



PORODIČNA MEDICINA

Broj: XV, Godina: 2018

PETNAEST GODINA
POSTOJANJA ASOCIJACIJE LEKARA
OPŠTE/PORODIČNE MEDICINE
JUGOISTOČNE EVROPE

Intervju
prof. dr Igor Švab
RAZVOJ PORODIČNE MEDICINE U
SLOVENIJI

WONCA EVROPE - KRAKOV

PRVI KONGRES
PORODIČNE MEDICINE





Razgovor vodila
doc. dr Verica Petrović

RIJEČ UREDNIKA

Drage kolegice i kolege,

Poslednjih tridesetak godina predstavlja težak period za našu zemlju. Obilježio ga je rat, migracije stanovništva, ali i promjene u kulturnoj, društvenoj i političkoj sferi života. Desila se i reforma zdravstvenog sistema na primarnom nivou gdje je „staru“ opštu medicinu zamijenila porodična. Pokazalo se do sada da se promjene vrlo teško prihvataju, da uvođenje novih modela rada dovodi do povećanja stresa kod zaposlenih, a neophodna je i edukacija korisnika usluga, odnosno neophodno je raditi na zdravstvenoj pismenosti stanovništva. Kada su uzroci stresa vezani za radnu sredinu, on predstavlja najveći faktor rizika za razvoj sindroma sagorijevanja na poslu. Jedna od profesija koja je u najvišem riziku od obolijevanja od sindroma sagorijevanja na poslu je zdravstvena struka. Zdravstveni radnici unose visok emocionalni ulog u rješavanje najsuptilnijih fizičkih, psihičkih i socijalnih problema svojih pacijenata.

O zdravstvenoj pismenosti, dobrom komunikacionim vještinama, sindromu sagorijevanja i o drugim stručnim temama možete čitati u našem časopisu.

Kada se približavaju „Dani porodične medicine“ krenemo da analiziramo naše aktivnosti tokom prethodne godine. Bili smo aktivni u okviru Udruženja, Katedri, u domovima zdravlja, ali i pojedinačno porodični ljekari su imali značajna učešća na mnogobrojnim skupovima, kongresima i konferencijama. Prateći naše aktivnosti duži niz godina može se primijetiti da postoji kontinuitet u radu na svim poljima.

Srdačan pozdrav,
Vaš glavni urednik
Doc. dr Verica Petrović

V. Petrović'

SADRŽAJ

BUDUĆNOST JE POČELA	3
PETNAESET GODINA POSTOJANJA ASOCIJACIJE LEKARA OPŠTE/PORODIČNE MEDICINE JUGOISTOČNE EVROPE	4
RAZVOJ PORODIČNE MEDICINE U SLOVENIJI	6
„SPLITSKA INICIJATIVA“ U BEOGRADU	8
PODUCAVANJE STUDENATA U PORODIČNOJ MEDICINI	9
IZAZOVI PORODIČNE MEDICINE	12
PORODIČNA MEDICINA U RURALNOJ SREDINI	13
PORODIČNA MEDICINA: KVALITET, EFIKASNOST, JEDNAKOST	14
23. WONCA EVROPE – KRAKOV 2018.	15
MAJSKI PULMOLOŠKI DANI 2018	16
PRVI KONGRES NEFROLOGA REPUBLIKE SRPSKE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM	18
KAKO OČUVATI ZDRAVLJE I ODGODITI BOLEST?	19
VODEĆI PUT KA BOLJEM ZDRAVLJU	20
ZDRAVSTVENA PISMENOST	21
SINDROM SAGORIJEVANJA NA POSLU KOD PORODIČNIH LJEKARA	24
SOCIJALNI ASPEKTI ZAVISNOSTI O INTERNETU I VIDEO IGrama	27
PREVENCIJA BOLESTI - NAJLAKŠI PUT DO ZDRAVLJA	28
PROCJENA FUNKCIJE URINARNOG TRAKTA	30
KAKO TRETIRATI UJED KRPELJA?	31
FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK BOLESTI KOD ŽENA U POSTMENOPAUZI	33
PRVI KONGRES PORODIČNE MEDICINE	35

Izdavač: Udruženje doktora porodične medicine RS

Za izdavača: Dr sc. med. Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja doktora porodične medicine RS

Glavni i odgovorni urednik: Doc. dr Verica Petrović, e-mail drverica@hotmail.com

Redakcijski odbor: doc dr Suzana Savić, prim dr Atijas Danijel, dr Goran Birčaković, mr sc med Vesna Kević, mr sc med Nataša Broćeta, mr sc med Nevena Todorović, doc dr Kosana Stanetić, prim dr Nebojša Putnik, dr Ljilja Panić, dr Dragana Grbić, dr Irena Topić, dr Igor Novaković, prim dr Radojka Perić

Štampa: Point, Laktaši

Tiraž: 300 primjeraka

Udruženje doktora porodične medicine RS upisano je u Registar izdavača Republike Srpske pod brojem 491 (broj rješenja: 07.06.053-12/2018-13 od 12.09.2018)



dr sc Draško Kuprešak
predsjednik Udruženja

AUTORSKI TEKST BUDUĆNOST JE VEĆ POČELA

Informatizacija je nužno pratila sve ove procese kao vezivno tkivo svih esencijalnih promjena. Ona je donijela poboljšanu evidenciju i prohodnost zdravstvenih podataka ali i probleme u smislu nestajanja struje...starih računara i slabe brzine interneta...

Slijedili su procesi poboljšanja kvaliteta putem uvođenja akreditacionih i sertifikacionih standarda za porodičnu medicinu kao nadogradnja osnovnim promjenama.

U pogledu legistative i zakonskih rješenja ostalo je dosta otvorenih pitanja kao što su kakav će biti karakter i pozicija budućeg Doma zdravlja, na koji način će biti ustrojeni unutrašnji procesi u njima kao i vlasnička struktura i rukovođenje u njima.

Na žalost direktori zdravstvenih ustanova se i dalje biraju prema aršinima i vrijednosnom sistemu lokalnih politika bez čvršće koordinacije sa Ministarstvom zdravlja. Brojni su loši primjer da su pojedini rukovodioci reformu shvatili na „svoj način“ i doveli do pitanja opstanka pojedinih domova zdravlja. Takve greške se ne bi trebale ponavljati.

Procesi privatizacije su vršeni na netransparentan način bez dubljeg plana i analize. Data privatizacija je imala svoje dobre strane u smislu poboljšanja konkurenčnosti na tržištu ali je zbog takvog pristupa dovela do erozije pojedinih domova zdravlja.

Konkurenčija, ako je zdrava, je dobro došla jer podstiče ulaganje u znanje i opremu ali ipak treba zagovarati sistemski pristup uvođenju PZZ u privatne ruke na jedan racionalniji i način u kome bi se jasno propisala pravila i odgovornosti svih aktera od Lokalnih uprava, Fonda zdravstvenog osiguranja, Komore do samih profesionalnih udruženja i pojedinaca. Na taj način bi pomjerili okvire za poslovanje i učinili sistem efikasnijim.

Kuda dalje ...

Ostaje mnogo otvorenih pitanja i potrebe za brzim odgovorima na njih. Mišljenja smo da je urađeno mnogo ali da status quo predugo traje i da tapkamo u mjestu i gubimo potencijalnu energiju da stvari dovedemo do kraja. Sigurni smo da je put jedan, i to „naš put“ sa svim autentičnostima u smislu demografije, uz uvažavanje teritorijalna organizacije i razuđenosti terena, sociološkog aspekta društva, ekonomskih potencijala te sabirajući iskustva iz regiona (Srbija nije suštinski ni započela reformu, Hrvatska koja je otišla radikalno u drugom pravcu, Makedonija koja previše improvizije ali ni Slovenija nije napravila idealan transfer) mislimo da samo sa nekoliko suštinskih poteza možemo napraviti concept PZZ sa porodičnom medicinom u centru koji je prepoznatljiv i suštinski značajan za širi region.

Porodična medicina je temelj i osnova zdravstvenog sistema, sa svojom karakterologijom predstavlja odgovor na izazove društava u tranziciji, ali i bogatih zajednica. Na žalost u proteklih četrdesetak godina svijet jeste dramatično promjenjen ali su načela deklaracije iz Alme Ate veoma aktuelna i danas i predstavljaju putokaz u kom pravcu treba da ide razvoj primarne zdravstvene zaštite kako bi se obezbjedila jednakost i zdravlje za sve a porodična medicina predstavlja najefikasniji model za dostizanje proklamovanih ciljeva.

PETNAEST GODINA POSTOJANJA ASOCIJACIJE LEKARA OPŠTE/PORODIČNE MEDICINE JUGOISTOČNE EVROPE



Prim. dr Ljubin Sukriev
predsednik Asocijacije ljekara
opšte/porodične medicine
Jugoistočne Evrope

deja za formiranje Asocijacije lekara opšte/porodične medicine Jugoistočne Evrope rodila se na Trećem kongresu lekara opšte medicine tadašnje Jugoslavije u Vrњačkoj Banji, septembra meseca 2002. godine, a ista je realizovana, tj. formirana je Asocijacija 2003. godine na XVI Kongresu lekara Makedonije, juna meseca 2003. godine. Na konstitutivnoj sednici bili su prisutni predstavnici i predsednici udruženja iz Srbije, Crne Gore, Bosne i Hercegovine sa Federacijom Bosne i Hercegovine i Republikom Srpskom, Bugarska, Makedonija i predsednik udruženja Srbije i Crne Gore.

Aktivnosti Asocijacije utemeljeni su na ciljevima koji su bili postavljeni još na početku njenog formiranja, a to su: proučavanje i unapređenje medicinske nauke i misli bazirano na dokazima, edukacija članstva i unapređenje stručnog znanja, proučavanje i promovisanje najvećih standarda obuke, praksa i briga o pacijentima od strane lekara opšte/porodične medicine, definisanje uloge lekara opšte/porodične medicine, promocija etičkih, naučnih, profesionalnih, socijalnih i ekonomskih interesa lekara, determiniranje zajedničkih stavova članica kao osnova za saradnju sa relevantnim evropskim i internacionalnim organizacijama, promovisanje u vodeću medicinsku organizaciju koja će pretstavljati lekare u region, razvijanje interesa za stručno znanje, održavanje kongresa, konferencije kao i simpozijumi, godišnji sastanci i drugi oblici, razvijanje izdavačke dejavnosti sa štampanjem medicinskih pregleda, publikacija, časopisa, saopštenja kao i podrška za realizaciju studija i projekata iz određene oblasti medicine značajne za zemlje Jugoistočne Evrope.

Asocijacija u cilju KME (kontinuirana medicinska edukacija) i KPR (kardiopulmonalne reanimacije) dosada je organizovala četiri kongresa: 2006. godine u Ohridu (Makedonija), 2010. godine u Antaliji (Turska), 2014. godine u Sarajevu (Bosna i Hercegovina) i 2018.

godine u Plovdivu (Bugarska). Pored toga organizovano je i pet konferencija: 2009. godine u Ohridu (Makedonija), 2011. godine u Plovdivu (Bugarska), 2013. godine u Beogradu (Srbija), 2015. godine u Ljubljani (Slovenija), 2017. godine u Budvi (Crna Gora) i 2019. godine priprema se sesta konferencija Asocijacije u Edrenu u Turskoj.

Za ovih petnaeset godina postojanja, na nivou Asocijacije sprovedjene su i tri studije: "Kvalitet života lekara opšte/porodične medicine", "Nasilje nad ženama u porodici", "Nasilje nad lekarima od strane pacijenata" i poslednja "Kažnjavanje lekara opšte/porodične medicine od strane Fonda zdravstvenog osiguranja". Pored toga organizovane su i brojne radionice, predavanja, sastanci kao i okrugli stolovi na kojima su se obrađivale teme značajne i od interesa za opšte/porodične lekare.

U okviru međunarodne saradnje, Asocijacija gradi dobre odnose sa WONCA – om (organizacija porodičnih lekara Evrope i sveta). Moram da potenciram da sve zemlje članice Asocijacije, istovremeno su i članice WONCE. Redovno i aktivno učestvujemo na konferencijama i kongresima u organizaciji WONCA-e preko simpozijuma za određenu temu na nivou Asocijacije.

Članice Asocijacije su: Albanija, Bosna i Hercegovina sa Federacijom Bosne i Hercegovine i Republikom Srpskom, Bugarska, Crna Gora, Hrvatska, Makedonija, Rumunija, Slovenija, Srbija i Turska.

Asocija postoji petnaeset godina i pitanje je kako gledamo na taj period? Da li je dug ili kratak? Ako nacionalna udruženja zemalja članica Asocijacije postoje 50 ili 70 godina, onda period od 15 godina je kratak. No, i pored toga mogu reći da smo zadovoljni dosadnjim radom Asocijacije i svim onim što je ona do sada uradila. No, to ne znači da sada mi trebamo da smanjimo naš rad i naše aktivnosti. Naprotiv, treba da prihvatimo da nam predstoji još puno posla. Asocijacija

postaje prepoznatljiva i u Evropi. Uveren sam da ćemo napraviti još veće aktivnosti u godinama koje dolaze sa ciljem promocije porodične medicine i poboljšanja statusa porodičnog lekara u regionu. Ono što je najbitnije je to da se lekari u regionu zbližavaju saradnja se intenzivirala između zemalja članica Asocijacije, razmenjuju se iskustva i mišljenja, sarađuje se sa katedrama porodične medicine, intenzivira saradnja na polju edukacije, organiziraju se okrugli stolovi za određenu temu od interesa porodičnog lekara u regionu. Prezentovani pristupi i oblici KME u razlicitim zemljama Asocijacije, zapravo promovišu princip "učimo zajedno i učimo jedni od drugih", tim prije što postoje brojne oblasti i puno pitanja o kojima trebamo razgovarati unutar zemalja članica Asocijacije. Puno toga zavisi i od aktivnosti države i njenih institucija, čiji je zadatak da sagledaju i shvate značaj porodične medicine i kompetencije specijalista porodične medicine.

Bez obzira na države odakle dolazimo, mi kao Asocijacija imamo svoje ciljeve, na kojima svi zajedno radiamo. Zadovoljstvo je da se radi i sarađuje sa ljudima koji imaju skoro iste probleme u odnosu na organizaciju zdravstvenog sistema, problem sa odlivom lekara ka zemljama Evrope, starošću pacijenata i lekara na primarnom nivou, nedostatak kadrova, porast hroničnih degenerativnih obolenja, problem sa palijativnim

zbrinjavanjem, usaglašavanjem planova i programa za dodiplomske studije na svim medicinskim fakultetima, pripravnici staž i specijalizacija porodične medicine u svim zemljama Asocijacije, a sve u interesu kvalitetnije edukacije i brisanje koliko-toliko postojećih razlika.

Mogu slobodno da kažem da zemlje Jugoistočne Evrope ni najmanje ne zaostaju za kolegama iz razvijenih zemalja Evrope i nepotrebno postoji jedan osećaj inferiornosti spram zapada. Nadam se da će se to vremenom promeniti, tim prije što kao region imamo sposobne, vredne i sa znanjem ljekare koji bez problema prate evropske protokole lečenja. Naš zajednički hendikep je siromaštvo naših zemalja koje ne mogu izdvajati više BDP za zdravstvo, pa samim tim ni za porodičnu medicinu. Tu se mora nešto menjati. Ako kažemo da porodični lekar zbrinjava oko 80 posetiova pacijenata i ako se razvijanje porodične medicine pokazalo kao najekonomičnije rešenje, onda nijedna država ne treba da razmišlja o nečemu drugom osim o implementaciji i razvijanju porodične medicine, ali ne deklaratивno.

Pred nama je puno izazova i puno rada. Ipak, verujem da svi zajedno možemo rešiti, ako ne sve, barem deo tih problema imajući uvek na umu rešavanje statusa i digniteta porodičnog lekara.



Intervju prof. dr Igor Švab RAZVOJ PORODIČNE MEDICINE U SLOVENIJI



Razgovor vodila
doc. dr Verica Petrović

Porodična medicina: Prof. Švab, možete li nam ukratko reći kako je tekla reforma zdravstvenog sistema na primarnom nivou zdravstvene zaštite u Sloveniji? Kako je prihvaćena porodična medicina? Koji model ste imali kao uzor?

I. Švab: Zapravo nismo imali neke radikalne reforme poslije 1994. godine. Od tada smo razvijali sistem u kojem sudjeluju liječnici u domovima zdravlja i koncesionari. Ova podjela se pokazala kao relativno dobra. U biti smo razvijali stari sistem i upotrebljavali iskustva iz inostranstva. Puno smo radili na kvalitetu rada porodične medicine. U posljednje vreme smo na primarnom nivou dodali dodatan kadar: sestre sa visokom stručnom spremom, koje na sebe preuzimaju veliki dio preventivne i zbrinjavanja bolesnika.

Porodična medicina je prihvaćena kao struka, koja je u svim vidicima jednaka drugim strukama. To je rezultat velikog napretka na akademskom dijelu ove struke: imamo svoje profesore, doktore nauka, docente i asistente. Objavljujemo naučne radove u uglednim časopisima.

Porodična medicina: Koje su to prednosti porodične medicine u odnosu na raniju organizaciju kao opšte medicine?

I. Švab: U organizacionom delu nije došlo do velikih promjena. Porodična medicina je u biti stara opšta medicina, samo na većoj stručnoj razini.

Porodična medicina: Kakav je status domova zdravlja u Sloveniji? Koje zdravstvene djelatnosti te ustanove sada obuhvataju?

I. Švab: Domovi zdravlja su osnova Sistema primarne zdravstvene zaštite i to se sigurno neće mijenjati. I nova vlada je to stavila u svoj program. Mislim da je to veoma dobro. Naravno, druga stvar je funkcija doma zdravlja. Tu treba još puno raditi. Previše je birokratije.

Porodična medicina: Kako se finansiraju domovi zdravlja u Sloveniji? Da li su to državne ustanove ili ima i privatnih?

I. Švab: Domovi zdravlja na području obiteljske medicine se finansiraju iz fonda po posebnom ugovoru, koji uključuje glavarinu, plaćanje po uslugama, preventive i neke dodatne stvari. Ovaj ugovor je isti za dom zdravlja kao i za liječnike obiteljske medicine, koji su koncesionari. Pravih privatnika nemamo. Svi su u javnom sistemu.

Porodična medicina: Da li smatrate da je privatizacija dobro rješenje? Koji model organizovanja sma-

trate da bi bio dobar za zemlje u tranziciji?

I. Švab: Privatizacija je moguća, ali treba biti dio javnog Sistema zdravstvene zaštite.

Porodična medicina: Kako ocjenjujete transformacije primarne zdravstvene zaštite i uvođenje porodične medicine u zemljama bivše Jugoslavije? Imate li neke preporuke i sugestije vezano za razvoj porodične medicine?

I. Švab: Sistem bivše Jugoslavije se u različitim zemljama kasnije jako različito transformirao tako da je ostalo malo zajedničkog. U svim sistemima se trude uvoditi porodičnu medicinu, jer svi zanju, da je porodična medicina osnov svakog dobrog Sistema zdravstvene zaštite. Kada razgovaram sa kolegama, onda imam samo jedan savjet: radite na kvalitetu struke i ustrajte. Napredak se mjeri u godinama, nekad deset-jećima. Ministri i vlade dolaze i odlaze, struka i pacijenti ostaju.

Porodična medicina: Duži niz godina ste bili predsjednik WONCA-e (dva mandata – 6 godina) tako da poznajete dobro stanje u porodičnoj/opštoj medicini širom svijeta. Možete li nam reći kakvo je stanje u porodičnoj medicini u Evropi?

I. Švab: Tu su jako velike razlike. U nekim zemljama porodična medicina ima jako veliki ugled i zaista vodi sistem zdravstvene zaštite. U drugim je još uvijek u relativno lošem položaju. Ali svi vidimo, da porodična medicina napreduje. U tom smislu je Europa ispred ostalog sveta. Razlog je i u tome, jer je u Europi sistem vrednosti takav, da promoviše solidarnost između ljudi i socijalnu državu, a to je politička osnova dobre porodične medicine. Porodična medicina nije biznis.

Porodična medicina: Da li smatrate da WONCA treba da bude više involvirana u pružanje podrške nacionalnim udruženjima u razvoju porodične medicine?

I. Švab: Pitanje je šta smatrate podrškom. Wonca nije bogata organizacija i u biti je organizacija koja koordinira oko 50 udruženja u Europi. Podrška se sada sastoji od toga da se odlazi u određene zemlje, sastaje se predstvincima politike, struke i slično.

Porodična medicina: Trenutno obavljate funkciju dekana Medicinskog fakulteta u Ljubljani i šef ste Katedre za porodičnu medicinu. Možete li objasniti kakav je koncept specijalizacije porodične medicine u Sloveniji? Koliko traje specijalizacija? Kako je organizovana praktična i teoretska nastava tokom specijalizacije?

I. Švab: Specijalizacija je obavezna, traje četiri godine, od toga polovinu u porodičnoj medicini. U tom dijelu specijalizanti odlaze na kratke kurseve i rade pod kontrolom mentora. Na kraju je specijalistički ispit, koji je zahtjevan, ali nije selektivan. To je u osnovi veoma dobar model, kojeg uvjek popravljamo i dopunjujemo. Ali najbitnije je da je specijalizacija obavezna i da se to prihvati kao standard, ne samo od nas nego i od populacije. Za njih je normalno da je obiteljski liječnik specijatista i ne žele nižu razinu znanja.

Porodična medicina: Da li su doktori opšte prakse zainteresovani za specijalizaciju iz porodične medicine? Kakvo je interesovanje u odnosu na druge specijalizacije?

I. Švab: Baš smo sada dobili rezultate ankete između naših studenata. Porodična medicina je četvrta na rang listi želja studenata u šestoj godini, što je jako dobro. Ali nažalost odluka za taj posao ne sledi tom trendu. Tako da imamo problema da dobijemo dovoljno specijalizanata. To je naporan rad.

Porodična medicina: Da li Slovenija ima dovoljno specijalista porodične medicine? Koji je to broj specijalista?

I. Švab: Nemamo dovoljno specijalista. Postoje različite procjene. Imamo oko 800 specijalista porodične medicine. Lekara koji nisu specijalisti skoro nema, ili su specijalisti ili specijalizanti.

Porodična medicina: Kako se planiraju specijalizacije iz porodične medicine?

I. Švab: Formalno program specijalizacije prihvata ljekarsko društvo, a odobrava komora. Ali u stvari program razradimo na sastancima katedri i onda pošaljemo u taj postupak.

Porodična medicina: Jedan tim porodične medicine registruje koliko građana?

I. Švab: Oko 2000. To je previse, trebali bi 1500.

Porodična medicina: Kako se finansiraju specijalizacije iz porodične medicine?

I. Švab: Sve troškove specijalizacije snosi država. Fond refundira troškove poslodavcu specijalizanta. Specijalizant nema niokavih troškova.

Porodična medicina: Da li postoji saradnja između Katedre za porodičnu medicinu i Udruženja porodičnih doktora u Sloveniji? Ako postoji koji su to vidovi saradnje?

I. Švab: Saradnja je veoma jaka. U biti sve stvari radimo zajedno. Obe katedre imaju jako dobru saradnju sa kolegima u praksi i na tome se puno radi. Još uvijek nam uspijeva da smo složni, što nije uvijek lako. Postoji koordinacija organizacija porodične medicine, gde uskladjujemo stavove akademskih organizacija, sindikata i stručnih organizacija.

Porodična medicina: Zagovornik ste saradnje katedri porodične medicine iz zemalja bivše Jugoslavije. Pokretač ste "Splitske inicijative". Možete li reći nešto više o tome?

I. Švab: Sve je počelo sa inicijativom kolegice Ivančice Pavličević i tadašnjeg dekana MF Split, prof. Matku Marušića. Ideja je bila veoma jednostavna: trebamo izmjeniti iskustva o tome, kako radimo na području edukacije. Tako se organizovao prvi sastanak. Od tada su sastanci svake godine. Ali bitnije od sastanka je rad između njih. Tu nam je uspjelo sa nekoliko publikacija u međunarodnim časopisima. Veliki uspjeh je bio i udžbenik Porodična medicina, koji imamo na slovenskom, hrvatskom i engleskom jeziku.

VII MEĐUFAKULTETSKI SASTANAK „SPLITSKA INICIJATIVA“ U BEOGRADU



doc. dr Verica Petrović



Doc. dr Suzana Savić

Sedmi međufakultetski sastanak katedri porodične/obiteljske/družinske i opšte medicine "Splitska inicijativa" održan je na Medicinskom fakultetu u Beogradu 11. maja 2018. godine. Tema sastanka je bila: „Povezivanje akademске aktivnosti sa radom lekara u praksi“. Nakon pozdravne riječi domaćina, dekana prof. dr Nebojše Lalića i organizatora sastanka, šefa katedre opšte medicine prof. dr Dimitre Kalimanovske-Oštrić uslijedio je dug radni sastanak. Na sastanku su učestvovali, pored domaćina iz Beograda, predstavnici katedri iz Banje Luke, Sarajeva, Splita, Zagreba, Maribora, Ljubljane, Skoplja i Podgorice. Razmjenili smo iskustva o tome kako usklađujemo redovan rad sa pacijentima sa našim akademskim aktivnostima. Posebno interesovanje izazvao je primjer kolega iz Sarajeva o uključivanju studenata medicinskog fakulteta

u redovan rad sa dijabetesnim pacijentima u ambulanti porodične medicine. Dakle, unapređena je edukacija studenata kroz rad na prevenciji komplikacija dijabetes melitusa u sklopu praktične nastave iz predmeta porodična medicina. Razvijen je novi način podučavanja studenata putem izvršenja zadataka iz menadžmenta hroničnih oboljenja na stvarnim bolesnicima i u stvarnim uslovima rada, ali i publikovanja rezultata tih aktivnosti. Prijedlog prof. Švaba je bio da bi se slične aktivosti, po metodologiji koju je osmislio doc. Jahić, mogле sprovesti tokom naredne godine i na drugim katedrama, a rezultati bi se mogli objediniti i publikovati.

Sledeći međufakultetski sastanak, osmi po redu, održaće se na Medicinskom fakultetu u Splitu.



PORODIČNA MEDICINA

PODUČAVANJE STUDENATA U PORODIČNOJ MEDICINI

Odluka o reformi primarne zdravstvene zaštite po modelu porodične medicine donesena je u Republici Srpskoj (Bosni i Hercegovini) 1996. godine, kroz projekat Canadian International Development Agency - CIDA. Implementacija modela porodične medicine provođena je uz asistenciju Queen's univerziteta iz Kanade i uključivala je edukaciju kadra na dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi, kao i formiranje Katedri porodične medicine na medicinskom fakultetu u Banjoj Luci, Sarajevu, Tuzli i Mostaru. Tokom 1998. godine uslijedila je i izmjena nastavnih planova i programa na navedenim fakultetima, te je uveden novi predmet "porodična medicina". Na medicinskom fakultetu u Foči predmet porodična medicina je uveden, nešto kasnije, 2004. godine. Tokom dvije decenije od uvođenja predmeta porodična medicina na medicinskom fakultetu u Banjoj Luci, dešavale su se promjene u nastavnom planu i programu i načinu ocjenjivanja studenata. Tokom 1998. i 1999. teoretsku nastavu od 20 časova, na predmetu porodična medicina na medicinskom fakultetu u Banjoj Luci, održavali su nastavnici iz Kanade, dok se praktična nastava nije izvodila. Predmet je bio fakultativan, a studenati nisu bili ocjenjivani. Katedra porodične medicine na medicinskom fakultetu, Univerziteta u Banjoj Luci osnovana je u martu 2001. godine. Prvi šef Katedre porodične medicine bio je prof. dr Geoffrey Hodgetts sa Queen's Univerziteta iz Kingstona u Kanadi, dok su pet lokalnih asistenata: dr Rajna Tepić, dr Kosana Stanetić, dr Verica Petrović, dr Zora Kremenović i dr Žana Skopljak bili njeni prvi članovi. Osnivanje Katedri porodične medicine na medicinskim fakultetima, u Bosni i Hercegovini, pratilo je i osnivanje nastavnih centara porodične medicine (Family Medicine Teaching Centers - FMTC). Školske 2001/2002. godine predmet porodična medicina postaje obavezni predmet na Medicinskom fakultetu u Banjoj Luci. Nastava se tada sastojala

od 20 časova teorije i 100 časova praktične nastave. Ispit se sastojao od testa sa Multiple Choice Questions - MCQ. Od 2003. godine prof. dr Gordana Tešanović je prvi domaći nastavnik i šef Katedre porodične medicine na Medicinskom fakultetu u Banjoj Luci. Školske 2004/2005. godine kanadski treneri prestaju sa održavajem nastave, te lokalni nastavni kadar (dr Kosana Stanetić, dr Verica Petrović, dr Suzana Savić, dr Nevena Todorović, dr Nataša Pilipović –Broćeta, dr Zora Kremenović, dr Rajna Tepić, dr Mladen Šukalo), na čelu sa prof. dr Gordanom Tešanović preuzima izvođenje nastave, kako na dodiplomskoj, tako i na specijalističkoj nastavi.

Zahvaljujući velikim naporima direktorice JZU Doma zdravlja Banja Luka, a ujedno i šefa Katedre porodične medicine prof. dr Gordane Tešanović, 2008. godine objedinjena su do tada postojeća četiri nastavna centra (FMTC), koja su se nalazila na lokalitetima Vladike Platona, Obilićeva, Vrbanje i Kočićevog Venca, u jedan moderno opremljen Edukativni centar porodične medicine, na lokalitetu Poliklinika. Ovaj centar se sastoji od 19 ljekarskih ordinacija, tri recepcije otvorenog tipa za prijem pacijenata, tri sobe za intervencije, predavaone i vježbaonice za rad na modelima. Ljekarske ordinacije sadržavaju potrebnu opremu i prilagođene su za adekvatan edukativni rad u porodičnoj medicini. Ultrafizička komunikacija među ordinacijama omogućava nastavnicima/mentorima, višim asistentima i asistentima izvođenje svakodnevne edukacije, nadzora/supervizije i kontrole studenata i ljekara na specijalizaciji iz porodične medicine.

Nastava na predmetu porodična medicina je bila organizovana na šestoj godini studija medicine, a predmet je bio dvosemestralan sa značajno većim brojem časova teoretske (60 časova) i praktične nastave (180 časova), u odnosu na period osnivanja predmeta. Na-

dalje, u skladu sa bolonjskom deklaracijom i evropskom reformom visokog obrazovanjem uslijedila je reforma i medicinskih fakulteta u Bosni i Hercegovini. Školske 2007/2008. godine, Odlukom Ministarstva prosvjete i kulture Republike Srpske, započela je prva generacija studenata po bolonjskom procesu studijskog programa medicina. Prva generacija studenata studijskog programa medicina, na predmetu porodična medicina, prema bolonjskom procesu bila je školske 2012/2013. godine sa 360 ECTS (European Credit Transfer System). Od tada se za predmet porodična medicina u XI semestru izvodi

teoretska nastava sa 60 časova i praktična nastava sa 90 časova, dok je u XII semestru organizovan Klinički staž, na kome nastavni kader Katedre porodične medicine izvodi praktičnu nastavu 75 časova, pet sedmica. Uporedno sa izvođenjem nastave prema bolonjskom procesu, izvodi se i nastava za studente prema "starom" nastavnom planu i programu. Prvi univerzitetski udžbenik "Porodična medicina" autora prof. dr Gordane Tešanović i saradnika doc. dr Kosane Stanetić, doc. dr Verice Petrović i doc. dr Suzane Savić objavljen je 2014. godine. Baziran je na medicini zasnovanoj na dokazu, i kao takav predstavlja savremeno i zanimljivo štivo, koje svojim sveobuhvatnim sadržajem doprinosi razvoju teorije i prakse u oblasti porodične medicine.

Teoretska nastavu je koncipirana prema udžbeniku porodične medicine, a organizovana je dva puta sedmično u trajanju od dva školska časa i izvode je nastavnici. Praktičnu nastavu iz predmeta porodična medicina obavlja nastavni kader Katedre porodične medicine u Edukativnom centru porodične medicine. Tokom boravka na praktičnoj nastavi provodi se edukacija studenata o principima i karakteristikama rada u porodičnoj medicini, reformi zdravstvenog sistema u Republici Srbiji, medicini zasnovanoj na dokazu, kliničkim metodama orijentisanim ka pacijentu, provođenju programa prevencije masovnih nezaraznih bolesti u Republici Srbiji, postupcima odvikavanja od pušenja, palijativnoj njezi, kardiovaskularnim, respiratornim, gastrointestinalnim, urinarnim, muskuloskeletalnim, neurološkim, psihijatrijskim i dermatološkim problemima i bolestima, dijabetes melitusu, polifarmaciji, padovima kod starijih, te pedijatrijskim problemima i bolestima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Studenti tokom praktične nastave savladavaju vođenje elektronskog zdravstvenog kartona i medicinske dokumentacije, propisivanje recepata, racionalno upućivanje pacijenta na konsultacije i dodatne dijagnostičke procedure



uz racionalno korištenje resursa u porodičnoj medicini, tumačenje laboratorijskih nalaza, zbrinjavanje hitnih stanja u porodičnoj medicini. Studenti stiču praktična znanja o pravilnom uzimanju anamnističkih podataka od pacijenta, uz poštovanje i primjenu verbalne (BATH) i neverbalne (SOFTEN) komunikacijske tehnike u porodičnoj medicini, fizikalnom pregledu odraslih pacijenata i djece koji uključuju pregled usne šupljine i ždrijelja, respiratornog sistema, auskultaciju srca i pluća, pravilno mjerjenje

krvnog pritiska, pregled abdomena, muskuloskeletalnog sistema, neurološki pregled. Tokom praktične nastave studenti su direktno uključeni pod suprevizijom nastavnika i asistenata u vođenje menadžmenta pacijenata sa povišnim krvnim pritiskom, dijabetes melitusom, doziranju insulinina i upotrebu insulinskih penova, upotrebu i mjerjenje glikemije pomoću glukometra, pregled dijabetesnog stopala Semmes-Weinsteinovim monofilamentom i zvučnom viljuškom, savjetovanju o upotrebni naprava za inhalatorni unos lijekova, upotrebi Peak Flow metra, primjeni anti šok terapije, očitavanju elektrokardiografskog zapisa, pisanju ortopedskih pomagla, vođenju pacijenata na bolovanju i obavljanju sistematskih pregleda učenika.

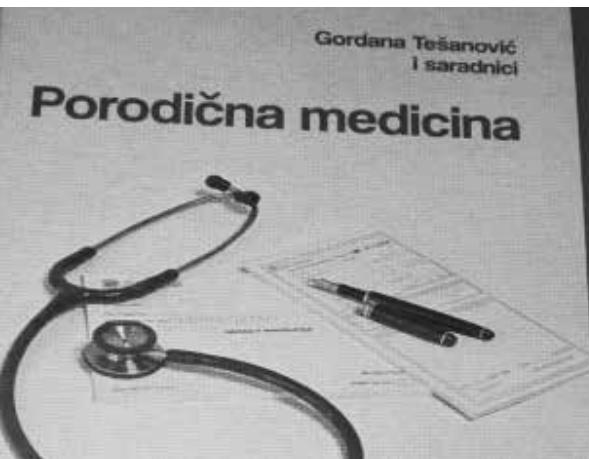
Tokom rada na modelima studenti praktično vježbaju izvođenje bazične kardiopulmonalne reanimacije na modelima simuliranog odraslog ženskog i muškog pacijenta, te modelu djeteta. Na navedenim modelima studenti, takođe, vježbaju precizno mjerjenja krvnog pritiska sa auskutacijom normalnih i patoloških šumova na srcu i plućima, te usvajaju vještine obezbjeđivanja prohodnosti dišnih puteva postavljanjem air way-a i izvođenje pravilne tehnike defleksije glave, primjenu ambu balona, izvođenje traheotomije, palpaciju arterija karotis i brahialis. Na modelima dojke, prostate i uha studenti se podučavaju pravilnom izvođenju fizikalnog pregleda istih, dok se na ginekološkom modelu podučavaju bimanuelnom pregledu, pregledu sa korišćenjem spekuluma i pravilnom uzimanju Papa testa. Model ruke služi da studenti vježbaju primarnu hiruršku obradu rane sa postavljanjem i skidanjem primarnog šava, te davanje parenteralne terapije.

Takođe, nastavnici na Katedri porodične medicine podstiču studente da poboljšaju naučno-istraživački rad, da osnaže i praktikuju istraživanja prema Evidence Based Medicine. Veliki napor koji se ulaže u istraživanja od strane nastavnika/mentora i studenta, pretvaraju se u pisana



diplomskih radova ili radova za objavu u časopisima.

Provjera znanja studenata, tokom obavljanja praktične nastave, se vrši na način da studenti polažu dva



zdravstvene njege u svojstvu stručnih saradnika.

Trenutno na Katedri porodične medicine edukaciju studenata provode četiri nastavnika (prof. dr Gordana Tešanović, prof. dr Kosana Stanetić, doc. dr Verica Petrović, doc. dr Suzana Savić), tri viša asistenta (mr sc. dr Nevena Todorović, mr sc. dr Nataša Pilipović-Broćeta, mr sc. dr Biljana Lakić) i stručni saradnici.

kolokvijuma u sedmoj i petnaestoj sedmici. Navedeni kolokvijumi, pored redovnog pohađanja teoretske i praktične nastave, predstavljaju obavezni dio predispitnih aktivnosti. Završni ispit je organizovan u formi testa sa Multiple Choice Questions, poštujući ispitne rokove akademskog kalendara Univerziteta u Banjoj Luci.

Medicinski fakultet je 2007. godine takođe započeo inicijativu za osnivanje i četvorogodišnjeg studijskog programa zdravstvena njega sa 240 ECTS. Nastavni kadar Katedre porodične medicine takođe održava teoretsku i praktičnu nastavu na studijskom programu zdravstvena njega od školske 2009/2010. godine. Nastava se izvodi za sljedeće predmete: Komunikacija u zdravstvenoj njezi; Njega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, porodici i zajednici; Promocija zdravlja; Njega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i porodici; Vještina komuniciranja; Sestrinstvo I i Sestrinstvo II. Pored nastavnika Katedre porodične medicine koji izvode teoretsku nastavu, praktičnu nastavu izvode diplomirani medicinari



Na kraju, kao nastavnik na Katedri porodične medicine, moram da napišem da je zadovoljstvo raditi sa mladim ljudima-studentima, podučavati ih, nesobično prenositi svoje znanje pretočeno u iskrene vrijednosti humanog rada sa pacijentom, a sve u cilju da postanu vrijedni i humani ljudi, jer samo tako mogu postati dobri ljekari.

PODRUŽNICA ZVORNIK IZAZOVI PORODIČNE MEDICINE



Dr Goran Birčaković

Ne tako davne 2006. godine na području regije Zvornik, u Domu zdravlja Zvornik, počeli su sa radom prvi timovi porodične medicine, postepenom reorganizacijom, prvo nekadašnje službe opšte medicine, a potom i službe medicine rada u timove porodične medicine. Formirani su timovi od po dvije hiljade, kako i sam pojam nalaže, porodično povezanih pacijenata. U tom smislu se blagovremeno izvršila i registracija djece starije od sedam godina u timove porodične medicine, što se smatralo, u to vrijeme, jednim od najvećih izazova prakse porodične medicine.

Srećom i po taj i po ostale izazove sa kojima se porodična medicina suočila i suočava do dana današnjeg, pokazalo se da porodični doktori imaju urođenu sposobnost prilagodbe, pa su tako, prepušteni sami sebi, u udaljenim ambulantama, potpuno pribrano i svjesno ušli u period tranzicije i podnijeli sav teret reformi primarne zdravstvene zaštite, trpeći niz godina neopravdano „šikaniranje“ ne samo pacijenata, nego nažalost i kolega drugih specijalnosti, a nerijetko i cijelokupne javnosti.

Taj univerzalni obrazac sputavanja porodične medicine je tim prije bio zastupljen i pogotovo izražen u manjim sredinama. Dok su porodični doktori u Zvorniku pokušavali da se izbore za svoje „mjesto pod suncem“, u okolnim mjestima regije (Vlasenici, Milićima, Bratuncu, Srebrenici i Šekovićima) se kasnilo sa primjenom modela porodične medicine, čekajući da porodična medicina i u Zvorniku „propadne“.

Problema je bilo i u Domu zdravlja Zvornik, koji je prvi počeo sa radom po modelu porodične medicine, gdje su u to vrijeme u timovima porodične medicine radili uglavnom doktori opšte prakse sa malo radnog iskustva, kojima je porodična medicina služila kao čekaonica za specijalizacije u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Menadžment je uveo porodičnu medicinu, ali nije bilo sistemskog pristupa dugoročnom rješavanju kadrovskog pitanja, odnosno nije se marilo za motivisanjem i upućivanjem mladih ljekara na specijalizaciju iz porodične medicine.

Sticajem okolnosti, 2010. godine, dvoje kolega iz Doma zdravlja Zvornik je završilo specijalizaciju porodične medicine, pri Katedri porodične medicine Medicinskog fakulteta Banja Luka, u Edukacionom centru Dobojski i to su ujedno bili prvi specijalisti ove grane medicine u Zvorniku.

Međutim, te 2010. godine specijalizacija iz porodične medicine i dalje nije bila dovoljno konkurentna i atraktivna među mladim ljekarima. Regija Zvornik je u to vrijeme bila najlošije rangirana po pitanju broja specijalista u porodičnoj medicini. Od 54 tima porodične medicine na regiji u svega 14 timova su radili specijalisti (11 sa edukacijom druge specijalizacije). Sam pojam porodične medicine je gubio smisao prečestim promjenama ljekara opšte prakse u timovima, a nezadovoljstvo pacijenata time nije jenjavalo.

Iste godine formirana je Podružnica Zvornik, Udruženja doktora porodične medicine Republike Srpske, s primarnim ciljevima popularizacije specijalizacije među ljekarima i povеćanja broja specijalista porodične medicine na regiji, kao i približavanja modela porodične medicine stanovništvu. Glavni akteri, dvoje specijalista porodične medicine, uz pomoć kolega specijalista opšte medicine i medicine rada sa dovedučnjom iz porodične medicine su narednih godina „krčili“ put porodičnoj medicini u regiji Zvornik. Radili su na kontinuiranoj promociji porodične medicine među mladim ljekarima, kao i na popularizaciji specijalizacije iz porodične medicine. Popularizaciji porodične medicine doprinijelo je i obilježavanje Svjetskog dana porodične medicine koje se organizuje uz podršku Udruženja doktora porodične medicine RS i menadžmenata zdravstvenih ustanova u regiji. Koristila se i svaka prilika da se promocijom među stanovništvom objasne principi funkcioniranja porodične medicine i time razjasne nejasnoće i otklone povodi za učestale kritike.

U to ime, treba odati priznanje velikom broju kolega koji su strpljivim pristupom doprinijeli prelasku trnovitog puta, od velikih kritika pacijenata upućenih porodičnoj medicini, do pozicioniranja porodičnih doktora gdje im i jeste mjesto, na poziciju centralne figure u zdravstvenom sistemu za svakog pacijenta koji brine o svom zdravlju.

Upornim angažovanjem, polako smo se počeli udaljavati od ustaljenog nastojanja mladih, tek svršenih ljekara da teže nekoj „uzbudljivoj“ specijalizaciji, jer su postali svjesni da porodična medicina jeste dinamičan, sveobuhvatan i neiscrpan poligon znanja, vještina i izazova za sve one koji se ne boje istih.

Zahvaljujući podršci Udruženja, Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS, Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banja Luci, a posebno Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta u Foči, porodična medicina u Regiji Zvornik u 2018. godini broji 26 specijalista, od toga 14 specijalista porodične medicine, dok se na specijalizaciji nalazi trenutno još 3 ljekara. Raduje nas činjenica da broj zainteresovanih ljekara za specijalizaciju iz porodične medicine raste (sada je problem finansiranje), čime se, uz podršku svih relevantnih činilaca, ispunjava osnovni preduslov budućeg ubrzanog popunjavanja timova porodične medicine specijalistima.



Prim. dr Nebojša Putnik



Ambulanta porodične medicine u Piskavici,
JZU Dom zdravlja Banja Luka

PORODIČNA MEDICINA U RURALNOJ SREDINI

to imaju problem sa električnom energijom. Česti su prekidi u dostavljanju električne energije zbog čega se narušava proces rada u timu porodične medicine. U takvim uslovima ne može se koristiti elektronski zdravstveni karton, vršiti sterilizacija ili koristiti EKG aparat. Iskustva pokazuju da i internet nije na nivou kao u urbanoj sredini, te da nerijetko dolazi do čestih prekida, "pucanja" veze kao i slabog signala/mreže samog interneta. Voda takođe zna biti veliki problem u ambulantama porodične medicine u ruralnoj sredini, gdje imamo slučaj da pojedine ambulante još uvek nisu priključene na sistem gradskog vodovoda. Grijanje u ambulantni u zimskom periodu u većini slučajeva predstavlja veliki problem, pogotovo ako je vezano za električnu energiju koja često "nestaje". Postojanje laboratorija u ruralnim sredinama nije u potpunosti riješeno. Na tom problemu se radi i sve više ambulanti imaju svoje laboratoriјe.

Mogao bih dodati još mnogo sitnih problema sa kojim se susreću porodični ljekari u ruralnim sredinama. Jedan od njih je npr. putovanje ljekara na posao. Po mom mišljenju plate porodičnih ljekara u ruralnim ambulantama trebale bi biti više u odnosu na plate porodičnih doktora u urbanim sredinama. U pojedinim zemljama doktori porodične medicine u ruralnim sredinama imaju veće beneficije i veće plate u odnosu na one koji rade u gradskim sredinama.

Kako poboljšati uslove rada za ljekare porodične medicine u ruralnim sredinama? Kako unaprijediti kvalitet njihovog rada? To je tema je za razmišljanje.

WONCA EUROPE 2018. PORODIČNA MEDICINA: KVALITET, EFIKASNOST, JEDNAKOST



Dr sc. med. Biljana Đukić
spec. porodične med

U periodu od 24.05 - 27.05.2018. godine održana je 23. Evropska konferencija udruženja doktora porodične medicine (Wonca Europe). Tema ovogodišnje konferencije je bila „Porodična medicina: kvalitet, efikasnost, jednakost“. Očuvanje univerzalnih vrijednosti: kvaliteta, efikasnosti i jednakosti su izazov za porodične ljekare.

Ceremonija otvaranja Kongresa počela je 24.05. 2018. u 18:30 časova u prelijepom kongresnom centru, ICE Kraków Congress Center. Prisutnim se uvodnim predavanjem obratio prof. Michael Kidd, raniji predsjednik Svjetske organizacije porodičnih doktora (WONCA), profesor i Šef katedre porodične medicine Univerziteta u Torontu, sa predavanjem Family Medicine: Quality, Efficiency and Equity – how well are we doing, and what does this have to do with dragons?

Profesor je naglasio da je fokus ove konferencije na kvalitetu, efikasnosti i jednakosti u porodičnoj medicini.

Domaćini su prisutnim priredili nezaboravan koncert muzičke grupe MoCarta.

Teme uvodnih predavanja prvog kongresnog radnog dana su bile jačanje primarne zdravstvene zaštite u EU, kao i razvoj porodične medicine da bi zadovoljila potrebe 21. vijeka.

Prof. Andrzej Rys je istakao da snažna primarna zdravstvena zaštita može doprinjeti jačanju ukupnog zdravstvenog sistema, između ostalog pružanjem

pristupačne njegе, kao i smanjenja prijema u bolnicu. Zbog demografskih promjena, promjena u morbiditetu i mortalitetu od zaraznih, hroničnih bolesti u zemljama Evropske Unije (EU), potrebno je jačati primarnu zdravstvenu zaštitu, ne samo pojedinačno u svakoj članici, nego na nivou EU.

Cjelodnevni program Kongresa je bio raspoređen u pet sesija. Predavači su izlagali radove vezane za značaj edukacije ljekara porodične medicine, značaj prevencije i promocije zdravlja, kao i pružanje kvalitetne njegе. Interesantna predavanja su bila iz oblasti mentalnog zdravlja i palijativne njegе kod pacijenata oboljelih od karcinoma.

Drugog radnog dana Kongresa prezentovane su teme iz oblasti kardiologije, pulmologije i gastroenterologije.

Naglašen je značaj prevencije, ranog prepoznavanja srčanog oboljenja, kao i uticaj komorbiditeta na ishode liječenja oboljelih. Uzakano je na značaj prepoznavanja depresije kod oboljelih od srčanog oboljenja, te tretman i uloga porodičnog ljekara.

Dr sc. med. Biljana Đukić, specijalista porodične medicine JZU Dom Zdravlja Banjaluka je imala oralnu prezentaciju na temu „The significance of iron deficiency anemia on treatment outcome in heart failure“ (Značaj anemije zbog nedostatka željeza na ishod liječenja kod srčane insuficijencije), koja je prezentovana u sesiji kardiologije.

Završnog dana Kongresa obrađene su teme strategije upravljanja oboljenja i kvaliteta života oboljelih.

Kolege su imale priliku da svoje radove, pored oralnih prezentacija izlože i putem poster prezentacija. Organizovane su i oralne prezentacije postera, gdje su se teme sa poster prezentacija izlagale u vremenu od pet minuta (one slide – 5 minutes).

Pored veoma interesantnih predavanja, tema i razmjene iskustava učesnici kongresa su mogli da uživaju u prelijepom Krakovu.



Prim.dr Danijel Atijas,
delegat WONCA – e za Republiku Srpsku

23. WONCA EVROPE – KRAKOV 2018.

ljekari pokušamo da budemo spona među ljudima, da pokušamo približiti svakog pojedinca našoj definiciji zdravlja – stanju potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja i da uprkos, u mnogo slučajeva, sa nedovoljnim resursima pružimo kvalitetnu i svima dostupnu zdravstvenu zaštitu.

Porodična medicina je osnov svakog normalnog i dobrog zdravstvenog sistema, a dolazak u ovu „staru prijestonici“ Poljske je nagrada za sve naše ljekare koji su se našli među još 2000 ljekara iz cijele Evrope.

U nadi da ćemo i dalje pružati dobru i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu našim građanima, čekamo sljedeću WONCA konferenciju u Bratislavi koja će se održati od 26-29. juna 2019. Naredne WONCA konferencije održavaju u Berlinu 2020. i Amsterdamu 2021.



UČEŠĆE PORODIČNIH LJEKARA NA STRUČNOM SKUPU MAJSKI PULMOLOŠKI DANI 2018



U periodu od 10. do 12. maja 2018. godine, u prekrasnom ambijentu Etno sela „Stanišić“, Bijeljina, u organizaciji Udruženja pulmologa Republike Srpske, održan je stručni skup

„26. Majske pulmoški dani 2018“. Na stručnom skupu je učestvovalo oko 200 ljekaza iz Bosne i Hercegovine i zemalja iz okruženja. Autori su prezentovali usmeno ili kroz poster prezentacije radove iz oblasti pulmologije i različitih grana medicine koje imaju do dir sa pulmologijom. Ovogodišnji „Majske pulmoški dani“ su napredovali te pored pulmologa, učestvovali su kardiolozi, intenzivisti, hirurzi, patolozi, infektoholozi, fizijatri, interisti, ljekari porodične medicine i epidemiolozi.

Stručni skup je obilovao zanimljivim temama iz pulmologije, ali i iz srodnih oblasti, te izazvao veliki interes učesnika. Na ovogodišnjim „Majskim pulmoškim danima“ porodični ljekari su uzeli veoma aktivno



Prof. dr sc. med. Kosana Stanetić
specijalista opšte
i porodične medicine

učešće, te se predstavili sa tri oralne i jednom poster prezentacijom.

Prezentovani su slijedeći radovi:

1. Petrović V, Stanetić K, Marković B, Tešanović S. Mogućnosti otkrivanja pacijenata u riziku za obolijevanje od hronične opstruktivne bolesti pluća (naučni članak). Rad prezentovala mr.sc. dr Sanja Tešanović, specijalista porodične medicine.
2. Stanetić K, Janković S, Stanetić M, Savić S. Procjena edukacije pacijenata o mjerama prevencije malignih bolesti (naučni članak). Rad prezentovala prof. dr Kosana Stanetić, specijalista opšte i porodične medicine.
3. Volaš Tovirac M, Stanetić K, Stanetić M, Janković S. Procjena kvaliteta života pacijenata oboljelih od HOPB-a u C i D stadijumu bolesti u porodičnoj medicini (naučni članak). Rad prezentovala dr Milica Volaš Tovirac, specijalizant porodične medicine.
4. Kević V, Stanetić K, Petrović V, Savić S. Pacijent sa empirijem plućne maramice – prikaz slučaja. Rad prezentovala mr.sc.dr Vesna Kević, specijalista porodične medicine.

Vodeće teme, ovogodišnjeg dvodnevног stručnog skupa, bile su karcinom pluća i hronična opstruktivna bolest pluća. Hronična opstruktivna bolest i karcinom pluća su danas ne samo bolesti respiratornog sistema već i cijelog organizma. Pored prezentovanih naučnih, stručnih i revijalnih radova, u dva odvojena panela, interaktivno, svim učesnicima su prezentovane aktuelne smjernice iz 2018. godine za liječenje ovih bolesti i uputstva za praktičnu primjenu u svakodnevnom radu.

Već nekoliko decenija, karcinom pluća je jedan od najčešćih karcinoma u svijetu, te vodeći uzrok smrti od karcinoma kod ljudi u svijetu. Podaci objavljeni za



SAD-e, odgovaraju i na našem prostoru. Tako je među muškom populacijom najčešće maligno oboljenje po morbiditetu i mortalitetu, oboljenje pluća, dok je među ženskom populacijom na trećem mjestu. Posebno je potrebno istaknuti pojavu učestalijeg oboljevanja kod osoba mlađih od 40 godina. Broj takvih bolesnika nije dramatično veliki, ali potpuno je sigurno da danas maligna oboljenja pluća se ne smiju nikako smatrati samo bolešću starije populacije.

Najznačajnije smjernice za liječenje HOPB-a su smjernice Globalne inicijative za HOPB (GOLD), smjernice Evropskog respiratornog društva (European Respiratory Society - ERS) te smjernice Američkog torakalnog društva (The American Thoracic Society - ATS). Bronchodilatatori su u svim navedenim smjernicama poz-

cionirani kao temeljna farmakološka terapija HOPB-a. U Evropi se u većini zemalja za liječenje stabilne HOPB-a primjenjuju smjernice Globalne inicijative za HOPB (GOLD), što je slučaj i u našoj zemlji.

Ovaj skup, već dugi niz godina, prati i izdavanje stručnog časopisa Udruženja pulmologa/pneumofiziologa Republike Srpske - Respiratio, u kome se objavljuju originalna istraživanja i stručni radovi, te revijalna predavanja iz oblasti pulmologije i srodnih disciplina. Radovi su dostupni i u elektronskoj formi na adresi www.respiratio.info. Riječ je o stručnom časopisu koji je registrovan u međunarodnim bazama, odnosno radovi odobreni od strane recenzentata dobijaju DOI broj. Broj pregleda i citiranje nekih od radova postepeno raste.



PORODIČNI LJEKARI NA KONGRESIMA PRVI KONGRES NEFROLOGA REPUBLIKE SRPSKE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM



Prim. dr Mladen Šukalo

Prvi kongres nefrologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem je održan u Bajci Luci od 13.-15. aprila 2018. godine. Porodični ljekari odnosno članovi Katedre porodične medicine u Banjoj Luci su dali značajan doprinos ovom skupu svojim učešćem i prezentacijom nekoliko stručnih radova kojima su usko povezane praksa porodičnih ljekara i nefrologa.

U svakodnevnom radu pružajući zdravstvenu zaštitu registrovanoj populaciji porodični ljekari sa limitiranim resursima za zdravstvo nastoje da ta zaštita bude što kvalitetnija i u skladu sa najnovijim dijagnostičkim i terapijskim preporukama.

U postizanju tog cilja kako je važna saradnja sa drugim konsultantima kako kroz praktični rad, tako i kroz razmjenu iskustava i saznanja na stručnim skupovima, a posebno prezentacijom stručnih radova.

Prvi kongres nefrologa je bila prava prilika da se potvrdi ta dobra saradnja sa konsultantima, a ovaj put konkretno sa nefrolozima. Na ovaj način porodični ljekari ukazuju koliko je uz konsultanta bitan i porodični ljekar bez obzira na obim i vrstu problema zdravlja kod pacijenata. Posebno se ističe važnost saradnje i zajedničkog pristupa u cilju prevencije nekih stanja i oboljenja, kao i adekvatan tretman prisutnih oboljenja. Na ovom stručnom skupu prezentovani su radovi koji su se odnosili na indikacije kada porodični ljekar treba pacijenta uputiti nefrologu, te sa kojim urađenim pretragama, kao i ulogu porodičnog ljekara u dijagnostici i tretmanu hipertenzije, bubrežne insuficijencije i dijabetesne nefropatije.

Prezentovani radovi su:

- Uloga porodičnog ljekara u dijagnostici i tretmanu dijabetesne nefropatije (Kosana Stanetić, Vesna Kević)



Prim. dr Danijel Atijas,
DZ Dobojski, HISPA BIH

- Bubrežna insuficijencija i hipertenzija (Verica Petrović, Mladen Šukalo)
- Kada pacijenta uputiti nefrologu (Suzana Savić, Biljana Lakić)
- Priprema pacijenta za nefrološki pregled (Nevena Todorović, Nataša Pilipović Broćeta)

Važno je istaći da su navedeni stručni radovi porodičnih ljekara ujedno predstavljali i jednu cijelu sesiju unutar ovog međunarodnog kongresa. Radno predsjedništvo u ovoj sesiji su sačinjavali ugledni nastavnici iz oblasti porodične medicine i to: prof. dr Kosana Stanetić, doc. dr Verica Petrović i doc. dr Suzana Savić.

Bitno je napomenuti da je navedena sesija bila jedna od najposjećenijih u toku cijelog kongresa i da je bilo dosta diskusije na prezentovane radove. Ovom prilikom auditorijumu je data mogućnost da se upozna sa najnovijim stavovima i preporukama iz oblasti nefrologije sa aspekta porodičnih ljekara, a što im svakako može pomoći u praktičnom radu.

Zapažen nastup porodičnih ljekara na ovom važnom međunarodnom skupu je bio još jedna potvrda da su porodični ljekari nezaobilazni u rješavanju kako ovih problema zdravlja registrovane populacije, tako i drugih zdravstvenih problema, a što su već mnogo puta pokazali kako kroz praksu, tako i kroz saradnju sa drugim konsultantima putem stručnih skupova.

Sve navedeno ukazuje da kao što su pacijenti u središtu pažnje porodičnih ljekara u tretmanu raznih stanja, tako su i porodični doktori u središtu pažnje cjelokupnog zdravstvenog sistema zajedno sa konsultantima u jednom sveobuhvatnom pristupu i traženju najboljih rješenja za naše pacijente, a uz kada god je to moguće sa što racionalnijim pristupom u korištenju ionako ograničenih resursa koje imamo na raspolaganju za zdravstvo.

HISPA – UDRUŽENJE ZA PREVENCIJU I LIJEČENJE OBOLJELIH OD HIPERTENZIJE, INFARKTA SRCA I MOŽDANOG UDARA KAKO OČUVATI ZDRAVLJE I ODGODITI BOLEST?



Prof dr Nebojša Tasić, osnivač HISPA; Dr Radoslav Nikolić, predsjednik HISPA BIH; Obren Petrović, gradonačelnik Doboja

Udruženje centara za hipertenziju, prevenciju infarkta i šloga – HISPA želi da kroz koordinisan i integriran rad centara za hipertenziju, prevenciju infarkta i šloga pravovremeno i efikasno identificuje, dijagnostikuje, leči i dugoročno prati bolesnike sa povišenim kardiovaskularnim rizikom. HISPA želi multidiscipliniran i personalizovan pristup u očuvanju zdravlja ljudi. HISPA želi "da očuva zdravlje i spreči (odloži) bolest".

HISPA predstavlja mrežu visoko stručno ospobljenih i savremeno opremljenih specijalizovanih centara za dijagnostiku i lečenje veoma ugroženih i teških kardiovaskularnih bolesnika na teritoriji Republike Srbije i Balkana.

HISPA teži edukovanim i motivisanim zdravstvenim radnicima koji će u svim centrima biti spremni da na adekvatan način odgovore najznačajnijim medicinskim izazovima i da kroz naučni rad doprinesu daljem lečenju kardiovaskularnih bolesti.

HISPA teži da se kroz aktivnu saradnju lekara različitih specijalnosti pacijent najkvalitetnije leči u domicilnoj zdravstvenoj ustanovi.

Ciljevi

- organizovanje i koordinacija rada centara za hipertenziju, prevenciju šloga i infarkta
- organizovanje programa prevencije kardiovaskularnih bolesti kroz koncept lečenja kardiovaskularnog rizika
- organizovanje registra bolesnika sa hipertenzijom i bolesnika sa povišenim kardiovaskularnim rizikom
- organizovanje stručnih predavanja, savetovanja, seminara i kongresa
- organizovanje izrade projekata sa ciljem očuvanja zdravlja stanovništva i adekvatne prevencije kardiovaskularnih bolesti

- organizovanje i učešće u edukaciji medicinskog osoblja u centrima za hipertenziju, prevenciju šloga i infarkta
- organizovanje promotivnih programa prevencije kardiovaskularnih bolesti u sredstvima javnog informisanja
- razvijanje saradnje sa institucijama, organizacijama i pojedincima u zemlji i inostranstvu koji mogu pomoći ostvarivanje ciljeva udruženja

U Domu zdravlja Dobojski Centar za hipertenziju, prevenciju infarkta i šloga – HISPA u martu 2016. Načelnik Centra za hipertenziju Instituta za kardiovaskularne bolesti "Dedinje" Prof. Dr Nebojša Tasić rekao je tada da je dobojski Centar deo međunarodnog HISPA udruženja sa sedištem u Beogradu, koji u četiri zemlje ima 37 centara. Centar obezbeđuje personalizovani multidisciplinarni program lečenja, prema kojem svaki pacijent dobija lični tretman s ciljem da snizi kardiovaskularni rizik koji, osim lekova, uključuje i kvalitetnu dijagnostiku.

Preduslov za uspešno lečenje da pacijent bude motivisan i aktivan u programu. Predsjednik HISPA BIH dr Radoslav Nikolić rekao je da ova zdravstvena ustanova pruža usluge za 12.000 oboljelih od visokog krvnog pritiska, od kojih je nekoliko stotina imalo moždani udar i infarkt miokarda. Očekujemo da će broj smrtnih slučajeva izazvanih moždanim udarom ili infarktom miokarda biti smanjen.

UDRUŽENJE DOKTORA PORODIČNE MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE OBILJEŽILO SVJETSKI DAN ZDRAVLJA U ZVORNIKU „VODEĆI PUT KA BOLJEM ZDRAVLJU“



dr Goran Birčaković



Udruženje doktora porodične medicine Republike Srpske, a podružnica Zvornik kao domaćin su obilježili Svjetski dan doktora porodične med-

icine. Pod sloganom „Vodeći put ka boljem zdravlju“ u Zvorniku su 18. i 19. maja održani sedmi „Dani porodične medicine“ uz učešće više od 200 lje-kara. Osim doktora porodične medicine ovaj skup svojim prisustvom su podržali i ljekari drugih specijalističkih oblasti, ljekari članovi Srpskog lekar-skog društva – Sekcije opšte medicine iz Srbije, kao i ljekari iz Federacije BiH. Program skupa prvog dana je bio ispunjen nizom stručnih predavanja sa odabranim temama iz porodične medicine za sve prisutne ljekare bodovali od Savjeta za kontinuiranu medicinsku edukaciju, a potom je organizovana i prigodna večera koja je protekla u do-brom raspoloženju uz dodjelu zahval-nica ministru zdravljia i socijalne zaštite dr Draganu Bogdaniću, presjedniku Društva doktora Republike Srpske prof. dr Siniši Miljkoviću i gradonačelniku Zvornika Zoranu Stevanoviću.

Akcenat je i ove godine, kao i prethodnih, bio na promovisanju značaja porodične medicine, promovisanju doktora porodične medicine, specijalizaciji iz ove nastavne oblasti, kao i na značaju povećanja broja doktora specijalista porodične medicine u Zvorničkoj regiji, koja i dalje ima najmanju zastupljenost doktora specijalista ove oblasti po broju stanovnika u RS. Program ovog po mnogo čemu uspјelog skupa je okončan drugog dana organizovanim promotivno preventivnim aktivnostima na Zvorničkim ulicama, mjer-enjema krvnog pritiska i prisustva atrijalne fibrilacije, šećera u krvi i holesterola u krvi stanovnicima Zvornika. Ovom aktivnošću obuhvaćeno je 250 građana Zvornika. Pored toga dijeljene su prilagođene brošure sa uputama o zdravim životnim navikama.



Mr sc. med. Nevena Todorović

ZDRAVSTVENA PISMENOST – HEALTH LITERACY

Komunikacija doktor-pacijent

Naša zemlja je u poslednjih trideset godina imala veoma težak period koji su obilježila ratna zbivanja, migracije stanovništva, kao i poslijeratne promjene u političkoj, kulturnoj, društvenoj sferi života i reforme u zdravstvenom sistemu. I pored toga uspjeli smo održati korak sa najnovijim dostignućima u medicini, kako u terapijskom tako i u dijagnostičkom smislu. Međutim kreatori zdravstvenih politika moraju imati na umu i činjenice da su za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite važne komunikacijske vještine zdravstvenih radnika sa jedne strane i adekvatan nivo zdravstvene pismenosnosti stanovništva sa druge strane. Uporedo sa savremenim medicinskim dostignućima i razvojem medicinske tehnologije, zdravstvene informacije i zdravstveni sistemi postali su sve složeniji i teže razumljivi za građane. U svjetu globalnih marketinških i komunikacijskih tehnologija, čak i u udaljenom mjestu naći ćete nekoga ko prepoznaće logotip firmi. Tragična ironija je da ti isti ljudi neće razumjeti neke od najjednostavnijih informacija o vlastitom zdravlju. Istraživanja komunikacijskog aspekta odnosa doktor-pacijent potvrđuju važnost informacija i jezika kojim se služi doktor, jer doktorov neuspjeli pokušaj da pacijentu objasni zdravstveno stanje u kome se našao na jednostavan i razumljiv način predstavlja ozbiljan problem u pružanju zdravstvene zaštite. Efikasna komunikacija između doktora i pacijenata je komunikacija u kojoj su pacijenti dobro informisani o svojoj bolesti, dijagnostičkim, terapijskim, alternativnim postupcima i ishodima liječenja i osnaženi da da donesu odluku i daju svoj pristanak na liječenje. Ključni problem zdravstvene komunikacije je što doktori često nisu svjesni nesrazmjera između svog načina komuniciranja s pacijentima i pacijentove sposobnosti da shvati, upamtiti i djeluje na osnovu dobijenih informacija, te se često od pacijenata očekuje da su pismeni, u dobroj kondiciji, pri punoj svijesti, dobrih mogućnosti zaključivanja i rasudivanja. Kao razlog loše komunikacije pacijenti često navode da ne razumiju i ne zapamte šta im doktori govore o dijagnozi i liječenju, jer je jezik koji doktori koriste nejasan, često koriste profesionalni žargon i u značenju nekih opštih termina doktor i pacijent se ne

razumiju uvijek. Sa druge strane doktori često izbjegavaju jednostavnu komunikaciju ili bježe u profesionalni žargon jer profesionalni jezik štedi vrijeme u profesionalnoj komunikaciji, olakšava međusobno prepoznavanje članova profesije, ima funkciju da javnost drži na distanci, služi za održavanje informacione kontrole i stvaranje distance između doktora i pacijenata. S obzirom na to da doktori govore i „svakodnevni i stručni jezik“, a pacijenti govore samo „svakodnevni jezik“, očekuje se od doktora da zdravstvene informacije za pacijente pažljivo sastavljaju i planiraju komunikaciju vodeći računa kome su informacije namijenjene, u koju svrhu i s kojim ciljevima, te da svoje rječnik prilagode u svakom pacijentu. Nažalost, o tome da komunikacija nije uvijek uspješna, svjedoče primjeri ne-sporazuma koji znatno utiču na zadovoljstvo i pacijenata i doktora, a ponekad i na ishode liječenja.

Definicija zdravstvene pismenosti

Prva upotreba termina „zdravstvena pismenost“ datira iz 1974. godine. Zdravstvena pismenost kao koncept počela je intenzivno da se pojavljuje u akademskoj literaturi početkom devedesetih godina i doživjela je skoro eksponencijalni rast od tada do danas. Postoji više definicija zdravstvene pismenosti. Tako Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) opisuje zdravstvenu pismenost kao „lične, kognitivne i socijalne vještine kojima se određuje motivacija i sposobnost pojedinaca da dođu do informacija, razumiju ih i koriste kako bi unaprijedili i održali dobro zdravlje“. Novija definicija zdravstvene pismenosti, po kojoj ona predstavlja „cjeli niz vještina i kompetencija koje ljudi razvijaju kako bi potražili, razumjeli, ocijenili i koristili zdravstvene informacije i pojmove u svrhu donošenja informisanih odluka, smanjenja zdravstvenih rizika i većeg kvaliteta života“, nudi proširen model i naglasak stavila na različite sposobnosti pojedinaca.

Mjerenje i instrumenti za procjenu zdravstvene pismenosti

Kada je riječ o zdravstvenoj pismenosti, možemo je posmatrati i mjeriti u tri područja:

- funkcionalnu (bazičnu) zdravstvenu pismenost, koja se odnosi na bazične vještine čitanja i pisanja u cilju razumijevanja i praćenja jednostavnih zdravstvenih informacija;
- interaktivnu (komunikativnu) zdravstvenu pismenost, koja podrazumijeva viši nivo pismenosti, kognitivnih i interpersonalnih vještina i povjerenja u profesionalce;
- sustinsku (kritičku) zdravstvenu pismenost, koja predstavlja mogućnost analiziranja i donošenja ispravnih odluka u vezi sa zdravljem.

Funkcionalna pismenost je osnovni, najniži nivo, dok su komunikativna i kritička pismenost viši nivoi zdravstvene pismenosti, koji progresivno omogućuju veću autonomiju pojedinca i ličnu osnaženost u donošenju odluka. Nizak nivo funkcionalne zdravstvene pismenosti predstavlja barijeru za pružanje zdravstvene zaštite. Ocjena zdravstvene pismenosti ili pismenosti uopšte ne može se provesti direktnim postavljanjem pitanja da li je ispitanik nešto razumio, odnosno zna li čitati ili pisati. Stoga je razvijen veliki broj testova koji pomažu u ocjenjivanju funkcionalne zdravstvene pismenosti u postavkama zdravstvene zaštite, kroz procjenu prepoznavanja riječi, testiranja čitanja i razumijevanja pročitanog teksta. Danas postoji više od stotinu testova koji se koriste za procjenu zdravstvene pismenosti. Testovi imaju različitu dostupnost za upotrebu, većina originalnih verzija je na engleskom jeziku, sa izuzetkom nekoliko upitnika koji su dostupni i na španskom jeziku. Postoje testovi koji su validirani i na druge jezike, zavisno od zemlje u kojoj je rađeno istraživanje, a jedan od njih je i Test za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslog stanovništva – TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) i njegov skraćeni oblik STOFHLA koji su validirani na našem govornom području i korišteni u procjeni zdravstvene pismenosti u Srbiji i Republici Srpskoj. U nedostatku vremena za primjenu testova za procjenu zdravstvene pismenosti, kao i zbog mogućnosti stida kod pacijenata, zdravstveni radnici mogu koristiti i neformalne metode procjene, koje uključuju posmatranje ponasanja pacijenata koji ostvaruju zdravstvenu zaštitu.

U ostvarivanju zdravstvene zaštite pored nivoa zdravstvene pismenosti, pažnju istraživača privlači i nivo čitkosti pisanih materijala namijenjenih stanovništvu, među kojima su i medicinski pisani materijali. Istraživanja u svijetu pokazuju da je prosječna težina teksta medicinskih informacija i materijala napisana za stanovništvo sa 11,5 godina školovanja i više, iako je preporučena da prosječna težina teksta ovih materijala bude na nivou sedmogodišnjeg obrazovanja ili niže.

Zdravstvena pismenost i zdravlje

Nivo zdravstvene pismenosti povezan je sa saradnjom pacijenata i zdravstvenih radnika, rezultatima liječenja, kvalitetom i troškovima zdravstvene zaštite (95). Utvrđeno je da niska zdravstvena pismenost dovodi do: teškoća u komunikaciji sa zdravstvenim radnicima, manjeg učešća u donošenju odluka o tretmanu, manjeg izražavanja zdravstvenih problema, nepravilnog uzimanja propisanih lijekova i nepridržavanja doktorskih savjeta, lošije samoprocjene zdravlja, manje upotrebe preventivnih zdravstvenih usluga, češćih odlazaka kod doktora, dužih boravaka u bolnicama, većeg broja komplikacija, povećanja smr-

nosti, lošijeg znanja o mehanizmima bolesti i vještinama samopomoći kod hroničnih stanja i većeg nezadovoljstva pruženom zdravstvenom zaštitom. Zdravstvena pismenost je značajan prediktor zdravstvenog stanja pojedinca u odnosu na starost, obrazovanje, zaposlenost, prihode i pripadnost etničkim grupama. Nivo zdravstvene pismenosti može uticati na nejednakno korištenje zdravstvene zaštite među ljudima istih rasa, nivoa obrazovanja i sociodemografskih karakteristika.

Zdravstvena pismenost i troškovi zdravstvene zaštite

Pored individualnih posljedica, nizak nivo zdravstvene pismenosti ima posljedice i na društvo u cjelini, prvenstveno kroz povećanje troškova zdravstvene zaštite. Nizak nivo zdravstvene pismenosti uslovljava češće korišćenje hitnih sužbi, češće potrebe za bolničkim liječenjem, učestalije korišćenje lijekova, veći broj komplikacija, slabije korišćenje preventivnih usluga, češće odsustvo sa posla i smanjenu radnu produktivnost što doprinosi većim troškovima u okviru zdravstvenog sistema i društva u cjelini. Od potencijalno relevantnih 2340 studija u svijetu koje su se bavile istraživanjem zdravstvene pismenosti, analizom je utvrđeno da se prevalensa neadekvatne zdravstvene pismenost stanovništva kreće u rasponu od 34% do 59%, a dodatno povećanje troškova zbog neadekvatne zdravstvene pismenosti od 3% do 5% odnosu na ukupne troškove zdravstvene zaštite godišnje.

Zdravstvena pismenost na svjetskom i evropskom nivou

Koncept zdravstvene pismenosti se gotovo trideset godina izučava u Americi, a veliki interes za zdravstvenu pismenost su pokazali i naučnici u Kanadi i Australiji. Stoga su ove zemlje među prvima uradile nacionalne akcione planove za poboljšanje zdravstvene pismenosti i osnovale ekspertske komitete u cilju ispitivanja i poboljšanja zdravstvene pismenosti među stanovništvom. Studije o zdravstvenoj pismenosti evropskog stanovništva bile su oskudne sve do objavljinja rezultata projekta provedenog u osam evropskih zemalja „European Health Literacy Project 2009–2012“. Kada je u pitanju Istočna Evropa studije o zdravstvenoj pismenosti stanovništa provedene su u Srbiji, Hrvatskoj i Rumuniji.

Zdravstvena pismenost kao koncept nalazi se u većem broju strateških dokumenata Evropske komisije i Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu u posljednjih desetak godina. I pored nastojanja Evropske komisije i Svjetske zdravstvene organizacije da svijest o zdravstvenoj pismenosti podignu na viši nivo, nedavna istraživanja pokazuju da je unapređenje zdravstvene pismenosti još uvejk u ranoj fazi u Evropi. Na Devetoj globalnoj konferenciji SZO održanoj 2016. godine, koja je posvećena promociji zdravlja, jasno su definisana tri osnovna stuba na kojima se uspješno gradi i provodi promocija zdravlja. Pored uloge vlada zemalja, očuvanja zdravih gradova, akcenat je stavljen na zdravstvenu pismenost kao osnovni stub promocije zdravlja. Zdravstvena pismenost nije samo lični resurs, već visok nivo zdravstvene pismenosti unutar populacije donosi socijalne benefite, kao što su mobilizacija zajednica radi rješavanja društvenih, ekonomskih i determinanti zdravlja koje potiču iz okruženja. Na Konferenciji je jasno definisano da je zdravlje određeno višestrukim faktorima izvan

direktne kontrole zdravstvenog sektora, npr. obrazovanje, prihodi i pojedinačni životni uslovi, te da odluke donesene u drugim sektorima mogu uticati na zdravlje pojedinaca i oblikovati obrasce raspodjele bolesti i smrtnosti.

Zdravstveni dobici, kao i ostvarivanje zdravlja kao temeljnog ljudskog prava i ravnopravnosti zdravlja, zahtijevaju da politike u drugim sektorima rutinski uzimaju u obzir zdravstvene ishode, uključujući prednosti, štete i troškove povezane sa zdravljem.



Promocija zdravlja, Deveta globalna konferencija o promociji zdravlja SZO.

Izvor: SZO, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/en/>

Zdravstvena pismenost u Republici Srpskoj

Kao zemlja članica regionalne kancelarije SZO za Evropu, Republika Srpska i Bosna i Hercegovina se susreću sa terminom zdravstvene pismenosti tek 2011. godine. Unapređenje zdravstvene pismenosti kao značajnog faktora u pružanju zdravstvenih usluga i poboljšanju zdravstvenih ishoda građana do sada nije uvršteno u strateške dokumente i planove naše zemlje.

U Republici Srpskoj procjena zdravstvene pismenosti stanovništva urađena je samo u domovima zdravlja Bi-jeljina i Prijedor. U istraživanju koje je provedeno u ova dva grada nizak nivo zdravstvene pismenosti ima 34,6% ispitanika. Tačne odgovore na pitanja koja se odnose na pripremu za rentgen snimanje imalo je 44,9%, a na pitanja koja se odnose na prava i obaveze iz zdravstvenog osiguranja samo 1,6% ispitanika. U našoj studiji dokazali smo da su socioekonomski i zdravstvene karakteristike stanovništva u značajnoj vezi sa nivoom zdravstvene pismenosti, tako najveću vjerovatnoću da bude neadekvatno zdravstveno pismeno ima osoba starije životne dobi, razvedena, koja živi u ruralnom području, lošeg materijalnog stanja, sa četiri ili više hroničnih bolesti, lošeg zdravlja i nedovoljno fizički aktivna.

U Republici Srpskoj član 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Sl. glasnik RS“ br. 106/09) garantuje da „pacijent ima pravo na informacije u vezi sa svojim zdravljem koje daje nadležni doktor usmeno i na način koji je razumljiv

pacijentu, vodeći računa o njegovoj starosti, obrazovanju i emocionalnom stanju“ (47). Podaci o opštoj pismenosti i obrazovanju našeg stanovništva su zabrinjavajući u smislu člana 22. Zakona jer je većina medicinskih tekstova napisana za nivo dvanaestogodišnjeg obrazovanja, dok je 4,27% našeg stanovništva nepismeno ili nepoznate pismenosti, 36,65% nije obrazovano, ima nepotpuno osmogodišnje ili osmogodišnje obrazovanje.

Preporuke

Zdravstvena pismenost je kao determinanta zdravlja neophodna u analizi zdravstvenog sistema svake zemlje, jer je zadovoljavajući nivo zdravstvene pismenosti potreban za aktivno učešće pacijenata u ostvarivanju zdravstvene zaštite. Veoma važno je stvoriti političku svijest o zdravstvenoj pismenosti, a u cilju zajedničke odgovornosti, uključiti političare, profesionalce i cijelokupno društvo u jačanje zdravstvene pismenosti stanovništva. Zdravstvena pismenost nije briga isključivo pojedinaca, jer jačanje zdravstvene pismenosti treba da predstavlja dugoročnu strategiju u koju treba dosta ulagati. Strategije jačanja zdravstvene pismenosti trebalo bi razvijati kao dio vještina koje se uče tokom cijelog života. Zdravstveni profesionalci trebaju imati znanja i vještine vezane za zdravstvenu pismenost i svakodnevno ih primjenjivati u pružanju zdravstvene zaštite stanovništvu. Političarima i donosiocima odluka informacije o zdravstvenoj pismenosti stanovništva mogu biti od velike koristi u kreiranju budućih koraka u reformama i unapređenju našeg zdravstvenog sistema.

SINDROM SAGORIJEVANJA NA POSLU KOD PORODIČNIH LJEKARA



Prof. dr sc. med. Kosana Stanetić
specijalista opšte
i porodične medicine

Termin "burnout syndrome" prvi put je upotrijebio psihanalitičar Herbert Freudenberger iz Njujorka 1970. godine da bi opisao stanje fizičke i mentalne iscrpljenosti uzrokovano ličnim profesionalnim životom. Sindrom predstavlja proces fizičke i mentalne iscrpljenosti kod osoba zaposlenih u određenim oblastima: prosvjetni radnici, zdravstveni radnici, radnici zaposleni u socijalnim službama i zaposleni u javnim servisima za hitna stanja. Sindrom sagorijevanja na poslu predstavlja poseban problem u tkz. "uslužnim zanimanjima" gdje suštinu posla čini odnos davalac-primalac usluga.

Sindrom sagorijevanja na poslu je dugotrajni odgovor na hronične emocionalne i međuljudske stresore koji su povezani sa radnim mjestom. Nasataje kao posljedica neusaglašenosti odnosa zaposlenih ljudi sa jedne i radne sredine sa druge strane. Karakterišu ga psihička ili emocionalna iscrpljenost, zamor i depresija, pri čemu je veći naglasak na psihičkim nego na tjelesnim simptomima. Oboljeli osjećaju umor, malakslost, imaju duže vremena neodređene fizičke bolove (glavobolja, bol u leđima, nesanica, stomačne tegobe i sl.). Oboljeli su razdražljivi, stalno napeti, impulsivni, posežu za alkoholom ili drogama, a mogu ispoljavati tugu, pesimizam, zatvorenost, emocionalnu krutost, preosjetljivost, bespomoćnost, osjećaj beznadežnosti. Etiopatogeniza sindroma sagorijevanja na poslu je kompleksna ali se generalno smatra da je produžen "negativni stres" ključni faktor u njegovom nastajanju. Individualne karakteristike pojedinaca i nemogućnost uspješnog savladavanja stresa imaju takođe važnu ulogu. Negativni osjećaji osoba sa visokim stepenom sindroma sagorijevanja na poslu su povezani

sa gubitkom osjećaja za profesionalne obaveze, gubitkom sposobnosti za samorealizaciju i gubitkom lične perspektive. Osjećaj besmislenosti egzistencije i gubitka interesa za sve što se događa utiče na sve sfere života osobe sa sindromom sagorijevanja na poslu. Ukoliko se osoba nalazi duže vremena u ovom stanju gubi sposobnost da uživa u životu, a kvalitet života ovih osoba je značajno snižen.

Sindrom sagorijevanja na poslu je definisan kao hronični radni stres koji uključuje tri dimenzije: osjećaj emocionalne iscrpljenosti, negativan pristup u pružanju usluga (depersonalizacija) i osjećaj smanjenog zadovoljstva i nedostatak profesionalnosti (nedostatak ličnog zadovoljstva). Ova definicija je preporučena na osnovu bazičnih studija koje su provedene u cilju nalaženja najboljeg instrumenta u istraživanju ovog fenomena (Maslach Burnout Inventory, Maslach & Jackson, 1981, 1986).

Uzroci sindroma sagorijevanja na poslu

Zadnjih godina svi smo izloženi brojnim stresovima koji potiču iz okoline, a među stresorima mnogi potiču iz radne sredine i izazivaju profesionalni stres. Profesionalni stres je jedna od najtežih štetnosti za zdravstvene radnike koji su svakodnevno izloženi brojnim promjenama i zahtjevima na radnom mjestu. Sve ono što mijenja ustaljene životne navike, "izbacuje organizam iz ravnoteže" i zahtijeva adaptaciju na novo stanje predstavlja stres. Ako su uzroci stresa vezani za radnu sredinu, tada govorimo o radnom stresu koji predstavlja najveći faktor rizika za razvoj sindroma sagorijevanja na poslu.

Većina autora smatra da uzroci sindroma mogu poticati od karakteristika profesionalnih aktivnosti i od individualnih osobina pojedinaca. Prema

Maslach, razlozi za razvoj sindroma sagorijevanja često ne zavise od osobe nego od uslova na radnom mjestu. Neke lične osobine mogu uticati na razvoj sindroma: visok stepen emocionalne labilnosti, visok stepen samokontrole (npr. zadržavanje negativnih emocija), predispozicija za visok stepen anksioznih i depresivnih reakcija, rigidna struktura ličnosti. Profesionalni stres ne predstavlja problem za mentalno "jake" osobe, ali problemi sa neriješenim situacijama u odnosima sa saradnicima, nejasna socijalna pozicija i podrška, nedostatak emocionalne podrške kolega i rukovodioca mogu biti uzrok za nastanak sindroma sagorijevanja na poslu i kod ovih osoba. Empirijska istraživanja pokazala su da situacioni faktori imaju jači uticaj na stanje mentalne iscrpljenosti u odnosu na lične karakteristike pojedinca. Osobe koje su preopterećene poslom i izložene čestim interpersonalnim konfliktima kroz duži vremenski period u većem broju imaju simptome emocionalne iscrpljenosti.

Zdravstveni radnici su jedna od profesija najvećeg rizika za obolijevanje od sindroma sagorijevanja na poslu. Oni unose visok emocionalni ulog u rješavanju najsuptilnijih fizičkih, psihičkih i socijalnih problema svojih pacijenata. Socijalni kontakt zdravstvenih radnika nije usmjeren samo prema pacijentima već i prema saradnicima na poslu, nadređenim strukturama, roditeljima i rodbini pacijenata i drugim osobama. Zdravstveni radnici izloženi su povećanom riziku od obolijevanja od sindroma sagorijevanja na poslu i zbog uticaja drugih štetnih faktora vezanih za radno mjesto. Jonizujuće i nejonizujuće zračenje, vibracije, različita hemijska isparenja, nepovoljni mikroklimatski uslovi, rad u nefiziološkom položaju tijela, smjenski rad, a posebno noćni rad su važni rizik faktori za obolijevanje od sindroma sagorijevanja na poslu. Stresovi na radnom mjestu i tkz. "mentalna zagađenja" mogu uticati na razvoj sindroma sagorijevanja. Kao najčešći uzroci stresa na radnom mjestu razmatraju se: interpersonalni odnosi na radnom mjestu (odnosi sa pacijentima, kolegama, rukovodiocima), zadovoljstvo ili nezadovoljstvo radom, moguće konfliktne situacije na radnom mjestu, nedovoljna edukacija za obavljanje radnih zadataka, radna preopterećenja, neostvareno napredovanje u službi i dr.

Istraživanja u zemljama u okruženju i svijetu

Veliko istraživanje o zastupljenosti sindroma sagorijevanja na poslu kod porodičnih ljekara u 12 evropskih zemalja (Bugarska, Hrvatska, Francuska, Grčka, Mađarska, Italija, Poljska, Portugal, Švedska, Španija, Velika Britanija i Turska) pokazalo je da je 43% ispitanika imalo visok stepen emocionalne iscrpljenosti, 35% visok nivo depersonalizacije, 32% nizak stepen ličnog zadovoljstva, a 12% je imalo izražene simptome sindroma sagorijevanja na poslu u sve tri dimenzije. Zaključak ove studije je da je sindrom sagorijevanja na poslu uobičajen problem kod ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji obuhvatilo je 295 ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultati istraživanja su pokazali visok stepen sindroma sagorijevanja kod anketiranih ljekara, a ljekari koji nisu radili puno radno vrijeme su imali manji stepen sindroma sagorijevanja na poslu u odnosu na ljekare koji su radili puno radno vrijeme. Istraživanje provedeno među 123 kanadska porodična ljekara pokazalo je da 42.5% ljekara ima visok nivo stresa, a 47.9% visok stepen emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. Studija provedena u Danskoj pokazala je anketiranjem 379 aktivnih porodičnih ljekara. Istraživanjem je ispitivana prevalenca sindroma u vezi sa članstvom u grupi za Kontinuiranu medicinsku edukaciju. Rezultati studije su pokazali da je prevalenca sindroma sagorijevanja na poslu kod anketiranih porodičnih ljekara bila 25%. Prevalenca burnout-a je bila signifikantno veća kod ljekara koji nisu bili članovi grupe za Kontinuiranu medicinsku edukaciju. Istraživanje o zastupljenosti sindroma sagorijevanja na poslu kod zdravstvenih radnika u Indiji (Srbija) provedeno je na 152 zdravstvena radnika: 37 ljekara, 88 medicinskih tehničara i 27 fizioterapeuta. Rezultati istraživanja su pokazali da je sindrom sagorijevanja na poslu bio prisutan kod 46.7% ispitanika, a u odnosu na zanimanje sindrom je bio prisutan kod 23.9% ljekara, 50.0% medicinskih tehničara i 37.0% fizioterapeuta. U istraživanju provedenom u Srbiji ispitivan je nivo izloženosti ljekara profesionalnom stresu, uporedjivan je nivo stresa u grupi ljekara opšte prakse i psihijatara i stepen rizika od nastanka burnout sindroma. Istraživanjem je bilo obuhvaćeno 30 ljekara opšte prakse iz Zdravstvenog centra "Dr Laza K. Lazarević" iz Šapca i 30 psihijatara iz Instituta za psihijatriju Kliničkog centra Srbije u Beogradu. Rezultati istraživanja su pokazali da je 58% ispitanika (63% ljekara opšte prakse i 53% psihijatara) u visokom riziku od sindroma sagorijevanja na poslu na subskali emocionalne iscrpljenosti; 59% ispitanika (47% ljekara opšte prakse i 70% psihijatara) u visokom riziku od sindroma na skali depersonalizacije, dok na skali lične ispunjenosti 93% ispitanika (87% ljekara opšte prakse i 100% psihijatara) je u niskom i 7% (13% ljekara opšte prakse i 0% psihijatara) u srednjem riziku od burnout-a na skali lične ispunjenosti. Studija provedena u Zagrebu (Hrvatska) u kojoj je anketiran 41 zdravstveni radnik u internističkoj jedinici intenzivne njegi i 30 zdravstvenih radnika iz hirurške jedinice intenzivne njegi pokazala je da većina ispitanika zadovoljava kriterijume za umjeren stepen sindroma sagorijevanja na poslu. Ispitanici zaposleni u internističkoj jedinici intenzivne njegi pokazali su veći stepen emocionalne iscrpljenosti u odnosu na ispitanike iz hirurške

intenzivnje njege.

Brojna su istraživanja o zastupljenosti sindroma sagorijevanja na poslu kod ljekara na specijalizaciji. Istraživanje provedeno u SAD pokazala je da je sindrom prisutan kod 50% ljekara na specijalizaciji. Sindrom sagorijevanja na poslu je najviše bio zastupljen kod ljekara na specijalizaciji iz ginekologije i akušerstva (75%), a najmanje kod ljekara na specijalizaciji iz porodične medicine (27%). U članku „Resident Burnout“ sumirani su i objavljeni rezultati 15 različitih istraživanja o zastupljenosti i uzrocima sindroma sagorijevanja na poslu kod ljekara na specijalizaciji. Istraživanja su provedena u periodu od 1983. do 2004. godine. Na osnovu rezultata istraživanja zaključuje se da su intenzivan rad, ograničena kontrola i poremećaj odnosa posao-kuća zbog velikih obaveza na specijalizaciji najvažniji predisponirajući faktori za razvoj burnout-a kod ljekara na specijalizaciji. Rezultati studija su ukazali da je visok stepen sindroma povezan sa depresijom i neadekvatnom njegovom pacijenata.

Istraživanja u Republici Srpskoj

Istraživanje provedeno tokom 2011. godine kod ljekara porodične medicine u Republici Srpskoj (Bosnia and Herzegovina) obuhvatilo je 259 ljekara porodične medicine zaposlenih u sedam domova zdravlja i ljekara na specijalizaciji iz porodične medicine. Prevalenca ljekara sa visokim nivoom stresa (75.3%) je bila izuzetno visoka. Većina anketiranih ljekara je imala visok (46.0%) nivo emocionalne iscrpljenosti, nizak (46.9%) stepen depersonalizacije, nizak (43.1%) stepen lične ispunjenosti. Nivo emocionalne iscrpljenosti bio statistički značajno veći kod ispitanika ženskog pola, dok u nivoima stresa, depersonalizacije i nivoa lične ispunjenosti nije bilo statistički značajne razlike u odnosu na pol. Rezultati istog istraživanja su pokazali da postoji pozitivna korelacija u nivou stresa kod ljekara opšte prakse i specijalista ($p=0.000$), pri čemu su ljekari specijalisti imali više izražen nivo stresa u odnosu na ljekare opšte prakse. Ljekari opšte prakse su imali veći nivo lične ispunjenosti u odnosu na ljekare specijaliste, dok su ljekari specijalisti imali značajno više izraženu emocionalnu iscrpljenost u odnosu na ljekare opšte prakse ($p=0.000$). U nivoima depersonalizacije nije nađena statistički značajna razlika izmedju ljekara opšte prakse i specijalista. Rezultati istog istraživanja su pokazali da je nivo stresa i emocionalne iscrpljenosti statistički značajno veći kod starijih ljekara (>50 godina života) i sa većom dužinom radnog staža (>21 godina).

Istraživanje provedeno kod ljekara na specijalizaciji iz porodične medicine u Republici Srpskoj pokazalo je da je 59.6% ispitanika imao visok nivo stresa, 25.6% visok nivo emocionalne iscrpljenosti, 25.6% visok stepen depersonalizacije, a 42.5% nizak

nivo ličnog zadovoljstva. Rezultati istraživanja kod ljekara na specijalizaciji iz porodične medicine u Republici Srpskoj su pokazali da bračni status i broj djece u porodici nemaju uticaj na stepen stresa i sindroma sagorijevanja na poslu.

Tokom 2015. godine u Republici Srpskoj (Bosnia and Herzegovina) provedeno je istraživanje u kojem je procjenjivan nivo stresa i rizik od sindroma sagorijevanja na poslu kod ljekara zaposlenih u bolnici i porodičnih ljekara. U studiji je učestvovao 151 ljekar, od kojih je 49% bilo porodičnih ljekara, a bolničkih ljekara 51%. Rezultati istraživanja su pokazali da je 51.7% ispitanika imalo visok nivo stresa (52.7% porodičnih ljekara, 50.6% ljekara u bolnici). Visok stepen emocionalne iscrpljenosti je pronađen kod 27.2% ispitanika (29.7% porodičnih ljekara, 24.6% ljekara u bolnici), visok stepen depersonalizacije kod 23.8% ispitanika (25.7% porodičnih ljekara, 22.1% ljekara u bolnici), a nizak stepen lične ispunjenosti kod 39.7% ispitanika (37.8% porodičnih ljekara, 41.6% ljekara u bolnici). Premda je izloženost profesionalnom stresu viša kod ljekara porodične medicine, nego u bolničkim ljekara, dobijena razlika nije statistički značajna. Ljekari dobi preko 45 godina su imali statistički značajno ($p = 0.030$) veći nivo emocionalne iscrpljenosti u odnosu na ispitanike mlađe dobi. Ovo istraživanje pokazalo je da postoji visok rizik od nastanka burnout sindroma kod ljekara u Republici Srpskoj.

Zaključak

Rezultati brojnih istraživanja provedenih u svijetu, Evropi i zemljama u okruženju su pokazali visok stepen sindroma sagorijevanja na poslu kod ljekara svih specijalnosti. U zadnjih petnaest godina u Republici Srpskoj se intenzivno provodi reforma u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a svaka reforma pogoršava zdravstveno stanje ljekara i stepen sindroma sagorijevanja na poslu je povećan. Porodični ljekar je tokom cijelog radnog vremena u direktnom kontaktu sa pacijentima, opterećen velikim brojem pacijenata sa hroničnim bolestima, njihovim socijalnim i drugim problemima za koje nije u mogućnosti da uvijek nađe rješenje. Pacijenti često od porodičnog doktora očekuju više nego što on može da im pruži, što ljekara često dovodi u stanje hroničnog stresa. Ljekari u porodičnoj medicini su dodatno opterećeni obimnom administracijom, nedostatkom vremena da prime sve pacijente, a u Bosni i Hercegovini su značajno opterećeni i rješavanjem socijalne problematike svojih pacijenata.

Samopomoći briga o sebi nije dio profesionalne edukacije ljekara i uglavnom zauzima veoma nisko mjesto na listi prioriteta ljekara. Ovi podaci ukazuju na neophodnost preduzimanja mjera prevencije stresa i sindroma sagorijevanja na poslu.



Prim. dr Zora Kremenović

SOCIJALNI ASPEKTI ZAVISNOSTI O INTERNETU I VIDEO IGRAMA

50%). Veća prevalenca ovisnosti o internetu nađena je u državama u kojima je manje opšte zadovoljstvo životom, veće zagađenje okoline, gdje se više vremena gubi u putovanju na posao i s posla, a nacionalni dohodak je manji. Najmanja prevalenca je u sjevernoj i zapadnoj Evropi sa 2,6% ovisnika o internetu, dok najveću prevalencu ima Bliski istok (10,9%). Prevalenca ovisnosti o internetu je najniža među adolescentima, veća je u opštoj populaciji, a najviša među studentskom populacijom i kreće se od 13% do 18,4%. Studentska populacija se smatra najrizičnijom za stvaranje ovisnosti o internetu.

Iako problem ovisnosti o računarskoj tehnologiji postaje sve veći javnozdarstveni problem, dijagnoza ovisnosti o internetu nije uvrštena u važeće međunarodne klasifikacije bolesti, Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseto izdanje (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik Američkog psihijatrijskog udruženja (DSM-V) iako je u priručniku u trećem poglavljju pod stanjima za dalja istraživanja uvrštena dijagnoza „Ovisnost o internetskim igrama“.

Kako bi se što bolje opisao ovaj fenomen upotrebljavaju se različiti nazivi: „kompulzivna upotreba računara“, „problematično korištenje interneta“, „zavisnost o internetu“, „internet ovisnost“ i „internetomanija“.

Pokazalo se da je inicijalna motivacija za igranjem video igrica zabava, bijeg od problema te virtualno prijateljstvo. Zbog ovisnosti o internetu mogu se pojaviti mnogi zdravstveni i socijalni problemi kao što su kod odraslih: apstinencijski sindrom, socijalno povlačenje, akademski neuspjeh, finansijski problemi, gubitak posla, teškoće u poslu, problemi sa spavanjem, umor koji se javlja zbog neispavanosti, pad imuniteta i podložnost bolesti. Zbog sedanternog načina života javlja se manjak fizičke aktivnosti, povećan je rizik od sindroma karpalnog kanala, problem sa leđima i zamor očiju. Pretjerano korištenje interneta među djecom i adolescentima pokazalo se kao rastući razlog za brigu. Rezultati istraživanja su doveli u vezu ovisnost o internetu i igricama s razvojem i održavanjem depresije, socijalne anksioznosti te uopšte negativnim uticajem na mentalno zdravlje u toj populaciji. Uočeno je da pretjerano korištenje interneta povećava osjećaj osamljenosti u studentskoj populaciji i da online socijalni kontakti nisu adekvatna alternativa za socijalne kontakte uživo za smanjenje osjećaja usamljenosti.

Procjenjuje se da u svijetu više od 3,5 milijardi ljudi koristi internet od čega najveći dio otpada na Aziju (preko

- Prosječni gamer ima 37 godina i 12 godina iskustva u igranju. 38% gamera ima preko 18 godina.
- 42% svih gamera su žene; žene starije od 18 godina predstavljaju jednu od najbrže rastućih aspekata demografije igračke industrije
- Danas ima više odraslih žena koje igraju video igre (37%) od dječaka i mladića koji su stari 17 godina ili manje (13%)
- 29% gamera je starije od 50 godina (predstavlja površinu od 9% u odnosu na 1999. god.)
- 65% gamera igra se s prijateljima
- 55% gamera igra se na mobitelima

Demografska zastupljenost ovisnosti o internetu i video igrama:

Region/zemlja	Odnos žena i muškaraca
Australija	47 : 53
Kanada	46 : 54
Kina	27 : 73
Japan	66 : 34
Novi Zeland	46 : 54
Amerika	47 : 53
Evropa	45 : 55
Austrija	44 : 56

PREVENCIJA BOLESTI - NAJLAKŠI PUT DO ZDRAVLJA



Mr sc. med. Vesna Kević

Prevencija bolesti (lat. *praevention* = prethoditi, doći ispred) označava sve aktivnosti koje se sprovode kako bi se spriječila pojava bolesti, rano uočila pojava masovnih hroničnih nezaraznih bolesti i pravovremeno primjenila odgovarajuća terapija. Važnost prevencije bolesti najbolje opisuje stara narodne izreka "bolje spriječiti, nego liječiti" koja je svima poznata, ali je se rijetko pridržavamo i o zdravlju počinjemo brinuti tek kada su stvari krenule po zlu.

Anglosaksonska literature navodi poznatu podjelu zdravstvene zaštite po Levelu i Klarku, po kojima postoje tri nivoa prevencije: primarna, sekundarna i tercijarna prevencija. U ovu podjelu se može dodati i primordijalna prevencija.

- **Primordijalna prevencija** – obuhvata sve aspekte načina i stila života. U to se uključuje i napor društvene zajednice da spriječi bolest uklanjanjem njenih socijalnih determinanti. Razlika u odnosu na primarnu prevenciju se ogleda u tome što primarna spriječava izlaganje pojedinca faktorima rizika, a primordijalna je usmjerena prema novim okolnostima koje dovode do uzroka.

- **Primarna prevencija** – podrazumijeva sve postupke koji se preduzimaju prije pojave bolesti ili povrede ili da do istih i ne dođe. Svi ti postupci su usmjereni na unapređenje i očuvanje zdravlja. Sekundarna prevencija – sve mјere koje se poduzimaju radi ranog otkrivanja već nastalih poremećaja zdravlja. Ciljna grupa su oboljele ili povrijeđene osobe. Primjer su skrining pregledi (otkrivanje carcinoma debelog crijeva, dojke, dijabetesa...)

- **Tercijarna prevencija** – primjenjuje se kada je patološki proces već odmakao. To je skup mјera koje su usmjerene ka smanjenju ili uklanjanju dugotrajnih oštećenja i nesposobnosti. Radi se o eliminaciji i smanjenju oštećenja, nesposobnosti i invalidnosti, te maksimalno produženje mogućih godina korisnog života. Sve to jednom rječu predstavlja rehabilitaciju.

Postoje dva pristupa prevenciji. U zavisnosti na cilj djelovanja dijele se na individualni i populacioni prist-

up. Individualni pristup je usmjeren na pojedinca tj. na otkrivanje i tretman osobe sa visokim rizikom. Populacioni je usmjeren ka zajednici u cjelini. Ova dva pristupa se dopunjaju, ali je populacioni sveobuhvatniji i djelotvorniji.

Promocija zdravlja je proces osposobljavanja ljudi da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i unaprjeđe ga. Promotivne aktivnosti se odnose na stanovništvo u cjelini i usmjerene su na determinantne zdravlja. S obzirom da porodični ljekari tj. timovi porodične medicine rade sa registrovanim građanima i imaju pristup opštoj populaciji, njihov rad na promociji i prevenciji se ogleda u svakodnevnom radu sa građanima svih starosnih grupa (sistemske pregledi školske djecе, preventivni pregledi u sklopu Programa prevencije masovnih nezaraznih bolesti, edukativna predavanja, individualna savjetovanja i dr.).

Od 2003. godine porodični ljekari u Republici Srpskoj provode preventivne pregledne koji su navedeni u Stručnom uputstvu za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora i rano otkrivanje oboljenja iz Programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti u Republici Srpskoj. Ovo stručno uputstvo objavili su Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske i Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske.

Izdavanju ovog uputstva prethodila su istraživanja čiji je cilj bio da se sagleda zdravstveno stanje i najčešći zdravstveni rizici stanovništva Republike Srpske.

Rezultati istraživanja su ukazali na visoku ugroženost stanovništva od nezaraznih bolesti, a naročito kardiovaskularnih, malignih, hroničnih plućnih bolesti i dijabetesa i predstavljali su osnovu za izradu Strategije visokog rizika koja je usmjerena na cjelokupno stanovništvo i Populacione strategije koja je usmjerena na pojedinca i njihove porodice. Navedene Strategije je donijela Vlada Republike Srpske sa ciljem da se smanji izloženost pojedinaca i stanovništva u cjelini rizičnim faktorima koji utiču na obolijevanje od nezaraznih bolesti putem promocije zdravlja, ranog otkrivanja i redukcijom rizičnih faktora. Program prevencije i kontrole masovnih nezaraznih

bolesti donio je ministar zdravlja i socijalne zaštite Republike Sрpske.

U skladu sa Stručnim uputstvom za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora i rano otkrivanje oboljenja iz Programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti svaki porodični ljekar mora da svim registrovanim građanima provjeri određene vrijednosti u cilju ranog otkrivanja i redukcije rizičnih faktora:

1. krvni pritisak

Krvni pritisak se mjeri svim osobama starijim od 18 godina najmanje jednom u dvije godine, a kod osoba starijih od 65 godina najmanje jednom godišnje. Smatra se da je krvni pritisak povišen ukoliko je vrijednost sistolnog krvnog pritiska 140 mmHg i više, a vrijednost dijastolnog krvnog pritiska 90 mmHg i više. Kod osoba kod kojih se ustanovi povišen krvni pritisak, mјerenje se ponavlja najmanje tri puta u narednih šest mjeseci iako se nađe da je i dalje povišen, osoba se bilježi u priručni registar pacijenata sa rizičnim faktorima.

2. indeks tjelesne mase (engl. body mass index – BMI)

Mјerenje tjelesne težine i visine i izračunavanje indeksa tjelesne mase vrši se kod svih osoba od 18 i više godina prilikom prve posjete porodičnom ljekaru. U rizičnu kategoriju ubraju se osobe kod kojih je BMI 30.0kg/m² i veći.

3. pušenje

Svakoj osobi od 18 i više godina, prilikom prve posjete porodičnom doktoru, postavlja se pitanje da li puši, da li puši svakog dana, koliko dugo puši i koliko cigareta dnevno puši. Osobe koje puše uvode se u priručni registar pacijenata sa rizičnim faktorima.

4. nivo šećera u krvi

Šećer u krvi se mjeri osobama kod kojih se utvrdi povišen krvni pritisak, indeks tjelesne mase 30.0kg/m² i veći i kod osoba koje imaju pozitivnu porodičnu anamnezu dijabetesa. Nivo šećera u krvi je povišen ako je vrijednost šećera u krvi natašte od 7.0 mmol/L i veća.

5. nivo holesterola u krvi

Ukupni holesterol u krvi se mjeri osobama kod kojih se utvrdi povišen krvni pritisak i/ili indeks tjelesne mase 30.0kg/m². Osobe sa povišenim holesterolom spadaju u rizičnu grupu.

U skladu sa Stručnim uputstvom za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora iz Programa prevencije malignih bolesti porodične ljekar učestvuje u ranom otkrivanju malignih bolesti (rak grlića materice, rak dojke, rak debelog crijeva, rak prostate) za koje postoje adekvatne skrining metode.

1. Sve žene od 25 do 60 godina treba jednom u tri godine da urade cervikalni razmaz (papatest). Porodični ljekar prikuplja podatke o ženama ove starosne dobi, te pacijentice upućuju na ginekološki pregled u preporučenom vremenskom intervalu. Skrining se obustavlja kod žena u dobi od 60 godina, ukoliko su dva prethodna testa bila uredna. Ukoliko je u nalazima testova bilo odstupanja od normale, testiranje se produžava do 65 godina. Porodični ljekar obavezno vodi

evidenciju (elektronski ili papirni karton) o urađenim papatestovima.

2. U cilju ranog otkrivanja raka dojke sve žene od 50 do 70 godina trebalo bi da se upute na skrining mamografiju jednom u tri godine. Rutinska mamografija se ne preporučuje kod žena mlađih od 50 godina. Iznat su žene sa pozitivnom porodičnom anamnezom, kod kojih se prva mamografija preporučuje u mlađoj životnoj dobi. Porodični ljekar bi trebao da sve žene starije od 40 godina upozna sa periodičnim promjenama u dojkama, da ih obuči vještini samopregleda dojki i da izvrši palpaciju dojki kod svakog rutinskog pregleda žene starijih od 40 godina.

3. Mjere za rano otkrivanje raka debelog crijeva sprovode se kod osoba starijih od 50 godina jednom u dvije godine. Najprihvativiji skrining test je pregled stolice na okultno krvarenje. Ukoliko je ovaj test pozitivan, pacijent se upućuje na dodatne dijagnostičke procedure (kolonoskopija, sigmoidoskopija). Digitorektalni pregled treba dase rutinski obavij kod osoba koje se žale na probleme sa varenjem, koje su primjetile krv i sluz u stolici, kod osoba koje gube na težini. Prema Programu prevencije malignih bolesti, digitorektalni pregled kod osoba od 50 do 70 godina trebalo bi da se obavlja jednom u tri godine, a kod pacijenata sa sumnjivim nalazom mora da se uradi i pregled stolice na okultno krvarenje i sigmoidoskopija.

4. U cilju ranog otkrivanja raka prostate preporučuje se da se digitorektalni pregled prostate radi svim muškarcima dobi od 50 do 70 godina jednom u dvije godine. Osobe kod kojih se palpacijom utvrdi postojanje otvrdaka na prostati ili drugih patoloških promjena, obavezno se upućuje na dodatne dijagnostičke procedure.

Mjere prevencije:

Šta izbjegavati:

- izbaciti pušenje u potpunosti
- unos rafiniranih proizvoda od žitarica (proizvoda od bijelog brašna)
- namirnice koje sadrže koncentrovane ugljikohidrate (škrob, šećer)
- transmasne kiseline (biljna ulja u obliku raznih margarina) i hranu prženu na ulju

Šta se preporučuje:

- svakodnevna konzumacija svježeg sezonskog voća i povrća
- konzumacija ribe dva do tri puta sedmično
- redovno pijenje vode
- svakodnevna fizička aktivnost
- metode opuštanja (za lude koji su izloženi stalnom stresu)
- redovan odmor (dnevni, sedmični, godišnji...)

Uloga preventivne aktivnosti se često podcjenjuje jer se dobro zdravlje smatra "normalnim". Rezultati ovih aktivnosti vide se tek nakon dužeg vremenskog perioda, a uspješnost provedenih preventivnih aktivnosti odlikuje se očuvanim godinama života, očuvanom kvalitetom života i radnom sposobnošću pojedinca, kao i smanjivanjem ukupnih troškova zdravstvene zaštite. Drugim riječima: dobar odnos prema vlastitom tijelu vraća se dobrim zdravljem.

PROCJENA FUNKCIJE URINARNOG TRAKTA

Funkcije urinarnog trakta su izlučivanje proizvoda metabolizma stvaranjem mokraće, kontrola koncentracije tjelesnih tečnosti (regulacija homeostaze elektrolita i vode) i endokrina funkcija. Navedene funkcije se procjenjuju na osnovu anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijskih i radioloških dijagnostičkih procedura.

Laboratorijske pretrage uključuju: analizu urina, biohemiske i hematološke analize seruma, gasnu analizu krvi kao i procjenu funkcionalne sposobnosti glomerula i tubula.

Analiza urina se odnosi na makroskopsko, mikroskopsko, hemijsko, bakteriološko ispitivanje urina, kao i određivanje koncentracije elektrolita, hormona i lijekova.

Makroskopsko ispitivanje urina se vrši procjenom izgleda, boje i mirisa, diureze i specifične težine/osmolarnosti. Mutna boje mokraće nastaje uslijed piurije. Tamnožuto-crvena boja ukazuje na porast vrijednosti urobilina. Tamnomrka ili žuto-zelena boja ukazuje na žućne boje. Crvena boja mokraće nastaje uslijed prisustva krvi. Crveno-smeđa može nastati uslijed hematurije, hemoglobinurije, mioglobinurije ili porfirije. Crnu boju uzrokuju melanin (melanom) i alkapturonija, a zelenu lijekovi i pseudomonas.

Mikroskopsko ispitivanje urina ukazuje na prisustvo leukocita, eritrocita, cilindara (hijalini, granulirani, leukocitni, epitelni, voštani i masni cilindri) i soli u vidu kristala ili amorfnih masa.

Hemijsko ispitivanje obuhvata pH mokraće, proteine, glukozu, ketonska tijela, bilirubine i povećanje koncentracije urobilinogena.

Analiza seruma obuhvata: procjenu koncentracije otopadnih proizvoda metabolizma bjelančevina u serumu (urea, kreatinin, mokraćna kiselina), određivanje sedimentacije, eritrocita, hemoglobina, trombocita, leukocita, diferencijalne krvne slike, glikemije, transaminaza i procjenu koncentracije elektrolita u serumu (Na, K, Cl, Ca, P, Mg).

Funkcionalna sposobnost glomerula i tubula može se procijeniti određivanjem klirensa kreatinina, inulina ili para-aminohipurne kiseline.

Koncentracija kreatinina u serumu se najčešće koristi za procjenu ukupne bubrežne funkcije. Osim nivoa bubrežne funkcije, na vrijednost kreatinina utiču mnogi



Mr sc. dr Nataša Pilipović-Broćeta

faktori, a vrijednost značajno varira u odnosu na dob, pol i mišićnu masu. Određivanjem klirensa kreatinina dobijaju se vrijednosti glomerularne filtracije. Normalne vrijednosti klirensa kreatinina kod odraslog muškarca su oko 120 ml/min (82-160), a kod odrasle žene oko 95 ml/min (74-130). Poslije četrdesete godine života klirens kreatinina počinje se smanjivati za 8,5 ml/min za svakih deset godina.

Američko i britansko udruženje nefrologa preporučuju mjerjenje glomerularne filtracije kao najbolji opšti pokazatelj bubrežne funkcije. Pacijenti sa značajnim sniženjem glomerularne filtracije ($GFR < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) imaju znatno veći rizik za kardiovaskularne bolesti i renalnu insuficijenciju.

Vrijednosti glomerularne filtracije manje od $60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ u trajanju duže od 3 mjeseca ukazuju na hroničnu bubrežnu bolest. Ukoliko istovremeno postoje dokazi bubrežnog oštećenja (mikroalbuminurija, makroalbuminurija, tvrdokorna glomerularna hematurija ili radiološke abnormalnosti bubrega) uz vrijednosti $GFR > 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ smatra se da je prisutna hronična bubrežna bolest.

Rezultati NHANES III studije ukazuju da je kod 12.3% američke populacije procijenjena glomerularna filtracija niža od 60 mL/min , a 0.2% iste populacije je imalo GFR niži od 30 mL/min , a da nisu bili na dijalizi.

Rendgenske metode ispitivanja funkcija urinarnog trakta obuhvataju:

- Nativni snimak bubrega
- Intravenska urografija (pijelografija)
- Nefrotomografija
- Retrogradna pijelografija
- Cistoskopija
- Renalna arteriografija (vazografija)
- Ehosonografija bubrega
- Kompjuterizovana tomografija
- Scintigrafija bubrega
- Radiorenografija
- Biopsija bubrega
- Urodinamička dijagnostika (cistodinamometrija, mikrometrija, profilometrija).

U okviru radioloških procedura, porodični doktor postavlja indikacije za nativni snimak i ehosonografiju urinarnog trakta.



dr Vedrana Jovanović,
specijalizant porodične medicine,
DZ Bijeljina



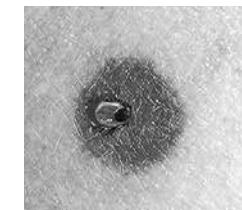
dr Gordana Savin,
specijalista porodične medicine,
DZ Bijeljina

KAKO TRETIRATI UJED KRPELJA?

- rikecioze - pjegave groznice, krpeljni tifus, Q groznica Lajmska bolest

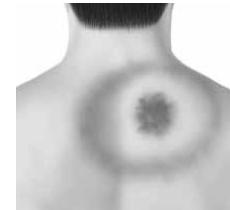
Lajmska bolest (LB) je multisistemsko, infektivno oboljenje koju izazivaju spirohetalne bakterije roda Borrelia, najčešće Borrelia burgdorferi, a koje se na čoveka prenose prvenstveno preko krpelja, komaraca i obada. Infekcija zahvata kožu, zglobove, srce i nervni sistem. U svom razvoju ima 3 stadijuma.

I stadijum LB - Erythema migrans



Prvi stadijum bolesti se javlja od 3 do 32 dana posle uboda krpelja kod 70-80% inficiranih. Karakteriše se eritemom na mestu uboda koji je bezbolan, širi se brzo, ima prstenast izgled.

U ovoj fazi mogu se javiti i povišena temperatura, glavobolja, bolovi u mišićima i zglobovima, kao i regionalna limfadenopatija



II stadijum -
Rana diseminacija

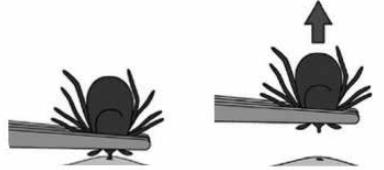
Od nekoliko nedelja do nekoliko mjeseci posle infekcije. Borelija se širi putem krvi i limfe u druga tkiva i organe (koža, muskuloskeletalni sistem, srce i nervni sistem). Simptomatologija je najsličnija simptomima gripa povišena temperature, groznica, artralgija, mijalgija, glavobolja, limfadenopatija i multipli eritemi migrans.

III stadijum - Hronična perzistentna infekcija

Nastaje mjesecima i godinama nakon inicijalne infekcije. Dolazi do hroničnog zahvatanja organa i trajnog oštećenja zdravlja koje može rezultirati i smrtnim ishodom. Najčešći simptomi u ovoj fazi bolesti su: teške glavobolje, artritis jednog ili više zglobova, poremeaji srčanog ritma, neurološki poremećaji, psihički poremećaji poput poremećaja ponašanja i spavanja, oštećenja pamćenja

Odstranjivanje krpelja

Mnoge metode uklanjanja krpelja se u literaturu ne preporučuju zbog dokazanih nezadovoljavajućih rezultata ekstrakcije, a neke od metoda čak povećavaju rizik oboljavanja indukcijom povraćanja salive ili regurgitacije crevog sadržaja krpelja u tkivo domaćina.



Krpelje je neophodno odstraniti sa površine kože što je pre moguće od momenta njihovog otkrivanja na koži. Brojne studije na ljudima i životinjama su pokazale da se rizik od transmisije bolesti začajno povećava posle 24 sata, a naročito je visok posle 48 sati od aplikacije krpelja za domaćina.

Upotreba tupog zakrivljenog forcepsa ili ravne pincete tupog vrha se preporučuje kao metoda izbora za uklanjanje krpelja. Pomoću posebne pincete (tick removal) uhvatiti krpelja što bliže koži, za rilicu (usni aparat) i lagano ga povući u okomitom pravcu ka gore.



Prema preporuci AAFP (Asociation of American Family Physicians) uvrtanje glave krpelja se ne preporučuje, te ga je potrebno izbegavati, jer može dovesti do isticanja u tkiivo potencijano infektivnih sadržaja tela krpelja.

Naročito se ne preporučuje čupati, gnječiti, kidati krpelja, niti stavljati na njega bilo kakva hemijska ni topotna sredstva (alkohol, benzin, ulje, lak za nokte) jer ovi postupci mogu isprovocirati krpelja da "povrati" svoj crijevni sadržaj i tako dovede do prenosa infekcije, iako do nje možda ne bi ni došlo.

Nakon uklanjanja krpelja područje ujeda se mora pažljivo pregledati kako ne bi zaostali delovi usta krpelja koji mogu dovesti do infekcije ili formiranja granuloma. Posle potpune ekstrakcije krpelja i svih njegovih delova neophodno je područje ujeda očistiti antiseptičnim rastvorom i upozoriti pacijenta da prati pojavu lokalnih i sistemskih znakova i simptoma infekcije u periodu od narednih 6 nedelja.

Pregled krpelja uklonjenog sa kože prema preporukama IDSA (Infectious Diseases Society of America) nema kliničkog opravdanja jer sama detekcija Borelije u krpelju nije dovoljno prediktivna da je došlo do transmisije Borelije u organizam domaćina.



Antibiotika profilaksia???

Uglavnom se ne preporučuje, ali i dalje postoje neusaglašeni stavovi u preporukama različitih vodiča.

Prema preporukama IDSA (Infectious Diseases Society of America) rizik od infekcije nakon ujeda krpelja se može smanjiti jednokratnom oralnom primenom 200mg doxiciklina (87% efikasnost). (izuzimajući trudnice, decu mlađu od 8 godina).

Prema preporukama ILADS (International Lyme and Associated Diseases Society) profilaktička primena doksiciklina u jednoj dozi nema adekvatnu kliničku opravdanost.

Stav GDS (German Dermatology Society) je da bi se zbog niskog rizika od infekcije doksiciklin zapravo u mnogobrojnim slučajevima nakon uboda krpelja bespotrebno primenjavao.

Preporuke ILADS i GDA su da je opravdana profilaktička primena doksiciklina u slučajevima kada se radi o ubodu krpelja u endemskim područjima, područjima sa visokom prevalencom, odnosno kada se zna da postoji povećan rizik od infekcije. U tom slučaju preporučuje se primena doksiciklina u dozi od 100-200mg, dva puta dnevno u trajanju od 20 dana.

Takođe, stavovi o lokalnoj antibiotskoj profilaksi su oprečni, većinski gledano u Evropi preporuke su protiv njene primene.

Liječenje Lajmske bolesti:

Lekovi prve linije prema preporukama ILADS u terapiji Lajmske bolesti su:

- Amoksicilin, 1500 – 2000 mg/dan, 4 – 6 nedelja
- Cefuroksim, 2 x 500 mg, 21 dan
- Doksiciklin, 2 x 100 mg, 21 dan
- Azitromicin, 2500 – 500 mg/dan, 21 dan
- Ceftriaxon i.v. 4 – 8 nedelja (hronična faza – neuroborrelioza)

Doziranje za decu:

- Amoksicilin, 5 – 10 mg/kg/dan, maksimalno 500 mg/ dan
- Doksiciklin, 4 mg/kg/dan u 2 doze, maksimalno 200 mg/dan, za decu >8 god

Mjere prevencije obuhvataju:

1. izbjegavanje područja bogatih krpeljima tokom ljetne sezone
2. primjena barijera – odjeća dugih rukava i dugih nogavica, umetanje nogavica u čarape
3. nositi odjeću svijetlih boja kako bi se krpelj lakše uočio
4. ne nositi odjeću od dlakavih tkanina (vuna, flanel)
5. ne odlagati odjeću na travu ili u grmlje
6. primjena repelenata sa visokim procentom sadržaja DEET
7. nakon svakog boravka u prirodi obavezno po dolasku kući pregledati odjeću i tijelo
8. što ranije uklanjanje krpelja sa površine kože
9. praćenje područja ujeda u period od 6 nedelja

Iako ubod krpelja i Lajmska bolest nisu retka pojava još uvek ne postoje usaglašeni stavovi zasnovani na jakim medicinskim dokazima što vrlo često, gotovo konstantno, dovodi ljekara u dilemu šta i kako da postupi u cilju benefita pacijenta. Obzirom da još uvek nije odobrena vakcina za ljudsku upotrebu, jedina prava profilaksia protiv Lajmske bolesti ostaje pridržavanja mera prevencije, u prvom redom apstinencija izlaganju potencijalno opasnim područjima odnosno sprečavanje uboda krpelja.



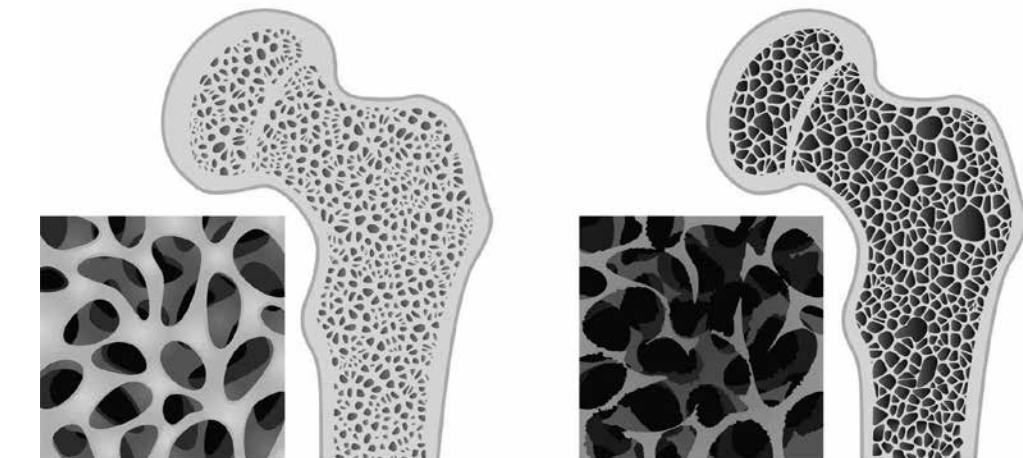
Doc. dr Radojka Bijelić

OSTEOPOROZA I POSTMENOPAUZA FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK BOLESTI KOD ŽENA U POSTMENOPAUZI

faktora, među kojima značajo mjesto svakako zauzima način života.

Osteoporozu je multifaktorijsko oboljenje u čijem nastanku učestvuju mnogobrojni faktori koji se mogu svrstati u grupu faktora rizika na koje se ne može uticati, nepromjenljivi faktori i faktori rizika na koje je moguće uticati, promjenljivi ili preventabilni. U grupu nepromjenljivih faktora rizika za nastanak ovog oboljenja su starost, ženski pol, rasa, kasna menarha i rana menopauza, porodična anamneza osteoporoze. Promjenljive ili preventabilne faktore rizika za osteoporozu čine nezdrava ishrana, pušenje cigareta, konzumiranje alkohola, kafe, nedostatak fizičke aktivnosti, mala tjelesna masa ($BMI < 18 \text{ kg/m}^2$), mada novija istraživanja pokazuju i drugačije rezultate; odnosno novije studije pokazuju da kod gojaznih ljudi postoji udruženost niske koštane gus-

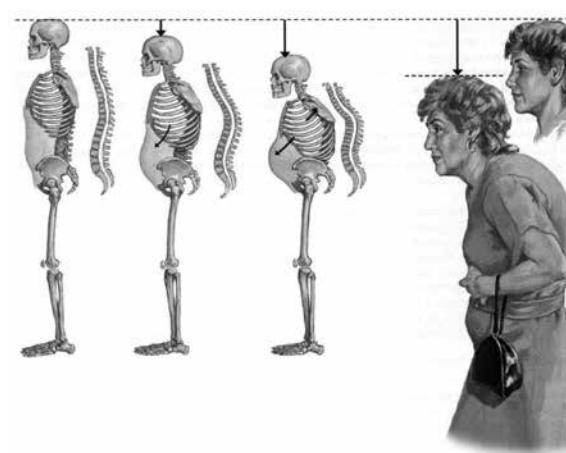
Osteoporosis



tine osteopenija, osteoporoza i hiperlipidemije i da je ta pozitivna povezanost vjerovatno posljedica povećanog mehaničkog pritiska na kosti, naročito kod žena u postmenopauzi što može dovesti do ozbiljnih posljedica po zdravlje bolesnika.

Osteoporoza je metabolička bolest kostiju koja u razvijenim zemljama predstavlja veoma značajan sociomedicinski problem i poprima sve više epidemijski oblik, jer bilježi stalan porast broja oboljelih. Rezultati do kojih sam došla u vlastitom istraživanju su u skladu sa rezultatima drugih naučnih studija koji ukazuju da određeni preventibilni faktori rizika kao što su pušenje ili prekomerno konzumiranje alkohola mogu negativno uticati na mineralnu gustinu kosti dovodeći do određenih promjena na nivou mikroarhitekture trabekularne kosti, što ima za posljedicu smanjenu otpornost kostiju na mehaničke sile i trenje ili ima negativan uticaj na mehanizam remodeliranja kosti, osteoblastnu proliferaciju i ak-

Period posle menopauze je povezan sa niskim nivoom fizičke aktivnosti i posljedično dolazi do smanjenja stimulacije kostiju, smanjenja mišićne snage, koordinacije i ravnoteže. Smanjena fizička aktivnost smanjuje kvalitet života kod žena u postmenopauzi. U tom kontekstu, veoma je važno upravo uticati na povećanje snage mišića, ravnoteže tijela i koordinacije pokreta, kroz poboljšanje svakodnevnih fizičkih aktivnosti, što u starijoj životnoj dobi ima dodatnu važnost u smanjenju rizika od padova i preloma. Za zdravu kost neophodno je redovno vježbanje i fizička aktivnost, izbjegavanje sedentarnog načina života, jer ukoliko kosti nisu pod naponom i fizičkom aktivnošću, mehanoreceptori (osteociti) ne primaju signale o potrebi remodeliranja, odstranjenja oštećenja i sinteze nove kosti, te tako vremenom dolazi do postepenog smanjenja ukupne koštane gustine. Podaci vlastitog istraživanja kao i podaci drugih studija takođe ukazuju tj. potvrđuju da je fizička aktivnost od velikog značaja za zdravlje kostiju i prevenciju nastanka osteoporoze.



tivnost, te prema tome i direktno negativan efekat na koštanu homeostazu. Pušenje predstavlja veoma važan faktor rizika za koštani gubitak i osteoporozu, nezavisan od drugih faktora rizika za nastanak preloma, kao što su starost, indeks tjelesne mase (BMI), pol i status menopauze. Premda se fokus tretmana osteoporoze stavlja na farmakološko liječenje, podsticanje promjena životnih navika žena u postmenopauzi, uključujući prestanka pušenja u mlađim godinama, trebalo bi da bude glavna komponenta svakog terapijskog pristupa. Novija naučna saznanja govore takođe i da hiperlipidemija može doprinijeti nastanku osteoporoze i to uticajem na koštanu resorpciju i osteoklastnu održivost, lipidi ograničavaju radikalnu propostljivost kortikalne kosti i tako utiču na samu funkciju koštane ćelije. Studije pokazuju da su žene u postmenopauzi sa osteoporozom imale signifikantno povećane vrijednosti parametara lipidnog profila (ukupnog holesterola, triglicerida, LDL-holesterola) u poređenu sa ženama u premenopauzi sa osteoporozom.

Mnogobrojni faktori rizika iz spoljašnje sredine mogu značajno uticati na mineralnu gustinu kosti kod žena u postmenopauzi. Stoga je njihova identifikacija od suštinske važnosti za planiranje i sprovođenje adekvatnih mjera, edukacije i prevencije same bolesti, sa kojima treba započeti još od najranijeg perioda djetinjstva. Zbog velike rasprostanjenosti, u cijelom svijetu i stalnog povećanja broja oboljelih, osteoporoza zaslužuje punu pažnju i odgovarajući multidisciplinarni pristup kako u prevenciji tako i u liječenju. S obzirom na vrlo ozbiljne posljedice ove bolesti, težak oblik invalidnosti pa i smrtni ishod, kako za pojedinca tako i za društvo u cjelini, utvrđivanje riziko faktora za nastanak oboljenja i prevencija bolesti su jedan od temeljnih zadataka u zbrinjavanju ovog raširenog zdravstvenog problema.



dr sc Draško Kuprešak

Prvi kongres porodične medicine Bosne i Hercegovine održao se u Sarajevu u hotelu Hills od 19.04. do 21.04.2018. godine u organizaciji Udruženja doktora porodične | obiteljske medicine FBIH i Udruženja doktora porodične medicine Republike Srpske.

Visoki pokrovitelji Kongresa su Ministarstvo civilnih poslova BiH, Federalno ministarstvo zdravstva Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske.

Na Kongresu učestvovalo je 480 učesnika iz devet zemalja iz regije i svijeta. (Bosna i Hercegovina, Slovenija, Hrvatska, Crna Gora, Makedonija, Srbija, Turska, Kanada i Sjedinje Američke Države).

Ukupno je prezentovano 140 naučnih i stručnih radova i to 62 usmene prezentacije, 32 poster prezentacije, 3 stručne radionice i pozvano je 20 predavača da ponude savremene informacije, poglede i rješenja na izabrane teme. Organizirano je i 3 sponzorirana simpozija i 6 sponzoriranih stručnih predavanja.

Posebna sesija je bila za najbolje projekte specijalizanata porodične medicine iz regije. Također je

PRVI KONGRES PORODIČNE MEDICINE

prvi put organizovan u našoj regiji izbor najboljih slučajeva iz porodične medicine na koji se javilo 45 učesnika.

Eminentni žiri je izabrao 10 najboljih koji će imati priliku da budu prezentovani na Kongresu u posebnoj sesiji. Medicinske sestre i tehničari iz porodične | medicne su imali priliku da predstave i svoje radove u edukativnom bloku, Posebni gosti su bili profesori iz regije, Kanade i Sjedinjenih Američkih Država. Fokus

- Kongresa je bio sa sljedećim temama:
- Zdravstveni problemi starijih pacijenata
- Djeca i adolescenti – prevencija i bolesti
- Efekti zagađenja zraka na zdravlje
- Kvalitet menadžmenta hroničnih bolesti Informacione tehnologije u porodičnoj medicini
- Slobodne teme

Poseban značaj Kongres je da on po prvi put okuplja dva udruženja iz oba entiteta koji predstavljaju više od 1500 ljekara porodične medicine. On je pružio mogućnost za razmjenu naučnih i stručnih informacija svih ljekara regije Jugoistočna Evropa ali i šansu za ugodno druženje.



SNAŽNA porodična medicina

JAK

zdravstveni sistem

13. Dani porodične medicine
sa međunarodnim učešćem

Banja Vrućica
hotel Kardial
5. i 6. oktobar 2018.

