

YU ISSN 0350-3208

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

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

ГОДИНА XLIII • ДЕЦЕМБАР 2014. • БРОЈ 6



КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ - БЕОГРАД

ГОДИНА XLIII

Број 6

ДЕЦЕМБАР 2014. ГОДИНЕ

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

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:

Проф. др Георгиос Константинидис

Главни и одговорни уредник:

Проф. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:

Доц. др Мирослав Чавлин

Секретар:

Маријана Стојановић

Чланови:

Проф. др Марија Јевтић

Драган Морача, дипл. правник

Проф. др Момчило Бабић

Мр др Дејан Станојевић

Проф. др Саша Живић

Др Рајко Косановић

Проф. др Слободан Обрадовић

Прим. др. Периша Симоновић

Проф. др Дончо Донев, Македонија

Проф. др Жива Новак Антолич, Словенија

Проф. др Агима Љаљевић, Црна Гора

Доц. др Данијела Штимац, Хрватска

Проф. др Жолт Молнар, Мађарска

Проф. др Васолиос Фанос, Италија

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Драган Морача, дипл. правник
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Хајдук Вељков венац 4-6.

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

Лектура/Коректура:
Бојана Голубовић

Припрема за штампу:
Дарко Јовановић, Београд

Тираж:
500 примерака

Штампа:
Принтива, Београд

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

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

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

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

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

САДРЖАЈ

Стручни и научни радови

*Биљана Беговић Вуксановић, Ивана Беговић Лазаревић, Андреа Узелац Шкорић,
Славица Марис*

1. ХИВ/АИДС НА ПОДРУЧЈУ БЕОГРАДА У ПЕРИОДУ ОД 2003. ДО 2012. ГОДИНЕ . . . 1

Слободан Суботић, Весна Шуљагић, Христо Анђелски, Јасмина Суботић

2. ПОКАЗАТЕЉИ УЧЕСТАЛОСТИ КАРЦИНОМА ПРОСТАТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ
И ДРУГИМ ЗЕМЉАМА СВЕТА 7

Весна В. Томић

3. ЕМОЦИОНАЛНА И СОЦИЈАЛНА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА
У МЕДИЦИНСКОЈ ПРАКСИ 19

*Срђан Станковић, Миљан Кулић, Страхиња Кулић, Јована Костић, Љиљана Кулић,
Христо Анђелски*

4. УЛОГА МЕДИЦИНСКОГ ПРАВА У ФУНКЦИОНИСАЊУ
ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА 32

Сретен Стanoјeviћ

5. КОМЕРЦИЈАЛНИ ПРОГРАМИ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ 37

Олгица Милошевић, Тина Аничић

6. АБОРТУС – ЕТИЧКЕ И ПРАВНЕ ДИЛЕМЕ 45

Radoje Jevtić

7. COMBUSTION AS FIRE CONSEQUENCE – GREAT DANGER
FOR HUMANS HEALTH 55

Упутство ауторима 63

ХИВ/АИДС НА ПОДРУЧЈУ БЕОГРАДА ОД 2003. ДО 2012. ГОДИНЕ¹Биљана Беговић Вуксановић, ²Ивана Беговић Лазаревић, ³Андреа Узелац Шкорић, ⁴Славица Марис**HIV/AIDS IN BELGRADE BETWEEN 2003. AND 2012.**

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

Сажетак

У раду је приказана епидемиолошка ситуација ХИВ/АИДС-а на подручју Београда од 2003. до 2012. године. Према подацима из пријава заразних болести и годишњих извештаја о раду на спречавању, сузбијању и елиминацији заразних болести у посматраном периоду, ХИВ инфекција је регистрована код 641 особе, од АИДС-а је оболело 288 особа, а са ХИВ инфекцијом или од АИДС-а је умрло 185 особа. Највише новооткривених инфекција је регистровано 2009. године (80), највише оболелих и умрлих 2003. године (41, односно 28). Мушки су учествалији од жена међу инфицираним, оболелим и умрлим особама (83,9%, 76,7% и 76,2%). Највећи број инфицираних особа је био од 25 до 29 година (19,8%), а затим 30–34 године (18,4%). Међу оболелим особама најзаступљенија је група 35–39 и 40–44 године са 16,7%, односно 16,3%. Највише особа умрлих са ХИВ-ом или од АИДС-а је у групи 45–49 (20,5%) и 50–54 године (18,9%). Међу инфицираним и оболелим особама у посматраном периоду најчешћи начин трансмисије је ризично сексуално понашање међу хомо/бисексуалцима (53,2% свих инфицираних, односно 35,4% оболелих), док је међу особама умрлим са ХИВ-ом или од АИДС-а најодговорнија била интравенска употреба наркотика (43,8%). Оно што карактерише епидемију ХИВ/АИДС у Београду у посматраном десетогодишњем периоду је касно откривање инфекција, односно откривање у фази развијеног АИДС-а.

Кључнеричи: ХИВ, СИДА, ризично понашање.

Summary

This document presents epidemiologic overview of HIV/AIDS in Belgrade between 2003 and 2012. Based on reporting forms and annual reports of prevention, containment and elimination of infectious diseases, there were 641 HIV infected people, 288 AIDS cases and 185 HIV or AIDS related deaths. The most number of HIV infections was registered in 2009 (80), AIDS cases and HIV or AIDS related deaths in 2003 (41 and 28). Men were more frequent than women among HIV infected people as well as among AIDS cases and HIV or AIDS related deaths (83,9%, 76,7% и 76,2%). The majority of all HIV infection registered in Belgrade between 2003 and 2012 were in group of 25-29 years (19,8%), then 30-34 years (18,4%). AIDS cases were the most frequent in group of 35-39 and 40-44 years (16,7% and 16,3%) and HIV or AIDS related deaths in group of 45-49 and 50-54 years (20,5% and 18,9%). The most frequent mode of transmission among HIV infected people (53,2%) and AIDS cases (35,4%) were homo/bisexual intercourses. Among HIV or AIDS related deaths it was intravenous using of drugs (43,8%). HIV/AIDS epidemic in Belgrade, for that ten years period of time, features late presentation of HIV infection, with advanced HIV disease.

Key words: HIV, AIDS, risk behaviour.

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

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

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

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

УВОД

Синдром стечене имунодефицијенције (на француском „*Syndrome d'Immuno-Deficience Acquise*“ – SIDA, или на енглеском „*Acquired Immunodeficiency Syndrome*“ – AIDS) јесте терминални стадијум хроничне инфекције вирусом хумане имунодефицијенције („Human Immunodeficiency Virus“ – HIV) и први пут је препознат 1981. године, да би врло брзо достигао епидемијске размере и постао један од најзначајнијих проблема света, посебно у земљама Трећег света, где је довео до драматичног скраћења животног века, уз погубни утицај на садашњи и будући економски развој тих, већ и тако сиромашних земаља. У земљама развијеног Запада, у којима је од 1996. године широко доступна високо-активна антиретровирусна терапија („*Highly Active Antiretroviral Therapy*“ – HAART) регистрован је значајан пад инциденције и морталитета од АИДС-а. Међутим, овај пад је достигао плато који се последњих година одржава, наговештавајући да је и најоптимистичкији сценарио о ефикасности и доступности антиретровирусне терапије још увек далеко од тежњи пацијената и њихових лекара да се са ХИВ-ом „нормално“ живи.

С обзиром на чињеницу да је прво регистрован код хомосексуалаца, затим код интравенских наркомана и код прималаца трансфузија крви пореклом однетестираних давалаца, као и код хемофиличара, ХИВ/АИДС се у почетку везивао за тзв. ризичне групе, али се врло брзо, са порастом хетеросексуалног пута преноса уводи термин „rizично понашање“, које је и данас у употреби.

ХИВ је ретровирус. Идентификована су два типа: тип 1 (ХИВ-1) и тип 2 (ХИВ-2). Ова два вируса су серолошки и географски релативно различита, али имају сличне епидемиолошке карактеристике. Тип 1 је патогенији, док је тип 2 генетски сличнији мајмунском вирусу имунодефицијенције (SIV), мање је вирулентан и инфекција спорије прогредира у АИДС.⁽¹⁾

Глобално, процењује се да 35,3 милиона људи живи са ХИВ-ом у 2012. години. Пораст овог броја у односу на претходне године је резултат веће доступности антиретровирусне терапије. У односу на 2001. годину региструје се пад у броју новоинфицираних за 33%. У исто време број људи умрлих од АИДС-а је такође у паду са 1,6 милиона у 2012. години у односу на 2,3 милиона у 2005. години.⁽²⁾

ЦИЉ

Циљ рада је сагледавање епидемиолошке ситуације ХИВ/АИДС-а на подручју Београда од 2003. до 2012. године.

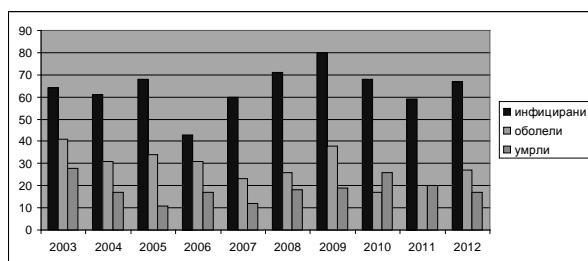
МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

За анализу епидемиолошке ситуације ХИВ/АИДС-а на подручју Београда коришћени су подаци из пријава заразних болести, медицинске документације, годишњих извештаја о раду на спречавању, сузбијању и елиминацији заразних болести и резултати епидемиолошких и лабораторијских испитивања. Подаци су обрађени путем софтверске апликације израђене у програму Microsoft Access. У обради података примењен је дескриптивни епидемиолошки метод.

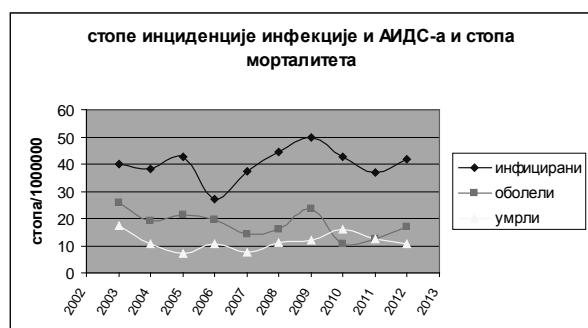
РЕЗУЛТАТИ

У посматраном десетогодишњем периоду, ХИВ инфекција је регистрована код 641 особе, од АИДС-а је оболело 288 особа, а са ХИВ инфекцијом или од АИДС-а је умрло 185 особа. Највише новооткривених инфекција је регистровано 2009. године (80) са инциденцијом од 50/1.000.000, највише оболелих и умрлих 2003. године (41, односно 28) са инциденцијом од 25,6/1.000.000 и стопом морталитета од 17,5/1.000.000 (Графикон 1 и 2).

Графикон 1. ХИВ/АИДС на подручју Београда од 2003. до 2012. године, заступљеност по годинама.

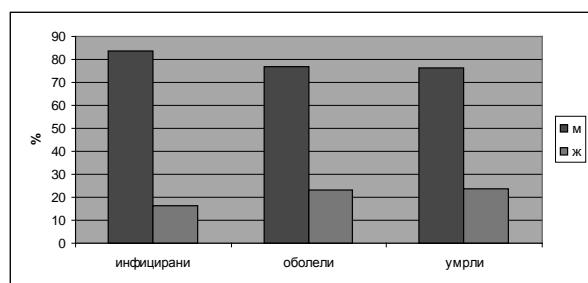


Графикон 2. ХИВ/АИДС на подручју Београда од 2003. до 2012. године, инциденција на 1.000.000 становника.



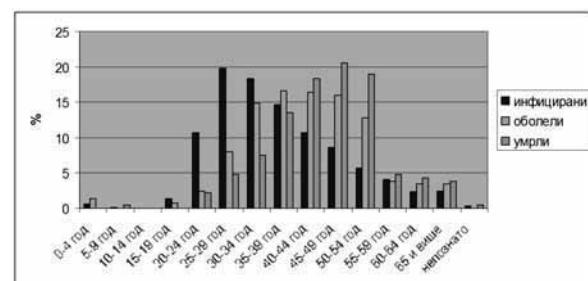
У укупном броју инфицираних, оболелих и умрлих особа у посматраном периоду мушкирци су знатно заступљенији од жена са 83,9%, 76,7% и 76,2% (Графикон 3).

Графикон 3. ХИВ/АИДС на подручју Београда од 2003. до 2012. године, дистрибуција по полу.



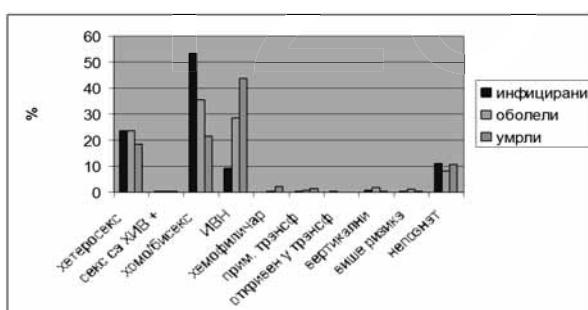
Посматрајући узрасну дистрибуцију инфицираних, оболелих и особа умрлих са ХИВ-ом или од АИДС-а, уочен је највећи број инфицираних особа од 25 до 29 година (19,8%), а затим 30–34 године (18,4%). Међу оболелим особама најзаступљенија је група 35–39 и 40–44 године са 16,7%, односно 16,3%. Највише особа умрлих са ХИВ-ом или од АИДС-а је у групи 45–49 и 50–54 године са 20,5%, односно 18,9% (Графикон 4).

Графикон 4. ХИВ/АИДС на подручју Београда од 2003. до 2012. године, дистрибуција по узрасту.



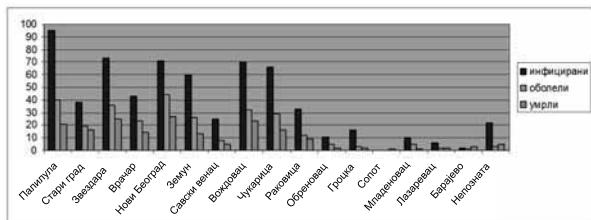
Међу инфицираним и оболелим особама у посматраном периоду најчешћи начин трансмисије је ризично сексуално понашање међу хомо/бисексуалцима (53,2% свих инфицираних, односно 35,4% оболелих), док је међу особама умрлим са ХИВ-ом или од АИДС-а најодговорнија за инфекцију била интравенска употреба наркотика (43,8%), што је приказано на Графику 5.

Графикон 5. ХИВ/АИДС на подручју Београда од 2003. до 2012. године, дистрибуција према начину трансмисије.



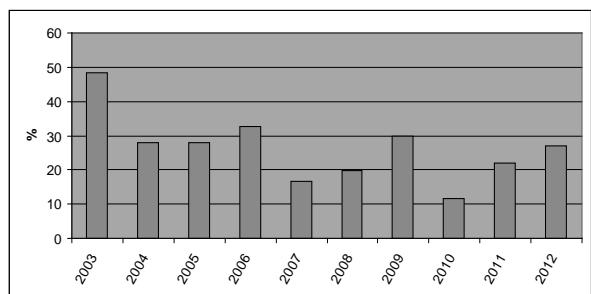
Највећи број инфицираних особа у посматраном периоду је регистрован на подручју општина Палилула – 95 (14,8%) и Звездара 73 (11,4%), оболелих на општинама Нови Београд – 44 (15,3%) и Палилула – 40 (13,9%), а умрлих особа је највише било на територији општина Нови Београд – 27 (14,6%) и Звездара – 25 (13,5%), што је приказано на Графику 6.

Графикон 6. ХИВ/АИДС на подручју Београда од 2003. до 2012. године, дистрибуција по општинама.



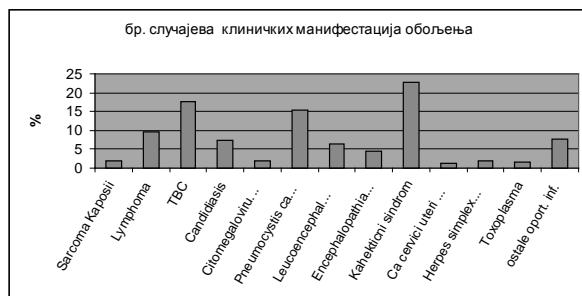
Оно што карактерише епидемију ХИВ/АИДС у Београду у посматраном десетогодишњем периоду је касно откривање инфекција, односно откривање у фази развијеног АИДС-а. Проценат се креће од 11,7% 2010. године до чак 48,4% новооткривених инфекција, које су 2003. године биле регистроване у стадијуму АИДС-а (Графикон 7).

Графикон 7. Проценат ХИВ инфекција регистрованих у фази АИДС-а, дистрибуција по годинама.



Најзаступљенија манифестација АИДС-а у посматраном периоду је био синдром кахексије (22,9%), следи инфекција базилом туберкулозе (17,5%) и пнеумонија коју изазива *Pneumocystis carinii* (15,4%). Малигни тумори грила материце са 1,2% су најређе заступљена клиничка манифестација оболелих (Графикон 8).

Графикон 8. Заступљеност клиничких манифестација оболења.



У моменту откривања инфекције највећи број инфицираних особа је било у радном односу (58,2%), међу којима је 72,1% са средњом стручном спремом, а 27,9% са завршеном високом школом. Незапослених је било 18,9%, а деце 0,8% (Графикони 9 и 10).

Графикон 9. Радни статус у моменту откривања инфекције.



Графикон 10. Ниво образовања запослених у моменту откривања инфекције.



ДИСКУСИЈА

На подручју Београда од 2003. до 2012. године регистрована је ХИВ инфекција код 641 особе, оболење код 288 особа, а 185 особа је умрло са ХИВ-ом или од АИДС-а. У укупном броју инфицираних, оболелих и умрлих особа мушкирци су значајно заступљенији од жена (83,9%, 76,7% и 76,2%). Међу инфицираним и оболелим особама у посматраном периоду најчешћи начин трансмисије је ризично сексуално понашање међу хомо/бисексуалцима (53,2% свих инфицираних, односно 35,4% оболелих), док је међу особама умрлим са ХИВ-ом или од АИДС-а најодговорнија за инфекцију била интравенска употреба наркотика (43,8%). Оно што карактерише епидемију ХИВ/АИДС у Београду у посматраном десетогодишњем периоду је касно откривање инфекција, односно откривање у фази развијеног АИДС-а. Најзаступљенија манифестација АИДС-а у посматраном периоду је био синдром кахексије (22,9%), следи инфекција бацилом туберкулозе (17,5%) и пнеумонија коју изазива *Pneumocystis carinii* (15,4%).

У САД, крајем 2010. године, једна од 4 особе која је живела са ХИВ-ом је била жена.⁽³⁾ Осим региона субсахарске Африке, где жене чине 60% популације која живи са ХИВ-ом, у осталом делу света мушкирци су више погођени инфекцијом, што се слаже са односом половца у нашој земљи, односно у Београду.⁽⁴⁾

Иако су Старатеријом УНАИДС-а за период 2011–2015. године постављени циљеви за смањивање броја новоинфицираних ХИВ-ом, свет није на путу да смањи ХИВ трансмисију међу популацијом интравенских корисника дрога за 50%, што потврђују новији подаци. ХИВ преваленција у овој популацији се креће од 5% у источној Европи до 28% у Азији. Према подацима анализе пута трансмисије, интравенски корисници дрога и њихови сексуални партнери чине 68% свих нових ХИВ инфекција у Ирану, 40% у земљама

источне Европе и 36% на Филипинима. Преваленција међу мушкирцима који имају секс с мушкирцима (МСМ) лагано расте и достиже веома високе вредности последњих година. Преваленција у овој популацији у 2012. години износила је од < 1% до 57% (у Гвинеји). Поред тога, МСМ су често инфицирани веома млади.⁽²⁾ У Београду је МСМ најзаступљенија трансмисивна група у укупном броју ХИВ инфицираних и оболелих у посматраном периоду, док су ИВН најзаступљенији међу особама умрлим са ХИВ-ом или од АИДС-а.

Студије рађене у Италији и Новом Зеланду говоре о проблему касног откривања ХИВ инфекције, што је било присутно код више од 50% испитаника.^(5, 6) Према нашим подацима, касно откривање ХИВ инфекције варира од године до године и креће се од 12 до 48%.

Студија која је испитивала учесталост опортунистичких инфекција код деце и адослесцената у ери високо активне антиретровирусне терапије утврдила је да су најучесталије биле бактеријска пнеумонија, херпес зостер, инфекције дерматофитама и орална кандидијаза.⁽⁷⁾ Студија рађена у Индији указује на туберкулозу и кандидијазу као најчешће опортунистичке инфекције.⁽⁸⁾ Када анализирамо клиничке манифестације АИДС-а међу оболелим особама у Београду, најзаступљеније су биле синдром кахексије (22,9%), инфекција бацилом туберкулозе (17,5%) и пнеумонија коју изазива *Pneumocystis carinii* (15,4%).

ЗАКЉУЧАК

На основу изнетог може се закључити да:

- Анализом епидемиолошке ситуације, поред варијација у броју новоткривених ХИВ инфекција, оболелих и умрлих особа са ХИВ-ом или од АИДС-а у посматраном периоду, уочава се све већи значај ризичног сексуалног, нарочито хомосексуалног понашања као пута преноса инфекције, док су интравенски корисници дрога далеко мање заступљени међу новооткривеним инфекцијама.
- ХИВ инфекција је најчешћа од 25 до 29 година и међу мушкарцима је ви-

шестструко чешћа, што уз претходно најведен став о путу преноса инфекције, указује да превентивне програме треба планирати и учинити доступним млађој МСМ популацији.

- Континуирано истицати значај правовременог тестирања на ХИВ, што увек треба да буде праћено саветовањем, како би највећи број инфекција био откријен на време. Даљи надзор и праћење уз доступност терапије доприносе бољој прогнози инфекције сваког појединца. Поред тога, то доприноси спречавању даљег ширења инфекције.

ЛИТЕРАТУРА

1. Јевтовић Ђ, Анђелић С. и коаутори: ХИВ инфекција. Приручник за лекаре, 2007, стране 6. и 7.
2. UNAIDS: global report 2013.
3. CDC: Fact sheets, HIV among women.
4. WHO: Programmes, Gender, women and health, Gender inequalities and HIV, 2014.
5. d'Arminio Monforte A, Cozzi-Lepri A, Girardi E, Castagna A, Mussini C, Di Giambenedetto S, Galli M, Cassola G, Vullo V, Quiros-Roldan E, Lo Caputo S, Antinori A: Icona Foundation Study Group. Late presenters in new HIV diagnoses from an Italian cohort of HIV-infected patients:

prevalence and clinical outcome. *Antivir Ther.* 2011; 16(7): 1103–12. doi: 10.3851/IMP1883.

6. Dickson N, McAllister S, Sharples K, Paul C. Late presentation of HIV infection among adults in New Zealand: 2005–2010. *HIV Med.* 2012; 13(3): 182–9.

7. Gona P, Van Dyke RB, Williams PL, Dankner WM, Chernoff MC, Nachman SA, Seage GR: 3rd. Incidence of opportunistic and other infections in HIV-infected children in the HAART era. *JAMA.* 2006 Jul 19; 296(3): 292–300.

8. Saldanha D, Gupta N, Shenoy S, Saralaya V. Prevalence of opportunistic infections in AIDS patients in Mangalore, Karnataka. *Trop Doct.* 2008 Jul; 38(3): 172–3.

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

ПОКАЗАТЕЉИ УЧЕСТАЛОСТИ КАРЦИНОМА ПРОСТАТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ И ДРУГИМ ЗЕМЉАМА СВЕТА

Слободан Суботић¹, Весна Шуљагић², Христо Анђелски³, Јасмина Суботић⁴

INDICATORS INCIDENCE OF PROSTATE CANCER IN THE REPUBLIC OF SERBIA AND OTHER COUNTRIES OF THE WORLD

Slobodan Subotić, Vesna Šuljagić, Hristo Andjelski, Jasmina Subotić

Сажетак

Преко 24 милиона људи у свету живи са раком. Предвиђа се да ће се број новооболелих до 2020. године повећати за 15 милиона. У развијеним земљама рак је по учесталости други узрок умирања, а епидемиолошки подаци указују на његово све значајније учешће у структури умирања и у земљама у развоју. Највећи број новонасталих и смртних случајева је у мање развијеним земљама у Источној Европи, међу којима је и Република Србија. Многобројне студије показују да је карцином простате веома чест и да сваки трећи мушкирац изнад 50 година има карцином простате. Годишње се дијагностикује 680.000 новооболелих у свету. Најзначајнији фактори ризика за настанак карцинома простате су старење, припадност појединачној раси и социо-економски услови.

Кључне речи: карцином простате, инциденца, морталитет, фактори ризика.

Summary

Over 24 million people in the world living with cancer. It is anticipated that the number of new cases by 2020 will increase by 15 million. In developed countries, cancer is the second most common cause of mortality, and epidemiological data point to its increasingly important part in the structure of mortality in the developing countries. The largest number of new cases and death cases are in the less developed countries of Eastern Europe, including the Republic Serbia. Numerous studies have shown that prostate cancer is very common and that one of three men over 50 years have prostate cancer. Each year, 680,000 new cases are diagnosed in the world. The most important risk factors for prostate cancer are aging, belonging to a single race and socio-economic conditions.

Keywords: prostate Cancer, incidence, mortality, risk Factors.

¹ Слободан Суботић, Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић“, Црнотравска 27, Београд.

² Весна Шуљагић, Војномедицинска академија, Одељење за превенцију и контролу болничких инфекција, Црнотравска 17, Београд.

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

⁴ Јасмина Суботић, дипл. менаџер у здравству, ВФТ.

УВОД

Дефиниција рака простате, по Међународној класификацији болести (МКБ 10), гласи: Злоћудна новотворина кестењаче (простате) C61. Карцином простате спада у три најучесталија тумора хуманих неоплазми, заједно са бронхопулмоналним и колоректалним карциномом.⁽¹⁾

Захвата углавном старију популацију преко 65 година и има спорији ток, мада су у литератури описане и доста ређе, агресивне форме овог оболења. Због велике учесталости, последица које може оставити само лечење, као и све већих трошкова лечења, представља изузетан проблем данашње мушкије популације. Последњих деценија је у сталном порасту. Један од разлога је свакако све већа старост људске популације. Међутим, и инциденца и морталитет од карцинома расту много брже од старења популације, што указује да постоје и други фактори који могу имати утицаја на пораст инциденце рака простате.⁽¹⁾

Рак простате се јавља у два облика: латентном и клиничком или манифестном.^(2, 3) Латентни облик се открива случајно током обдукције или оперативног захвата на простати. Сматрасе да преко 50% мушкараца изнад 80 година има латентни облик рака простате. Такав карцином је нискоризичан, клинички ирелеватан, не метастазира и не узрокује смрт. Познато је да умире само 12% болесника са дијагностикованим раком простате. Данас нису до краја прецизно наведени критеријуми по којима би се одређени карцином простате прогласио клинички латентним и на тај начин смањио број непотребних дијагностичких и оперативних поступака.⁽²⁾

Треба се надати да ће бројна испитивања биомаркера за карцином простате, као нпр. фактори туморског раста, фактори ангиогенезе, регулатори ћелијског циклуса, регулатори апоптозе, генетске промене и сл., омогућити активно лечење болесника којима је потребно, а избећи радикално лечење

болесника са латентним карциномом prostate. Млађи болесници имају знатно већу шансу да се развије клинички облик болести, који је тада врло агресиван.

Управо из наведених разлога изузетно је важно дијагностиковати карцином prostate у раној фази, када се болест може излечити. Стога је важно информисати и мотивисати мушкију популацију да једном годишње приступи уролошком прегледу, када ће се поред физикалног прегледа, додатним дијагностичким поступцима утврдити да ли потенцијални болесник има карцином prostate или не. Такав преглед се односи на све мушкарце изнад 50. године, и оне млађе уколико постоји позитивна породична ана-мнеза.⁽⁴⁾

ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ НА РАК ПРОСТАТЕ

Верује се да је *Herophilus* први употребио термин „простата“, али је заправо описао семене кесе. Сматра се да је венецијански лекар *Nicolo Massa*, који је умро 1563, први описао простату, а *Riolanus* 1649. први приметио да увећање prostate доводи до ретенције урина. Ретенцију урина су познавали египатски и старогрчки лекари који су владали катетеризацијом металним катетерима.⁽⁵⁾

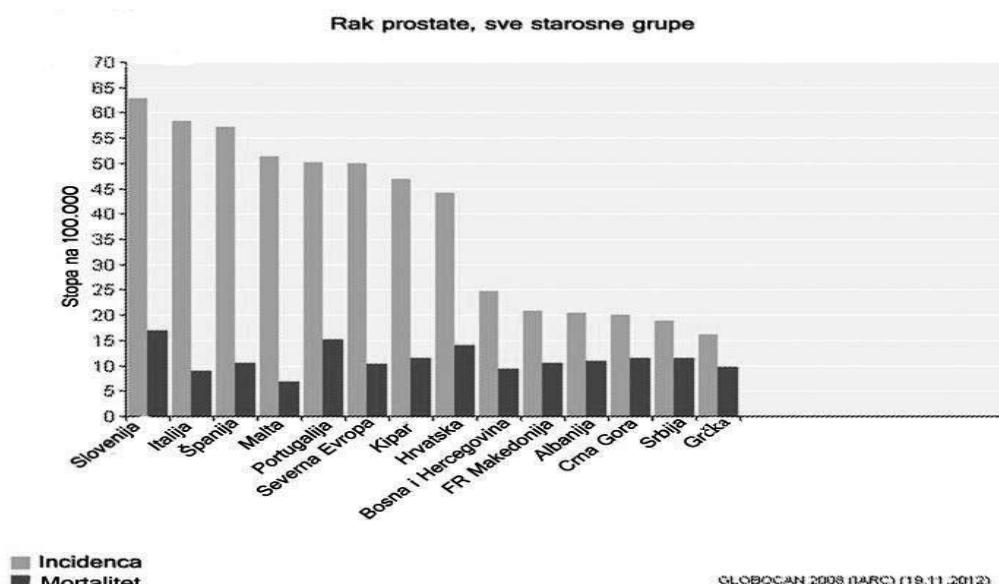
Хипократ је први дефинисао болест. Рак се спомиње још у првим писаним траговима о здрављу човека. Због учесталих ратова у прошлости, болест није откривена јер су људи умирали у раном животном добу због учесталих ратова. prostate је први пут описано венецијанским анатом 1536. године, а рак prostate није идентификован до 1853. године. Уклањање тестиса у лечењу рака prostate први пут изведено је 1890. године са ограниченим успехом, а уклањање целокупне жлезде изведене је 1904. и то је први урадио Хју Х. Јанг.

Чарлс Б. Хагинс објављује студију где доказује да естроген супротстављено делује на тестостерон са метастатским

раком простате. Ово откриће се назива „хемијска кастрација“ и 1966. године је добио Нобелову награду за медицину и филозофију. Системска хемиотерапија уводи се 1970. године у лечењу рака простате.

У јулу 2010. Овен Вите и сарадници објавили су серију студија где објашњавају утицај вируса на ген и ћелију, што се повезује са настанком рака простате.⁽⁶⁾ Почетком XX века, према подацима Листа 1992. године, малигне болести су биле на седмом месту узрока смрти у САД, а крајем осамдесетих на другом месту, одмах иза кардиоваскуларних оболења. Овај тренд се и даље продужава и присутан је у већини земаља света.

Графикон 1. Стопе инциденције и морталитета* од малигних тумора простате у Југоисточној Европи, CЗО, 2008. година.



*стопе стандардизоване према популацији света (на 100.000 становника)

Извор: *The International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008.*

Сваке године се дијагностикује 680.000 новооболелих.⁽⁸⁾ Најзначајнији фактори ризика за настанак карцинома простате су старење, припадност појединачној раси и породично оптерећење.⁽⁷⁾

ЦИЉ РАДА

Сагледати учесталост и распрострањеност рака простате у свету, у Европи и код нас, тренда оболевања и умирања, као и демографских карактеристика оболелих и умрлих од рака простате.

ЗНАЧАЈ ПРОБЛЕМА

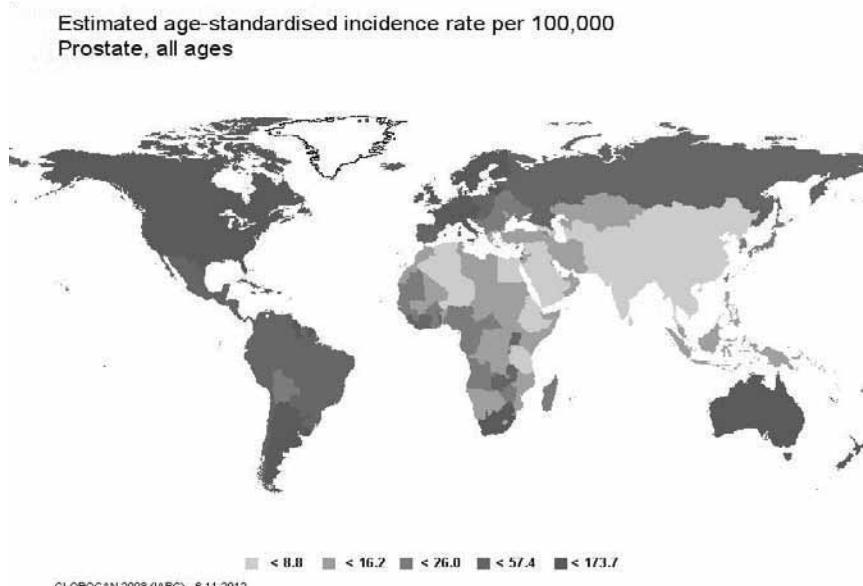
Аутопсијске студије показују да је хистолошки карцином простате веома чест и да сваки трећи мушкарац изнад 50 година има карциномом простате, мада је 80% ових карцинома клинички беззначајно.⁽⁷⁾

Највећи број новонасталих и смртних случајева је у мање развијеним земљама Источне Европе, међу којима је и наша држава (Графикон 1).

РАСПРОСТРАЊЕНОСТ И УЧЕСТАЛОСТ

Рак простате је други у свету, а трећи код нас најчешће дијагностиковани рак код мушкараца (913.770 нових случајева; 13,8 % од укупног броја) у 2008. години.⁽⁹⁾ Ступе инциденце рака простате варирају за више од 25 пута широм света (Мапа 1).

Мапа 1. Стопе инциденције* малигних тумора простате, 2008. година.

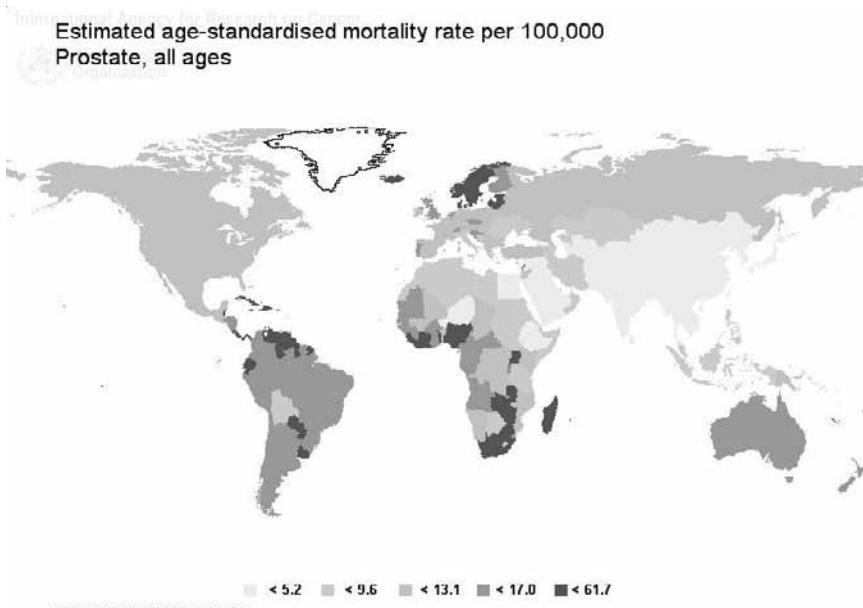


*стопе стандардизоване према популацији света (на 100.000 становника)

Извор: *The International Agency for Research on Cancer* (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008.

Највећа стопа смртности се може наћи у Балтичком региону, у Данској, Норвешкој и Шведској, а смртност се смањује у 13 од 37 европских земаља које се сматрају пре-тејко већим земљама у оквиру сваког региона (Мапа 2).

Мапа 2. Стопе морталитета* малигних тумора простате, 2008. година.



*стопе стандардизоване према популацији света (на 100.000 становника)

Извор: *The International Agency for Research on Cancer* (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008.

Највише стопе инциденце су, такође, и у Аустралији/Новом Зеланду (104,2 на 100.000), Западној и Северној Европи, Северној Америци. Најниже стопе инциденце (4,1 на 100.000) региструју се у Азији и

Африци. Међутим, стопе инциденце су релативно високе у појединачним регионима у развоју (Кариби, Јужна Америка, Субсахарна Африка), као и у неким земљама Европе (Србија).⁽¹⁰⁾

Инциденца знатно варира широм света. У индустријски високоразвијеним земљама, као што су Канада, САД, Аустралија, Шведска, и Швајцарска, инциденција је веома висока и креће се од 40 до преко 150 на 100.000 мушкараца годишње.

У групу земаља са средњим вредностима инциденције спада већина држава Европе, док је она изразито ниска (<10 на 100.000 становника) у земљама Далеког Истока (Јапан, Кина, Сингапур).⁽⁹⁾ Постоји, такође, и велика разлика учесталости у појединим регијама Европе (Северна – 80,1 на 100.000, насупрот Јужне 44,7 у 2000. години).

Постоји значајна варијабилност у величини средњегодишњег процента пада рака простате у Европи, а у распону око 1% годишње у Шкотској од 1994. год. а више од 4% у Мађарској, Француској и Чешкој.⁽¹¹⁾

Због ране дијагнозе последњих 20 година уочава се промена у дистрибуцији ризичних група. Проценат мушкараца са високо ризичним карцином опао је од раних 1990-их, мада су подаци релативно стабилни до 2000.⁽¹²⁾

Рак простате у Србији за 2008. годину налази се на трећем месту по учесталости. Србија има скор 10,3%, и са оболелима од рака простате рангира се на трећем месту учесталости према Globocanu. Чињеница је да 2000. године у земљама Европске уније дијагностиковано око 100.000 новооболелих особа, а у САД 108.000, сврстава карцином простате у три најчешћа малигна оболења мушкараца. У великим броју земаља одговоран је за око 25% свих малигних тумора мушкараца и непосредан је узрок карциномске смрти код 9% болесника са малигномима.⁽¹³⁾

Након постепеног повишења инциденције од 1975. до 1988. године, учсталост карцинома простате значајно је повишена од 1988. до 1992, као последица увођења „простата специфичног антитела“ (ПСА) у раној дијагностици.

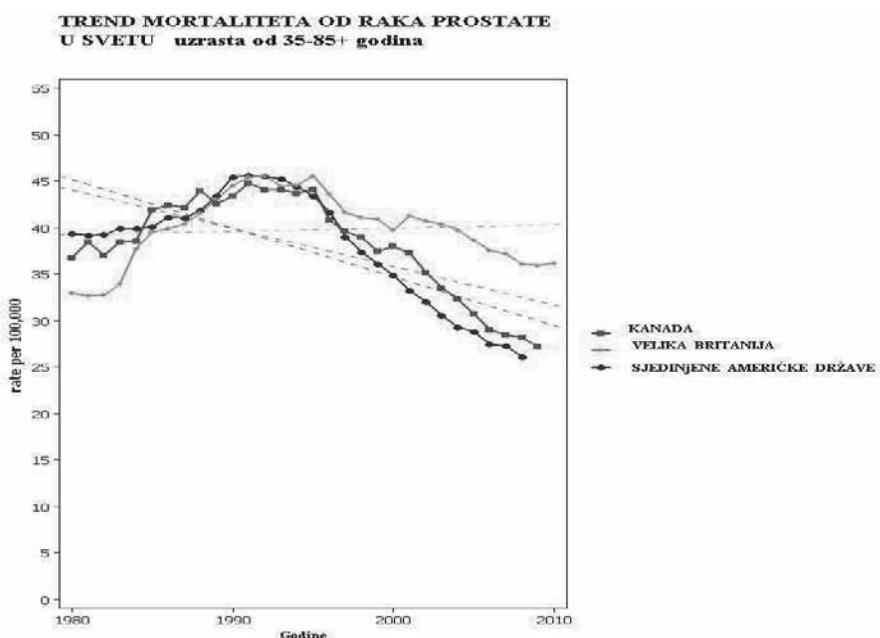
Рак простате је малигни тумор са релативно добром прогнозом. Током последњих 25 година постоји пораст стопе преживљавања који се може делом приписати раном откривању асимптоматског рака простате, а делом и напретку у терапији.⁽⁷⁾

ТРЕНД

При тумачењу промена у оболевању и умирању од рака у дужем периоду треба имати на уму да стопе инциденце зависе и од промена у дијагностици, а да на стопе морталитета утиче и успешност лечења. Од 70-их до 90-их година прошлог века број оболелих од рака прогресивно је растао и то много брже од пораста светске популације.

У Европи постоји различит тренд. Након раних 90-их година у Западној Европи почeo је благо да опада морталитет од рака простате.⁽¹⁴⁾ Морталитет од рака простате опада у развијеним земљама, укључујући и САД, Велику Британију и Канаду (Графикон 2).⁽⁹⁾

Графикон 2. Тренд морталитета* од малигних тумора простате у одабраним земљама (САД, Велика Британија, Канада).



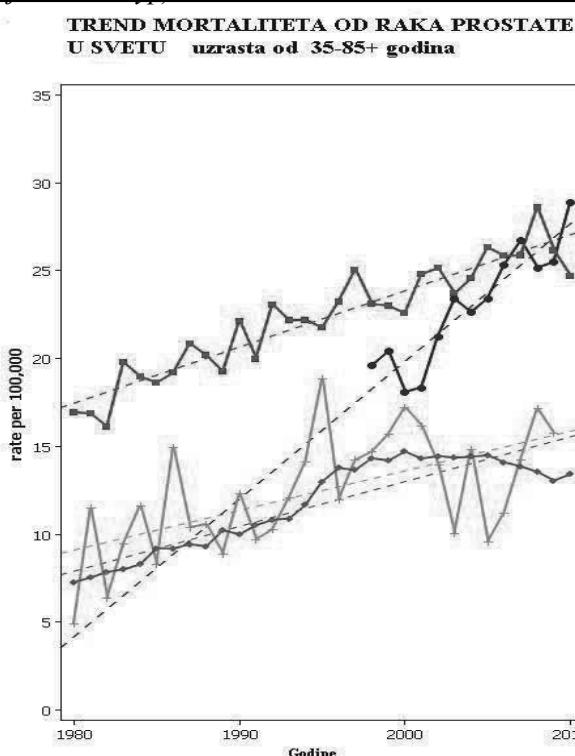
International Agency for Research on Cancer (IARC) - 19.11.2012

*стопе стандардизоване према популацији света (на 100.000 становника)

Извор: *The International Agency for Research on Cancer* (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008.

Графикон 3. Тренд морталитета* од малигних тумора простате у одабраним земљама (Бугарска, Јапан, Србија, Сингапур).

Смртност расте у неким азијским земљама (Јапан, Сингапур) и источноевропским земљама (Бугарска, Србија) (Графикон 3).



International Agency for Research on Cancer (IARC) - 19.11.2012

*стопе стандардизоване према популацији света (на 100.000 становника)

Извор: *The International Agency for Research on Cancer* (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008.

Смањење морталитета од рака простате у западним земљама приписује се побољшању лечења и раном откривању, а повећање морталитета у азијским и источноевропским земљама највероватније одражава промену начина живота који прати индустријализацију, укључујући повећање потрошње животињских масти, гојазност и физичку неактивност.⁽¹⁵⁾

Већина мушкараца који су умрли од рака простате имали су 65 година и више. Морталитет од рака простате расте све до 80. године, а даљи пораст је постепен. У

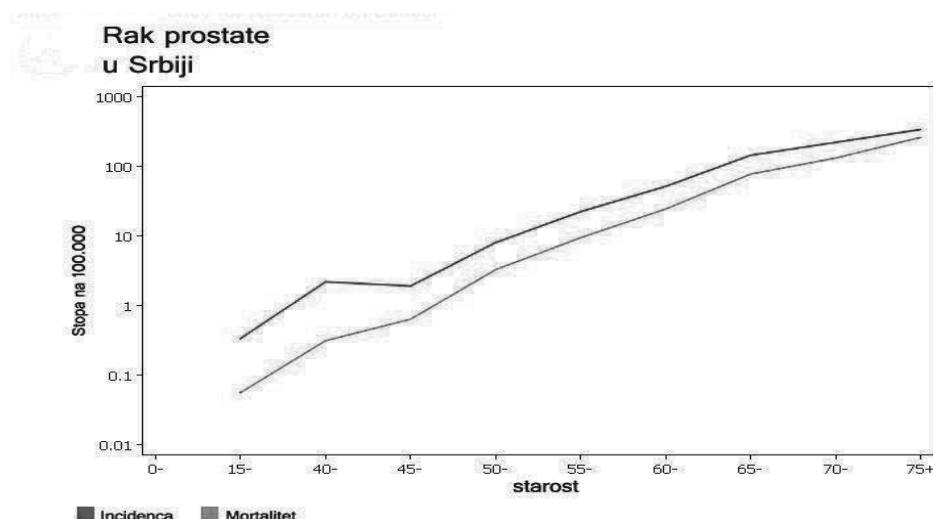
группи од 85 и више година стопе морталитета од рака простате више су код других малигнома код мушкараца у односу на рак простате.^(16, 17)

Процењује се да ће се као последица старења становништва, број смртних исхода услед рака између 90-их и 2008. године повећати за 30% у развијеним земљама, а за 70% у земљама у развоју.⁽⁷⁾

ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ОБОЛЕЛИХ

Инциденција малигних тумора расте експоненцијално са старењем за већину локализација.

Графикон 4. Инциденција и морталитет* тумора простате по узрасту у Србији, СЗО, 2008. година.



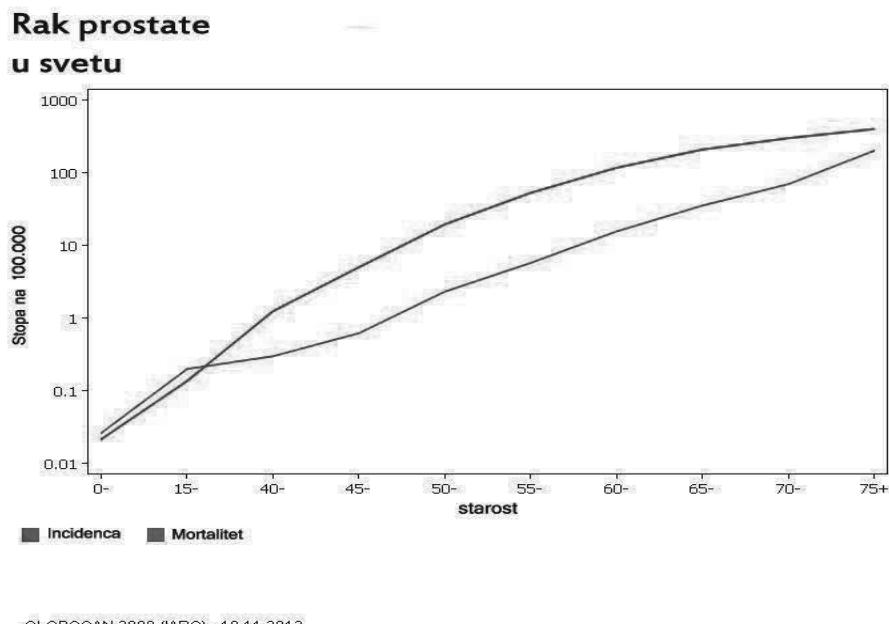
*стопе стандардизоване према популацији света (на 100.000 становника)

Извор: *The International Agency for Research on Cancer* (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008.

Многи малигни тумори се манифестишу у шездесетим, седамдесетим, и осамдесетим годинама живота. У развијеним земљама, половина свих малигних тумора се манифестише после 79. године. Медијана узраста у коме се најчешће поставља дијагноза рака је 68. година за мушкарце. Она варира за

различите локализације.⁽¹⁴⁾ Аутопсијске студије показују да је хистолошки карцином простате веома чест и да сваки трећи мушкарац изнад 50 година има карциномом простате (графикони 4 и 5).

Такође, налази потврђују да сваки трећи мушкарац старости од 60 до 69 година, а код око 40% старости преко 70 година, има карциномом простате.⁽¹⁸⁾

Графикон 5. Инциденција и морталитет* тумора простате по узрасту у свету, СЗО, 2008. година.

GLOBOCAN 2008 (IARC) - 19.11.2012

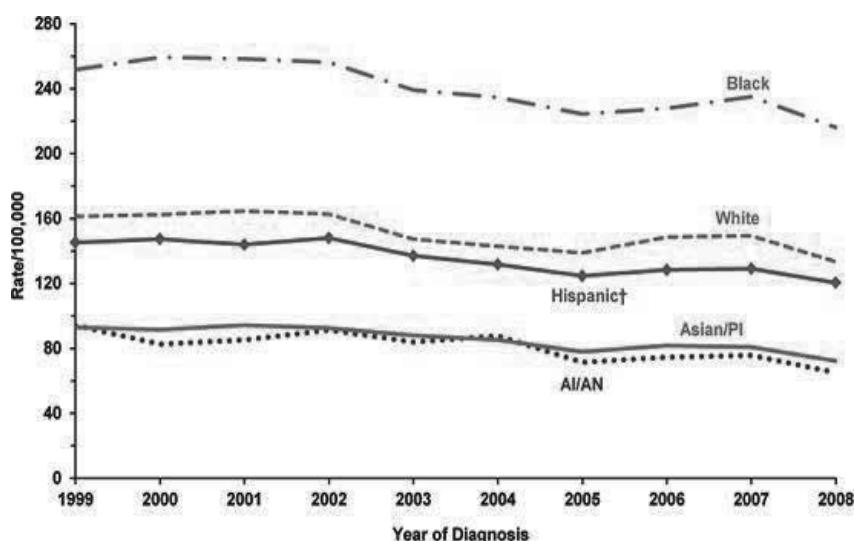
*стопе стандардизоване према популацији света (на 100.000 становника)

Извор: *The International Agency for Research on Cancer* (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008.

Многе локализације малигних тумора су чешће код мушкараца него код жена, а неки су повезани са полом, као што су карцином простате код мушкараца, и карцином дојке и грилића материце код жена.⁽¹⁴⁾

Стопа мушкараца који добијају рак prostate или умиру од њега зависи од расе и националности.

Код мушкараца афричког порекла у САД и на Јамајци бележи се највећа инциденција и морталитет од рака простате и виша је од стопа код мушкараца у Северној Америци (графикони 6 и 7). Разлог зашто мушкарци афричког порекла имају већи ризик за рак prostate још увек није сасвим јасан.⁽⁷⁾

Графикон 6. Инциденција* тренда рака простате у односу на расну популацију у САД, 1999–2008. године.

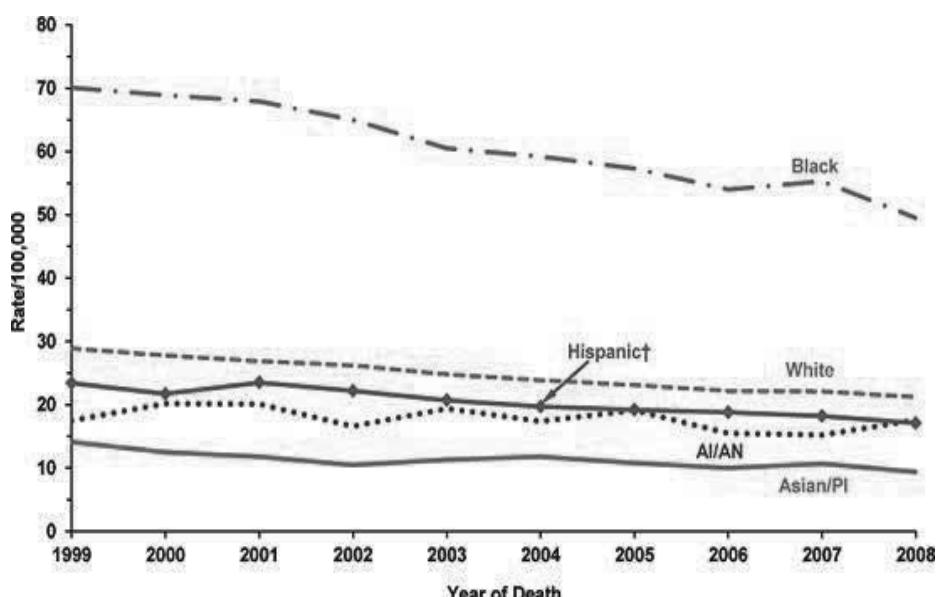
* Стопе су на 100.000 лица, а старост прилагођена америчком стандарду становништва (19 старосних група – Пописни П25-1130)

† порекло раса (бела, црна, азијски/пацифичка острва, амерички Индијанац/Аљаска, Хиспано/латиномерички Индијанац).

Извор: U.S. Mortality Files, National Center for Health Statistics, CDC.

Стопе инциденције на графиконима покривају око 100% америчке популације. Године 2008. црнци су имали највећу стопу учесталости за рак простате, белци су имали другу највишу стопу добијања рака простате, затим Хиспано (Латиноамериканци), азијски/пацифички острва, амерички Индијанци/Аљаска.

Графикон 7: Морталитет* тренда рака простате у односу на расну популацију у САД, 1999–2008. године.



* Стопе су на 100.000 лица, а старост прилагођена америчком стандарду становништва (19 старосних група – Пописни П25-1130)

† порекло раса (бела, црна, азијски/пацифичка острва, амерички Индијанац/Аљаска, Хиспано/латиноамерички Индијанац).

Извор: U.S. Mortality Files, National Center for Health Statistics, CDC.

Графикони показују да су у 2008. год. црнци имали више шанси за морталитет од рака простате од било које друге групе. Белци су били на другом месту, затим амерички Индијанаци/Аљаска и азијска популација и са пацифичких острва.

Скоро три четвртине случајева рака простате дијагностикује се у развијеним земљама, што је резултат углавном широке примене PSA тесла и откривања споро растућих тумора простате (Графикон 8).

Стопа преживљавања за пациенте са дијагнозом рака простате знатно је већа у развијеним земљама, него у земљама у развоју (80% САД, а мање од 40% у земљама Југоисточне Азије, Источне Европе и Африке).^(16, 19)

Графикон 8. Број новооболелих од малигних тумора простате у свету, по регионима, 2008. година.

Broj novo obolelih od malignih tumora prostate u svetu, po regionima, 2008. godine



Извор: *The International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2008*

ДИСКУСИЈА

Рак простате се углавном јавља код старијих мушкараца. Скоро две трећине се дијагностикује код мушкараца старости 65 и више година, а ретко пре 40. године. Просечна старост у тренутку постављања дијагнозе је 67 година.

Рак простате може бити озбиљна болест, али већина мушкараца са дијагнозом рака простате од њега не умире.

Процењене стопе инциденције су највише у развијеним регионима света, укључујући Северну Америку, Океанију, Западну и Северну Европу, док смртност има тенденцију да буду највиша у земљама са ниском до средњом развијеношћу, укључујући делове Јужне Америке, Кариба, и Субсахарске Африке.

За већину испитиваних земаља стопе инциденције су повећане током последњих 10 година посматрања. Иако нису уочени примери опадања учесталости, већина регистара за рак показује тренд инциденције у високоразвијеним земљама, где је тренд пада смртности уочен на националном нивоу.

Насупрот томе, највећи пораст стопе инциденције јавља се у неразвијеним земљама са истим или повећаним трендом смртности.

Рак простате је један веома значајан глобалан проблем чији узрок није тачно познат. Запажено је да поједини фактори имају утицај на његов настанак, као и да је у вези са поједином расном припадношћу. Учесталост рака простате значајно се смањује за 2,4% годишње од 2000. до 2006. у укупној популацији, и за 1,9% годишње од 1997. до 2006. међу црнцима и белцима. Тренд смртности значајно се смањује за 4,1% годишње од 1994. до 2006. међу свим мушкирцима у односу на етничку припадност и боју коже, такође за 3,9% годишње од 1997. до 2006. за мушкирце беле расе, а од 1997. до 2006. за 4,2% међу Афроамериканцима.

У Србији рак простате је на трећем месту, што указује на озбиљност проблема као и на лош превентивни ниво фактора ризика као и скрининг методу. Са превенцијом (скрининг тестовима) мора се отпочети у најранијој фази, у 40. години а, уколико постоји позитивна породична анамнеза, и раније.

ЗАКЉУЧАК

Често је веома тешко доћи до поузданих статистичких података рака простате за цео свет, али се може рећи да стопе појаве рака простате као и стопе преживљавања варирају широм света, између континената, па чак и од земље до земље. Међутим, веома је важно да се ради на статистичким подацима како би се открила могућност превенције.

Поред значајних могућности за првичну превенцију, Светска здравствена организација (WHO), такође, наглашава значај раног откривања, лечења и палијативне неге. Она позива све земље да успоставе свеобухватне националне програме контроле рака, са циљем да се смањи учесталост болести и побољша квалитет

живота оболелих и њихових породица. Посебну пажњу треба посветити земљама у развоју, где велики удео припада касно откривеном раку простате, и уложити додатне напоре како би се постигла рана дијагноза, одговарајуће лечење и палијативно забрињавање.

ЛИТЕРАТУРА

1. Џозић С. PSA маркер као функционални показатељ карцинома простате. Медицински факултет Универзитета Нови Сад, септембар 2010., стр. 5–18.
2. Romero Selas, Gomez Veiga F., Ponce Diaz-Reixa J., Pertega Diaz S., Gonzales Martin M. Insignificant prostate cancer. Analysis of our series. *Actas Urol ESP* 2008; 32:475-84.
3. Scardino PT, Weaver R, Hudson ML. Early detection of prostate cancer. *Hum Pathol* 1992;23:211–22.
4. Garfinkel L., Mushinski M. Cancer incidence, mortality and survival trends in four leading sites. *Stat Bull Metrop Insur Co* 1994;75:19–27.
5. Aselli G. *De Lacteibus sive Lacteis Venis, Quarto Vasorum Mesarai corum Genere novo invento*. Milan: Mediolani; 1627.
6. http://en.wikipedia.org/wiki/Prostate_cancer#History 8.11.2013. у 16.30.
7. Илић М. Малигни тумори. Одабрана поглавља, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу, 2012; стр 64–69, 348–97.
8. Parkin DM, Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(2): 74–108.
9. Steinberg GD, Carter BS, Beaty TH, Childs B., Walsh PS. Family history and the risk of prostate cancer. *Prostate* 1990; 17(4); 337–47.
10. Марковић ВЦ. Карцином простате. У: Марковић В. (ур.) Болести простате, Београд; Савремена аминистрација, 2000; стр. 277–685.
11. European Jurnal of Cancer, volume 46, Prostate cancer incidence and mortality trends in 37 European countries: An overviewIssue17, Novembar 2010; 3040–52.
12. Cooperberg MR, Cowan J., Broering JM, Carroll PR. High-risk prostate cancer in the United States, 1990–2007. *World J Urol* 2008; 26(3): 211–8.
13. Jemal A., Siegel R., Wadr E., Hao Y., Xu J., Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clim* 2009; 59(4): 225–49.
14. Влајинац Х., Јаребински М., Гледовић З., et al. Епидемиологија. Медицински факултет Универзитета у Београду, 2006; стр 195–204.
15. Perrotti M., Pantuck A., Rabbanni F., Israeli RS, Weiss RE. Review of staging modalities in clinically localized prostate cancer. *Urology* 1999; 54(2): 208–14.
16. Pethe V., Bapat B. Molecural Genetic Etiology of Prostate Cancer. *Open Genomics J.* 2008; 1: 13–21.
17. Јелић Љ., Стојановић С. Радиотерапија карциномом простате. У: Хаџи Ђокић Ј. Локализовани карцином простате. Прво издање, Elit-Medica, 2005; стр. 109–118.

18. Yin M., Bastacky S., Chandran U., Becich MJ, Dhir R. Prevalence of incidental prostate cancer in the general population: a study of healthy organ donors. *J Urol* 2008; 179(3): 892–5.
19. Quinn M., Babb P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons. *BJU Int* 2002; 90(2): 162–73.

Контакт: Слободан Суботић, Висока медицинска школа стручних студија „Милутин Миланковић“, Црнотравска 27, Београд, e-mail: slobasubotic@yahoo.com

ЕМОЦИОНАЛНА И СОЦИЈАЛНА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА У МЕДИЦИНСКОЈ ПРАКСИ

Весна В. Томић¹

EMOTIONAL AND SOCIAL INTELLIGENCE IN MEDICAL PRACTICE

Vesna V. Tomić

Сажетак

Емоционална и социјана интелигенција имају кључно место у квалитету интеракције лекар–пацијент и у ефикасној комуникацији, обе од значаја за ефикасну медицинску праксу. „Бити паметан“ углавном подразумева имати висок количник интелигенције (IQ). Питање које третирамо у овом раду јесте каква је позиција емоционалног коефицијента (EQ)? Бихевиоралне науке данас истичу да друштвено успешни и лично задовољни појединачници нису само они које одликује висок коефицијент опште интелигенције. Потпуно остварење сопствене личности зависи од емоционалне интелигенције – способности да се саосећа са другим, процењује, формирају добри интерперсонални односи – као и неких других социјалних и емоционалних вештина пресудних да се неко укlopiti у друштво и свој професионални амбијент и буде користан и себи и другима.

На путу ка хуманој медицини важна су два става за праксу:

1. Помагати људима да се изборе са својим емотивним немирима као што су: бес, анксиозност, депресија, пессимизам, усамљеност.
2. Здравствени радници ће у великој мери помоћи пацијентима ако исти квалитет пажње посвете њиховим емоционалним и медицинским потребама.

Кључне речи: емпатија, брига, интеракција лекар–пацијент, емоције.

Summary

Emotional and social intelligence might be analyzed in the field of interaction between doctor and patient as well as in the field of efficiency communication. To be brain means to have high IQ. Today science affirm that social most efficiency and personal satisfied persons are not those who have high IQ. Completely realization of personal capacity belongs to WQ – capaciblity to sense with other, to estimate, and create good relationships as well as other emotional skills which determine medical practice.

On the way to human medicine two attitudes are important:

1. To help the people to defence with their depression, troubles, anxiety.
2. To pay attention on the emotional as well as at medical needs of the patient.

Key words: interaction doctor – patient, care, empathy, emotions.

¹ Др сп. мед. Весна В. Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

УВОД

Убрзане промене у свим сферама живота су и психолошка сила. Оне ремете човекову унутрашњу равнотежу, а спољашње убрзање се преноси на унутрашње. Темпо, као и начин живота утичу на понашање, изазивајући снажне и опречне реакције код људи. Посебно старији људи снажно реагују на убрзавање промена. Човеков доживљај времена повезан је са унутрашњим ритмовима, док је реакција на време културно условљена. Привременост се може дефинисати помоћу промена у квалитету међуљудских односа. У савременом свету интерперсонални односи постају све више крхки и нестални, оптерећени нестрпљењем да се саслуша особа која се некоме обраћа. Отуђење међуљудима има своју цену на индивидуалном и социјално-психолошком плану.

Међуљудски односи у савременом добу су све краћи, што је пропорционално повећању броја таквих односа. Све брже промене знања, флукутација радне снаге и рад на одређено време убрзавају темпо којим се интерперсонални односи успостављају и развијају. Како се бројне друштвене промене одражавају на интеракције односа лекара и пацијента, не види се побољшање тих односа у пракси, иако се знања из сродних хуманистичких грана, посебно психологије, квантификују и релативно су лако доступна корисницима.

Оноси између људи обликују не само нашу перцепцију, него и биологију. Постоји непознаница у начинима како људи успостављају и прекидају везе. Пошто технологије нуде све више начина и канала комуникације, они често воде у изолованост због деперсонализације контаката. Цена социјалне и менталне корозије још није позната. Љуштура за особу створена слушалицама у јавном простору интензивира социјалну изолованост. Увођење компјутера у медицинску праксу, колико је олакшало евидентирање пацијената, толико је деперсонализовало интеракцију лекар-

пацијент, а тиме и дехуманизовало суштину тог односа.

Циљ рада је да анализирамо аспекте квалитета интеракције лекар–пацијент кроз емоционалну и социјалну интелигенцију, кључне појмове бихевиоралне медицине и императиве медицинске праксе, у свету данас, а код нас вероватно у будућности.

ИНТЕРАКЦИЈА ЛЕКАР–ПАЦИЈЕНТ

Одувек се знало да је суштина медицинске делатности професионална помоћ човеку који има здравствене тегобе. Са психолошког становишта, разлика између медицинске праксе у прошлости и садашњости је у томе што је некада човек био у фокусу пажње здравственог особља, а данас је то његов здравствени проблем (болест). У прилог развоју медицинске праксе су нове дијагностичке методе, технике и технологије и развој фармацеутске индустрије. Психологу у систему здравствене заштите намећу се питања: где је појединач, као сложај персоналних диспозиција у том здравственом систему, који поред болести осећа све то кроз шта пролази, и какав је однос према његовом непосредном социјалном окружењу (члановима породице).

Здравственим радницима у нас доступна је сва постојећа психолошка литература – од социјалнепсихологије до психодијагностике и здравствене психологије. Проблем праксе је у томе што се озбиљни емоционални и социјални проблеми пацијената и рад са људима третирају кроз парцијалне и професионално неконзистентне едукације сматрајући се тиме оспособљеним за рад са психолошким проблемима пацијената. У тој ситуацији, поред појма квалитета здравствене заштите, уводе се нови, „јачи“ термини, као што је изузетност здравствене услуге. Суштински циљ остаје неостварен, а то је хуманизација медицине и третирање пацијената са пажњом и достојанством. Лекари обично узроке за овакво стање виде

у: прописаним нормама за рад (број пацијената по дану), компликованим административним поступцима вођења евиденције, увођењу професионалних иновација, за које су недовољно оспособљени, већим правима пацијената на здравствену заштиту, редукцији права здравствених радника и увођењу контроле њиховог рада, медицинској континуираној едукацији и сакупљању бодова и друго.

Због чега квантификација знања и унапређене методе дијагностике и терапије нису довеле до побољшања задовољства пруженим здравственим услугама пацијената? Због чега није побољшан квалитет радне мотивације и задовољство послом здравствених радника? Губитак поверења пацијената у здравствене раднике један је од разлога оваквог стања из позиције пацијента. Са аспекта лекара је то губитак професионалног угледа. Некада је лекарско занимање било угледно и поштовано, престижно, друштвено уважавано, иако га је увек пратио дефицит материјалних средстава и немогућност да она компензују остале мањкавости.

Лекари су увек били људи од поверења, на тој премиси почива целокупна психологија односа лекара и пацијента. Професионална одговорност здравствених радника расте упоредо са прогресом хумане медицине. У рукама самих здравствених радника налази се кључ њихове професионалне одговорности и етике.

Деперсонализација оболелих јавља се у функцији емоционалне заштите здравствених радника. Она олакшава адаптибилну дистанцираност и афективну неутралност које су значајне и за професионалну објективност и за одбрану од могућности да се буде преплављен људском патњом у свакодневном раду.

Истраживања показују да се негативна осећања лекара: несигурност, забринутост, песимизам, нестрпљење, недостатак емпатије лако преносе на пацијента. Постоје и болести и болесници које лекари радије или

мање радо лече. Обично преферирају оне код којих се лакше постижу бољи резултати, лакше болеснике и акутне болести наспрот хроничним и старим особама чија је прогноза лошија. Негативне реакције лекара чешће изазивају наркомани, алкохоличари, хигијенски запуштени, хостилни, оболели са менталним поремећајем, они чије су тегобе у вези са депресијом, анксиозношћу и другим врстама психолошких проблема. Значај емоционалних проблема не треба потцењивати, јер осећај беспомоћности и недовољне стручности да се пружи адекватна помоћ изазивају отпор и избегавање да се на време тражи здравствена услуга.

Људи код којих се болест не јавља први пут, којима је јасно објашњена њена природа, ток и лечење и који знају да болест није тешка мање деформишу информације које добијају од стручњака. У страху од озбиљности болести болесници некада најмање говоре о ономе што их највише забрињава. Догађа се да симптом који их највише плаши помену узгред, у другом делу разговора сматрајући да тиме одлажу опасност. Могу избегавати да питају оно што их занима, не верујући да ће да добију искрен одговор, уколико се ради о најтежим болестима. Непостављање питања за лекара је или знак да их болесник нема или да не жeli додатне информације. Неспоразум се завршава још већим страхом оболелог који ћутање лекара тумачи као потврду својих сумњи. Разговор може да буде завршен, а да лекар и не зна да је, пружајући помоћ, изазвао узнемирење због кога се болесник након интервенције осећа лошије него пре.

Ако су евидентирани хронични бес и анксиозност, особе постају подложније различитим оболењима. Иако због депресије људи нису подложни болестима, она успорава опоравак и повећава стопу смртности, посебно код осетљивих пацијената у тешком стању.

Исход лечења и доношење одлуке о тра жењу здравствене помоћи у највећој мери зависе од психолошких фактора структуре

личности: од опажања озбиљности здравственог проблема преко страха и анксиозности до поверења у здравствени систем. У интеракцији лекар–пацијент посебно место имају емоционална и социјална интелигенција, због улоге емоција у њој.

ЕМОЦИЈЕ У МЕДИЦИНСКОЈ ПРАКСИ

У току болести емоције надмоћно владају, а страх је основно осећање. Док су болесни, људи су емотивно осетљиви, јер се ментално здравље значајним делом заснива на привиду о неповредивости. Болест, посебно тешка, разбија илузије и доводи у питање претпоставку да је живот сигуран и безбедан, а људи се у њој осећају слабим, беспомоћним, осетљивим.

Проблем у лечењу пацијената настаје онда када медицинско особље не обраћа пажњу на то како пациенти емоционално реагују, иако воде рачуна о њиховом физичком стању. Због превиђања емоционалних проблема током болести и лечења запостављен је читав низ чињеница које доказују да човекова емоционална стања играју важну улогу у подложности болестима и току опоравка. Медицинској нези често недостаје емоционална интелигенција. Савремена медицина следи задатак лечења оболења (медицинског поремећаја), док превиђа болест – пациентово преживљавање оболења, иако је медицинској пракси блиска теза о повезаности различитих емоционалних стања појединца и настанка појединих оболења. Узнемирујуће емоције подједнако су токсичне и спадају у факторе ризика, као што су пушење или повишен холестерол. Основу емоционалног здравља чини контрола непријатних емоција.

Саосећајност, као компонента емоционалне интелигенције, јесте суштина медицинске праксе. Емпатски афекат подразумева: хуманост, брижност, алtruизам, саучествовање у емоцијама. Омогућава да лекари следе оне етичке принципе који су

усмерени на потребе других. Таква врста неге омогућава пациенту да буде задовољан лекаром и лечењем.

На путу ка хуманој медицини важна су два става:

1. Помагати људима да се изборе са својим емоционалним немирима као што су: бес, анксиозност, депресија, пessimizam, усамљеност, што представља и облик превенције многих болести;
2. Пацијенти ће имати корист ако се иста количина пажње посвети њиховим емоционалним и здравственим потребама.

Емоционална интелигенција у менаџерској пракси здравствених радника омогућава редукцију стреса, мобинга и конфликтних ситуација у радном амбијенту. Емоционална писменост руководилаца је психолошки мишић неопходан за њихово морално усмеравање. Постоји низ вештина у оквиру емоционалне интелигенције означених као карактер. Основу карактера чини самодисциплина, а морални живот заснован је на самоконтроли. Основна емоционална вештина је воља која подразумева вештине стрпљења и контроле нагона. Воља је неопходна да би емоције биле под контролом разума.

Постоје програми за обуку руководилаца који се сматрају делотворним за квалитет интерперсоналних односа на раду. Они укључују: емоционалне, сазнајне и бихевиоралне вештине. Развој ових вештина омогућава да се реализује план самопознавања чији су елементи: самосвест, самостално одлучивање, управљање осећањима, превладавање стреса, емпатија, комуникација, самооткривање, самоприхватање, лична одговорност, самопоуздање, решавање конфликтата – сет персоналних диспозиција од значаја за ефикасан менаџмент.

Познавање и примена емоционалне интелигенције има вишеструке користи за пациенте, и састоји се у:

1. Сталном обавештавању пацијената о детаљима болести који су релевантни за доношење одлука о врсти лечења.
2. Примени краткорочних програма за обуку пацијената за ажурност у погледу постављања питања.
3. Дизајнирању здравственог амбијента да би се пацијент осећао достојанствено и пријатно.
4. Релаксационим тренинзима за пацијенте како би научили да се опусте.
5. Обуци здравствених радника да развију и испоље емпатски афекат и активно слушају пацијента.

ЕМОЦИОНАЛНА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА

Суштина емоционалне интелигенције у интеракцији лекар–пацијент односи се на следеће садржаје:

1. Емпатију,
2. Активно слушање пацијента,
3. Емоционалне вештине за јачање воље (изграђивањем стрпљења и контролом нагона).

У наставку ћемо кроз питања и одговоре сагледати основне проблеме и садржаје емоционалне интелигенције у медицинској пракси.

ПИТАЊЕ 1. Шта су емоције?

ОДГОВОР 1. Под емоцијама се подразумева свако узнемирање ума, осећања и страсти, као и свако ментално стање беса и неспокојства. Главне карактеристике емоција су: емоционални доживљај, емоционално понашање и физиолошке промене у организму.

ПИТАЊЕ 2. Које су главне емоције код човека?

ОДГОВОР 2. Емоције се могу разврстати у неколико категорија:

- Бес: разјареност, увредљивост, гнев, узнемиреност, љутња, нетolerантност, огорченост, јарост.

- Туга: јад, бол, туробност, утученост, самосажаљење, нерасположење.
- Страх: узнемиреност, зебња, нервоза, несигурност, лабилност, сумњичавост, ужас.
- Уживање: срећа, радост, задовољство, опуштеност, узбуђење, пријатност, ведрина, еуфорија.
- Љубав: поверење, доброта, привлачност, обожавање, оданост, занесеност.
- Изненађење: чуђење, шок, запањеност.
- Одвратност: презир, омаловажавање, гнушање, аверзија, ненаклоност.
- Стид: крвица, непријатност, кајање, жаљење, туговање.

Наведене су неке од емоција као илустрација сложености рада лекара и увида у то да оне могу да додатно оптерете комуникацију са пацијентом, те као такве и да утичу на исход лечења.

ПИТАЊЕ 3. Зашто су психолошки процеси у организму под деловањем емоција?

ОДГОВОР 3. Емоције карактеришу снага и брзина. Познато је колико је јак први утисак (импресија) о особи или ситуацији и колико га је тешко мењати каснијим когнитивним напором. Често људи реагују изненада без анализе ситуације и размишљања о њој и о могућим последицама. Предност емоционалне интелигенције лежи у њеном капацитету да тренутно ишчитава емоционалне ситуације. Може да буде у неким ситуацијама и радар за опасност.

ПИТАЊЕ 4. Шта карактерише емоционално интелигентне особе?

ОДГОВОР 4. Кључне карактериситке су: познавање и овладавање сопственим емоцијама, препознавање емоција код других људи и контрола емоција.

ПИТАЊЕ 5. Зашто је важно познавање емоционалне интелигенције за медицинску праксу?

ОДГОВОР 5. Важно је због препознавања емоционалног стања пацијента, могућности избора правилних метода лечења,

рекогниције емоционалних стања у процесу оздрављења пацијента и евентуалне психотерапије уз редовну медицинску терапију у случајевима када је то потребно.

ПИТАЊЕ6. Шта су акцидентне кризе које може да изазове болест као стресор?

ОДГОВОР 6. Болест, као стресор, изазива акцидентне (случајне) кризе, што подразумева да су ситуационо изазване, доловањем неког спољашњег догађаја. То су периоди „краткотрајне пометње“ које се дешавају под утицајем социјалне средине (смрт блиске особе, губитак посла) и/или биолошке средине (болест, операција). Како неки догађај може да изазове „пометњу“? Животни догађај се дефинише као „промена у спољашњој реалности која ангажује онај ниво адаптационих моћи индивидуе који је ван њене свакодневне рутине“. Акцидент је стављен на промене и ангажовање нових, искуству особе до тада страних механизама адаптације.

Са аспекта емоционалног здравља, здравствени радници могу себи поставити неколико питања:

1. Да ли је беззначајно што особа (пацијент) промене у спољашњој средини доживљава као пожељне или непожељне?
2. Дали је беззначајно што се такве промене од стране пацијента антиципирају или се догађају изненада и неочекивано?
3. Да ли је неважан доживљај особе који се односи на могућност или немогућност контроле промена у току болести?

Поред тога, саму промену која чини срж животног догађаја могуће је поделити с обзиром на област живота којој припада, у односу на то да ли представља добитак или губитак (продужено лечење или оздрављење) и да ли означава улазак или излазак из емоционалног и социјалног поља.

Резултати истраживања показују да постоји позитивна корелација између животних догађаја са једне и депресије, анксиозности и напетости са друге стране.

У закључку о овој теми истичемо да ће животни догађаји имати патогено дејство ако се процењују као непожељни, уколико нису антиципирани и ако су ван контроле особе која их емотивно доживљава.

ПИТАЊЕ 7. У чему се састоји емоционална подршка у лечењу пацијената?

ОДГОВОР 7. Суштина деловања емоционалне подршке коју здравствени радник може да пружи пацијенту састоји се у лакшем, бржем и ефикаснијем савладавању стреса као последице болести. Доживљај особе да о њој неко брине, да је поштује и цени повећава самопоуздање, редукује несигурност у негативна осећања у време стресних ситуација. Емоционална подршка смањује вероватноћу за појаву болести и утиче на бржи опоравак када до њега дође. Емоционална подршка изражена је кроз доживљај особе да се може ослонити на помоћ здравственог радника уколико је то потребно, што у великој мери амортизује негативне ефекте стреса. Емоционална подршка није ефикасна у случају када је пацијенту потребна конкретна материјална помоћ, нити онда када су за превладавање стреса потребни информације и савети.

ПИТАЊЕ 8. Који су елементи поверења, као квалитета интеракције лекар–пацијент, од значаја за сatisфакцију корисника здравственом услугом?

ОДГОВОР 8. Основу поверења, у најширем контексту, чини једнак став здравственог радника према свим корисницима здравствене заштите. Садржаје поверења чине: емпатија, ефикасна комуникација лекар–пацијент, активно слушање пацијента, придржавање етичког кодекса здравствених радника. Степен овладавања вештинама успешне комуникације, које у великој мери делују на поверење, у вези је са различитим факторима, обликом учења, условима под којима се оно спроводи, ранијим искуством особе, њеним интересовањима и мотивацијом.

ПИТАЊЕ 9. Да ли је могуће оспособљавање здравствених радника за вештину

емоционалне интелигенције у медицинској пракси?

ОДГОВОР 9. Могуће је, али је неопходно да тај део бихевиоралне медицине буде програмски заснован и инкорпориран у наставне садржаје на високим и вишим школама за поједине медицинске профиле. Едукације које се спроводе кроз континуирану медицинску едукацију су недовољне. Неопходно је да ту врсту обука изводе професионално компетентне струке (психолози).

ПИТАЊЕ 10. Да ли је емоционална интелигенција посебна врста интелигенције?

ОДГОВОР 10. Појам емоционалне интелигенције новијег је датума и припада оном делу ненаучне употребе психолошких знања која су давно кумулирана у психолошкој науци и пракси. Она је део опште интелигенције и као таква омогућава мерење у оквиру батерија са метријском поузданошћу. У раду здравствених радника одавно постоје појмови саосећајност, поверење, разговор, пажња, достојанство. Новина је да се лекари поново враћају тим појмовима заједно са применом нових медицинских технологија.

ПИТАЊЕ 11. Који би садржаји програма за развој емоционалних вештина здравствених радника требало да буду аплицирани у пракси?

ОДГОВОР 11. Ти садржаји би требало да обухвате следеће емоционалне вештине: препознавање и именовање осећања, експресија (изражавање) осећања, процена интензитета осећања, управљање емоцијама, контрола емоција, редукција стреса, сазнавање разлика између осећања и делања.

Сазнајне вештине у садржају програма требало би да обухвате: разумевање норми понашања, решавање проблема и доношење одлука, разумевање туђег гледишта, управљање “унутрашњим дијалогом”, развој самосвести.

Вештине понашања: невербалне и вербалне. Препознавање знакова вербалне и невербалне комуникације, ефикасна комуникација.

ПИТАЊЕ 12. Шта бисмо могли да закључимо о емоцијама и емоционалној интелигенцији у здравственој пракси?

ОДГОВОР 12. Сваки сусрет са медицинском сестром или лекаром пацијенту може да пружи охрабрујућу информацију, утешу и подршку. Ако је сусрет неуспешан – позив је за очајање. Здравствено особље је често у журби или је незаинтересовано за узнемиреност пацијента. Има савесних здравствених радника који посвете своје време да би пацијента охрабрили, информисали или посаветовали. Али у медицинском професионалном свету постоји тенденција да због политike институција медицинско особље не обраћа пажњу на осетљивост и ексцитираност пацијента, или је сувише заузето да би му се посветило. Поред тешких услова у здравству, које је још притиснуто и администрацијом, ствари се само погоршавају.

Поред завета лекара да пружи негу и лечење, постоје додатни забрињавајући подаци да треба узети у обзир физиолошко и емоционално стање пацијента. Требало би научно испитати да ли постоји маргина медицинске ефективности у превенцији и лечењу која би се могла постићи ако се пациентово физичко стање лечи заједно са емоционалним. Наравно, не у сваком случају и код сваког оболења. Имајући у виду велики број случајева, показано је да ће медицина имати велике користи ако се докаже да емоционална интервенција треба да буде стандардни поступак у медицинској нези током читавог низа озбиљних оболења. Код лакших оболења довољно је да се кроз ефикасну комуникацију и квалитетну интеракцију лекар–пацијент обрати пажња на пациентово емоционално стање.

СОЦИЈАЛНА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА У МЕДИЦИНСКОЈ ПРАКСИ

У контексту различитих врста интелигенције издвајамо мишљење Гардмена о постојању два типа интелигенције: интерперсоналне која подразумева способност да се разумеју други људи (шта их мотивише, како раде, како сарађивати са њима) и интраперсонална интелигенција која се односи на способност усаглашавања унутрашњег живота.

Различити аутори издвајају и следећа подручја емоционалне и социјалне интелигенције:

- Спознавање човекових емоција – препознавање емоција у тренутку када се испољавају темељ је емоционалне интелигенције;
- Управљање емоцијама – савладавање и управљање емоцијама тако да оне буду прецизно одабране, што је способност заснована на самосвести;
- Самомотивација – усмеравање емоција ка одређеном циљу;
- Препознавање емоција код других – емпатија – кључна за медицинску праксу;
- Одржавање интерперсоналних односа на социјално прихватљивом нивоу у оквиру радног амбијента.

Колико је емпатија, као облик самосвести, важна за медицинску праксу говори аргумент да што боље познајемо сопствене емоције, вештије ћемо препознавати туђа осећања, што имплицира и корелацију између емоционалне и социјалне интелигенције. Алекситимичари нису у стању да препознају шта осећају и посебно су изгубљени када треба да препознају туђе емоције. Неспособност да се препознају туђе емоције је главни недостатак емоционалне интелигенције који у великој мери отежава рад здравствених радника.

У наставку текста кроз питања и одговоре на њих елаборираћемо апликацију

социјалне интелигенције у раду здравствених радника.

ПИТАЊЕ 1. Шта је социјална интелигенција?

ОДГОВОР 1. Векслер је одбацивао појам социјалне интелигенције сматрајући је општом интелигенцијом примењеном на социјалне ситуације. Торндајк истиче да је интерперсонална делотворност важна за успех у многим пољима, посебно у лидерству и руковођењу људима. Данашњи професионални ставови у области људских ресурса социјално интелигентне руководиоце сматрају одговорним за квалитет радне мотивације запослених и за психолошку климу радног амбијента, а тиме индиректно и за радну ефикасност.

ПИТАЊЕ 2. Које су компоненте социјалне интелигенције?

ОДГОВОР 2. Компоненте социјалне интелигенције структуриране су у две категорије: социјална свесност (када имамо осећај о другима) и социјална спретност (када следи понашање које је последица свесности).

Социјална свесност се односи на спектар који се креће од осећаја за туђе унутрашње стање до разумевања осећања и мисли те особе. Она обухвата:

- Прималну емпатију – осећање са другима, осећај за невербалне емоционалне сигнале;
- Подешавање – слушање других са пуном пријемчивошћу;
- Емпатичка тачност – разумевање туђих осећања, мисли, намера;
- Социјална когниција – знање о томе како дејствује социјални свет.

Социјална спретност, заједно са претходним делом, употребљује социјану интеракцију. Као таква обухвата:

- Синхроничност – ефикасну комуникацију на невербалном нивоу;
- Самопредстављање – успешно представљање себе;

- Утицај – обликовање исхода социјалних интеракција;
- Брига – старање о потребама других и одговарајуће акције.

ПИТАЊЕ 3. Каква је улога социјалне интелигенције у руковођењу (лидерству)?

ОДГОВОР 3. Ефикасно одржавање социјалних интеракција као део лидерства у оном делу у коме делује социјална интелигенција подразумева: ефикасно решавање конфликата кроз преговарање и компромис, отворену комуникацију са људима, вешто решавање проблема у интерперсоналним односима, самопоуздање и елоквентност током разговора, заинтересованост и активно слушање других, склоност ка сарадњи и помоћ другима.

ПИТАЊЕ 4. Како изгледа психолошки профил лидера у здравственом систему?

ОДГОВОР 4. Психолошки профил лидера у здравственој организацији треба да испуни следећи сет варијабли од значаја за то радно место, тако што здравствени радник треба да испољава:

- Јасну визију онога што је циљ здравствене делатности и подела одговорности као и сарџаја рада;
- Доследност – кохерентност принципа и система вредности;
- Професионалну компетентност;
- Суочавање са проблемима и /или конфликтима у раду када се они појаве;
- Подстицање и награђивање сарадника кроз јавност у раду;
- Отворену комуникацију (хоризонталну и вертикалну);
- Однос према сарадницима као особама од поверења;
- Развој добре психолошке климе у радном амбијенту;
- Придржавање моралног кодекса у раду;
- Интелигенцију, поштење, алtruизам, хуманост, мотивисаност, добронамерност, отвореност.

ПИТАЊЕ 5. Које су све активности лидера у тиму?

ОДГОВОР 5. Лидер у тиму има следеће обавезе: разрађује принципе и стандарде рада тима, мења своју улогу у складу са захтевима тима, активно слуша шта му говоре чланови тима, подстиче људе да буду активни и да прихвате већу одговорност, контролише ефекте тимског постигнућа, отворено комуницира са члановима тима и предузима све остале активности у зависности од циљева формирања и врсте тимова.

ПИТАЊЕ 6. Шта подразумева социјална интелигенција лидера од значаја за пословне способности?

ОДГОВОР 6. Социјална интелигенција лидера подразумева следеће способности: вештину да се отклони нездовољство уз помоћ друге особе, стварање атмосфере у којој ће се поштовати различитости, ефективно повезивање људи, квалитет интерперсоналних односа на раду – као елементи психолошке климе која директно и индиректно делује на радни учинак.

ПИТАЊЕ 7. Који сет особина личности карактерише успешне лидере?

ОДГОВОР 7. Већина наведених конструкција личности који чине емоционалну интелигенцију: енергичност, истрајност, образовање, интелигенција, здраво расуђивање, самопоуздање, креативност, одушевљење и оптимизам, објективност, уравнотеженост, поштење, кохерентан систем вредности чине сет диспозиција успешних лидера, посебно оних који раде са људима.

ПИТАЊЕ 8. Шта подразумева фокусирање пажње на пацијента у медицинској пракси?

ОДГОВОР 8. Фокусирање пажње на пацијента кроз активно слушање јесте пажња која иде даље од емпатије и стиже до интересовања и бриге за њега, која потпомаже складан однос и јача поверење у здравствени систем. Пацијенту поклањамо пуну пажњу. Тежња је да схватимо особу, а не

само да јој саопштимо здравствене савете и препоруке. Слушање особе максимизује физиолошку синхроничност, тако да се све емоције сврставају у исти ред. Током психотерапије таква синхроничност је откривена у тренуцима када су клијенти осећали да их њихови терапеути најбоље разумеју.

ПИТАЊЕ 9. Шта се може закључити о социјалној интелигенцији?

ОДГОВОР 9. Са становишта еволуције интелигенција спада у људске способности које су човеку помогле да опстане. У њене главне функције спадају: синхроничност интеракције, емпатија, социјална когниција, брига за друге. У сваком сегменту социјалне и емоционалне интелигенције, као некогнитивним способностима, препознају се општи интелектуални капацитети особе.

МОГУЋНОСТИ УСАВРШАВАЊА ЕМОЦИОНАЛНЕ И СОЦИЈАЛНЕ ИНТЕЛИГЕНЦИЈЕ

Програми емоционалног и социјалног описмењавања здравствених радника императиви су јавно-здравствених промена у нашем здравственом систему. Програм обуке здравствених радника треба развијати у два правца у оквиру бихевиоралне медицине:

- Развој елементарних вештина социјалне и емоционалне интелигенције,
- Развој вештина самопознавања.

Како се способности социјалне интелигенције уклапају у модел емоционалне интелигенције?

Рани теоретичари ових типова интелигенције настојали су да нађу нешто аналогно количнику интелигенције што би се могло применити на даровитост у социјалном животу. Вођени психометријом тражили су начине да процене разлике у социјалној способности које би биле еквивалент разликама у просторном и вербалном резоновању мереним количником интелигенције.

Социјална интелигенција виђена је као примена опште интелигенције на социјалне ситуације – као когнитивна способност. То подразумева да је социјална интелигенција фонд знања о социјалном свету и интеракцијама у њима. Неки аутори тврде да широко прихваћено схватање социјалне когниције изазива неспоразуме поводом људских односа и мерењу емоција у социјалном животу.

Способности социјалне интелигенције уклапају се у модел емоционалне интелигенције тако што социјална свест (примална емпатија, емпатска тачност, слушање, социјална когниција) одговарају самосвести, а управљање односом (брига, утицај, самопретстављање, синхроничност) одговарају управљању собом.

У контексту социјалне интелигенције емпатија има три садржаја: знање о туђим осећајима, осећање онога што други осећа, саосећајно реаговање на друге особе. Емпатија са собом повлачи известан степен емоционалног заједништва, што представља предуслов за истинско разумевање туђег емоционалног света. Као такве обе имају посебно место у медицинској пракси препознато кроз проблем квалитета интеракције здравствених радника и корисника здравствених услуга.

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ

У завршном делу рада на примерима из медицинске праксе који ће бити наведени као илustrације емоционалне и социјалне интелигенције, биће елаборирани неки практични проблеми, а кроз неколицину питања биће дат одговор на њихове суштинске садржаје у пракси здравствених радника.

Пример бр.1 за социјалну интелигенцију.

Конфликтна ситуација на радном месту изазвана је тако што је за студијско путовање у иностранство аплицирало троје запослених. Иако су критеријуми за одлазак јасно дефинисани од стране међу-

народне организације, здравствена организација из које треба стручњак да путује нема дефинисане услове за путовање у иностранство. С обзиром на чињеницу да један запослени из те институције може да иде, а аплицирало их је троје, непосредни руководилац (шef) доноси одлуку да иде онај члан колектива који је најмлађи, али и највећи у субмисивном понашању према том претпостављеном.

Не комуницирајући са осталим кандидатима, шef потписује путни налог најмлађем кандидату. Пошто се у установи сазнalo за ту одлуку, долази до сукоба између колегинице која треба да путује и коалиције старијих колега окупљених око двоје људи који су одбијени, без образложења и унапред познатих критеријума те установе.

Конфликт се развио до те мере да је завршен састанком службе на коме су агресивним речима, вређањем и претњама пријавом надређених надлежном стручном удружењу (лекарској Комори). У исходу конфликта он је остао нерешен, а одлука претпостављених није промењена.

Пример илуструје како је неадекватна социјална интелигенција менаџерске мреже (руководилаца на два различита нивоа) довела до манифестованог конфликта у радном амбијенту који нису успели да реше, а чији је исход остао прикрiven.

1.1. Шта је главна последица овог конфликта? – Loши међуљудски односи у том радном амбијенту.

1.2. На који је начин конфликт решен? – Остао је нерешен.

1.3. Каква је последица прављења коалиције? – Заоштрила је конфликт и интензивирала сукоб.

1.4. Које су стране у сукобу? – Директори и запослени.

1.5. Који је извор сукоба? – Непостојање јасних критеријума за професионално усавршавање.

1.6. Зашто је конфликт остао нерешен? – Зато што није препознат, као последица

недовољно развијене социјалне интелигенције, од стране руководства као нешто што је важно за радну ефикасност запослених.

Пример бр.2 за емоционалну интелигенцију.

У педијатријску амбуланту Дома здравља долази мајка са дететом предшколског узраста. Сврха посете је вакцинација детета. Да би то обавила, мајка је пријавила на послу да ће да закасни два сата. После сата чекања у Дому, иако су имали заказан термин, лекар их је примио. Након конвенционалног поздрава мајци и детету, сестра узима инјекцију да је дода доктору. У том моменту дете пада у интензиван и хистеричан плач плашћењи се онога што види да га очекује. Лекар благим тоном покушава да умири дете, скрећући му пажњу на нешто сасвим друго. У томе не успева и дете се још јаче зацењује од плача.

Лекар ништа не предузима, а у целу ситуацију се укључује мајка која, гледајући на сат, покушава стрпљиво да умири дете. Пошто у томе не успева, она постаје све нервознија, а лекар је упозорава да испред амбуланте чекају други родитељи са децом и да сви заједно слушају шта се дешава у амбуланти. Мајка већ видно узрујана почиње физички да кажњава дете (ударцем по задњици два пута), након чега лекар бурно реагује и упозорава је да је кажњиво да бије дете и да ће је он пријавити и испратити из амбуланте без медицинске интервенције.

Након тога се укључује сестра која прозива следећег родитеља. Мајка и мање дете остају иза паравана. Успешном комуникацијом са другим дететом лекар му је дао инјекцију, похвалио дете и наградио га сличицом у албуму. Мајка и дете који су били „тешко савладиви пациенти“ у другом покушају мирно су завршили посао, тако што је сестра причала причу детету објаснивши му да ће и оно да добије награду (сличицу) када прими вакцину.

Тако је успешно завршена ова интервенција уз помоћ сестре и другог детета (као узора), поткрепљења (мале награде), а могла је да се претвори у конфликт између лекара и мајке, услед неадекватне примене емоционалне интелигенције здравственог радника. Да су коришћени капацитети овог психолошког појма, лекар би обучио мајку како да дете припреми за долазак код њега, да не лаже дете да га ништа неће болети и да кроз игру савладају ову ситуацију.

Пример је показао недовољно познавање емоционално интелигентног понашања од стране лекара. За разлику од њега сестра је успешно решила ову ситуацију и спречила конфликт.

2.1. По чему је специфична описана интеракција између лекара и родитеља? – По томе што је употребом емоционалне интелигенције кроз адекватан канал комуникације са мајком лекар могао да предвиди ту ситуацију, да избегне потенцијални конфликт са њом и буде ефикасан у раду.

2.2. Шта је изазвало конфликт лекара и мајке? – Њихова неадекватна вербална комуникација која је могла да буде превенирана применом емоционалне интелигенције здравственог радника у пракси.

2.3. Које вештине емоционалне интелигенције је важно развити код педијатара? – Искреност, емпатију, стрпљење.

2.4. За који део односа лекара и пацијента је важна обука у домуену емоционалне интелигенције здравствених радника? – За поверење у здравствене раднике и здравствени систем.

2.5. Зашто је важно да је успешном интервенцијом сестре конфликт у амбуланти одмах решен? – Због добијања одговарајуће здравствене услуге.

2.6. Да ли се потенцијални страх од „белих мантила“ може пренети са мајке на дете? – Да, учењем по моделу, због јаке афективне везаности између њих.

ЗАКЉУЧАК

Познавање и примена емоционалне и социјалне интелигенције су професионални императив медицинске праксе. Иако изгледа да су ово времена у коме се друштвено ткање паре све брже, када себичност, социјални аутизам и духовно сиромаштво круне добробит друштвеног живота хумана и хуманистички оријентисана медицина без њих постижу слабије ефекте. Аргумент о важности емоционалне интелигенције зависи од везе између осећања, карактера и моралних постулата. Постоје све меродавнији докази да основни етички ставови у животу зависе од емоционалних способности. Импулс је средиште емоције; заметак сваког импулса јесте осећање које тежи да буде остварено путем делања. Они који зависе од импулса, којима недостаје самоконтрола, пате од недостатка моралности: способност да се контролише импулс представља основу воље и карактера. Слично томе, корен алtruизма лежи у емпатији, у способности да се препознају емоције других; ако не постоји осећање за туђе жеље или очајања, ту не постоји ни брига. Где нема бриге за человека, нема ни успешне медицине. Ако постоје две моралне одреднице за којима савремено друштво жуди, то су: саосећање и самосавлађивање и у том контексту треба третирати наведене појмове.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бергер Д, Бергер Ј, Томић В: Здравствена психологија. Друштво психолога Србије, Центар за примењену психологију, Београд, 1997.
 2. Миловановић Д: Медицинска етика. Научна књига, Београд, 1976.
 3. Големан Д: Емоционална интелигенција. Геопоетика, Београд, 2005.
 4. Големан Д: Социјална интелигенција. Геопоетика, Београд, 2012.
 5. Томић В: Поверење – основа добре медицинске праксе. Здравствена заштита, 2014; XLIII (2): 21–26.
-

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

УЛОГА МЕДИЦИНСКОГ ПРАВА У ФУНКЦИОНИСАЊУ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Срђан Станковић¹, Миљан Кулић², Страхиња Кулић³, Јована Костић⁴, Љиљана Кулић⁵, Христо Анђелски⁶

THE ROLE OF MEDICAL LAW IN FUNCTIONING OF THE HEALTH SYSTEM

Srdjan Stankovic, Miljan Kulic, Strahinja Kulic, Jovana Kostic, Ljiljana Kulic, Hristo Andjelski

Сажетак

Увод. У циљу бољег и ефикаснијег здравственог система сваке земље неопходно је познавање правног функционисања здравствених установа, познавање права болесника и права здравствених радника. Неопходно је познавање општих појмова у здравственом законодавству, познавање различитих законских правила чији је објекат здравље человека и здравствена заштита. Познавање етике јавног здравља, људских права и вредности у здравственој заштити, права и дужности пацијената, права и дужности здравствених радника и њихова заштита на раду имају посебан значај. И на крају неопходно је добро контролисати читав здравствени систем и спречити кривична дела у вези са обављањем здравствене делатности или, уколико то није могуће, санкционисати их на одговарајући начин.

Циљ рада. Циљ рада је да укаже на улогу и значај познавања прописа и правила функционисања здравственог система, односно познавање правних правила којима се урађује медицинска делатност.

Метод рада. Анализирана је литература у области медицинског права, социјалне медицине, јавног здравља, законска и подзаконска документација у области здравства и др. Праћена су савремена сазнања у домену медицинског права.

Summary

Introduction. In order to have a better and more efficient functioning of the health system of any country, it is necessary to know the legal functioning of health institutions and to understand the rights of patients and the rights of health care workers. It is necessary to know the general concepts of health legislation, different legal rules whose object are human health and health care. Knowledge of the public health ethics, human rights and values in health care, rights and responsibilities of patients and the rights and duties of health workers and their safety at work have a special significance. And in the end, it is essential to control the entire health care system and prevent criminal acts connected to the performance of health services or, if that's not possible, to sanction them appropriately.

Objective. The objective of this paper is to highlight the role and importance of knowing the regulations of the functioning of the health system, that is knowledge of legal rules that regulate medical activity.

Methods. The literature that was analysed comes from the field of medical law, social medicine, public health, legal and sub-legal documentation in the field of healthcare and others. Current knowledge in the field of medical law were followed.

¹ Mr дипл. правник Срђан Станковић, Електромрежа Србије, Београд.

² Дипл. ек. Миљан Кулић, Београд.

³ Mr дипл. ек, спец. Страхиња Кулић, Вода Врњци, Београд.

⁴ Mr инж. орг. наука Јована Костић, Савремени дом, Београд.

⁵ Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.

⁶ Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа стручних студија "Милутин Миланковић", Београд.

Резултати рада. Медицинско право чини скуп правних правила којима се уређује медицинска делатност, утврђују својства лица која ту делатност обављају и њихов однос са корисницима њихових услуга. Медицинско право је део једне шире области која се назива здравствено право и која подразумева све правне прописе у интересу здравља људи. Медицинско право чине одговарајући државни прописи и прописи које доносе професионална удружења здравствених радника (лекарска, стоматолошка и фармацеутска комора), а и једни и други прописи су одобрени од стране надлежног министарства. Прописима су регулисана правила понашања здравствених радника приликом обављања своје делатности, њихов међусобни однос, однос према пациентима, однос са јавношћу, однос према друштву итд.

Закључак. Здравствени систем сваке земље боли је и ефикаснији ако здравствени радници добро познају правно функционисање здравствених установа, права болесника и властита права. Поред тога, неопходно је да се правници посебно обучавају за област правне медицине, односно потребно је добро познавање националних и међународних правних прописа из области медицинске делатности. Не треба занемарити потребу да се са елементарним познавањем медицинског права мора ићи ка свим корисницима здравствене заштите, односно ка општој популацији.

Кључне речи: медицинско право, здравствени систем

Results. Medical law is a set of legal rules governing medical activity, that determine properties of the entities that carry out this activity and their relationship with the users of their services. Medical law is part of a larger field called the health law, and that covers all legislation in the interest of public health. Medical law make adequate state regulations and rules adopted by professional associations of health professionals (medical, dental and pharmaceutical commerce), and both regulations are approved by the relevant ministries. Regulations govern the rules of behavior of health workers while performing their activities, their internal relationship, relationship with patients, public relations, relationship to society, etc.

Conclusion. The health system of each country works better and more efficiently if health workers are well acquainted with the legal functioning of health institutions, the rights of patients and their own rights. In addition, it is necessary that lawyers are trained specifically in the field of legal medicine, which requires a good knowledge of the national and international legal regulations in the field of medical activity. The need of elementary knowledge of medical law must go to all the health care users, the general population, should not be ignored.

Key words: medical law, health system.

УВОД

Yциљу бољег и ефикаснијег функционисања здравственог система сваке земље неопходно је познавање правног функционисања здравствених установа, познавање права болесника и права здравствених радника. Неопходно је познавање општих појмова у здравственом законодавству, познавање различитих законских правила чији је објекат здравље човека и здравствена заштита становништва. Треба познавати и научити основне појмове из закона и организације здравственог система, али и правила функционисања у складу са одговорностима

које намеће одговарајући професионални ниво. Неопходно је познавање и доследна примена закона и подзаконских аката којима се регулишу права и обавезе корисника и даваоца здравствених услуга у систему здравствене заштите. Неопходно је познавање савремене здравствене заштите, здравственог законодавства у Републици Србији и здравственог законодавства у Европској унији да би се реализовали процеси хармонизације, односно прилагођавање законодавства у области здравља и здравствене заштите стандардима ЕУ. Познавање управљања системом здравствене заштите и правила финансирања здравствене заштите омогућава да се познаје адекватно здравствени систем. Познавање етике јавног здравља, људских права и вредности у здравственој заштити, права и дужности пацијената, права и дужности здравствених радника и њихова заштита на раду имају посебан значај. И на крају неопходно је добро контролисати читав здравствени систем и спречити кривична дела у вези са обављањем здравствене делатности или уколико то није могуће, санкционисати их на одговарајући начин.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да укаже на улогу и значај познавања прописа и правила функционисања здравственог система, односно познавање правних правила којима се уређује медицинска делатност.

МЕТОД РАДА

Анализирана је литература у области медицинског права, социјалне медицине, јавног здравља, законска и подзаконска документација у области здравства и др. Праћена су савремена сазнања у домену медицинског права.

РЕЗУЛТАТИ РАДА И ДИСКУСИЈА

Медицинско право чини скуп правних правила којима се уређује медицинска делатност, утврђују својства лица која ту делатност обављају и њихов однос са корисницима њихових услуга. Медицинско право у ширем смислу обухвата и правне норме које се тичу производње и промета лекова, медицинских средстава, прикупљања и трансфузије људске крви. Медицинско право се тиче оних људи који се баве здравственом делатношћу и оних људи који у својству корисника здравствене заштите, односно као пациенти или као здрави, користе њихове услуге. Медицинско право је део једне шире области која се назива здравствено право и која подразумева све правне прописе у интересу здравља људи.^(1,2)

Медицинско право не представља систем свих правних норми које се односе на медицинску, односно здравствену делатност, већ само један део. Други део правних норми се односи и на друге области права, а тиче се очувања здравља људи. За све људе важе опште норме, али применом норми на однос лекар–пацијент, због специфичности, оне добијају посебно значење. У правне прописе који уређују искључиво медицинску делатност спадају: Закон о здравственој заштити; Закон о јавном здрављу; Закон о здравственом осигурању; Закон о заштити становништва од заразних болести; Закон о поступку прекида трудноће у здравственој установи; Закон о лековима и медицинским средствима; Закон о условима за узимање и пресађивање делова људског тела; Закон о производњи и промету опојних дрога; Закон о евиденцијама у области здравства, Закон о коморама здравствених радника и др.

Медицинско право чине одговарајући државни прописи и прописи које доносе професионална удружења здравствених радника (лекарска, стоматолошка и фармацеутска комора), а и једни и други прописи су одобрени од стране надлежног министарства. Прописима су регулисана правила

понашања здравствених радника приликом обављања делатности, њихов међусобни однос, однос према пациентима, односи са јавношћу, однос према друштву итд. У Републици Србији нису још увек до краја регулисани сви медицински поступци, процедуре и неке области рада у здравству, па је неопходно потпуно регулисање области медицинског права. Ове области су у свету различито регулисане и само у некима постоји хармонизација на којој ради Светска здравствена организација и друге међународне организације. У Европи је област медицинског права већ регулисана прописима земаља чланица Европске уније и бројним смерницама ЕУ за поједине медицинске поступке (Хелсиншка декларација о етичким начелима за медицинско истраживање на човеку донета 2000. године, Ревидирана Лисабонска декларација о правима пацијената од 1995. године и др.).

Медицинско право регулише однос између лекара, медицинских сестара/техничара и пацијента поводом пружања здравствених услуга, за који није довољно регулисање са правним правилима, него и према етичким нормама. Специфичност здравствене делатности, која се везује за болесне, немоћне, слабе, са физичким и менталним поремећајима, деце, жена, старих, умирућих болесника и др. захтева да примарна буду етичка начела. Међутим, етичка начела без правне регулативе не могу да регулишу на задовољавајући начин односе здравствених радника и корисника здравствених услуга (здрави људи и болесници).⁽³⁾

На неопходност да се уведу процедуре и до краја регулишу односи за области професионалног рада и активности, где су се многе ствари до сада само подразумевале, упућују негативна искуства. Разуме се да право и економија у области медицине имају специфичан приступ и етика је потпора и оквир њиховог деловања. Правилима медицинске етике судови признају и правну снагу

и непоступање лекара по тим правилима повлачи одговарајућу правну санкцију.

Поступци здравствених радника подлежу унутрашњој и спољашњој контроли, која може бити стручна и правна. Постоје области рада које нису до краја и прецизно регулисане, а њихово регулисање је приоритет јер се ради о праву на живот и праву на здравље, што су елементарне вредности.⁽⁴⁾

У Србији правници, лекари и други здравствени радници медицинско право не познају у довољној мери. На домаћим правним факултетима оно досад није уопште изучавано. Правници у земљама Европске уније и САД изучавају медицинско право као засебну научну дисциплину и постоји специјализација из те области за правнике. Такође, постоји и посебна едукација за судије који раде предмете из ове области. По њиховом узору треба да регулишемо ову област у целини, почев од писања закона, преко примене националних и међународних правних прописа из области медицинске делатности. Сваки здравствени радник од оног тренутка кад почне да ради има права, обавезе и одговорност за своје поступке. И поред свих предмета које имају на факултету, здравствени радници за многе веома битне ствари које се тичу њихове делатности, правила рада и процедуре успут сазнају, а питање је да ли их правилно разумеју и примењују. У многим случајевима се сматра да се неке ствари претпостављају или подразумевају, али грешке и негативне последице у пракси су показале да се мора имати утемељено знање и јасни и прецизни ставови и смернице о томе како треба поступати.

ЗАКЉУЧАК

Здравствени систем сваке земље болије и ефикаснији ако здравствени радници добро познају правно функционисање здравствених установа, права болесника и властита права. Поред тога, неопходно је да се правници посебно обучавају за

област правне медицине, односно потребно је добро познавање националних и међународних правних прописа из области медицинске делатности. Не треба занемарити потребу да се са елементарним познавањем медицинског права мора ићи ка свим корисницима здравствене заштите, односно ка општој популацији.

ЛИТЕРАТУРА

1. Laufs Adolf, Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch des Arzirechts*, Auflage, München, 2002, 54.
2. Радишић Јаков, Медицинско право, „Nomos”, Београд, 2007, 23.
3. Каличанин Предраг: Медицинска етика и медицинско право, Институт за ментално здравље, Београд, 1999, 10–11.
4. Taupitz Jochen, „Rechtsmedizin im Spannungsfeld zwischen Recht und Medizin”, Medizinrecht, br. 3/1999, str. 99.

Контакт: Mr дипл. правник Срђан Станковић, Електромрежа Србије, Београд.

КОМЕРЦИЈАЛНИ ПРОГРАМИ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

Сретен Станојевић¹

COMMERCIAL PROGRAMS IN THE HEALTH SYSTEM OF SERBIA

Sreten Stanojević

Сажетак

Чињеница је да здравствена индустрија постаје све интересантнија великим светским корпорацијама, из различитих области производње, као што су Alcatel, Samsung, Deutsche Telekom, Microsoft, Siemens, које се као и друге мултинационалне корпорације све више окрећу здравственом сектору. Највиши ниво приватних инвестиција, према подацима америчке компаније Bain Capital, у последње две године бележи се у сектору здравства, а пратећа делатност здравства, прецизније здравствени туризам, бележи раст од 14% у прошлој години и тако постаје најбржча растућа индустрија.

Расподела танких финансијских средстава је увек повезана са деобним и интересним конфликтима, јер је основни циљ како остварити максималне потпоре ограниченим средствима, а са друге стране је настојање да се досегне највећа корист. У земљама тржишне економије у порасту је ангажовање нове професије, а то је: менаџер клинике. Несумњиво је да су менаџери одговорни за руковођење клиником, али је притом важно истаћи да они нису само медицински, него истовремено и руководиоци привређивања. Као што је раније на врху стајао шеф лекара, тако данас владају другачије руководне снаге: менаџери клиника, чији је задатак сложенији од бриге за здравље пацијената. У нашим условима привређивања, без обзира на присутне материјалне тешкоће, ваља стапито сагледавати развојну концепцију, која подразумева перманентну бригу за унапређење квалитета рада и препознатљиво настојање за стручним усавршавањем.

Кључне речи: здравствена индустрија, тржишна економија, менаџери клиника.

Summary

Factual trend is that the health care industry is more interesting large international corporations, from different areas of manufacturing such as Alcatel, Samsung, Deutsche Telekom, Microsoft, Siemens, which like other multinational corporations are increasingly turning to the health sector. The highest level of private investment, according to the American company Bain Capital, in the last two years is recorded in the health sector, and supporting health activities, accurate health tourism grew by 14% last year; thus becoming the fastest growing industry.

Distribution thin funding is always associated with the division and conflict of interest, because the aim to achieve maximum support for limited resources, and on the other hand, an attempt to reach the greatest benefit. In market economies growing is a new institution, and that is the manager of the clinic. There is no doubt that managers are responsible for managing the clinic, but it is important to note that while they are not only medical but also the managers of the economy. As previously stood on top of the head of the doctors, so now ruled by different managerial power: clinic managers, whose task is complicated by concerns for the health of patients. In our business conditions, regardless of the present physical difficulties should be continuous evaluation of the development concept, which implies have permanent concern for improving the quality of work and recognizable efforts for professional development.

Key words: the health care industry, the market economy, clinical managers.

¹ Mr sc. iur. Сретен Станојевић, Институт за рехабилитацију, Београд, Сокобањска 17.

УВОД

Да бисмо успешно одговорили на актуелно питање да ли је неопходна комерцијализација здравствене заштите, подсетићемо на аксиому која има готово анегдотски карактер: шта је јеврејска индустрија? То је производња и трговина златом, затим стамбена изградња и продаја, потом пекарска индустрија, и у америчким условима привређивања то је здравствена делатност. Ево из којих разлога: злато никада не губи на вредности, него у односу на водеће светске валуте сигурно и поуздано протеком времена добија на вредности; изградња станова расте аритметичком прогресијом, а становништво се умножава геометријском прогресијом, те је увек већа потражња од понуде и инвестирање у ову делатност доноси велике профите; хлеб као основна животна намирница представља производњу која има сигурног купца и не може се пословати са губитком, а што се здравствене делатности у америчким условима привређивања тиче, утврђено је да је 5–6% становништва увек болесно и да та константа подразумева промену особа које су болесне, али се број лечених или хоспитализованих људи увек креће око утврђеног процента. Овде многи постављају питање да ли је морално правити business од болесних људи? При томе ваља имати у виду да свака организованост која доприноси побољшању здравља људи и квалитету живота, а притом подразумева улагање значајних диспонибилних средстава је несумњиво не само оправдана него и пожељна компонента.

Управо на таквој консталацији односа можемо запазити да се све више говори о развоју здравствене индустрије, и то не само на америчком, него и много ширем простору, који обухвата све земље са развијеном тржишном економијом. Стога не изненађује чињеница да је здравствена индустрија све интересантнија великим светским корпорацијама из различитих области производње као што су Samsung, Deutsche Telekom, Microsoft, Siemens... Ове и многе друге

мултинационалне корпорације све се више окрећу здравственом сектору. Према подацима америчке компаније Bain Capital (водећег инвеститора у сектору здравства, основане 1984. године у Бостону), највиши ниво приватних инвестиција у свету последње две године забележен је управо у сектору здравства. С друге стране, пратећа делатност здравства, препознатљива у виду здравственог туризма, забележила је имплементан раст од 14% у прошлој години и на тај начин постала најбржа растућа индустрија.

ЦИЉ И МЕТОД РАДА

Циљ овог рада је анализа најразумнијих потеза у ситуацији када смо суочени са недостајућим материјалним средствима за унапређење здравствене заштите. Ако тој околности додамо суочење са увек присутним макроекономским проблемима, реално заостајање у технолошком погледу, смањење личне потрошње, схватићемо да смо директно упућени на превазилажење иновативне инертности и структуралне неприлагођености. То су ставови и определења која немају алтернацију, а искрено речено, ни пуно времена за сагледавање оправданости, јер је реч о императивним потребама.

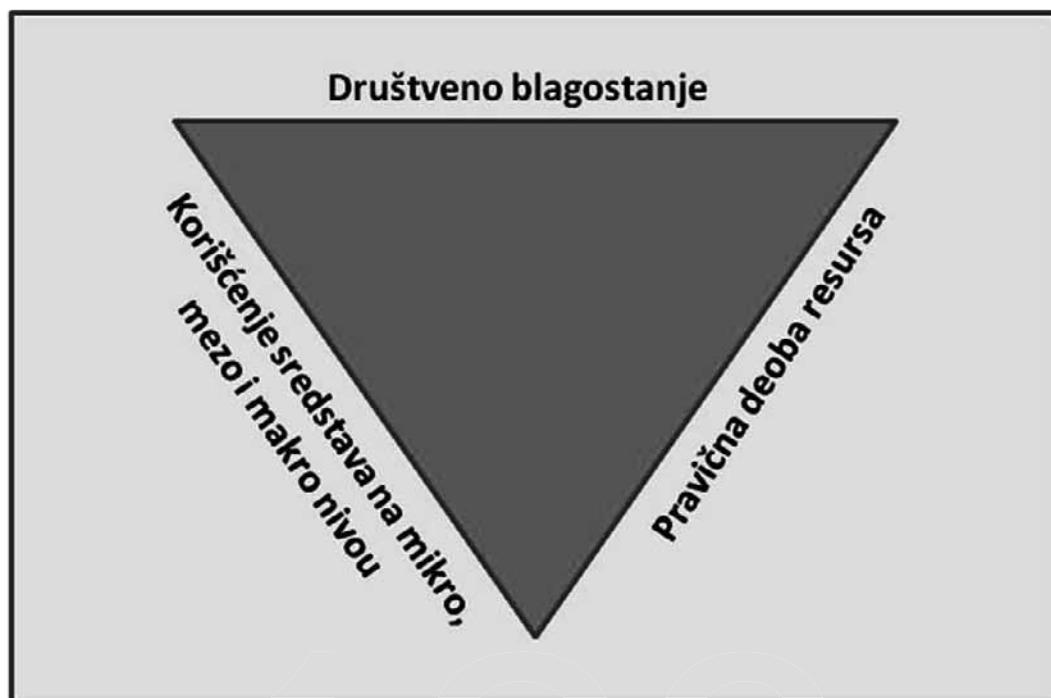
У овом раду даје се предност компаративној методи, јер ова метода у научно-истраживачком поступку даје најобјективније резултате. Поред тога, за овакву тему рада је најцелисходније користити искуства других и сопствена искуствена сазнања и настојања усагласити са већ стеченим искуственим сазнањима земаља са развијеном тржишном економијом. Посебну вредност представљају сазнања која је могуће користити и у нашим условима привређивања.

МАГИЧНИ ТРОУГАО ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ

Расподела танких финансијских средстава је увек повезана са деобним и интересним конфликтима. У теоријском смислу такво стање можемо сигнифицирати економијом друштвеноекономске помоћи. Основни циљ је остварење максималне потпоре ограниченим средствима, а са друге стране настојање да се досегне највећа корист, односно благостање. Из овог произилази да није тешко запазити да у оваквој позиционираности може се да развије теоријски модел који нуди објашњење деобних проблема, при чему се не узимају у обзир емоције (ограничена сувереност пацијената у избору услуге), а које са друге стране могу да утичу на опредељење индивидуа. Задовољавајуће објашњење је могуће под следећим условима:

- достигнут је друштвени оптимум у алокацији ресурса,
- друштвена новчана помоћ је побољшана код алокационих промена до тог нивоа да може све промене да измери.

Графикон 1. Графички приказ магичног троугла здравствене политike.



Највиши циљ је да се максимизира друштвено благостање. Профитабилност и делотворност медицинских интервенција морају да буду руковођене одлукама које имају за циљ делотворну понуду у вези са свим врстама оболења.

Магични троугао здравствене политike додатно нам појашњава повремена конфликтна стања на различитим нивоима, али са настојањима да се оствари правична деоба ресурса у коришћењу средстава, како на микро и мезо нивоу, тако и макронивоу социјално-политичког и здравствено-економског одлучивања.

Што је шири ниво на коме треба да се одређено питање реши, то је тежа одговорност и то услед комплексности материје, смањене диспонибилности средстава, као и недовољне поузданости података. Услед такве консталације односа уврежило се правило: што је више прецизирана поставка на коју треба дати одговор, то је већа вероватноћа да ће се постићи валидни резултати.

Магични троугао здравствене политике сагледаћемо у контексту актуелних опредељења у нашем систему здравствене заштите. Веома је индикативна Фискална стратегија Владе Србије за 2014. годину са пројекцијама за 2015. и 2016. годину. У склопу ове фискалне стратегије утврђена је реформа система здравствене заштите. У складу са стратешким документима смисао реформе је повећање финансијске одрживости система здравствене заштите, унапређење здравља становништва и повећање квалитета. Да би се испунили наведени циљеви, биће неопходно:

- преусмеравање са куративне на превентивну медицину,
- унапређење система акредитације и сертификације,
- обавезно сертификање минималних стандарда.

Фискална консолидација подразумева спровођење рационализације здравственог система, а рационализација подразумева три витална дела:

1. смањење броја немедицинског особља,
2. унапређење механизма за одабир приоритета за набавку нове опреме,
3. боља контрола расхода медицинских услуга.

Управо оваква рационализација треба да допринесе ефикасности здравствених установа, вредновању нових учинака и повећању квалитета здравствене заштите, јер се на тај начин омогућују значајне уштеде у трошењу средстава, посебно смањење корупције, а са друге стране се ствара простор већих средстава за модернизацију система и опремање врхунском медицинском опремом.

Досадашњи процес уговарања са Републичким фондом за здравствено осигурање биће промењен на тај начин што ће се, уместо трошковног начина финансирања, прећи на плаћање услуга по моделу регуларита и на секунадрном и терцијарном нивоу

здравствене заштите по дијагностички сродним групама (до сада се модел примењивао само на примарном нивоу здравствене заштите, и то уrudиментарном виду). Круна таквог опредељења је израда националног здравственог рачуна ради бољег увида у токове новца.

Здравствене установе карактерише неповољна структура запослених, па је у циљу прилагођавања реалним потребама здравственог система неопходно не само смањење броја неадекватног немедицинског особља, него повећање броја лекара специјалиста, како у вези са квалитетном негом и лечењем пацијената, тако и са увођењем нових здравствених технологија. Неопходна је и промена начина финансирања набавке лекова, медицинске опреме и санитетског материјала, у ком смислу се централизују јавне набавке, а takoђе ће се доносити и друге мере које ће имати задатак да спрече стварање нових дугова и омогуће неопходне уштеде у Републичком фонду за здравствено осигурање, као и већу ликвидност у раду фармацеутске индустрије и стабилност у функционисању здравственог сектора. Што се тиче уреднијег снабдевања лековима, томе ће допринети већа наплата доприноса за здравствену заштиту. Тим настојањима погодује Закон о роковима измирења новчаних обавеза у комерцијалним трансакцијама којим је предвиђено скраћење рока за измирење обавеза са 150 дана у овој години, на 120 дана у 2014. години и само 90 дана у 2015. години. Све наведене уштеде значајно ће допринети стварању електронске картотеке као централизованог софтверског система у који ће бити умрежене све здравствене установе са досијеима свих пацијената.

ИСКУСТВА ДУГИХ ЗЕМАЉА

Користићемо сазнања која нису присутна само на иностраном простору него имају употребну вредност и код нас. С тим у вези најпре истичемо институцију која је веома заступљена у земљама тржишне економије,

а то је: менаџер клинике (у нашим условима привређивања тотално страна или заступљена уrudиментарним видовима). Несумњиво је да су ови менаџери одговорни за руковођење клиником, али је притом важно истаћи да они нису само медицински него истовремено и руководиоци привређивања. Као што је раније на врху стајао шеф лекара, тако данас владају другачије руководне снаге: менаџери клиника, чији је задатак сложенији од бриге за здравље пацијената. У самој Немачкој број клиника са менаџерима достиже две трећине укупног броја и то са тенденцијом раста. Не постоји здравствена установа којој нису потреба додатна средства, па је све већи број упућен ка профитабилном пословању и позитивним резултатима на крају године. У том контексту менаџер координира ресурсним и персоналним потенцијалом и одлучује о великим инвестицијама и набавкама за потребе болнице. Пошто је за овакво одлучивање потребно аналитичко сагледавање потреба до детаља, од менаџера клинике се очекује да влада ситуацијама у којима се расипају ресурси и новчана средства на микронивоу, да специфицира новчане токове готовине, побољша процес одлучивања, с тим да такво пословање буде засновано на оптиматима. При томе се увек имају у виду квалитет и стандард сигурности лечења у клиници. Иако се овде ради о билансима и приходима, требало би да менаџер клинике има медицинско образовање, јер у овој области менаџер одлучује о развоју стручних специфичних области, за које је потребно доношење компетентних и далекосежних одлука. Услед тога је неопходно допуњавање медицинског и клиничког знања знањем из области привређивања, радног права, социјалне сигурности и саодлучивања. Као водеће снаге једног великог и капиталом богатог предузећа од клиничког менаџера се очекује да буде на првом месту добар организатор који размишља на дуге стазе. Првенствено клинички менаџер је особа која треба да омогући профитабилност пословања здравствене установе.

Профитабилност није могуће остварити пословањем само средствима обавезног здравственог осигурања, као јединог и искључивог облика финансирања. И у земљама са развијеном тржишном привредом недостатност буџетских средстава за систем здравствене заштите се све више појачава. То најбоље можемо сагледати на примеру издатака у Немачкој, где су (по подацима Krankenhaus-Barometar des Deutschen Krankenhausinstituts) у току 2013. године у односу на исти период претходне године издаци повећани са 31,4 милијарде евра на чак 32,5 милијарди евра (негативна разлика 1 милијарда и 100 милиона евра) са тенденцијом даљег раста. Како се пре-вазилази овакав проблем? У сваком случају не даљим оптерећењем буџетских средстава него усмерењем ка комерцијалним и профитабилним пословима. Анализом структуре корисника здравствених услуга у Немачкој (иначе веома сличној и другим земљама западне Европе) запазићемо велики значај пацијената који услуге плаћају из свог цепа (out-of-pocket). Ти, да их назовемо, „приватни“ пацијенти означавају дакле кориснике услуга који услуге лекара, болнице, апотека и осталих здравствених активности непосредно плаћају сопственим средствима.

Зато постоји јасна разлика између „сопственог платиоца“ и фондовског корисника осигурања по разним основама. Шароликост и разнородност приватних осигуравајућих кућа говори са једне стране о пожељном тржишном такмичењу, а са друге стране указује на већу флексибилност, због чега ова врста осигурања игра све значајнију улогу у здравственом систему.

Висина накнаде за осигурање регулисана је лекарском тарифом, а она са своје стране представља мултипликацију вредносних категорија укључујући и факторе повећања ризика. Овај фактор се креће од вредности 1 до 3,5 нормираних вредности. Посматран у апсолутном смислу, број приватних осигураника је следећи:

Приватни осигураници:	број / мил.
потпуно осигурање	8,95
додатно осигурање	21,09
стоматолошко осигурање	12,2

Структура приватних осигураника:

Приватни осигураници:	Учешће
службеници и пензионери	42,0 %
предузетници	19,9 %
самостални делатници	15,7 %
запослени у приватном сектору	11,6 %
уживаоци ренте и примања	7,5 %
студенти	2,9 %
незапослени	0,2 %

Које предности уживају овакви осигураници у тржишним условима приређивања? Сопствени платиоци очекују да имају предност у погледу термина. Што се лекарата тиче, несумњив значај има чињеница да овакво устројство развија проверу по словања на принципу профитабилности, а лекари такође могу без вођења рачуна о буџетским ограничењима да препишу лекове и друга потребна средства, за која сматрају да су најприкладнија. Приватни пациент може, такође, да захтева спровођење одређеног поступка или прописивање лекова за које сматра да су за његово здравље најповољнији, поготову ако такве поступке у свом каталогу услуга имају установе са обавезним здравственим осигурањем.

У даљем тексту покушаћемо да направимо поређење претходно наведених примера са актуелним дешавањима на нашем здравственом тржишту. Нећемо компарирати процене учешћа по структури и броју из средстава обавезног здравственог осигурања и приватног осигурања, јер је оно у нашим условима малено и није за компарацију, али ћемо објаснити наша опредељења, која се састоје у увођењу заштитника права осигураника. Републички фонд за здравствено осигурање је донео Правилник о заштити права осигураника, (Сл. гласник РС 68/13) који се примењује од новембра 2013. године. Овим

правилником се први пут ближе уређује и контролише начин и поступак заштите не-прикосновених и законом загарантованих права осигураника. Ове заштитнице сада већ имају све здравствене установе и то на примарном нивоу један заштитник на 500 до 700 запослених, а на секундарном и терцијарном нивоу један заштитник на 300 до 500 постеља. Овде вреди одмах подврђуји да је у нашим условима привређивања тешко разлучити заштиту права пацијената од заштите права осигураника, јер сви пацијенти су осигураници из средстава обавезног здравственог осигурања! Защита права пацијената је иначе детаљно регулисана Законом о правима пацијената (Сл. гласник РС 45/13) и истовремено изменштена из здравствених установа у јединице локалне самоуправе, али и то изменштање, осим очекивања да се буде објективнији и самосталнији у раду, не доноси суштински одговор на питање: шта и кога штити заштитник права пацијената, а шта и кога заштитник права осигураника? То нас упућује да ми, што због помањкања средстава, али и због неке готово историјске склоности да решење актуелних проблема превазилазимо нормативним устројствима, немамо скорашњу намеру да схватимо да је закон само frame-work, а да је суштина у беспрекорном функционалном деловању.

Али, сада ћемо пажњу задржати на реалним комерцијалним пословима. Комерцијализација и приватизација не само примарне здравствене заштите, него и болничког лечења, јесте лајтмотив немачке здравствене политике. Као што смо навели у претходном поглављу, еклатантан пример тржишне оријентације здравства огледа се најпре у околности да у самој Немачкој број клиника са менаџерима достиже две трећине укупног броја клиника, и то са тенденцијом раста, што је сасвим разумљиво пошто не постоји здравствена установа којој нису потреба додатна средства, па је све већи број упућен ка профитабилном пословању и позитивним резултатима на крају године. Ако томе додамо околност да се из године у годину издаци повећавају (већ смо навели да та негативна разлика достиже износ од 1 милијарде и 100 милиона евра) и то, такође, са тенденцијом даљег раста, долази се до круцијалног питања: како се превазилази овакав проблем? Да би се успешно одговорило, неопходно је увек правити разлику између амбулантног и стационарног лечења. У Немачкој је амбулантни сектор (слично нашем здравственом систему) највећим делом финансиран преко здравственог осигурања, без обзира да ли је реч о законском осигурању или приватном осигурању. Њихов однос је 90% законско осигурање и 10% приватно осигурање.

Са друге стране, финансирање стационарног сектора претежно се одвија путем плаћања по принципу „дијагностичког паушалног случаја“ (Diagnosis Related Groups или DRG). Дакле, не врши се плаћање за учињени рад, већ за – настали случај. Новац се даје након дијагнозе, независно од чињенице колико ће стварно бити утрошено за негу болесника као и колико ће трајати лечење пацијента. Због оваквог начина плаћања болница може да буде у добитку или губитку, у зависности од тога да ли је паушални случај предвидео дуже или краће лечење у болници. Оваква консталација односа доводи до јаке економске конкуренције унутар стационарног сектора (имају-

ћи посебно у виду и постојање бројних приватних клиника), а све у циљу скраћења периода лечења. Нормално је очекивати да се болнице понашају по моделу економски конформног капитализма. Оваква позиционираност продукује повећање броја плаћених случаја која узрокују и подразумевају награђивање по леченом пацијенту, али са друге стране води ка смањењу особља, а све у функцији смањења трошкова пословања. Резултантна се огледа у укупном смањењу накнада по пацијенту, односно случају, али се захваљујући повећаном комерцијализирању сви делови процеса у болници структурирају ка економским видовима и постављају себи циљ – максимизирање добитка.

Увек присутна (без обзира на степен економске развијености) оскудност јавних средстава доводи у конкретном случају до ситуације да се болнице налазе у беспоштедном такмичењу. У овој консталацији односа потребе пацијената, медицинска нега и љубазност особља се налазе иза профитних интереса. То се може илустровати конкретним примером: у Немачкој је од 2003. до 2013. године дошло до повећања операције кука за 20%, а операције колена за чак 50%. Овакав еклатантан раст препоставља да је мање у питању неопходна медицинска потреба, него више економска потреба за максимизирањем профита, јер предметни развој догађаја све више указује да није реч о медицинској неопходности него околности да је пациент средство за остварење циља. У научној јавности се стога наглашава са једне стране потреба динамичног привредног раста са развијеним иновационим могућностима, а са друге стране да те околности имају за циљ досезање вредности препознатљивих у медицинском усавршавању и техничком напретку, као и повећање здравствене свести становништва. Перманентно се дакле има у виду да је добро здравствено збрињавање од изванредног значаја за продукциону моћ и привредни раст.

ЗАКЉУЧАК

Здравствена индустрија подразумева развијену тржишну економију. Да би се уочила компаративна вредност, морамо стално имати у виду да су укупни здравствени трошкови per capita у Немачкој 4.338 евра (на нивоу Европске уније просечна вредност је 3.268 евра), а у Србији свега 360 евра. Даље, да је просечна зарада у Немачкој 4.350 евра, а код нас 60.803 динара (бруто), односно 43.975 динара (нето), што је прерачунато у европску обрачунску јединицу свега 366 евра. Али, са друге стране ваља стаљно сагледавати и развојну концепцију

која подразумева перманенту бригу за унапређење квалитета рада, препознатљиво настојање за стручним усавршавањем и континуирано вођење рачуна о стручности рада, увођење иновативне технологије, и саобразно могућностима стандарда грађана, ненаметљиве а ипак присутне понуде засноване на комерцијалним ефектима. То нас упућује да постоји реална шанса ка комерцијализацији здравствених програма, јер и поред у компаративном смислу евидентног материјалног заостајања Србије у односу на Европску унију, не могу се са друге стране оспорити прегнантна настојања са позитивним рефлексијама.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fritz Beske, Hermann Bechtel, Johannes Hallauer: Das Gesundheitswesen in Deutschland; Deutscher Aerzte-Verlag, Koeln, 2011.
2. Reinhard Dettmeyer: Medizin und Recht fuir Aerzte ; Springer, Berlin, 2010.
3. Bertram Haeussler, Norbert Schattauer: Jahrbuch der medizinischen Innovation; KG Stuttgart Verlag, 2011.
4. Tobias Weiler, Hans-Peter Bursig: Das Einsparpotenzial innovativer Medizintechnik im Gesundheitswesen; Spectaris, Berlin, 2010.
5. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2013. годину (Службени гласник РС 125/12).
6. Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама (Службени гласник РС 100/11).
7. Фискална стратегија Владе Србије за 2014. годину са пројекцијама за 2015. и 2016. годину (Службени гласник РС 97/2013).
8. OECD Health Division . Health Data 2012 – frequently Requested Data. Paris OECD. www.oecd.org/doc/aidstat: Development aid at a glance, Statistics by region.
9. Prof Dr Viviane Scherenberg: Intention der Gesundheitsoekonomischer Evaluation; Bremen, Hochschule der Gesundheitswirtschaft, 2010.
10. Manfred Friedler: Perspektiven fuir eine Gemeinwohl orientierte Gesundheitspolitik; Essen, 2012.

Контакт: Mr sc. iur. Сретен Станојевић, Институт за рехабилитацију, Београд, Сокобањска 17, тел: 2667-343, e-mail: sretenstanojevic@gmail.com

АБОРТУС – ЕТИЧКЕ И ПРАВНЕ ДИЛЕМЕОлгица Милошевић¹, Тина Аничић²**ABORTION – ETHICAL AND LEGAL DILEMMAS**

Olgica Milošević, Tina Aničić

Сажетак

Абортус (побачај) представља насилен прекид трудноће уз жртвовање плода (фетуса). Ако је абортус добровољан, тј. обављен уз пристанак или на захтев трудне жене, право жене да располаже својим телом, право њеног брачног (ванбрачног) друга и право да планирају породицу долази у сукоб са правом заметка на живот. Ово се нарочито испољава у оним срединама у којима је јак утицај цркве, која сматра да је живот створен већ зачећем и да уништавање плода представља убиство. Аутори дају приказ различитих решења представљајући стање у законодавству и религији европских земаља користећи компаративни метод. Даље, настоји се да се пружи одговор на питања: Да ли је „јаче“ право жене да располаже својим телом или право фетуса на живот? Да ли жене има више права када одлучи да не буде мајка фетусу који носи у својој утроби или мушкарац у својој жељи да постане отац? На крају, аутори износе ставове Европског суда за људска права који се тичу одговора на постављена питања, приказујући како се његов став временом мењао и ублажавао, дајући свакој држави чланци „широко поље слободне процене“ да одлучи где се налази равнотежа између индивидуалних права и националних интереса, као и у решавању сукоба који се јављају као последица различитих моралних гледишта који су за њу прихватљиви.

Кључне речи: абортус, прекид трудноће, право на живот, право на приватност.

Summary

Abortion (*misbirth*) is a forceable termination of pregnancy including the sacrifice of the fetus. If abortion is voluntary i.e. done with the consent or at the request of the pregnant woman, a woman's right to dispose of his body, the right of her husband/partner and right to family planning comes into conflict with the right to life of the embryo. This is particularly evident in the communities where there is a strong influence of the church, which believes that life is created at conception and that the destruction of the fetus represents a murder. The authors give an overview of different solutions by representing the legal and religious aspect in European countries using comparative method. Furthermore, it seeks to provide an answer to the question: Is a woman's right to manage her body „stronger“ than the right of the fetus to live? Does a woman have more rights when she decides not to become a mother to a fetus that she carries in her womb than a man in his wish to become a father? At the end, the authors present the views of the European Court of Human Rights that concern the answers to these questions, showing how its attitude changed and attenuated over time by giving each member state a „wide margin of appreciation“ to decide where is the balance between individual rights and national interests and to resolve conflicts that arise as a consequence of the different moral viewpoints that are acceptable for that state.

Keywords: abortion, termination of pregnancy, the right to life, the right to privacy.

¹ Олгица Милошевић МА, мастер правник европског права, Универзитет Привредна академија у Новом Саду, Факултет за примењени менаџмент, економију и финансије – МЕФ, Немањина бр. 4, Београд.

² Тина Аничић МА, мастер политиколог међународних студија, Министарство здравља Републике Србије, Немањина бр. 22–26, Београд.

МОРАЛНЕ ДИЛЕМЕ

Европска конвенција за заштиту људских права и основних слобода у члану 2. став 1. гарантује право на живот.³ Да ли се ова одредба односи и на заштиту нерођеног детета? Да ли женино право да располаже сопственим телом представља и негативни вид остваривања права на живот? У већини законодавстава живот нерођеног детета ужива правну заштиту, али не искључује могућност абортуса. Другим речима, право на живот фетуса нема апсолутну заштиту, у оној мери у којој би се његово уважавање сукобљавало са поштовањем репродуктивних права жене, права на приватност,⁴ и права на неузнемирање („right to be let alone“).⁵ Прва судска одлука у којој је Врховни суд САД „препознао“ да право на приватност, гарантовано Четрнаестим амандманом Устава САД, представља извор права на прекид трудноће је *Roe против Wade*.⁶ Само језгро репродуктивних права и слобода чини „право на избор“, тј. слобода људског бића да одлучи да ли ће, када и колико имати деце.

Репродуктивна права и слободе су у вези са најинтимнијом сфером живота појединаца и спадају у ред тзв. друге генерације људских права, за чије је остваривање држава дужна да обезбеди одговарајуће услове предузимањем низа ра-

зноврсних мера и активности. У већини савремених демократских држава право на слободно одлучивање о репродукцији има ранг уставног права.⁷ Само језгро репродуктивних права и слобода чини „право на избор“, тј. слобода људског бића да одлучи да ли ће, када и колико имати деце. Сагласно томе, могу се разликовати право на рађање и право на нерађање. Право на рађање укључује: право на лечење неплодности, право на зачеће природним путем, право на зачеће артифицијелним путем (хомологном и хетерологном инсеминацијом), право на рађање детета и др., а обухвата и низ социјалних права.⁸ Право на нерађање обухвата низ права чијим се остваривањем привремено или трајно спречава нежељено зачеће (право на контрацепцију, право на иреверзибилну и реверзибилну стерилизацију) или се спречава рођење нежељеног детета (право на прекид трудноће), право на информисање о методама контрацепције и др.⁹

С обзиром на то да је право на абортус по својим обележјима лично, диспозитивно, неотуђиво и неимовинско право, које припада искључиво трудној жени, оно може бити у сукобу са правом потенцијалног оца.¹⁰ По правилу, жена самостално одлучује о прекиду трудноће и у случају када се тој одлуци противи њен партнер, односно потенцијални отац. За разлику од многих, као и ставова Европског суда

³ Право на живот сваке особе заштићено је законом. Нико не може бити намерно лишен живота, сем приликом извршења пресуде суда којом је осуђен за злочин за који је ова казна предвиђена законом.

⁴ Ово право је заштићено чл. 8. Европске конвенције о заштити људских права и основних слобода – Право на поштовање приватног и породичног живота: „Свако има право на поштовање свог приватног и породичног живота, дома и преписке. Јавне власти неће се мешати у вршење овог права сем ако то није у складу са законом и неопходно у демократском друштву у интересу националне безбедности, јавне безбедности или економске добробити земље, ради спречавања нереда или криминала, заштите здравља или морала, или ради заштите права и слобода других.“ „Right to be let alone“ је „кованица“ судија Voren i Brandeis којом су описали право на приватност у чланку: Samuel Warren, Louis Brandeis, The Right to Privacy, Harvard Law Review, Vol. 4, No. 5, 1890, pp. 193-220.

⁵ Живојиновић Драгица, Право нерођеног детета на живот у међународном праву, Правни живот, год. 56, књ. 510, бр. 10, 2007, стр. 378.

⁶ Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973). Овом одлуком је легализован прекид трудноће у САД.

⁷ Чл. 63. Устава РС (Сл. гласник РС, бр. 83/2006 и 98/2006) гарантује Слободу одлучивања о рађању:
„Свако има право да слободно одлучи о рађању деце“ и „Република Србија подстиче родитеље да се одлуче на рађање деце и помаже им у томе.“

⁸ Као што су права на заштиту репродуктивног здравља, труднице на адекватну медицинску заштиту, на породиљско одсуство, на одсуство ради неге детета, на дечији додатак, на издржавање итд.

⁹ Невена Петрушћић, Јуриспруденција Европског суда за људска права у заштити репродуктивних права, Правни живот, Год. 56, књ. 510, бр. 10, 2007, стр. 320.

¹⁰ Владимир Водинелић, Модерни оквири права на живот – Покушај инвентара основних проблема и решења, Правни живот, Год. 44, књ. 418, бр. 9/1995, стр. 13.

за људска права, аутори сматрају да су у потпуности занемарена права мушкарца, јер је фетус у утроби жене последица заједничког „пројекта“ жене и мушкарца, а о његовој судбини само она арбитрерно одлучује.¹¹ Схватањем нерођеног детета као дела мајчиног тела, фетус је заштићен као и сама мајка од трећих, али не и од мајке, као што од њене одлуке није заштићен ни очев интерес, чиме год био мотивисан.¹² Европски суд за људска права се више пута изјашњавао у случајевима које су покретали „потенцијални“ очеви, тврдећи да су им повређена права гарантована Европском конвенцијом за заштиту људских права и основних слобода.

Постоје и спорна питања која се односе на права малолетница испод 16 година, као и на лица потпуно лишена пословне способности да изврше прекид трудноће. С обзиром на то да је право на абортус индивидуално право, оно припада и лицима која нису пословно способна.¹³ У Србији Закон о поступку прекида трудноће у здравственој установи предвиђа потребу давања сагласности од стране родитеља, односно стараоца.¹⁴ Уколико се ова сагласност од наведених лица не може прибавити због њихове спречености или одсутности, прибавља се сагласност надлежног органа старатељства. У немачкој теорији преовладао је став да за предузимање медицинске интервенције над малолетном особом није битна њена пословна способност, већ душевна и морална зрелост за процену захвата и последица. Само уколико се захват односи на лице које није способно за расуђивање, неопходна је сагла-

сност родитеља, али не као заступника, већ у своје име (као облик реализације родитељских права).¹⁵ У енглеској судској пракси заузет је став да лекари могу предузети медицински третман и без сагласности родитеља, када је дете толико зрело да може да разуме оно што му се предлаже. Када та зрелост не постоји, лекари се морају обратити родитељима за одлуку.¹⁶ Право на прекид трудноће треба признати свим лицима способним за расуђивање, као облик посебне пословне способности. Онај ко не поседује ову способност, не може своје право остваривати ни сам, ни преко заступника.¹⁷

ПИТАЊЕ ДОЗВОЉЕНОСТИ АБОРТУСА КРОЗ ВРЕМЕ

Питање моралности абортуса није ново – предмет је дебате најмање 5.000 година.¹⁸ Расправа о моралним дилемама у вези са индукованим (намерним) абортусом,¹⁹ која се води у оквиру филозофије, теологије, медицине, социологије, законодавства, покушава да одговори на низ питања. Централно питање је да ли је фетус људско биће, односно ако јесте, да ли он постаје људско биће зачећем, имплантацијом, после одређеног броја недеља, стицањем способности преживљавања или рођењем?²⁰ Одговор на ово питање се мењао кроз људску историју, а јединствен став није постигнут ни до данас. У раној грчкој и римској цивилизацији фетус је упоређиван са „воћем које је плод на дрвету док не сазри и падне на земљу“.²¹ Стоици су учили, а то је прихватало и римско право, да живот по-

¹¹ Тања Петровић, Актуелна питања везана за право на живот, Правни живот, год. 53, књ. 485, бр. 9/2004, стр. 213.

¹² Владимир Водинелић, оп.сит, стр. 18.

¹³ Тања Петровић, оп. cit, стр. 208.

¹⁴ Чл. 2. Закона о поступку прекида трудноће у здравственим установама, „Сл. гласник РС“, бр. 16/95 и 101/2005 – др. закон (у даљем тексту: Закон о поступку прекида трудноће).

¹⁵ Зоран Поњавић: *Право на прекид трудноће*, Правни живот, Год. 44, књ. 418, бр. 9, 1995, стр. 118.

¹⁶ Ibid, стр 119.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ James C. Mohr: *Abortion in America – The Origins of and Evaluation of National Policy 1800-1900*, Oxford University Press, 1978.

¹⁹ Lat. *abortus provocatus*.

²⁰ Мирјана Рашевић: Абортусно питање кроз време – морална основа и законска решења, Правни живот, год. 58, књ. 530, бр. 10, 2009, стр. 985–996.

²¹ Angus McLaren, *A history of Contraception – From Antiquity to the Present Day*, John Wiley & Sons, Limited, 1990.

чиње првим удисајем. У црквеном праву и у највећем делу правне науке све до XVIII века узимало се, као природно-научна истина, да људски живот почиње када ембрион „оживи”.²² Ово је описао и Аристотел у својој књизи „History of Animals“, где износи уверење да рационалан мушки фетус почиње да поседује живот 40. дана, а женски фетус 20. дана после зачећа. До тада се, како тврди овај грчки филозоф, ембрион може упоређивати са биљком.²³ Тек у XVIII веку преовлађује став да је плод жив већ од зачећа.

Развојем хришћанства, нумеричко времдовање почетка живота у току деветомесечног периода гестације постаје веома важно. Међутим, ни хришћанство не даје јасан одговор. Тако, Свети Гргорије у IV веку пише да душа улази у тело при зачећу. Прихватајући овакав став, Свети Августин у V веку упоређује абортус са убиством. У оквиру Католичке цркве мишљење Светог Томе Аквинског је дugo преовладавало. Наиме, веровало се да се абортус за време раног периода гестације може дозволити, јер фетус добија душу тек када је развијен. Папа Гргорије IX у XIII веку и папа Гргорије XIV у XVI веку дозвољавају абортус у првих 40 дана гестације, верујући да фетус постаје живо биће када жена осети покрете плода. Тек папа Пијус 1869. године ревитализује став дванаест апостола „Не врши абортус!“ пресуђујући да зачећем фетус стиче душу. Супротна су уверења неких других религија. Тако јеврејски теолози сматрају да је фетус део мајке и да се личност постаје тек рођењем. Идентичан став заступа и јапанска шинто религија. У исламу преовладава мишљење да фетус нема душу у првих 120 дана.²⁴

С обзиром на то да је два миленијума важило као научна истина нешто што је потом одбачено као обична заблуда, правника може само да онеспокоји данашња ембриологија, која, у свом нејединству, за почетак живота нуди „лепезу“ у којој фигурира и 40. дан од зачећа, и 14, 12. и 4. дан од зачећа, и час самог зачећа, сваки из другачијег разлога. У погледу почетка живота правници су упућени на медицину, али не и за свој став о томе од када се правно штити живот, јер је у праву, за разлику од медицине, могућ плуралитет почетака људског живота.²⁵

УПОРЕДНО-ПРАВНА АНАЛИЗА ЗАКОНСКИХ РЕШЕЊА

У XX веку је у већини земаља абортус легализован законом, али је покрет против легализације абортуса оживео у многим срединама. Нарочито је јак у Сједињеним Америчким Државама, под утицајем хришћанског фундаментализма, и у неким бившим „социјалистичким земљама“, где противници легализације тврде да су закони којима се дозвољава абортус производ безбожничког социјалистичког режима.²⁶ Данас у свету правна регулатива у вези са абортусом варира међу земљама, од његове потпуне забране, па до дозволе као права трудне жене да одлучује о свом телу. Четвртина светског становништва живи у земљама у којима је абортус потпuno забрањен или дозвољен само када је у питању живот трудне жене.²⁷ У државама које воде пронаталну политику, честа је појава да се главним, а некада и јединим узроком пада наталитета проглашава абортус.²⁸ Уместо трагања за стварним разлозима и узроцима пада наталитета, по-

²² Владимир Водинелић, *op.cit*, стр. 13.

²³ David Granfield, *The Abortion Decision*, Doubleday and Company, New York, 2000.

²⁴ Мирјана Рашевић, *op.cit*, стр. 986–987.

²⁵ Владимир Водинелић, *op. cit*, стр. 13.

²⁶ Тања Петровић, *op. cit*, стр. 208.

²⁷ Већина муслманских земаља Азије, 2/3 земаља Латинске Америке, 1/2 земаља Африке и три земље Европе (Ирска, Малта и Польска) заступају рестриктивну политику према прекиду трудноће. Види у: Мирјана Рашевић, *op. cit*, стр. 992.

²⁸ Невена Петрушин, *op. cit*, стр. 321.

сеже се за најједноставнијим решењем – забрањује се или драстично редукује могућност извршења абортуса. Тиме се главним кривцем проглашавају „себичне жене које више нису окренуте материнству и одржање угодног живота у браку, већ су постале највећи потрошачи, чије се потребе повећавају и које све мање желе да имају децу”.²⁹

Закони о абортусу веома су различити у земљама ЕУ, почев од Ирске и Малте у којима је намерни прекид трудноће законом забрањен, па све до Холандије, Велике Британије и Шведске, које имају најтолерантније прописе. Франсоа Лоран, председница Француског покрета за планирање породице, истиче да је упркос легализацији абортуса, његова „примена веома различита“, а разлика се огледа у односу лекара и верских институција према намерном прекиду трудноће, као и у цени абортуса. Ирска и Малта имају најригорозније законе о абортусу, јер је намерни прекид трудноће забрањен чак и у случају силовања, а дозвољен само у случају угрожености живота жене. После неуспеха првог референдума 2008. године у Ирској, који се односио на ратификацију Лисабонског споразума, овој земљи су дате гаранције у вези са њеним захтевом да самостално одлучује о неколицини круцијалних питања, међу којима се нашао и постојећи национални закон о забрани абортуса.³⁰ Тако је Лисабонски споразум „добио нову шансу“, јер је подржан на другом референдуму одржаном у Ирској 2009. године.³¹ Европски суд за људска права је у више наврата одлучивао у случајевима који су се тицали абортуса, где је одговорна држава била Ирска.³²

У Пољској, Шпанији и на Кипру абортус може једино да се изврши у случају силовања и озбиљних здравствених разлога, односно ако је у опасности живот мајке или плода. Иако је у Шпанији абортус са одређеним изузетима званично забрањен, обавља се у приватним клиникама, док је суседна Португалија 2007. године укинула забрану абортуса како би смањила број од чак 23.000 илегалних абортуса годишње.³³ Са друге стране, у Пољској је утицај Католичке цркве толико јак да лекари у илегалним болницама ни за велики новац не желе да изврше абортус, што доводи до тога да жене често путују у Украјину, а оне богатије и у Немачку, како би абортирале. Након низа контроверзних одлука у Пољској, предложено је да тамошњи ђаци уче у школи да је намерни прекид трудноће убиство. У Италији, и поред великог утицаја Римокатоличке цркве, нема веће иницијативе да се закон из 1978. године којим је легализован абортус укине, иако су организовани протести и демонстрације на којима је учествовало више хиљада људи против легалног прекида трудноће у прва три месеца гестације.

У већини чланица ЕУ абортус је законски дозвољен до 12. недеље,³⁴ док га је у Шведској могуће обавити до 18. недеље трудноће. Шведска има најлибералнији закон о абортусу, јер је прекид трудноће безусловно дозвољен до 12. недеље. Разговор са специјалистима неопходан је до 18. недеље, док је абортус могуће извршити и у 22. недељи, али уз посебну сагласност лекара специјалисте. Малолетницама није потребна писана сагласност родитеља, а трошкове абортуса плаћа социјално оси-

²⁹ Ibid.

³⁰ Ирска победа даје нову шансу Лисабонском споразуму, доступно на: http://www.cev.eu.com/read_more.php?newsid=233, посечено 3.11.2014. Остало питања о којима је Ирска инсистирала да настави да самостално одлучује су се тицала њене војне неутралности, фискалне политике, правима запослених, питањима везаним за образовање и бригу о породици.

³¹ Грађани Ирске са 67,13% изјаснили су се за ратификацију споразума. На референдум је изашло 58% грађана.

³² То су *Open Door And Dublin Well Women*, 14234/88; 14235/88, пресуда од 29. октобра 1992. године, Д. Против Ирске, 26399/02, одлука од 28. јуна 2006. године, А, Б, и Ц, 25579/05, пресуда од 16. децембра 2010. године.

³³ Гордана Башевић: *Забрана абортуса не повећава напатитет*, Центар за европске вредности, 2008, http://www.cev.eu.com/read_more.php?newsid=172, посечено 3.11.2014.

³⁴ У Немачкој, Аустрији, Белгији, Бугарској, Данској, Естонији, Француској, Грчкој, Мађарској, Летонији, Литванији, Чешкој, Румунији, Словачкој, Словенији и Шведској.

гурање. У Холандији је прекид трудноће дозвољен и до 22. недеље трудноће у неким случајевима, због чега многе жене одлазе у ту земљу, када у земљи у којој живе истекне законски рок за прекид трудноће. У Великој Британији дозвољен је прекид трудноће чак и до 24. недеље, уколико је угрожено здравље мајке или фетуса, али у том случају је потребна сагласност два лекара.³⁵

Србија, такође, има прилично либералан закон,³⁶ у коме се разликују слободан и дозвољен прекид трудноће.³⁷ Абортус је слободан до навршене десете недеље трудноће³⁸, сем ако се утврди да би се њиме теже нарушило здравље или угрозио живот жене, о чему одлучује надлежни орган коме је жена поднела захтев за прекид трудноће.³⁹ После навршене десете недеље трудноће, абортус је само изузетно дозвољен – ради спасавања живота жене или отклањања тешког нарушавања њеног здравља (терапеутски прекид трудноће), из еугеничних разлога везаних за здравље фетуса, као и у ситуацијама када је трудноћа настала као последица извршења одређених кривичних дела (силовање, обљуба над немоћним или малолетним лицем, обљуба злоупотребом положаја, завођење и родоскрнављење).⁴⁰

Иако су у пракси најчешћи разлози за прекид трудноће социјалне природе, они овим законом нису предвиђени без обзира на старост трудноће.⁴¹ Постојање услова за извршење прекида трудноће старе између 10. и 20. недеље утврђује конзилијум ле-

кара, а после 20. недеље – етички одбор здравствене установе.⁴²

ИЛЕГАЛНИ АБОРТУСИ И ЊИХОВЕ ПОСЛЕДИЦЕ

Најснажнији аргументи за легализацију прекида трудноће, поред права жене да слободно располаже својим телом, били су висок морталитет и морбидитет који су „пратили” илегалне абортусе.⁴³ Законска забрана абортуса никада није утицала на његово илегално извођење. Битан фактор је и жеља да се сиромашним женама омогући прекидање нежељене трудноће у безбедним условима. Илустративни пример за наведене тврђње је искуство Румуније 1966. године, када је уведена забрана увоза свих контрацептивних средстава и дозвољен абортус само у екстремним случајевима.⁴⁴ Истовремено, уведене су и казне за све особе које обављају илегални прекид трудноће, као и за све жене које се одлуче за абортус, а била је предвиђена и медицинска истрага сваког спонтаног побачаја. Као резултат нових законских решења, стопа наталитета нагло је порасла на 27,4 промила већ у следећој години. Међутим, она је убрзо почела да пада и у 1983. години износила је свега 14,3 промила. Истовремено, дошло је до пораста оболевања и смртности мајки, а процењује се да је преко 80% регистрованих материнских смртности било последица илегалних прекида трудноће, односно обављања абортуса у нестерилним условима и од стране нестручних лица. Став

³⁵ Гордана Башевић, *loc. cit.*

³⁶ Закон о поступку прекида трудноће.

³⁷ Слободан прекид трудноће постоји када је довољан само захтев трудне жене да би се извршио абортус (није потребно да наводи своје разлоге и мотиве за своју одлуку), док је за дозвољени прекид трудноће, поред захтева жене, неопходно да одговарајући тим стручњака, пошто утврди постојање законом предвиђених индикација, својом одлуком дозволи његово извршење.

³⁸ Рачуна се од дана зачећа, а не од дана кад је лекар констатовао трудноћу.

³⁹ Члан 7. Закона о поступку прекида трудноће.

⁴⁰ Неопходно је да постојање кривичног дела буде утврђено правноснажном одлуком кривичног суда. С обзиром на дужину кривичног поступка, чекањем његовог окончања одлука о прекиду трудноће постаје сасвим беспредметна. Зато се у пракси прибегава тзв. „околним“ решењем – жене које су жртве кривичног дела приморане су да наводе друге разлоге за прекид трудноће, најчешће позивајући се на трауматско стање настало услед извршења кривичног дела. Види више у: Слободанка Константиновић-Вилић, Невена Петрушић: Репродуктивна права и слободе – Право на нерађање, Женски истраживачки центар за едукацију и комуникацију, Ниш, 1999, стр. 24.

⁴¹ *Ibid*, стр. 20–27.

⁴² Члан 7. Закона о поступку прекида трудноће.

⁴³ Мирјана Рашевић, *op. cit.* стр. 993.

⁴⁴ Ако је мајка старија од 45 година, има најмање четворо деце или јој трудноћа угрожава живот.

тистички гледано, током 23 године спровођења популационе политike путем репрективног закона о контрацепцији и илегалних абортуса, у просеку је 341 жена годишње умирала од последица илегалних абортуса. Процене су да је око милион Румунки постало стерилно, као последица најважнијег прекида трудноће обављеног у неодговарајућим условима.

Жене које би донеле одлуку да прекину трудноћу увек су налазиле начина да то и остваре.⁴⁵ Оне које живе у земљама где је абортус забрањен, често су налазиле начин да прекину нежељену трудноћу путовањем у суседне државе у којима је дозвољен абортус. Према подацима Министарства здравља Велике Британије, у току 2009. године обављено је 5.545 прекида трудноће у овој земљи над трудницама које су имале пребивалиште у Ирској. Сматра се да је број жене које путују у иностранство да би прекинуле трудноћу знатно већи, јер је много жене давало лажне податке који се тичу пребивалишта, а неке су путовале у Белгију или Холандију да би абортирале. Такође, трошкови овог пута нису занемарљиви – путовање труднице, њеног партнера, пријатеља или члана породице који путују са њом, трошкови преноћишта, самог поступка прекида трудноће у зависности од стадијума трудноће, износе између 350 и 1.350£. Неке жене морају да плате и трошкове чувања деце која остају код куће за време њиховог путовања.⁴⁶

СУДСКА ПРАКСА ЕВРОПСКОГ СУДА ЗА ЉУДСКА ПРАВА У ПРЕДМЕТИМА КОЈИ СЕ ТИЧУ ПРЕКИДА ТРУДНОЋЕ

Пред Европским судом за људска права изнето је више случајева који су се односили на прекид трудноће. Подносиоци представке су тврдили да (не)дозвољеност абортуса повређује право на живот фетуса,⁴⁷ право на приватност жене која нема могућност да прекине трудноћу или «потенцијалног» оца да постане отац.⁴⁸

У случају *Bruggemann and Scheuten v. Germany*⁴⁹ подносиоци представке су сматрале да је проглашењем абортуса за кривично дело повређено њихово право на приватност. У случају *X. против Уједињеног Краљевства*⁵⁰ подносилац представке је тврдио да Закон о абортусу из 1967. године крши Конвенцију, јер дозвољава прекид трудноће и ускраћује фетусу законска права, а негира и потенцијалном оцу: право да се противи предложеном абортусу; право да поднесе захтев за издавање привремених мера забране или одлагања предложеног абортуса; право да буде консултован о предложеном абортусу; право да буде информисан о предложеном абортусу; право да тражи да трудницу прегледа други лекар кога он изабере или суд одреди, а не лекар који је издао уверење; да испита независност лекара који је издао уверење о абортусу. И случај *X. против Норвешке*⁵¹ се тицава права потенцијалног оца који је поднео захтев Градском суду у Ослу за издавање привремене мере којом би спре-

⁴⁵ Понекад су им на располагању била веома опасна и смртоносна решења, од употребе игала за плетење или вешалица за одећу, до узимања јаких лекова и хемикалија.

⁴⁶ *Abortion Support Network response to ABC case ruling*, доступно на <http://europeanprochoicenetwork.wordpress.com/2010/12/23/abortion-support-network-response-to-abc-case-ruling/>, посебено 3.11.2014. године.

⁴⁷ Члан 2. Европске конвенције за заштиту људских права и основних слобода

⁴⁸ Члан 8. Конвенције

⁴⁹ *Bruggemann and Scheuten v. Germany*, 6959/75, одлука од 19. маја 1976.

⁵⁰ *X. v. The United Kingdom*, 8416/79, одлука од 13. маја 1980. У литератури се може пронаћи и под називом *Paton v. The United Kingdom*. Супруга подносиоца представке је решила да абортира у 8. недељи трудноће и то је саопштила свом супругу. Г-дин Патон је покушао да издејствује од Вишег суда правде привремену меру (забрану прекида трудноће), али је суд одбацио његов захтев сматрајући да фетус нема никаква права пре рођења, као и да потенцијални отац нема законско право да спречи мајку да прекине трудноћу и да буде консултован или информисан о абортусу.

⁵¹ *H. v. Norway*, 17004/90, одлука од 19. маја 1992.

чио жену да прекине трудноћу. Захтев је одбачен и његова супруга је прекинула трудноћу, поштујући прописани поступак у случајевима када је старост трудноће већа од 12 недеља.⁵² Случај *Boso против Италије*⁵³ тицашо се „потенцијалног“ оца који је тврдио да је позитивно законодавство Италије којим се регулише добровољни прекид трудноће у супротности са чл. 2. Конвенције, јер дозвољава абортус – лишење фетуса живота. Такође је навео и супротност са чл. 8. Конвенције, јер трудница има право да сама одлучи о прекиду трудноће, без обзира на противљење потенцијалног оца.⁵⁴

У случају *Bo против Француске*⁵⁵ први пут је тражено да се нерођеном фетусу пружи статус особе. Г-ђа Bo и њен партнер су поднели кривичну пријаву за нехатно изазвану телесну повреду која је узроковала потпуну неспособност за рад подноситељке представке у трајању до три месеца, као и за нехатно убиство њеног детета.⁵⁶

У случају *Open Door And Dublin Well Woman против Ирске*,⁵⁷ Европски суд за људска права утврђивао је да ли се ограничењем права чл. 10. Конвенције (право

на слободу изражавања) остварује легитимни циљ „заштите права других“. Подносиоцима представке⁵⁸ судским налогом је било забрањено да трудницама пружају информације о клиникама које врше абортус изван јурисдикције Ирске.

Први случај пред Европским судом за људска права који се односи на ускраћивање абортуса трудници у Ирској упркос потврђеним аномалијама фетуса је *D. против Ирске*.⁵⁹ D. је била принуђена да прекине трудноћу у Великој Британији, јер је ирским законодавством забрањен прекид трудноће.⁶⁰ И један од последњих случајева пред Европским судом који се односи на путовање трудница у иностранство да би извршиле абортус је случај *A, B и C против Ирске*.⁶¹

Ту су и два случаја против Польске чији је предмет био забрана абортуса, тачније недоступност легалног прекида трудноће из терапеутских разлога. Први случај, *Tysiak против Польске*⁶² односи се на ускраћивање абортуса трудници чије је здравље било озбиљно угрожено трудноћом и порођајем. У случају *P.R. против Польске*⁶³ трудници

⁵² Жена је морала да изнесе своје разлоге за абортус (који су били социјалне природе) комисији која се састојала од два лекара. X. није био позван да учествује у поступку пред комисијом. Захтев је одобрен истог дана, а прекид трудноће је извршен када је фетус био стар 14 недеља и 1 дан лековима за изазивање порођаја, чиме се приликом порођаја фетус „гуши“.

⁵³ *Boso v. Italy*, 50490/99, одлука од 5. септембра 2002. Г-дин Boso је поднео прекрајну тужбу против своје супруге која је упркос његовом противљењу прекинула трудноћу и тражио накнаду штете за повреду његових права као потенцијалног оца и за право на живот нерођеног детета.

⁵⁴ *Ibid*, p. 3.

⁵⁵ *Bo v. France*, 53924/00, пресуда од 8. јула 2004. Подноситељка представке г-ђа Bo (Thi-Nho) је у шестом месецу трудноће дошла на испитивање у болници истог дана када и друга г-ђа Bo (Thi Thanh Van) ради уклањања контрацептивне спирале. У болници је дошло до замене идентитета. Непажњом доктора који није прво прегледао пациенткињу и уочио да је у другом стању, мислећи да треба да уклони контрацептивну спиралу, грешком је пробушио водењак, што је изазвало отицање велике количине амнионске течности. С обзиром на то да није дошло до стварања нове амнионске течности, трудноћа је морала бити прекинута.

⁵⁶ Утврђено је да је фетус женског пола, стар између 20. и 21. недеље, дугачак 28 цм, тежак 375 грама, као и да није дисао по рођењу.

⁵⁷ *Open Door And Dublin Well Woman v. Ireland*, 14234/88; 14235/88, пресуда од 29. октобра 1992.

⁵⁸ Подносиоци представке су Open Door Counselling Ltd и Dublin Well Woman Centre Ltd, непрофитне организације које се баве широким спектром услуга саветовања по питањима брака, планирања породице, рађања и здравља у Даблину и другим деловима Ирске; Bonnie Maher и Ann Downes – саветнице у Dublin Well Woman, г-ђе X и Maeve Geraghty, које су се придружиле представцима као жене у репродуктивном добу.

⁵⁹ *D. v. Ireland*, 26499/02, одлука од 28. јуна 2006. године. Суд је одбацио ову представку због неискрпљивања свих домаћих правних лекова.

⁶⁰ Абортус је у Ирској забрањен законом из 1861. године, којим се прописује казна доживотног затвора за “незаконит побачај”, иако је референдумом из 1982. додат уставни амандман да је право на живот мајке једнако истом праву детета. Након више судских предмета, Ирски врховни суд је 1992. године донео одлуку да је абортус законит уколико је живот мајке у опасности, али и поред тога, Ирска је упорно одбила да направи нацрт закона којим би се проширила права на абортус жена чије трудноће представљају смртоносну претњу њиховом личном здрављу, па чак и у оним случајевима где се прети самоубиством. Такође, члан 40.3.3. ирског Устава штити живот нерођеног детета: „Држава признаје право на живот нерођеног детета и поштујући једнако право на живот мајке, гарантује да ће својим законима поштовати и колико год је могуће, бранити и осигурати то право.“ Види: Maeve McKeown, *Ireland's Abortion Problem: The background*, доступно на: http://www.newleftproject.org/index.php/site/article_comments/irelands_abortion_problem_the_background, посебено 3.11.2014.

⁶¹ *A, B and C v. Ireland*, 25579/05, пресуда од 16. децембра 2010.

⁶² *Tysiak v. Poland*, 5410/03, пресуда од 20. марта 2007. године.

⁶³ *R.R. v. Poland*, 27617/04, пресуда од 26. маја 2011.

је ускраћено право на благовремен легалан прекид трудноће због аномалија фетуса. Подноситељка представке је желела да прекине трудноћу у случају да се потврди сумња да фетус има бројне недостатке. Препоручено јој је да се подвргне одређеним генетским тестовима којим би се утврдило стање фетуса. Р.Р. се обраћала различитим здравственим установама да би урадила поменуте тестове.⁶⁴ Изгубивши драгоценом време “шетајући се” из једне у другу установу, резултати генетских тестова су потврдили да фетус болује од Турнеровог синдрома⁶⁵, али прекасно. У болници су одбили да изврше абортус, јер је фетус већ био стар 24 недеље и могао је да преживи ван мајчиног тела. Р.Р. је родила девојчицу са Турнеровим синдромом. Европски суд за људска права је у случају *P. и C. против Польске*⁶⁶ одлучивао у прекиду трудноће малолетнице у држави која води врло рестриктивну политику према прекиду трудноће. Предмет се односио на (не)доступност дозвољеног прекида трудноће у практици.

ЗАКЉУЧАК

Према законодавним решењима, као и постојећој судској пракси јасно је да државе различито приступају дефинисању људског бића, полазећи од својих правних, медицинских, филозофских, етичких или верских ставова на националном нивоу. Такве разлике у становиштима су се одразиле на различито разматрање момента почетка живота, правну културу и национални стандард заштите и оставиле државама одре-

ђени степен дискреције. Не само да је тешко тражити правну хармонизацију националних законодавстава на нивоу заједнице, већ би било, због недостатка сагласности, и неприкладно наметати један ексклузивни морални кодекс. Из свега наведеног произилази да питање почетка живота потпада под поље слободне процене које, по мишљењу Суда, државе уживају у овој сferи, у складу са еволутивним тумачењем Конвенције, јер је она “живи инструмент који се мора тумачити у светлу данашњих услова”.⁶⁷ Анализом ставова Европског суда изнетих у одлукама које се односе на прекид трудноће, може се закључити да је Суд одбио да пружи јасан одговор на постављено питање о томе да ли фетус ужива статус особе, а самим тим и заштиту коју пружа чл. 2. Конвенције, већ се „елегантно сакрио“ иза института широког поља слободне процене,⁶⁸ као и у већини претходних случајева.⁶⁹ Поставља се питање: Какав би став заузeo Европски суд када би дошло до промене законодавства неке државе чланице у смjeru рестриктивније политике према абортусу, као што се то дододило у Польској? Доктрина широког поља процене је идеална и у том случају, јер омогућава Суду да остане веран својој претходно усталеној пракси, а и дозвољава држави да усклађује своје законодавство у складу са еволутивним променама на локалном нивоу.

⁶⁴ У току 8-недељног периода посетила је 16 лекара, 5 пута је рађен ултразвук и 2 пута је хоспитализована.

⁶⁵ Медицински поремећај који погађа 1:2500 девојчица је генетско стање у коме жена нема уобичајени пар X хромозома. Девојице које болују од овог синдрома су обично ниже од просека и неплодне због раног губитка функције јајника.

⁶⁶ *P. and S. v. Poland*, 57375/08, пресуда од 30. децембра 2012. године.

⁶⁷ *Ibid*, § 82.

⁶⁸ Доктрина „поља слободне процене“ је институт који је развио сам Европски суд за људска права, да би помиро потребу поштовања Европске конвенције за заштиту људских права и основних слобода и различите друштвене, економске, политичке, моралне, верске и друге околности, које се неизоставно разликују међу државама чланицама Савета Европе. Овај институт је имао кључну улогу у великом броју случајева пред овим судом, нарочито оних који се могу назвати „контроверзним“.

⁶⁹ Оваквом ставу Европског суда за људска права се не треба чудити, јер ни научна пракса није успела да пружи једногласан одговор на ово питање.

ЛИТЕРАТУРА

1. Warren, Samuel; Brandeis, Louis: The Right to Privacy, *Harvard Law Review*, Vol. 4, No. 5, 1890, pp. 193–220.
2. Живојиновић, Драгица: Право нерођеног детета на живот у међународном праву, Правни живот, год. 56, књ. 510, бр. 10, 2007, стр. 378.
3. *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).
4. Петрушић, Невена: Јуриспруденција Европског суда за људска права у заштити репродуктивних права, Правни живот, Год. 56, књ. 510, бр. 10, 2007, стр. 319–338.
5. Водинелић, Владимир: Модерни оквир права на живот – Покушај инвентара основних проблема и решења, Правни живот, Год. 44, књ. 418, бр. 9, 1995, стр. 3–41.
6. Петровић, Тања: Актуелна питања везана за право на живот, Правни живот, Год. 53, књ. 485, бр. 9, 2004, стр. 201–220.
7. Поњавић, Зоран: Правни оквири за остваривање права на вештачку оплодњу, Становништво, 31–32, бр. 3/4 и 1/2, 1993/94, стр. 73–82.
8. Mohr, James C.: *Abortion in America – The Origins of and Evaluation of National Policy 1800–1900*, Oxford University Press, 1978.
9. Рашевић, Миђана: Абортусно питање кроз време – морална основа и законска решења, Правни живот, Год. 58, књ. 530, бр. 10, 2009, стр. 985–996.

10. McLaren, Angus: *A history of Contraception – From Antiquity to the Present Day*, John Wiley & Sons, Limited, 1990.
11. Granfield, David: *The Abortion Decision*, Doubleday and Company, New York, 2000.
12. Константиновић-Вилић, Слободанка; Петрушић Невена: Репродуктивна права и слободе – Право на нерађање, Женски истраживачки центар за едукацију и комуникацију, Ниш, 1999.
13. *Bruggemann and Scheuten v. Germany*, 6959/75, одлука од 19. маја 1976.
14. *X. v. The United Kingdom*, 8416/79, одлука од 13. маја 1980.
15. *H. v. Norway*, 17004/90, одлука од 19. маја 1992.
16. *Boso v. Italy*, 50490/99, одлука од 5. септембра 2002.
17. *Vo v. France*, 53924/00, пресуда од 8. јула 2004.
18. *Open Door And Dublin Well Woman v. Ireland*, 14234/88; 14235/88, пресуда од 29. октобра 1992.
19. *D. v. Ireland*, 26499/02, одлука од 28. јуна 2006.
20. *A, B and C v. Ireland*, 25579/05, пресуда од 16. децембра 2010.
21. *R.R. v. Poland*, 27617/04, пресуда од 26. маја 2011.
22. *P. and S. v. Poland*, 57375/08, пресуда од 30. децембра 2012.

Контакт: Олгица Милошевић МА, мастер правник европског права, Универзитет Привредна академија у Новом Саду, Факултет за примењени менаџмент, економију и финансије – МЕФ, Немањина бр. 4, Београд, тел: 064/1100-492, e-mail: olgica78@gmail.com

Тина Аничић МА, мастер политиколог међународних студија, Министарство здравља Републике Србије, Немањина бр. 22–26, Београд, тел. 065/4506-126,
e-mail: tinaanicic@yahoo.com

COMBUSTION AS FIRE CONSEQUENCE – GREAT DANGER FOR HUMANS HEALTH

Radoje Jevtić¹

САГОРЕВАЊЕ КАО ПОСЛЕДИЦА ПОЖАРА – ВЕЛИКА ОПАСНОСТ ПО ЗДРАВЉЕ ЉУДИ

Радоје Јевтић

Summary

Fire presents very real and very often occurrence in nowadays human's life. Its influence on human's health and material properties could be devastating. Big number of fires finished with death epilogue. Fire could have great influence on human's health. Combustion with its products is one of them. One of the most common is poisoning by gases, at the first place by carbon monoxide. The speed of destruction effects on human health and its difficult detection present big problem in the projecting of gases and smoke detection devices and its potential position in object. One of good ways for positioning of this detection devices and detection of its reaction time is the fire simulation in proper software. This paper was written to show the influence of smoke and carbon monoxide on endanger of human health and possible protection in the form of detectors.

Key words: *smoke, CO, fire, human's health, simulation.*

Сажетак

Пожар представља врло реалну и веома честу појаву у савременом животу. Последице на здравље људи и материјална добра могу бити разорне. Велики број пожара завршава се смртним исходом. Пожар може бити значајан фактор ризика по здравље људи. Продукти сагоревања су, такође, фактор ризика. Тровања гасовима, пре свега угљен-диоксидом, врло су честа код пожара. Брзина појаве штетних ефеката на људско здравље и тежина њиховог откривања разлог су за пројектовање ефикасних уређаја за детекцију гасова и дима и њихово адекватно распоређивање у објектима. Један од добрих начина за позиционирање ових уређаја и мерење времена њихове реакције је симулација пожара коришћењем одговарајућег софтвера. Овај рад је написан да покаже утицај дима и угљен-моноксида на угроженост здравља људи и могућу заштиту путем детектора.

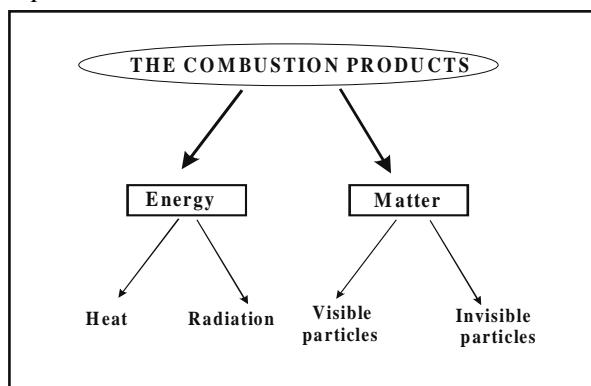
Кључне речи: *дим, CO, пожар, здравље људи, симулација.*

¹Dr Radoje Jevtić, ETŠ „Nikola Tesla“ (School for electrical engineering “Nikola Tesla“), Niš, Srbija.

INTRODUCTION

One of the simplest ways for fire explanation is that it presents uncontrollable combustion process that causes the material disaster and endangers human health and lives. Every fire has its own products of combustion which could be different by its intensity, range and duration time. According to this, the proper fire dimension appropriate for detection could be selected. The phase of the fire development, from the detection and information aspects, could be presented through four phases: the start phase, the smoldering phase, burning phase and heat development phase. The fire speed through noted phases depends of burning material. The duration of time for all of four phases could be from split of seconds (in the case of the explosion) to several days. Regardless on development time, the combustion products that were made in noted phases present the base for fire detection and information. The combustion products, from detection aspects, could be presented as on figure1.

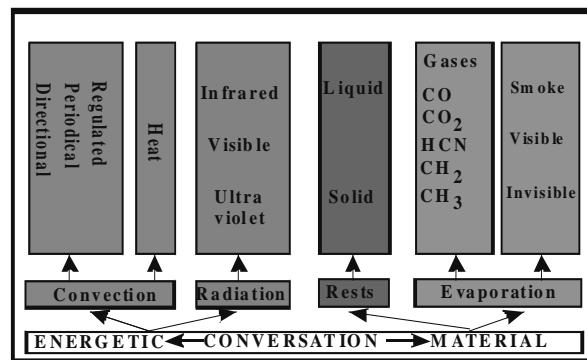
Figure 1. Combustion products from detection aspects.



Fire presents very complex process of uncontrollable combustion which depends of lot different parameters. These are parameters that characterize burning zone, heat effect zone and smoke zone. But, from detection aspect, material and energetic converts are very important because its products present fire dimensions that could be used for success, precise and foremost fire detection.

Material and energetic conversion during the combustion process are presented on figure 2.

Figure 2. Material and energetic conversion during the combustion process.



Although these parameters could be used for successful fire detection, they could be very danger for human health.⁽¹⁾

SMOKE

Smoke presents suspension of solid and liquid particles in gas environment. Smoke presents very often parameter for fire detection because almost every fire follows proper combustion products. The structure and dimension of particle products depends on burning material, burning conditions etc. From the detection aspect, dispersion and absorption occurrences of smoke are very important for the smoke detection. Except smoke and smut, the combustion product, generally, could be divided into three basic groups: poisons (carbon monoxide, cyan hydrogen, sulfur hydrogen...), acids (chlorine hydrogen, sulfur oxide, nitrogen oxide...) and materials that could defect séances (form aldehyde, acroline...).

The construction of the smoke detectors was based on two principles of the smoke detection: radioactive and optical. According to this, there are two groups of the smoke detectors:

- Ionizations smoke detectors and
- Optical smoke detectors.

The smoke particles just after its generating are very small and have size from 0.01 μm

to 0.4 μm . By its movements, particles are connecting each other and become bigger. The smoke that could be seen consists of particles with size of 0.4 μm and bigger. The smoke concentration could be presented in mass (mg/l or mg/m³) or as optical density (%/m). Noted dimensions are interdependent. The most of the famous manufactures note, for ionization detectors sense range, the dimension sense

from 0.01-1 μm to 0.5-10 μm for optical smoke detectors.

The minimal alarm limits for alarm reaction for ionization and optical smoke detectors according to the density percentages, optical density per meter (OD/m) and percentage of obscurity per meter (Obs/m) are presented in table 1. Optical density is defined as $OD = -\log(I/I_0)$.

Table 1. Density percentages, optical density per meter (OD/m) and percentage of obscurity per meter (Obs/m) minimal alarm borders.

Minimal alarm limit	Ionization detector		Optical detector	
	OD/m	Obs	OD/m	Obs
20%	0.007±0.004	1.6%/m	0.031±0.016	7.2%/m
50%	0.021±0.005	4.9 %/m	0.063±0.029	14%/m
80%	0.072±0.027	16.0%/m	0.106±0.039	23.6%/m

The smoke detector manufacturers propose alarm limits based on UL (Underwriters Laboratories) laboratories research, apropos, UL 268 standard, Standard for Safety Smoke detectors for Fire Protective Signaling Systems. In table 2, criteria for acceptable reaction ranges of smoke detectors in order with this laboratory research are presented.

Table 2. Criteria for acceptable reaction range of smoke detectors consistent UL 268, for gray and black smoke.

The colour of smoke	Reaction range	
	%/m	%/ft
Gray	1.6 - 12.5	0.5 - 4.0
Black	1.6 - 29.2	0.5 - 10.0

As a special type of smoke detectors, the aspirating smoke detection system could be used.^(2, 5)

CARBON MONOXIDE

One of the most danger products of fire incomplete combustion is carbon monoxide (CO). This gas presents colorless, odorless,

tasteless and high toxic gas that is less dense than air. It consists of one carbon atom and one oxygen atom, connected by a triple bond that consists of two covalent bonds as well as one dative covalent bond.

Its source was connected for old Greek. In the year of 1800, the gas was identified as a compound containing carbon and oxygen by the Scottish chemist William Cumberland Cruikshank. Its toxic properties on dogs were thoroughly investigated by Claude Bernard around 1846. This is gas which was generated as a consequence of incomplete combustion in industry, car motors and many different processes. The influence of this gas on humans depends of many different factors: gender, age, physical condition, the presence of some other diseases etc. The most common symptoms of carbon monoxide poisoning could be resemble to other types of poisonings and infections, including different symptoms such as headache, nausea, vomiting, dizziness, fatigue, and a feeling of weakness. Neurological signs could include also different symptoms, such as confusion, syncope, disorientation, visual

disturbance and seizures. This highly toxic gas is very difficult for detection. Some of symptoms according to the concentration and time are presented in table 3.⁽⁶⁾

Table 3. Symptoms Associated With a Given Concentration of CO Over Time.

PPM CO	Time	Symptoms
35	8 hours	Maximum exposure allowed by OSHA in the workplace over an eight hour period.
200	2-3 hours	Mild headache, fatigue, nausea and dizziness.
400	1-2 hours	Serious headache-other symptoms intensify. Life threatening after 3 hours.
800	45 minutes	Dizziness, nausea and convulsions. Unconscious within 2 hours. Death within 2-3 hours.
1600	20 minutes	Headache, dizziness and nausea. Death within 1 hour.
3200	5-10 minutes	Headache, dizziness and nausea. Death within 1 hour.
6400	1-2 minutes	Headache, dizziness and nausea. Death within 25-30 minutes.
12800	1-3 minutes	Death

The mechanism of CO poisoning is very complex. Carbon monoxide can have severe effects on the fetus of a pregnant woman. Chronic exposure to low levels of carbon monoxide can lead to depression, confusion, and memory loss. Carbon monoxide mainly causes adverse effects in humans by combining in contact with hemoglobin to form compound (HbCO) in the blood, which is known as carboxyhemoglobin. This prevents hemoglobin from releasing oxygen in tissues, effectively reducing the oxygen-carrying capacity of the blood, leading to hypoxia. Based on realized research in United States, in period from 2004 to 2006, two the most frequent sources of carbon monoxide were house stoves and cars. According to all noted facts, it is very understandable the need and importance for carbon monoxide detectors.⁽⁷⁾

These detectors are generally more recent date. Its basic purpose is to signalize the exceeded concentration of carbon monoxide during some time period.

Depending on technology which was used for sensor realization, there are four types of carbon monoxide detectors:

- Opto-chemical CO detectors,
- Biomimetic CO detectors,
- Metal oxide semiconductor CO detectors and
- Electrochemical CO detectors.

It is very important to note the usage of these detectors. They do not present substitute for smoke detectors and its installation is not recommended for next cases:

- If the protected area presents evacuation route,
- If exist possibilities of machine or devices overheating,
- If exist possibility that area should be exposed to fumes or alcohol steams,
- If exist recommendation for fire flammable liquids detection.

At the other side, CO detectors should be installed as additional protection with smoke detectors for next cases:

- If there exist risk from smolder fire,
- If there exist risk from arising of fire in closed area.

The alarm limit for CO detectors was differently defined in some states standards. For example, the Russian standards demands were that CO detector must react in range from 20 to 80 ppm. The characteristics of some CO detectors manufactures are presented in table 4.

Table 4. Responses and alarm limits for some CO detectors

Working mode	Alarm limit (ppm)	Detection time (s)	Application
1	30	60	Sleeping rooms without CO presence
2	45	30	Additional protection at lobbies
3	45	60	Sleeping rooms with low CO presence
4	60	30	Rooms with piled materials
5	75	30	Additional protection at kitchens and steam rooms

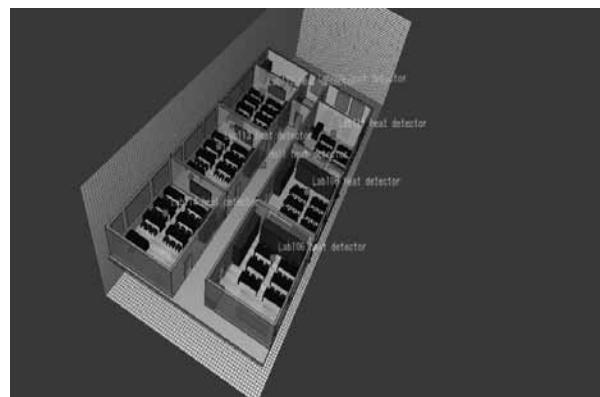
For the right time warning and alarm reaction, it is very important the type, position and number of detectors. Detectors could be used as individual or multipurpose. According to the fire type, the different detectors would have different reaction time. If the most or all of the combustion products (energetic and material) are detected, then the fire will be detected at the earliest possible stage.^(8, 10)

SIMULATION

The simulation implied the usage of heat detectors and smoke detectors in the second floor of the laboratory part of Electro technical school “Nikola Tesla” in Niš. The complete simulation model of this school was constructed and used in some earlier papers. The complete simulation model of school with its complete inventory is presented on figure 3.^(11, 12)

Figure 3. Electro technical school “Nikola Tesla” simulation model in PyroSim software.

The fire source was realized in laboratory 112 as burner of 500 kW. In every laboratory of the second part and hall, the smoke and heat detectors were positioned. The fire simulation duration was 120 seconds. The reaction temperature for heat detectors was 74 ° C, while the response time index was $100 \text{ m}^{1/2}\text{s}^{1/2}$. According to the smoke detectors, the ionization smoke detectors were used, where the alarm limit for reaction was obscuration of 3.28 %/m.

Figure 4. Second floor of the laboratory part of the of Electro technical school “Nikola Tesla” simulation model in PyroSim software with positioned smoke and heat detectors.

Examples of fire at early stage and at heat release phase are presented on figures 5 and 6.

Figure 5. An example of fire at the second floor of the school at the start of fire.

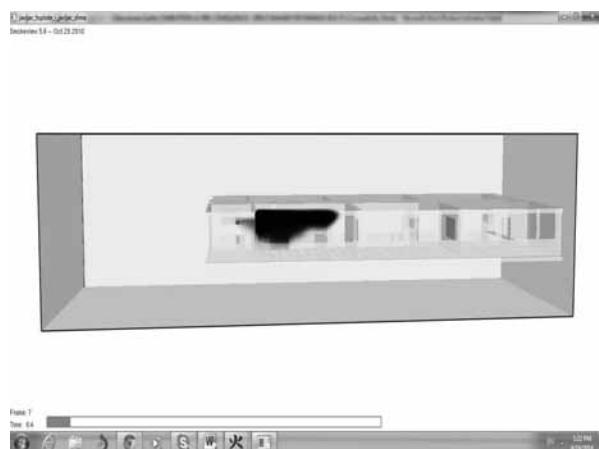
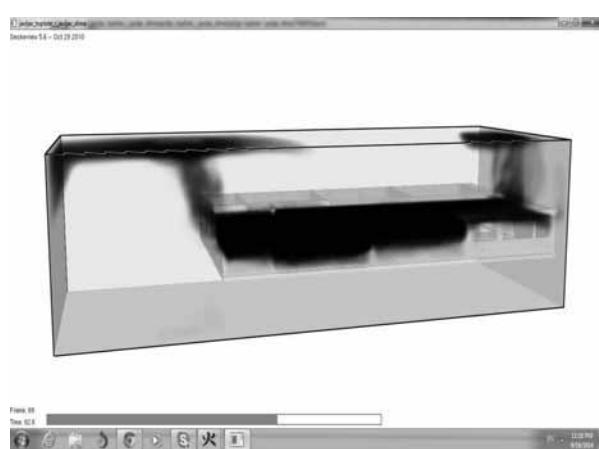


Figure 6. An example of fire at the second floor of the school at the heat release phase of fire.



Results of alarm reaction of sensors are presented in figures from 7 to 10.

Figure 7. Simulation results of heat detector positioned at the hall.

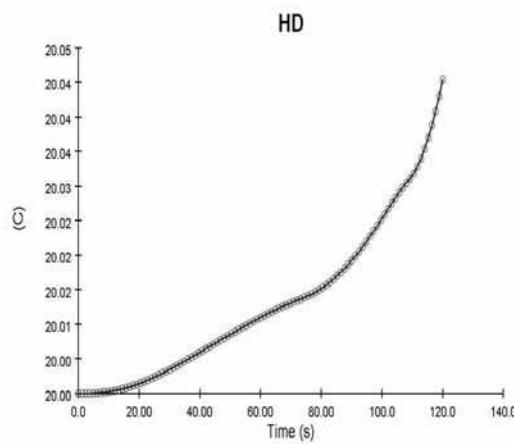


Figure 8. Simulation results of heat detector positioned at the laboratory 112.

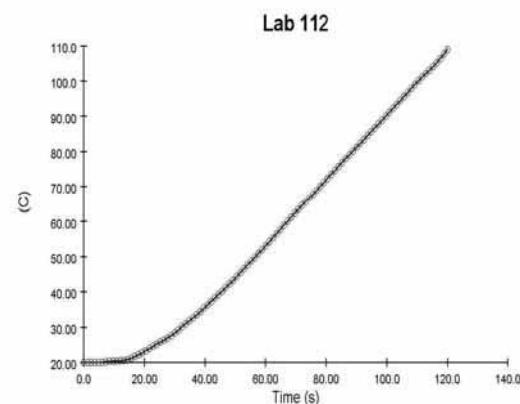


Figure 9. Simulation results of smoke detector positioned at hall.

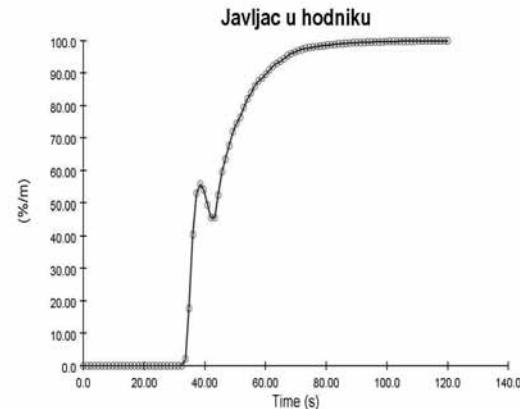
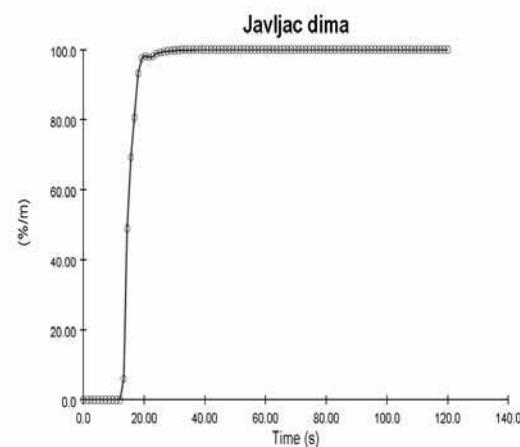


Figure 10. Simulation results of heat detector positioned at laboratory 112.



DISCUSSION AND CONCLUSION

Simulation results showed that right time alarm reaction would be realized for proper time. Simulation results aren't shown for all of marked detectors, but, that was not too important. The presented results showed that, according to the smoke, fire could be detected at early stage even if the fire in space that was separated from the detector. According to the heat, results showed that detectors in the laboratory 112, where the fire source was, and eventually in the laboratory 113 and 101 could detect fire. Detectors at the hall and laboratories 108, 110 and 106, which were positioned opposite to the laboratory 112, could not detect heat increase or smoke increase.

According to the materials that was used in simulation school object construction (plywood, pine tree, concrete, glass, aluminum, oak tree, cardboard and similar), it could be seen that smoke as combustion product consisted lot of different products.

For example, as one of the most frequent products of incomplete combustion, carbon monoxide presents one of the most dangerous fire consequences. The detection of this fire consequence is from crucial importance for human life protection. There were many cases that, in the fire situations, occupants and rescuers were suppressed by this poison gas.

The choice of the detectors type is very important and it depends from many different factors (fire type, room height, ambient conditions, obstruction factors etc). The positions of detectors, their interneccine reach, area covered with detectors, number, in dependence of object structure and other factors, were defined with proper standards. After that, the next very important thing is the activation time of detector. For noted factor, it is important to know the basic technical characteristics and place of positioning of some fire protection components, the properties of fire development in rooms and detector positioning data.

REFERENCES

1. Blagojević, Đ. M.: *Alarm systems*, Faculty of occupational safety, ISBN 978-86-6093-02507, Niš, 2011.
2. Njekrasov, V.B.: *General Chemistry*, Third edition, Naučna knjiga, Beograd, 1965.
3. Bukowski, R. W., Moore W. D.: *Fire Alarm Signaling Systems*, 3rd edition, NFPA, ISBN-13:9780877655411, 2003.
4. Cote E. A., Bugbee P.: *Principles of Fire Protection*, NFPA, ISBN 0-87765-345-3, 1998.
5. UL 268, *Standard for Safety, Smoke Detectors for Fire Protective Signalling Systems*, 1989.
6. http://en.wikipedia.org/wiki/Carbon_monoxide
7. Jevtić, B. R.: *The influence of fire consequences on humans health and its possible elimination*, Zdravstvena zaštita, Vol 3., pp. 53–59, YU ISSN 03050-3208, Beograd, 2014.
8. *System-Connected Carbon Monoxide Detectors*, Applications Guide, System Sensor, 2009.
9. NFPA 720, *Recommended Practice for the Installation of Household Carbon Monoxide (CO) Warning Equipment*, NFPA, 1998.
10. Cholin, J. M.: Gas and Vapor Detection Systems and Monitors, Chapter 8 in *Operation of Fire Protection Systems - A special edition of the fire protection handbook*, NFPA, ISBN 0-87765-584-7, 2003.
11. Jevtić, R. B.: *The importance of fire simulation in fire prediction*, Tehnika

- elektrotehnika, Vol 1., pp. 153–158, ISSN 0040-2176, Beograd, 2014.
12. Jevtić, B. R., Ničković, T. J.: *The determination of fire propagation by simulation*, 58thETRAN CONFERENCE, Vrnjačka Banja, 2014.
13. ISO 7240, *Fire detection and alarm systems – Part 14: Guidelines for drafting codes of practice for design, installation and use of fire detection and fire alarm systems in and around buildings*, 2003.
14. Merton W.B., Roux R.J.: *NFPA Pocket Guide to Fire Alarm and Signaling System Installation*, NFPA, ISBN 13: 9780763775094, 2006.

Contact: Dr Radoje Jevtić, School for electrical engineering “Nikola Tesla“ (ETŠ „Nikola Tesla“), Aleksandra Medvedeva 18, 18000 Niš, Srbija, Phone: +381 63 759 019 3; +381 80 28 162; E-mail: milan.jvtc@gmail.com

Упутство ауторима

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

Описта правила

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

Обим рукописа

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

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

Кратак садржај

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

Табеле

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

Списак литературе

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

CIP-Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

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

Месечно.

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

Dijabetičarima vraćeno 10 dana besplatnog lečenja u Vrnjačkoj Banji

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

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

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

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

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

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

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

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



MERKUR
Specijalna bolnica Merkur. 36210 Vrnjačka Banja, Bul. srpskih ratnika 11
036 611 873, 036 618 860; marketing@vrnjcispa.rs, www.vrnjcispa.rs
VRNJAČKA BANJA