

ГОДИНА XXXV

Број 4

АВГУСТ, 2006. ГОДИНЕ

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

# ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



## Уређивачки одбор:

Председник:

Прим. др Илија Трипковић

Главни и одговорни уредник:

Проф. др сп. мед. Предраг Довијанић

Заменик главног и одговорног уредника:

Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

Чланови:

Др Василије Антић

Светлана Вукајловић, дипл. правник

Раде Николић, дипл. правник

Проф. др Момир Џаревић

Прим. др Тања Кнежевић

Рајко Гргуревић, dipl. есс.

Др Вуко Антонијевић

Прим. др Мирјана Велимировић

Секретар:

Милка Томић-Каришић

---

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

---

За издавача: Рајко Гргуревић, dipl. есс.

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушкићева 25/1

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

---

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11 000 Београд

Лекцијура-корекцију:

Ковилька Дабић, проф.

Технички уредник:

Синиша Ђетковић

Тираж:

500 примерака

Штампа:

„Сека“, Београд

---

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

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

\* \* \*

На основу мишљења Министарства за науку, технологију и развој Републике Србије бр. 413-00-397/2002-01 од 30.04.2002. године часопис „Здравствена заштита“ је ослобођен од налога на пореза на промет, као публикација од посебног интереса за науку.

***C a g r ж a j***

<b>Вести и новости из Министраства здравља Србије.....</b>	<b>1</b>
<b>Стручни и научни радови</b>	
<i>Др Биљана Јовановић, др Наташа Мазић, др Весна Миољевић, др Јелена Обреновић, др Снежана Јовановић</i>	
Болничке инфекције у одељењима интензивне неге .....	3
<i>Др Драгана Јовановић, Бранко Јаковљевић, Катарина Пауновић, Душан Грубор</i>	
Значај особина личности и психосоцијалних фактора за развој коронарне болести срца.....	11
<i>Др си. мед. Душанка Мајијевић, В.М.С Анђелка Којевић, Прим. mr си. др Мирјана Панићелић-Влајковић, Александра Вучковић Унапређење рада са родитељима кроз координацију рада поливалентне патронажне службе и других служби у дому здравља и сарадња са структурима у локалној заједници .....</i>	21
<i>Прим. др Радмила Кандић, др Бранка Грујић, Прим. др Весна Богдановић, др Босилька Јуришић-СклоЯић</i>	
Резултати испитивања сatisфакције корисника радом службе за здравствену заштиту деце Дома здравља Звездара.....	31
<i>Др Милош Максимовић, др Радојка Коцијанчић, др Душан Бајковић, др Татјана Илле, Катарина Пауновић</i>	
Прилагођавање и ментално-хигијенска обележја интерно расељенихadolесцената.....	35
<i>Проф. др Милутин Даћић</i>	
Како написати научностручни рад? .....	43
<i>Проф. др Драган Недељковић</i>	
"Старим колико морам, подмлађујем се колико могу" .....	49

---

<i>Проф. др Предраг Довијанић</i>	
Поводом 70 година Клиничко-болничког центра ”Звездара” - Београд .....	53
<i>Душан Јањанин</i>	
Пројекат допунских, немедицинских терапијских активности.....	59
<b>Из историје здравства Србије</b>	
<i>Прим. др Миодраг Јовановић</i>	
Развој здравствене службе у ужичком крају.....	61
<i>Прим. др си. Владисав Пешић, Прим. др си. Будимир Павловић, Прим. др Јелена Јовановић-Симић,</i>	
Др Габријел Гарније – оснивач и директор првог дечјег диспанзера у Србији .....	67
Из историје здравства Србије .....	71
<b>Вести и новости из система здравства Србије.....</b>	75
<b>Календар стручних скупова у Европи (септембар-октобар 2006.)....</b>	79
<b>Упутство ауторима .....</b>	81

**Вести и новости из Министарства здравља Србије**

**РЕПУБЛИКА СРБИЈА**  
**МИНИСТАРСТВО**  
**ЗДРАВЉА**  
 Национална комисија  
 за превенцију пушења

**Србија јрошив дуванског дима**  
*Шта се ради у Републици Србији  
 ио штању контроле дувана?*

1. децембра 2005. године Скупштина Србије и Црне Горе изгласала је ратификацију Оквирне конвенције о контроли дувана Светске здравствене организације („Сл. лист СЦГ – Међународни уговори“, бр. 16).

Прихватањем овог међународног уговора држава се обавезала да ће у наредних 5 година применити комплетан пакет мера да би заштитила здравље својих грађана.

Све мере које предвиђа Оквирна конвенција о контроли дувана Светске здравствене организације обухваћене су нацртом Стратегије контроле дувана Републике Србије.

Нацрт је припремила Национална комисија за превенцију пушења Министарства здравља Републике Србије. За успешну реализацију Стратегије потребна је координисана активност министарства, струковних и невладиних организација.

Велики број законских мера које су предвиђене Конвенцијом и Стратегијом код нас су већ утвђене у нове законе. За успешно спровођење ових закона потребна је подршка грађана Србије.

**Закон о забрани пушења  
 у затвореним просторијама**

(„Сл. гласник РС“ бр. 16/95, 101/2005) забрањује пушење у:

1. просторијама за рад, уколико је бар један запослени непушач,
2. здравственим, васпитно-образовним и социјалним установама,
3. просторијама за производњу, смештај и промет лекова и животних намирница,
4. просторијама у којима се одвијају седнице, културне, забавне, спортске и друге манифестације и такмичења,
5. просторијама у којима се обавља јавно снимање и емитовање,
6. лифтовима,
7. средствима јавног превоза.

У наведеним просторијама обавезно је постављање знака забране пушења.

У посебно одређеним одељцима пушење је дозвољено у унутрашњој пловидби, железничком и ваздушном саобраћају.

Надзор врше инспектори рада (тачка 1), здравствени и санитарни инспектори (тачке 2-7). Новчана казна за појединца је 5.000 динара, за одговорно лице у предузећу 10.000 до 50.000 динара, а за правно лице 50.000 до 500.000 динара.

**Закон о оглашавању**

- („Сл. гласник РС“, бр. 79/2005)
- забранује оглашавање дуваних производа путем штампе, телевизије, радија, филмова, биоскопских дијапозитива, паноа, билборда, мурала, налепница, плаката, летака, средстава превоза или друге врсте производа.
  - забранује поклањање узорака и промотивне попусте за дуванске производе,
  - забранује да дуванска индустрија спонзорише медије, спортисте, спортске клубове, спортска и друга такмичења и њихове

ве учеснике, малолетна лица и активности чију публику претежно чине малолетна лица.

Надзор над спровођењем овог закона врши Министарство трговине, туризма и услуга.

### **Закон о дувану**

(„Сл. гласник РС“, бр. 101/2005)

- забрањује продају дуванских производа малолетним лицима,
- забрањује продају дуванских производа путем самоуслуживања и аутомата,
- забрањује производњу слаткиша, грицкалица и играчака у облику дуванских производа,
- прописује садржај никотина, катрана и угљен-моноксида, начин њиховог мерења и истицања информација о њиховом садржају на сваком паковању,
- прописује садржај и величину упозорења о штетности дуванских производа које ће произвођачи и увозници бити у обавези да истакну на сваком паковању од 1. 1. 2007.
- забрањује употребу обманујућих термина као што су „лак“, „благ“, „ултра-лак“, „низак ниво катрана“ и сл. од 1. 1. 2007.
- установио је буџетски фонд у циљу реализације програма за спречавање болести које су повезане са пушењем.

Надзор над спровођењем поменутих одредби закона врши Министарство здравља и Министарство трговине, туризма и услуга.

---

## **Најава министра Милосављевића за домове здравља 60 милиона евра**

У овој и следећој години планирана реконструкција 157 дома здравља у Србији

Министар здравља Томица Милосављевић најавио је јуче улагање 60 милиона евра у хитну реконструкцију 157 дома здравља у Србији, у периоду од 2006. до 2007. године.

Милосављевић је на конференцији за новинаре у Међународном прес-центру Танјуга указао да је главни циљ овог пројекта, који се реализује у оквиру Националног инвестиционог плана Владе Србије, побољшање лечења и уједначавање услова рада у домовима здравља.

Главна сврха пројекта је да се сваки дом здравља уједначи по изгледу, поправи грејање, хлађење, одржавање и инфраструктура за снабдевање водом и електричном енергијом – рекао је он и додао да ће први резултати улагања бити видљиви до краја године.

План је да се у наредна два месеца заврши избор великих извођача, који су у стању да координишу неопходне радове на реконструкцији објеката, а да после домови здравља организују локалне подизвођаче као локалну оперативу – објаснио је Милосављевић.

Он је казао да је то уједно прилика да новац који се улаже у хитну реконструкцију буде новац који ће ангажовати локалну грађевинску оперативу.

Министар здравља је напоменуо да улагање у реконструкцију здравствених установа неће бити исто и да ће на овај начин усмеравати регионални развој најнеразвијенијих делова Србије и да ће се, у оквиру пројекта, унапредити информатички систем дома-ва здравља.

Милосављевић није желео да коментарише аферу с увозом парадајза из Грчке док надлежни инспекторати не утврде санитарну исправност, мада је додао да једе парадајз у ово време године.

Он је, коментаришући извештај УН, пре-ма коме социјално угрожени у Србији не добијају добру здравствену заштиту, рекао да тај слој људи, међу којима је већина ромске популације, пре свега, нема „адекватан људски третман“.

*Танјућ, 18. јул 2006. године*

**Стручни и научни радови****Болничке инфекције у одељењима интензивне неге\***B. Јовановић,<sup>1</sup> Н. Мазић,<sup>2</sup> В. Миољевић,<sup>3</sup> Ј. Обреновић,<sup>4</sup> С. Јовановић<sup>5</sup>**Nosocomial infections in the intensive care units**B. Jovanović,<sup>1</sup> N. Mazić,<sup>2</sup> V. Mioljević,<sup>3</sup> J. Obrenović,<sup>4</sup> S. Jovanović<sup>5</sup>

**Сажетак.** Увод/Циљ. Ризик од појаве болничких инфекција (БИ) постепено је већи ког болесника хоспитализованих у одељењима интензивне неге (ОИН) у односу на болеснике осталих одељења. Веће вредностите иницијације БИ у ОИН могу се објаснити што су у ОИН болесници са тежим основним оболењем изложени инвазивним дијагностичким и терапијским процедурама. Нерационална употреба антибиотика доводи до селекције мултирезистентних узрочника, који се све чешће регистришу као узрочници БИ. Циљ рада је да се сагледају карактеристике БИ у ОИН у периоду јануар-јун 2005.

**Методе.** Студија иницијације је урађена по методологији Centers for Diseases and Prevention. Регистроване су све инфекције код болесника хоспитализованих у ОИН у периоду јануар-јун 2005. Анализирани су подаци добијени из медицинске документације и подаци добијени у интервјуу са медицинским особљем. Узорци су обраћивани стапандардним методама у микробиолошкој лабораторији.

**Резултати.** Вредностите иницијације болесника са БИ крећале су се од 1,5 до 40,8, а

**Abstract.** Background/Aim. The risk for nosocomial infections (NIs) is 5-10 times higher in patients hospitalized in the Intensive Care Units (ICUs) than in patients staying in other wards. The higher incidence rates of NIs in the ICUs may be explained by the fact that the patients in the ICUs have more severe underlying disease, and are exposed to the invasive diagnostic and therapeutic procedures. The unreasonable use of antibiotics leads to the selection of multiresistant agents, which have been increasingly recorded as the NIs causative agents. The aim of this study was to investigate the characteristics of NIs in the iICUs in the period January-June 2005.

**Methods.** The study of incidence was performed in accordance with the methodology of the Centers for Diseases and Prevention. Any infections in the patients hospitalized in the ICUs in the period from January to June 2005 were registered. The results both from medical documentation and from the direct contacts with the medical personnel were analyzed. The samples were tested using standard methods in die microbiological laboratory.

\* Пренето из „Војносанитетски преглед“, фебруар 2006.

<sup>1</sup> Др Биљана Јовановић, Клинички центар Србије, Служба за болничку епидемиологију, социјалну медицину и хигијену

<sup>2</sup> Др Наташа Мазић, Клинички центар Србије, Служба за болничку епидемиологију, социјалну медицину и хигијену

<sup>3</sup> Др Весна Миољевић, Клинички центар Србије, Служба за болничку епидемиологију, социјалну медицину и хигијену

<sup>4</sup> Др Јелена Обреновић, Клинички центар Србије, Служба за болничку епидемиологију, социјалну медицину и хигијену

<sup>5</sup> Др Снежана Јовановић Клинички центар Србије, Служба за болничку епидемиологију, социјалну медицину и хигијену

вредносћи инициденије инфекција од 1,5 до 65,6 у односу на 1 000 болничких дана. Од укупног броја БИ 44,6% чиниле су уринарне инфекције, 37,6% инфекције крви и 16,9% инфекције оперативног месета.

**Закључак.** Најчешћи узрочник нозокомијалних уринарних инфекција био је *Klebsiella spp.*, нозокомијалних сепси коагулаза негативан стафилокок, а инфекција оперативног месета *Staphylococcus aureus*.

**Кључне речи.** инфекција, интраноситална; интезивна нега, одељења; инициденија.

**Results.** The incidence rates of NIs patients ranged from 1.5 to 40.8, and the incidence rates of infections were 1.5 to 65.6 per 1 000 patient's days. Out of the total number of NIs, urinary infections accounted for 44.6%, blood infections for 37.6%, and surgical site infections for 16.9%. Conclusion. The most frequent cause of nosocomial urinary infections was *Klebsiella*, of nosocomial sepsis - coagulase - negative staphylococci, and of surgical site infections - *Staphylococcus aureus*.

**Key words.** cross infection; intensive care units; incidence.

## Увод

Још осамдесетих година прошлог века уочена је већа учсталост болничких инфекција (БИ) код болесника хоспитализованих у одељењима интензивне неге (ОИН), него код болесника осталих одељења<sup>1,2</sup>. Ризик од појаве БИ већи је пет до десет пута у ОИН, а посебан проблем представљају мултирезистентни узрочници БИ, настали као последица неконтролисаног давања антибиотика<sup>1,4</sup>.

Циљ рада је сагледати карактеристике БИ у ОИН.

## Методе

Студија инициденије урађена је по методологији *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)<sup>5</sup>, Регистроване су све инфекције код болесника хоспитализованих у ОИН у периоду јануар–јун 2005. год.

**Табела 1.** Инициденија болесника са БИ у одељењима интензивне неге у периоду јануар–јун 2005.

	Јануар	Фебруар	Март	Април	Мај	Јун
Ургентни центар - Шок А	19,5	19,4	5,7	19,3	11,7	11,6
Ургентни центар - Шок Б	23,9	40,8	22,3	8,7	31,2	32,7
Институт за дигестивне болести	9,4	12,6	6,3	3,2	12,8	6,1
Институт за кардиоваскуларне болести	-	4,5	3,5	3,0	-	1,5
Институт за неурохирургију	19,0	15,0	13,0	6,0	7,0	9,0
Институт за урологију и нефрологију	2,9	13,2	9,8	6,1	3,0	9,0

Као извор података коришћени су дневни налази о изолацији узрочника у бактериолошкој лабораторији, медицинска документација оболелих (историје болести, температурне листе), као и подаци добијени у разговору са медицинским особљем.

Узорковање, култивација, изолација, идентификација и резистенција узрочника на антибиотике вршени су стандардним микробиолошким методама у бактериолошкој лабораторији.

## Резултати

На табелама 1 и 2 приказане су инициденије болесника (И) са БИ и инициденије инфекција (И) у ОИН појединих института, у периоду јануар–јун 2005. године.

Вредности ИБ кретале су се од 1,5 до 40,8, а вредности И од 1,5 до 65,6, изражено према 1 000 болничких дана.

Посматрано према анатомској локализацији, од укупног броја БИ регистрованих у

**Табела 2.** Инциденција болничких инфекција у одељењима интензивне неге у периоду јануар-јун 2005.

	Јануар	Фебруар	Март	Април	Мај	Јун
Ургентни центар - Шок А	35,0	22,7	8,1	31,4	15,0	19,5
Ургентни центар - Шок Б	27,3	62,7	24,8	10,8	65,6	45,2
Институт за дигестивне болести	18,5	22,2	9,4	3,2	12,8	6,1
Институт за кардиоваскуларне болести	-	4,5	3,5	3,0	-	1,5
Институт за неурохирургију	20,0	25,0	25,0	9,0	10,0	13,0
Институт за урологију и нефрологију	2,9	13,2	9,8	6,1	3,0	18,0

**Табела 3.** Процентуална заступљеност болничких инфекција према анатомској локализацији у одељењима интензивне неге појединих института КЦС

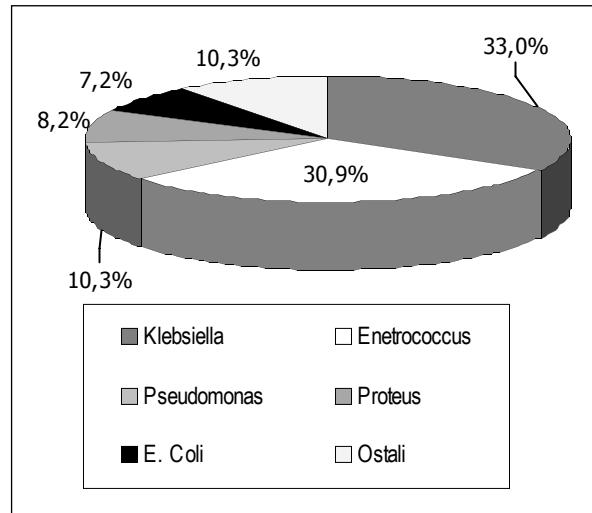
	Уринарне инфекције	Инфекције крви	Инфекције оперативног места	Остало
Ургентни центар - Шок А	53,8	33,3	12,8	-
Ургентни центар - Шок Б	31,9	51,1	14,9	2,1
Институт за дигестивне болести	10,5	47,4	42,1	-
Институт за кардиоваскуларне болести	28,6	14,3	57,1	-
Институт за неурохирургију	71,1	23,7	5,3	-
Институт за урологију и нефрологију	37,5	12,5	50,0	-

ОИН посматраних института у периоду јануар-јун 2005, 44,6% су чиниле инфекције уринарног тракта (ИУТ), 37,6% нозокомијалне

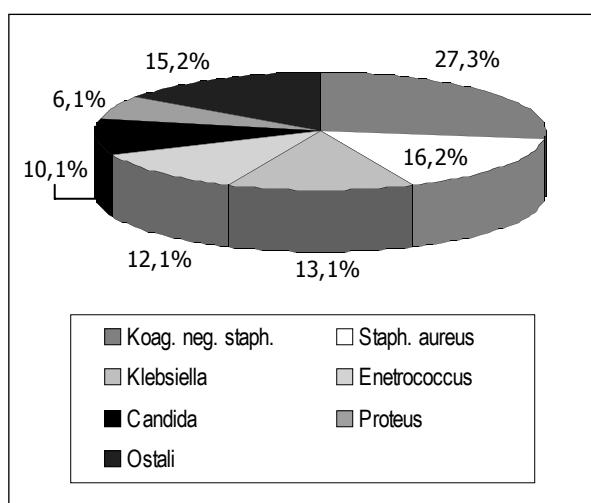
инфекције крви (НИК) и инфекције оперативног места (ИОМ) 16,9%. Ова дистрибуција приказана је на **графикону 1**. У посматра-



**Графикон 1.** Процентуална заступљеност болничких инфекција у одељењима интензивне неге у периоду јануар-јун 2005. год. (према анатомској локализацији).

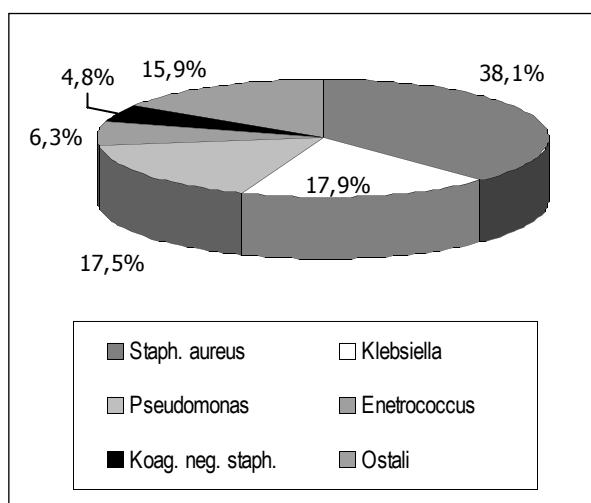


**Графикон 2.** Процентуална заступљеност узрочника нозокомијалних уринарних инфекција у одељењима интензивне неге у периоду јануар-јун 2005. године.



**Графикон 3.** Процентуална заступљеност урочника нозокомијалних сепси на одељењима интензивне неге у периоду јануар-јун 2005..

ном периоду, заступљеност БИ према анатомској локализацији била је различита у ОИН појединих Института, што је приказано у *шабели 3*. Болничке инфекције различитих анатомских локализација разликовале су се и у погледу најчешће изолованих узрочника. На *графиконима 2 и 4* приказани су најчешћи узрочници нозокомијалних ИУТ, ИОМ и НИК.



**Графикон 4.** Процентуална заступљеност урочника нозокомијалних инфекција оперативног места на одељењима интензивне неге у периоду јануар-јун 2005.

## Дискусија

Код болесника хоспитализованих у ОИН постоји пет до десет пута већи ризик од појаве БИ у односу на болеснике осталих одељења. Разлоге за веће вредности инциденције БИ у ОИН треба тражити у чињеници да су у ОИН болесници са тежим основним оболењем изложени инвазивним дијагностичким и терапијским процедурама. Нерационална употреба антибиотика доводи до селекције мултирезистентних узрочника, који се све чешће региструју као узрочници БИ<sup>1,6,7</sup>.

Европска студија преваленције болничких инфекција у ОИН у којој су обрађени подаци 4 500 болесника показала је да је преваленција БИ у ОИН 20,6%<sup>8</sup>. У првој Националној студији преваленције болничких инфекција спроведеној у 27 болница у Србији, у периоду од 4. октобра до 30. децембра 1999, такође је забележена знатно већа преваленција БИ код болесника ОИН (14,5%) у поређењу са болесницима осталих одељења (4,1 %)<sup>9</sup>.

У периоду јануар-јун 2005. рађена је студија инциденције у ОИН института КЦ, а вредности инциденције инфекција варирале су у распону од 1,5 до 65,6%. Велика разлика у добијеним резултатима у појединим институтима може се објаснити различитом дужином хоспитализације и интензитетом узимања узорака биолошког материјала.

Од укупног броја регистрованих БИ 44,6% инфекција су чиниле ИУТ, 37,6 НИК и 16,9% ИОМ. Због неспровођења бронхаолвеоларне лаваже у посматраним ОИН, нема лабораторијски потврђених нозокомијалних пнеумонија. Нисмо регистровали болеснике са дијагнозом пнеумоније постављене само на основу клиничког и радиолошког налаза, због поштовања препорука CDC.

Према подацима из литературе, ИУТ су најчешће БИ. Најважнији фактор у настанку ових инфекција јесу катетеризација и њено трајање (више од шест дана), а инфекција је готово извесна код болесника који су катетеризовани до 30 дана. Из тог разлога, као најефективније мере превенције ИУТ

предлажу се строго поштовање индикација за примену катетера, правилна инсерција и нега уринарног катетера, скраћење трајања катетеризације<sup>10-14</sup>.

Према нашим резултатима, од укупног броја БИ регистрованих у ОИН посматраних института у периоду јануар-јун 2005, ИУТ су чиниле 44,6% инфекција и биле су најзаступљеније БИ. Најчешћи узрочници били су *Klebsiella spp.* (33%) *Enterococcus spp.* (30,9%) и *Pseudomonas spp.* (10,3%).

Према подацима из литературе, најзаступљенији узрочници болничких ИУТ су грам-негативни бацили и снтерококе, а *E. coli* најчешћи узрочник ИУТ<sup>10,15,16</sup>.

По учесталости ИОМ су на другом месту, а *S. aureus* је најчешћи узрочник ових инфекција. Процењује се да се у САД годишње догоди око 500000 ИОМ<sup>17,18</sup>.

Према нашим резултатима, ИОМ су представљале 16,9% регистрованих БИ у ОИН. Најчешће изоловани узрочници били су *S. aureus* (38,1%), *Klebsiella spp.* (17,5%) и *Pseudomonas spp.* (11,4%).

У превенцији ИОМ бројне мере показале су се ефективним, на пример: скраћење преоперативног боравка у болници, елиминација инфекција у другим деловима тела, депилинација или бријање електричним бријачем оперативног поља непосредно пре хируршког збрињавања, скраћење трајања хируршког захвата и примена адекватне антимицробне профилаксе<sup>19</sup>.

Haley и сар. доказали су да увођење надзора над болничким инфекцијама и пружање повратне информације хирургизма о стопама инциденције БИ, утиче на смањење учесталости ИОМ чак до 35%<sup>20</sup>.

Процењује се да годишње у болницама широм САД око 250000 болесника са пласираним централним венским катетером добије НИК<sup>21,22</sup>. Инфекције крви се код хоспитализованих у ОИН региструју два до седам пута чешће у односу на болеснике хоспитализоване у осталим одељењима. Болесници у хируршким ОИН су у већем ризику за настанак нозокомијалних сепси него болесници осталих ОИН<sup>23</sup>.

Велики број хируршких интервенција, а посебно инсерција интравенских катетера главни су разлоги велике учсталости изолације *S. aureusa* као узрочника НИК<sup>24,25</sup>. Осамдесетих година прошлог века дошло је до драстичног повећања учсталости НИК изазваних коагулаза негативним стафилококом (КНС), који се у новије време издвојио као предоминантан узрочник НИК<sup>16,26</sup>.

Према нашим резултатима, скоро половина свих НИК узрокована је стафилококом, тј. најчешћи узрочници НИК били су коагулаза негативан стафилокок (КНС) (27,3%), *S. aureus* (20,5%) и *Klebsiella spp.* (13,1%).

Сматра се да су 1,5 до 4,5% НИК контаминације, што као последицу има додатна тестирања, непотребну антибиотску терапију и продужавање хоспитализације. Контаминација је синоним за лажно позитивне изолате, псевдобактеријемију, псевдосептицију или псевдосепсу. Најчешћи контаминанти су бактерије које се уобичајено могу наћи на кожи, а код око 75% контаминисаних хемокултура изолован је КНС<sup>27</sup>. John и Bannister су још 1984. године објавили да у САД годишњи трошкови псевдобактеријемије прелазе 22 милиона долара, те се адекватна дезинфекција коже и добра техника венопунктуре сматрају важним факторима у превенцији. Од фактора значајних за настанак псевдобактеријемија издвајају се још узимање хемокултура од болесника са малим ризиком за бактеријемију, узимање више хемокултура од појединих болесника, узорковање из васкуларних катетера и повећана сензитивност нових аутоматизованих система за хемокултуре<sup>21,28</sup>.

Као један од главних ризика за настанак БИ код болесника у ОИН сматра се примена и нега интраваскуларне опреме. Поштовањем специфичних мера превенције, као и придржавањем водича о употреби интраваскуларне опреме могу се смањити стопе инциденције инфекција<sup>29</sup>.

## Закључак

Највише вредности инциденције болесника у посматраном периоду забележене су на

**ОИН Ургентног центра (Шок Б).** Инциденција инфекција је знатно виша од инциденције болесника, а разлог томе је што болесник може имати више од једне инфекције. Према анатомској локализацији, најчешће регистроване инфекције биле су уринарне инфекције, инфекције крви и инфекције оперативног места. Најчешћи узрочници нозокомијалних ИУТ били су *Klebsiella spp.*, *Enterococcus spp.* и *Pseudomonas spp.* Најчешћи узрочници НИК били су коагулаза негативан стафилокок, *S. aureus* и *Klebsiella spp.* Најчешћи узрочници нозокомијалних ИОМ били су *S. aurens*, *Klebsiella spp.* и *Pseudomonas spp.*

## Литература

1. Weber DJ, Raasch R, Rutala WA. Nosocomial infections in the ICU: the growing importance of antibiotic-resistant pathogens. Chest 1999; 115 (3 Suppl): 34S–41S.
2. Donowitz LG, Wenyel RP, Hoit JW. High risk of hospital-acquired infection in the ICU patient. Crit Care Med 1982; 10(6):355–7.
3. Jones ME, Dragbi DC, Thorns berry C, Karlowsky JA, Sabm DF, Wenzel RP. Emerging resistance among bacterial pathogens in the intensive care unit – a European and North American Surveillance study (2000–2002). ACMA 2004;3:14.
4. Hanberger H, Garcia-Rodriguez JA, Gobernado M, Goossens H, Nilson LE, Struelens MJ. Antibiotic susceptibility among aerobic gram-negative bacilli in intensive care units in 5 European countries. French and Portuguese ICU Study Groups. JAMA 1999; 281(1): 67–71.
5. Horan TC, Gaynes RP. Surveillance of nosocomial infections. In: Majhall GC, editor. Hospital epidemiology and infection control. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 1659–702.
6. Safdar N, Maki DG. The commonality of risk factors for nosocomial colonization and infection with antimicrobial-resistant *Staphylococcus aureus*, *enterococcus*, gram-negative bacilli, *Clostridium difficile*, and *Candida*. Ann Intern Med 2002;136(11):834–44.
7. Smith RL 2nd, Sawyer R.G., Pruett TL. Hospital-acquired infections in the surgical intensive care: epidemiology and prevention. Zentralbl Chir 2003;128(12):1047–61.
8. Vincent JU Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoine MH, et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC international Advisory Committee. JAMA 1995;274(8):639–44.
9. Marković-Denić Lj, Drndarević D, Milić N, Bukumirović K, Janković S. Study on the prevalence of infections in Serbia. Glas Inst Zašt Zdr Srb 2000;74(1–4 Suppl):37–79. (Serbian)
10. Burke JP, Riley DK, Nosocomial urinary tract infections. In: Majhall GC, editor. Hospital epidemiology and infection control. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 139–53.
11. Laupland KB, Bagshaw SM, Gregson DB, Kirkpatrick AW, Ross T, Church DL. Intensive care unit-acquired urinary tract infections in a regional critical care system. Crit Care 2005; 9(2): R60–5.
12. Laupland KB, Zygun DA, Davies HD, Church DL, Louie TJ, Doig GJ. Incidence and risk factors for acquiring nosocomial urinary tract infection in the critically ill. J Crit Care 2002; 17(1): 50–7.
13. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. Dis Mon 2003; 49(2): 53–70.
14. Maki DG, Tambyah PA. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. Emerg Infect Dis 2001;7(2):342–7.
15. Vučković D. Catheder-acquired infections in critically ill patients. Acta Infect\_Yug 1998 (3): 277–89. (Serbian)
16. Richards MJ, Edwards R, Culver DH, Gaynes RP. Nosocomial infections in combined medical-surgical intensive care units in the United States. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21(8): 510–5.
17. Bratzler DW, Houck PM; Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup; American Academy of Orthopedic Surgeons; American Association of Critical Care Nurses; American Association of Nurse Anesthetists, et al. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. Clin Infect Dis 2004; 38(12): 1706–15.
18. Noskin GA, Rubin RJ, Schentag JJ, Kluytmans J, Hedblom EC, Smulders M, et al. The burden of *Staphylococcus aureus* infections on hospitals in the United States: an analysis of the 2000 and 2001 Nationwide Inpatient Sample Database. Arch Intern Med 2005; 165(15): 1756–61.
19. Wong ES. Surgical site infections. In: Mayhall CG, editor. Hospital epidemiology and infection control. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 154–75.
20. Haley RW, Schaberg DR, Crossley KB, Von Aumen SD, McGowan JE Jr. Extra charges and prolongation of stay attributable to nosocomial infections: a prospective interhospital comparison. Am J Med 1981; 70(1): 51–8.
21. Correa L, Pittet D. Problems and solutions in hospital-acquired bacteraemia. J Hosp Infect 2000; 46(2): 89–95.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduction in central line-associated bloodstream infections among patients in intensive care units – Pennsylvania, April 2001–March 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2005; 54(40): 1013–6.
23. Pittet D, Tarara D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infection in critically ill patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. JAMA 1994; 271(20): 1598–601.
24. Jensen AG. Importance of focus identification in the treatment of *Staphylococcus aureus* bacteraemia. J Hosp Infect 2002; 52(1): 29–36.
25. Seneff M. Central venous catheters. In: Rippe JM, Irwin RS, Fink MP, Cerra FB, editors. Medicine. 3rd ed. Boston: Little Brown Co; 1996. p. 15–36.

- 
26. Boyce JM. Coagulase-negative staphylococci. In: *Mayhall GC*, editor. Hospital epidemiology and infection control. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 306–25.
27. Thzlefor JD, Harbarth S, Pittet D. Increasing bacteremia due to coagulase-negative staphylococci: fiction or reality? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19(8): 581–9.
28. John JF Jr, Bannister ER. Pseudobacteremia. *Infect Control* 1984; 5(2): 69–70.
29. Eggimann P, Harbarth S, Constantin MN, Touveneau S, Chevrolet JC, Pittet D. Impact of a prevention strategy targeted at vascular-access care on incidence of infections acquired in intensive care. *Lancet* 2000; 355(9218): 1864–8.

**Стручни и научни радови****Значај особина личности и психосоцијалних фактора за развој коронарне болести срца\***Д. Јовановић,<sup>1</sup> Б. Јаковљевић,<sup>2</sup> К. Пауновић,<sup>3</sup> Д. Грубор<sup>4</sup>**Importance of Personality Traits and Psychosocial Factors for the Development of Coronary Heart Disease**D. Jovanović,<sup>1</sup> B. Jakovlević,<sup>2</sup> K. Paunović,<sup>3</sup> D. Grubor<sup>4</sup>

**Сажетак.** Увод/Циљ. Многе ступије обезбедиле су јасне поштре да психосоцијални фактори значајно доприносе настанку и истољавању коронарне болести. До сада је највише истраживан утицај штића личности и карактерних особина, депресије, анксиозности, социјалне изолације и хроничног преса. Циљ истраживања је био да се процени утицај особина личности и психосоцијалних фактора на развој коронарне болести.

**Методе.** Истраживање је постапљено у форми описа аномалске (case-control) ступије. На основу медицинске документације истраживани су поделени у две групе: групу оболелих од коронарне болести (61 истраживаник) и контролну групу здравих (41 истраживаник). Сви истраживаници анкетирани су упитником који је поред демографских података обухватао и Paykelов упитник животних догађаја, Eysenckов упитник за процену претпоставки и темперамента истраживаника и Bortnerову скалу за самопроцену штића личности. Питања су се односила на десетогодишњи период пре појаве првих симптома коронарне болести за оболеле истраживанке, односно до тренутка истраживања за контролну групу здравих.

**Summary.** Background/Aim. Numerous studies have provided clear and convincing evidence that psychosocial factors contribute to the pathogenesis and expression of coronary heart disease (CHD). These factors have been related to the following psychosocial domains: personality factors and character traits, depression, anxiety, social isolation and chronic life stress. The aim of this study was to estimate the influence of personality traits and psychosocial risk factors for the development of coronary heart disease.

**Methods.** The investigation was conducted as observational cross-sectional (case-control) study. Based on medical records all subjects were divided into two groups: the group of patients with CHD (61 participants), and the control group of 41 healthy participants. All participants fulfilled the Eysenck Inventory Questionnaire, Paykel stress scale and Bortner scale of A-B self-estimation. Results. The participants with CHD were shown to have lower education than healthy participants, but were comparable

\* Пренето из Војносанитетског прегледа, фебруар, 2006.

<sup>1</sup> Др Драгана Јовановић, Институт за заштиту здравља Србије "Милан Јовановић Батут", Београд; Медицински факултет, Београд.

<sup>2</sup> Бранко Јаковљевић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Београд.

<sup>3</sup> Катарина Пауновић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Београд.

<sup>4</sup> Душан Грубор, Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање, Београд.

**Резултати.** Иституцијаници оболели од коронарне болести су разликовали по здравих иституцијанских карактеристиках према полу, старости и месту станововања, али су имали нижи стапак образовања. Према Бортнеровој скали већина иституцијаника из групе оболелих припадала је типу А личности, док је већина иституцијаника из групе здравих припадала типу Б и типу АБ. Оболели иституцијаници поседују су веће скорове на Пајкеловој стрес скали животних дошадаја, а истовремено је код њих уочен већи стапак неуротичности и психотичности, као и мањи стапак екстровертности у односу на здраве. Моделом мултиваријантне логистичке регресије показано је да је изложеност хроничном стресу (унакрсни однос 1,018; 95% интревал 1,007-1,028) значајан предиктор ризика за појаву коронарне болести, узимајући у обзир полу, старост, телесну ухраненост и артеријски притисак. Мањи ризик за оболевање од коронарне болести истичују се иституцијаници који су показали већи стапак екстровертности (унакрсни однос 0,859; 95% интревал 0,636-0,902).

**Закључак.** Изложеност хроничном стресу и интровертности као претпоставка хемигенетичких модела сматрајући фактичка ризика који дојриносе развоју коронарне болести срија, независно од оснивача предиктора као што су гојазност и хипертензија, те се може говорити о биопсихосоцијалном моделу настанка коронарне болести.

**Кључне речи:** коронарна болест; личност; процења; психологија; стрес.

## Увод

Опсежна медицинска истраживања идентификовала су бројне биолошке факторе ризика за појаву коронарне болести, међу којима су поремећаји метаболизма липида, хипертензија и пушење означени као главни и променљиви фактори, затим централни тип гојазности, поремећаји процеса хемостазе и метаболизма глукозе, као и неки непроменљиви фактори – старост, мушки пол и породично оптерећење кардиоваскуларним болестима.<sup>1</sup>

Са друге стране, недавне епидемиолошке студије обезбедиле су јасне потврде да пси-

by gender, age and place of residence. According to die Bortner scale, most participants with CHD expressed type A personality, whereas most healthy participants expressed types B and AB. The patients with CHD achieved higher scores on the Paykel stress scale of life events, and they had the higher level of neurotic and psychotic tendencies, as well as the lower level of extroversion compared to the healthy participants. Multivariate logistic regression model identified chronic stress (odds ratio 1.018; 95% confidence interval 1.007-1.028) as an important predictor for the occurrence of coronary heart disease, when adjusted for age, gender, nourishment and blood pressure. On the other side, the lower risk for the occurrence of CCHD was observed among the participants who had the higher level of extroversion (odds ratio 0.859; 95% confidence interval 0.636-0.902).

**Conclusion.** Chronic stress and extroversion can be considered important risk factors for the development of coronary heart disease, independent of other predictors such as obesity and hypertension, supporting the biopsychosocial model of the occurrence of coronary heart disease.

**Key words.** coronary disease; personality assessment; psychology; stress.

хосоцијални фактори значајно доприносе патогенези и испољавању коронарне болести, а међу њима се у литератури најчешће помињу и највише испитују следећих пет: фактори типа личности и карактерних особина, депресија, анксиозност, социјална изолација и хронични стрес.<sup>2</sup>

У основи повезаности ових психосоцијалних симптома са коронарном болешћу леже бихејвиорални и патофизиолошки механизми, при чему се сматра да бихејвиорални механизми делују индиректно, у спрези са такозваним ризичним понашањем у вези са здрављем и штетним животним навикама, као што су пушење, неправилна исхрана и

конзумирање алкохола, док патофизиолошки механизми делују директно преко активације неуроендокриног система, повећања активности симпатичког нервног система и смањења утицаја парасимпатикуса на функцију срца.<sup>2-4</sup> Екстензивна експериментна истраживања показала су да хронични стрес доводи до егзацербације процеса атеросклерозе у коронарним артеријама, до транзитне дисфункције, па чак и до некрозе ендотела. Новија истраживања на животињама доказала су да акутни стресни фактори изазивају инфаркт миокарда и аритмије, стимулишу функцију тромбоцита и доводе до повећања вискозности крви, док у присуству већ постојеће атеросклерозе акутни стрес изазива коронарну вазоконстрикцију<sup>2</sup>. Претпоставља се да честе, изразите и пролонгиране промене крвног притиска и срчане фреквенције услед деловања стресних фактора, као и повећана активност симпатикуса, повећан минутни волумен и периферни отпор могу довести до појаве и погоршања коронарне болести.<sup>5</sup>

Познавање психобиолошких механизама који повезују психосоцијалне факторе ризика са током коронарне болести довело је до развоја многих психодинамских и бихевиоралних интервенција којима је могуће модификовати ове факторе ризика и тиме смањити оболевање или последице коронарне болести.<sup>1</sup>

Циљ овог истраживања јесте да се процени утицај особина личности (тип личности, црте темперамента) и неких психосоцијалних фактора ризика (ниво образовања, место становаша и изложеност стресу) на развој коронарне болести срца.

## *Методе*

Овом опсервационом анамнестичком (сасе control) студијом обухваћена су 102 испитаника оба пола, животног доба 37–65 година. Испитаници су подељени у две групе: групу оболелих и контролну групу здравих. Групу оболелих чинили су болесници кардиолошке амбуланте са клинички манифесто-

ваним атеросклерозом коронарних крвних судова и верификованим дијагнозама: angina pectoris stabilis, angina pectoris non stabilis, status postinfarctum myocardii. Особе оболеле од шећерне болести нису укључене у студију. Групу здравих чинили су болесници амбуланте за контактна сочива, који немају анамнестичке ни клиничке знаке кардиолошких болести. Групе су биле упарене у односу на пушачке навике и конзумирање алкохола. Студија је изведена у периоду од априла до јуна месеца 2003. године.

Антropометријски параметри испитаника – телесна тежина и телесна висина - измерени су у јутарњим часовима. На основу ових података израчунат је индекс телесне масе (ИТМ), као количник телесне масе у килограмима и квадрата телесне висине изражене у метрима. За процену стања ухранњености испитаника на основу вредности индекса телесне масе коришћене су препоруке Светске здравствене организације.<sup>6</sup>

Мерење крвног притиска обављено је у јутарњим часовима, после кратког одмора, сфигмоманометром у седећем положају. Забележена је просечна вредност притиска (mmHg) добијена из три узастопна мерења. Класификација хипертензије вршена је у складу са критеријумима Заједничког националног комитета за детекцију, евалуацију и третман високог крвног притиска (JNC 7).<sup>7</sup>

Сви испитаници анкетирани су упитником који је садржао следеће групе питања: демографске и личне податке испитаника, Paykelov упитник животних догађаја,<sup>8</sup> Eysenckov упитник за процену карактера испитаника<sup>9</sup> и Бортнерову скалу за самопроцену типа личности.<sup>10</sup> Питања су се односила на десетогодишњи период пре појаве првих симптома код оболелих испитаника, односно до тренутка истраживања за контролну групу здравих.

У статистичкој обради података коришћени су:  $\chi^2$  тест, Студентов  $T$ -тест и Mann-Whitneyev U/test. Модел мултиваријантне логистичке регресије коришћен је за утврђивање статистичке значајности у предвиђању оболевања од коронарне болести под утицајем

**Табела 1.** Социо-демографске карактеристике испитиване популације

Карактеристике испитиване популације			Оболели	Здрави	Укупно	p вредности (тест)
Број испитаника		n (%)	61 (100,00)	41 (100,00)	120 (100,00)	
Старост (године)		x±SD	52,3±5,3	50,8±5,1	51,7±5,2	0,156 (-1,431)*
Пол	мушки	n (%)	52 (85,2)	30 (73,2)	82 (80,4)	0,132 (2,268) <sup>1</sup>
	женски	n (%)	9 (14,8)	11 (26,8)	20 (19,6)	
Место становља	град	n (%)	44 (72,1)	36 (87,8)	80 (78,4)	3,561 (0,059) <sup>1</sup>
	село	n (%)	17 (27,9)	5 (12,2)	22 (21,6)	
Ниво образовања	основна школа	n (%)	12 (19,7)	3 (7,3)	15 (14,7)	0,012 (10,867) <sup>1</sup>
	средња школа	n (%)	38 (62,3)	22 (53,7)	60 (58,8)	
	виша школа	n (%)	9 (14,8)	7 (17,1)	16 (15,7)	
	висока школа	n (%)	2 (3,3)	9 (22,0)	11 (10,8)	
Paykelov стрес тест		x±SD	167,8±75,5	104,3±76,4	142,3±81,7	0,000 (-3,944) <sup>2</sup>

<sup>\*</sup> Студентов t-тест<sup>1</sup>  $\chi^2$  тест<sup>2</sup> Mann-Whitney U тест**Табела 2.** Физичке и психолошке карактеристике испитиване популације

Карактеристике испитиване популације		Оболели	Здрави	Укупно	p вредности (тест)
Телесна ухрањеност	нормална ухрањеност	9(14,8)	17(41,5)	26(25,5)	0,000 (27,839)*
	прекомерна тежина	21(34,4)	23(56,1)	44(43,1)	
	гојазност I степена	28(45,9)	1(2,4)	29(28,4)	
	гојазност II степена	3(4,9)	0,0	3(2,9)	
Артеријски притисак	нормална тензија	4(6,6)	10(24,4)	14(13,7)	0,000 (24,985)*
	прехипертензија	7(11,5)	13(31,7)	20(19,6)	
	хипертензија стадијум I	29(47,5)	18(43,9)	47(46,1)	
	хипертензија стадијум II	21(34,4)	0,0	21(20,6)	
Bornerov тип личности	тип А	33(54,1)	13(31,7)	46(45,1)	0,038 (6,550)*
	тип Б	23(37,7)	19(46,3)	42(41,2)	
	тип АБ	5(8,2)	9(22,0)	14(13,7)	
Eysenckov упитник	екстовертност	11,13±4,40	13,29±4,13	12,00±4,40	0,012 (-2,514) <sup>1</sup>
	психотичност	5,57±1,99	4,71±2,05	5,23±2,05	
	неуротичност	15,54±4,71	11,76±3,90	14,02±4,77	

<sup>1</sup>  $\chi^2$  тест<sup>2</sup> Mann-Whitney U тест

**Табела 3.** Унакрсни однос и 95% интервал поверења за оболевање од коронарне болести – модел мултивар-ијантне логистичке регресије

Варијабле		b	S. E.	p	Унакрсни однос	95% интервал поверења
Женски пол		-1,304	1,007	0,195	0,271	0,038– 1,954
Старост (године)		0,364	0,678	0,591	1,439	0,381– 5,434
Место живљења - град		-1,023	0,556	0,066	0,359	0,121– 1,069
Ниво образовања	основна школа			0,287	1,000	
	средња школа	2,661	1,645	0,106	14,307	0,596–359,714
	виша школа	2,614	1,419	0,065	13,657	0,847–220,320
	висока школа	2,638	1,588	0,097	13,985	0,622–314,258
Индекс телесне масе		1,511	0,602	0,012	4,531	1,394– 14,731
Артеријски притисак		0,419	0,237	0,048	1,520	1,055– 2,419
Paykelov стрес скор		0,017	0,005	0,001	1,018	1,007– 1,028
Bornerov тип личности	тип А			0,570	1,000	
	тип АБ	-0,230	0,890	0,796	0,795	0,139– 4,543
	тип Б	-1,093	1,063	0,304	0,335	0,042– 2,692
Eysenckov упитник	екстовертност	-0,152	0,079	0,043	0,859	0,636– 0,902
	психотичност	0,272	0,177	0,125	1,313	0,928– 1,858
	неуротичност	0,070	0,073	0,332	1,073	0,931– 1,237

психосоцијалних фактора у испитиваној популацији. Статистичка значајност дефинисана је на нивоу  $p<0,05$  и  $p<0,01$ .

## Резултати

У истраживању су учествовала 102 испитаника, и то 61 испитаник у групи оболелих од коронарне болести срца и 41 испитаник у контролној групи здравих. У групи оболелих од стабилне ангине пекторис боловало је 15 (24,5%), од прележаног инфаркта миокарда 35 (57,4%) и 11 (18,1%) од нестабилне ангине пекторис. Основне социодемографске карактеристике испитаника приказане су у **табели 1**. Групе су биле упоредиве према полу, старости и месту становаша. У обе испитиване групе уочено је да највећи број има завршену средњу школу, али је утврђено да је већи проценат здравих испитаника завршио

вишу или високу школу у поређењу са групом оболелих испитаника, који су у већем проценту имали основно образовање. Испитаници из групе оболелих постигли су значајно више скорове на Пајкеловој стрес скали од испитаника из групе здравих.

Основне физичке и психолошке карактеристике испитаника приказане су у **табели 2**. У групи оболелих испитаника уочена је већа учесталост гојазности – 50,8 према 2,4% у поређењу са групом здравих, као и артеријске хипертензије – 81,9% према 43,9% у групи здравих. На основу Бортнерове скале за самопроцену типа личности већина испитаника из групе оболелих (54,1%) припадала је типу А, а већина испитаника из групе здравих типу Б (46,3%) и типу АБ (22,0%), при чему су ове разлике статистички значајне. Ајзенков упитник за процену темперамента личности показао је да су испитаници

из групе оболелих испољили нижи степен екстровертности, а значајно виши степен психотичности и неуротичности од испитаника из групе здравих (**табела 2**).

На основу модела мултиваријантне логистичке регресије издвојени су најзначајнији фактори ризика за оболевање од коронарне болести (**табела 3**). Овај модел је показао високу статистичку значајност ( $p < 0,01$ ) и њиме је могуће објаснити 84,3% о варијабилитета за коронарну болест. Индекс телесне масе (унакрсни однос 4,531; 95% интервал поверења 1,394–14,731) и артеријски притисак (унакрсни однос 1,520; 95% интервал поверења 1,055–2,419) издвојени су као значајни предиктори за развој коронарне болести у овом моделу. Поред тога, утврђено је да изложеност високом нивоу стреса (према скору на Пајкеловој скали) представља статистички значајан фактор ризика за оболевање од коронарне болести (унакрсни однос 1,018; 95% интервал поверења 1,007–1,028). Са друге стране, екстровертност као црта темперамента указује на мањи степен ризика за оболевање од коронарне болести (унакрсни однос 0,859; 95% интервал поверења 0,636–0,902), независно од утицаја пола, стварности, вредности ИТМ или вредности артеријског притиска.

## Дискусија

Фактори ризика за коронарну болест дефинисани су као фактори који повећавају ризик за њено настањање. Њиховом идентификацијом и мерењем пружа се могућност за постављање циљева у домену примарне, секундарне и терцијарне превенције ове болести. Узрочни или мајор фактори ризика – хипертензија, поремећај метаболизма липида и глукозе и пушчење – одавно су проучени и доказано је њихово независно деловање на оболевање од коронарне болести. Њихов утицај на појаву болести могу да појачају такозвани предиспонирајући фактори, међу којима су мушки пол, неке етничке карактеристике, позитивна породична историја коронарне болести, гојазност, недовољна физич-

ка активност и психосоцијалне карактеристике.

Артеријска хипертензија доводи до атеросклерозе крвних судова, њиховог сужења и смањења протока услед чега највише страдају они органи чије функционисање подразумева добро стање циркулације, а то су мозак, срце, бубрег и око. У опсежној америчкој студији спроведеној на лекарима показано је да артеријска хипертензија (системни притисак  $>160$  mmHg и дијастолни  $>90$  mmHg) као и гранична изолована системна хипертензија (системни притисак 140–159 mmHg и дијастолни  $<90$  mmHg) повећавају ризик за оболевање и умирање од кардиоваскуларних болести, појаву инфаркта миокарда и можданог удара.<sup>11</sup>

Многе лонгитудиналне студије дугог праћења показале су да је гојазност независни фактор ризика за коронарну атеросклерозу. Повезаност између гојазности, пре свега абдоминалног типа, и коронарне болести срца може се објаснити истовременим присуством других фактора ризика као што су хипертензија, дислипидемија (хипертриглицеридемија, снижење концентрације ХДЛ холестерола) и поремећај толеранције на глукозу (инсулинска резистенција), што се означава као метаболички синдром.<sup>12</sup> Сваки поремећај у оквиру метаболичког синдрома понаособ повезан је са ризиком од исхемијске болести срца, а њихова удруженост вишеструком повећава ризик и то више од простог збира појединачних ризика.

Ова студија потврдила је велику предиктивну вредност стања ухранљености и артеријског притиска за оболевање од коронарне болести, али је омогућила и утврђивање утицаја особина личности и психосоцијалних фактора на појаву коронарне болести у популацији мушкараца и жена средњег животног доба. Процена ризика за појаву коронарне болести на основу особина личности и других психосоцијалних параметара сложена је услед комплексности мерења структуре личности и стања физиолошког дистреса, услед специфичности везе између структуре личности и здравственог стања индивидуе,

као и услед непостојања универзалне методологије којом би се у потпуности елиминисала необјективност испитаника.<sup>2</sup>

Од када су касних педесетих година прошлог века Friedman и Rosenman идентификовали понашање типа А (које се карактерише жељом за такмичењем, нестрпљивошћу, ужурбаношћу, амбициозношћу, агресивношћу и хостиљношћу) као фактор ризика за појаву коронарне болести,<sup>13</sup> објављен је низ студија које су доказивале повезаност овог типа личности са појавом коронарне болести<sup>14-16</sup> или оповргавале ову везу.<sup>17-19</sup> Приказана студија само је делимично потврдила ову везу. Оболели испитаници већином су припадали типу А личности, а здрави су у већем проценту процењени као тип Б (који се одликује одсуством жеље за такмичењем, стрпљењем, мирноћом и адекватним испољавањем емоција) и тип АБ (између две крајности); али када су и остали психосоцијални и биолошки фактори узети у обзир, показало се да се тип понашања може сматрати само једним од фактора, али не независним предиктором за појаву коронарне болести. С обзиром на то да је доказано да је код болесника са прележаним инфарктом миокарда адекватна модификација понашања допринаела смањењу ризика од поновне појаве инфаркта за око 44% у периоду од 4,5 године,<sup>13,20</sup> сматра се да мере превенције и лечења треба да обухватају и технике за промену начина понашања.

Хостиљност (hostility) – непријатељски став према другима, који укључује бес, цинизам и неповерење према другим osobама, једна је од важних карактеристика личности која се доводи у везу са оболевањем од коронарне болести,<sup>21-24</sup> мада има и контроверзних резултата.<sup>25,26</sup> Данас се пажња усмерава на „нови“ тип личности означен као тип Д, који карактеришу негативно расположење (забринутост, иритабилност) и инхибираност у социјалним интеракцијама. Ове особине су такође повезане са појавом коронарне болести.<sup>27</sup> Даљим расчлањивањем структуре личности показано је да особе са испољеним симптомима коронарне болести карактери-

ше перфекционизам, брзоплетост у одлучивању (импулсивност) и склоност осуђивању других особа.<sup>28</sup>

Многе опсервационе студије указале су на акумулацију стресних животних догађаја непосредно пре појаве симптома коронарне болести.<sup>29</sup> Пре свега се настанак коронарне болести доводио у везу са хроничним стресом у вези са обављањем посла и „тензијом“ на радном месту,<sup>30-32</sup> али се у последње време пажња усмерава на све стресне животне догађаје.<sup>14</sup> Резултати ове студије указују да је група оболелих била изложена значајно већем стресу у десетогодишњем периоду пре појаве првих симптома болести, који је био последица великог броја тежих животних догађаја, као и да се тај хронични стрес може сматрати значајним фактором ризика за појаву коронарне болести, независно од утицаја пола, старости, стања ухрањености или вредности крвног притиска.

Када се говори о структури личности, мора се нагласити темперамент као један од њених најважнијих аспеката, који је дат на рођењу и не може се научити. Ајзенк је дефинисао темперамент као две биолошки базиране категорије: екстровертност (причљивост, жеља за доминацијом и сензацијом, експресивност, импулсивност) наспрот интровертности (повученост, тежња миру и тишини) и неуротичност (анксиозност, напетост, нерасположење, осећај кривице, низак степен самопоуздана, хипохондрија) наспрот стабилности, да би касније увео и трећу категорију психотичност (појава психотичних епизода, укључујући и агресивност, бес, хостиљност, безобзирност, егоцентричност, докматичност и склоност манипулатијама) наспрот социјализацији<sup>33</sup>.

У овој студији је утврђено да личност оболелих испитаника карактеришу неуротичност, психотичност и нижи степен екстровертности, односно виши степен интровертности. Истовремено је доказано да испољавање екстровертности умањује ризик за оболевање од коронарне болести, независно од осталих фактора ризика. Слично томе, бројне студије издвојиле су неуротичност и ин-

тровертност као предикторе за појаву коронарне болести,<sup>34,35</sup> или има и резултата који негирају ову везу.<sup>36</sup>

Један од мање истраживаних психосоцијалних фактора јесте ниво образовања. Тако је у Фрамингамској студији показано да су жене са нижим степеном образовања (мање од осам година школовања) биле у четири пута већем ризику за настанак коронарне болести од оних које су имале више од 12 година школовања.<sup>37</sup> Резултати наше студије такође показују да су оболели испитаници имали значајно нижи ниво образовања од здравих. Међутим, тумачење ове везе није једноставно. Нижи степен образовања може се довести у везу са нижим социоекономским статусом оболелих испитаника, као и са нижим степеном здравствене просвећености, што могу бити фактори који доприносе неправилној исхрани, недовољној физичкој активности, пушњу, тако да индиректно утичу на појаву болести.

Савремена епидемиолошка истраживања указују да психосоцијалне факторе не треба посматрати изоловано од такозваних биолошких фактора ризика као што су хипертензија, гојазност и пушчење, на основу чега је предложен биопсихосоцијални модел настанка коронарне болести.<sup>38,39</sup> Наша студија показала је да су у том моделу по својој значајности ИТМ, артеријски притисак, изложеност хроничном стресу, као и неуротичне и интровертне тенденције у структури личности.

Представљена студија има неколико ограничења. Пре свега, испитивану популацију чинили су у већини испитаници мушки пола и није контролисан утицај других фактора за настанак коронарне болести, као што су ниво липида, недовољна физичка активност и породична анамнеза кардиоваскуларних болести. Исто тако је могуће постоење разлика у психосоцијалним факторима између испитаника у различитим друштвима и културама, чиме се могу објаснити контроверзе које постоје у многим интернационалним студијама. Поставка истраживања у форми ретроспективне студије може да

отежа разликовање оних психосоцијалних фактора који су заиста претходили појави болести од оних који су њена последица. Ипак, већина истраживача се слаже да су карактеристике личности стабилне током читавог живота, те да и у ситуацијама када су суочени са болешћу људи испољавају уобичајене начине реаговања на стресне ситуације, емоционалне реакције и облике понашања<sup>1, 2</sup>. Ово може да буде објашњење зашто оболеле особе тешко мењају своје животне навике у вези са пушчењем, исхраном, физичком активношћу или изложеностшћу стресу. На основу тога можемо сматрати да су испитиване особине личности, у нашој студији, биле присутне и пре настанка болести, односно да су могле у спрези са осталим узроцима да допринесу настанку коронарне болести.

Резултати приказане студије указују на неопходност даљих истраживања биолошких и психосоцијалних фактора ризика, чиме би се допринело бољем разумевању свих механизама који се налазе у основи коронарне болести.

## Закључак

Изложеност хроничном стресу и интровертност, поред стања ухрањености и артеријске хипертензије, значајни су предиктори ризика за развој коронарне болести срца. Познавање повезаности биолошких и психосоцијалних фактора и коронарне болести указује на неопходност планирања нових превентивних мера, које не треба усмерити само ка усвајању здравог стила живота (промене навика у исхрани, престанак пушчења, повећање физичке активности, контрола телесне масе и крвног притиска), већ и ка модификацији емоционалног реаговања и понашања према променама у породици, на послу и у социјалном окружењу индивидуе. Примарна, секундарна па и терцијарна превенција коронарне болести могу се постићи искључиво променом свих присутних фактора ризика, а не само корекцијом појединачних фактора.

## Литература

1. Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(3):548–68.
2. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99(16): 2192–217.
3. Sheps DS, McMahon RP, Becker L, Carney RM, Freedland KE, Cohen JD, et al. Mental stress-induced ischemia and all-cause mortality in patients with coronary artery disease: Results from the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia study. *Circulation* 2002;105(15): 1780–1.
4. Freeman LJ, Nixon PG, Sallabank P, Reaveley D. Psychological stress and silent myocardial ischemia. *Am Heart J* 1987;114(3):477–82.
5. Manuck SB. Cardiovascular reactivity in cardiovascular disease: once more unto the breach. *Int J Behav Med* 1994; 1(1):4–31.
6. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO; 2000.
7. National Institute of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. The seventh report of the joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure. Bethesda: NIH; 2003.
8. Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;377:50–8.
9. Eysenck HJ, Eysenck SB. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton; 1975.
10. Boiiner RW. A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *J Chronic Dis* 1969;22(2):87–91.
11. O'Donnell CJ, Ridker PM, Glynn RJ, Berger K, Ajani U, Manson JE, et al. Hypertension and borderline isolated systolic hypertension increase risks of cardiovascular disease and mortality in male physicians. *Circulation* 1997; 95(5):1132–7.
12. Grundy SM. Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89(6): 2595–600.
13. Friedland GW. In memoriam: Meyer Friedman, MD. *Circulation* 2001;104:2758.
14. Hecker Mil, Cbesney MA, Black GW, Frautschi JV. Coronary-prone behaviors in the Western Collaborative Group Study. *Psychosom Med* 1988;50(2):153–64.
15. Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D, Friedman M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *JAMA* 1975;233(8):872–7.
16. Jenkins CD. Psychologic and social precursors of coronary disease. (II). *N Engl J Med* 1971; 284(6): 307–17.
17. Ragland DR, Brand RJ. Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *N Engl J Med* 1988; 318(2): 65–9.
18. Case RB, Heller SS, Case NB, Moss AJ. Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1985;312(12):737–41.
19. Shekelle RB, Gale M, Norusis M. Type A score (Jenkins Activity Survey) and risk of recurrent coronary heart disease in the aspirin myocardial infarction study. *Am J Cardiol* 1985;56(4):221–5.
20. Friedman M, Thoreseti CE, Gill JJ, Ulmer D, Powell LH, Price VA, et al. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary results of die recurrent coronary prevention project. *Am Heart J* 1986;112(4):653–65.
21. Smith TW, Glazer K, Ruiz JM, Gallo LC. Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *J Pers* 2004;72(6):1217–70.
22. Mendes de Leon CF, Kop WJ, de Swart HB, Bar FW, Appels AP. Psychosocial characteristics and recurrent events after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1996;77(4):252–5.
23. Dembroski TM, MacDougall JM, Costa PT Jr, Grandits GA. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosom Med* 1989;51(5):514–22.
24. Koskenvuo M, Kaprio J, Rose RJ, Kesaniemi A, Sarna S, Heikkila K, et al. Hostility as a risk factor for mortality and ischemic heart disease in men. *Psychosom Med* 1988; 50(4):330–40.
25. Everson SA, Kauhanen J, Kaplan GA, Goldberg DE, Julkkunen J, Tuomilehto J, et al. Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *Am J Epidemiol* 1997; 146(2):142–52.
26. Burns JW, Katkin ES. Psychological, situational, and gender predictors of cardiovascular reactivity to stress: a multivariate approach. *J Behav Med* 1993;16(5):445–65.
27. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005;67(1):89–97.
28. Marusic A, Stare R, Marusic D. Constructing a coronary scale for ischemic heart disease: case-control study. *Croat Med j* 2002;43(6):690–5. (Croatian)
29. Pignalberi C, Patti G, Chimenti C, Pasceri V, Maseri A. Role of different determinants of psychological distress in acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol* 1998;32(3): 613–9.
30. Moller J, Theorell T, de Faire U, Ahlbom A, Hallqvist J. Work related stressful life events and the risk of myocardial infarction. Case-control and case-crossover analyses within the Stockholm heart epidemiology programme (SHEEP). *J Epidemiol Community Health* 2005;59(1): 23–30.
31. Bosma H, Stansfeld SA, Marmot MG. Job control, personal characteristics, and heart disease. *J Occup Health Psychol* 1998;3(4):402–9.
32. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health* 1981;71(7):694–705.
33. Eysenck HJ. The biological basis of personality. Springfield: Charles C Thomas; 1967.

34. Costa PT Jr. Influence of the normal personality dimensions of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1987;60(18):20J-26J.
35. RdJJ- Alternatives to the A-B personality concept in predicting coronary heart disease. *Personality Study and Group Behaviour* 1986;6(2):1-8.
36. Hallstrom T, Lapidus L, Bengtsson C, Edstrom K. Psychosocial factors and risk of ischemic heart disease and death in women: a twelve-year follow-up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. *J Psychosom. Res* 1986;30(4):451-9.
37. Denic Lj. Psychosocial and socioeconomic factors. In: Ostojic M, editor. National committee for the creation of guidelines for clinical practice in Serbia. Prevention of ischemic heart disease. National guideline for clinical practice. Beograd: Grafika Jovšić; 2002. p.151-2. (Serbian)
38. Marusic A, Eysenck HJ. Synergistic interaction of smoking and neuroticism as a risk factor in ischaemic heart disease: casecontrol study. *Pers Individ Dif* 2001;30:47-57.
39. Friedman GD, Fireman BH, Petitti DB, Siegelaub AB, Ury HK, Klatsky AL. Psychological questionnaire score, cigarette smoking, and myocardial infarction: a continuing enigma. *Prev Med* 1983;12(4):533-40.

**Стручни и научни радови****Унапређење рада са родитељима кроз координацију рада поливалентне патронажне службе и других служби у дому здравља и сарадња са структурама у локалној заједници\****Д. Матијевић,<sup>1</sup> А. Котевић,<sup>2</sup> М. Пантелић-Влајковић,<sup>3</sup> А. Вучковић<sup>4</sup>***Увод**

Поливалентна патронажна служба несумњиво и најнепосредније представља примену концепта примарне здравствене заштите у пракси, где се посебно истиче утицај заједнице на очување и унапређење здравља породице, односно становништва у целини.

Реформа система здравствене заштите, посебно утврђивање стратегије јавног здравства у Србији, поставља пред ову значајну службу у примарној здравственој заштити нове изазове. Стога се неопходном показала потреба за флексибилним прилагођавањем здравственим, друштвено-економским, едукативним потребама становништва и рационалним, програмски усмереним, коришћењем овог добро едукованог кадра.

Последњих година, наиме, веома много је урађено на унапређењу рада ове службе у цеој републици, пре свега уз стручну и финансијску подршку UNICEF-а и Канадске асоцијације за јавно здравље, а у оквиру стратешких пројекта Министарства здравља Србије. Уз свеобухватну едукацију патронажних сестара и опремање 13 едукативних центара у Србији за рад са родитељима, младима и другим групацијама, урађен је и „Водич добре праксе за рад патронажне сестре у породици“.

Унапређење рада поливалентне патронажне службе усклађено је са реформама система здравствене заштите у смислу оснаживања примарне здравствене заштите и тима породичне медицине, у оквиру кога би ова служба требало да има значајну улогу.

Као превентивна, сестринска служба у породици учесница је и у готово свим специфичним превентивним програмима здравствене заштите у заједници. Она представља непосредну везу становништва са системом здравствене и социјалне заштите као и са другим службама у локалној заједници, хуманитарним и невладиним организацијама. Овакав холистички приступ у складу је с основним принципима политике јавног здравства, односно, с одговорношћу заједнице у целини, а не само сегмента здравства, када је у питању промоција и очување здравља становништва, посебно породице.

Стога и рад у новоформираним координативно едукативним центрима у домовима здравља треба да се заснива на мултидисциплинарном и мултисекторском приступу. У организационом смислу, то значи успостављање неопходних контаката и координација унутар служби здравствене заштите и сарадња запослених из здравственог и нездравственог сектора, као и благовремено обезбеђење и проток информација ун

\* Из „Прве године живота - приручник за рад са родитељима“, Градски завод за заштиту здравља, Београд, 2005.

<sup>1</sup> Др сп. мед. Душанка Матијевић, научни сарадник, Градски завод за заштиту здравља, Београд

<sup>2</sup> Анђелка Котевић, в.м.с., Градски завод за заштиту здравља, Београд

<sup>3</sup> Прим. mr спц др Мирјана Пантелић-Влајковић, Градски завод за заштиту здравља, Београд

<sup>4</sup> Александра Вучковић, в.м.с., Градски завод за заштиту здравља, Београд.

тар и између наведених сектора. Управо у овом процесу поливалентна патронажна служба може имати значајну улогу. Да би у овим активностима била успешна и ефикасна, неопходно је да други здравствени радници и сарадници, као и партнери из локалне заједнице, имају основне информације о делокругу рада патронажне службе, а тиме и о могућностима координације међусобних активности, односно, могућностима сарадње.

### ***Развој и програмске активности патронажне службе***

Поливалентна патронажна служба је у Србији формирана крајем седамдесетих година прошлог века, по налогу тадашњег Министарства за здравље, у свим домовима здравља. Претходна едукација овог кадра, за рад у породици и локалној заједници, обављена је од стране ондашњег Института за здравствено васпитање Србије.

Даљем унапређењу рада и јачању ове службе допринела су бројна истраживања и интервентне студије. Активност патронажних сестара, у породици и локалној заједници, показала се као врло значајна за успешно спровођење ових студија.

Програм рада патронажне сестре чине посете породици и здравствено-васпитни рад у дому здравља и заједници. Рад у породици и са њеним члановима подразумева посете пре свега приоритетним групацијама као што су: трудница, породиља и новорођенче, одојче (посебно одојче под ризиком и његови родитељи). Према потреби, ове групације сестра посећује више пута. Посете су од посебног значаја из много разлога. Поливалентна патронажна сестра је, заправо, једини здравствени радник који има могућност да сагледа породицу у целини, а посебно ону здраву, која се у највећем броју случајева веома лако запостави.

Програмом су предвиђене и посете детету, у другој и четвртој години, и старијим од 65 година (али по налогу лекара и у складу са медицинским индикацијама). Сестра ре-

шава и све друге проблеме које затекне приликом посете породици.

Патронажна сестра обавља посете оболелима од инсулин зависне шећерне болести и туберкулозе, хендикепираним и инвалидним особама и оболелима од других оболења. Ту су и посете избеглим и прогнаним лицима, од којих многа још увек имају проблема да се уклопе у нову средину.

Илустрације ради, око 300 патронажних сестара у Београду оствари годишње око 400000 посета поменутим популационим групацијама, с тим што се посета сваког појединачној особи „рачуна“ као једна посета појединачном лицу, а не породици. Просек посета по сестри дневно (само пре подне, од 9 до 14 сати) је између 6 и 7, а број становника по једној сестри у Београду је око 6200, што је неповољније од стандарда (4500 становника на једну патронажну сестру, иако је питање да ли и он представља оптимум). Јасно је да на тај начин многе породице „никада неће доћи на ред“ и то можда управо оне којима би посета патронажне сестре, из много разлога, била врло значајна.

У оквиру радног времена (пре подне) предвиђен је рад сестре и у дому здравља у здравствено васпитном кабинету, односно у координативној едукативном централу и заједници (предшколским установама, основним и средњим школама, месним заједницама) укључујући ту и сарадњу са хуманитарним организацијама, службама социјалне заштите, невладиним организацијама, локалним властима, итд.

### ***Прејреке у раду службе***

Посете патронажне службе мајци и детету, непосредно по изласку из породилишта, представљале су део Програма здравствене заштите мајке и детета који је традиционално, у оквиру средстава која су се издавала за здравствену заштиту, увек имао приоритет. Ни данас нема никакве дилеме да би тако требало и да остане.

Период транзиције је на нашим просторијама донео озбиљне политичке ломове (рат,

избеглице), тешку економску ситуацију са драстичним осиромашењем великог дела популације, посебно тзв. средње класе, која је, заправо, потпуно нестала. Угрожени су и многи добри програми здравствене и социјалне заштите који су раније имали подршку владе. Незапосленост, несигурност, уз пораст општег и индивидуалног насиља и дубоку криминализацију друштва, озбиљно су угрозили и здравље породице.

Престанком важења одређених законских прописа, којима су били јасно прецизирани значај и улога патронажне службе у систему здравствене заштите, тај значај је неоправдано почeo да се губи. Од низа проблема са којима се ова служба суочавала најважнији су:

- драстично смањење броја патронажних сестара (крајем 20. века);
- неповољна старосна структура самих сестара (велик број њих је старији од 45 година);
- неравномерна кадровска распоређеност и обезбеђеност становништва;
- неадекватна координација активности са осталим службама у дому здравља;
- недостатак потребне опреме за теренски рад, или њено потпуно одсуство, итд.

У претходним годинама, а и данас, посебан проблем су представљали кабинети за здравствено васпитни рад, који су обично припадали поливалентној патронажној служби.

Годинама, због недостатка новца чак и за елементарно функционисање здравствених установа, ови кабинети нису могли ни у ком случају „да дођу на ред“ за допуну и иновацију.

## ***Активносћи на унапређењу рада***

И поред наведених проблема и тешкоћа, а десећи судбину осталих учесника у систему здравствене заштите, патронажна служба је у одређеним срединама успела да реализује читав низ програмских задатака, у складу са потребама становништва.

У овој области постигнут је значајан напредак, успешном реализацијом пројекта

„ИНОВАЦИЈА И УНАПРЕЂЕЊЕ РАДА ПОЛИВАЛЕНТНЕ ПАТРОНАЖНЕ СЕСТРЕ У ЦИЉУ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА ПОРОДИЦЕ“. Овим комплексним пројектом постигнуто је следеће:

У потпуности је завршена едукација око 1600 поливалентних патронажних сестара у целој Србији. Она је обављена у оквиру семинара „животне поруке здравље породице“, уз стручну и финансијску подршку UNICEFA. Она је реализована у складу са савременим стручно медицинским и доктринарним ставовима који важе у области здравствене заштите мајке и детета.

Осим унапређења рада патронажне сестре у породици, едукација на семинарима подстакла је многе активности сестара у локалној заједници: организовање „школа за родитељство“ у срединама где исте нису постојале; примену метода активне наставе у раду са младима, посебно у школама (превенција болести зависности и хива) и локалним заједницама, примену метода „организације заједнице“ у циљу подстицања становништва и локалних структура да решавају сопствене здравствене проблеме.

Значајну подршку за рад ове службе у породици и заједници представљало је обезбеђење 24 возила у Републици Србији. Возила су обезбедили UNICEF и ЕСНО, за регионе који имају заводе за заштиту здравља. Ове међународне организације су комплетно опремиле 13 едукативних центара у Србији за здравствено-васпитни рад и промоцију здравља. Реализација поменутих пројекта била је основа и за израду „Водича добре праксе за рад поливалентне патронажне сестре у породици“. Осим тога, за сваку поливалентну патронажну сестру обезбеђена је патронажна торба са садржајем који је у потпуности прилагођен за рад са породиљама, новорођеном децом и одојчади.

## ***Делокруг рада поливалентне патронажне службе***

У оквиру програмских активности патронажне службе истакнуто је шта се подразу-

мева под обавезним програмом рада ове службе – посете породици и здравствено-васпитни рад у дому здравља (здравствено-васпитном кабинету) и локалној заједници. Један од приоритета у раду ове службе у здравствено-васпитном кабинету, односно едукативном центру, представљаће рад са родитељима. Управо зато важно је сагледати циљеве рада ове службе са породицом у целини.

### **Оћашти циљеви рада поливалентне патронажне сестре у породици и за породицу:**

1. Процена здравља, психосоцијалног функционисања, услова живота и идентифиовање фактора ризика по здравље породице
2. Промоција здравља породице и локалне заједнице и едукација о здравим стиловима животна свих чланова породице
3. Идентификовање вулнерабилних популационих групација, посебно трудница, деце, школске деце и старијих од 65 година, укључујући ту и ризик од занемаривања и злостављања
4. Очување и унапређење здравља деце и подстицање њиховог правилног раста и развоја
5. Промоција одговорног родитељства и позитивног односа родитеља и деце још пре рођења детета
6. Повезивање породице са службама здравствене, социјалне заштите и са другим структурама у заједници, а у складу са потребама породице
7. Здравствени надзор и адекватна интервенција са члановима породице под посебним ризиком за здравље, као и члановима породице чије је здравље нарушено, посебно оних старијих од 65 година
8. Неговање односа међусобног уважавања и поверења између патронажне сестре и чланова породице.

### **Специфични циљеви**

Ови циљеви се непосредно односе на одређене групације: децу и родитеље, будуће мајке и очеве, друге чланове породице; на за-

једницу, а посебно на службе здравствене и социјалне заштите, невладине и хуманитарне организације итд.

#### *A) Реализација циљева везаних за децу:*

1. Промоција здравља, уз обезбеђење адекватне неге детета
2. Подстицање правилног раста и развоја
3. Превенција и смањење појаве злостављања и занемаривања деце
4. Больи односи деце са родитељима
5. Здравствени надзор над децом са посебним ризиком
6. Едукација деце и младих о здравим стиловима живота, укључујући ту и превенцију болести зависности (пушчење, алкохолизам, наркоманију) и заражавање вирусом хива.

#### *B) Реализација циљева везаних за остале чланове породице:*

1. Едукација родитеља и обука вештинама неопходним за правилан раст, развој и негу деце, укључујући ту и задовољство родитељством
2. Больи односи између члanova породице, подршка и међусобно поверење
3. Унапређење здравља породице, укључујући ту и превенцију фактора ризика и ризичног понашања
4. Здравствени надзор, адекватна здравствена/социјална интервенција са одраслим члановима породице, посебно старијим од 65 година, чије је здравље нарушено.

### **Садржај рада сестре у породици и за породицу**

Рад поливалентне патронажне сестре у породици одвија се према постојећем Програму, а у фокусу интересовања је породица у целини. Овај рад је стандардизован кроз 4 основне групе активности:

1. Здравствено васпитање
2. Контрола здравственог стања
3. Стицање вештина
4. Организација/помоћ у сарадњи са заједницом.

Све четири групе активности врло су специфичне и прилагођене приоритетним потребама породице, односно њених поједињих

чланова. Активности су дате тако да се примени комбинован приступ у утврђивању приоритетних потреба корисника одређених јавно-здравствених услуга. То значи да исте дефинишу корисници и експерти заједно („активна партципација корисника“). Овакав приступ је саставни део метода рада сестре у породици. Сестра планира садржај рада у складу са обавезним програмом и стандардизованим активностима. Осим редовног, обавезног програма, сестра има могућност договора са члановима породице о будућим активностима, као и могућност промене већ договореног плана активности.

Осим тога, све четири основне групе активности нису у једној породици увек подједнако заступљене, нити је то потребно. Потребе сваке породице, као и ситуација у њој, дефинисаће доминирајућу активност.

Обезбеђење адекватних здравствено-васпитних информација је (увек) неопходно али не (увек) и довољно, нарочито уколико постоји могућност или обавеза чешћих обиласака неке породице (нпр. пет узастопних посете породиљи и новорођеном детету). Тада је врло важно да се уз знања обезбеди обука одређеним вештинама, уз то да сестра непрекидно проверава да ли су чланови породице заиста савладали одређене вештине.

Свака од основних група активности разрађена је у складу са утврђеним потребама појединих популационих групација.

## 1. Здравствено васпитање

Здравствено-васпитне активности су прилагођене приоритетним здравствено-васпитним потребама појединих популационих групација па су, стoga, специфичне за сваку ту групацију. Њихова специфичност зависи и од социопсихолошких, културолошких и друштвено-економских карактеристика породице.

Тако ће код мајке, односно код жене генеративног доба, планирање породице бити неизоставан садржај здравствено-васпитног рада и евентуално упућивање у истоимено саветовалиште, најчешћа оболења и мере превенције и сл.

Код труднице ће доминирати садржаји везани за ово стање, као што су физиологија и хигијенско-дијететски режим у трудноћи; потенцијални или евидентирани ризици у трудноћи (анемија, повишен крвни притисак, шећерна болест) итд.

Код породиље и новорођенчета здравствено-васпитне активности се у великој мери прожимају, а често су усмерене и на друге чланове породице, чије су подршка и помоћ од великог значаја и за породиљу и за бебу. Здравствено-васпитне активности везане за одојче подразумевају рад са онима који о беби брину. Најчешће су то родитељи, али то могу да буду и други чланови породице или старатељи, који би исто тако требало да добију информације о томе шта, на пример, подразумевамо под појмом „ритам дана одојчета“ (исхрана, спавање, купање, шетња, мажење и нежно причање и сл.). Сестра ће истаћи значај редовне здравствене контроле детета код лекара.

Обавезан део програма је јасна и снажна подршка дојењу одојчета као искључивом начину његове исхране до шест месеци. На овоме би требало инсистирати и континуирано радити, не само од прве посете патронажне сестре породиљи и новорођенчету па надаље, већ и у раду са трудницама.

Рад са младим родитељима подразумева обраду следећих садржаја: одговорно родитељство, добри односи у породици и љубав; значај успостављања добрих односа између родитеља деце од најранијих дана. Посебно се истиче значај подстицаја и подршке осталих чланова породице у нези мајке и бебе. Уколико су у породици и друга деца предшколског узраста, уз раније наведене теме, обавезан садржај биће правилан дневни режим (одмор, игра, купање, спавање, исхрана, социјализација), информације о значају физичког вежбања, општој хигијени и нези, заразним болестима деце поменутог узраста и мерама превенције и неге, превенција повређивања. Уз то ће се скренути пажња на одговорности родитеља и детета са аспекта права детета, контролу понашања деце, значај дружења са другом децом, толеранцију итд.

Сестра може укључити младе родитеље у „школу за родитељство“ где ће ове теме бити предмет заједничког учења и где ће бити укључени гинеколог, педијатар, психолог, нутрициониста итд.

## 2. Контрола здравственог стања

Здравствена контрола и надзор су, у највећој мери, „медицинска интервенција“ сестре, јер подразумевају непосредну контролу здравља, или болести, коју она спроводи код чланова породице.

У случају откривања ризика, или неправилности у расту и развоју детета, сестра ће о томе доставити податке лекару, или ће овакво дете упутити са родитељима у одговарајућу здравствену установу.

Код труднице је то контрола крвног притиска, пулса, стања брадавица, дојки, итд. Код новорођенчета је приоритет обрада пупчане ране или третирање гранулома, а код породиље стање лохија, брадавица, контрола инволуције утеруса, пражњења дојки и сл. Уколико је неопходно санирање рагада, сестра ће предузети адекватне мере као и у случају мастициса; уколико је потребно заказати мајци преглед код лекара, то ће бити дужност сестре.

У сарадњи са ординирајућим лекаром врши се контрола породиље са дијабетом, инвалидитетом или хендикепом, а податке о евентуалним неповољним променама или симптомима сестра одмах доставља лекару, односно заказује лекарски преглед.

Код осталих чланова породице то подразумева контролу у случају одређеног заразног, хроничног незаразног оболења (дијабетес, КВО, Ца) или оболења од већег социјално-медицинског значаја. У поменутом смислу, сестра може о томе обавестити ординирајућег лекара, а нарочито уколико се ради о повратној информацији о извршеном налогу, добијеном од тог истог лекара.

Од посебног је значаја праћење раста и развоја мале деце, редовности вакцинације и континуиран здравствени надзор детета под ризиком. И ово се реализује у сарадњи са лекаром.

У случају да дете није доведено на редовну вакцинацију, педијатар може послати патронажну сестру у породицу да подсети родитеље на њихову обавезу. У том случају он очекује од сестре повратну информацију.

Једна од чештих активности сестре јесте да члана породице, или породицу у целини, повеже са одговарајућим службама здравствене и социјалне заштите, хуманитарним организацијама и сл.

## 3. Стицање вештина

Стицање вештина је посебно значајан део активности сестре са родитељима. Оно заслужује предност у односу на „чисту информацију“ кадгод је то могуће. Обука вештинама подразумева све оно што су чланови породице у стању да ураде, да практично примење по завршеној едукацији, а што пре тога нису умели.

Ова обука је нарочито неопходна у раду са младим родитељима. Захтевне су вештине везане за начин неговања бебе, избор правилног положаја бебе приликом подоја, правилно купање бебе, начин „разговора“, мажења или играња са њом. Након што сестра родитељима покаже како се све то ради, требало би да их охрабри и подржи у томе да то све сами понове.

Од изузетног значаја је вештина „рана стимулација раста и развоја“. Зато би сестра требало да користи сваку прилику да родитељима још понешто о томе каже и практично покаже.

За почетак је доволно да родитељи схватају да ће се њихова пажња, труд, љубав или слободно време проведено са дететом многоструко повољно вратити у будућности. што они више „уложе“ у прве три године живота детета, то ће „награда“ бити већа. На тај начин стимулишу се и подстичу психомоторне, емоционалне, сензорне и интелектуалне способности детета, али и таленти (графички, ликовни, музички, и сл.). Чак и да ништа више не постигне у једној породици, већ само да упути родитеље у овом смеру, обуславајући их неким од вештина ране стимулације.

ције раста и развоја, сестра је „оправдала“ свој долазак у њу.

Добро је да се оваква обука родитеља врши организовано, у групи, у здравствено-васпитном кабинету едукативног центра, а да сестра у породици контролише како родитељи примењују ове вештине. Патронажна сестра може организовати групе родитеља („Школе за родитељство“) или само мајки („Мајке-мајкама“) које ће долазити у едукативни центар и заједнички учити и активно учествовати.

Постоји читав низ других вештина везаних за примену здравих стилова живота за све чланове породице, односно понашања у случају постојања акутне или хроничне болести или хендикепа, која могу бити предмет едукације и у едукативном центру.

#### 4. Организација/помоћ у сарадњи са заједницом

Ово су активности које сестра чини „за породицу“ како би јој олакшала доступност одређених структура у заједници. Овде се може говорити о партнерском односу сестре са породицом и заједницом.

Ту долази до повезивања са одговарајућим службама здравствене заштите. Од сваког појединачног случаја зависи како ће то сестра реализовати. Уколико је потребно, сестра ће заказати и организовати одлазак код ординирајућег или другог лекара, посету здравственој установи. Сестра је дужна да прати исход ових својих интервенција.

Уколико се ради о породици којој је потребна социјална помоћ и подршка (материјална, психосоцијална – уколико је евидентно занемаривање и злостављање чланова породице и слично), сестра ће повезати породицу са одговарајућим службама социјалне заштите, психологом или ординирајућим лекаром.

Тако ће она повезати породицу са представницима у локалној заједници (предшколском установом, школом, радном организацијом).

У циљу подршке адекватне социјализације малог детета, сестра ће предузети мере у

вези са његовим смештајем у предшколску установу, или ће покренути поступак да се оно у такву установу смести. Сестра ће повезати породицу са хуманитарним организацијама, невладиним организацијама и сличним телима уколико процени да је то потребно, или у оквиру хуманитарних интервенција у које је она сама укључена.

Када је то потребно, сестра ће организовати кућно лечење, или кућну негу, за стајрије од 65 година.

Сестра може да организује и рехабилитацију или климатско лечење члана породице (мала деца са мајкама), а у складу са медицинским индикацијама и законским прописима у овој области.

#### *Рад са породицама по посебним ризиком*

Рад поливалентне патронажне службе са породицама које су под посебним ризиком подразумева праћење ових породица један дужи временски период и примену одговарајућих интервенција, у складу са потребама таквих породица. Породице се бирају према утврђеним критеријумима, било да постоји здравствени ризик за новорођено дете, или психосоцијални ризик који угрожава здравље свих чланова породице.

За посебно угрожене породице које се налазе на „њеној“ територији патронажна сестра води посебан протокол. Прецизно се утврђују временски период, циљеви и пратеће интервентне мере које сестра, у поменутим оквирима, може и мора да предузме. Метод рада са овим породицама разликује се од оног који се примењује приликом спровођења обавезног, редовног програма рада сестре у породици. Сваки пут, приликом нове посете породици овог типа, сестра процењује (евалуира) шта је постигнуто у односу на претходну посету. Оно што чланови породице нису усвојили или савладали, везано, на пример, за знања или вештине, сестра ће поново обрадити, а потом наставити са новим садржајима.

Њен је задатак да процењује успех примењених мера везаних за здравствену контро-

лу, као и повезивање породице са структуром у заједници (да ли су, на пример, родитељи одвели болесно дете, или дете са уоченим неправилностима у расту и развоју, на заказан преглед код лекара, или да ли су службе социјалне заштите обезбедиле породици социјалну помоћ након интервенције сестра итд.).

Неке од младих родитеља у овим породицама сестра ће укључити у рад већ поменутих „Школа за родитељство“. Исто важи и за неке младе мајке, које ће бити укључене у програм „Мајке-мајкама“, где се подразумева рад у малим групама.

Од посебног интереса је рад са породицама које имају изражене психосоцијалне ризике, с обзиром на то да је претходним интервентним студијама UNICEF-а утврђено, да су управо овакве породице имале готово три пута веће потребе за различитим здравственим и психоцијалним интервенцијама сестре, у односу на породице које су имале „само“ један или више здравствених ризика детета.

Рад са породицама под посебним ризиком и предузимање мера и активности у складу са њиховим потребама представљају значајан допринос очувању и унапређењу њиховог здравља, али и здравља породице у целини.

### ***Рад патронажне службе у локалној заједници***

Осим рада са породицом, према постојећем програму предвиђен је рад патронажне сестре у локалној заједници. То су, пре свега, активности у предшколским установама, основним и средњим школама, месним заједницама, али и на другим местима.

Сестре се у највећој мери ангажују у здравствено-промотивном раду у школама спровођењем одређених специфичних програма везаних за афирмацију здравствених стилова живота и за редукцију или елиминацију ризичних стилова понапашања. Рад са школском децом везан, на пример, за репродуктивно здравље и проблем хива могао би се организовати и у едукативном центру.

Тимски рад здравствених радника и сарадника школског диспанзера, диспанзера за жене и патронажне сестре, применом креативног, радионичарског метода рада и заједничког учења, на бази активне партиципације, представљају методе избора. Укључивање психолога и социјалног радника је неопходно у циљу своеобухватног приступа обради одређених области или решавања проблема са којима се млади сусрећу.

„Школе за родитељство“, „Мајке-мајкама“ већ добро функционишу у већем броју места у Србији. Патронажна сестра може придобити младе родитеље или мајке за похађање посебно организованих едукација и семинара тако што ће претходно успоставити однос поверења и уважавања са члановима породице, у оквиру патронажне посете.

Патронажна сестра може организовати повезивање са службама социјалне заштите у циљу решавања конкретних проблема у породици и посебно укључивање социјалних радника у рад едукативних центара. Свакако треба радити и на укључивању представника различитих хуманитарних, невладиних организација, али и волонтера у рад центара. Волонтерски рад иначе је у нашој средини мање развијен него у неким европским земљама или Канади. Једино је истрајно негован од стране нашег Црвеног крста, што би се можда у већој мери могло искористити за опште добро. Патронажна служба традиционално има добре односе са локалним организацијама Црвеног крста, али би сарадња требало да превазиђе пуко обезбеђење хуманитарне помоћи. Било би добро да патронажна служба и ове организације спроводе заједничке едукације, здравствено-промотивне интервенције и кампање у локалној заједници.

Већ је традиција да сестре у локалној заједници организују здравствене трибине у вези са одређеним здравствено-промотивним областима (Светски дан здравља, Светски дан борбе против сиде, Дан давалаца крви, Месец правилне исхране, Недеља дојења, Недеља здравља уста и зуба, Месец борбе против пушења, рака, туберкулозе, итд.), као

и актуелних здравствених проблема или потреба локалне заједнице (заштита или унапређење животне средине).

За овакве здравствено-промотивне и јавно здравствене активности едукативни центар може бити место окупљања, планирања и координације заједничких активности, односно обезбеђења мултидисциплинарног приступа и интерсекторске сарадње.

## **Закључак**

Рад са породицом, а тиме и са родитељима, једна је од основних активности поливалентне патронажне службе. Рад са родитељима могао би се интензивирати и унапредити у едукативним центрима – бољом координацијом активности патронажне службе са осталим службама у дому здравља. То се, пре свега, односи на службе са којима би поливалентна патронажа требало да координира рад по природи послана: здравствена заштита жена, мале и предшколске и школске деце, дечија и превентивна стоматологија, а потом и друге службе и сва саветовалишта. Осим организације активности на терену, обавештавања лекара о уоченим ризицима по здравље чланова породице, спровођења адекватног надзора или заједничког предузимања интервентивних мера, ту је и заједничка едукација родитеља у едукативним центрима.

Едукативни центри би требало да окупљају заинтересоване за здравље породице и бригу о деци; места где се едукација организује на принципу активне партиципације и заједничког учења, применом тимског рада и мултидисциплинарног приступа. Уз здравствене раднике и сараднике из дома здравља неопходно је укључивање и представника различитих структура из локалне заједнице како би се уочени проблеми или потребе решавали на бази холистичког приступа. Овајакав здравствено-промотивни приступ у раду са родитељима, другим члановима породице и осталим групацијама у складу је и са стратегијом јавног здравља у Републици Србији,

где се посебно истиче утицај заједнице и на здравље породице, деце и њихових родитеља.

Поливалентна патронажна служба својим делокругом рада обезбеђује везу становништва са системом здравствене и социјалне заштите, као и са другим структурима у локалној заједници. Ово је непосредан допринос изградњи партнерства за здравље, здравственог и осталих сектора у друштвеној заједници, у циљу ефикаснијег решавања приоритетних потреба и проблема, промоције здравља становништва, где су у посебном фокусу интересовања – родитељи и њихова деца.

## **Литература**

1. Матијевић Д., Сокал Јовановић Љ., Chauvin J., Петровић О., Ристић Ј., Котевић А., Савичевић М.: Водич дobre праксе за рад оливалентне патронажне сестре у породици, Београд, 2004.
2. Family Health in Program standards, Mandatory Health Programs and Services Guidelines, Ministry of Health of Canada/Public Health Branch, Dec. 1997.
3. Стручно методолошко упутство о спровођењу Уредбе о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, Београд, 1997.
4. Савезни завод за заштиту и унапређење здравља, Упутство за вођење евиденција у области здравствене заштите породице, патронажне заштите и здравствене неге, Свеска 4, Београд, 2000.
5. Candian Community Health Nursing Standards of Practice, Final Draft, Community Health Nurses Association of Canada, April, 2003.
6. Diane B. McNaughton, M.N., R. N.: A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research Research, Public Health Nursing vol. 17 No. 6, pp. 405-414.
7. Gregory K.: Home visiting prevention programs: problems nad potential, Brown University Child & Adolescent Behavior Letter, Jun 2000, Vol. 16 Issue 6, p8, 1p.
8. David A. Murpey: Linking Child Maltreatment Retrospectively to Birth and Home visit Records: An Initial Examination, Child welfare, Nov/Dec 2000, Vol. 79, Issue 6, p711, 18p,2.
9. Nicholas Cunningham, Harriet Kitzman: Seminar on Postpartum Home Visitation, May 9-13 th, 2001. Talin, Estonia.
10. Barbara Hanna Wasik, Donna M. Bryant: Home Visiting, Second Edition, Procedures for Helping Families, Sage Publications, Inc. 2001.
11. The David and Lucile Packard Fundation: The Future of Children, Home Visiting: Recent program Evaluatins, Vol. 9, No. 1, Spring/Summer 1999.

**Стручни и научни радови****Резултати испитивања сатисфакције корисника радом Службе за здравствену заштиту деце Дома здравља Звездара**R. Кандић,<sup>1</sup> Б. Грујић,<sup>2</sup> В. Богдановић,<sup>3</sup> Б. Угринић-Склопић<sup>4</sup>**The Results of Users Satisfaction Analysis in Zvezdara Child Health Service**R. Kandić,<sup>1</sup> B. Grujić,<sup>2</sup> V. Bogdanović,<sup>3</sup> B. Ugrinić-Sklopić<sup>4</sup>

**Сажетак.** Процена субјективног пооказатеља квалитета-сатисфакција корисника радом медицинских стручњака има важно место, нарочито у примарној здравственој заштити где пацијенти нису само „пасивни пролазници“ кроз здравствени систем, већ су његови активни учесници. Циљ рада је био да се процени задовољство корисника радом педијатријске службе Дома здравља Звездара. Резултати су показали да је од укупно 306 анкетираних родитеља скоро 2/3 задовољно, приближно 1/5 неопредељена и само 5% незадовољно радом педијатра, чиме је искуњен један од битних предуслова у осигуравању квалитетне здравствене заштите.

**Увод**

У овацији квалитета здравствене заштите, поред праћења великог броја квантитативних показатеља рада здравствене службе, процена субјективног показатеља – сатисфакција корисника радом медицинских стручњака – има важно место, нарочито на нивоу примарне здравствене заштите где грађани (пацијенти) нису само „пасивни пролазници“ кроз здравствени систем, већ су

**Summary.** The evaluation of users satisfaction with health services play important role, especially in primary health care where the patients are not only „passive passers – by“ trough the health care system, but rather active participants instead. The aim of this paper was to estimate the level of users satisfaction with Health Center Zvezdara pediatrician service. The results showed that out of 306 investigate parents, almost 2/3 were satisfied, approximately 1/5 of them undecided and only 5% were unsatisfied, so an essential condition of health care quality is realised.

његови активни учесници. Значајна улога пацијената посебно је истакнута у савременом концепту сталног унапређења квалитета здравствене заштите јер у њему учествују сви, а фокусирање на корисника налази се на првом месту.

**Циљ испитивања**

Испитивање је предузето са циљем да се процени степен сатисфакције корисника ра-

<sup>1</sup> Прим. др Радмила Кандић, специјалиста социјалне медицине, Дом здравља Звездара, Београд

<sup>2</sup> Др Бранка Грујић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Звездара, Београд

<sup>3</sup> Прим. др Весна Богдановић, специјалиста педијатрије, Дом здравља Звездара, Београд

<sup>4</sup> Др Босилька Угринић-Склопић, специјалиста педијатрије, Дом здравља Звездара, Београд.

дом лекара и медицинских сестара у служби за здравствену заштиту деце Дома здравља Звездара, како би се на основу добијених резултата предложиле адекватне мере за унапређење квалитета рада у овој области здравствене заштите.

## **Метод испитивања**

Према „Програму за унапређење квалитета рада Дома здравља Звездара“, а на основу „Методолошког упутства за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета рада, листама чекања, задовољству пацијената и обуци запослених“, издатом од стране Министарства здравља Републике Србије и Института за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић-Батут“, у Дому здравља Звездара, у једном дану, 7. новембра 2005. године, спроведено је испитивање задовољства пацијената који су се у току радног времена обраћали лекарима у службама опште медицине, здравствене заштите деце, здравствене заштите жена, стоматологије и медицине рада у централном објекту Дома здравља.

Као инструмент истраживања коришћени су специјално конструисани анонимни анкетни упитници који су дистрибуирани на пријавним шалтерима одговарајућих служби, а који су попуњавани после обављене посете лекару и убацивани у за ту сврху обезбеђене кутије. Анкетом је обухваћена једнодневна популација, а упитнике у педијатријској служби попуњавали су родитељи, односно старатељи деце.

Укупан број корисника који су се испитивани дана у току радног времена, од 7 до 19 часова, обраћали служби за здравствену заштиту деце у централној згради Дома здравља Звездара износио је 616. Од 455 подельених упитника враћено је 306 попуњених, док је 149 пацијената, из разних разлога, одбило да учествује у анкети.

За потребе овог истраживања анализирани су подаци из базе података – датотеке „домздравља.цлс“ и поддатотеке „зздеце“, у статистичкој обради коришћена је прста

дистрибуција посматраних обележја, а њихови међусобни односи представљени су табеларно и графички.

## **Резултати испитивања**

### **Социо-демографске карактеристике корисника**

Дистрибуција одговора испитаника према полу показује да са 67% доминирају родитељи и старатељи женског пола, а у старосној структури највише (60%) има 30 до 39 година, 22% до 29 и око 18% од 40 до 49 година.

Према степену образовања 61% је са завршеном средњом школом, 30% са вишом и високом и 6% са основном школом.

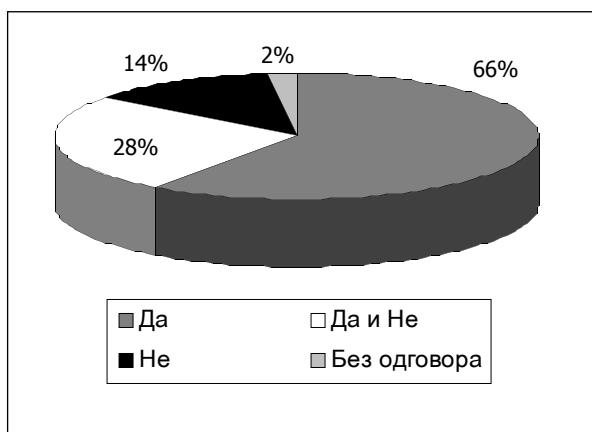
Оцењивањем материјалног положаја добијени су следећи одговори: нешто више од половине анкетirаних (52%) изјавило је да је он осредњи, око 30% мисли да је добар, 11% лош, 5% веома добар и само 2% да је веома лош.

У односу на број деце највише их је са једним дететом, њих 128 (42%), односно са двоје деце 138 (45%), 26 (8%) има троје и свега два родитеља су навела да имају више деце.

### **Задовољство корисника**

Укупно 193 (63%) од 306 испитаних родитеља који су тог дана са дететом дошли на преглед изјавило је да имају свог сталног педијатра, код кога је 40% у последњих годину дана било око три до пет пута, 39% учинило је то шест и више пута и око 17% до два пута годишње, док се око 3% анкетirаних није изјаснило.

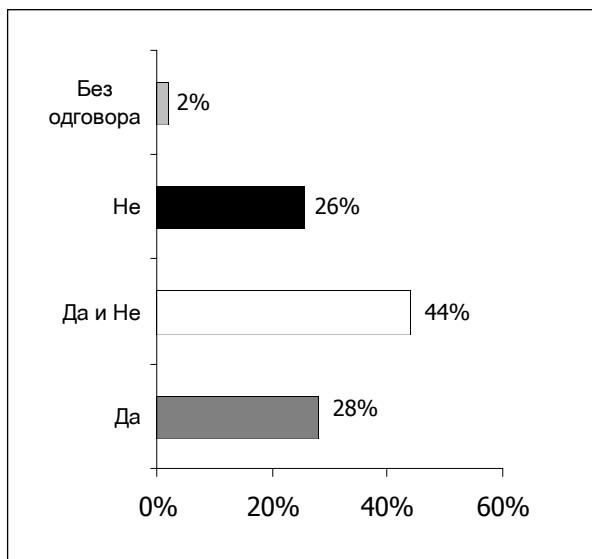
Приближно 66% родитеља мисли да педијатар приликом посете посвећује доволно времена њиховом детету, 28% је неодлучно у оцењивању, 4% одговорило је негативно и 2% није уопште одговорило. Слични резултати забележени су у односу на постављено питање у вези са добијањем довољног броја информација од њиховог педијатра о стању здравља и нези детета (**графикон 1**).



**Графикон 1.** Педијатар посвећује довољно времена детету приликом посете педијатру у ДЗ Звездара 2005.

Дужина чекања на пријем код педијатра процењена је према дистрибуцији одговора на постављено питање у вези са чекањем на пријем у ординацију: 86 (28%) одговорило је потврдно, 79 (26%) одречно, 135 (44%) је било неодлучно, док шесторо (2%) није одговорило (**графикон 2**).

Када им је хитно потребан, до педијатра могу доћи истог дана, изјавило је око 78% анкетираних родитеља, око 15% то може учинити сутрадан, 4% након два или више дана и 3% није одговорило.



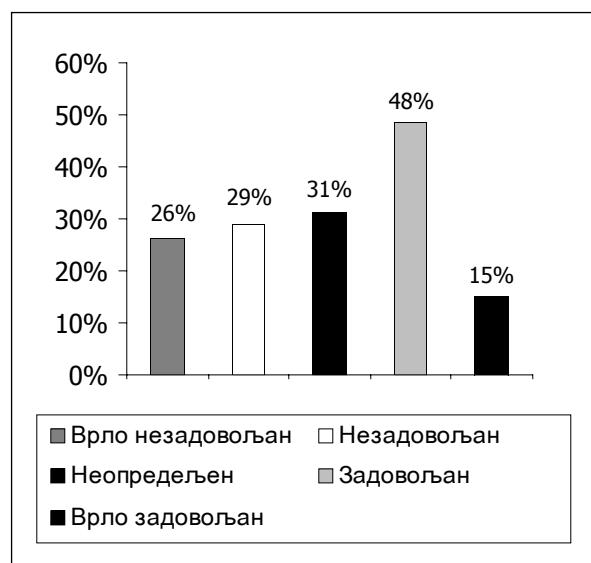
**Графикон 2.** Дужина чекања на пријем код педијатра у ДЗ Звездара 2005. године.

Приближно једна четвртина анкетираних родитеља изјавила је да је имала понекад осећај да педијатар није озбиљно схватио њихов проблем, око 61% је то негирало, а 14% не може да се сети.

Степен општег задовољства корисника радом педијатра процењен је на основу одговара добијених на постављено питање: „Узимајући све наведено у обзир, да ли сте задовољни са Вашим педијатром?“. Укупно 138 (45%) родитеља који су учествовали у анкети је задовољно, 83 (27%) веома задовољно, приближно петина је неопредељена, док је њих 14 (5%) изјавило је да је незадовољно, а свега четврто (1%) да је веома незадовољно радом свог педијатра (**графикон 3**).

Анализа одговора у вези са задовољством корисника радом медицинских сестара на педијатрији показује да око 46% родитеља/старатеља најчешће остварује контакт са медицинским сестрама на шалтеру и исто толико у ординацији, где уједно од њих најчешће добијају и савете о здравом начину живота детета.

Процена степена општег задовољства родитеља радом медицинских сестара на педијатрији показује да је већина задовољна, и то 148 (48%) задовољно, 83 (15%) веома задо-



**Графикон 3.** Опште задовољство радом педијатра у ДЗ Звездара 2005. године.

вόльно, око 30% одговорило је неодређено „ни задовољан, ни незадовољан“, а најмање (3%) је незадовољно, односно врло незадовољно радом педијатријских сестара.

На крају анкетног упитника корисницима је дата могућност да поближе, својим речима, опишу своје задовољство, односно незадовољство, које су претходно изразили кроз оцењивање општег задовољства радом медицинског особља на педијатрији Дома здравља.

Међу ретким критикама најзаступљеније су оне које се односе на организацију рада и стил међусобне комуникације: „...Предуго чекам на оглазак у оргинацију, сестре на шалтеру су нељубазне, а деце се лекују упревише нервозне за рад у здравственој установи. Превише се чека неким данима, гомила болесне деце чека сатима у чекаоници, а није им добро...“

Наведено је и неколико сасвим добро-намерних примедби: „Више објашњавања простијим речником, да би неке ствари пацентима боље схваћали. чистији лежаји где се бебе спуштају и мењају пелене. Клима уређаји летећи не би требало да превише охладе просторију у којој се пре гледају мале бебе. Сестре на шалтеру да скину намрдоћену фасу. Без икаквих примедби – похвалијем рад ових сестра и педијатара јер заиста треба волети овај посао да би га са овома смирилења радили за овако бедне плаће, штета је само што ова анкета нема за циљ да овом особљу обезбеди боље услове рада и веће плаће већ је разлог за критиковање, понижавање и отиштување, што по мом мишљењу уопште није у реду ...“

Ипак, највећи број коментара родитеља/старатеља на рад медицинског особља у служби за здравствену заштиту деце пози-

тивно је обојен и исказан у виду похвала: „...Захваљујем се свима на услуги, најважније је да буду љубазни као што и јесу, па се све лако уради – оздрави. Немам примедби, задовољна сам овом установом, увек ми изадје у сусрет особље, а и тироје деце се лечи годинама врло успешино у овом дому здравља. Сви су крајње љубазни, све похвале за рад особља, сестре су наслеђане и увек расположене за сарадњу, хвала им у моје и у име моје деце. Свака час похвала љубазности и за обавезан осмех на лицу...“

## Закључак

На основу анализираних података можемо закључити да су испитани родитељи, у целини посматрано, задовољни квалитетом рада педијатријске службе Дома здравља Звездара, чиме је испуњен један од битних предуслова у остваривању позитивних ефеката здравствене заштите. Истовремено, бројни коментари – примедбе и предлози анкетираних корисника руковођећем тиму врло инструктивно указују на одређене пропусте и неправилности које би у даљем раду требало поправити, нарочито у организацији процеса рада и међусобној комуникацији.

## Литература

1. В. Џушић: Теоријске основе за првоену квалификованију рада у здравственој делатности, Технологија у здравственој заштити, Републички СИЗ здравствене заштите, Београд, 1981.
2. ГЗЗЗ Београд: Квалификовани у здравственој заштити, Дани завода – 21. стручна конференција, Београд, 2001.
3. ФОН: Односи с јавношћу и пословна комуникација, Вештишке и техничке комуникације здравствених установа, Београд, 2005.

**Стручни и научни радови****Прилагођавање и ментално-хигијенска обележја  
интерно расељенихadolесцената\***M. Максимовић,<sup>1</sup> Р. Коцијанчић,<sup>2</sup> Д. Бацковић,<sup>3</sup> Т. Илле,<sup>4</sup> К. Пауновић<sup>5</sup>**Adaptation and Mental-Hygienic Characteristics  
of Internally Displaced Adolescents**M. Maksimović,<sup>1</sup> R. Kocijančić,<sup>2</sup> D. Backović,<sup>3</sup> T. Ille,<sup>4</sup> K. Paunović<sup>5</sup>

**Сажетак.** Промена социоекономских услова и драстичан пад животног стандарда (до средине деведесетих година двадесетог века), као и услови ратног окружења и увођење санкција нашеј земљи додатно су компликовани великим бројем интерно расељених лица, закључно са бомбардовањем нашеј земље 1999. год.

Циљ истраживања био је да се утврди утицај интерног расељавања на прилагођавање и ментално здравље адолосцената. Истраживањем је обухваћено 238 адолосцената, од којих су 32 интерно расељена адолосцената с Косова чинила експерименталну групу, док је контролну групу чинило 206 адолосцената из Београда. Коришћени су специфични упитник о навикама, Јонашању и психосоматском стању, Корнелов медицински индекс (Cornell Medical Index) и Ајзенков (Eysenck) упитник личности. Према резултатима истраживања, интерно расељени адолосценети с Косова покazuju тешкоће у прилагођавању и постизању лошији успех у школи од ученика из Београда годину дана после промене средине. Непосредно после бомбардовања обе групе ис-

**Summary.** The change in socioeconomic status, drastic decrease in living standards, war, and the introduction of sanctions to our country were complicated in addition by a large number of internally displaced people from Kosovo, which culminated with the 1999 NATO bombing. The aim of this investigation was to estimate the influence of internal displacement on the adaptation and mental health of adolescents. The investigation was conducted on 238 adolescents, comprising a control group of 206 adolescents from Belgrade and 32 internally displaced adolescents from Kosovo. A specific questionnaire regarding habits, behaviour, and psychosomatic state was used, as well as the Cornell Medical Index and the Eysenck Personality Questionnaire. Internally displaced adolescents from Kosovo exhibited greater difficulties in adapting and had worse school records than adolescents from Belgrade, one year after the change in their location. Immediately after the NATO bombing, both groups reacted in the same way: they often talked about the events they had

\* Из: „Српски архив за целокупно лекарство“, САД, 2005, 5-6, Београд

<sup>1</sup> Др Милош Максимовић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Медицински факултет, Београд

<sup>2</sup> Др Радојка Коцијанчић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Медицински факултет, Београд

<sup>3</sup> Др Душан Бацковић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Медицински факултет, Београд

<sup>4</sup> Др Татјана Илле, Институт за статистику и медицинску информатику, Медицински факултет, Београд

<sup>5</sup> Катарина Пауновић, Институт за хигијену и медицинску екологију, Медицински факултет, Београд

ишишаника реаговале су на сличан начин (претпичавали су до гађаје које су преживели, имали су снтрах од звука сирене за узбуњивање и снтрах од авиона, често су сањали сличне садржаје) и није било статистички значајне разлике. Емоционалне сметње годину дана после бомбардовања није зајазило 40,6% адолосцената с Косова, у поређењу са 74,8% адолосцената из Београда. Ког 75,7% адолосцената из Београда зајажено је повећано конзумирање алкохола, у односу на 56,3% исхишаника с Косова. Такође, 20,4% исхишивањих адолосцената из Београда конзумирало је психоактивне субстанције, док је то чинило само 6,3% исхишаника с Косова. Није забележена разлика у средњим вредностима на скалама неуроптицизма између исхишаника две групе, али су код девојака из обе исхишивање групе уочене неуроптиске тенденције значајно чешће него код младића.

**Кључне речи:** адаптација; адолосценети; интерно расељена лица.

## Увод

Услови ратног окружења и увођење санкција нашој земљи довели су до драстичног пада животног стандарда и промене социоекономских услова од почетка до средине последње декаде прошлог века. Процењује се да је на територији бивше СФРЈ у критичним моментима било и до два и по милиона избеглица,<sup>1</sup> а да су 27% избеглица били деца и адолосценти, тј. млади до 18 година.<sup>2</sup>

Избеглиштво и интерно расељавање представљају принудну промену места боравка повезану с неочекиваним променама околности у материјалном и социјалном контексту (губитак дома, промена састава породице, инкултурални стрес) и неминовно захтевају велике капацитете у прилагођавању свих изложених лица, а нарочито рањиве категорије – деце и адолосценета.<sup>3</sup> Под прилагођавањем се подразумева скуп реакција којима појединач мења своје понашање, како би прикладно одговорио условима неке одређене средине или неког новог искуства<sup>4</sup>. Претходна истраживања о прилагођавању и психичким променама

survived, they were afraid of the sounds of alarm sirens and of aeroplanes, and in addition had similar dreams (no statistical variation between the groups). Emotional disturbances, one year after the bombing, were not observed in 40.6% of adolescents from Kosovo, compared to the figure of 74.8% for adolescents from Belgrade. Adolescents from Belgrade consumed alcohol significantly more often: 75.7% compared to 56.3% for adolescents from Kosovo. In addition, 20.4% of adolescents from Belgrade consumed psychoactive substances compared to 6.3% of adolescents from Kosovo. There was no significant difference between the examined groups in the total scores on the scale for neuroticism. All in all, the girls from both examined groups displayed neurotic tendencies more frequently than the boys.

**Key words:** adaptation; adolescents; internally displaced persons.

које су изазване избеглиштвом и интерним расељавањем говоре да новонастали животни услови утичу на њихово ментално здравље. Психолошке сметње, као што су анксиозност, депресивност, агресивност, раздражљивост, као и нередовно похађање школе, злоупотреба алкохола и дувана, често се јављају код младих избеглица смештених у колективним облицима смештаја.<sup>5</sup>

## Циљ рада

Циљ истраживања био је да се утврди утицај интерног расељавања до 2000. године на прилагођавање и ментално здравље адолосценета. Постављена је следећа радна хипотеза: да околности интерног расељавања и претходно трауматско искуство остављају последице на способност прилагођавања и ментално здравље адолосценета.

## Метод рада

Истраживање је спроведено у периоду од јануара до маја 2000. године међу ученици-

ма четвртог разреда три гимназије београдске општине Савски венац. Истраживањем је обухваћено 238adolесцената (153 девојке и 85 младића), просечног узраста од 18+0,7 година. Испитаници су подељени у две групе: експерименталну групу чинила су 32 интерно расељена ученика с Косова, док је контролну групу чинило 206adolесцената из Београда.

У истраживању су коришћени: специфични, структурисани упитник (о општим обележјима испитаника, ранијим навикама, здравственом стању и понашањуadolесцената), Корнелов медицински индекс (Cornell Medical Index) за утврђивање степена неуротичности, који је стандардизован за нашу популацију младих од 16 до 18 година, и Ајзенков (Eysenck) упитник (Eysenck Personality Inventory – EPI), који је коришћен за процену неуротицизма. Анализа прикупљених података рађена је применом дескриптивне и аналитичке статистике. За процену значајности разлике обележја посматрања између два независна узорка коришћени су Студентов т-тест,  $h^2$ -тест и Ман-Витнијев (Mann-Whitney) U-тест суме опсега.

## Резултати

У **табели 1** приказана је дистрибуција испитаника по полу, где није утврђена статистички значајна разлика између две групе испитаника ( $h^2 = 0,821$ ;  $r > 0,05$ ). Постоји значајна разлика у успеху који су ученици постигли у школској години која је претходила истраживању: ученици с Косова постигли су статистички значајније лошији успех од ученика из Београда ( $h^2 = 10,637$ ;  $r < 0,05$ ) (**табела 2**). У **табели 3** приказане су учесталости начина организовања слободног времена и искуства у коришћењу алкохола и психоактивних супстанција. Није показана значајна разлика у начину провођења слободног времена по групама испитаника (66,5%adolесцената из Београда организовано проводи слободно време, наспрам 50% интерно расељенихadolесцената):  $h^2=2,913$ ;  $r>0,05$ . Разлике у учесталости конзумирања

психоактивних супстанција такође нису биле статистички значајне, док је учесталост коришћења алкохола значајно већа кодadolесцената из Београда ( $h^2 = 5,438$ ;  $r<0,05$ ).

Психички проблеми и проблеми понашања испитаника непосредно после бомбардовања приказани су у **табели 4**. Учесталости појаве психичких тегоба код испитаника нису се статистички значајно разликовале ( $h^2 = 1,062$ ;  $r>0,05$ ). У **табели 5** приказана је дистрибуција учесталости психолошких и проблема у понашању који се код испитаника две групе запажају у тренутку испитивања.adolесценти из Београда статистички су значајно чешће били без наведених сметњи ( $h^2 = 30,943$ ;  $r<0,01$ ). Неуротицизам испитаника, који је процењен применом Корнелових и Ајзенкових упитника, приказан је у **табели 6**. Није забележена статистички значајна разлика средњих вредности скорова неуротицизма између испитаника из Београда и интерно расељенихadolесцената с Косова. Утврђена је, међутим, статистички високо значајна разлика у средњем медицинском индексу и у Ајзенковом упитнику код девојака из обе групе у односу на младиће (U-тест 4030,000;  $p<0,01$ ).

## Дискусија

У истраживању су посматране две групе испитаника:adolесценти који су интерно расељени с Косова, који су прва два разреда средње школе завршили на Косову, а после су се преселили и уписали у гимназије на територији београдске општине Савски венац, иadolесценти из Београда из истих школа, који се не разликују значајно по полу и узрасној структури од својих вршњака с Косова (**табела 1**).

У литератури су наведени подаци о различитим последицама насталим при дејству изолованог или вишеструког психосоцијалног стреса. Тер (Terr)<sup>6</sup> посматра ратну ситуацију, етничко чишћење и избеглиштво као хроничне трауматске стресоре који делују и као изолована и као вишеструка траума. При изолованој трауми постоје веће могућ-

**Табела 1.** Дистрибуција испитаника по полу

Дистрибуција по полу		Експериментална група	Контролна група	Укупно	Статистичка значајност
Пол	женски	30 (62,2%)	133 (64,6%)	153 (64,3%)	$\chi^2=0,821$ $p>0,05$
	мушки	12 (37,5%)	73 (35,4%)	85 (35,7%)	
<b>Укупно</b>		32 (100,0%)	206 (100,0%)	238 (100,0%)	

ности за опоравак трауматизоване особе, док при деловању вишеструке трауме долази до сложенијих и тежих последица.

Као последица лошег прилагођавања новој срединиadolесценти с Косова имали су значајно слабији успех у школи. Одличан успех у години пре истраживања остварило је 28,1% адолосцената, а међу београдским испитаницима 44,7% ученика, док је добар успех остварило 34,4% испитаника с Косова, а само 14,5% испитаника из Београда (*табела 2*). Овакви резултати се могу тумачити и нередовним похађањем наставе адолосцената с Косова у њиховим матичним школама, неуједначеним критеријумом, као и последицама интензивније изложености претходним трауматским догађајима. О паду академског успеха као последици дејства трауме говоре

и истраживања Ђаконије (Giaconia)<sup>7</sup>, Маце (Mazza)<sup>8</sup> и других истраживача, али је мотивација упоређивања с њиховим резултатима ограничена због деловања различитих врста стресора над испитаницима, као и утицаја осталих унутрашњих и спољашњих чинилаца на академски успех.

У прилог лошијем прилагођавању адолосцената с Косова говори и податак о начину провођења слободног времена. Слободно време проводи неорганизовано (у необавезном дружењу, без хобија, спортских и едукационих активности) 50% адолосцената с Косова, напротив 33,5% адолосцената из Београда; без статистички значајне разлике међу групама (*табела 3*). Лоше социјално прилагођавање као последица расељавања утврђено је и код адолосцената из других ратом захваћених

**Табела 2.** Успех у школи испитаника

Успех у школи	Експериментална група	Контролна група	Статистичка значајност
Одлична	9 (28,1%)	92 (44,7%)	$\chi^2=10,637$ $p<0,05$
Врло добар	11 (34,4%)	83 (40,3%)	
Добар	11 (34,4%)	30 (14,5%)	
Довољан	1 (3,1%)	1 (0,5%)	
<b>Укупно</b>	32 (100,0%)	206 (100,0%)	

**Табела 3.** Провођење слободног времена и коришћење алкохола и психоактивних супстанци

Слободно време и коришћење алкохола и психоактивних супстанци		Експериментална група	Контролна група	Статистичка значајност
Провођење слободног времена	Организовано	16 (50,0%)	137 (66,5%)	$\chi^2=2,913$ $p<0,05$
	Неорганизовано	16 (50,0%)	69 (33,5%)	
Конзумирање алкохола	Да	18 (56,3%)	156 (75,7%)	$\chi^2=5,438$ $p<0,05$
	Не	14 (43,7%)	50 (24,3%)	
Конзумирање психоактивних супстанци	Да	2 (6,3%)	42 (20,4%)	$\chi^2=2,969$ $p<0,05$
	Не	30 (93,7%)	164 (79,6%)	
<b>Укупно</b>		32 (102,0%)	206 (100,0%)	

подручја непосредно после напуштања земље<sup>9</sup> и после периода од четири године.<sup>10</sup> У групи испитаника из Београда запажено је и значајније коришћење психоактивних супстанција, што је у складу с наводима многих истраживања спроведених кодadolесцената с подручја која су била под ратним дејствима.<sup>7,11</sup> Резултати истраживања такође показују да 75,7%adolесцената из Београда, односно 56,3%adolесцената с Косова, конзумира алкохол (*шабела 3*), а 20,4% испитаника из Београда и 6,3%adolесцената с Косова конзумира психоактивне супстанције. Према резултатима истраживања Џемса (Jamesa),<sup>12</sup> учесталост злоупотребе психоактивних супстанција кодadolесцената који су изложени дејству трауме је 10–35%. При интерпретацији ових резултата треба узети у обзир социоекономске факторе и чињеницу да је у урбаним срединама лакша доступност психоактивних супстанција, као и да бољи материјални статус

ученика из Београда омогућава лакши приступ скupoј drogi.

Непосредно после бомбардовања испитаници обе групе реаговали су на сличан начин: препричавали су догађаје које су преживели, имали су страх од звука сирене за узбуњивање и страх од авиона, сањали су исте или сличне трауматске садржаје. Статистички значајне разлике између испитиваних група није било (*шабела 4*). Сличну симптоматологију испољавали су иadolесценти из ратом захваћених подручја суседних земаља<sup>13</sup>. Ајдуковић,<sup>14</sup> проучавајући дејство ратне трауме, дошао је до резултата да се ове психичке последице јављају код 50%adolесцената. До резултата о повећаној анксиозности кодadolесцената који су изложени ратној трауми дошли су В. Визек-Видовић и њени сарадници,<sup>15</sup> односно Десивиља (Desivilya).<sup>16</sup>

Дуготрајни психолошки ефекти и после преживљене трауме значајно се разликују

**Табела 4.** Дистрибуција психичких проблема у понашању испитаника непосредно после бомбардовања 1999. год.

Психички проблеми и проблеми у понашању после бомбардовања	Експериментална група	Контролна група	Статистичка значајност
Препричавање трауматских догађаја	23 (71,9%)	126 (61,2%)	$\chi^2=1,062$ $p<0,05$
Сањање трауматичног догађаја	1 (3,1%)	5 (2,4%)	
Страх од звука сирене или авиона	4 (12,5%)	35 (17,0%)	
Без симптома	4 (12,5%)	33 (16,0%)	
Без одговора	0 (0,0%)	7 (3,4%)	
<b>Укупно</b>	<b>32 (100,0%)</b>	<b>206 (100,0%)</b>	

**Табела 5.** Дистрибуција психичких проблема и проблема у понашању испитаника у тренутку испитивања

Психички проблеми и проблеми у понашању у тренутку испитивања	Експериментална група	Контролна група	Статистичка значајност
Емоционално осетљивији	5 (15,6%)	15 (7,3%)	$\chi^2=30,943$ $p<0,01$
Плашљивији	1 (3,1%)	7 (3,4%)	
Агресивнији	3 (9,4%)	19 (9,2%)	
Нерасположени	3 (9,4%)	3 (1,4%)	
Неповерљиви према другима	4 (12,5%)	2 (1,0%)	
Смањених способности за учење	2 (6,3%)	5 (2,4%)	
Без приметних промена	13 (40,6%)	154 (74,8%)	
Без одговора	1 (3,1%)	1 (0,5%)	
<b>Укупно</b>	<b>32 (100,0%)</b>	<b>206 (100,0%)</b>	

**Табела 6.** Вредности скорова на Корнеловој скали и у Ајзенковом упитнику према групама испитаника и према полу

Испитаници	Корнелов медицински индекс (n)	Статистичка значајност	Ајзенкова подскала неуротичности	Статистичка значајност
Експериментална група	7,81±5,99 (32)	Mann-Whitney U=3198,500 $p>0,05$	9,63±4,94 (32)	Mann-Whitney U=3137,000 $p>0,05$
Контролна група	7,86±5,44 (206)		10,06±4,63 (206)	
Девојке	8,65±5,38 (153)	Mann-Whitney U=4620,500 $p<0,01$	11,13±4,46 (153)	Mann-Whitney U=4030,000 $p>0,01$
Младићи	6,44±5,45 (85)		7,98±4,35 (85)	
<b>Сви адолосценти</b>	<b>7,86±5,50 (238)</b>			<b>10,00±4,67 (238)</b>

међу испитаницима две групе. Сметње у понашању и расположењу у тренутку истраживања није запазило 40,6% адолосцената из експерименталне групе, односно 74,8% адолосцената из Београда (*табела 5*). Адолосценти с Косова, у поређењу са испитаницима из Београда, постали су емоционално осетљиви, нерасположени, неповерљиви према другим људима, а и смањила им се способност за учење. Ови резултати су у складу с резултатима Фефербаума (Pfefferbaum)<sup>17</sup> и других истраживача, који посебно наглашавају трајније поремећаје емоција при доживљавању стресне ситуације, а поготову ратне трауме<sup>7,8</sup>. Субдепресивне тенденције, демотивисаност и безвръзаност код адолосцената изложених ратној трауми запазили су Ајдуковић<sup>14</sup> и други истраживачи.<sup>11</sup> У обе испитиване групе сличан је удео адолосцената који је изјавио да су постали агресивнији (*табела 5*). Према резултатима Ајдуковића,<sup>14</sup> поремећаји понашања у виду агресивности јављају се код скоро 30% угрожене популације.

Средње вредности скорова неуротицизма према Корнеловом медицинском индексу и Ајзенковом упитнику у тренутку истраживања не разликују се између адолосцената с Косова и из Београда. Насупрот томе, посматрајући све испитанике заједно, неуротске тенденције су се знатно чешће јављале код девојака него код младића (*табела 6*). У литератури се налазе различити подаци о вулнерабилности (рањивости) на дејство стресора по полу. Неки аутори наводе подједнако осетљивост и жене и мушкараца на стрес,<sup>17</sup> док знатно већи број аутора прика-

зује жене као рањивије.<sup>14,18</sup> Девојке су, уопште говорећи, склоније интернализованим емоционалним реакцијама (анксиозност, депресивност и социјално повлачење), што тестови типа оних који су коришћени у истраживању добро бележе, док су младићи склонији екстернализованим проблемима који се манифестишу агресивним и антисоцијалним понашањем.

Проблем перспективе и прогнозе мала-адаптације и психичких проблема код младих људи условљених деловањем психосоцијалних стресора обрадили су Ким (Kim) и сарадници<sup>19</sup> 2003. године. Проспективним надгледањем 451 адолосцента током петогодишњег периода поставили су хипотезу о реверзној каузацији психосоцијалног стреса и проблема екстернализованог и интернализованог понашања адолосцената. Социјална каузација (психосоцијални и инкултурални стрес, где припадају и проблеми у вези с интерним расељавањем) одраније су познати као узорак психичких и социјалних проблема. Млади људи који испољавају проблеме екстернализованог или интернализованог понашања чине групу која је у будућности још више изложена даљој компликацији односа у социјалној сфери<sup>20</sup> (продужена хронична мала-адаптација, проблематични односи у школи и међу вршњацима итд.).

## Закључак

Услови живота настали интерним расељавањем утичу негативно на способност прилагођавања адолосцената, што се огледа у тешкоћама прихватања нове средине и слаби-

јем успеху у школи. Интерно расељавање утиче и на ментално здрављеadolесцената кроз одложене психичке сметње као што су: наметање сећања на догађаје које су преживели, страх од трауматских ситуација и сањање сличних садржаја. Претходно трауматско искуство утиче на конзумирање и злоупотребу алкохола и психоактивних супстанција. Код девојака се запажа већи степен неуротских тенденција без обзира на претходно трауматско искуство промене средине. Интерно расељени адолосценти представљају популацију код које је потребно интензивније спровођење мера превенције ради очувања њиховог менталног здравља.

## Литература

1. Lisbert H. Izbeglice, stres i trauma, Zdravqe pod sankcijama, Beograd, Institut za mentalno zdravqe 1994.
2. UNHCR United Nations, High Commissioner for Refugees. Census of refugees and other war-affected persons in the Federal Republic of Yugoslavia. Belgrade; 1996.
3. Милосављевић М. Психологија избеглиштва. Београд: Натика; 1997,
4. Поро А. Енциклопедија психијатрије. XV издање. Београд: Нолит; 1990.
5. Ишпановић-Радојковић В, Бојанин С, Тадић Н. Заштита менталног здравља деце и младих жртава рата у бивој Југославији (1991–1993). У: Стресови рата. Београд: Институт за ментално здравље; 1994.
6. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry 1991; 148:10–20.
7. Giaconia RM, Reinhertz HZ, Silverman AB, et al. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1369–80.
8. Mazza JJ. The relationship between post-traumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescence. Suicide Life Threat Behav 2000; 30:91–103.
9. Rousseau C, Drapeau A, Platt R. Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees. Child Abuse Neglect 1999; 23(12):1263–73.
10. Rousseau C, Drapeau A, Rahimi S. The complexity of trauma response: a 4-year follow-up of adolescent Cambodian refugees. Child Abuse Neglect 2003; 27: J277–90.
11. McCloskey LA, Walker M. Post-traumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:108–15.
12. James CB. The incarcerated youth needs assessment survey. Los Angeles, CA: Charles Drew University; 1999.
13. Jones L, Kafetsios K. Assessing adolescent mental health in war-affected societies: the significance of symptoms. Child Abuse Neglect 2002; 26(1G):1059–80.
14. Ajduković M. Displaced adolescents in Croatia: sources of stress and post-traumatic stress reaction. Adolescence 1998; 33(129):209–17.
15. Vizek-Vidović V, Kuterovac-Jagodić G, Arambašić L. Post-traumatic symptomatology in children exposed to war. Scand J Psychol 2000; 41(4):297–306.
16. Desivilya HS, Gal R, Ayalon O. Extent of victimization, traumatic stress symptoms, and adjustment of terrorist assault survivors: a long-term follow-up. Trauma Stress 1996; 9:881–9.
17. Pfefferbaum B. Post-traumatic stress disorder in children: A review of the past ten years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:1503–11.
18. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Sex differences in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:1044–8.
19. Kim KJ, Conger RD, Eleder GH, Lorenz FO. Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. Child Development 2003; 74(1):127–43.
20. Conger RD, Patterson GR, Ge X. It takes two to replicate: A mediational model for the impact of parents' stress on adolescent adjustment. Child Development 1995; 66:80–97.

**Стручни и научни радови****Како написати научностручни рад?***М. Дачић<sup>1</sup>*

За већину аутора најтежа и временски најдужа фаза, или, тачније речено, предфаза у изради научностручних радова сигурно је претраживање научностручне литературе. Долажење до примарних информација потребних за рад важна је претпоставка за правилан избор области и теме.

Без коришћења научне и стручне литературе нема ни истраживачког рада, а без њега је напредак друштва онемогућен.

Истраживачки рад почиње избором области у којој треба да се формулише проблем који захтева објашњење. Избор области није једноставан задатак истраживача. Он зависи од разних чинилаца, међу којима се посебно истичу:

- актуелност области,
- стручна и друштвена оправданост,
- недостатак одговарајућих знања у тој области,
- могућност да се дефинисани проблем научно и обради,
- корист од добијених истраживачких резултата и
- склоност и способност истраживача да одабрану област обради.

Избор области обично наилази и на неке мање или веће потешкоће које се при томе јављају, а које отежавају доношење коначне одлуке. Међу тим текстовима издваја се следеће:

- Размишљање да одабрани проблем нема већи значај. Та потешкоћа може одмах да се одбаци, јер је сасвим сигурно да у науци беззначајних проблема практично нема и

- Да је област истражена и да њој нема шта да се ново дода. Ово је такође заблуда. У науци нема области у којој нема шта ново да се истражи.

Када се прође прва фаза, а то је одлука о избору истраживачке области, наступа друга фаза, дефинисање истраживачког проблема. Ова фаза је најзначајнија за почетак истраживања због тога што захтева доста труда и времена. Она се састоји у прикупљању података и информација о истраживачкој области у циљу што детаљнијег информисања истраживача о томе шта је познато, а шта непознато у одабраној научној области. Подаци се прикупљају у разговору са другим истраживачима и, много чешће, читањем научне и стручне литературе.

Читање литературе је врло значајна етапа у формулацији научног проблема, али то није једноставан задатак. Само читање захтева одређена знања и вештине. Чита се пољако, са разумевањем и размишљањем, повезујући садржаје са сопственим пре тога стеченим знањем и искуством. Брза оријентација на корисност текста за дефинисање научног проблема подразумева да читање започне од назлова, па да се иде ка аутору и резултатима, а завршава закључцима. То је свим доволно да се читалац упозна са садржајем документа и донесе одлуку да ли дело да чита у целини или не. Ако се одлучи за читање у целини, онда се при читању праве краће белешке, а оно што је за читатеља значајно – интересантно, подвлачи се. Друго читање подразумева читање подвучених места, односно кључних појмова (семантичко читање).

<sup>1</sup> Проф. др Милутин Дачић, професор ВМШ и Медицинског факултета у Београду.

Библиографска обрада једне области односи се на прелаз са онога што је у тој области познато, на оно што се сматра још увек непознатим. На овај начин избегава се још једна грешка коју почетник може да направи, а то је да сматра своје идеје сасвим новим, иако оне то нису. Коначно се приступа формулисању научног проблема. При томе се одређује:

- место проблема у односу на претходна истраживања,
- место проблема у науци уопште и
- значење проблема, које треба да буде исто за све.

У формулисању треба прецизно одговорити и на следећа питања:

- **ко:** ко или шта је предмет истраживања: особе, органи и сл.
- **где:** место где се истраживање спроводи и под којим условима,
- **када:** време и околности истраживања и
- **како:** начин на који се истраживање остварује.

У следећој фази израде, пажњу треба посветити основним карактеристикама писања научностручног рада. Углавном се то односи на обим и принципе писања рада. Што се тиче обима важно је нагласити, односно потенцирати, краткоћу и јасноћу у извештавању о постојећем проблему – теми. Велики писци увек су наглашавали да треба писати кратко и јасно, избегавати опширност, са потенцирањем да се сви плашимо „великих књига“, мисли се на велики број страница. Паскал је често, пишући своја писма пријатељима, говорио: „Извињавам ти се на овако опширном писму, али заиста немам времена да ти напишем краће“.

Што се тиче принципа писања рада, изнешћемо основне принципе у неколико тачака:

- Почиње се углавном новијом информацијом везаном за решавање проблема, са изузетком када се ради о историјату,
- Не уносити беззначајне чињенице, оперисати само са значајним информацијама уско везаним за тему,
- Избегавати беспотребно понављање већ изнетог из претходних поглавља,

- Јединство и склад подразумева постепено прелажење из једног дела рада у други, са циљем стварања јединствене целине.

У оквиру општих принципа писања и презентације научноистраживачког рада изражена је жеља свих аутора ка оригиналности свога рада. Треба нагласити да је апсолутна оригиналност мало могућа у данашњим условима, тако да је и најмањи допринос у решавању неког научноистраживачког проблема огромни допринос сваког појединца – истраживача.

Глобални циљ сваког научног и стручног рада јесте добијање нових, оригиналних резултата који треба да буду презентовани научностручној јавности, а основни циљ им је оригинални допринос аутора теорији и практици на коју се рад односи.

Сваки научноистраживачки и стручни рад треба да има одређена поглавља која својим логичним редоследом олакшавају праћење и схватавање проблема који се презентује.

Начин излагања материје иде углавном следећим редоследом;

- **Наслов рада;**
- **Увод;**
- I **Преглед литературе (досадашња истраживања);**
- II **Циљ рада;**
- III **Хипотезе рада;**
- IV **Методологија рада;**
- V **Резултати рада;**
- VI **Дискусија резултата рада;**
- VII **Закључак;**
- VIII **Предлог мера;**
- IX **Литература (референца);**
- **Сажетак;**
- **Прилог.**

Предложени редослед излагања материје подложен је променама у зависности од врсте рада. Примера ради, стручни рад, семинарски рад и остали који немају претензије да буду научни радови не захтевају сва побројана поглавља. То се нарочито односи на хипотезе које искључиво припадају научноистраживачким радовима. Међутим, морамо рећи да је наведени редослед логичан и да

сваки други не би допринео јасноћи приказа материјала који се излаже.

## Наслов рада

Често се поставља питање који је наслов бољи: дугачак или кратак. Рекли бисмо, низједан. Наслов треба да буде јасан и прецизан, да се односи на конкретну проблематику којом се рад бави. Због многих проблема који се јављају у формулисању наслова боље је кренути са радним насловом, а по завршетку писања текстова, на основу уверења да је циљ погођен, формулисати коначан наслов. Наслов је врло значајан и због даље обраде документа (индексирања), јер мора имати јасне кључне речи (key words) које су значајне због улаза у базу података биомедицинске научне и стручне литературе.

## Увод

Увод се веома често погрешно тумачи и меша са првим поглављем рада. Увод се, по нашој препоруци, мора такође формулисати кратко, прецизно, чиме се читалац уводи у проблематику којом се рад бави.

Једна од основних улога јесте да ближе појасни наслов. Код стручних радова обично се у последњој реченици увода дефинише циљ рада. У уводу се обично износи кратак историјат проблема, настанак и главне етапе у његовом решавању. Такође, у уводу је врло важно припремити, односно увести, читаоца у проблем који жели да се реши радом, дакле, једном речју, пробудити интересовање за истраживање.

## I. Преглед литературе (досадашња истраживања)

Званично, то је прво поглавље сваког рада – документа које има аспирације да буде научноистраживачки рад. Неискусни аутори га врло често замењују са уводом. Преглед литературе има значајну улогу у изношењу досадашњих истраживања о проблему којим се бави конкретан рад. У зависности од „те-

жине“ научног рада зависи и обим овог поглавља. За реализацију ове фазе писања документа потребно је много времена на проналажењу извора информација о конкретном проблему. То се углавном чини проналажењем научностручне литературе у било ком виду, ради лакшег схватања и презентације проучаваног проблема. Због потреба овог рада, нећемо говорити о начинима долажења до „извора“ информација из научностручне литературе, али морамо нагласити да су данас могућности велике и да је сваки аутор дужан да обавести заинтересоване о досадашњим, као и садашњим, истраживањима која се односе на проблем који жели да се реши.

Посебно треба нагласити и упозорити младе ауторе на „трансфер учење“, што ће рећи, „свему што знамо, неко нас је томе претходно научио“. Овим поглављем аутор доказује колико влада материјом о којој жели да пише.

## II. Циљ рада

Ово поглавље треба да буде најконкретније и најпрецизније написано. Представља логичан наставак претходних поглавља у правцу ка наредним. Циљ представља намеру аутора ка решавању одређених проблема и усмерава пажњу читалаца на суштинске појмове у раду – документу. Рад може имати један или више циљева и треба их све написати.

## III. Хипотезе рада

Ово поглавље је искључиво везано за писање научних дела: докторских дисертација, магистарских теза, субспецијалистичких радова и свих облика научноистраживачких чланака и пројекта. У овом делу рада разрађују се ауторове претпоставке (хипотезе) по којима којих би се могао решити изабрани проблем. У основи хипотеза се ослања на познато и служи сазнању непознатог. Она се поставља онда када је познат део чињеница и њихових односа а нису доволно познате друге чињенице и њихове везе у оквиру иза-

браног научног проблема. Када се анализирају све чињенице са којима се аутор-истраживач упознао читајући литературу, и на основу личних искустава, поставља се радна (ауторова) хипотеза. У случају да је проблем веома сложен, постављају се и помоћне хипотезе. Насупрот радној хипотези, увек постоји теоретска хипотеза која тврди супротно, односно која је постављена у претходном периоду од стране других истраживача. Радна хипотеза се током истраживачког рада проверава било експериментом, било неексперименталним методама, а све у циљу да се постигне високо квалитетан резултат на нивоу статистичке значајности. Хипотеза мора бити постављена једноставно, јасно, и мора бити подложна проверавању. Провере се врше једним од статистичких тестова, у зависности од података (параметријски или непараметријски статистички подаци). Исход ове провере води прихваташњу или неприхваташњу радне хипотезе. Суштина овог поглавља, као и уосталом целог истраживачког рада, јесте у „борби“ радне и теоријске хипотезе која доноси успех или крах истраживачких напора.

#### IV. Методологија рада

Једно од најважнијих поглавља израде научноистраживачког рада. Углавном је предмет пажљивог проучавања осталих истраживача, које посебно интересују евентуално нови методски поступци у научноистраживачком раду. Овде морамо констатовати, на жалост, да се веома тешко јављају нови методски поступци. Углавном су они стандардизовани и односе се на класичан приступ истраживања. Могу се груписати у три основне групе, карактеристичне за различите области науке: нормативна, експериментална и историјска метода. Међутим, за потребе овог рада, а у биомедицинској научној области могли бисмо методе поделити у две групе. У првој групи метода напли би се методи који захтевају клиничко-лабораторијски експеримент, и њихови подаци су углавном проверљиви параметријским тестовима (т-тест). У другој, великој групи, налазила би

се разна социјално-медицинска, хигијенско-епидемиолошка, социолошка и слична истраживања, чији су резултати проверљиви непараметријским статистичким тестовима ( $\chi^2$ ).

Значајност овог поглавља јесте у избору метода рада, што је базично питање у научноистраживачком раду. Оно захтева одређено знање и искуство истраживача, те се препоручује сваком истраживачу да се пре одређивања метода рада консултује са одговарајућим научноистраживачким радницима. У делу методологије рада неопходно је дефинисати:

1. субјект, време и место експеримента;
2. начин извођења експеримента;
3. извршиоце задатака у експерименту;
4. избор обележја за праћење резултата експеримента;
5. дефиницију појмова у експерименту;
6. примењену статистичку методологију.

Овде ћемо потенцирати статистичку методологију, која је у многим случајевима најтежи део методологије. Захтева пажљиво идентификовање статистичких метода и процедура коришћених у истраживању, са довољно детаља како би заинтересовани могли да провере и поново потврде саопштене резултате.

#### V. Резултати рада

У овом поглављу излажу се резултати рада у логичном редоследу, онако како је текстом предвиђено. Изабрана обележја са њивим параметрима показујемо табелама и њивим алтернативама, графиконима. Да-ке, у обавези смо приказати резултате нумерички, а пожељно би било и дескриптивно. Не треба приказивати све резултате већ само основне и препрезентативне. Треба тежити да се одвоји битно од небитнога при изношењу резултата. Најчешћа грешка младих аутора јесте понављање описивања добијених резултата, а често и детаљно изношење података из приказаних табела. Описивање добијених резултата мора бити кратко и јасно, у једној до две реченице, углавном као помоћ у описивању већ изложених резултат-а.

та. У случају да су резултати приказани у табели статистички значајни, испод табеле ћемо нумерички ту значајност приказати. Ако аутор процењује да ће графичким приказом визуелно значајно објаснити резултате, онда се испод табеле или пак одређеним редоследом прикаже и графикон.

## VI. Дискусија резултата

Задатак овог поглавља јесте уопштавање и појашњавање добијених и описаних резултата у претходном поглављу. Искусни аутори често користе мале дискусије изнете испод табела у претходном поглављу, наравно обогаћене значајнијим објашњењем, анализама и коментарима, а све у циљу презентације резултата рада, поготово ако су они статистички значајни. За разлику од претходног поглавља овде се позивамо на друге ауторе и њихове радове, а све у циљу верификације наших резултата. Влада мишљење да се права вредност аутора види управо у овом поглављу. Овде аутор мора користити сва своја знања и искуства, стечена пре глем дом литературе, туђим и сопственим искуствима, личном креативношћу, да би што боље објаснио резултате рада, поготову ако су они високо статистички значајни у односу на досадашња сазнања. Дакле, у овом делу радна хипотеза мора добити „битку“ са теоретском хипотезом.

## VII. Закључак

Углавном представља кратак и јасан одговор на циљ и хипотезе рада. Овај део рада односи се на завршно мишљење аутора које је произтекло из претходних резултата истраживања. На основу добијених чињеница треба извести нове информације. Закључивање на основу добијених резултата рада мора бити у складу са етичким нормама научноистраживачког рада. Аутори често у процесу закључивања долазе у дилему да ли се круто држати чињеница или пустити креативне снаге на вољу. Истина је, по старом обичају, негде на средини. Не треба се кру-

то држати добијених чињеница, јер оне са- ме по себи не могу решити истраживачки проблем. Ни сами резултати рада не дају стопостотно тачне одговоре на постављене циљеве и хипотезе. Дакле, аутор се мора ослањати у потребној мери на своју интуицију и знање из конкретне области истраживања. Највећа грешка аутора јесте стопостотно тврђење и искључивост у фази закључивања, поготово ако то није у потпуности подржано резултатима истраживања. Закључци се наводе таксативно у облику кратких реченица.

## VIII. Предлог мера

Сваки рад који има претензије да буде друштвено и научно-стручно оправдан, мора донети нешто ново и применљиво у конкретној области науке и праксе. Аутор, позивајући се на високо значајне резултате свога рада, предлаже конкретне мере за решавање проблема који је третиран у истраживању. Предлог мера се такође пише таксативно у облику кратких и прецизних реченица.

## IX. Литература

Цитирање и навођење научностручне литературе у суштини је морална и законска обавеза аутора научног и стручног документа, да наведе све оне изворе информација које је користио при изради тог документа. Поред овог суштинског, постоји и формални вид који аутор мора поштовати, а састоји се у обавези да цитирање и навођење мора бити прилагођено општеприхваћеним правилима за ову врсту литературе. Ова правила прописује Међународни комитет издавача медицинских часописа (International Steering Committee of Medical Editors). Међународни управни одбор медицинских издавача (1979. године у Монтреалу), усагласио је предлоге о једнообразном стилу навођења и цитирања литературе према оригиналним Ванкуверском документу (Vancouver style).

## Цитирање

Цитат је дословно навођење речи одређеног аутора. Речи цитата увек се стављају међу наводнице. Цитат се може скратити уз обавезно уметање три тачке на месту скраћивања. Уколико је цитат опширан, може се парафразирати, с тим што се увек наводи место одакле је цитат узет. За цитирање, као и за навођење, важи правило да се његов извор мора у потпуности навести у поглављу „Литература“.

## Навођење

Под навођењем се подразумева свако позывање на резултате истраживања, разматрања, дефинисања и слично, претходно објављене у литератури или на неки други начин ауторизоване.

Поглавље „литература“, „библиографија“ или „референца“, како га најчешће називамо, углавном је последње поглавље научно-стручног рада. То је срећени збир свих основних елемената који карактеришу одређену научну публикацију и по којима она може да се пронађе у изворном облику. Ови елементи ће се разликовати у зависности од типа документа, па ће другачије бити за монографску публикацију, периодичну публикацију, серијску публикацију, докторску дисертацију и друго.

Правилно навођење литературе биће приказано у литератури коришћеној за потребе писања овог рада.

## Сажетак (Апстракт)

Пише се одмах испод наслова, мада неки издавачи захтевају да се то учини на kraju рада (правилно је и једно и друго). Сажетак би требало да представља репрезент оригиналног рада у скраћеном облику. Пише се у величини од 200 до 300 речи, које најдескватније и најбоље изражавају кључ-

не појмове (key words) садржане у оригиналном документу.

Основни циљ сажетка јесте да најбрже и најефикасније информише читаоца о проблему истраживања саопштеног у оригиналном раду, да укратко обавести о циљу истраживања, хипотези, примењеној методологији, постигнутим резултатима рада и закључку. Сажетак мора бити написан на језику на коме је написан и рад. Ако је документ од међународног значаја, мора бити написан на једном од светских језика, најчешће на енглеском језику. Обично се сажетак пише као једна целина, без ставки.

На крају сажетка обавезно је навести кључне речи, по којима је препознатљив оригинални документ, односно, које најдескватније изражавају кључне појмове из оригиналног документа. Број кључних речи зависи од садржаја и квалитета документа. Најчешће је то 5 до 10 кључних речи, што називамо „дубина индексирања“.

После изложеног протокола писања научно-стручног рада, неминовно се морамо вратити на већ дискутовану „предфазу“ сваког научноистраживачког рада. Наиме, ради се о претраживању литературе, односно информација потребних за решавање изабраног проблема – теме. Рекли смо да је то један од најтежих послова у науци и струци, који траже много времена и стрпљења.

У данашњим условима стварања нових резултата и информација, приморани смо да користимо нове технологије у добијању примарних информација – интернет технологије. Слободни смо да тврдимо да је данас без интернета скоро немогуће квалитетно се бавити науком и струком. У наредном поглављу објаснимо основе коришћења интернет технологије.

## Литература

1. Дачић, М.: *Методологија израде научноистраживачког рада у биомедицинским исследовањима*, Висша медицинска школа, Београд, 2005.

## Стручни и научни радови

**„Старим колико морам, подмлађујем се колико могу“\***Д. Недељковић<sup>1</sup>

*Нико од нас нема права на безбрежност, а многи су затајили: и држава, и црква, и интелигенција и просвета.*

- Дуго сам се опирао да дођем на овај конгрес. Ја нисам позван, то јест, нисам достојан да на њему говорим, али сам прозван, па морам нешто, као нестручњак, да вам кажем. Срби су данас један од најстаријих народа, не у историјском смислу, како тврде извесни занесењаци: њихови докази да смо најстарији не могу нам помоћи, јер смо, нажалост, народ који нагло стари, у коме се знатно више умире него што се рађа. Сваке године нас је мање – досконо за један град Аранђеловац, а сад вероватно и за цео Крушевачки округ. Све мање и све касније млади се жени и удају, и све су ређи они који желе да изроде више деце. Знак је то кукавичлука пред животом, израз тешких моралних изопачења, одсуства духовности, опијеност хедонистичким и јаловим уживањима само у данашњем дану, а без погледа у даљину, без визије будућности.

Ја само кажем: и народи су смртни, а наш народ је у агонији. Покушајмо да га одржимо у животу. Нико од нас нема права на безбрежност, а многи су затајили: и држава, и црква, и интелигенција и просвета. Криза елите изазвала је кризу нације. Уствари, ми данас немамо елиту: нарочито немамо политичку елиту, достојну трагедије која нас прати. Имамо слабе политичаре или политиканте, нема више државника. А наш је положај тежи него после изгубљене Косовске битке, и трагичнији него после великих сеоба под патријарсима. О томе сам дosta писао, нећу

да се понављам. Сад ћу говорити као човек којега је стигла дosta висока старост. У ствари, ово је мој други живот: после страшног удеса и клиничке смрти. Судбина је хтела да се пробудим из дуге коме и данас будем са вама.

Мудраци ми помажу да се ускладим са нашом темом. Близак ми је **Иво Андрић** кад каже: „Старим колико морам, подмлађујем се колико могу“. Старити је досадно, али то је једини начин да се дуже живи – додаје **Бернард Шо**. И друге варијације на исту тему објашњавају и моје духовно стање. Старећи, човек постаје и луђи и мудрији – ироничан је **Фрасоа Ларошфуко**. Старост сви желе да дочекају, а кад су је дочекали, жале се на њу. Што се мене тиче – оговори Цицерон – више бих волео да будем краће стар, него стар пре времена. Рад, стваралаштво, продолжују век: **Платон и Гете, Леонардо и Тицијан, Лав Толстој и Виктор Иго, Десанка и Коњовић**, да не набрајамо многе друге, живели су дugo и до последњег даха – стварали. Дух не сме да клоне! Између људи и космичког бескраја ослушкујемо поруке бесмртних духовника: „Сваког примите са добротом, и у сваком пробудите доброту! Сваког позовите на доброту! У сваком охрабрите наду!“ **Бетовен** нам поручује: „Не признајем други знак надмоћности, осим доброте! А наш **деспот Стефан**, ходећи стопама **апостола Павла**: „Љубав све превасходи...“ То су путокази да не клонемо духом, да уз помоћ љубави одржавамо тврду веру и бесмртну наду.

Редовно ослушкујем литургију **Јована Златоуста**, његову прозбену јектенију: „Да довр-

\* Реч на 12. Националном геронтолошком конгресу, Врњачка бања, мај 2006.

<sup>1</sup> Проф. др Драган Недељковић.

шимо све даље време живота у миру и покајању, молимо Господа. - Молимо се да хришћански крај живота нашег буде без болова, непостидан, миран и да можемо дати добар одговор на страшном суду Христовом“.

Треба увек бити спреман и за одлазак. чуо сам од **Лафонтена**, генијалног баснописца: „Смрт никад не изненађује мудраца: он је увек спреман на одлазак.“

Наша тема, ипак, није смрт, него активан живот, особито у високим годинама. Ослушавамо и древну мудрост Јевреја: Имај времена да волиш и будеш вољен, то је повластица богова. Имај времена за пријатељство, то је пут до среће. Имај времена за рад – то је цена успеха. Имај времена за размишљање – то је извор моћи. Имај времена за сањарење, то је пут ка звездама. Имај времена за смех – то је музика душе. Имај времена за читање – то је темељ мудрости.

Али и у опрезности, јер свет је овај тиран тиранину. Зато мудраци имају два језика, наглашава **Еурипид**: један да говоре истину, а други да говоре у духу времена. Имајући при том у виду да ако кажеш истину, навући ћеш срцбу људи; а ако је не кажеш, срцбу Божију.

Античка грчка мудрост као да се додирује са библијском, старозаветном, из Књиге о Јову: „У стараца је мудрост, и у дугом вијеку разум“ . И наш **Марин Држић** на том трагу размишља: „Тешко оном дому где се старачки глас не чује, и где старачки штап не влада“.

Многи указују на парадоксе људске судбине: „Свако жели да дуго живи, али нико не жели да буде стар. Старцима је потребна љубав као и сунце“, реч је аутора „Јадника“. **Јован Дучић**, у „Благу цара Радована“, често се враћа сличним темама: - Свет подноси старца само ако је духовит или богат. – Неко остари као злато или мрамор, а неко остари као ципела. – Нема ниједног осталог краља који не би пристао да буде обичан млад поручник. – Године не стварају мудраце, стварају само старце.

Мудрост је кхи искуства – говорио је **Леонардо**. Али, скупа је она мудрост која се

плаћа искуством. Зуб мудрости онај је зуб који су досад већини људи морали под старост вадити. – Искуство је исто толико корисно колико и срећка после извлачења. – Ипак, никад није прекасно постати разуман и мудар; но теже је кад се то касно спозна, закључује **Кант**.

Мој незаборавни професор, достојанствени **Богољуб Тртица**, говорио нам је како су стари Грци уважавали старце. Разједињене Грке уједињавале су, поред осталог, олимпијске игре. Стадион је био препун када је стигао један старац, пре самог почетка олимпијаде. Пролазећи поред трибина на којима су седели Атињани, чуо је бриљантну расправу златне атинске младежи о томе зашто треба високо уважавати старост. Кад је стари Грк дошао до места Спартанаца, сви су као један устали да му уступе седиште. Старац се тада окренуо свим Грцима и рекао: „Атињани знају шта је лепо, а Спартанци то чине“. Та прича професора из румунске гимназије пратила ме је кроз цео живот: кад бих се нашао у аутобусу или трамвају, а наишла би старија особа, или жена с дететом, чуо бих опомену свога професора: устани, уступи место старијем или важнијем. Причао нам је и о Хомеровим еповима, Илијади и Одисеји, често помињући старца **Нестора**, краља **Пилоса**, најстаријег међу владарима грчким који су опседали Троју. Био је славан по мудrosti и другим беседама на скуповима грчких великаша.

Ни лукави **Одисеј** није могао бити сасвим млад, јер под Тројом је провео десет година, у лутањима исто толико, а кад је пошао у рат, није могао имати мање од двадесетак. По тадашњим мерилима четрдесетогодишњак је већ био старији човек. Па и код **Тургењева**, у роману „Очеви и деца“, старици су имали нешто преко четрдесет лета.

На крају бих подсетио на два типа старости у **Његошевом** „Горском вијенцу“. Први је непријатан, а слику ствара речити **Вук Мићуновић**:

„Куд ћеш више бруке од старости?  
Ноге клону, а очи падају, узблути се  
мозак у тиквини, појетињи чело напр-

**штено; грдне јаме нагрдиле лице, мутне очи утекле у главу, смрт се гадно испод чела смије како жаба испод своје коре.“**

С друге стране је **игуман Стефан**, још духовно бодар и видовит, премда слеп.

**„Ја имадем осамдесет њетах.**

**Откако сам очи изгубио, ја сам више у царству духовах..**

**Ја сам много обиша свијета, најсветије небесне храмове, што је земља небу подигнула“.**

Како владика **Данило** види игумана Стефана, то је друга, лепша слика старости:

**„Љепше ствари нема на свијету него лице пуно веселости, особено ка што је у тебе: са сребрном брадом до појаса, а лице ти глатко и весело. То је управ благослов вишњега“.**

Драматично искуство није нарушило склад игумана Стефана:

**„Ја сам проша сито и решето, овај грдни свијет испитао, отрови му чашу искапио, познао се с гркијем животом. Све што бива и што може бити мени ништа није непознато; што год дође ја сам му наредан“.**

То је Његошевски узор: храбро се суочити са животом и са смрћу, чувајући светиње – светиње живота, и светињу смрти.

Мене су надањивали и европски хуманисти, посебно **Ромен Ролан**, који је уздизао ведрину – серенитас – као битно својство и победу старости. Тумрна, јер пуна неизвесности, јесте младост, која носи терет судбинских питања. Како теку године тај терет се смањује, тако да човек уплови у старост сасвим олакшан, и без неизвесности. Отуд после облачне младости – велика ведрина у старости. Добро би било да је баш тако...

**Стручни и научни радови****Поводом 70 година Клиничко-болничког центра „Звездара“ – Београд**П. Довијанић<sup>1</sup>

Прослава 70-те годишњице КБЦ-а „Звездара“ схвата се као подстрек за активирање својеврсног жаришта интереса на проналажењу и афирмишењу седмодеценијског развојног пута установе, као и метода и начина да се прикаже како се одржавао, а и успешно побољшавао квалитет медицинске делатности, односно квалитет здравствене заштите која је пружана оболелима у овој здравственој институцији. При томе незаобилазно, такође, чини се и напор да се прикажу и друге две паралелне делатности, које су међусобно испреплетане са здравственом – научноистраживачком и образовном делатношћу. И оне су се пет последњих деценија упоредо развијале и једна другу уздижали и обогаћивале, чинећи тако један узрочно-последични ланац у облику идеалног полигона повезаности научне теорије и стручне праксе.

У време економских тешкоћа, рестрикција, сумњи у будућност и у властите могућности, изражене алијенације и опадања радног ентузијазма, са поносом се може констатовати да је у укупном стручном корпусу Клиничко-болничког центра „Звездара“ одржан висок ниво морала и професионалне етике. Свест о последицама општедруштвених непогода и тешкоћа, које су харале земљом последњих деценија, колектив установе није обесхрабио, већ напротив подстакао да се, уз помоћ друштвене заједнице, траже алтернативни излази и решења која су омогућавала успешну делатност у раду, како у области заштите здравља и

живота болесника, тако и у научноистраживачкој и образовној делатности.

Димензија времена постајала је важан чи-нилац у колективној свести радног корпуса установе, јер све што је постигнуто у прећеном периоду представља корене оног што установа има и каква је данас. Истовремено, то свеукупно пак чини позитивну моралну оријентацију за даљи развој у будућност и одрживи стамени развој ове институције. Такав приступ подстиче савест и подсећа на одговорност свакога ангажованог у делатностима установе, што обесхрабрује како тенденцију појединача ка изолацији и површиности, тако и развој идеологије преживљавања или преокупације усским властитим интересима. Оживљени ентузијазам и нада у очекивани болитак подржава у већини радних људи колектива ватру ентузијазма и професионалне знатижеље, као и размишљање о будућности, што је битна претпоставка за даљи развитак и напредак у свакој области струке којима се бави КЦ „Звездара“.

Богата организациона структура и разуђеност, изражена мултидисциплинарност и друга научна повезаност са универзитетским институцијама и остварени општи услови у Клиничко-болничком центру „Звездара“ покazuju да је КБЦ надрастао себе и да и формално ова установа испуњава све услове за прерастање у статус Клиничког центра. Са друге стране, и поред тога што може стати у ред и остати повлашћено поприште врхунске медицинске стручности, најсавременијих техника и најфинијих терапеутских поступа-

<sup>1</sup> Проф. др Предраг Довијанић

ка, он истовремено и даље мора представљати један од живих градских хоспитала – Градска болница, под којим именом је позната у грађанству, чиме се и поноси већ седамдесет година. Доказано је да једно са другим никако није у колизији, већ деценијама у овој установи наука и стручна пракса иду „руку под руку“, што остварује бенефит једној, другој и трећој области, а пре свега директно болесницима.

### **Укорењивање КБЦ-а „Звездара“ (1912-1922-1935)**

Мисао, идеја и жеља за подизање Градске болнице у Београду, данашњег КБЦ „Звездара“, јавила се у глави уваженог београдског трговца и великог српског задужбеника Николе Спасића, још раних година прве деценије двадесетог века. Ову своју жељу, уз неке друге такође веома значајне, Ктитор Градске болнице формално је озваничио своје ручним тестаментом од 9. фебруара 1912. године. То је изражено оснивањем Задужбине под његовим именом, тада највеће донације те врсте у земљама на Балкану (а сматра се и у свету). Делатност ове задужбине прихваћена је и призната Краљевским указом тадашњег Краља Србије, 4. децембра 1922. год. шест година након смрти Николе Спасића. Указом и правилима одређено је да је циљ задужбине Николе Спасића подизање болнице и дома за сироте и изнемогле српске грађане и за опште привредне циљеве.

Ова здравствена институција до краја је испоштовала аманетну жељу донатора, али је током деценија прерасла саму себе и постала отворена за сваког „болног“ коме је потребна медицинска помоћ, ма каквог економског и социјалног статуса он био. Од првих дана свог настанка, па до данашњег дана, колектив установе је неговао морално правило, које је још давно поставио уважени београдски лекар др Никола Вучетић, у својој књизи „Лекар и свест“, да је „болесник лекару испред и изнад свега осталог“. Једна од светлих трација ове здравствене институције, поред многих других, било је и неговање и очува-

ње хуманих односа према личности болесника и добрих, креативних, интерперсоналних односа међу лекарским кором и лекарског корпуса према својим сарадницима, све то у интересу успешног третмана пацијената примораних болешћу да буду хоспитализовани у болничким постељама ове установе или да очекују другу врсту услуга из широке лепезе дијагностичко-терапијског карактера.

Оно чему се у овој Установи посвећује посебна пажња јесу: кадрови, менаџмент, развој дијагностичко-терапијских технологија, стандард медицинске неге, хуманост и високи стички и професионални ниво свих запослених према болесницима. Анкете и наша искуства показала су да најважније факторе за остваривање високог квалитета у савременој болничкој заштити управо представљају:

1. клиничко искуство и професионална знања лекара и другог медицинског особља,
2. степен медицинско сестринске неге,
3. стање и умешност коришћења дијагностичке и здравствене технологије,
4. однос запослених према болесницима,
5. ефикасне и брзе дијагностичке, терапијске па и административне процедуре, а потом:
  - отвореност и приступачност болнице према популацији, оној болесној као и здравој,
  - изглед и комфор простора болнице, и на крају
  - исхрана болесника.

У КБЦ „Звездара“, како менаџмент тако и целокупни радни корпус у њој, непрекидно имају на уму ове чиниоце и према њима се одговорно понашају, наравно у границама својих професионалних моћи и материјалних могућности заједнице којој припадају.

Свакој савременој болничкој институцији данас треба да је иманентно – отвореност, моћ и магија. За Клиничко-болнички центар „Звездара“ заиста се може рећи да поседује и моћ и отвореност и магију. Моћном је чине њени персонални, стручни и технички дијагностичко-терапијски капацитети. Магију успешног третмана болесника остварује њен високообразовни стручни кадар испуњен екстремним набојем ентузијазма и хуманизма

(лекари специјалисти из 48 медицинских дисциплина, примаријуси, асистенти, доценти и професори са три факултета Београдског универзитета и многоврсно сарадничко медицинско и техничко особље). Трећа врлина, отвореност, испољава се не само у целодневној приступачности болесницима којима је потребна одговарајућа медицинска помоћ већ и у разним облицима тзв. екстрамуралних активности, здравствено-васпитним и другим акцијама из социјално-медицинског корпуса као што су: популарна предавања по школама, предузећима и месним заједницама, учешће у активностима друштава за помоћ болесницима одређених категорија, у хуманитарним организацијама, сарадња са домовима здравља са свог гравитационог подручја и факултетима чија су наставна база.

Једна од незаобилазних и незанемарљивих особина КБЦ „Звездара“ јесте и посвећеност научно-истраживачким активностима. Она траје интензивно последњих пет деценија, чак и пре него је ова установа постала наставна база Медицинског, Стоматолошког, Фармацеутског и Дефектолошког факултета Универзитета у Београду. У институцијама и клиникама КБЦ „Звездара“ изведени су многобројни научно-истраживачки пројекти, урађене су многобројне докторске дисертације, магистарске тезе и специјалистички радови.

У укупном деловању КБЦ „Звездара“ истиче се спровођење у пракси: а) јединствене концепције планирања, организације рада, поделе рада и праћење остварених резултата; б) јединствени методолошки и доктринарни ставови у превенцији, дијагностици и стручним поступцима при забрињавању ургентних случајева; в) тимски рад по сродним струкама; г) обезбеђење савременог система медицинске документације и стручно-медицинске информатике и публицистике; д) здравствено-васпитни рад са болесницима и циљаним групама популације ван установе.

Организација клиничко-болничког центра „Звездара“ већ се заснива на достигнућима и принципима организације савремених болничких центара у свету и нашој земљи. Она се и даље плански усавршава са опредеље-

њем да се организациона структура, унутар дефинисаних медицинских садржаја, заснива на потребама и захтевима грађана, а величина организационих јединица, нарочито болничких, поред медицинских, оправда и економским критеријумима, у тежњи да се утврде оптималне величине и у погледу неопходног броја и профила медицинских и других радника, и да се обезбеди оптимално и рационално функционисање.

У основи ће се и даље примењивати принцип комплексности у пружању медицинских услуга у смислу јединства профилактичких, дијагностичких и терапијских мера, принцип јединствене методологије и доктрине у дијагностици, како у стационарима, тако и у поликлиничким јединицама.

У складу са општеприхваћеним циљевима развоја система здравства у Србији прихваћени су као основни правци даљег развоја:

- унапређење организације и рада на спровођењу здравствене заштите,
- јачање стручних капацитета,
- јачање техничко-технолошких капацитета у области дијагностике, терапије и рехабилитације болесника,
- даљи развој и интензивирање научно-истраживачке делатности,
- унапређење едукативне, наставно-образовне делатности уз јачање и осавремењивање наставне базе Медицинског и Стоматолошког факултета.

Укупни кадровски корпус данас сачињава 1.581 запослени, од чега је 1034 (65,5%) здравствених радника, међу којима је:

- 280 лекара (29,0%) и 21 осталих са високом стручном спремом
- 41 доктор наука, од тога у настави 32
- 41 магистар наука, од тога у настави 17
- 31 примаријус,
- 263 специјалиста.

Од укупно 697 медицинских сестара-техничара у КБЦ „Звездара“ ради 77 сестара са вишом стручном спремом и 620 медицинских сестара и техничара са средњом. Укупно је запослених 406 (29,0%) нездравствених радника, техничке и административне струке.

Рационализацијом спроведеном у последње две године смањен је број запослених од 1734 (од којих здравствених радника 1196), на садашњи капацитет који одговара потребама ефикасности и ефектног хоспиталног забрињавања (на 1700 стандардних болничких постеља; близу 100 постеља дневне болнице, 58 неонатолошких и 20 постеља за мајке пратиље) У току године у врло развијеном консултативно-поликлиничком блоку изведе се преко 250.000 специјалистичких прегледа и других услуга, међу којима се уради око 700.000 разноврсних интервенција. У стандардним стационарима овог КБЦ-а хоспитализује се годишње око 30.000 болесника ради дијагностике и терапије, од којих око 10.000 бива оперисано уз претходну само дводневну припрему. Просечно време хоспитализације редуцирано је у последње две године, на девет дана, а у тако развијеном дневно-болничком корпузу, годишње се лечи 4.700 пацијената са укупно 27.500 болесничких дана. У савремено опремљеном и добро екипираним породилишту роди се годишње око 2.200 деце, а у најразвијенијем Центру за дијализу у нашој земљи годишње се обезбеђују редовне дијализе за 350 сталних пацијената.

### **Развој кайацишћа КБЦ „Звездара“ 1935–2005**

- 1935. год. основана прва Гинеколошко-акушерска амбуланта у Средачкој улици, која 1939. год. добија стационар са 50 постеља (шеф одељења др Миленко Берић).
- 1943/44 год. Санаторијум „Живковић“ у Крунској улици спаја се са установом „Мајка и дете“ и постаје Гинеколошко-акушерско одељење Градске болнице. Године 1946. оснива се Акушерско одељење за забрињавање породиља и новорођенчади (шеф прим. др Јаша Фотић).
- 1946. год. Санаторијум „Св. Василије“ у Нушићевој улици делује као ОРЛ амбуланта, а децембра 1949. год. прераста у ОРЛ одељење Градске болнице (шеф др Сава Ајдачић).

- 1944. год. Градска болница добија зграду бивше Основне школе и оснива Грудно одељење са 125 постеља (шеф прим. др Милош Мурић)
- 1949. год. Градској болници се предаје и други део адаптиране зграде основне школе за смештај хронично оболелих чланова бившег Дома стараца и хроничних туберкулозних болесника. (шеф др Босиљка Зарић)
- 1962. год. завршена је нова зграда Грудног одељења са 217 постеља. (шеф др Олга Алферијева)
- 1962. год. отвара се Специјалистичка поликлиника Градске болнице (шеф др Милица Верчон)
- 1963. оснивају се Интерно и Хируршко-геријатријско одељење изграђено донацијом фондације Sue Ryder. (шеф проф. др Петар Королија)
- 1970. год. Неуропсихијатријско одељење добија нови простор, новосаграђени павиљон у који се усеваја и развија службу неурологије са психијатријом. (шеф проф. др Никола Волф)
- 1970. год. оснива се Одељење за патологију (шеф др Андрија Паљм)
- 1970. год. оснива се Зубно одељење (шеф др Душан Кесић)
- 1971. год. усеваја се у завршену зграду Одељења за физикалну и рехабилитацију (шеф проф. др Живојин Џонић)
- 1972. год. почиње са радом Служба за кожне болести (шеф проф. др Бранислав Лековић)
- 1973. год. Деција болница „Др Олга Поповић-Дедијер“ припаја се Градској болници и постаје Одељење за педијатрију (шеф др Јордан Томић)
- 1974. год. Скупштина града Београда, на предлог Градског секретаријата за здравство, предаје Градској болници на коришћење зграду бивше војне болнице, у ул. Рифата Бурџевића.
- 4. децембра 1986. год. након детаљне и планске реконструкције и адаптације, у зграде Рифата Бурџевића усевају се: Клиника за ухо, грло и нос, Клиника за геронтологију, Институт за гинекологију и

акушерство, Институт за кожне болести, Институт за онкохематологију, Институт за нуклеарну медицину, део Института за рендгенологију са првим скенером, Институт за социјалну медицину и ХА заштиту са централном стручном библиотеком, централна лабораторија, Служба за трансфузиологију, део специјалистичке поликлинике, део централне апотеке, централна кухиња, а у реконструисаним просторима бивше биоскопске сале уређује се Свечана дворана и Музејска збирка КБЦ, као донација АД „Велефарм“ из Београда.

Колектив КБЦ „Звездара“ се поноси и својом јединственом Музејском збирком, опремљеном донацијом Холдинг компаније „Велефарм“, у којој се, поред великог броја експоната, може видети и:

- Први Rö апарат у оваквој болничкој установи у Београду,
- Први апарат за дијализу у СФРЈ,
- Инструментаријуми извршене прве трансплантације бубрега у нашој земљи,
- Документација о првом скенеру у КБЦ у Београду и Србији
- Програм и организациона структура првог Мигрена центра у СР Југославији.

**Стручни и научни радови****Пројекат допунских, немедицинских терапијских активности**Д. Јањанин<sup>1</sup>

**ПРОБЛЕМ:** Често се догађа да тежи хронични и неизлечиви пациенти и особе са инвалидитетом током медицинских третмана, а нарочито по њиховом завршетку (такође и после психотерапеутских третмана), западају у озбиљне егзистенцијалне кризе и доживљавају губитак смисла властитог живота. Многима од њих треба много више од уобичајених саветовања, охрабрења и дружења по разним клубовима. Такође су и њихове породице (неки немају ни породице) углавном неспособне да их прихвate на прави начин. Отуда они губе интерес за друге људе и наду у свој властити развој и срећу.

**ЦИЉ:** Холистички релаксациони и стимултивни психосоматски рад са пациентима и инвалидним лицима у циљу јачања и хармонизовања њихових телесних, душевних и духовних снага, целовитијег и бржег опоравка у паузама и по завршетку медицинских третмана; буђење и развој потиснутих стваралачких потенцијала личности, чиме се постиже њихова аутентична ресоцијализација.

**ЦИЉНА ГРУПА:** Пацијенти и чланови њихових породица (ако болест њихових рођака то захтева); посебно, уколико особа која је у питању има тешкоћа у прихватању новог, болешћу или хендикепом, ограниченог начина живота.

**МЕСТО и ВРЕМЕ РАДА:** На приватним клиникама и другим медицинским установа-

ма, као и у домовима пацијената. Време и трајање рада у складу је са договором са лекарима и члановима породица.

**Уводни део** радионице обухвата; групне вежбе ритма и хармонизације покрета, здравствену и говорну суритмију, прилагођену Ботмерову гимнастику\*\*\* и вежбе пажње и развијања чулног опажања.

**Главне вежбе:** Избор из једне од следећих активности: Групни биографски рад, уметничко терапеутске вежбе (пртање, сликање и вајање у глини), креативне мајсторске радионице и мале пантомимске и музичко-сценске импровизације.

**Завршне вежбе:** Вежбе кратке рекапитулације и завршне суритмијске вежбе.

Један овакав радионичарски сусрет траје око сат и тридесет минута (у скраћеној варијанти, један сат). У паузи између сусрета, водитељ који руководи овим вежбама договара се са учесницима и породицама о садржају рада у следећем сусрету. Консултује се и са лекарима.

Број сусрета, односно трајање терапијског рада, зависи од потреба пацијената/инвалида, као и од резултата рада.

**МЕТОД И ПРИСТУП:** Интердисциплинарни и холистички метод рада, заснован на принципима **валдорфске** специјалне педагогије и социјалне терапије, које се са успехом примењују у одговарајућим институцијама у

<sup>1</sup> Реализатор пројекта: Душан Јањанин, дипломирани социјални терапеут, педагог и филозоф са дугогодишњим педагошким и социјално-терапеутским искуством у земљи и иностранству; 2004. год. дипломирао на Семинару за здравствену педагогију и социјалну терапију у Бергену (Норвешка), у сарадњи са одговарајућим медицинским институцијама и породицама пацијената

\* Ботмерова (Bothmer) гимнастика је систем физичких вежби које јачају свест о положају физичког тела. Ове вежбе помажу да мишљење постигне јасноћу, осећања ширину, а воља снагу. У овим вежбама није важна брзина, снага и уобичајено спортско такмичење, већ постизање хармоније и ритма у оквиру психофизичких могућности појединца.

многим земљама.\* Приступа се са љубављу и разумевањем за проблеме и неискоришћене могућности сваког пацијента или инвалида, флексибилно и одговорно.

**САДРЖАЈ РАДА:** Интердисциплинарни рад усмерен на оживљавање и хармонизовање целокупног човековог бића – тела, душе и духа – кроз индивидуални и групни рад (радионице са мањом групом пацијената или са члановима њихових породица). Садржај рада се усклађује са индивидуалним потребама учесника уз стално праћење видљивих и суптилних промена у њиховом животу. Током читавог третмана одржавају се консултације са лекарима и пишу извештаји.

**Индивидуални рад** обухвата индивидуалне психофизичке вежбе за ритам и хармонизацију покрета, вежбе пажње и развијања чулног опажања, обликовање говора, вежбе из здравствене и говорне еуритмије\*\* као и уметничко-терапеутске вежбе (пртање хармонијских облика, сликање воденим бојама и вајање у глини). Код особа које имају очуване интелектуалне способности посебна па-

жња је посвећена биографском раду, чији је циљ буђење свести о властитом животном путу и његовом смислу, животним кризама, падовима и успонима, као и о задацима које они постављају.

Овим вежбама јачају животне и душевне снаге (мишљење, осећање и вољу). Постиже се нова креативна оријентација личности и могућност да болест или хендикеп постану шанса за даљи развој.

**Групни рад и рад са породицом пацијента:** Већ од самог почетка индивидуалног третмана (у неким случајевима и пре тога) организује се саветодавни рад са члановима породице и њихова едукација за један друкчији, али вредан и садржајан живот са њиховим болесним чланом. Када пацијент или особа са инвалидитетом довољно психофизички ојача, започиње његово/њено укључивање у групни рад у облику креативних радионица.

Радионице се састоје од уводних, главних (средишњих) и завршних вежби.

\* Немедицински терапеутски рад ове врсте веома је заступљен у валдорфској (Waldorf) специјалној педагогији и социјалној терапији, у 528 организација у 38 земаља (подаци из 1998): у животним заједницама типа Кемпхила (Camphill); затим, у разним специјализованим домовима, сп. школама, „заштићеним радионицама“, дневним центрима, саветовалиштима у амбулантама, у затворима и у породицама инвалидних лица или пацијената.

\*\* Еуритмија (грч. eu=лепо, добро; rythmos=хармонично усклађено кртанање). Уметничка еуритмија је видљив говор и видљива музика. Једноставно речено, музика и говор могу се приказати и изразити хармоничним покретима тела. Педагошка еуритмија потпомаже хармоничан развој ученика и увршћена је у редован програм Валдорфске школе. Здравствена еуритмија је посебно прилагођена за рад са инвалидним лицима. Она је снажно средство поновног успостављања равнотеже, ритма и хармоније у телесном и душевном развоју.

**Из историје здравства Србије**

## Развој здравствене службе у ужицком крају

*М. Јовановић<sup>1</sup>*

Први лекар у окружју ужицком постављен је указом кнеза Александра Карађорђевића, 2. марта 1844. године. Био је то Глигорије Рибаков, родом из Цариграда, а лекарске науке изучавао је у Петерсбургу. У Ужице је стигао без дипломе, коју је био изгубио. Остало документа је имао. Одмах по доласку повео је систематску борбу против великих богиња „калемљењем“. Првенствено је препоручивао за децу, али је одзив био слаб. Уз лекара је ишао срески начелник помажући му у савлађивању отпора који је народ пружао пелцовању. Рибаков, као и остали лекари, морао је се да бави ветерином, па је учествовао и у сузбијању епидемије шапа. У Ужицу се задржао око две године. Живео је доста лоше. Морао се задуживати, а како дугове није могао враћати уредно, доспевао је и на суд. Године 1846. отишao је у Ђупријско окружје. Из Ђуприје је прешао у Београд, где умро у крајњој беди.

По одласку Рибакова, у Ужице је дошао Франц Бихеле, магистар хирургије и ветерине, родом из Тирола. Медицинске науке завршио је у Бечу. Пре него што је дошао у Ужице био је војни лекар у аустријској војсци. У ужицком округу стекао је велике заслуге радећи на сузбијању епидемије срдобоље у голијским селима, у којима је ова заразна болест тада усмртила 63 лица, међу којима и доста деце. Одмах по доласку пелцовао је против великих богиња децу у Збојштици, Дрежнику и Љубањама. Само у ова три села обавио је 387 пелцовања. Наставио је, затим, и у рачанском и златиборском срезу. У Ужицу се сусрео с епидемијом великог кашља, који је однео шест живота. У току службовања у Ужицу до из-

ражаја је дошло и његово познавање ветеринаре. Имао је доста успеха у сузбијању епидемије црног пришта код говеди. У Јабланици је ова епидемија уништила доста стоке и претила је опасност да се пренесе и на људе.

У Ужицу је 1849. године избила епидемија колере, у чијем сузбијању је учествовао и Франц Бихеле.

Франц Бихеде је 1849. године примио српско држављанство, а 1850. напустио Ужице.

По одласку др Бихелса, Ужице је остало без лекара. У земљи их није било довољно, па је расписан конкурс којим су се лекари тражили у иностранству. У конкурсу се нудила плата од 600 форинти, лекару се давало право на продају лекова уз 20% зараде, награда за свако пелцовање и за рад ван места, путни трошкови и припадајућа дневница. Услов за пријем је била диплома и знање српског или неког словенског језика.

На конкурс су се јавила два лекара из Мађарске и четири из Аустрије, али ниједан од њих није примљен.

Ужице је тек 1851. године добило новог лекара. Био је то Драгутин Мирослав Нетер. Примљен је без конкурса за плату од 300 талера годишње. Рођен је у Сансонији, у месту Лужници, и био је аустријски поданик. У Ужице је дошао из хуманих разлога и овде уживао велики углед. Примио је српско држављанство. Лечећи болеснике од тифуса и сам се разболео, боловао седам дана и умро 1852. године. Оставио је троје малолетне деце и супругу без средстава за живот.

После Нетера у Ужицу је повремено, за време епидемија, боравио Сава Јовановић, лекар окружја подрињског.

<sup>1</sup> Прим. др Миодраг Јовановић, педијатар, Здравствени центар Ужице.

Године 1852. Министарство унутрашњих дела Србије издало је налог за формирање болница у свим окружним местима у Србији, па је по томе и Ужице требало да добије болницу. Оснивање болница у Ужицу успориле су финансијске тешкоће, али су оне ускоро преbroђене. Стапарски парох Сава Трифуновић поклонио је 50 цесарских дуката у корист болнице, што је убрзalo њено отварање. Болница је отворена 26. јуна 1853. године у општинској механи на Царини (кафана „Три кључа“). Имала је две собе у којима су била смештена четири кревета. За болничког службеника примљен је Филип Јовановић, који је неговао болеснике. Уместо плате имао је стан и право да држи механу. Болница је радила без лекара и служила више за негу и смештај бескућника него за лечење. Често није ни имала болесника, јер је, као и свака новина, и болница тешко прихватана.

По повратку на власт Милоша Обреновића, откривене су злоупотребе претходног властодршица, а међу примерима наведена је и ужичка болница, то јест њен службеник Филип Јокановић, јер није плаћао кирију на механу 5–6 година. Остало је, такође, записано да је ретко који болесник изашао жив из болнице, да болница није имала свог лекара, а окружни физикус није ни знао да она постоји. Због свега тога, али и због недостатка средстава, болница је затворена 1859. године.

Четврти по реду окружни физикус у Ужицу био је Казимир Мошоци, доктор медицине и хирургије, рођен у Сењави, у Галицији. школовао се у Прагу. У Ужице се јавио на службу 1855. године, мада је постављен годину дана раније. Док је Ужице било без лекара, власти су повремено и по потреби доводиле чачанског лекара Стевана Тренчина, а одсуство лекара надокнађивали су надрилекари, видари, ранари, хећими, калуђери и други, који су својим „лечењем“ само наносили штету болесницима.

Доктор Мошоци је напустио Ужице крајем 1855. године. За лекара је поново расписан конкурс. Јавила су се два лекара, оба су

примљена, али се ниједан није јавио на дужност. Целе 1856. године ужички округ био је без лекара. Тек 1857. године примљен је Алојз Хофман, са платом од 350 талира годишње. Остао је на дужности до октобра 1858. године. Није се могао уклопити у нову средину, јер је претпостављенима указивао на неправилности. О постојању болнице нико га није обавестио, за њу је случајно дознао и она је постала предмет његовог интересовања. Доктор Хофман се борио против слободне продаје отрова, који су тако могли бити доступни и деци. Борио се и против надрилекарства, долазио је у сукоб са властима, па чак и са неким болесницима. Разочараан, отишао је из Ужица.

Јосип Симон, Словак, постављен је за окружног физикуса 1859. године. Школовао се у Бечу за доктора хирургије и бабичке науке. Боловао је од епилепсије. У Ужицу је доста радио на побољшању јавне хигијене. На његову иницијативу, 1860. године, постављена је на пијаци чесма, побољшана је чистоћа у граду, забрањено је кретање разних животиња по улицама, залагао се да лечење сиротиње падне на терет општине, уведено је обавезно чишћење улица и изношење смећа. Доктор Симон је издавао осуђенима уверења о њиховом здравственом стању и способности да издрже физичке казне, сиромашним, старим, неспособним, болесним и сакатим ради ослобађања од данка, а најсиромашнијим да би стекли право на општинско издржавање. Јосип Симон се непрекидно сучавао с огромном заосталошћу средине. Када га је старешина среза моравичког позвао у помоћ, јер је у селу Шаренину (Ивањица) угинуло седам говеди, доктор Симон је сазнао да је у селу од срдобоље умрло 40 деце, а да о томе нико није сматрао потребним да обавести лекара, што је овог, европски образованог човека, запрепастило. Године 1863. у селу Стрмову појавила се епидемија шарлаха од које је умрло 20 деце. Измучен дугом болешћу, Јосип Симон је умро у Ужицу, 21. марта 1864. године.

Указом кнеза Михаила, од 11. априла 1864. године, у Ужице је премештен, из Ђу-

прије, доктор Димитрије Куфос, родом из Македоније. Овај бечки ћак, бивши турски поданик, касније је примио српско држављанство. Напустио је Ужице 1867. године.

Ужички округ је 1868. године био без лекара. Та је година запамћена по епидемији шарлаха у Ужицу, против које се борио доктор Стеван Тренчин из Чачка.

Октобра 1869. године за окружног физикуса у Ужицу постављен је доктор Лазар Докић, први лекар српске националности, родом из Београда. Медицину је учио у Прагу и Бечу. Лечио је децу од шарлаха, одрасле од сифилиса, тифуса, срд доболье, школску децу од шуге и малих богиња.

Несташицу медицинског кадра влада Краљевине Србије покушавала је да реши школовањем својих људи. Године 1870. Милан Радовановић, гимназијски наставник из Ужица, примљен је за државног питомца како би завршио медицинске науке у Паризу. Он се, међутим, није појавио у Ужицу као лекар, јер је постао управник београдске болнице и научни радник. Умро је 1915. године.

Доктор Лазар Докић је 1874. године добио премештај за Београд, а истог дана је Стефан Тренчин, магистар хирургије, постављен за окружног физикуса округа ужичког. Поред рада на сузбијању епидемија, водио је рачуна о чистоћи града, указивао на могућност настанка епидемије због нечистоће, обилазио је пекаре и контролисао начин израде хлеба. Због тога је често долазио у сукоб с властима и коначно се, 1877. године, вратио у чачак.

Ужице је тек 1875. године добило општинског лекара. Он није био дужан да лечи људе ван општине ужичке. Да би то могао да обавља, било му је потребно одобрење. Дужност општинског лекара била је да спроводи вакцинације против великих богиња, да се стара о здрављу људи и стоке, да брине о продаји исправних животних намирница, да обавља прегледе људи, да на захтев врши сецирање умрлих, да буде тачан на дужности, праведан, трезвен, у опхођењу пријатан, озбиљан у чувању тајни које дозна лећећи народ, да лекове наплаћује по тарифи

уз 20% додатка. Имао је право на накнаду за свако успешно пелцовање и плату од 600 талира годишње. Општински лекар је био под надзором општинских власти. На ову дужност је ступио Херман Старвер.

Јануара 1876. године у ужичком округу је завладала епидемија малих богиња и рубеоле, а забележен је и велики број оболелих од сифилиса и тифуса.

По одласку доктора Тренчина, као лекари у ужичком округу помињу се доктор Сибер, доктор Старвер и доктор Никшић (овај последњи, изгледа, и није био лекар).

Јула 1879. године за физикуса у округу ужичком постављен је доктор Милош Таназевић, који је медицинске науке завршио у Бечу. Плата му је била 2.273,40 динара годишње. Поред уобичајеног послана, који су обављали и остали окружни физикуси, доктор Таназевић се борио за градњу нове болнице. Међу заслуге овог лекара спада и његово настојање да се за ћаке који долазе из околине образује ћака кухиња из прихода родитеља. Умро је у Ужицу 1884. године у четрдесетој години живота.

Године 1880. у Ужицу је за лекара постављен доктор Јулијус Петко, који је до тада био варошки лекар у Јагодини, а 20. фебруара те године Ужице је добило и апотеку. Отворио ју је Лазар Секулић.

Године 1861. кнез Михаило Обреновић је одобрио пројекат о окружним болницама и установљењу болничких фондова. По том пројекту болница се могла отворити кад се у округу или општини сакупи довољно новца за њену градњу. У болници су се бесплатно лечили само сиромашни, а остали су плаћали своје лечење. За болничке фондове било је предвиђено увођење посебног приреза од по једног цванцика годишње на сваку пореску главу. У народу је овај прирез назван болничким.

У Ужицу је, 1862. године, образована привремена војна болница, која је убрзо затворена, па је тек 1875. године отворена, јер је тада, због немира у Босни, у ову варош приспео велики број избеглица и рањеника. Болница се издржавала од добровољних при-

лога грађана, а кад је нестало тих средстава, одобрена је употреба фонда окружне болнице. За време рата са Турском, 1876. године, у Ужицу је формирана војна болница. У њој је био запажен рад Хайнриха Моргенштерна, лекарског помоћника. Доктор Стефан Тренчин је био командант бригадног санитета. Исте године појављује се, као управитељ окружне болнице, Еugen Левит, лекар који је проширио ратну болницу у просторије гимназије и основне школе. Као управник друге ратне болнице појављује се August Бекер, лекар. По завршетку рата шеф војне болнице је доктор Богдански. Ратна болница је била смештена у кући Митровића и имала је 30 постельја, три мушки и две женске собе и две резервне собе за инфективне болеснике. Ова болница је вршила функцију окружне болнице.

Градња болнице је често стављана на дневни ред општинских власти, јер је потреба за болницом била велика. Новац је стално сакупљан, али и трошен за лечење избеглица из Босне и Херцеговине и сиромашних лица. Да се потреба колико-толико задовољи, отворене су привремене болнице у приватним кућама, које су узимане у најам, али се стално мислило на градњу нове болничке зграде. Један извештај из 1881. године говори да су у тој болници лечена 192 болесника, са укупно 5.405 болесничких дана. Лечење је трајало просечно 28,15 дана.

Према закону о устројству болница од 27. марта 1865. године, прописана су правила и за ужичку болницу. По овом закону деца до 12 година лежала су у женском одељењу, а преко 12 година у мушком.

Из куће Митровића на Слануши, ужичка болница је премештена у кућу Симовића, ноја се налазила поред реке.

За време Првог светског рата од стране аустроугарског окупатора, ради лечења окупаторских војника, али и цивила, образована је окружна болница. Скупљан је и прирез за градњу окружне болнице у Ужицу. Године 1916. скупљено је 69.000 круна.

Потребе за модернијом болницом биле су све веће. Најзад, општина је за ову намену

доделила плац у Крчагову на коме је 1922. године изграђена болница која је смештена у пет зиданих зграда. Ово је био почетак савремене организације болничког рада по одељењима. Исте године је формирано интерно одељење у коме су се лечили и болесници од заразних болести, деца и болесници од туберкулозе. Заразно одељење је формирано 1926. а хируршко 1922. године.

За време Ужичке републике, 1941. године, ужичка болница је била централна партизанска болница. Осим болнице, у згради Гимназије отворена је гарнизона амбуланта, која је касније, према потреби, претворена у стационар, а у стационар је преуређен у сиротињски дом (дом Црвеног крста). Због честих напада из ваздуха, болница је из Крчагова пресељена у Севојно. У болници су радили, као управник, доктор Михаило Ђоковић; доктор Александар Брачинац, хирург; доктор Мирно Чернић, хирург; доктор Љубица Брачинац, гинеколог; доктор Ружица Чакаревић; доктор Цветко Зотовић; доктор Димитрије Шумаков; доктор Фрида Гутман. У болници су радили студенти медицине: Богдан Laствица, Ђорђе Станишић, Зденка Мајcen, Предраг Хаднедјев и Милко Шкофић. Осим лекарског особља, болница је имала 21 болничара и једну бабицу. Надзор над њиховим радом водила је Марија чернић, сестра нудиља. Поред напред поменутих, у војно-санитетским установама су радили: у Дому здравља доктор Мил. Станојевић, доктор Веселин Маринковић, доктор Василије Јовановић, Нађа Николић и Видосава Николић; у гарнизону амбуланти: доктор Борис Андерсен, доктор Љубомир Магазиновић, доктор Милivoје Лазаревић и доктор Фрида Гутман. У раду војно-санитетских установа радили су и студенти медицине: Станисав – Грցо Пиšчевић, Александар Здравковић, Љубиша – Бата Ђелић, Џаџа Миленковић, Вера Матић, Деса Каракић и Бошко Видаковић. Поред партизанских рањеника, у болници су лечени рањени Немци и четници. Војници непријатеља нису издвајани од партизанских рањеника.

Приближавањем непријатељске офанзи-  
ве, крајем новембра 1941. године, на Зла-  
тибору је организована болница ноја је  
могла да прими оно 600 рањеника. Први  
рањеници евакуисани су 21. новембра. По  
доласку на Златибор, Немци су стрељали  
све непокретне рањенике које су ту зате-  
кли.

### Литература

1. Живковић, Н.: Здравствене прилике на подручју Ужица првом половином 19. века, Т. Ужице,
2. Живковић, Н.: Лекари, болнице и болести округа ужичког, 1853–1881. године, Т. Ужице, 1988,
3. Историја Титовог Ужица, Историјски институт, Бе-  
оград, 1988.,
4. Мисаиловић, Р. и сар.: 130 година постојања, разво-  
ја и рада Болнице у Титовом Ужицу, Ужички архив,  
12, 1885.

---

**Из историје здравства Србије**

## **Др Габријел Гарније – оснивач и директор првог дечјег диспанзера у Србији\***

*Б. Пешић,<sup>1</sup> Б. Павловић,<sup>2</sup> Ј. Јовановић-Симић<sup>3</sup>*

## **Le docteur Gabriel Garnier – fondateur et directeur du premier dispensaire pour les enfants en Serbie**

*B. Pešić,<sup>1</sup> B. Pavlović,<sup>2</sup> J. Jovanović-Simić<sup>3</sup>*

**Resume.** Le premier dispensaire pour enfants en Serbie a été fondé le 12 octobre 1919 à Belgrade par un médecin français, le docteur Gabriel Garnier. Il était venu en Serbie pour la première fois en 1915 avec la Mission médicale française, dont le devoir était de réprimer l'épidémie de typhus et de soigner les blessés.

Après la Première Guerre mondiale, le docteur Garnier est revenu à Belgrade, s'est marié avec une Serbe et a commencé à travailler comme pédiatre et directeur du Dispensaire français pour les nourrissons „Goutte de lait“. Cet établissement occupait d'abord un immeuble dans la rue Georges Clemenceau (maintenant Svetogorska) et plus tard un immeuble au coin des rues Francuska et Jevremova.

Ce dispensaire était placé sous le haut patronage des gouvernements français et yougoslave, ainsi que celui de la Mairie de Belgrade.

La Fédération Nationale Française des vétérans du Front de l'Est „Poilus d'Orient“ et un grand nombre de personnes distinguées et d'institutions françaises et yougoslaves ont joué un rôle considérable dans les activités et le financement du Dispensaire.

Les devoirs essentiels du Dispensaire étaient la protection de la santé des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, ainsi que l'éducation des parents concernant les soins et une alimentation équilibrée des nourrissons. Les enfants y étaient vaccinés contre la variole, la diphtérie et la scarlatine. En outre, le Dispensaire distribuait du lait stérilisé aux nourrissons qui ne pouvaient pas être nourris par leurs mères, des langes et du linge aux enfants pauvres.

Depuis sa fondation jusqu'en 1938, dans le Dispensaire français 210.525 examens médicaux de 30.634 enfants enregistrés ont été effectués, 8.985 enfants ont été vaccinés et 2.552 enfants ont reçu du lait stérilisé.

A part le docteur Garnier, beaucoup de jeunes pédiatres belgradois ont travaillé dans ce Dispensaire pendant des périodes plus ou moins longues, par exemple Nadezda Stanojevic, Milan Petrovic, Staja Stajic, Milos Bajsanski, Jelica Petrovic et d'autres.

Le docteur Gamier a publié le Bulletin du Dispensaire français de Belgrade en 1933 et en 1938.

Le plus grand succès de ce Dispensaire a été la diminution de la mortalité des nourrissons à Belgrade durant la période de l'entre-deux-guerres.

---

\* Из: „Српско-француски односи 1904–2004“, Друштво за културну сарадњу Србија-Француска, Београд, 2004.

<sup>1</sup> Прим. др сц. Владимир Пешић, педијатар

<sup>2</sup> Прим. др сц. Будимир Павловић, историчар медицине

<sup>3</sup> Прим. др Јелена Јовановић-Симић, Српско лекарског друштво, Музеј СЛД-а, Београд.



топова од 305 mm, два француска лекара, уз помоћ једног енглеског колеге, основали су у атмосфери борбе и смрти диспанзер за децу... На брузу руку пронађене су најпотребније ствари, као рубље, дечја одећа, храна за бебе, пећер и бисквити. Почеко је свакодневни рад лекара... Међутим, диспанзер се није ограничио само на лечење и пружање хитне помоћи деци, већ је развио и саветовалиште за труднице и мајке и делио стерилисано млеко за одојчад<sup>10</sup>. Неке чињенице указују да је др Габријел Гарније био иницијатор оснивања дечјег диспанзера „Кап млека“ у Београду.

Нажалост, овај диспанзер није дugo радио. Већ у октобру 1915. године почело је повлачење српске војске из Београда са којом се повлачила и Француска медицинска мисија. О повлачењу Француске медицинске мисије и др Гарнијеа из Београда до Косова и кроз Албанију, има помена у неколико књига. А. Мортуро (A. Mortureux) у својој књизи „Des Français vivent l'epopee Serbie 1914–1915“ помиње др Гарнијеа на више места.<sup>10</sup> Он се, такође, помиње у спомен књизи „Кроз Албанију 1915–1916. године“, коју је издало Удружење носилаца Албанске споменице у Београду.<sup>11</sup> Према неким документима, др Габријел Гарније је био и на Солунском фронту, на одговорним дужностима, и учествовао у ослобађању Србије 1918. године.<sup>12</sup>

## **Повраћај у Београд**

Одмах по завршетку Првог светског рата др Гарније је 1919. године поново дошао у Београд. Он се тада оженио Српкињом Ружом из породице Виола из Крагујевца и почeo да ради као педијатар. Краће време је радио у Енглеско-српској дечјој болници коју је у Београду основала др Кетрин Мекфелд.<sup>14</sup>

Међутим, он је већ 12. октобра 1919. године основао Француски диспанзер за одојчад „Кап млека“, који је у почетку био смештен у улици Жоржа Клемансоа (данас Светогорска). После неколико година диспанзер

је пресељен у једну лепу зграду на углу Француске и Господар Јевремове улице. После Другог светског рата ова зграда је срушена и на њеном месту је изграђена вишеспратница.

Француски диспанзер за одојчад у Београду био је под патронатом Француске владе, Министарства народног здравља Краљевине СХС (касније Краљевине Југославије) и београдске општине. Највећу финансијску помоћ и подршку у раду пружала је Национална федерација француских ветерана са Источног фронта (Poilus d'Orient), затим Француска медицинска академија, као и друге институције али и многе угледне личности из Француске и Југославије.

У француском диспанзеру су, поред др Гарнијеа, краће или дуже, радили и наши млади педијатри и лекари на специјализацији педијатрије. Међу њима треба посебно поменути др Надежду Станојевић, др Милана Петровића, др Милоша Бајшанског и др Јелицу Петровић – угледне и заслужне београдске педијатре. Поред лекара, у диспанзеру су, као болничарке или административно особље, добровољно радиле многе београдске госпође и госпођице.

Диспанзер је, поред медицинских услуга, сиромашним породицама пружао и материјалну помоћ у пеленама, дечјој одећи, постељини и храни. Потребно је да се посебно истакне да је у овој установи бесплатно дељено стерилисано млеко за бебе које њихове мајке нису могле да доје.

Резултати двадесетогодишњег рада Француског диспанзера овом приликом ће бити само укратко приказани:<sup>14,15</sup>

- Од оснивања диспанзера до 1938. године извршено је 210.525 лекарских прегледа;
- Под лекарском контролом је било 30.634 одојчада. У првим годинама рада више од 50% новорођенчади у Београду је једном или више пута прегледано у диспанзеру;
- Вакцинација против великих богиња, дифтерије и шарлаха извршена је код 8.985 деце;
- Стерилисано млеко добијало је 2.555 одојчади.



## Из историје здравства Србије

### *Оӣшанизам професора Баћућа*

У универзитетској сали држао је проф. Милан Јовановић Батут предавање: о успесима науке у лечењу туберкулозе, дакле оне најстрашније болести која својом страхотом сатире Београђане. Јер, сваки трећи умире у Београду од туберкулозе! Као теоретичар, професор је пожурио с открићем научних истине. Међутим, ми се као практични лекари још држимо старе школе. Наиме, проф. Батут је тврдо уверен да се туберкулоза може с успехом лечити и излечити. Професор се не страши својим болесницима у очи рећи да су туберкулозни. Он је мишљења да је болеснику већи пријатељ ако му каже истину него ако му ту грку пилулу слојем шећера завије.

*Политика, 15. мај 1906. године*

### *Смањен распостановништва*

Привредна и одбрамбена снага једног народа расте, наравно, пре свега с његовим природним прирастом - т.ј. са оним вишком у броју становника који се докаже кад се број умрлих одбије од броја рођених у тој години. Тај прираст држао се до сада у Србији у доста повољним границама. Год 1900. износио је 46.738 душа, 1901. – 43.074, 1902. – 40.521. 1903. – 45.059, 1904. – 49.929. За последњих 5 година износио је дакле просечно годишње 45.070 особа. Али год. 1905. био је природни прираст Србије само 34.966 особа, дакле преко 10.000 особа мањи него онај просечни за последњих пет година, а за 15.000 мањи него у години која је тој претходила (Др М. Јовановић Батут).

*Политика, 18. јул 1906.*

Славни здравствени центар  
у Сремској Митровици

### *Био је то дом болних*

*Од граничарске болнице са 35 постелња, развила се савремена болница са 513 кревета у којима се лежи, просечно само 5,12 дана*

Сремска Митровица – Са бојишта које је водила Хабзбуршка монархија широм Европе стизале су у Митровицу и познате и непознате болести. Доносили су их граничари, који су у дугом периоду чинили основну професију у граду. Тако су 1822. године донели из Италије болест запаљења очију коју су називали „египатском болешћу“.

Код куће их опет, као и раније, није чекала адекватна нега, иако је Петроварадински пук доказано имао за тадашње прилике добру лекарску службу. Ваљда је и то превагнуло да се одмах предузме изградња болнице, па је већ 1824. године саграђена болница са 35 кревета. Она је званично отворена 7. маја 1826. године. О томе пише у књизи др Федора Маринковића, једног од најугледнијих лекара у историји болнице, који је, поред титуле која се добија са дипломом, докторирао на медицинским наукама 1976. године, постао сарадник Медицинског факултета и члан Светског удружења ортопеда и трауматолога.

На болници, коју су освештале обе цркве, постављена је плоча са натписом на немачком и на „илирском“. На „илирском“ језику пише да је овај „Дом болних саграђен усрдношћу и ревношћу добротворних прилога, трудом и пожртвовањем свих богольубивих хришћана, који живе на подручју славног Петроварадинског пуча. Њима нека Десница Вишњега дарује у Дан праведнога суда многу награду.“

- Ова болница ради као болница Петроварадинског пука све до 1871. године када је Војна граница развојачена. Тада је болница добила статус Јавне окружне болнице – подсећа др Маринковић. – Након Првог светског рата постала је општа болница Југославије, у Другом светском рату такође је радила, а 1944. године проглашена је болницом Сремског фронта. У време градње ауто-пута проглашена је Болницом ауто-пута. У доцнијим годинама имала је улогу у свакој реорганизацији здравства, па и оквиру Медицинског центра и садашњег Здравственог центра. Од оних почетних 35 нарасла је до 513 кревета.

Болницу, која се данас зове Здравственим центром, сада предводи др Горан Ивић, хирург из последње генерације којој је данашњица наметнула да начини можда и највећи технолошки скок у историји лечења. Др Ивић, директор Здравственог центра, са поштовањем говори о лекарима који су овде померали границе, почев од митровачког физикуса др Илије Бајића, заслужног и за оснивање институција изван здравства. Садашњој генерацији пала је у задатак и обнова и доградња, а највећа је била изградња најсавременијег хируршког блока на пет етажа.

Др Ивић истиче да ће болница, после обнове која се изводи од кредита Европске банке, добити свој коначни изглед. Ту је и посао животно важне реорганизације, у којој ће садашњи Здравствени центар бити раздвојен на Болницу и Дом здравља. Болница ће се бавити „секундарном здравственом заштитом“, а Дом здравља ће се бавити „примарном“. Уводе се нови стандарди и нормативи и мења се организациона структура. Овде је већ постигнут просек од 5,12 болничких дана по болеснику, што је најбоље у Србији. Зато су заслужне „минималне инвазионе“ процедуре у хирургији, које знатно смањују време опоравка болесника.

– У нас гледају они којима је наше значење живот. Ако схватимо њихов поглед и наставимо онако како су наши претходници

чинили, и наша генерација ће исписати свој део историје Болнице у Сремској Митровици – рекао је др Ивић намерно патетично, како се говори у оваквим приликама.

Д. Драгичевић  
Политика 19. мај 2006. године

## **Преглед болница и других установа за лечење\***

Подручје Управе града Београда (1933)

- **Завод Др. Фаркића Аврама** (право јав. нема) – физикално лечење – 12 пост. – лек.: Др. Клајн Хуго, неуролог; Др. Кајон Цезар, хирург и ортопед; Др. Лемешић Марија, интерн.; Др. Протић М. и Др. Мунк Натањ.
- **Поликлиника „Савинац“ Др. Аранђел Пилетић** (пр. јав. нема) – Др. Пилетић Аранђел и Др. Пилетић Јелисавета;
- **Санаторијум Др. Станоја Пантовића** (пр. јав. нема) – 21 пост. – Др. Пантовић Станоје, хирург и гинеколог.
- **Болница Руског Црвеног Крста Панчево** (основана 1920) – 110 постеља – Др. Владимир Левицки, шеф хир. одел.; Др. Владимир А. Воронецки, шеф унутр. одел.; Др. Александар С. Мандрусов, примар. лек.; Др. Евгеније Фи Дарлчаков, примар. лек.
- **Санаторијум „Св. Ђорђе“** (прав. јав. нема) – 25 пост. – Др Јован Клисић, Др. Славка Михаиловић.
- **Санаторијум Др. Милутина Живковића** (прав. јав. нема) – 39 пост – Др. Светислав М. Живковић.
- **Општа Болница Сестара Милосрднице Св. Винка Паулског у Земуну** – (основ. 1891 – јавна) – 300 пост.
- **Француски Диспанзер „Кап Млека“** (Директор Др. Габријел Гарније) – Диспанзер лечи бесплатно матере и децу испод две године – Др. Славка Михаиловић-Клисић, гинеколог; Др. Жарко Рувидић, интер.;

\* Извор: Медицински годишњак Краљевине Југославије, 1933. Београд

- Др. Мил. Павловић; Др. Лаза Стanoјevић, проф-, психијатар; Др. Љуба Дубић; Др. Теодор Вербицки, интер.; Др. Демостен Николајевић, интер.; Др. Ђорђе Борисављевић, отолог; Др. Душан Борисављевић, рентген.; Др. Љубиша Вуловић, отолог; Др. Милан Здравковић; Др. Ставра Христић, гинек.; Др. Даринка Крстић, интер.; др. Свевлад Љубински; Др. Радивој Тадић.
- **Бесплатна Амбуланта за лечење сиромашних болесника Римок. Жупског уреда „Криста Краља“** – Др. Радмило Јовановић; Др. Дим. Коњевић, интер.; Др. Срђане Дрејер, неуролог и псих.; Др. Светозар Николајевић, хирург; Др. Иван Јовановић, хирург; Др. Светислав Ђирковић; Др. Мил. Богдановић, проф. гинек.; Др. Владимир Вујић, неуролог; Др. Коста Јовановић, педијатар; Др. Миливој Сарван, педијатар; Др. Ђорђе Борисављевић, отолог.
- **Општа државна болница – наведена је у IV одељку ове књиге – Градска болница у Панчеву** (раније војна) основ. 1878 – Др. Бабоселац Иван, шеф хирур. одел.; Др. Јурин Иван, шеф интер. одел.; Др. Милош Ђорић, шеф венер. одел.; Др. Никола Ковачевић, сек. лек.; Др. Донат-Биндер Катица, сек. лек.; Др. Горанић Фрањо, сек. лек.
- **Др. Elis Inglis memor. Болница, Београд. жен. лекара** – Дедиње (1929 – пр. јав. нема) – за интер., хирур., гинек., породиљ. – 114 пост. – Др. Душан Калановић, управ.
- **Амбуланта Руског Друштва Црвеног Крста Београд** – за све бол. – Др. А. А. Салонски, шеф деч. одел.; Др. Михаел Лапински, шеф амбул.; Др. Всеволод Љубински, шеф бакт. лабор.; Др. Срђане Треббуков, интер.; Др. Никола Е. Акацатов, интер.; Др. Константин Фине, интер.; Др. Борис Н. Сујетин, интер.; Др. Владислав Левицки, хирург; Др. Срђане Софотеров, хирург; Др. Петар В. Колесников гинек.; Др. Марија Бријанскаја, гинек.; Др. Александар Позњаков, ларингол.; Др. Викторија К. Подгорнаја-Клисић, ларингол.; Др. Семен И. Попов, окул.; Др. Владимир Дербек, окул.; Др. Евгеније Данчаков, окул.; Др. Евгеније Ф. Гарнић-Гарницић, венер.; Др. Олга Мистурова; Др. Владимир К. Свидерски.
- **Санаторијум „Врачар“** – за све бол. – 50 пост. – Др. Лазар Генчић, шеф, хирург; Др. Леон Коен, хирург и уролог; Др. Никола Крстић, хирурх и ортопед, др Љубиша Здравковић, гинеколог, др Стеван Нешић, асистент, др Милоје Генчић, асистент, и др.

**Вести и новости из здравства Србије**

**Основано друштво интерне медицине**

**Лекари за најшеше случајеве**

„У тешком и критичном стању пацијент пребачен у београдски Ургентни центар“. Ово је реченица коју на вестима чујемо скоро сваког дана. У свести наших људи то увек значи слику шок-собе, односно јединице интензивне неге. Ко све ради у тим јединицама?

То су тимови које чине лекари различитих специјалности и специјално обучене медицинске сестре. Они се даноноћно смењују у бици за нечији живот.

- Напредак медицине, технике и померавање старосне границе довели су до тога да је данас све више пациентата којима је потребно интензивне лечење. Ради се велика хирургија, трансплантациона хирургија, брзо се живи и трауме су честе, а живот пациентата зависи и од добrog интензивног лечења – каже др Весна Бумбаширевић, додајући да се у протеклој деценији интензивно лечење веома развило и прерасло у једну потпуно нову област, грану медицине. Она је начелница Одјељења интензивног лечења Ургентног центра кроз које годишње прође између 14.000 и 15.000 особа, а, како каже, њихови пациенти су све млађи људи. За лекаре ово, међутим, значи свакога дана све више најтежег и најодговорнијег посла.

Ово су били неки од разлога што су лекари из целе Србије који раде у оваквим јединицама, попут својих колега на Западу, одлучили да оснују Друштво интензивне медицине Србије чијем су првом стручном састанку пре три дана присуствовали др Томица Милосављевић, министар здравља, др Богдан Ђуричић, декан Медицинског факул-

тета. Предавања су, осим лекара из земље, држали и гости из Британије, др Стив Дин и др Ендири Боденам, заједно са анестезиологом др Зорицом Јанковић, која од пре пет година тамо ради.

Осим др Бумбаширевић, оснивачи друштва су др Витомир Ранковић, анестезиолог, и интернисти др Миодраг Вукчевић и професор др Горан Јанковић.

– Интензивна медицина је нови термин у медицини. Реч је о новој медицинској грани која бележи огроман развој у свету, јер се посебно бави лечењем пациентата који се налазе у критичном стању, било да је реч о акутном погоршању, тешким повредама или постоперативном лечењу, односно борби за пацијента после тешке операције или трансплантације. Није свима неопходан исти ниво лечења, зато су у свету направљени прецизни протоколи и стандарди према којима класификујемо интензитет лечења. О томе се размишља и код нас, па смо у Министарству здравља већ предложили нову стандардизацију у овој области. Надамо се да ће то ускоро потпуно заживети – каже наша саговорница.

Интензивно лечење је веома скupo за један здравствени систем, али питање да ли нам је ово потребно потпуно је сувишно, дођаје председника новооснованог друштва интензивиста. Без обзира на то што су у њему окупљени лекари различитих грана медицине – анестезиолози, интернисти, хирурги и други – спаја их определење да се на најбољи начин помогне најтежим пациентима.

*O. Пойловић  
Политика, 1. јун 2006. године*

## Подухват у Ужицкој болници *И камера у стомаку*

*Оперативни захват, који је сликом директно преношен, извео стручњак светској гласа др Волфганг Цупке*

Ужице – У Општој болници у Ужицу јуче је први пут изведен савремени оперативни захват код лечења женских гениталних органа – уклањање материце без оперативног реза минималном инвазивном оперативном техником. Оперисао је проф. др Волфганг Цупке, стручњак светског реномеа из клинике Тибинген у Немачкој, а подухват је преношен и могао се видети на интернету.

Урађено је ово у склопу одређивања међународног симпозијума о минималним инвазивним оперативним техникама у гинекологији, који се управо одржава на Тари. Пренос ове операције коју је обављао др Цупке, могли су на видео биму да прате и учесници тог симпозијума у хотелу „Оморика“ на Тари, као и здравствено особље ужицке болнице и новинари у сали болничке библиотеке у Ужицу. Видео пренос обавио је локални интернет провајдер, ужички „Контролпоинт“, а помоћ и подршку пружили су запослени са Медицинског факултета у Крагујевцу.

- Овакве операције до сада нису рађене у нашој болници и ово је први пут да страни стручњак код нас оперише, а надамо се да ће наш лапароскопски тим брзо савладати ову технику и почети да је примењује – казао је др Дарко Маринковић, директор Здравственог центра Ужице.

Док се преко камере убачене у стомак пациенткиње могло видети како тече операција, др Владимир Стаменић је објашњавао да је реч о савременом оперативном захвату рађеном ендоскопском хирургијом, са минималним резом. Предности таквих хистеректомија у односу на класичне операције јесу у томе што су бол и губитак крви минимални, а опоравак пациенткиње веома брз, која свега два дана остаје у болници. У овој ужицкој установи се, иначе, последње

две године већ раде самосталне лапароскопске операције, жучне кесе и гинеколошке најјнику и јајоводу, али ове су новост.

Такође, још један значајан догађај збио се јуче у ужицкој болници. Овде је завршено преуређење одељења неурологије, у оквиру обнављања болница у Србији средствима Европске инвестиционе банке. Неурологија у саставу Интернистичког блока ове болнице добила је више простора за пацијенте, јединицу за интензивну негу, повећан број мокрих чворова и друго.

Б. Пејовић  
Политика, 19. мај 2006. године

---

Из дома здравља „Савски венац“

## Ускоро ултразвук

Ускоро ће наши грађани у примарној здравственој заштити моћи да користе ултразвук, један од најмодернијих медицинских апаратова. Због високе позиције у Републици и недавно освојеног другог места за квалитет услуга, Министарство здравља определио је нашем Дому здравља два милиона динара.

## Помоћ Норвежана

Већ је познато да се женама у менопаузи и превенцији остеопорозе у Савском венцу придаје изузетна пажња и постижу резултати. Стога је сасвим извесно, сазнајемо у ДЗ, да ће се у пројекат преко Министарства здравља укључити и влада Норвешке, која је дала своју подршку.

## Школа родитељства

Наш Дом здравља добио је сагласност надлежног министарства за пројекат „Школа родитељства“, као првог саветовалишта тог типа у земљи. Како се ради о мултилатералној области, која обухвата више усских специјалности, у пројекат ће бити укључени дејчији психијатри из Института за ментално здравље и социјални радници.

## Помоћ телефоном

На здравље не треба мислiti само онда када вас нешто заболи, поручују здравствени радници са Савског венца. То је била основа идеје да се у Дому здравља у марту ове године уведе телефонска линија за све грађане наше Општине (3613-339). Телефон је отворен од 13 до 19 сати, с циљем да грађани науче како сачувати здравље; да заједно са особљем Дома брину о здрављу чланова своје породице; да сазнају које услуге пружа ДЗ и друго.

За сада на отвореној линији дежурају патронажне сестре. На питања везана за конкретна оболења, одговарају тек после консултације са лекарима. У Дому здравља кажу да им је веома битно радно активно становништво и ново њихове здравствене културе. Када су у питању епидемије, телефонски савети су незамењиви.

*Припремила: Б. Марић  
„Савски венац“, Информатор 5, 2006.*

## Зуби на одложено

Дом здравља „Савски венац“ се први досетио, па је за своје пациенте увео нов начин плаћања стоматолошких услуга – они су и прва здравствена државна установа у Србији која је увела могућност плаћања кредитним картицама.

Половином априла уведен је терминал за плаћање „Дина“, „Виза“, „Мастер“ и „Маestro“ картицама. Сем тога, Дом здравља је са неким фирмама склопио уговор којим се све стоматолошке услуге могу спојити у један износ који касније плаћају на рате. То им се скида са плате у трајању од једног до пет месеци, у зависности од висине услуге.

Новим законом о плаћању здравствених услуга стоматолози су приморани да уђу у тржишну утакмицу, јер пациент више није везан само за своју општину, него може сам да бира где ће се лечити.

C.M.

## Здравствени прегледи Рома

Центар за превентивне здравствене услуге Дома здравља Палилула, посредством Мобилне јединице за превенцију, организује акцију данас у девет часова – здравствене прегледа за Роме у насељу Јабучки рит. Акција под sloganom „Сачувајмо здравље Дунавског венца“ организована је на основу раније процене здравствених потреба Рома који живе у посебном насељу у делу Јабучког рита. Ово је прва акција у наредном периоду на левој обали Дунава.

Процењено је да ово насеље има око 120 Рома који живе у лошим хигијенско-епидемиолошким условима, значајан број деце је невакцинисан или непотпуно вакцинисан, велики број одраслих је оболео од хроничних опструктивних болести и да Роми не користе довољно права у области социјалне и здравствене заштите. У акцији учествују епидемиолог, педијатар, пнеумофтизиолог, лекар опште медицине, стоматолог, специјалиста социјалне медицине, социјални радник, патронажна сестра и медицинске сестре.

Политика, 21. јун 2006. године

## У Институту за реуматологију КЦС

### Ошворен део преуређених одељења

*Комилетна обнова биће завршена до средине идуће године, тврде из Министарства здравља*

На радост великог броја пацијената и медицинског особља јуче је званично отворен део преуређених одељења Института за реуматологију Клиничког центра Србије. Грађевински радови коштали су између десет и тридесет милиона динара, а у наредном периоду зарад больших услова за рад са болесницима у ову кућу ће надлежне институције уложити четири пута више новца.

Тим поводом, институт су посетили проф. др Томица Милосављевић, министар здравља, и др Владан Шубаревић, члан Градског већа задужен за здравство, који су објасни-

ли да се до половине следеће године може очекивати комплетно преуређење, модернизација и опремање института.

- За неколико недеља институт ће добити рендген апарат најновије генерације који ће заједно са уређајем „остеодензитометром“ унапредити дијагностичку службу. Побољшање услова рада и модернизације не значи да ова здравствена установа треба да прими много више пацијената него досад, јер су лекари домаћа здравља у стању да реше проблеме у више од 90 одсто случајева – рекао је Милосављевић.

Захваљујући средствима градских власти у Институту је уведен савремен дигитални систем противпожарне заштите, а обезбеђен је и новац и за обнову дела просторија амбулантно-поликлиничке службе и преуређење санитарних просторија намењених амбулантним болесницима.

Одобрена су и средства за обезбеђивање статичке сигурности зграде и дотерирање још три клиничка одељења. За наредни период планирано је и унапређивање одељења за физикалну терапију, увођење информационог система, срећивање радних просторија.

Стручњаци су подсетили да су реуматски проблеми веома распросретајени, с обзиром на чињеницу да сваки четврти пацијент који се обрати лекару за помоћ већ има бол у леђима од којих само мањи део пати од тешких хроничних оболења. Наговештено је и да реуматске болести у великој мери смањују квалитет живота оболелих, утичу на радну способност и узрокују развој инвалидности.

Лекари института обећали су да ће предузети све потребне мере ради обезбеђивања савремене опреме и усавршавања технологије рада како би се постигло потпуније, брже и прецизније дијагностиковање и лечење реуматских болести.

*Д. Давидов*

## Клинички центар у Нишу

### *Све на једном месту*

Ниш – Заменик министра здравља у влади Србије Невена Каравановић, која је и на челу одбора за изградњу клиничког центра у Нишу, недавно је представила нову, трећу верзију пројекта изградње клиничког центра. Како је објаснила, ради се о пројекту Министарства здравља, односно владе Србије који, за разлику од претходне две верзије, подразумева изградњу потпуно новог клиничког центра за 21. век који би обезбедио најсавременије лечење пацијената из овог дела Србије у наредних педесет година.

Представници Министарства здравља, Европске уније и Агенције за реконструкцију и развој ових дана су прихватили овај концепт. Замисао је да све буде под једним кровом, како пацијенте не би водили кроз болнички круг. Пацијенти ће долазити на једно место где су сви специјалисти. На пријемном одељењу са комплетном дијагностиком и лабораторијом, болесник ће остајати до 48 сати, а након тога биће смештен у стационар, објаснила је Невена Каравановић.

Нови центар градиће се у наставку садашњег према згради моноблока. У моноблок ће се преселити све интернистичке службе, део психијатрије и нефрологија, док ће хирургија бити у новој згради. Према пројекту, око две трећине садашњих капацитета ће се изместити у нове објекте, док ће у садашњим остати тек део. До изградње новог клиничког центра, биће обновљене зграде које ће и даље имати садашњу намену. Нови пројекат подразумева ефикасније и брже лечење. Болесници ће краће остајати на болничком лечењу, а биће смањени и смештајни капацитети.

*Политика, 22. јун 2006. године*

**Календар стручних и научних састанака у Европи (септембар-октобар 2006.)**

---

September 02, 2006 – September 06, 2006  
World Congress of Cardiology  
Barcelona, Spain

---

September 03, 2006 – September 07, 2006  
16<sup>th</sup> World Congress on Ultrasound  
in Obstetrics and Gynecology  
London, England, UK

---

September 05, 2006 – September 05, 2006  
Key Advances in the Clinical Management of  
Osteoporosis  
Derby, England, UK

---

September 06, 2006 – September 08, 2006  
International Conference on Surgical Infections,  
ICSI2006  
Stockholm, Sweden

---

September 06, 2006 – September 08, 2006  
7<sup>th</sup> European Congres of Trauma  
and Emergency Surgery  
Malme, Sweden

---

September 11, 2006 – September 16, 2006  
10<sup>th</sup> Conference of the European Association  
for Health Information and Libraries (EAHIL)  
Cluj-Napoca, Romania

---

September 14, 2006 – September 16, 2006  
Xth International Conference  
„Exercise and Healthy Aging“  
Cologne, Germany

---

September 14, 2006 – September 17, 2006  
The 6<sup>th</sup> Conference for Clinical  
Endocrinology, Diabetes and Infertility  
Cairo, Egypt

---

September 15, 2006 – September 16, 2006  
Reproduction and Malignant Disease  
Barcelona, Spain

---

September 15, 2006 – September 16, 2006  
Reproduction and Malignant Disease  
Paris, France

---

September 15, 2006 – September 16, 2006  
International Conference in Gerontology  
Arad, Romania

---

September 16, 2006 – September 23, 2006  
Women's Health  
Barcelona, Spain

---

September 18, 2006 – September 22, 2006  
Rusian Forum „Environment and Health“,  
Influence of Environment on Health, Tasks  
for Psychosomatic Medicine  
and Psyhosocial Prevention  
St. Petersburg, Russia

---

September 20, 2006 – September 22, 2006  
6<sup>th</sup> International Conference on  
Priorities in Health Care.  
Toronto, ON, Canada

---

September 25, 2006 – September 27, 2006  
3<sup>th</sup> Health Information Technology  
(HIT) Summit.  
Washington, DC, USA

---

October 04, 2006 – October 06, 2006  
British Geriatrics Society Autumn Meeting.  
Harrogate, UK

---

October 04, 2006 – October 08, 2006  
4<sup>th</sup> European Congress on Emergency Medicine  
Heraklion, Greece

---

October 04, 2006 – October 06, 2006  
Annual Autumn Meeting of  
the Finnish Cardiac Society  
Espoo, Finland

---

October 05, 2006 – October 17, 2006  
Clinical Topics in Medicine CME Cruise  
Rome, Italy

---

October 08, 2006 – October 11, 2006  
European Academy of Paediatrics – CESP  
Barcelona, Spain

---

October 08, 2006 – October 12, 2006  
92<sup>nd</sup> Annual Congress of the American  
College of Surgeons  
Chicago, IL, USA

---

October 13, 2006 – October 15, 2006  
Geriatric Medicine for Primary  
Care Physicians  
New York, USA

October 15, 2006 – October 16, 2006  
2006 Annual Meeting of  
the American College of Dentists  
Las Vegas, NV, USA

---

October 19, 2006 – October 19, 2006  
Imaging & the Elderly  
London, England, UK

---

October 21, 2006 – October 24, 2006  
Acute Cardiac Care 2006  
Prague, Czech Republic

---

October 21, 2006 – October 25, 2006  
14<sup>th</sup> United European Gastroenterology  
Week, Berlin, Germany

---

October 25, 2006 – October 28, 2006  
8<sup>th</sup> European Congress of  
Chemotherapy and Infection  
Budapest, Hungary

---

October 30, 2006 – November 01, 2006  
Royal College of Physicians: General  
Medicine for the Physician  
London, England, UK

---

## Упутство ауторима

---

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економије у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискуту са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: **Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.**

### *Ошића правила*

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвучи речи које треба штамнати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати ко-

респоденција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

Текст чланка писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачне називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

### *Обим рукописа*

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

### *Кратак садржај*

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 250 речи на енглеском и српском језику.** У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

### *Табеле*

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнац табеле приказује

њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

### **Слике (фотографије)**

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив члanka, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

### **Претежи (шеме, графикони)**

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

### **Списак литературе**

Куца се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између поједињих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

**НАПОМЕНА:** Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ у N. Eng. J. Med. 1997;336; 309–15.

CIP – Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

614

**ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА** : Часопис за социјалну медицину, здравствено осигурање, економику и менаџмент / главни и одговорни уредник Предраг Довијанић. - Год. 1, бр. 1 (1972)-. -Београд (Нушићева 25) : Комора здравствених установа Србије, 1972 - (Београд : Обележја). - 27 см.

Двомесечно.

ISSN 1451–5253 = Здравствена заштита  
COBISS.SR-ID 3033858