. Младићи су имали значајно већи просечан број сексуалних партнера (**Error! Bookmark not defined.**=4,5; $СД=4,1$; $Мин=1$; $Мах=25$; $Ме=3$; $Мод=1$) у односу на девојке (**Error! Bookmark not defined.**=2,0; $СД=1,6$; $Мин=1$; $Мах=17$; $Ме=1$; $Мод=1$), чешће су ступали у сексуалне односе након краћих веза или чак без познавања партнерке (11,1% према 0,7%) ($\chi^2=489,041$; $p<0001$) а такође у већем проценту су имали паралелне сексуалне везе са више партнерки у истом периоду (14,4% према 2,1%) ($\chi^2=223,034$; $p<0001$). Најчешће коришћено контрацептивно средство код оба пола је био кондом, кога је увек користило 65,8% сексуално активних студената. При првом сексуалном контакту са неком особом кондом је увек користило 80,5% испитаника. У последњих годину дана гинеколога је посетило 43,8% студенткиња, док 33,6% никада није била код гинеколога, међу њима значајно више млађе студенткиње, а без разлика у односу на место сталног пребивалишта, материјално стање и степен образовања мајке.

Закључак: Резултати указују на неопходност унапређења здравствено-васпитног рада са популацијом младих у циљу одговорнијег сексуалног понашања као и на потребу разраде оперативних програма заштите и унапређења репродуктивног здравља.

Кључне речи: Репродуктивно здравље, Студенти, Сексуално понашање, Контрацепција, Здравствено васпитање

REPRODUCTIVE HEALTH BEHAVIOR IN STUDENT POPULATION

Vesna Mijatović Jovanović, Vera Grujić, Snežana Ukropina, Sanja Harhaji, Nataša Dragnić, Sonja Šušnjević.

Institute of Public Health of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

University of Novi Sad, Medical Faculty, Novi Sad, Serbia

Introduction: An increase in frequency as well as earlier initiation of sexual activity of young people is registered in almost all European countries. Earlier initiation of sexual activity is associated with later entry into marriage or delaying the birth of the first child, which results in a longer period of sexual activity before family planning and increases the risk of reproductive health disorders. The aim of this study was to examine the behavior of the student population in relation to reproductive health.

Methods: The study was conducted on a sample of 3630 students of the first and third year of study at the University of Novi Sad, in cooperation with the Student Health Care Center. The survey was anonymous, self-administered questionnaire was used during medical examinations, in the academic year 2012/2013. The survey instrument was specially designed questionnaire with 29 questions.

Results: Of the total sample, 44.2% were male and 55.8% female, 65.3% of the students were at the first year of studies, while 34.7% from 3rd year. The average age of students was 19.9 years. Mean age at first sexual intercourse was 17.3 years (SD=1.5; Min=9; Max=25; Mode=17), for boys 16.9 years (SD=1.5; Min=9; Max=25; Mod=17) and 17.6 years for women (SD=1.4; Min=14; Max=25; Mod=17). The largest number of students began to have sex with 17 years of age (29.7%), followed by 18 (26.4%) and 16 years (17.5%). At the age of 13-15 years 10% was sexually active. Students from suburban areas were entering sexual relations in later age ($t=2.254$, $p=0.024$), while there was no difference in terms of parents education and socioeconomic level. Males had a significantly higher average incidence of sexual partners ($\bar{X}=4.5$; SD=4.1; Min=1; Max=25; Me=3; Mode=1) than females ($\bar{X}=2.0$; SD=1, 6; Min=1, Max=17; Me=1; Mode=1), entered into sexual relationships after short relations or even without knowing the partner (11.1% vs. 0.7%) ($\chi^2=489.041$; $p<0001$) and also tended to have more often parallel sexual relations with multiple partners in the same period (14.4% vs. 2.1%) ($\chi^2=223.034$; $p<0001$). The most commonly used contraceptive in both sexes was the condom, which has been used by 65.8% of sexually active students. At the first sexual contact with a person 80.5% of examinees always used a condom. In the past year, 43.8% female students visited gynecologist, while 33.6% had never been to a gynecologist, among them significantly younger students, without distinction as to the place of permanent residence, material situation and level of mother's education.

Conclusion: The results indicate the need to improve health and educational work with the population of young people in order to promote more responsible sexual behavior and the need for elaboration of operational programs of protection and improvement of reproductive health.

Key word: Reproductive Health, Students, Sexual Behavior, Contraception, Health Education

СЕКСУАЛНО ПОНАШАЊЕ СТУДЕНАТА УНИВЕРЗИТЕТА У НИШУ

Оливера Радловић, Чедомир Шагрић, Ана Стефановић.

Институт за јавно здравље, Ниш, Србија

Очување репродуктивног здравља студената је од изузетне важности, јер су они потенцијално најздравији и највиталнији део заједнице и представљају интелектуални потенцијал друштва.

Циљ рада је сагледавање сексуалног понашања студената Универзитета у Нишу.

Метод рада: Истраживањем је обухваћено 1180 студената Универзитета у Нишу који су уписали школску 2011/2012 годину. Узорак је стратификован у односу на факултет, годину студија и пол. Инструмент прикупљања података је оригинални структурирани упитник.

Резултати:

Сексуални однос је доживело 78,3% , више младића (88,5%) него девојака (69,9%).

До своје 15. године, први сексуални однос доживело је 11,2% испитаника, између 16. и 17. године 35,5% испитаника, а у узрасту 18 и више година 53,4% студената. Просечан узраст доживљавања првог сексуалног односа за младиће је $16,87 \pm 1,789$ година, а за девојке $18,4 \pm 1,68$ година.

Најчешћи мотив првог сексуалног односа студената је: љубав 47,8%, затим физичка привлачност и страст 28,6%, инсистирање партнера 28,6% и радозналост 11,5%. Девојке чешће него младићи наводе љубав као мотив (75,1% вс. 21,7%), док младићи чешће наводе физичку привлачност и страст (42,9% вс. 13,7%).

При првом сексуалном односу контрацепцију је користило 66,5% студената. Највећи број сексуално активних студената је користио кондом (90,7%), затим прекинут сношај (7,8%), док су пилуле и локална контрацептивна средства били минимално заступљени. Разлози некоришћења контрацепције при првом полном односу су: неразвишљање о последицама (26,1%), жеља да тече «природно» (26,5%), изненадан, непланиран сексуални однос (43,9%) и утицај алкохола/дрогe (3,5%).

Највећи број студената (34,5%) имао је једног сексуалног партнера, Младићи су у просеку имали $5,15 \pm 4,22$. а девојке $1,98 \pm 1,83$ сексуалних партнера ($t = 14,28$; $p=0,000$). У просеку младићи су имали $8,69 \pm 6,39$ а девојке $8,04 \pm 6,04$ полних односа месечно.

Сексуалне односе са више партнера истовремено имало је 11,1% испитаника, чешће младићи него девојке (18,5% вс. 3,5%).

Прво сексуално исуство испитаници су најчешће доживели стабилној вези са партнером (61,9%). Девојке су двоструко чешће него младићи имале дужу и стабилну везу (85,4% вс. 39,7%), док су младићи знатно чешће него девојке први сексуални однос имали са особом коју кратко и површно познају (43,5% вс. 8,4%).

Нежељену трудноћу имало је 2% девојака, а полно преносиву инфекцију 2,1% студената.

Закључак: За данашње генерације, репродуктивно здравље је део укупног здравља, а за будуће генерације ће бити значајан део социо-економског развоја. Због тога је неопходно развијати нове и унапређивати постојеће програме за очување репродуктивног здравља.

Кључне речи: студенти, репродуктивно здравље, сексуално понашање.

SEXUAL BEHAVIOR OF STUDENTS OF THE UNIVERSITY OF NIS

Olivera Radulović, Čedomir Šagrić, Ana Stefanović.

Public Health Institute, Nis, Serbia

The preservation of reproductive health of students is extremely important, because they are potentially the healthiest and most vital part of the community and represent the intellectual potential of society.

The aim is understanding sexual behavior of students of the University of Nis.

Methods: The study included 1180 students of the University of Nis, who enrolled in the academic year 2011/2012. The sample was stratified with respect to the faculty, year of study and gender. The instrument of data collection was the original structured questionnaire.

Results:

Sexual intercourse have experienced 78.3%, more boys (88.5%) than girls (69.9%). Up to 15 years, first sexual intercourse were experienced by 11.2% of respondents between 16 and 17 years 35.5% of respondents, and in the age 18 and over 53.4% of students. The average age of the first experience of sexual intercourse for boys is 16.87 ± 1.789 years, and for girls 18.4 ± 1.68 years.

The most common motive of the first sexual intercourse among students is: a love 47.8%, followed by physical attraction and passion 28.6%, the insistence of the partners 28.6% and curiosity 11.5%. Girls more often likely than young men cited love as a motive (75.1% vs. 21.7%), while boys more often cited physical attraction and passion (42.9% vs. 13.7%).

During the first sexual intercourse contraception is used by 66.5% of students. The largest number of sexually active students used condoms (90.7%), followed by withdrawal (7.8%), while the pills and local contraceptives were minimally represented. The reasons for non-use of contraception at first sexual intercourse are not thinking about the consequences of (26.1%), the desire to run "naturally" (26.5%), sudden, unplanned sexual intercourse (43.9%) and the influence of alcohol / drugs (3, 5%).

The largest number of students (34.5%) had one sexual partner. The young men had on average of 5.15 ± 4.22 , and the girls had 1.98 ± 1.83 sexual partners ($t = 14.28$; $p = 0.000$). On average young men had 8.69 ± 6.39 and the girls had 8.04 ± 6.04 intercourse per month. Sex with multiple partners at the same time had 11.1% of the respondents, more often boys than girls (18.5% vs. 3.5%)

First sexual experience leaves respondents most often experienced in a stable relationship with a partner (61.9%). Girls are twice as likely young men had a longer and stable connection (85.4% vs. 39.7%), while boys more often than girls had their first sexual intercourse with a person they know the short and superficial (43.5% vs. 8.4%).

Unwanted pregnancy had 2% of girls and sexually transmitted infection 2.1% of students.

Conclusion: In the present generation, reproductive health is part of overall health, and for future generations will be a significant part of the socio-economic development. It is therefore necessary to develop new and improve existing programs for the preservation of reproductive health.

Key words: students, reproductive health, sexual behavior.

ИСПИТИВАЊЕ ЗНАЊА И СТАВОВА РОДИТЕЉА О БЕЗБЕДНОСТИ ИГРАЧАКА НА ЈАБЛАНИЧКОМ ОКРУГУ

Вања Илић, Татјана Мицић, Завод за јавно здравље Лесковац, Србија

Циљ рада: Испитивање знања и ставова родитеља Јабланичког округа о врстама играчки, раширености и обрасцима употребе безбедних играчака, безбедности деце и утицају на њихово здравље.

Метод рада: Испитивање је спроведено према унапред креираној методологији која је обухватила интервјуе са родитељима и старатељима, стратификованим упитником упитником (анкетирање), који је имао 42 варијабле посматрања, груписана у неколико поглавља: основни подаци, социјално-економски подаци, руковођење за куповином, местом куповине играчки, типом играчки, особине играчки, израда играчки, боја и заинтересованост за едукацију. Подаци су анализирани дескриптивном – статистичком методологијом.

Резултати рада: У истраживању је учествовало 150 родитеља, просечне старости 28,58 година, Највећи проценат родитеља (46,7%) купује играчке у продавници. Скоро ½ родитеља је битна безбедност деце 47,3%, 26,7% истрајност, а само 6,7% изглед. Ово је високо статистички значајни показатељ који треба повећати да би родитељима била битна безбедност деце. Највише родитеља је информисано за производњу играчака од дрвета 89,3%. 70,7% родитеља зна да играчка може неповољно утицати на здравље деце. Половина родитеља нема довољно знања о безбедним играчкама, присуству декларације и поклоњене играчке дају деци на коришћење, привлачи их мирис играчки, не проверавају испадање длачица и скидање боје које су посебно опасне уколико те длачице дођу у контакт са устима, као опасност од гушења и алергија.

Закључак: На основу резултата истраживања безбедности играчака на Јабланичком округу, закључујемо да је потребна додатна едукација родитеља, старатеља и осталог становништва о безбедности играчака. Едуковати становништво са значајем доношења нове Директиве о Безбедности играчака (2009/48/ЕЦ). Задњи рок за применом ове регулативе је 20.07.2013.год. Потребно је повећати ниво знања родитеља о безбедним играчкама, као и утицање на свет оних који мисле о будућности тог младог подмладка.

Кључне речи: Играчке, безбедност, родитељи, знање, ставови

TESTING KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PARENTS SAFETY OF TOYS TO JABLANICA DISTRICT

Vanja Ilic, Tatjana Micic, Centre for Health Promotion in Department of Public Health Leskovac, Serbia

Objective: To test the knowledge and attitudes of parents of Jablanica district on the types of toys, the prevalence and patterns of use of safe toys, children's safety and the impact on their health.

Methods: The study was conducted to advance the created methodology which included interviews with parents and guardians, stratified questionnaire (survey), which had 42 observation variables, grouped into several sections: basic data, socio-economic data, management of purchasing, Place of purchase toys, toy guy, features toys, making toys, color and interest in education. Data were analyzed by descriptive - statistical methodology.

Results: This study included 150 parents, the average age of 28.58 years, the highest percentage of parents (46.7%) buys toys at the store. Almost ½ of parents is essential child safety 47.3%, 26.7%, perseverance, and only 6.7% appearance. This is highly significant indicator which should be increased to parents was essential children's safety. Most parents are informed of producing toys made of wood 89,3%. 70.7% of parents know that toy can adversely affect the health of children. Half of the parents does not have sufficient knowledge of safe toys, the presence of declarations and donated toys give children to use attracted to the smell of the toy, do not check the hair falling out and stripping, which are especially dangerous if these hairs come into contact with the mouth, as the risk of choking and allergies .

Conclusion: On the basis of the results of research on the safety of toys Jablanica District, we conclude that requires additional training for parents, guardians and other citizens on the safety of toys. To educate the population on the importance of the adoption of the new Directive on toy safety (2009/48 / EC). The deadline for the application of this regulation is 20.07.2013.god. It is necessary to increase the level of knowledge of parents about safe toys, as well as influencing the world of those who think about the future of this young offspring.

Keywords: Toys, security, parents, knowledge, attitudes, consumer

УЛОГА УЧЕНИКА МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ У ПРОМОЦИЈИ ОРАЛНОГ ЗДРАВЉА

Ана Хархаји, Бојана Перић Пркосовачки, Медицинска школа “7. април”, Нови Сад, Р. Србија

УВОД: Током последњих неколико година улога ученика Медицинске школе “7. април” из Новог Сада у промоцији оралног здравља је све присутнија. Заједно са својим наставницима стручних предмета проналазе најбоље начине да своје знање из дечије и превентивне стоматологије имплементирају у изради и извођењу здравствено-васпитних програма који су намењени деци и младима различитог узраста.

ЦИЉ: Циљ рада је процена могућности ученика Медицинске школе „7. април“ да сами креирају и реализују здравствено-васпитне радионице чији садржај указује на важност оралног здравља.

МЕТОД: Ученици Медицинске школе “7. април” учествовали су у више акција промоције здравља које су спроведене на територији Јужно-бачког округа од марта 2013. до маја 2015. године. У оквиру програма коришћене су различите методе радионарског облика рада: модификовано предавање, мултимедијалне презентације, вођени дијалог, дискусија и демонстрација, као и наставна и радна средства: модели, едукативни плакати, постери и дечији цртежи.

РЕЗУЛТАТИ: Реализована су два здравствено-васпитна програма: “Млечни зубићи ускоро ће стићи” (2014) и “Зубар, наших уста најбољи другар” (2015). Са овим програмима, Медицинска школа „7.април“ учествовала је у акцији “Недеља здравих зуба” Црвеног крста Новог Сада и Института за јавно здравље Војводине. У току овог периода преко 2600 деце различитог узраста је обухваћено овим здравствено-васпитним програмима.

ДИСКУСИЈА: Дечја и превентивна стоматологија као мултидисциплинарна научна област пружа могућност успостављања сарадње различитих медицинских и осталих наука. Имплементација наведених здравствено-едукативних програма је пример добре праксе где се успоставила јасна и функционална веза између области дечије и превентивне стоматологије и педагошких наука. Радионичарски облик рада је иновативни приступ у раду с децом и младима. Бележе се позитивни ефекти његове примене у различитим областима рада са децом и младима (психосоцијални програми подршке, едукативни програми у оквиру ваннаставних и ваншколских активности, наставне активности).

Прихватајући правила радионичарског рада ученици су осмислили поступке, технике и задатке које треба да спроведу у одређеној временској секвенци. Вешто су прилагођавали обим програма броју и старосној групи слушалаца. Садржај који су желели да пренесу деци и младима јасно су конципирани, рационално и ефектно пренели учесницима радионица. Препознали су овај начин рада као ефикасну методу дечје и превентивне стоматологије коју и касније могу да користе у струци медицинске сестре - техничара.

ЗАКЉУЧАК: Уз адекватну мотивацију и обуку ученици свих профила медицинске школе могу самостално креирати и организовати едукативне радионице о очувању и унапређењу здравља. Пружајући подршку њиховим идејама и пројектима можемо очекивати да велик број деце и младих различитог узраста чује на које начине могу да воде рачуна о свом свеукупном здрављу, као и о здрављу људи из своје околине.

ROLE OF MEDICAL HIGH SCHOOL STUDENTS IN ORAL HEALTH PROMOTION

Ana Harhaji, Bojana Perić Prkosovački, Medical School "7th April", Novi Sad, R. Serbia

INTRODUCTION: Over the last few years the role of students of Medical School "7th April" from Novi Sad in the promotion of oral health is increasingly more evident. Together with their teachers of vocational subjects they find the best methods to use their knowledge from preventive dental care and implement preventive dentistry in the development and implementation of health-educational programs that are intended for children and young people of different ages.

OBJECTIVE: The aim of this study was to assess the opportunities Medical School students in creation and realization of health educational workshops whose content indicates the importance of oral health.

METHOD: The students of Medical School "7th April" participated in several actions of health promotion conducted on the territory of South Backa district from March 2013 to May 2015. Within the program used different workshop methods: Modified lecture, multimedia presentations, guided dialogue, discussion and demonstrations, as well as teaching and working resources: Models, educational posters, posters and children's drawings.

RESULTS: During this period two health educational programs were realized: "Milk teeth will soon arrive" (2014) and "Dentist, our mouths best friend" (2015). With these programs, Medical School "7th April" participated in the action "Week of Healthy Teeth" in the organization of Red Cross of Novi Sad and the Institute for Public Health of Vojvodina. These health educational programs involved more than 2600 children and youth of different ages.

DISCUSSION: Preventive Dentistry Care as a multidisciplinary scientific field offers the possibility of establishing cooperation between different medical and other sciences. Implementation of these health educational programs is an example of good practice where was established distinctly and functional link between preventive dentistry care and pedagogical sciences. Workshop form is an innovative approach. Lately were recorded positive effects of its application in different areas of work with children and young people (psychosocial support programs, educational programs in extracurricular and after-school activities, extracurricular activities)

Accepting workshop rules, the students designed procedures, techniques and tasks to be carried out in a particular time sequence. Skillfully adapting the scope of the program to the number and age of listeners. Content that they wanted to convey to children and young people are clearly conceived,

rationally and effectively transfer the workshop participants. They successfully implemented health educational programs during 3 years. Also, pupils recognized a workshop as effective methods of preventive dentistry care that later can be used furthermore in a profession of nurses and technicians.

CONCLUSION: Through positive motivation and training, students of all profiles of medical schools are able to create and organize educational workshops regarding health maintenance and its improvement. By supporting their ideas and projects we can expect that a large number of children and young people will hear about the ways of taking care of their own overall health and people around as well.

ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА У РУРАЛНИМ СРЕДИНАМА СУБОТИЦЕ

Нада Косић Бибић¹, Снежана Пинтер¹, Радмила Павић²

¹Завод за јавно здравље Суботица, Р. Србија

²Дом здравља Суботица, Р. Србија

УВОД: Република Србија има изузетно добро развијену мрежу здравствених установа у примарној здравственој заштити иако постоје варијације у обезбеђености здравственим услугама. Становницима руралних средина превентивна здравствена заштита, као и други облици здравствених услуга нису једнако доступни као људима у граду. Опредељење наше земље је обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа за све њене грађане. Завод за јавно здравље Суботица, Црвени крст Суботица, Дом здравља Суботица и Апотека Суботица већ пету годину организују акцију „Селу у походе – Провери своје ризике, контролиши здравље!“. Ова акција има за циљ промоцију здравља, здравих стилова живота, унапређење превентивних здравствених услуга и промоцију скрининг прегледа мобилизацијом становника руралних средина Суботице на контролу здравља.

МЕТОД: Сваког месеца је реализована 1-2 акције у руралним месним заједницама Суботице (од 37 месних заједница 19 су руралне). У свакој акцији су учествовали тимови из здравствених установа и волонтери Црвеног крста. Акције су реализоване у просторијама месних заједница или основних школа у термину од 8 до 11 часова. У свакој акцији су: мерени крвни притисак, шећер и холестерол у крви, ТВ, ТМ и одређиван је БМИ. Статистичка обрада у СПСС в.17.

РЕЗУЛТАТИ: Спроведене су 54 акције у периоду 2011.-2014. године. Укупно је прегледано 3505 одраслих особа, од тога 2403 жене (68,6%) и 1102 мушкарца (31,4%). Гојазност расте са годинама старости, па је тако у најмлађој добној групи 23% са предгојазношћу, а у најстаријој добној групи је толики проценат са нормалном ухрањеношћу. Преко 70% одраслих има БМИ изнад нормалних вредности. Просечне вредности БМИ су у целом периоду код мушкараца изнад 27кг/м², а код жена изнад 28кг/м². Хипертензију има подједнак број мушкараца и жена (45%). Хипергликемију има више мушкараца (19,3% мушкараца и 16,7% жена), а хиперхолестеролемију више жена (72% жена и 59% мушкараца).

ЗАКЉУЧАК: Резултати спроведених акција показују да на прегледе долазе чешће жене и старија популација. Забрињавајуће је висока заступљеност хипертензије, гојазности, хипергликемије и хиперхолестеролемије код оба пола, а посебно код жена. Просечне вредности БМИ су више код жена. Никако не треба занемарити чињеницу да је у руралним срединама у највећој мери жена одговорна за исхрану и бригу о деци, те да своје знање и ставове преноси и на млађе генерације.

Кључне речи: промоција здравља, акције у заједници, руралне средине, фактори ризика, понашање

HEALTH PROMOTION IN RURAL AREAS OF SUBOTICA

Nada Kosić-Bibić¹, Snežana Pinter¹, Radmila Pavić²

¹Institute of Public Health, Subotica, Republic of Serbia

²Primary Health Care Center, Subotica, Republic of Serbia

INTRODUCTION: The Republic of Serbia has a very well-developed network of primary care institutions although there are some variations in providing health services. The preventive health care and some other health services are not available to the residents of the rural areas as equally as to the residents of the city. Our country is committed to ensure and promote fair and equal access to all of its citizens. The Public Health Institute, The Red cross, Health Institutions and Pharmacies in the town of Subotica organize for the fifth year a campaign called *A visit to village – Check your risks, control your health!* This action aims to promote health and healthy lifestyle, to improve preventive health services and to promote screening examinations by mobilizing the people in rural areas of Subotica for the health control.

METHOD: 1 or 2 campaigns were organized each month in the rural areas of Subotica (from a total of 37 local communities 19 are rural). Teams from healthcare institutions and volunteers have participated in each campaign. The actions were held in school premises in the period from 8 to 11 am. Blood pressure has been measured, sugar and cholesterol in the blood has been checked, body height, weight and mass index have been determined.

RESULTS: We carried out 54 actions in the period 2011 – 2014. In total, 3505 adults were examined of which 2403 women (68,6%) and 1102 men (31,4%). Obesity increases with age, so in the youngest age group there is 23% of pre-obesity, and in the oldest group is such a percentage of the normal nutritional status. Over 70% of adults have a body mass index above normal values. Over the entire period the average values of the body mass index are up to 27kg/m² to men and up to 28kg/m² to women.

CONCLUSION: Results show us that women and older population are more likely to respond to a medical examination to men. The rate of hypertension, obesity, hyperglycemia and hypercholesterolemia is high in both sexes, especially in women. The average values indicate that women have higher body mass index to men. One should not ignore the fact that in rural areas the woman is to be mostly responsible for the nutrition and care of the children and therefore she passes her knowledge and her attitude to younger generations.

Key words: health promotion, campaigns in the local community, rural areas, risk factors, behavior

ПРОЦЕНА УЧИНКА ЦЕНТАРА ЗА ПРЕВЕНТИВНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ У СРБИЈИ

Катарина Ристовић, Завод за јавно здравље Ужице, Србија

Увод

У 46 домова здравља у Србији су у периоду од 2005. до 2008. године основани центри за превентивне здравствене услуге у оквиру пројекта „ Унапређење превентивних здравствених услуга у Србији “, уз финансијску и логистичку подршку Агенције за реконструкцију ЕУ.

Циљ овог рада био је процена функционисања превентивних центара, од њиховог оснивања до данас, путем анализе организационе структуре, опреме и кадрова, као и обима и врсте пружених превентивних здравствених услуга.

Методе рада

Студијом пресека обухваћени су сви превентивни центри који данас раде у домовима здравља у Србији. Процена учинка њиховог рада је вршена праћењем доступних показатеља из фактурисаних услуга које прикупља Институт за јавно здравље Србије, док су организациона структура, опрема и кадрови добијени претраживањем веб страница домова здравља и телефонским интервјуом са запосленима у превентивним центрима. За обраду података коришћене су методе дескриптивне статистике а за испитивање значајности разлике коришћен је Mann-Whitney test.

Резултати

У току трајања пројекта од 2005. до 2008. године од укупно 46 превентивних центара отворено је више од две трећине, док данас они постоје у 44 домова здравља. У постојећим превентивним центрима се највише ради са особама старости од 50 до 64 године (од 35 до 40% услуга је пружено овој узрасној групи), а најчешће услуге које се обезбеђују су индивидуални здравствено -васпитни рад и систематски прегледи.

Закључак

Превентивни центри су основани само у једној трећини домова здравља у Србији са ограниченим бројем и врстом превентивних здравствених услуга које пружају одраслом становништву. Стога, ефекти пројекта ЕУ нису постали одрживи у здравственом систему ни концепцијски нити по учинку имајући у виду велике варијације у броју пружених услуга у овим центрима.

Кључне речи: превентивни центри, превентивне здравствене услуге, примарна здравствена заштита, процена учинка рада.

Introduction

In 46 primary health centers of the Republic of Serbia preventive health centers were established from 2005 to 2008 with logistic and financial support of the European Union Agency for Reconstruction project “Strengthening preventive health services in Serbia”. The **aim** of this paper was to assess results of their work since their establishment until today with analysis of their organizational structure, equipment and staff as well as number and type of preventive health services provided to population.

Method

Cross sectional study design was performed to all preventive centers active today in primary health care institutions in Serbia. Performance assessment is based on available indicators routinely collected by Republic Public Health Institute. Data about organizational structure, equipment and working staff were obtained through search of primary health care centers websites and with telephone interview. In data analysis, descriptive statistical method were used and hypothesis were tested with Mann Whitney test.

Results

During the EU project implementation from 2005 to 2008, out of 46 preventive health centers active today, opened were 2/3 of them. In existing preventive centers the majority of services are provided to population aged from 50 to 64 years of life (35 – 40 percent of all services) and most frequent services provided were individual health interview and systematic check-up exam.

Conclusion

Preventive health centers are established only in one third of primary health centers in Serbia today with limited number of services provided to adult population. Organization structure varied as well as staff and equipment. Based on this result, we can conclude that EU project failed to be sustainable in spite of efforts and financial support provided.

Key words: preventive centers, preventive health services, primary health care, performance assessment.

КАКО УКЉУЧИТИ КВАЛИТЕТНУ КОМУНИКАЦИЈУ У СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ?

Велимир Кнежевић

Општа болница Ужице, Ужице, Србија

Циљ овога рада је да анализира значај квалитетне комуникације на свим нивоима здравствене заштите. Неуролингвистички модел човека и његова еволуција која у ери електронске комуникације иде у дееволуцију, оставља много простора да се ојача комуникација као оно кохезивно ткиво које везује људе по свим нивоима. Комуникација (лат. саопштавање) је сложен процес који зависи од читавог низа личних и спољашњих чинилаца. Најједноставнија подела комуникације јесте на вербалну и невербалну. Вербална комуникација подразумева говор и писање док невербална комуникација подразумева израз лица, тон гласа, поглед, положај и покрете тела, итд. Истраживања показују да се само мали део значења (од 35% до 7%) онога што смо рекли другој особи преноси речима. Главни разлог што је невербална комуникација толико важна је тај што је кроз људску историју дуго била једини начин комуникације. Мета анализом истраживања комуникација у систему здравствене заштите долазимо до закључка да је комуникација полазна карика за квалитетан рад свих здравствених радника са пацијентима и између себе, да је она карика која нам недостаје за још бољи исход и за избегавање нежељених догађаја.

Кључне речи: квалитетна комуникација, мета анализа, систем здравствене заштите

ИЗЛОЖЕНОСТ СЕКУНДАРНОМ ДУВАНСКОМ ДИМУ СТУДЕНАТА МЕДИЦИНСКИХ ГРАНА УНИВЕРЗИТЕТА У ЦРНОЈ ГОРИ

Вилнерина Рамчиловић, Мирјана Недовић Вуковић, Агима Љаљевић, Сабина Ћатић
Институт за јавно здравље, Подгорица, Црна Гора

Увод. Пушење дувана је важан превентабилни фактор ризика одговоран за настанак хроничних масовних незаразних болести као што су канцер, кардиоваскуларне болести, дијабетес и хроничне респираторне болести. Свјетска здравствена организација процјењује да сваке године умре око 6 милиона људи од посљедица пушења. Дувански дим је хетерогени аеросол који садржи више од 4000 различитих хемијских састојака. Токсични састојци присутни у дуванском диму присутни су и у дуванској животној средини и постају индиректни извор за непушаче. Циљ рада је испитивање повезаности између статуса пушења црногорских студената на медицинским гранама Универзитета и изложености дуванском диму у сопственом дому и ван њега.

Методологија. Истраживање о употреби дуванских производа међу студентима медицинских грана Универзитета у Црној Гори спроведено је као студија пресека у периоду од октобра 2010. до марта 2011. године. по јединственој методологији Свјетске здравствене организације - Глобал Хеалтх Професионс Студент Сурвеу (ГХПСС). Као инструмент истраживања коришћен је стандардан упитник, са 42 питања, а за статистичку обраду података хи квадрат тест. Излагање утицају дуванског дима из околине процјењено је током протеклих седам дана која се предходила истраживању.

Резултати. Истраживањем је обухваћено 822 студента. Изложеност утицају дуванског дима, због пушења других људи из њиховог окружења, у посљедњих седам дана била је 29% у сопственом дому, и 31,5% на мјестима изван сопственог дома. Студенти пушачи су статистички више били изложени пасивном удисању дуванског дима како у сопственом дому ($\chi^2=92,547$, дф=4, $p<0,001$), тако и ван њега ($\chi^2=72,601$, дф=4, $p<0,001$).

Дискусија. Поблем изложености утицају дуванског дима због пушења људи из окружења постоји чак и у популацији будућих пружалаца услуга у здравству. Занимљиво је да је оно повезано са статусом пушења студената, јер је истраживање показало да су студенти пушачи изложенији пасивном пушењу како у сопственом дому тако и изван њега. Потребно је осмислити и спровести превентивне едукативне програме за будуће пружаоце здравствених услуга који ће моћи да се суоче са посљедицама пушења у Црној Гори. Ефикасније и ригорозније спроводити законске прописе који се односе се на забрану пушења на јавним мјестима и забрану рекламирања дуванских производа.

Закључак. Истраживање је показало да постоји висока изложеност “секундарном дуванском диму” међу студентима медицинских грана Универзитета у Црној Гори повезана са њиховим тренутним пушачким статусом.

GLOBAL HEALTH PROFESSIONS STUDENT SURVEY IN MONTENEGRO – SECOND-HAND SMOKE EXPOSURE

Vilnerina Ramčilović, Mirjana Nedović Vuković, Agima Ljaljević, Sabina Čatić
Institut of Public Health, Podgorica, Montenegro

Introduction. Tobacco use is an important preventable risk factor responsible for the occurrence of chronic diseases such as cancer, cardiovascular diseases, diabetes and chronic respiratory diseases. The World Health Organization estimates that approximately 6 million people a year die from the consequences of smoking. Tobacco smoke is a heterogeneous aerosol containing more than 4000 chemical substances. The toxic constituents present in tobacco smoke are also present in the environmental tobacco and become an indirect source to the nonsmokers. The aim was to test the correlation between smoking status of Montenegrin health professions students and exposure to tobacco smoke in their own homes and in public places. The survey was conducted as a cross-sectional study in the period from October 2010 to March 2011 using the World Health Organization Global Health Professions Student Survey (GHPSS). The survey instrument is a standard questionnaire, containing 42 questions and for statistical analysis of data chi square test. Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) was assessed during the week which preceded the survey.

Results. The study included 822 students. Exposure to the effects of tobacco smoke caused by smoking of other people in their environment in the last seven days was 29% in their own homes, and 31.5% in places outside their home. Students smokers are statistically significantly more exposed to passive smoking in their own homes ($\chi^2=92,547$, $df=4$, $p<0,001$) as well as outside of it ($\chi^2=72,601$, $df=4$, $p<0,001$).

Discussion. The problem of exposure to tobacco smoke due to people smoking in their environment, exists even in the population of future healthcare service providers. The interesting fact is that it is related to the smoking status of students since the research has shown that students smokers are more exposed to secondhand smoke in their own homes and other places as well. It is necessary to devise and implement preventive education programs for future health care providers which will be able to face the consequences of smoking in Montenegro. It is necessary that legislation regarding the prohibition of smoking in public places and tobacco advertising is being implemented in a more effective and rigorous manner.

Conclusion. The research has shown that there is a high exposure to "secondary tobacco smoke" among health professions students of the University of Montenegro which is related to their current smoking status.

ПРЕВЕНЦИЈА ФАКТОРА РИЗИКА У НАСТАЈАЊУ БОЛЕСТИ КОД СТАРИХ ОСОБА

Светлана Карић, Висока школа струковних студија, Шабац, Србија

Фактори ризика су особине, збивања, навике и слично, присутне или одсутне у једној средини, код једне особе, групе или читаве заједнице, који повећавају вероватноћу појављивања обољења, оштећења, поремећаја или смрти. За јавно здравље значајна је она подела фактора ризика која укључује њихову променљивост, односно непроменљивост. Променљиви фактори ризика (су они који припадају индивидуалном понашању или "стилу живота") као што су: ниво холестерола, крвни притисак, гојазност, исхрана, пушење, алкохол, наркоманија, тип личности, физичка неактивност и друго. Ако је човек дуже времена изложен деловању фактора ризика, што је случај код особа старих 65 и више година, адаптивни механизми се заморе, исцрпљују, одбрамбена способност организма опада, равнотежа човека са околином се ремети и јавља се болест.

Деловање фактора ризика на здравље старих има кумулативни ефекат - што значи, деловање фактора ризика у дужем временском периоду доводи до оштећења здравља старих. Отуда старе особе су подложније мултиморбидности (присуство више болести код једне особе), коморбидности (да је једна болест "повезана" или доводи до појаве интензивирања друге болести) и хроничитета (дуготрајне болести). Истраживања показују да старе особе 65 и више година болују у просеку 2,92 болести. Обољења и стања се односе на: срчане слабости 25,4%; инфаркт 5,1%; ангину пекторис 12,3%; бронхитис 7%; реуматска обољења у зглобова 28,7%; бол у леђима 24,4%; повишен шећер 7,2%. Резултати Истраживања здравља становништва републике Србије (стил живота, знања и ставови према здрављу) из 2006. године и 2013. године показују да су фактори ризика значајно присутни и у трећем животном добу. Са старашћу расте преваленција хипертензије, већ у групацији од 45 до 54 године свака друга особа је са хипертензијом (50,2%), док је највећи број особа са хипертензијом у старости 65-74 године (77,2%). У добној групи од 65 - 74 године је 20% пушача, у групацији преко 75 година 9,3%, што представља значајно повећање у односу на 2006. годину Свакодневно 8% (у групацији од 65-74) старијих суграђана конзумира алкохол, групацији од 75-84 године 7, % и преко 85 година 3,5%. Воће, поврће, црни хлеб и риба нису довољно заступљени у исхрани. Хигијенске навике и физичка активност се погоршавају са годинама старости, опадањем нивоа образовања и индекса благостања.

У многим земљама програми за унапређење старих су део укупне јавно – здравствене политике и спроводе се континуирано. Највећи број старих људи у развијеном свету налази у добром здравственом стању и функционише као независан члан заједнице. Болест дакле није фиксна компонента старости нити њен пратилац. Старост поседује могућност да задржи одређени здрави потенцијал, о коме се мало зна и који је недовољно проучен. Могућности код здравих су значајне, па је неопходно да се и програми промоције здравља фокусирају на одупирање стереотипима и да се потребна пажња обраћа на селективан приступ, који подразумева да свака поткатегија старих људи буде обухваћена оним врстама програмских активности које одговарају њеним здравственим и функционалним способностима. У нашој земљи не постоје континуирани програми за промоцију здравља

стариx. Постоји низ спорадичних или кампањских активности са сличним садржајем. Заштита здравља стариx се мора посматрати и решавати само у оквиру научног и практичног приступа који обухвата све аспекте старења и то здравствене, социјално – економске, околине друге. Мултидисциплинарни као и мултисекторски прилазак тој заштити подразумева сарадњу здравства, социјалне заштите као и свих оних структура заједнице који доприносе развоју социјалне мреже и социјалне подршке старима.

Кључне речи: фактори ризика, здравље стариx, промоција здравља стариx

THE PREVENTION OF RISK FACTORS IN EMERGING DISEASES IN THE ELDERLY

Svetlana Karić, Preschool Teachers' Training College, Šabac, Serbia

Risk factors are characteristics, events, habits, etc., present or absent in an environment, in one person, group or entire community, which increase the probability of occurrence of a disease, damage, disruption or death. For public health, the division of risk factors that include their variability and immutability is important. Modifiable risk factors (those that belong to individual behavior or "lifestyle") such as cholesterol levels, blood pressure, obesity, diet, smoking, alcohol and drug abuse, personality type, physical inactivity and other. If a man is exposed to the risk factor for a long time, as is the case with persons aged 65 and over, adaptive mechanisms get tired, exhausted, defensive ability of the body decreases, the equilibrium of man with the environment gets disrupted and the disease occurs.

The effects of risk factors on the health of the elderly have a cumulative effect - that is, the effects of risk factors during a longer period of time leads to damage of the health of the old. Therefore, the elderly are more susceptible to multimorbidity (presence of the multiple diseases in one person), comorbidity (one disease "associated" or leads to the appearance of intensifying the other diseases) and chronicity (prolonged illness). The research shows that persons at the age of 65 and over suffer an average of 2.92 diseases. Diseases and conditions include: heart failure 25.4%; myocarditis 5.1%; angina pectoris 12.3%; bronchitis 7%; rheumatic diseases of the joints 28.7%; back pain, 24.4%; high blood sugar 7.2%. Results of the research on the health of the population of the Republic of Serbia (lifestyle, knowledge and attitudes towards health) from 2006 and 2013 show that the risk factors are significantly present in the third age. Together with age grows the prevalence of hypertension, in the age group of 45 to 54 years every second person has hypertension (50.2%), while the largest number of people with hypertension belong to the age group of 65-74 years (77.2%). In the age group of 65 - 74 years, 20% of them are smokers, in the group over 75 years there are 9.3% of smokers, which represents a significant increase compared to the year of 2006. Everyday 8% (age group from 65 to 74) of senior citizens consume alcohol, in the group of 75-84 year - 7% and over 85 years - 3.5%. Fruit, vegetables, brown bread and fish are not sufficiently represented in the diet. Hygiene habits and physical activity usually decrease with age, lower level of education and well-being index.

In many countries, programs for improving the lifestyle of the old are part of the overall public - health policy and are implemented continuously. The largest number of old people in the developed

world are in good health and work as independent members of the community. The disease is therefore not a fixed component of age or its companion. Old age has the ability to keep some healthy potential, that is little known about and which is insufficiently studied. Options in healthy people are significant, so it is essential that the health promotion programs focus on resisting stereotypes and that due attention is paid to the selective approach, which assumes that each sub-category of old people is included in the kinds of program activities appropriate to their health and functional abilities. In our country there are no ongoing programs to promote health in the elderly. There are a number of sporadic or campaign activities with similar content. Health protection in the elderly must be seen and solved only within the scientific and practical approach that covers all aspects of aging and health including socio-economic, environmental and other. A multi-disciplinary and multi-sectoral approach to this protection requires cooperation of health, social welfare and those community structures that contribute to the development of social networks and social support to the elderly.

Key words: risk factors, health of the elderly, health promotion of the old

УВОД

Последице старења становништва су значајне и дубоко сежу у све области друштва. Старење са аспекта медицинског, друштвеног и економског напретка јесте једна врста победе. Међутим, старење доноси и изазове за постојеће системе здравствене заштите и социјалне подршке и утиче готово на све области друштва. С друге стране историја медицине, а посебно јавно здравствених наука у њој представља непрекидно трагање за одговорима на питање, како се здравље може сачувати и како се болест може превенирати. То је заправо трагање за факторима који могу да допринесу очувању и унапређивању здравља или који представљају ризик за његово нарушавање.

Фактори ризика су особине, збивања, навике и слично, присутне или одсутне у једној средини, код једне особе, групе или читаве заједнице, који повећавају вероватноћу појављивања обољења, оштећења, поремећаја или смрти. За јавно здравље значајна је она подела фактора ризика која укључује њихову променљивост, односно непроменљивост.

У непроменљиве факторе ризика спадају: пол, године старости, наследни фактори.

Променљиви фактори ризика (су они који припадају индивидуалном понашању или "стилу живота") као што су: ниво холестерола, крвни притисак, гојазност, исхрана, пушење, алкохол, друге наркоманије, физичка неактивност, ризично сексуално понашање и друго. Ако је човек дуже времена изложен деловању фактора ризика, што је случај код особа старих 65 и више година, адаптивни механизми се заморе, исцрпљују, одбрамбена способност организма опада, равнотежа човека са околином се ремети и јавља се болест. Болести можемо поделити у три групе у односу на могућност превенције: болести са малом могућношћу превенирања, превентабилне болести и потенцијално превентабилне болести. У групу превентивних болести спадају скоро сва хронична незаразна обољења. За највећи део њих познато је да им се природни ток може мењати и да се на њега може утицати.

Промене у факторима ризика. Ефикаснија борба против заразних болести, дужи људски век, измене у понашању и начину живота, развој медицинске науке и технологије, утицали

су на пораст учесталости оболевања, превременог умирања и инвалидности од незаразних обољења (посебно болести циркулаторног система, малигних тумора, дијабетеса, повреда, поремећаја менталног здравља и опструктивне болести плућа). Хроничне незаразне болести имају мултифакторску етиологију и настају као резултат комплексне интерреакције између појединца и средине у којој они живе. Индивидуалне карактеристике (као што су пол, етничка припадност, генетска предиспозиција и др.) заједно са социјално – економским детерминантама, као и условима спољашње средине (као што су доходак, образовање, услови живота и радни услови) одређују разлике у експозицији и осетљивости појединаца за настанак ХНБ. Према процени СЗО хроничне незаразне болести које би у високом проценту могле да се превенирају, одговорне су за најмање 40% свих смртних исхода у земљама у развоју и 75% у индустријски неразвијеним земљама. Данас су хроничне незаразне болести водећи узроци умирања у свету. Од 58 милиона људи колико годишње умре широм света од свих узрока смрти, 41 милион, односно 70% умре од последица ових обољења. Према истом извору у наредном периоду очекује се пораст смртности од ових обољења, а највећи број умрлих биће из неразвијених и земаља у развоју.

Циљ рада је да покаже у којој мери су фактори ризика присутни код старих особа и да укаже на значај промоције здравља особа старијих од 65 година.

У раду су коришћени статистички подаци о животним стиловима становника РС из истраживања "Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије" коју је спровео (2000., 2006, и 2013.) Институт за заштиту здравља Србије "Др Милан Јовановић Батут".

Резултати истраживања. Деловање фактора ризика на здравље старих има кумулативни ефекат - што значи, деловање фактора ризика у дужем временском периоду доводи до оштећења здравља старих. Отуда старе особе су подложније мултиморбидности (присуство више болести код једне особе), коморбидности (да је једна болест "повезана" или доводи до појаве интензивирања друге болести) и хроничитета (дуготрајне болести). Истраживања показују да старе особе 65 и више година болују у просеку 2,92 болести. Обољења и стања се односе на: срчане слабости 25,4%; инфаркт 5,1%; ангину пекторис 12,3%; бронхитис 7%; реуматска обољења зглобова 28,7%; бол у леђима 24,4%; повишен шећер 7.2%.

На основу Истраживања здравља становништва из 2013. године коју је спровео Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" најучесталије обољење, међу старим становништвом, у претходној години (према изјави) је: повишен крвни притисак, повишене масноће у крви, шећерна болест, депресија, хронична респираторна болест и астма. Становници са најнижом школском спремом и најсиромашнији оцењују сопствено здравље, као "врло лоше" и "лоше".

- Са старошћу расте преваленција хипертензије, већ у групацији од 45 до 54 године свака друга особа је са хипертензијом, у групацији 65-74 године 64,8%, док је највећи број особа са хипертензијом у групацији од 75-84 године (68%), а преко 85 година 59,2%;
- Симптоме депресије има 21,1% становништва старих преко 85 година, у групацији од 65-74 године 6,8% и у групацији од 75-84 године 11,8% становника;
- Са годинама старости запажа се и пораст предгојазних и гојазних особа. У групацији од 65-74 године - предгојазних 40,9%, гојазних 33%; Од 75-84г. -

предгојазних 24,7% и гојазних 41,3% и преко 85 година 16,7% предгојазних и 28,3% гојазних;

- Резултати истраживања здравља становништва Србије (стил живота, знања и ставови према здрављу) из 2006. године и 2013. године показују да су фактори ризика значајно присутни и у трећем животном добу.
- Учесталост пушења (свакодневно или повремено), у добној групи од 65 - 74 године је 20% пушача, у групацији 75 - 84 година 9,1% и преко 85 година, 4,0%.
- Свакодневно 8,2% старијих суграђана (65-74) конзумира алкохол. У групацији од 75 - 84 године 7,6%, а преко 85 година 3,5% старих лица свакодневно пију.
- Воће, поврће, црни хлеб и риба нису довољно заступљени у исхрани;
- Хигијенске навике и физичка активност се погоршавају са годинама старости, опадањем нивоа образовања и индекса благостања;
- Водећи узроци умирања у нашој земљи готово су идентични оним у Европи. Од свих узрока смрти у Србији годишње умре приближно 100.000. људи - а хроничне незаразне болести чине преко 85% свих узрока смрти.
- У структури морталитета болести срца и крвних судова чиниле су више од половине свих смртних исхода, а скоро свака пета умрла особа је била жртва малигног тумора. Од укупног броја умрлих 3,8% су разлог умирања биле повреде и тровања, за 2,9 компликације дијабетеса, а за 2,4 хронична опструктивна болест плућа и астма. Инфаркт миокарда и мождана апopleксија представљају водеће узроке смрти у групи обољења циркулаторног система, рак плућа у групи малигних неоплазми, а опструктивна болест плућа међу обољењима респираторног система. Према подацима регистра за рак, мушкарци су највише оболевали и умирали од рака бронха и плућа, дебелог црева и ректума и рака простате. Код жена малигни тумор је најчешће био локализован на дојци, грлићу материце и дебелом цреву и ректуму.
- Током последње деценије највећи пораст у умирању у Србији, забележен је од малигних тумора и дијабетеса. Највише су порасле стопе морталитета од шећерне болести за 27,1%; опструктивних болести плућа за 22,7%; малигних тумора за 17%, а најмање стопа смртности од болести срца и крвних судова (за 1,0%). Истовремено је забележен пад стопа морталитета од повреда и тровања (за 12,6%).
- Становништво Србије је међу најстаријим популацијама у Европи и у свету. Према попису становништва из 2002. године, више од 1 200 000 становника има 65 и више година, што чини једну шестину укупног становништва. Процес старења ће се наставити а нарочито интензивно ће бити старење популације старијих. Свака друга старија особа живи у двочланом или једночланом старачком домаћинству.
- У Србији је сиромаштво распрострањеније међу старијим становницима (10,9% популације старијих). Структура потрошње и услови становања старијих лошији су у поређењу са осталом популацијом. Истовремено, постоје јасне слабости на институционалном и инструменталном нивоу задовољења основних потреба старијих особа, као и слабости у укупној друштвеном одговору на последице старења становништва.

Дискусија. Још увек пред хронична незаразна обољења која доминирају у трећем животном добу нису постављене успешне препреке, а разлог томе је пре свега начин живота који бира савремени човек, а који противуречи директно његовој природи. У односу на незаразна обољења здравствена служба је углавном куративно оријентисана. Здравствени радници са друге стране лече болеснике, али недовољно подучавају људе у смислу како треба живети да не дође до болести. Овакав приступ односи огромна материјална средства, а здравствено

стање народа се битно не мења. Међутим превенција наведених обољења кроз програмски рад, у медицинском, економском и етичком погледу, представља метод избора. Променом понашања напуштањем здравствено штетних навика и обичаја редукацијом и где то могуће елиминацијом осталих фактора ризика може се битно утицати на здравље становништва, спречити настанак или умањити негативне последице наведених незаразних обољења.

Резимирајући резултате постигнуте на здравственом васпитању у свету, СЗО је констатовала да " не постоји ниједан прави или лаки начин да се људи науче да се заинтересују за промену понашања у вези са здрављем". Било је, историјски гледано, различитих покушаја да се у људима покрене интересовање. На понашање човека и здрав стил живота утичу бројни фактори као што су: знање, ставови, мотиви, навике, традиција, веровања (убеђења), религија. "Квалитет живота је схватање појединца о његовом положају у друштву у домену културе и вредности система у коме живи, у односу на циљеве, очекивања, стандарде и проблеме. То је широк концепт који утиче на физичко здравље особе, њено психичко стање, степен самосталности, социјалне односе, као и њене односе са најважнијим ситуацијама у животној средини." (WХО, р. група: WХОQОЛ ГРОУП-World Health Organization Quality of Life Group).

Закључак: Један од усвојених стратешких праваца акције у Националној Стратегији о старењу (2006) је: **Обезбедјивање услова за квалитетан живот и одржање независног начина живота старијих људи са циљем да сачува и унапреди здравље и квалитет живота старијих кроз обезбедјивање квалитетнијих и бројнијих услуга у здравственој заштити.** Болест дакле није фиксна компонента старости нити њен пратилац. Старост поседује могућност да задржи одређени здрави потенцијал, о коме се мало зна и који је недовољно проучен. У оваквој промени леже велике могућности. Будући да људи сада у дужем периоду остају здрави и физички у добром стању, они могу и да наставе да доприносе економском, друштвеном и породичном животу током више година радне активности као и да поделе са другима своје искуство. Могућности код здравих су значајне, па је неопходно да се и програми промоције здравља фокусирају и помогну да се превазиђу уврежене представе (стереотипи) и негативан став према старости, да стари не треба да раде "све оно што не приличи старима". Суштина овог концепта промоције и унапређења здравља старих, налази се у тврдњи да се највећи број старих људи у развијеном свету налази у добром здравственом стању и функционише као независан члан заједнице. У актуелним програмима постоје неколико различитих приступа. Једни се залажу за радикално мењање навика код старих – да престану да пуше, промене начин исхране, постану физички активни и ангажују се на активностима где раније нису били ангажовани. Инсистира се широко информативној кампањи да би се старији становници упознали са подстицајима за усвајање навика које подразумевају свесно вођење рачуна о здравој исхрани, физичкој активности, спавању које је добро за здравље, исправном коришћењу лекова и стању духа и свести уопште.

У многим земљама програми за унапређење старих су део укупне јавно – здравствене политике и спроводе се континуирано: програм који промовише самозаштиту код здравих старих особа, активирање усамљених старих особа кроз посебне програме, стварање група за самозаштиту и самопомоћ код оболелих старих, стимулација развоја социјалне мреже и помоћи старима. програми којима се развија осетљивост јавности на допринос који старији становници дају у економском, друштвеном животу и култури и тд. При том се потребна пажња обраћа на селективан приступ, који подразумева да свака поткатегорија старих људи

буде обухваћена оним врстама програмских активности које одговарају њеним здравственим и функционалним способностима.

У нашој земљи не постоје континуирани програми за промоцију здравља старих. Постоји низ спорадичних или кампањских активности са сличним садржајем. Заштита здравља старих се мора посматрати и решавати само у оквиру научног и практичног приступа који обухвата све аспекте старења и то здравствене, социјално – економске, околине друге. Мултидисциплинарни као и мултисекторски прилазак тој заштити подразумева сарадњу здравства, социјалне заштите као и свих оних структура заједнице који доприносе развоју социјалне мреже и социјалне подршке старима.

Промоција здравља особа старијих од 65 година усмерена је на помоћ људима да живе здравим животом и обухвата:

- здравствено васпитање
- развој личних вештина
- оснаживање акције у заједници
- реоријентацију здравствених услуга
- изградњу политике јавног здравства
- стварање подржавајућег окружења

Тако се старијим члановима друштва омогућава да допринесу развоју друштва, заједници и породици у мери колико то чине друге старосне групе.

Литература:

1. Министарство здравља Републике Србије. Резултати истраживање здравља становништва Србије, 2013. година. Министарство здравља РС; Институт за јавно здравље Србије"Др Милан Јовановић Батут" Београд, 2014.
2. Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становника Републике Србије, 2006. година. Основни резултати. Министарство здравља РС; Београд, 2007.
3. Институт за заштиту здравља Србије. Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите одраслог становништва у Републици Србији. Гласник Института за заштиту здравља Србије 2002.
4. Цуцић В. Здравствена заштита старих у Цуцић и сар. Социјална медицина. Београд, Савремена администрација, 2000.
5. Цуцић В. Мерење здравља (социјалне болести) у Цуцић и сар. Социјална медицина. Београд, Савремена администрација, 2000.
6. Непокојчицки А., Здравствено васпитање у трећем животном добу. Геронтологија 1/93 стр 94 - 102; 1993

7. Светска здравствена организација (СЗО) Здравље 21, Оквир политике здравља за све Европске регије, 2000.
8. Национална стратегија о старењу(2006-2015), Министарство рада, запошљавања и социјалне политике Србије, Београд, 2006.

ПОВЕЗАНОСТ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИЈАЛНОЕКОНОМСКИХ ОДРЕДНИЦА ЗДРАВЉА ЗА УДРУЖЕНИМ РИЗИЧНИМ ПОНАШАЊИМА КОД АДОЛЕСЦЕНАТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Катарина Боричић, Институт за јавно здравље Србије
“Др Милан Јовановић Батут”, Београд, Србија

Увод:

Када разматрамо здравствено стање адолесцената у Републици Србији не уочавају се значајније разлике у односу на адолесценте било где у свету, али ипак постоје извесне специфичности.

Циљ нашег рада је био да испита повезаност демографских и социјално-економских одредница здравља са удруженим ризичним понашањима код адолесцената у Републици Србији.

Метод:

Коришћени су подаци из националног испитивања здравља становника Републике Србије, из 2013. године, које је урађено по типу студије пресека, на узорку од 859 адолесцента старости од 15 до 19 година. Подаци о демографским карактеристикама и социјално-економском статусу испитаника издвојени су као независне варијабле из базе података: године старости, пол, тип насеља, структура породице, поседовање собе и индекс благостања домаћинства. Подаци о преваленцији појединачних ризичних понашања су добијени на основу одговора о употреби марихуане бар једанпут током живота, конзумирању бар једног алкохолног пића у последњих 12 месеци, пушењу бар једне цигарете у току живота, употреби кондома и насилном понашању у последњих 12 месеци. Мултиваријантни логистички регресиони модел се користио за испитивање повезаности између варијабли.

Резултати

Младићи скоро два пута чешће испољавају удружена ризична понашања у односу на девојке. Најчешће адолесценти оба пола (29,4 %) испољавају једно ризично понашање, а њихова учесталост опада са повећањем броја ризичног понашања, тако да је најмања у међу адолесцентима који су пријавили пет удружених ризичних понашања.

Код младића се најчешће удружено јављају два ризична понашања и то: конзумирање алкохола и употреба цигарета и конзумирање алкохола и незаштићен сексуални однос, а код девојака конзумирање алкохола и употреба цигарета. Када говоримо о најчешћа три удружена ризична понашања то су и код младића и код девојака конзумирање алкохола, употреба цигарета и незастићен сексуални однос.

Старији адолесценти (ОР= 5.28, 95% ЦИ=2.95-9.43, младићи; ОР =6.54, 95% ЦИ= 3.36-12.73, девојке) и девојке из непотпуних породица (ОР = 3.42, 95% ЦИ =1.61-7.28) статистички значајније чешће испољавају удружена ризична понашања него млађи адолесценти односно девојке из непотпуних породица.

Дискусија

Ово истраживање је једно од свега неколико истраживања која су се бавила сличном темом у нашој земљи. Преходно рађена истраживања како у нашој земљи тако и у свету су показала резултате сличан нашим.

Закључак

При креирању будућих превентивних програма намењених адолесцентима неопходно је имати у виду специфичности везане за пол и старост, и структуру породице међу девојкама.

Кључне речи

Ризик, Социјално-економске одреднице, Демографске одреднице, Адолесцент, Понашање

DEMOGRAPHIC AND SOCIO-ECONOMIC FACTORS ASSOCIATED WITH MULTIPLE HEALTH RISK BEHAVIORS AMONG ADOLESCENTS IN SERBIA

Katarina Boričić,
Institute of Public Health of Serbia," Belgrade, Republic of Serbia

Background

The state of health of adolescents in the Republic of Serbia does not differ significantly in comparison to that of adolescents in the world, but there are, nonetheless, certain specificities.

The aim of this study was to examine the relationships between demographic and socioeconomic characteristics and engaging in multiple risk behaviors among adolescents in Republic of Serbia.

Methods

This study presents a cross sectional study of 859 adolescents aged 15 to 19. The database from the 2013 National Health Survey was used. As a measure of demographic and socio-economic characteristics: sex, age, type of settlement, family structure, having one's own room, and the household wealth index were used. Data on the prevalence of the single health risk among adolescents were assessed by the responses of adolescents about using marijuana at least once during their lives, consuming at least one alcoholic drink in the last 12 months, smoking at least one cigarette in their lifetime, using a condom during sexual intercourse and bullying other in the last 12 months..Multivariate logistic regression model was performed.

Results

Boys were almost two times more likely to engage in multiple risk behaviors than girls. The percentage of adolescents (29.4%) was highest among those who reported one risk behavior and decreased with increasing number of risk behaviors – it was lowest in the group of them who reported five risk behaviors. Among boys, the most common two risk behaviors were alcohol and

cigarette use and alcohol use and unprotected sexual activity while alcohol and cigarette use were among girls. When considering the distribution of adolescents with three risk behaviors, boys and girls were most often reported cigarette, alcohol use and unprotected sexual activity. Adolescents who were older (OR= 5.28, 95% CI=2.95-9.43, boys; OR =6.54, 95% CI= 3.36-12.73, girls) had significantly higher risk than younger. Also, girls from incomplete family (OR = 3.42, 95% CI =1.61-7.28) had higher risk than those from complete family.

Discussion

This is one of the few studies investigating the prevalence of concurrent multiple risk behaviors among adolescents in Serbia. Previous studies have shown results similar to ours.

Conclusions

Further preventive interventions should be gender and age specific, oriented towards older adolescents and girls who live in incomplete families.

Keywords

Risk-Taking, Socioeconomic Factors, Demographic Factors, Adolescent, Behavior

КРЕАТИВНИ РАД СА УЧЕНИЦИМА НА ПРЕВЕНЦИЈИ ЗЛОУПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

Брковић Анђелка, Душанка Матијевић, Младеновић Јанковић Светлана,
Тамбурковски Гордана
Градски завод за јавно здравље Београд, Србија

Увод

Програм „Креативни рад са ученицима на превенцији злоупотребе психоактивних супстанци“, је настао током Пројекта ЕУ “Имплементација националне стратегије против злоупотребе дрога” у периоду 2009 – 2011. године са циљем унапређења компетенција просветних радника и сарадника за рад са децом у овој области. Након завршетка пројекта координација и имплементација програма су делегирани Градском заводу за јавно здравље у Београду у циљу обезбеђења системског приступа предвиђеним превентивним активностима.

Циљ

Циљ рада је приказ концепта „Заједничко учење кроз акцију“ који је примењен кроз програм намењен деци основношколског узраста са циљем превенције злоупотребе психоактивних супстанци.

Метод

Ретроспективна анализа достигнућа Програма „Креативни рад са ученицима на превенцији злоупотребе психоактивних супстанци“

Резултати

Програм се редовно акредитује и објављује у Каталогу програма намењених стручном усавршавању просветних радника и сарадника. Концепт на коме се заснивају програмске активности се базира на приступу „Заједничко учење кроз акцију“, чији је крајњи циљ оснаживање деце у процесу доношења сопствених одлука и преузимању одговорности за њих. Улоге наставника и ученика се током примене ове методе значајно измештају из уобичајених школских оквира. Наставник постаје водитељ процеса рада и, само по потреби, дискретно усмерава ток активности. Деца су, заправо, прави главни актери читавог програма. Њима се даје прилика да, на различите начине, искажу своје мисли и жеље, да буду саслушани и да предузимају акције, чиме се, између осталог, помаже развоју емоционалне интелигенције и самопоштовања.

У досадашњем петогодишњем периоду обухваћено је више од 130 основних школа, односно 350 просветних радника и сарадника и више од 4000 ученика. Резултати праћења и евалуације су показали висок ниво задовољства и вредновања програма од стране просветних радника и сарадника који су спровели активности, као и унапређење нивоа знања ученика за 42%. Запажања наставника су указала и на унапређење самопоуздања код деце, тимског рада, међусобног поштовања и разумевања, као и на развој истраживачких и креативних потенцијала ученика.

Програм је награђен од стране Завода за унапређивање образовања и васпитања за успешну примену у пракси. У наредном периоду планирају се интензивније активности у циљу промоције достигнућа у општој и стручној јавности као примера добре праксе.

Програм се одликује мултидисциплинарним радом и интерсекторском сарадњом пре свега представника сектора здравства и сектора образовања, тимским радом и посвећеношћу едукатора, интерактивним начином рада базираним на потребама циљне популације, универзалношћу приступа, развијеним системом праћења и унапређења квалитета, као и наглашавању значаја примарне превенције.

Закључак

Програм „Креативни рад са ученицима на превенцији злоупотребе психоактивних супстанци“ представља пример одрживе имплементације и надоградње достигнућа ЕУ пројекта на локалном нивоу, односно успешне трансформације пројектно вођених активности у системска решења.

Кључне речи: превенција, психоактивне супстанце, ученици, оснаживање, тимски рад

CREATIVE WORKSHOP WITH SCHOOLCHILDREN ON PREVENTION OF DRUG ABUSE

Brkovic Andjelka, Dusanka Matijevic, Mladenovic Jankovic Svetlana,
Tamburkovski Gordana
Institute of Public Health of Belgrade, Serbia

Introduction

Program “Creative workshop with schoolchildren on prevention of drug abuse” was developed through EU project INSADA from 2009 to 2011 with aim to improve capacities of teachers in that area. After completion of the EU project, coordination and implementation of the program activities were dedicated to the IPH Belgrade in order to ensure system support.

Objective

Review of the approach “Shared learning in action” oriented towards prevention of drug abuse among schoolchildren in primary schools.

Method

Retrospective analysis of achievements of the program “Creative workshop with schoolchildren on prevention of drug abuse”

Results

Program is accredited and published in a Catalogue of programs for professional development of employees in educational sector.

Program is based on the approach “Shared learning in action” which is aimed to empower the children for responsible decision making. Traditional roles of teachers and schoolchildren are changed. Teacher becomes a facilitator and schoolchildren have a leading role. Schoolchildren are able to express their own thoughts and feelings and to take actions which enhances development of emotional intelligence and self-esteem. During 5 years of implementation period more than 130

primary schools were included with 350 teachers and 4000 children. Results of the program monitoring and evaluation have shown high level of participants satisfaction as well as children's knowledge improvement for 42%. Teachers observations indicated that children's self esteem, team work, mutual respect and capacities for research and creative work were improved.

This program was acknowledged as a good practice model by the Institute for improvement of education.

In following period the achievements of the program will be promoted in general public and among professionals.

Program is characterized by multidisciplinary work and intersectoral cooperation between education and health professionals, team work, dedication of educators, needs tailored interactive work, universality of approach, primary prevention and well developed system for monitoring and quality improvement.

Conclusion

Program "Creative workshop with schoolchildren on prevention of drug abuse" is an example of the sustainable implementation and upgrade of the EU project achievements on local level through successful transformation of the project led activities into system solutions.

Key words: prevention, drugs, schoolchildren, empowerment, team work

ТЕМА:

ИЗАЗОВИ И ПРИОРИТЕТИ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

PROVOCATIONS AND PRIORITIES IN HEALTH SYSTEM OF SERBIA

ОБЕЗБЕЂЕНОСТ, ДОСТУПНОСТ, ПРИХВАТЉИВОСТ И КВАЛИТЕТ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ У ЈАВНОЗДРАВСТВЕНОМ СЕКТОРУ СРБИЈЕ

Милена Шантрић Милићевић

Медицински факултет Универзитет у Београду, Србија

Универзална покривеност становника неопходним квалитетним здравственим услугама без непотребних финансијских трошкова би требало да буде крајњи циљ стратешки осмишљених и удружених активности кључних интересних страна у јавноздравственом сектору сваке земље. Овај циљ подразумева праведан и етички аргументован приступ у стратешкој приоритетизацији неопходних здравствених услуга које треба да буду обезбеђене, доступне, прихватљиве и квалитетне за кориснике без додатних финансијских и других баријера [1].

У 2013. години, евидентирана је значајна неједнакост у географској дистрибуцији здравствених радника на 10.000 становника у јавноздравственом сектору Србије (на пример, Нишавски округ са 44 лекара према Сремском округу са 19 лекара, односно Београдски са 69 медицинских сестара-техничара наспрам Сремском са 37), као и велика варијабилност у коришћењу услуга ванболничке и болничке здравствене заштите. Ова неједнакост је настала и одржава се услед дејства бројних узрочних и доприносићих фактора а који све заједно рефлектују приступ управљања здравственим ресурсима у земљи.

Постављене су кључне основе сталног унапређења квалитета здравствених услуга како у здравственом сектору тако и у сектору образовања и развоја здравствених кадрова, али још увек недостају механизми којима ће се усаглашавати развој службе са развојем квалитета услуга и развојем неопходних кадрова, а у циљу очувања здравља становништва и унапређења његовог здравственог потенцијала [5]. Последице недостатка таквих механизма болно се виде се у проблемима са којима се сусреће становништво (пацијенти) као што су листе чекања, незадовољство корисника радом и односом здравствених радника појава корупције, појава корупције, демотивисаности и ниске продуктивности односно синдрома изгарања запослених. С друге стране, висока тенденција емиграције младог, али и искусног здравствено-кадровског потенцијала и депопулација, постоје као претња да се постојећи јавно здравствени изазови Србије још више заоштре [6,7].

Ови крупни проблеми са јавноздравственим људским ресурсима захтевају озбиљна стратешко-интелигентна решења са јасним увидом у далекосежне и вишестране последице по универзалну здравствену покривеност. Таква решења подразумевају одговорно управљање засновано на свеобухватним информацијама и научним доказима, а укључују дефинисање јасне визије какав кадар нам је потребан за универзалну здравствену покривеност у Србији, као и јасне слике блиских (до 5 година) циљева у будућности здравствених радника, преко мерљивих резултата праведних и исплативих кадровских интервенција, до којих ће се стићи домаћински одговорним и професионалним руковођењем, а што ће се потврдити континуираним надзором и евалуацијом.

AVAILABILITY, ACCESSIBILITY, ACCEPTABILITY AND QUALITY OF SERVICE OF HEALTH WORKERS AND STRATEGIC PLANNING IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR OF SERBIA

Milena Šantrić Milićević

Institute of Social Medicine, School of Medicine, University of Belgrade, Serbia

The universal health coverage of the population with necessary and quality healthcare services without unnecessary financial hardship beyond paid insurance should be the ultimate goal of strategically designed and associated activities of key stakeholders in the public healthcare sector of each country. This objective implies a fair and ethically defensible approach to strategic prioritization of crucial and quality healthcare services that should be available, accessible and acceptable for users without additional financial and other barriers [1].

The Constitution of the World Health Organization is the first international instrument that clarifies that the right to health „does not mean the right to be healthy, or that poor governments must have expensive health services for which they do not have the means, but it means that the government must create the conditions in which everyone can to be healthy as possible. Such conditions include the availability of health services, healthy and safe working conditions, adequate housing and nutrition. It is also expected that the states and their governments formulate and adopt policies and action plans for health care that will be available and accessible to all citizens" [2]. The Constitution of the Republic of Serbia directly supports the right to health, and systemic laws and by-laws allow realization of the citizens' right to health care. Creation and evaluation of the effectiveness and adequacy of a country healthcare legislation should base on the ability for realization of the right to health, patients' rights and collective - social rights related to health [3]. Therefore, healthcare legislation should be created and evaluated with the regard to the following criteria: availability (A) of health services and satisfactory functioning of health institutions; accessibility (A) and cultural acceptability (A) of health facilities, services and information for all, without discrimination, in terms of physical and economic accessibility; and quality of health services (Q), which must be scientifically and medically appropriate [3].

The same AAAQ criteria are considered as basic arguments in the professional approach to the creation and evaluation of policies for generating, recruiting, retaining and developing human resources for health in a country. Health workers are the main resources for achieving universal coverage of the population necessary and quality health services without unnecessary additional financial and other burden [4].

In the period from 2003 to 2013, the negative natural growth and some reform efforts have led to higher rates per 10,000 inhabitants of doctors by 13% and the nurses by 9%, while pharmacists by 24%. The rate of dentists has almost halved, and of midwives is slightly reduced. Utilization of the general practice varied per districts by about 21% but it has increased in comparison to 2003. The hospital sector productivity has increased but it varied markedly by districts from 45 to 55%. In 2013, there is a significant disparity in the geographical distribution of health workers per 10,000 inhabitants in the public healthcare sector in Serbia (for example, Nis district with 44 doctors to Srem with 19 doctors, and Belgrade with 69 medical nurses versus Srem district with 37) as well as the great variability in the use of outpatient services and hospital

healthcare. This inequality is created and maintained because of numerous causal and contributing factors that together reflect the approach to management of health human resources in the country.

The fundamentals for continuous quality improvement of health services has been set in both the health sector and in the sector of education and development of health personnel, but we still lack the mechanisms that will harmonize development of health system structure with the development of necessary human resources and the quality of healthcare services in order to preserve the health of the population and improve its health potentials [5]. Consequences of the absence of such mechanisms are painfully apparent in the problems faced by the population (patients) such as waiting lists, users' dissatisfaction with the work and attitude of health workers, corruption, and unmotivated, low productive or burn-out employees. On the other hand, the high tendency of emigration of young health professionals, as well as experienced health staff and the decline of the population, act as a threat toward further exacerbating of current public health challenges of Serbia [6,7].

These serious problems with health human resources related to AAAQ require serious strategic and intelligent solutions with clear insight into the far-reaching and multi-faceted consequences on the universal health coverage. Such solutions include the responsible governance based on comprehensive information and scientific evidence, and include defining a clear vision of the health personnel required for universal health care in Serbia and a explicit picture of close (up to 5 years) objectives in the future of healthcare workers, via measurable results of fair and cost-effective staff interventions, to which responsible and professional leadership will arrive and which will be verified by continuous supervision and evaluation.

References:

1. WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage (2014). Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report, World Health Organization.
2. United Nations. The right to the highest attainable standard of health: 08/11/2000. E/C.12/2000/4. (General Comment).
3. Šantrić Milićević M, Šupić-Terzić Z. (2012). Right to health and patients' rights. In: Simić S, ed: Social medicine - The textbook for medical students. Belgrade: Libri Medicorum, p. [Pravo na zdravlje i prava pacijenata. U: Simić, S. (Ur.) Socijalna medicina, udžbenik za student medicine. Beograd: Libri Medicorum, str.]
4. Campbell J, G. Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, Geneva (2013)
5. Santric Milicevic M, Vasic M, Matt Edwards M. Mapping the governance of human resources for health in Serbia. Health Policy, doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.016 Available 1 September 2015. at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015002201>
6. Santric-Milicevic M, Matejic B, Terzic-Supic Z, Vasic V, Babic U, Vukovic V. Determinants of intention to work abroad of college and specialist nursing graduates in Serbia. Nurse Education Today 2015;35:590-6.
7. Santric-Milicevic MM, Terzic-Supic ZJ, Matejic BR, Vasic V, Ricketts TC. First- and fifth-year medical students' intention for emigration and practice abroad: A case study of Serbia. Health Policy 2014; 118:173–83.

ОБЕЗБЕЂЕНОСТ, ДОСТУПНОСТ, ПРИХВАТЉИВОСТ И КВАЛИТЕТ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ У ЈАВНОЗДРАВСТВЕНОМ СЕКТОРУ СРБИЈЕ

Универзална покривеност становника неопходним квалитетним здравственим услугама без непотребних финансијских трошкова би требало да буде крајњи циљ стратешки осмишљених и удружених активности кључних интересних страна у јавноздравственом сектору сваке земље. Овај циљ подразумева праведан и етички аргументован приступ у стратешкој приоритетизацији неопходних здравствених услуга које треба да буду обезбеђене, доступне, прихватљиве и квалитетне за кориснике без додатних финансијских и других баријера [1].

Устав Светске здравствене организације је први међународни инструмент којим се појашњава да право на здравље *„не значи право да будемо здрави, нити да сиромашне владе морају да имају скупе здравствене услуге за које немају средства, већ значи да владе морају да створе услове у којима свако може да буде здрав колико је то могуће. Такви услови подразумевају доступност здравствених услуга, здраве и безбедне услове рада, адекватан смештај и исхрану. Такође се очекује да државе и њихове владе формулишу и усвоје политике и акционе планове здравствене заштите која ће бити доступна и приступачна свим грађанима”* [2]. Устав Републике Србије непосредно подржава право на здравље а системски закони и подзаконска акта омогућавају остваривање заштите права на здравље. Креирање као и евалуација делотворности и адекватности здравственог законодавства са аспекта остваривања права на здравље, права пацијената и колективних – друштвених права повезаних са здрављем у једној држави треба да почивају на следећим критеријумима: доступност здравствених услуга и задовољавајуће функционисање здравствених установа; приступачност и културална прихватљивост здравствених установа, услуга и информација свима, без дискриминације, у смислу физичке и економске приступачности; и квалитет здравствених услуга, који мора бити научно и медицински одговарајући [3].

Исти критеријуми, сматрају се основним аргументима у професионалном приступу креирања и евалуације политика за стварање, обезбеђивања, задржавање и развијање људских ресурса за здравље у једној земљи. Здравствени радници су основни ресурси за достизање универзалне покривености становништва неопходним и квалитетним здравственим услугама, без непотребних додатних финансијских и других трошкова [4].

У периоду од 2003. до 2013. године, негативан природни прираштај и реформски напори су довели до повећања стопа обезбеђености лекара за 13%, односно медицинских сестара–техничара за 9% и фармацеута чак за 24%, рачунатих на 10.000 становника. Обезбеђеност стоматолозима је скоро преполовљена, а бабицама незнатно смањена. Коришћење услуга лекара у службама опште медицине по окрузима варира за око 21% али се повећало у односу на 2003. годину. Повећана је и продуктивност болничких лекара али је варирање по окрузима изразито од 45 до 55%. У 2013. години, евидентирана је значајна неједнакост у географској дистрибуцији здравствених радника на 10.000 становника у јавноздравственом сектору Србије (на пример, Нишавски округ са 44 лекара према Сремском округу са 19 лекара, односно Београдски са 69 медицинских сестара-техничара наспрам Сремском са 37), као и велика варијабилност у коришћењу услуга ванболничке и болничке

здравствене заштите. Ова неједнакост је настала и одржава се услед дејства бројних узрочних и доприносећих фактора а који све заједно рефлектују приступ управљања здравственим ресурсима у земљи.

Постављене су кључне основе сталног унапређења квалитета здравствених услуга како у здравственом сектору тако и у сектору образовања и развоја здравствених кадрова, али још увек недостају механизми којима ће се усаглашавати развој службе са развојем квалитета услуга и развојем неопходних кадрова, а у циљу очувања здравља становништва и унапређења његовог здравственог потенцијала [5]. Последице недостатка таквих механизма болно се виде се у проблемима са којима се сусреће становништво (пацијенти) као што су листе чекања, незадовољство корисника радом и односом здравствених радника појава корупције, појава корупције, демотивисаности и ниске продуктивности односно синдрома изгарања запослених. С друге стране, висока тенденција емиграције младог, али и искусног здравствено-кадровског потенцијала и депопулација, постоје као претња да се постојећи јавно здравствене изазови Србије још више заоштре [6,7].

Ови крупни проблеми са јавноздравственим људским ресурсима захтевају озбиљна стратешко-интелигентна решења са јасним увидом у далекосежне и вишестране последице по универзалну здравствену покривеност. Таква решења подразумевају одговорно управљање засновано на свеобухватним информацијама и научним доказима, а укључују дефинисање јасне визије какав кадар нам је потребан за универзалну здравствену покривеност у Србији, као и јасне слике блиских (до 5 година) циљева у будућности здравствених радника, преко мерљивих резултата праведних и исплативих кадровских интервенција, до којих ће се стићи домаћински одговорним и професионалним руковођењем, а што ће се потврдити континуираним надзором и евалуацијом.

Literatura:

1. WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage (2014). Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report, World Health Organization.
2. United Nations. The right to the highest attainable standard of health: 08/11/2000. E/C.12/2000/4. (General Comment).
3. Šantrić Milićević M, Šupić-Terzić Z. (2012). Right to health and patients' rights. In: Simić S, ed: Social medicine - The textbook for medical students. Belgrade: Libri Medicorum, p. [Pravo na zdravlje i prava pacijenata. U: Simić, S. (Ur.) Socijalna medicina, udžbenik za student medicine. Beograd: Libri Medicorum, str.]
4. Campbell J, G. Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, Geneva (2013)
5. Santric Milicevic M, Vasic M, Matt Edwards M. Mapping the governance of human resources for health in Serbia. Health Policy, doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.016 Available 1 September 2015. at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015002201>
6. Santric-Milicevic M, Matejic B, Terzic-Supic Z, Vasic V, Babic U, Vukovic V. Determinants of intention to work abroad of college and specialist nursing graduates in Serbia. Nurse Education Today 2015;35:590-6.
7. Santric-Milicevic MM, Terzic-Supic ZJ, Matejic BR, Vasic V, Ricketts TC. First- and fifth-year medical students' intention for emigration and practice abroad: A case study of Serbia. Health Policy 2014; 118:173–83.

ОСНАЖИВАЊЕ МЕНАЏМЕНТА У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Зорица Терзић-Шупић

Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

Едукације/тренинзи из области менаџмента представљају један од најважнијих извора конкурентске предности у било којој организацији. Наставак образовање и обука су постали део текућих процеса организационог учења и сталних промена, евалуације запослених, и развоја каријере. Поред тога, они су основни алат за руководиоце да унапреде своје вештине управљања и да науче нове вештине. Тренинг се може дефинисати као систематско стицање вештина, правила, концепта, или ставова, што доводи до бољих перформанси. Постоји све већа потражња за формалним и неформалним програмима обуке у здравственим организацијама, посебно за лекара на лидерским позицијама који треба да стекну менаџерске и лидерске вештине. У неким здравственим установама значајна средства су посвећена образују менаџера. Предности евалуације тренинга призната су као дијагностички алат за унапређење едукације, евалуацију успешности тренинга, као што су успешно учење, побољшане перформанси на радном месту, промене у кључним мерама пословања, и повратак на инвестиције. Поред тога, евалуација тренинга може да утиче на доношење одлука и може имати етичке импликације за професионални развој.

У Србији, у протекле две деценије, у систему здравствене заштите дошло је до промена узрокованих нестабилном политичком ситуацијом у земљи и дугорочним slabим економским развојем. Сходно томе, у многим случајевима перформансе у здравственим установама у Србији тек треба да достигну задовољавајући ниво. Постоји потреба за систематским интервенцијама, укључујући и обуку за мултидисциплинарне менаџерске тимове ради јачања управљања системом здравствене заштите у Србији. Ово је препознато и од стране различитих међународних организација који подржавају програме изградње капацитета за управљање здравствених установа. Формална обука здравствених менаџера није била уобичајена у Србији пре демократских промена која се десила 2000. године. Средином 2000. године, Влада Републике Србије је усвојила законе који подржавају формално образовање и неопходност да се побољшају специфичне вештине и знања здравствених радника у области здравственог менаџмента (континуираног образовања, постдипломске академске студије). Поседовање менаџерских вештина постала је препорука за управљање здравственим установама у Србији. Овакав приступ може да утиче на унапређење квалитета услуга, бољу ефикасност рада установа и већу одговорности менаџерских тимова.

Кључне речи: Тренинг, професионални развој, менаџерске вештине

STRENGTHENING MANAGEMENT IN THE HEALTH CARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF SERBIA

Zorica Terzic - Supic

Institute of Social Medicine, School of Medicine, University of Belgrade, Serbia

The management education/training is one of the most important sources of competitive advantage in any organization. Continuing education and training have become part of the ongoing processes of organizational learning and permanent change, employee evaluation, and career development. In addition, they are essential tools for managers to improve their management skills and to learn new skills. Training can be defined as the systematic acquisition of skills, rules, concepts, or attitudes, which result in improved performance. There is an increasing demand for formal and informal training programs in health organizations, especially for physicians in leadership positions who need to acquire managerial and leadership skills. In some health care institutions significant resources are devoted to educate the managers. The benefits of training evaluation are widely recognized as a diagnostic tool for training revisions, and for evidence of training effectiveness, such as successful learning, improved on-the-job performance, changes in key business measures, and return on investment. In addition, training evaluation should influence decision making and may have ethical implications for professional development.

In Serbia, the health care system has declined during the past two decades due to the country's unstable political situation and long-term, weak economic development. Consequently, in many cases the performance of Serbian health institutions has yet to reach a satisfactory level. Therefore, there is a demand for systematic interventions, including multidisciplinary management training for stronger management of the health care system in Serbia. This was recognized by different international organizations and supporting management capacity building programs. Formal training of health managers was not common in Serbia before the democratic transition that took place in the year 2000. In the mid - 2000, the Serbian government adopted laws which supported formal education and the necessity to improve the specific skills and knowledge of health professionals in the field of health care management (continuing education, postgraduate academic programs). The recognition and application of advanced managerial skills became basic requirements for managing health care institutions in Serbia. This has influenced the quality of services, accountability and effectiveness in the hospitals.

Keywords: Training, Professional development, Managerial skills

ИЗАЗОВИ ИМУНИЗАЦИЈЕ У СРБИЈИ И МОГУЋА РЕШЕЊА

Драгана Лозановић

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије “Др Вукан Чупић“, Београд, Србија

Увод

Имунизација је једна од најуспешнијих јавноздравствених интервенција(1). У оквиру четвртог Миленијумског циља развоја и Националног миленијумског циља развоја (НМЦР) до 2015. године један од задатака којим би требало смањити смртност деце до 5 година живота, јесте имунизација деце са обухватом изнад 99% (2). Имунизацијом се на најбржи и најјефтинији начин контролишу, одстрањују и на крају искорењују многе заразне болести и зато она представља приоритет у здравственој заштити (1).

Циљ рада је да се сагледају изазови у спровођењу програма имунизације у Србији, обухват вакцинацијом деце у Србији премаврсти имунизације и територијама, као и да се укаже на могућа решења.

Метод рада

Анализа статистичких података о обухвату деце у Србији обавезном имунизацијом из званично објављених годишњих извештаја и предлога мера референтних институција за јавно здравље, као и за здравствену заштиту деце и омладине у Србији и Удружења педијатара Србије.

Резултати рада

Упоредна анализа обухвата деце вакцинацијом према календару имунизације у Србији у последње две године, указује да су планиране имунизације у Републици Србији у 2014. години обављене са обухватом који је мањи од оног у 2013. Обухват вакцинацијом у 2014. години против дифтерије, тетануса, великог кашља (ДТП) је 95% и мањи је за 1,9%, а против дечије парализе (ОПВ) је смањење обухвата за 2,3%, и износи 95,1%. Највеће смањење, иначе недовољног обухвата, ММР вакцином је за 6,8%, док је обухват ревакцинацијом деце ММР у 7. години повећан за 5,1%, тј. на 89,2%. Обухват хепатитис Б, хемофилус инфлуенце тип б и БСЖ вакцином је изнад 90% у обе године посматрања и у малом је порасту у 2014. години (3,4). Смањење обухвата забележено је и код ревакцинација деце у другој години живота, пред упис у школу, а посебно у школском узрасту: смањење обухвата за 3% дТ (92,4%) и за 4,2% ОПВ (91,2%), у 2014. у односу на 2013. годину (3,4). Незадовољавајуће резултате вакцинације са ОПВ, ниже од 95%, имало је 38 општина, 10 општина више него предходне године: 31 у централној Србији и 7 у Војводини, од којих 52% испод 90%. Голубац бележи најнижу вредност од 53,7% у централном делу Србије, а Ириг (69,2%) у Војводини, што је 20% ниже него претходне године.

Из годишњих анализа је јасно да се проблем понавља у истим градовима и окрузима, највише у граду Београду, Колубарском, Браничевском, Рашком, Пчињском, Нишавском, Топличком, Пиротском, Западнобачком и Сремском округу (у 2. години). Региструје се циљна правовременост од 95% у само четири општине централне Србије и у једној општини у Војводини. Постоји дугогодишњи тренд опадања обухвата ревакцинацијом, нарочито деце школског узраста, а посебно од када је уведен Закон о правима пацијената (5), као и спровођење имунизације у дому здравља у присуству родитеља. Најнижи обухват трећом

ревакцинацијом је у Обреновцу, само 27,2%, што је више него два пута нижа вредност од прошлогодишњег најнижег обухвата од 60,8 % у Младеновацу (4).

Обавезна имунизација одојчади против *хепатитиса Б*, има потешкоће у примени још од увођења у календар имунизације, 2002. године. Према Правилнику, вакцинација против *хепатитиса Б* започиње у породициштвама, а уведена је и вакцинација све невакцинисане деце у 12. години живота (шести разред). Вакцинацију хепатитис Б вакцином пратили су проблеми у реализацији годишњих планова потреба и дисконтинуитет у снабдевању. Ово је за последицу имало бројне тешкоће у спровођењу вакцинације планираних годишта. Каснило се са набавком вакцине, па су тек од половине 2005. године обезбеђена средства, након продужене процедуре јавне набавке вакцине. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима показује да је обухват испод 95% имало дванаест округа, од укупно 25. Најнижи обухват од 80,8% регистрован је на територији Пчињског округа.

Подаци о вакцинацији новорођене деце *БСЖ* вакцином у Републици Србији у 2014.

указују да је обухват у свим окрузима изнад 95%, изузев Нишавског, Топличког, Пчињског, Поморавског и Јабланичког, у којем се бележи најнижа вредност од 83,9%.

Укупан обухват имунизацијом *хемофилусом инфлуенце тип б* на нивоу Републике у 2014. години је 95,2%, приказана су само деца која су примила све три дозе ове вакцине. Вакцинација против обољења изазивана *хемофилусом инфлуенце тип б* је уведена средином 2006. године, у складу са Правилником, а проблеми у снабдевању су присутни и до данас. План потреба за је за 2007. и у 2008. годину каснио, сачињавао је у новембру, док је за 2009. годину сведен на свега 30% планираних количина. Проблеми са планирањем потреба се настављају и даље. План дистрибуције ових вакцина је у 2010. и 2011. године износио 84%, односно 66% процењених потреба, а током 2012. и 2013. године је прекинута централизована дистрибуција. Кашњење вакцина је за последицу имало бројне проблеме у реализацији вакцинације планираног броја обвезника по годиштима, јер се према календару зависно од узраста отпочињања вакцинације даје различит број доза ове вакцине (4)

Иако је изменама и допунама Правилника о имунизацији (5) била предвиђена примена *комбиноване петовалентне вакцине*, у примовакцинацији од 31. 7. 2014. до тога није дошло, јер се нису стекли сви неопходни услови за њену доступност. Истим Правилником је уведена *коњугована пнеумококна вакцина* по клиничким индикацијама код деце од навршена 2 месеца живота, која је започета у последњем кварталу године, захваљујући донацији 3000 доза ове вакцине (4).

Током 2014. године према Правилнику (5), поред примовакцинације *ММР* вакцином у другој години живота, обављена је ревакцинација деце пре уписа у први разред (до навршених седам година). Обухват *ММР* вакцинацијом је 92,6%, а ревакцинацијом је 89,2%. Анализа успеха *ММР* вакцинације по окрузима показује да је обухват испод 95% имало две трећине округа (од укупно 25), а најнижи, као и претходне године, Нишавски округ - 53,8%, у односу на 70,3% у 2013. години (3,4).

Имајући у виду да је једна од стратегија у плану активности за елиминацију морбила правовременост вакцинацијом *ММР* вакцином, уз обухват са две дозе од најмање 95%, наведени резултати указују на препреке у достизању индикатора квалитета за успостављање и одржавање статуса елиминације морбила (3).

Проблеми у спровођењу имунизације у Србији и могуће последице

Анализа обухвата вакцинама како званичних, тако и процењених, на нивоу округа, односно општина, указује да значајан број обвезника према Програму обавезних имунизација остаје

невакцинисан. Број невакцинисаних расте у 2014. у односу на претходну годину када су скоро све вакцине у питању. Разлика у броју између живорођене и планиране деце и даље је значајна, а и одржава се или повећава (за неке вакцине) број општина са обухватом који је испод циљне вредности од 95%, па и испод 90%.

Разлози за регистровање нижег обухвата од планираног и жељеног за све имунизације су бројни.

Пре свега, неадекватно планирање и непоштовање методологије израде планова потребних количина вакцина за следећу годину, на који су у својим годишњим извештајима указивали стручњаци Института за јавно здравље Србије.

Проблем дисконтинуитета и неправовремене набавке одређених вакцина недвосмислено може довести до компромитовања имунизације у општој и стручној јавности, са угрожавањем достигнутих резултата обухвата и низом других проблема, укључујући и планирање потреба вакцина за територију Републике, на шта је већ низ година указивао стручни тим Института за јавно здравље Србије.

Поред тога, постоји изванредан број деце вулнерабилне и маргинализоване популације које остају ван система имунизације.

Јачање кампања антивакциналног лобија, са једне стране и нејасно формулисање обавеза и права и погрешно тумачење законских аката, са друге стране, унели су сумњу и стрепњу родитеља у оправданост па чак и тезе о штетности имунизације по здравље њихове деце. Све заједно, то је смањило обухват вакцинацијом и повећало критичну масу невакцинисаних, која нарушава колективни имунитет популације. Постоји опасност да се угрози одрживост статуса „земље без полиомијелитиса” који је установљен 2002. године. Због неправовременог спровођења примовакцинације ОПВ у првих 6 месеци постоји ризик од поствакциналног полиомијелитиса, тј. случајева акутне флацидне парализе са клиничком сликом дечије парализе (4).

Стручњаци Института за јавно здравље Србије годинама у својим извештајима упозоравају да вишедеценијски углед у домену имунизације, који је Србија задржала и под отежавајућим околностима у периоду санкција и НАТО бомбардовања, доводи се у питање. Прети поновно спорадично и/или епидемијско јављање неких већ давно заборављених болести у нашој земљи, као последица пада квалитета колективног имунитета популације против одређених заразних болести, а затим и континуирано компромитовање имунизације у стручној, општој и родитељској популацији. Прети, такође, и нарушавање одрживости стања зацртаног у националним акционим плановима, према препорукама и захтевима СЗО за Европски регион, већ поменути процес елиминације морбила, као и ограничен и неадекватан одговор у хитном националном одговору у случају импортовања дивљег полио вируса у земљу, које прописује Међународни здравствени правилник у складу са захтевима СЗО (6).

Предлози мера

Даља унапређења у достизању задатка о имунизацији из Националног миленијумског циља 4, могућа су уз наставак стратегија које су се показале као ефикасне у смањивању умирања деце од болести које се могу спречити актуелним мерама превенције, тј. подршком систему рутинске имунизације, као и уз примену свеобухватних интервенција на три нивоа: ниво здравствене политике и стратегије, ниво пружања здравствених услуга и на ниво заједнице.

Информисати јавност тачним, јасним и недвосмисленим изјавама од стране представника власти, политике, друштвено утицајних јавних личности и професионалаца о: значају и врстама вакцина, начинима и календару имунизације, контраиндикацијама за имунизацију, законским правима и обавезама у спречавању ширења превентабилних болести и последицама по здравље и живот. У том правцу треба унапређивати комуникацију са родитељима, прилагођену разумевању информација, појединачне разговоре, медијске наступе свих друштвено и струковно значајних представника. Непходно је стално понављати незаменљивост и значај вакцинације деце, како давањем и личног примера (што је и најзначајније у здравственом васпитању), тако и сваким другим обликом васпитавања. Објаснити зашто је избегавање имунизације медицинско занемаривање (7), зашто родитељски пристанак у случају вакцинације није потребан и зашто имунизација премашује границе родитељског одлучивања (5), ко су противници имунизације и из којих интереса, како су друге државе решиле питања неодговорних родитељских поступака, зашто је потребан обухват имунизацијом становништва већи од 95% и друго.

Потребно је увођење континуираног истраживања за праћење обухвата имунизације међу вулнерабилним групама (сиромашни, Роми, избеглице, деца са сметњама у развоју) и у складу са тиме неопходност допунских активности на проналажењу деце у првим годинама живота која нису укључена у здравствени систем.

Правовремена и континуирана доступност свих вакцина у планираним количинама је битан предуслов за планирани обухват, као и поштовање препорука СЗО да се на вакциналним пунктовима у сваком тренутку налази 25% залиха за случај ванредних ситуација.

Педијатри у домовима здравља сусрећу се са бројним препрекама које угрожавају спровођење имунизације, а за коју се залажу као професионалци и као родитељи, знајући њен непроцењиви значај у превенцији заразних болести, односно очувању и унапређењу здравља целе популације. Зато су на Округлом столу и на сесији у одвиру социјалне педијатрије „Борба за имунизацију“, на 18. семинару Педијатријске школе Србије 2015. године, као главне препреке и проблеме који угрожавају спровођење вакцинације истакли:

1. Неправовремено и недовољно снабдевање вакцинама за планирани број деце које доводи до дисконтинуитета у вакцинацији и њеног компромитовања у стручној и општој популацији и узнемирења родитеља и опште јавности.
2. Све израженији недостатак педијатара у домовима здравља и појачано оптерећење куративним радом које угрожава спровођење имунизације, као и друге превентивне активности.
3. Увођење изабраног лекара, од 2007. године надаље, и реорганизација вакциналних пунктова у предшколским и школским диспансерима довели су до смањења обухвата вакцинацијом, нарочито у популацији школске деце.
4. Проблеми у сарадњи са родитељима и у комуникацији са јавношћу све су учесталији због родитељске забринутости или неодговорности, а коју подстичу незнање и штетне информације које преко многих медија шире непријатељи имунизације из различитих побуда (антивакцинални лоби).

Дубоко свесни чињеница о незаменљивости и значају имунизације за остваривање права детета на здравље, као и чињенице да је имунизација једна од најуспешнијих јавно-

здравствених интервенција и најуспешнија савремена медицинска интервенција, педијатри Србије изражавају своју спремност да се и даље бескомпромисно боре за промоцију имунизације у јавности, а против свих видова деловања антивакциналног лобија, у чему рачунају на подршку представника струке у Министарству, Влади и стручним телима и предлажу(7):

1. Обезбедити редовно снабдевање вакцинама, правовремено и у довољним количинама на свим вакциналним пунктовима.
2. Формирати Национални саветодавни комитет за имунизацију, што је наша међународна обавеза, те је потребно да одговорни државни органи хитно приступе испуњењу те обавезе.
3. Предузети (хитне?) мере за усклађивање броја адекватно оспособљених лекара у примарној здравственој заштити са објективним потребама.

Закључак

Поред напред изнетих мера које су предуслов за испуњење задатка и остваривање НМЦР4, а на предлог групе стручњака из Института за јавно здравље Србије и Удружења педијатара, свеобухватне друштвене акције треба да су усмерене на активно заступање права детета на заштиту здравља путем имунизације, јачање поверења у здравствени систем и мере превенције које здравствени радници заступају и спроводе (8).

У циљу повећања обухвата имунизацијом путем јачања уверења о потреби заштите сваког појединца од болести које се могу спречити вакцинацијом, као и достизања нивоа равноправности у имунизацији, као што је наведено у Европском акционом плану вакцинације (2015–2020), потребно је ући у активнију борбу за имунизацију, што је управо и циљ нашег разматрања овог питања на Конгресу социјалне медицине.

Литература

1. Vlada Republike Srbije. Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. "Sl. glasnik RS" br. 128/04.
2. Government of the Republic of Serbia. National Millenium Development Goals in Serbia. Available from: <http://www.minzr.gov.rs/files/doc/porodica/strategije/Nacionalni%20milenijunski%20ciljevi.pdf>.
3. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Izveštaj o sprovedenoj imunizaciji na teritoriji Republike Srbije u 2013. godini, Beograd, 2014.
4. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Izveštaj o sprovedenoj imunizaciji na teritoriji Republike Srbije u 2014. godini, Beograd, 2015.
5. Vlada Republike Srbije. Izmenama i dopune Pravilnika o imunizaciji. Sl. glasnik RS. 25/13, 99/13, 118/13 i 65/2014.
6. WHO.EUR/RC64/15 Rev.1 European Vaccine Action Plan 2015–2020. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/259209/64rs05e_EVAP_140730.pdf. preuzeto 24. 5. 2015.
7. Zaključci Okruglog stola "Borba za imunizaciju". 18. seminar pedijatrijske škole Srbije Zlatibor 2015.
8. Lozanović D. Imunizacija u Srbiji danas, problemi i moguća rešenja. U: Bogdanović R., Radlović R. (urednici). 18. Seminar pedijatrijske škole Srbije, Zbornik predavanja. Udruženje pedijatara Srbije. Beograd, 2015; 3-14.

IMMUNIZATION CHALLENGES IN SERBIA AND POSSIBLE SOLUTIONS

Dragana Lozanović

Institute for Health Protection of Mother and Child of Serbia "Dr Vukan Cupic" Belgrade, Serbia

Introduction

Immunization is one of the most successful public health interventions (1). As part of the fourth Millennium Development Goal and the National Millennium Development Goals (NMCR) by 2015, one of the tasks which should reduce the mortality of children under 5 years of age, is immunization of children with coverage above 99% (2). Immunization is the fastest and cheapest way to control, remove and eventually eradicate many infectious diseases and therefore it is a priority in health care (1).

The aim is to analyze the challenges in the implementation of immunization programs in Serbia, vaccination coverage of children in Serbia according to the type of immunization and territories, as well as to point out possible solutions.

Work method

The analysis of statistical data on the coverage of children in Serbia with mandatory immunization from officially published annual reports, identifying difficulties in the implementation of immunization programs and suggested measures of the reference institutions for public health, as well as for the health care of children and youth in Serbia and the Pediatric Association of Serbia.

Work results

The analysis which includes official vaccines coverage, as well as the estimated, at the district level or municipality, indicates that a significant number of payers according to the Program for compulsory immunization remain unvaccinated. In almost all types of vaccines, the number of unvaccinated grow in 2014 compared to the previous year. The difference in numbers between live births and planned children remained substantial, and the number of municipalities with coverage that is below the target value of 95% and below 90% maintains or increases (for some vaccines) (3.4).

Reasons for registration of lower coverage than planned and desired for all immunizations are numerous:

Inadequate planning and disrespect of methodology development plans of required quantities of vaccine for next year, leads to discontinuity and compromising of the immunization in general and professional public, undermining of the achieved coverage results and a number of other problems, including the planning of the need for vaccines for the territory of the Republic. A number of children from vulnerable and marginalized populations remains outside the system of immunization.

Strengthening campaigns of anti -vaccine lobbies, on the one hand and the vague formulation of the obligations and rights and misinterpretation of legal acts, on the other hand, bring doubt and anxiety of parents in the justification, and even harder, thesis about the harmfulness of

immunization for the health of their children. All together reduce the scope of vaccination and increase the critical mass of non-vaccinated, which undermines the collective immunity of the population.

There is a risk of jeopardizing the sustainability status "of the country without poliomyelitis", which was established in 2002. Due to the late implementation of the immunization coverage of OPV in the first 6 months there is a risk of post vaccination poliomyelitis, ie. cases of acute flaccid paralysis with clinical picture of poliomyelitis (4.5).

At the Round Table and the session within the Social Pediatrics "Fight for immunization," at the 18th seminar of Pediatric school Serbia in 2015, the main obstacles and problems that threaten vaccination were pointed out (6):

Untimely and insufficient supply of vaccines for the planned number of children that leads to discontinuity in vaccination and its compromising in the professional and general population and brings concerns to the parents and general public.

The more noticeable lack of pediatricians in health centers and increased load of curative work jeopardizes the implementation of immunization and other preventive activities.

The introduction of chosen doctor, from 2007 onwards, and the reorganization of the immunization points in preschool and school dispensaries have led to a decrease in vaccination coverage, especially in the population of school children.

Problems in cooperation with parents and communication with the public are more common because of parental concern or irresponsibility, which is encouraged by ignorance and harmful information. These informations are spread in many media by the enemies of immunization for various reasons (anti- vaccine lobby).

Suggested measures

Provide support to the routine immunization system, as well as the use of comprehensive interventions at three levels: the level of health policies and strategies, the level of provision of health services and the community level.

Inform the public with accurate, clear and unambiguous statements by government representatives, policy, socially influential public figures and professionals on: the importance and types of vaccines, methods and immunization calendar, contraindications for immunization, legal rights and obligations in preventing the spread of preventable diseases and their consequences for health and life.

In a letter to the Ministry, Republic Commission for Health Protection of Children and Minister of Health, pediatricians of Serbia within the framework of the Association and from the 18th Seminar of Pediatric school of Serbia, suggested (6):

1. Ensure a regular supply of vaccines in a timely manner and in sufficient quantities in all vaccine points.
2. Form National Advisory Committee on Immunization, which is our international obligation, and it is necessary that the responsible state bodies urgently fulfill their obligations.

3. Take urgent measures to align the number of adequately trained doctors in primary health care with the objective needs.

Conclusion

Comprehensive social action should be aimed at active advocacy of children's rights to health care through immunization, strengthening confidence in the health system and prevention measures that health workers represent and implement, and entering into more active struggle for immunization (7).

Literature

The Government of the Republic of Serbia. The Law on the Protection of the population from infectious diseases. "Off. Gazette "no. 128/04.

Government of the Republic of Serbia. National Millennium Development Goals in Serbia. Available from:

<http://www.minzr.gov.rs/files/doc/porodica/strategije/Nacionalni%20milenijunski%20ciljevi.pdf>.

The Institute for Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut". A report on the immunization status in the territory Republike Serbia in 2013, Belgrade, 2014.

The Institute for Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut". A report on the immunization status in the territory Republike Serbia in 2014, Belgrade, 2015.

WHO. EUR / RC64 / 15 Rev.1 European Vaccine Action Plan 2015–2020. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/259209/64rs05e_EVAP_140730.pdf. Taken on May 24. 2015.

Conclusions of the Round Table "The fight for immunization." 18th Seminar of the Pediatric School of Serbia, Zlatibor 2015.

Lozanović D. Immunization in Serbia today, problems and possible solution. in: Bogdanovic R. Radlović R. (eds). 18th Pediatric School of Serbia, Proceedings of the Conference. Pediatric Association of Serbia. Belgrade, 2015; 3-14.

ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ ДЕЦЕ У СРБИЈИ

Драгана Лозановић¹, Владислав Вукомановић^{1,2}, Драгана Вујић^{1,2}, Жељка Кеџман¹,
Борисав Јанковић^{1,2}, Душица Симић³

¹Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије «Др Вукан Чупић»

²Медицински факултет Универзитета у Београду

^{2,3} Универзитетска дечја клиника

Увод

Свеобухватан напредак педијатријске медицине довео је до снижења стопа смртности деце, али и до продуженог преживљавање деце са потенцијално смртоносним обољењима и патолошким стањима. Потребне палијативног збрињавања (ПЗ) актуелизују се и у најранијем узрасту.

Према дефиницији СЗО ПЗ деце (ПЗД) подразумева активан приступ и свеобухватне поступке усмерене према телесним, психолошким и духовним тешкоћама болесног детета уз истовремену свеобухватну подршку и помоћ његовој породици. За разлику од одраслих особа, ПЗД започиње одмах по постављању дијагнозе болести или патолошких стања која у знатној мери скраћују трајање и/или могу да угрозе живот. Битна особеност је да се ПЗД увек, када је то могуће, организује у кућним условима и породичном окружењу. ПЗД обухвата узраст од 0 - 19 година и захтева посебне вештине и ресурсе, који постају интегрални део националног здравственог система.

Циљ рада је презентовање ситуације у ПЗД у Србији, као и нацрта Националног програма ПЗД.

Резултати рада

Република Србија обезбеђује свеобухватну и бесплатну превентивну и куративну здравствену заштиту деци 0 – 19 година. Деци са болестима које ограничавају и/или угрожавају живот, ПЗ пружају мултидисциплинарни тимови 6 терцијарних установа.

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ (ИМД), у Служби за испитивање и лечење плућних болести има преко 40 деце у програму кућне механичке вентилације за 10 год. Лечење хроничних болесника се организује у постојећим дневним болницама, а родитељска кућа омогућава породично окружење током хоспитализације оболеле од малигну болести. Свој деци на дужем лечењу и нези, омогућен је наставак школовања у свим дечијим болницама.

Екстраполацијом података средина са прецизно сагледаним потребама за ПЗД, у Србији се очекује да индикације за ПЗ има 1.500 – 1.700 деце, од којих годишње умире 400. Од укупног броја, 20% деце су са малигну обољењима, као и новорођенчад.

Тим стручњака 6 референтних установа је у организацији ИМД-а, према конкурс у МЗ, током 2014. године, израдио нацрт Националног програма за палијативно збрињавање деце у Србији (НППЗДС). Први општи циљ НППЗДС, свеобухватно збрињавање деце са

патолошким стањима/обољењима која ограничавају трајање или угрожавају живот је ради достизања најбољег могућег квалитета живота деце и његове породице. Специфични циљеви и одговарајуће активности су: промоција ПЗД, едукација здравствених радника и сарадника, контрола свих тегоба и промена узрокованих основном болешћу, уз психолошку, духовну и социјалну подршке детету, породици и пружаоцима збрињавања током свих фаза болести и лечења. Специфични циљ је и унапређење квалитета стручног и научно-истраживачког рада из домена ПЗД уз успостављање међународне сарадње.

Други општи циљ НППЗД је интегрисање ПЗД у све нивое здравственог система, са специфичним циљевима: остваривање континуираног увида у потребе; усклађивање националних стандарда и норматива за ПЗД са европским препорукама; планирање одговарајућих организационих модела, уз формирање националних стручних тела, као и јачање интерсекторске сарадње.

Закључак

Висококвалитетно, културолошки прилагођено и делотворно палијативно збрињавање децеу Србији је изазов. али пружа и сатисфакцију и осећај постигнућа. Услуга је исплатива и може се интегрисати у постојећи систем здравствене заштите деце.

ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ ДЕЦЕ У СРБИЈИ

Драгана Лозановић¹, Владислав Вукомановић^{1,2}, Драгана Вујић^{1,2}, Жељка Кецман¹,
Борисав Јанковић^{1,2}, Душица Симић³

¹Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије «Др Вукан Чупић»

²Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

^{2,3} Универзитетска дечја клиника

Увод

Развој и примена медицинских технологија довели су до повећања броја особа којима је потребна свеобухватно збрињавање, а чији оквири и задаци превазилазе медицинске интервенције, којима се контролишу симптоми и патолошка стања. Појам палијативног збрињавања према дефиницији Светске здравствене организације (СЗО) обухвата све аспекте бриге о болесницима који не могу да се излече, а са циљем побољшања квалитета живота. Појам свеобухватног збрињавања означава бригу медицинских професионалаца, али и заједнице у остварењу бољег квалитета живота, и односи се на физичке, емоционалне, социјалне и духовне сегменте живота. Циљ палијативног збрињавања није излечење већ побољшање квалитета живота, и то не само болесника већ и чланова породице. Палијативно збрињавање се не односи само на бригу о болесницима где је смртни исход изванредно познат (енгл. терминал царе), већ и на збрињавање болесника где се не очекује излечење или побољшање здравственог стања. У току школовања медицинских стручњака (лекара и медицинских сестара) упознавање с принципима палијативног збрињавања није предвиђено ниједним наставним планом и програмом. Овај сложени сегмент здравствене заштите је један од приоритета здравствене заштите у нашој средини – нормативни акти и национална стратегија за одрасле болеснике. Међутим, када је у питању палијативно збрињавање деце не постоје одговарајуће смернице којима би био омогућена медицинска пракса која би била заснована на доказима и униформна. Бројне специфичности намећу потребу да се палијативно збрињавање деце спроводи у складу с специфичним медицинским и социјалним аспектима бриге о деци.

Циљ овог рада је презентовање ситуационе анализе у палијативном збрињавању деце у Србији и резултата рада експертског мултидисциплинарног тима у изради Националног програма палијативног збрињавања деце, као и да се коригује погрешно схватање да се појам палијативног збрињавања односи само на децу и адолесценте у терминалном стадијуму, већ на период од када се успостави дијагноза обољења, током лечења и праћења. У изради Националног програма И анализи ситуације у Србији пошло се од дефиниције СЗО за палијативно збрињавање деце као тотално збрињавање тела, ума и духа детета и укључује пружање подршке породици; почиње у тренутку постављања дијагнозе и наставља се независно од тога да ли дете прима терапију; пружаоци здравствене заштите морају да процене и ублаже физичку, менталну и социјалну патњу детета; потребан је широк интердисциплинарни приступ који укључује породицу и користи ресурсе расположиве у заједници; може се успешно имплементирати чак и када су ресурси ограничени; пружати у здравственим установама терцијарног нивоа, регионалним болницама или код куће. WХО, 2002

Резултати рада

Ситуационала анализа указује да Република Србија обезбеђује свеобухватну и бесплатну превентивну и куративну здравствену заштиту деци 0 – 19, тј. са навршених 18. година, а да се деци са болестима које ограничавају и/или угрожавају живот пружа палијативно збрињавање у 6 терцијарних установа (педијатријски хемато онколози, пулмолози, нефролози, неуролози, нутриционисти, дечји хирурзи, анестезиолози, психолози и други здравствени радници и сарадници).

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, у Служби за испитивање и лечење плућних болести има преко 40 деце у програму кућне механичке вентилације за 10 год., а код 67% болесника механичка вентилације се примењује због хроничних болести у домену палијативе на Одељењу за педијатријску интензивну терапију. Дневне болнице учествују у лечењу хроничних болесника, а родитељска кућа омогућава смештај и родитеља и деце током хоспитализације ради терапијских и додатних интервенција и испитивања деце оболеле од малигнух болести у породичном окружењу. Свој деци која су на дужем лечењу и нези омогућен је наставак школовања у свим дечијим болницама. У Србији данас се још увек деца претежно палијативно збрињавају у установама терцијарног нивоа и то често у одељењима за интензивно лечење и негу и постиже се прихватљив степен мултидисциплинарног приступа: педијатри, психолози, социјални радници, представници удружења родитеља, нутриционисти. Али, мултидисциплинарни приступ -не подразумева стручњаке са посебном едукацијом из области педијатријске палијативне медицине, а у знатној мери је занемарено и духовно збрињавање. Само у једној установи постоји тим за контролу бола, који врши процену бола и предузима одговарајуће мере у циљу његовог отклањања или ублажавања.

У изради Националног програма за палијативно збрињавање деце поштоване су препоруке Европске мултидисциплинарне интернационалне групе експерата, које су преузете из Повеље АЦТ, Стандарди за палијативно збрињавање деце ИМПЦТ, као и принципи палијативног збрињавања које је СЗО додала уз најновију дефиницију палијативног збрињавања: пружа ублажавање бола и других симптома; афирмише живот и гледа на смрт као на нормалан процес; нема намеру нити да убрза нити да одложи смрт; интегрише психолошке и духовне аспекте збрињавања пацијента; нуди подршку пацијентима како би до тренутка смрти могли да живе што је могуће активније; нуди систем потпоре како би се помогло породици да се суочи са ситуацијом у току пацијентове болести, као и у периоду њихове сопствене жалости због губитка вољене особе; користи тимски приступ у препознавању потреба пацијената и њихових породица, укључујући и саветовања током периода жалости, уколико је то потребно; побољшава квалитет живљења, а може такође позитивно да утиче на ток саме болести; може да се примени већ у раној фази болести, упоредо са низом других терапија чији је циљ да продуже живот, као што су хемиотерапија, радиотерапија, а укључује и она испитивања која су потребна за боље разумевање и лечење тешких клиничких компликација.

Закључак

Висококвалитетно, културолошки прилагођено и делотворно палијативно збрињавање деце постало је глобални изазов. Национални програм за палијативно збрињавање деце нуди алтернативу и наду медицинском особљу да могу пружити више умирућем детету и његовој породици, да дете не пати непотребно уколико је његова болест неизлечива. Примена Националног програма и палијативног збрињавања представља изазов, али пружа и огромну сатисфакцију и осећај постигнућа, а сама услуга палијативног збрињавања је исплатива и може се лако интегрисати у постојеће здравствене услуге намењене деци.

A MULTIDIMENSIONAL CROSS-NATIONAL APPROACH TO MEASURING WELL-BEING IN UNIVERSITY STUDENTS

Francesco Lietz

Belgrade University, Faculty of Medicine, School of Public Health, Belgrade, Serbia

Background

Today well-being attracts the attention of public health professionals who are looking to explore life satisfaction as a whole and its specific domains, such as health, economic situation, and relationships. Beyond a simple positive–negative dichotomy, researchers have suggested that well-being is best characterized as a profile of indicators across multiple domains, rather than as a single factor. Our objective was to cross-nationally testing a comprehensive multidimensional model of well-being.

Methods

A cross-sectional study was conducted in June 2015 on a consecutive sample composed of 112 Italian and 94 Serbian university students. It is a pilot study that precedes the overall study at Turin and Belgrade Universities. The instrument was based on the OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being as well as on similar studies in this field, translated and culturally adapted. Participants filled in anonymous web-based and paper-pencil questionnaires investigating: (1) self-perceived multidimensional well-being (MWB) in different domains (overall life situation, relationships, community, occupation, physical health, psychological health); and (2) commitment and stress of goal pursuing. Structural equation modeling (SEM) was used to test measurement invariance across sub-groups and to assess a model of MWB across Italian and Serbian students. A composite mean score for MWB was calculated for Italian ($\alpha=0.81$) and Serbian ($\alpha=0.84$) participants. Subsequently two hierarchical multiple linear regression models predicted individual scores on MWB starting from commitment and stress of goal pursuing while controlling for age, gender, and subjective economic status. The data were analyzed using AMOS and SPSS software packages.

Results

Factor analysis through SEM across Italian and Serbian sub-groups yielded satisfactory fit results, $\chi^2=52.64$, $df=30$, $p<0.01$, CFI=0.94, TLI=0.94; RMSEA=0.06. Italians had significantly lower scores than Serbians ($p<0.05$) on all of the indices of well-being, resulting in mean score of 7.5 for the latter and of 6.8 for the former. Together, stress and commitment regarding goal achievement explained 14% of MWB scores for Italians, $F=7.17$, $p<0.001$, and 14% for Serbians, $F=5.55$, $p<0.001$. Stress resulted as a negative predictor of MWB ($\beta=-0.21$, $p<0.05$ and $\beta=-0.23$, $p<0.05$ for Italians and Serbians respectively), while commitment positive ($\beta=0.35$, $p<0.001$ and $\beta=0.37$, $p<0.001$).

Conclusions

The results show that MWB is higher in the Serbian sample and support the strength of a model for measuring MWB among young people. Moreover, the findings on stress and commitment could guide future interventions in this field, even though further longitudinal research is needed to test reliability and validity across time.

МУЛТИДИМЕНЗИОНАЛНИ ПРИСТУП МЕРЕЊУ БЛАГОСТАЊА У СТУДЕНТСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Франческо Лиц,
Универзитет у Београду, Медицински факултет, Школа јавног здравља и здравственог менаџмента, Београд, Србија.

Увод

Данас благостање привлачи пажњу стручњака у јавном здрављу који желе да истражују задовољство животом у целини и његовим специфичним областима, као што су здравље, економска ситуација и међуљудски односи. Изван једноставне позитивно-негативне дихотомије, истраживачи су сугерисали да се благостање најбоље објашњава коришћењем више домена, а не само једног фактора. Наш циљ је био да се испита свеобухватни вишедимензионални модел благостања у два града: Београду и Торину.

Метод

Студија пресека је спроведена у јуну 2015. године, као пилот истраживање, у теоријском – “узастопном” узорку састављеном од 112 италијанских и 94 српска студента. Пилот истраживање претходи основној студији која ће бити спроведена на Универзитету у Торину и у Београду. Инструмент је упитник дизајниран на основу “ОЕЦД водича за мерење субјективног благостања” као и на основу сличних студија у овој области чији су питања из упитника преведена и културално прилагођена. Учесници су попунили анонимне електронске и штампане упитнике које истражују: (1) само-процењено вишеструко благостање (МВБ) у различитим доменима (целокупна животна ситуација, међуљудски односи, друштвено окружење, главно занимање, физичко здравље и психолошко благостање); и (2) приврженост и доживљени стрес при остваривању циљева. Структурално моделовање (СЕМ) је коришћено за тестирање варирања између подгрупа и за процену модела МВБ-а у групи италијанских и српских студената. Композитни просечна збирна вредност за МВБ је израчунат за италијанске ($\alpha=0.81$) и српске ($\alpha=0.84$) студенте. Након тога два хијерархијска вишеструка модела линеарне регресије су коришћена у предвиђању збирне вредности за МВБ почевши од привржености и доживљеног стреса у остваривању циљева, уз истовремену контролу варирања према узрасту, полу и субјективном економском стању. Подаци су анализирани коришћењем АМОС и СПСС софтверских пакета.

Резултати

Факторска анализа уз коришћење СЕМ-а у италијанским и српским подгрупама дала је задовољавајуће резултате ФИТ, $\chi^2=52,64$, дф =30, $p<0,01$, ЦФИ=0,94, ТЛИ=0,94; РМСЕА=0,06. Италијани су имали значајне ниже резултате благостања него Срби у свим компонентама ($n<0.05$), просечне збирне вредности биле су 7,5 за Србе и 6,8 за Италијане. Заједно, стрес и приврженост у вези са постизањем циљева су објаснили 14% варирања у моделу МВБ-а за Италијане, $\Phi=7,17$; $n<0,001$, и 14% за Србе, $\Phi=5.55$, $n<0.001$. Анализа је показала да је стрес негативан предиктор МВБ-а ($\beta=-0,21$; $n<0,05$ и $\beta=-0.23$, $n<0.05$ односно за Италијане и Србе), док је приврженост достизању циљева – позитивни предиктор ($\beta=0.35$, $n<0.001$ анд $\beta=0.37$, $n<0.001$).

Закључци

Резултати показују да је самопроцењено вишеструко благостање веће у српском узорку, а такође потврђују могућност примене модела за мерење МВБ-а међу младима. Осим тога, налази у вези са стресом и привржености у постизању циљева могли би да усмеравају будуће интервенције у овој области. Потребна су и лонгитудинална истраживања за даље испитивање поузданости и валидности истраживачког инструмента.

SELF-REPORTED HEALTH, SOCIAL CAPITAL AND LIFE SATISFACTION AMONG ITALIAN ELDERLY

Giovanni Piumatti
University of Turin, Department of Psychology, Italy

Background

Previous research has established significant positive associations between social capital and life satisfaction among elderly. However, the positive added value of social capital for well-being among seniors needs to be tested controlling for an overall assessment of individual health. This study adopted a more comprehensive model of social capital to test the relationship between different sources of social capital and life satisfaction while controlling for individual self-reported health status.

Methods

A sample of 5,613 Italian residents was extracted from a national cross-sectional survey during 2013 in Italy, representative of the non-institutionalized population aged 60 years and over. Measures included self-reported assessment of health (self-perceived health, physical impairment, chronic illness), community social capital (trust in institutions, trust in people, political interest) and individual social capital (family satisfaction, friends satisfaction, feeling safe). Main analyses consisted of hierarchical multiple regressions predicting life satisfaction as a function of self-reported assessment of health and community and individual social capital variables while controlling for age, gender, education level and self-assessment of household income.

Results

Hierarchical multiple regression analyses showed that (1) self-reported health contributes to a greater extent than social capital in explaining life satisfaction (13 and 7% of explained variance of life satisfaction scores for self-reported health and social capital measures respectively, $p < .001$), and (2) both conceptualizations of social capital are independently associated with life satisfaction. In particular, individual social capital is a greater positive predictor of life satisfaction (5% of explained variance of life satisfaction, $p < .001$) than community social capital (1% of explained variance of life satisfaction, $p < .001$) in the current Italian sample.

Conclusions

The results suggest that the social capital and life satisfaction model is applicable among the older Italian population. In particular, these findings may suggest the need to invest more on non-institutional interventions shaped accordingly to individual network characteristics. This adds new insights to previous research undertaken in Italy and in the Mediterranean area.

САМО-ПРОЦЕНА ЗДРАВЉА, ДРУШТВЕНИ КАПИТАЛ И ЗАДОВОЉСТВО ЖИВОТОМ МЕЂУ СТАРИМ ОСОБАМА У ИТАЛИЈИ

Ђовани Пиумати

Универзитет у Торину, Одељење за психологију, Италија

Увод

Претходна истраживања су показала значајне позитивне везе између друштвеног капитала и задовољства животом међу старијима. Позитивна додата вредност друштвеног капитала за благостање међу старијим треба да се додатно испита уз контролу укупне процене индивидуалног здравља. Ова студија се заснива на свеобухватнијем моделу друштвеног капитала за испитивање односа између различитих извора друштвеног капитала и задовољства животом, уз контролу индивидуалне само-процене стања здравља.

Метод

Група од 5,613 италијанских становника је део узорка из националног истраживања у Италији 2013. године и представља становништво старо 60 и више година које не живи у институцијама. Укључене мере су само-процена здравља (телесно оштећење, хроничне болести), друштвени капитал заједнице (поверење у институције, поверење у људе, политички интерес) и индивидуални друштвени капитал (задовољство породицом, задовољство пријатељима и осећање сигурности). Главне анализе састојале су од хијерархијских вишеструких анализа регресије, предвиђајући задовољство животом као функцију варијабли само-процене здравља, заједнице и социјалног капитала, уз контролу узраста, пол, нивоа образовања и само-процене прихода домаћинства.

Резултати

Хијерархијска вишеструка анализа регресије је показала да (1) само-процена здравља доприноси у већој мери него друштвени капитал у објашњењу задовољства животом (односно 13 и 7% варирања задовољства животом објашњава се само-проценом здравља, индивидуалним и друштвеним капиталом заједнице, $p < .001$), и (2) оба концептуализације друштвеног капитала су независно повезане са задовољством животом. Посебно, индивидуални друштвени капитал је већи позитиван предиктор задовољства животом (5% објашњава варирање резултата задовољства животом, $p < .001$) него друштвени капитал заједнице (1% објашњава варирање резултата задовољства животом, $p < .001$) у садашњом италијанском узорку.

Закључци

Резултати указују да је модел друштвеног капитала и задовољства животом применљив у старијој италијанској популацији. Посебно, ови закључци могу указати да је потребно инвестирати више у ванинституционалне интервенције у складу са индивидуалним карактеристикама друштвене мреже. Ово пружа нове увиде у претходна истраживања у регионима Италије и Средоземног мора.

УТИЦАЈ СОЦИОДЕМОГРАФСКИХ ФАКТОРА НА КОРИШЋЕЊЕ АЛКОХОЛА КОД СРЕДЊОШКОЛАЦА

Сабина Ћатић, Ена Грбовић, Агима Љаљевић, Вилнерина Рамчиловић, Мирза Кадић, Ениса Кујунџић

Институт за јавно здравље Црне Горе, Подгорица, Црна Гора

УВОД

Према подацима СЗО (2014) око 3,3 милиона људи годишње умире од посљедица повезаних са алкохолом и алкохол је одговоран за око 5,1% укупног оптерећења болешћу. Штетни утицај алкохола посебно је погубан за млађе добне групе, 320.000 младих узроста између 15 и 29 година умире услед узрока повезаних са алкохолом, што чини 9% свих смртних случајева у овој добној групи.

ЦИЉ

Утврђивање повезаности социо-демографских карактеристика средњошколаца са појавом употребе алкохола.

МЕТОДОЛОГИЈА

Истраживање је спроведено 2008. године по типу студије пресека. Испитивани су ученици трећих и четвртих разреда средњих школа. Узорак су ушле све све средње школе са територије Подгорице, којих има укупно десет, а списак школа је добијен од Министарства просвете и науке. Обухваћено је укупно 876 ученика. Као инструмент истраживања коришћен је посебно креиран упитник, који је имао 34 питања затвореног типа. Свако питање је имало више солуција за одговор, а питања су се односила на све релевантне аспекте конзумирања алкохола од стране средњошколаца. За обраду података користиле су се методе дескриптивне и инференцијалне статистике.

РЕЗУЛТАТИ

Да би се могле боље објаснити навике пијења ученика, израчунате су корелације варијабли учесталости употребе алкохола и опијања у животу са социодемографским варијаблама (пол, узраст, образовни статус родитеља, сопствена процјена свог имовинског стања, мјесто становања). Уочена је повезаност сваке од социодемографских карактеристика са неким од основних ставова по питању посљедица од конзумирања алкохола. Младићи су експериментисали са алкохолом, најчешће започињали прије навршене 9. године живота, а дјевојке са навршених 16 година. Иако се највише опијају дјеца која потичу из сиромашнијих породица, најраније су са конзумирањем алкохола (прије 9. године живота) почели испитаници који су изјавили да имају највећи џепарац. Ученици из сеоских средина рјеђе пију од ученика из градова, али када се напију, углавном се не сјећају догађаја из тог периода, за разлику од дјеце из градских средина, која су навела да се у највећем проценту опијају без губитка сјећања.

ДИСКУСИЈА

Показано је да свака нова генерација младих у Црној Гори почиње са конзумирањем алкохолних пића све раније. Изражено је смањење разлика по полу у погледу учесталости и количине и знатно се скраћује вријеме између употребе алкохола с једне, и злоупотребе и ависности, с друге стране. Ниво образовања родитеља је повезан са васпитним приступом који може повећати ризик скретања адолесцената према злоупотреби алкохола.

ЗАКЉУЧАК

Истраживање је показало да социодемографске карактеристике имају значајан утицај на злоупотребу алкохола код средњошколаца.

INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHICS FACTORS ON THE ALCOHOL USE IN HIGH SCHOOL STUDENTS

Sabina Čatić, Ena Grbović, Agima Ljaljević, Vilnerina Ramčilović, Mirza Kadić, Enisa Kujundžić

INTRODUCTION

According to the WHO (2014), about 3.3 million people die annually from the alcohol-related consequences and alcohol is responsible for about 5.1% of the total burden of disease. Harmful effect of alcohol is especially fatal for younger age groups, 320.000 young people aged between 15 and 29 years die because of causes related to alcohol, which represents 9% of all deaths in this age group.

OBJECTIVE

To determine relation between socio-demographic characteristics of high school students and their alcohol use.

METHODOLOGY

The survey was conducted in 2008th, according to the cross-sectional study type. The sample included all ten secondary schools from Podgorica, and the list of schools was obtained from the Ministry of Education and Science. The surveyed students were from the third and fourth grades of secondary schools. The study included a total of 876 students. The survey instrument was a specially designed questionnaire, which had a total of 34 closed questions. The obtained data were analyzed by descriptive and inferential statistics.

RESULTS

In order to better explain students' drinking habits, the correlations between variables regarding the frequency of alcohol use and binge drinking in life were calculated with the socio-demographic variables (gender, age, educational status of parents, own assessment of their financial status, place of residence). The data showed a significant correlation of alcohol use with socio-demographic characteristics of students. Young men, usually tried alcohol before the age of nine, and girls at the

age of 16. Although children from poorer families are getting intoxicated more often, respondents who quoted that they have the highest allowance started with alcohol consumption the earliest (before age of 9). Students from rural areas drink more rare than students from urban areas, but when they get drunk, they can't remember events from that period unlike students from urban areas who quoted that they mainly drink without loss of memories.

DISCUSSION

It is proven that each new generation of young people in Montenegro starts with the consumption of alcoholic beverages earlier in life. There is a pronounced decrease in gender differences regarding to the frequency and quantity of use, and time difference between alcohol use on one hand, and abuse and dependence on the other is significantly shorter. Level of parents education is correlated with educational approach that can increase risk of alcohol abuse of adolescents.

CONCLUSION

The survey has shown a significant correlation of socio-demographic characteristics of students from high school and alcohol abuse.

ТРАУМАТИЗАМ – ИЗАЗОВ ЗА НОВО ЈАВНО ЗДРАВЉЕ

Марија Марковић, Милена Пауновић, Светлана Милтеновић, Светлана Младеновић
Јанковић, Гордана Тамбурковски
Градски завод за јавно здравље Београд, Србија

УВОД

Трауматизам представља једно од највећих оптерећења здравственог система са доказаним могућностима позитивног дејства превентивних мера. И поред бројних доказа да превентивне мере могу значајно утицати на снижење инциденце повређивања у многим земљама па и код нас овом важном аспекту посвећује се недовољна пажња, а утицај здравственог система је недовољан или одсутан при доношењу мера превенције.

МЕТОД РАДА

Аналитичко-дескриптивни. Епидемиолошка анализа трауматизма у Србији у периоду 2004-2013. године.

РЕЗУЛТАТИ

У 2013. години повреде су биле један од водећих узрока умирања становништва у Републици Србији и налазиле су се на петом месту свих узрока умирања, са 3.172 смртна случаја, односно 3,2% учешћа у укупном морталитету. Готово три четвртине умрлих од последица повређивања су особе мушког пола (73,6%).

Стопа морталитета од повреда је у 2013. години износила 44.3/100 000 и била три пута већа код мушкараца (66.9/100 000) у односу на жене (22.7/100 000). У 2013. години забележен је пад стопе морталитета од 14.1% у односу на почетну годину посматрања, односно 2004. годину, када је стопа морталитета од повреда износила 51.6/100 000 (78.4/100 000 за мушкарце и 26.4/100 000 за жене)

ДИСКУСИЈА

Искуства многих земаља указују да се најбољи резултати у примени програма превенције трауматизма постижу када здравствени сектор преузме водећу улогу у јачању институционалних механизма усмерених на истраживање у области контроле повређивања, анализу добијених података и дизајнирање и примену мера усмерених на снижење фактора ризика за повређивање а уколико се повреде догоде на њихово адекватно збрињавање.

ЗАКЉУЧАК

Подаци о морталитету, као најмеродавнијем критеријуму степена тежине неког проблема, указују да су повреде у Србији на самом врху узрока смрти. Иако је у протеклих десет година дошло до пада стопе морталитета од повреда, оне и даље представљају један од водећих узрока умирања и заузимају треће место у структури умирања од незаразних обољења, иза болести срца и крвних судова и малигних неоплазми.

У циљу превенције повређивања и ублажавања његових последица, односно интензитета повређивања и последичног инвалидитета као и смртних случајева услед повређивања,

неопходно је установити механизме на нивоу државе који ће омогућити прикупљање адекватних података и њихово континуирано ажурирање, анализирање фактора ризика и креирање адекватних превентивних програма и система праћења и евалуације како би се учесталост повређивања и његове последице ублажиле.

Кључне речи: трауматизам, здравствени сектор, превенција повреда, стопа морталитета, евиденција повреда

TRAUMATISM - NEW CHALLENGE FOR PUBLIC HEALTH

Marija Markovic, Milena Paunovic, Svetlana Miltenovic, Svetlana Mladenovic Jankovic, Gordana Tamburkovski
Belgrade Institute of Public Health, Belgrade, Serbia

INTRODUCTION:

Traumatism represents one of the health system greatest burdens with the proven capabilities of the positive effects of preventive measures. Despite the numerous evidence that preventive measures can significantly reduce the incidence of injuries in many countries, and in our country as well, insufficient attention is given to this important aspect, and the impact of the health system is deficient or absent when adopting preventive measures.

METHOD OF WORK:

Analytical-descriptive. Epidemiological analysis of traumatism in Serbia in the period 2004-2013.

RESULTS:

In 2013. injuries were one of the leading causes of death in Serbia taking the fifth place of all causes of death, with 3.172 death cases, or 3,2% of participation in total mortality. Almost three quarters of injury fatalities were among males (73,6%).

Injury mortality rate in 2013. was 44.3/100 000 and was three times higher in males (66.9/100 000) than females (22.7/100 000). In 2013. there was a decrease of 14.1% in mortality rate, in comparison to the initial year of observation, 2004, when the mortality rate was 51.6/100 000 (78.4/100 000 for males and 26.4/100 000 for females)

DISCUSSION:

Experiences of many countries have shown that the best results in the implementation of injury prevention programs are achieved when the health sector takes the leading role in strengthening the institutional mechanisms aimed at research in the field of injury control, data analysis and design and implementation of measures directed towards lowering the risk factors for injuries and performing adequate injury management, in case of injury occurrence.

CONSLUSION:

Mortality data, as the most competent criteria of severity of some problem, indicate that injuries in Serbia are one of the leading causes of premature death. Although there was a decreasing trend in injury mortality rates during the past decade, injuries still remain one of the most important causes of death by occupying the third place in the structure of mortality from non-communicable diseases, behind cardiovascular diseases and malignant neoplasms. In order to prevent injuries and mitigate their consequences, the intensity and subsequent disability and deaths, it is necessary to establish the state level mechanisms which will enable the collection of adequate data and their continuous updating, risk factors analysis and the creation of adequate prevention programs and monitoring and evaluation system in order to reduce the frequency of injuries and their consequences

KEY WORDS: traumatism, health sector, injury prevention, mortality rate, injury recording

СТАВОВИ О КОМПЕТЕНЦИЈАМА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА – ТЕХНИЧАРА СА СТАНОВИШТА УЧЕНИКА, НАСТАВНИКА И ЗАПОСЛЕНИХ

Маријана Гачевић¹, Милена Шантрић Милићевић², Владимир Васић³ и Јован Филиповић⁴

1. Медицинска школа » Др Андра Јовановић » , Шабац

2. Медицински факултет, Универзитета у Београду

3. Економски факултет Универзитета у Београду

4. Факултет организационих наука Универзитета у Београду

Сестринство обухвата целокупни корпус систематизованих интердисциплинарних стручних и научних знања, вештина и етичких постулата, односно компетенција, које медицинске сестре стварају и користе у својој професионалној пракси.. Најозбиљнији задатак током школовања медицинских сестара јесте оспособити их да своја теоријска знања употребе и провере у пракси, како би касније, у свом раду, могле на најкориснији начин да помогну болесном човеку и од болести да заштите здраве. Циљ рада је био да се утврди мишљење испитаника о степену усаглашености знања и вештина које се стичу током школовања са захтевима сестринске праксе и идентификују могућности развоја сестринске професије у Србији.

МЕТОД РАДА

Студија пресека спроведена је посебно конструисаним упитницима у медицинској школи у Шапцу током маја-јуна 2015. године на укупно 445 испитаника, 75 матураната на смеру медицинска сестра-техничара, 14 наставника, и 356 запослених медицинских сестара-техничаре у Општој болници и дому здравља у Шапцу. Упитник се састојао од 25 питања којим су обухваћене социјално-демографске карактеристике испитаника и ставови о усаглашености о потребним компетенцијама у пракси. Анализа података је подразумевала дескриптивну статистику и аналитички статистику (факторску анализу, Крускал Валисов непраметарски тест и упарена поређења). Најзначајнији резултати ($p < 0.005$) су приказани графички и табеларно.

РЕЗУЛТАТИ

Степен знања, вештина и способности које запослени испитаници поседују су највиши за извођење процедура везаних за: одржавање хигијене (54,2%), вођење медицинске документације (53,6%), као и превенцију компликација одређених болести (52,8%). Екстракцијом и ротацијом варијансе 29 компетенција издвојено је 5 фактора који укупно објашњавају 53,2% оригиналног варијабилитета (Оперативно планирање и организација сестринске неге, Менаџмент и развој сестринске неге, Пружање сестринске неге, Припрема медикамената и Информационо-комуникациона писменост). Студенти највишом оценом процењују Пружање сестринске неге, наставници информационо-комуникационе компетенције матураната, док запослени сматрају да је за праксу најважнија њихова компетенција Пружање сестринске неге.

ЗАКЉУЧАК

Све три циљне групе су сагласне да плата медицинских сестара не одговара степену одговорности на радном месту, као и да медицинске сестре немају одговарајуће надлежности у систему здравствене заштите.

Према оцени наставника, матурантима је потребна припрема за рад на радном месту која је усмерена на Оперативно планирање и организација сестринске неге као и за Менаџмент и развој сестринске неге.

Матуранти високо оцењују своје компетенције али и јасно препознају недостатке.

Оцене запослених показују да је ниво свих њихових компетенција од осредњег значаја за праксу.

Са становишта важности за праксу, самопроцена запослених о својим компетенцијама је слична процена наставника о компетенцијама матураната у погледу свих фактора. Та усаглашеност говори у прилог значаја додатне едукације на радном месту односно о присутности других фактора који овом анализом нису обухваћени.

Кључне речи: компетенције, медицинске сестре, ученици, развој сестринства, Србија.

INTRODUCTION

Nursing includes the entire corpus of systematic interdisciplinary professional and scientific knowledge, skills and ethical precepts, and competencies that nurses create and use in the education of their personnel and in their professional practice. The most serious task during the training nurses is to enable them to use and test their theoretical knowledge in practice, so that later in their work, they could be able to help a sick person and to protect health people from illness in the most useful way. The objective of this research was to determine the opinion of respondents about the degree of compliance of knowledge and skills, which are acquired during training with the requirements of nursing practice, and to identify opportunities for development of the nursing profession in Serbia.

METHODS

The cross-sectional study was conducted by specially designed questionnaires in Medical High School in Sabac during May-June 2015 to a total of 445 respondents- 75 nursing graduates, 14 teachers, and 356 nurses at the General Hospital and the health centre in Sabac. The questionnaire consisted of 25 questions that included socio-demographic characteristics, and the attitudes toward required competencies in the practice. Data analysis involved the descriptive and analytical statistics (factor analysis and Kruskal Wallis's non-parametric test and paired comparisons). The most significant results ($p < 0.005$) are presented in tables and graphs.

RESULTS

The level of knowledge, skills and abilities that employed respondents have are the highest to perform procedures related to: hygiene (54.2%), keeping the medical documentation (53.6%), as well as the prevention of complications of certain diseases (52.8%). Competences, which should be improved, in order to more completely respond to the needs of users, are: the cooperation with experts for social and emotional support, the analysis of the ethical arguments that require

individualization of nursing plan, the knowledge of the rights of employees, motivation of patients to adhere to treatment, motivation of patients to change living habits. By extraction and rotation of variance of 29 competencies, 5 factors have been allocated, which, in total, explain 53.2% of the original variability. Factors, which are listed in order of importance according to the percentage of coverage of the original variability, are *Operational planning and organization of nursing care, Management and development of nursing, Provision of nursing care, The preparation of a medicament and Information-communication literacy*. The students evaluated all its competences with high marks, primarily for the Provision of nursing care and for Operational planning and organization of nursing care. The teachers valued information and communication competencies of graduates the most, and their willingness to Provide nursing care. Whereas employed at the hospital believe that, for practice, the most important is their competence of Provision of nursing care and Management and development of nursing.

CONCLUSION

All three groups agree that the salaries of nurses do not correspond to the degree of responsibility in the workplace, and that nurses do not have appropriate jurisdiction in the health care system.

Teachers assess students' competence weaker, which means that although the graduates believe they are ready to work in practice, they will need at-work preparation that is focused on operational planning and organization of nursing care and on the management and development of nursing.

Graduates have developed an awareness that will soon be responsible for their own work as qualified nurses thus though they have highly rated their competence they also clearly have recognized their limitations.

The employee self-assessed their competence at medium level of significance for their work.

From the point of relevance to practice, self-assessment of employees about their competence is similar to assessment of teachers about the competence of graduates in terms of all factors. This compliance discusses the importance of further education at the workplace and the presence of other factors that are not included in this analysis.

Key words: competences, nurses, graduates, nursing development, Serbia

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

616-058"20"(497.11)(082) (0.034.2)

616-058"20"(497.11)(048) (0.034.2)

**КОНГРЕС социјалне медицине Србије са
међународним учешћем (3 ; 2015 ; Златибор)**

Здравље 2020. у Србији

[Електронски извор] : зборник радова и
резимеа / Трећи конгрес социјалне медицине
Србије са међународним учешћем, 7-9. октобар
2015. , Златибор; [организатори] Секција за
социјалну медицину Српског лекарског друштва
... [и др.]. - Београд : Секција за социјалну
медицину Српског лекарског друштва, 2015
(Београд : Секција за социјалну медицину
Српског лекарског друштва). - 1 електронски
оптички диск (CD-ROM) ; 12 cm

Системски захтеви: Нису наведени. - Nasl. sa
naslovne strane dokumenta. - Тираж 300. -
Библиографија уз сваки рад. - Abstracts.

ISBN 978-86-6061-072-2

1. Српско лекарско друштво (Београд).

Секција за социјалну медицину

а) Социјална медицина - 21в - Апстракти б)

Социјална медицина - 21в - Зборници

COBISS.SR-ID 217990668



www.sld-rs.org