

*HRVATSKA UDRUŽBA
OBITELJSKE MEDICINE*



*CROATIAN ASSOCIATION
OF FAMILY MEDICINE*

XVII. kongres obiteljske medicine



**Liječnik kao lijek
Plućne bolesti u PZZ**

Zadar, 2010.

ZBORNİK - XVII. KONGRES OBITELJSKE MEDICINE

Zbornik

Izdavač:

Hrvatska udružba obiteljske medicine

Urednici:

Mirjana Rumboldt

Dragomir Petric

Naslovnica:

Hrvoje Vuković: Sveti Donat, Zadar

Tisak:

Tiskara "Franjo Kluz" d.d. Omiš

Naklada:

1000 komada

HRVATSKA UDRUŽBA
OBITELJSKE MEDICINE



CROATIAN ASSOCIATION
OF FAMILY MEDICINE

ZBORNIK

XVII. KONGRES OBITELJSKE MEDICINE

LIJEČNIK KAO LIJEK
PLUĆNE BOLESTI U PZZ

Zadar, 2010.

CIP - Katalogizacija u publikaciji
SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA U SPLITU

ISBN 978-953-7255-05-3

PROSLOV

Godina dana je prošla od prošlog kongresa, mnogo se toga dogodilo. Učestali su kongresi, "svaki tjedan kongres jedan". Pokušaje drugih ostavljamo kolegama na prosudbu, ali sigurno jest kako pozivanje na jedinstva ne može počivati na usitnjavanju, kopiranju i nelojalnoj konkurenciji. Raznolikost može biti dobra, ali ne može biti ograničena samo na kongrese, dok se u drugim područjima traži bespogovorno jedinstvo, i to ne u uopćenim idejama o dobrobiti za sve liječnike u čemu se svi slažemo, već u provedbenim pojedinostima u mnogočemu neprimjerenim stvarnoj dobrobiti struke.

Stoga ovogodišnja tema, "Liječnik kao lijek", ima mnogo šire okvire od uobičajenog promišljanja o liječniku kao onome koji odnosi ili umanjuje bolest. Liječnik bi trebao biti nositelj zdravlja, ali kako to postići u društvu koje je do kraja u vlasti kapitala, gdje se negdje usput izgubila socijalna dimenzija našeg rada. Možda zato jer se zdravlje teško ili nikako može izmjeriti, dok je to s bolešću mnogo lakše. Kada se ustanovi bolest, može se naplatiti liječenje, kada se utvrdi zdravlje, obično je komentar kako nismo uspjeli naći bolest i pacijent ode drugome!!

Tržišni principi u zdravstvu stimuliraju bolest, to je tekovina zapadne civilizacije, tržišta.

Bolesnik će dati i zadnju kunu za navodni lijek (sve za povrat izgubljenog zdravlja), a kada mu se preporuči zdrava prehrana i promjena životnih navika, to nije prihvatljivo dok na žalost ne bude kasno.

Mnogo od iznesenog u radovima kolega ima posebnu vrijednost upravo za svakodnevni rad u našim ordinacijama. Uostalom, to je oduvijek i bila temeljna ideja na kojoj se stvaraju tematske zbirke radova. Stoga je i ovogodišnji skup posvećen našim promišljanjima i istraživanjima o dijelu naših pacijenata kojima je pažnja i stručnost danas više nego ikada potrebna. Jer upravo je liječnik obiteljske medicine onaj koji kroz preventivu, dijagnostiku, liječenje, njegu i palijativnu skrb objedinjuje biomedicinsku znanost i medicinsku psihologiju. Ovo nije samo sažetak definicije obiteljskog liječnika, ovo je i podsjetnik svima nama na ono što trebamo biti, unatoč svim otporima i nerazumijevanju.

Senzibilitet obiteljskog liječnika za stvarnost, liječnika koji ne dopušta da nas sadašnji problemi obeshrabre u nastojanju da izborimo ne samo potrebnu, već i moguću razinu zdravstvene zaštite, ono je što osigurava skrb svima kojima je nužna, ono je što osigurava sustav od nepromišljenosti, ono je što svima nama osigurava budućnost.

Upravo stoga su i naši skupovi važni. Ne samo brojnošću, već i kvalitetom radova svake godine ukazujemo na opstojnost struke. Struke bez koje nijedan sustav ne može, ma koliko se trudio.

Dragomir Petric

LIJEČNIK KAO LIJEK

DOCTOR AS A REMEDY

Mirjana Rumboldt¹

¹ *Katedra obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu*

Sažetak

Tajna liječenja leži u brizi za bolesnika. Produktivan odnos između liječnika i pacijenta postiže, na temelju uzajamnog povjerenja, višestruke terapijske probitke (dobra suradljivost, pozitivan psihoterapijski učinak, snažan placebo-efekt). Za to je uz znanstveni pristup i tehničku spretnost neophodan i humanistički pristup, čijim se pojedinostima bavi ovaj prikaz.

Ključne riječi: *odnos liječnik-pacijent, terapijski efekt, humanizam*

Summary

The secret of care of a patient lies in the care for that very patient. A productive doctor-patient relationship, based upon mutual trust, can achieve an array of therapeutic gains (good adherence, effective psychotherapy, potent placebo-effect). To attain this goal, besides scientific knowledge and technical skill a lot of human understanding is required, which this essay is dealing with.

Key words: *doctor-patient relationship, therapeutic effect, humanism*

*Tamo gdje je ljubav prema čovjeku
Tu je i ljubav prema medicini*

Hipokrat

Povijesne i socioekonomske natuknice

Liječnička se profesija razvijala tisućljećima, od magičnih prapočetaka, preko teoloških i filozofskih pristupa do suvremene, na znanstvenim dokazima

utemeljene prakse. Svaka je epoha na svoj način obogatila medicinsku tradiciju, npr. grčka etičkim zasadama i dijagnostičko-prognostičkim rasuđivanjem, rimska javnozdravstvenim pristupom, a srednjovjekovna njegom bolesnika i ljekarništvom¹. Premda se odnos između liječnika i pacijenta oduvijek temeljio na uzajamnom povjerenju, društvene su promjene utjecale i na taj odnos. Primjerice, nakon što je Otto von Bismarck 1883. godine u Njemačkoj uveo zdravstveno osiguranje, koje se kao neobično koristan socijalni potez ubrzo proširilo i na druge zemlje², individualni odnos između liječnika i bolesnika pretvorio se je u manje-više anonimni, bezlični susret, gotovo sraz, masa osiguranih osoba i masa zdravstvenih djelatnika, a liječnici su se od zdravstvenih zaštitnika pretvarali u državne namještenike, sa svim implikacijama takvog odnosa.

Važno je ukazati na činjenicu da su naši stručnjaci prvi prepoznali ove probleme, pa je u Hrvatskoj organiziran poslijediplomski studij i specijalizacija opće/obiteljske medicine već 1960. godine¹, desetak godina prije nego u drugim zemljama, primjerice u SAD (1969.)². Razlozi su bili višestruki: nedostatak kompetentnih generalista, nepristupačnost zdravstvene zaštite u udaljenim i ruralnim područjima te visoka cijena, fragmentiranje i depersonaliziranje medicinske skrbi³⁻⁵.

U nas je liberalni kapitalizam potkraj prošlog stoljeća liječnika pretvorio u poduzetnika, gdje se zaštita interesa bolesnika (unatoč suprotnim tvrdnjama) povlači u drugi plan, iza ekonomske računice neophodnog profita. Ti su odnosi posebno poremećeni baš u našim krajevima, gdje su se liječnici morali snalaziti u nejasnim, paralelnim uvjetima privatnog poduzetništva, zakupa i državnog činovništva, pod pritiskom etičkih imperativa i zahtjeva podjednako zbunjenih pacijenata/osiguranika.

Nakon kolapsa globalnog tržišta i bankrota novčarskih institucija diljem svijeta, kriza, tj. nesposobnost/neznanje svrsishodnog usmjeravanja, udarna je tema medija. Financijska kriza nije jedini oblik takve nevolje s kojom se sukobljava današnji svijet. Stručnjaci se već dugo slažu u procjeni da je u pitanju i moralna kriza, što dakako pridonosi sveobuhvatnom poremećaju suvremene medicine u suštinskom smislu riječi. Akademska medicina se optužuje da ne odgovara na potrebe stanovništva. Snaga liječničke profesije postaje dvojbena, društveni ugled se marginalizira, silni pritisci radi pružanja visokokvalitetne zdravstvene zaštite po bagatelnoj cijeni postaju neizdrživi pa sposobne djevojke i mladići sve manje odabiru medicinu za životni poziv, već se usmjeravaju na druge, privlačnije i unosnije profesije⁶.

Što pacijenti očekuju od nas?

Medicinska praksa se i danas, u doba visoko tehnologizirane i gotovo industrijalizirane medicine, provodi u susretu s bolesnikom, nerijetko upravo uz bolesnički krevet, dakle u kliničkim okolnostima. Taj neposredni odnos liječnice/liječnika s bolesnikom uključuje niz prednosti i nedostataka ove specifične veze. Bolesnici, ali i doktori, pristupaju jedni drugima opterećeni brojnim očekivanjima, vjerovanjima, pretpostavkama i predrasudama, koje se bitno razlikuju ne samo između pojedinih društava, već i među skupinama, pa i među pojedincima iz iste obitelji. Vrijednosni sudovi primjerice bitno ovise o svjetonazoru, a ovaj opet o odgoju i socijalnoj mikroklimi⁷. Što je za jednu osobu važno, dobro ili loše, ne mora biti nužno i za drugu. Vrlo su različita mišljenja bolesnika o razlozima zbog kojih bi se trebali javiti liječnici/ku i što od nje/ga mogu očekivati, jednako kao i stavovi doktora o tome zašto bi pacijent tražio njihovu pomoć. Bolesnik s artrozom koljena može uzastopno zvati zbog bolova za koje je primio odgovarajuće lijekove. Zaključuje se da je dosadan egocentrik. Riječ je zapravo o depresiji koja se otkriva tek suicidalnim aktom. Liječnici/ku, koji nisu uspostavili produktivan kontakt s bolesnikom, nije pošlo za rukom ocijeniti da je poziv zbog bolova zapravo očajnički pokušaj da se upozori na sasvim druge tegobe, koje bolesnik tada nije mogao, znao ili htio iskazati.

Što zapravo bolesnici očekuju od doktora? Premda je svako sažimanje krnje, te bi se predodžbe mogle ovako generalizirati⁸:

- da ih liječnice/ci saslušaju i razumiju; potrebno je dakle razvijati sposobnost istinskog zanimanja za bližnjega (empatija) i usmjeravanje pažnje na njihove probleme, uz poznavanje i prakticiranje komunikacijskih vještina,
- stručnu potkovanost (profesionalnu kompetentnost); zbog čega je nužno stjecanje teorijskog znanja i vladanje dijagnostičko-terapijskim vještinama;
- prihvatljivo tumačenje njihovih tegoba uz informirano sudjelovanje u donošenju odluka; imaju pravo na istinu i obično je žele čuti, ali ne prihvaćaju oduzimanje nade (važnost dobre komunikacije);
- konačno, očekuju da ih liječnik/ca neće napustiti zbog loše prognoze ili terminalne faze bolesti; ako već ne može postići izlječenje, pored suzbijanja nesnosnih simptoma uvijek mora ponuditi pozornost, poštovanje i razumijevanje; tajna liječenja leži dakle u skrbi ili brizi za bolesnika.

Isto bi se moglo prikazati i malo drugačije, u nekoliko točaka, kako prikazuje tbl. 1.

Tablica 1. Što pacijent očekuje od liječnika?

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Humanost2. Znanje i vještine3. Dosljednost, pouzdanost i iskrenost4. Pristupačnost5. Pravednost |
|--|

- 1. Humanost.** Dok se znanstveni pristup bolesnoj osobi zasniva na determinizmu prirodnih pojava, humanistički pristup počiva na sustavu vrijednosti, koji na prvo mjesto stavlja ljudsku osobu i njene potrebe³. Bit znanstvenog pristupa leži u objektivnoj spoznaji, dok humanost počiva na moralnim sudovima, koji proizlaze iz svjetonazora. Dok je znanost objektivna i traži u prvom redu uzroke pojava, etika je subjektivnija i bavi se razlozima i svrhovitošću ponašanja. Ako je riječ o zajedničkim stavovima, vjerovanjima i pravilima ponašanja jedne sredine, jasno je da se pristup bolesniku uz znanstvene mora zasnivati i na moralnim zasadama⁸. Ipak, bez obzira na sve zapreke, obiteljski liječnici znaju koliko je humanizam važan i kako je neophodno podučavati i odgajati buduće kolege u tom duhu^{2,4}. Premda nema kursa ni predmeta na kome bi se učilo kako postati bolja osoba, postoji više tečajeva iz književnosti, pjesništva, umjetnosti i komunikacijskih vještina koji su usmjereni tom cilju. No najvažniji vid takvog podučavanja je dobar osobni primjer⁴. Zato je obiteljska medicina neiscrpno vrelo izvrsnih mentora medicinske edukacije u modernom smislu riječi²⁻⁵.
- 2. Znanje i vještine.** Solidno teorijsko znanje i trajno usavršavanje neophodni su kako za prevenciju, tako i za dijagnosticiranje, liječenje i rehabilitaciju naših pacijenata. Valja imati na umu da pacijent u pravilu ne traži savršenu dijagnozu, on traži pomoć, a liječnik mu pruža ono što je za bolesnika u danom trenutku najprihvatljivije rješenje. Osim manualne spretnosti u provođenju stanovitih zahvata (npr. kardiopulmonalna reanimacija), pažnju treba usmjeriti na komunikacijske i druge vještine u odnosu prema pacijentima, odnosno prema javnosti^{9,10}. Komunikacijske vještine ne pridonose samo boljem odnosu liječnik-bolesnik, već igraju i važnu ulogu u dijagnostičko - terapijskom postupku¹¹. Tako npr. uzimanje anamneze, koju ne smijemo shvatiti kao puku formalnost, aktivnim slušanjem bolesnika (jednoj od najvažnijih, ali teških komunikacijskih vještina) dobivamo dragocjene podatke (*faktualni dio anamneze*), ne samo o njegovom zdravstvenom stanju već i o njegovom, ali i našem odnosu

prema toj činjenici (*emocionalni dio anamneze*). Pažljivim slušanjem i propitkivanjem, pacijentu dajemo do znanja da je on nama važan, čime spoznaje našu brigu i skrb. Jedan se pacijent ovako očitovao o svom liječniku: "*You made us feel like we were the most important people in the world*"¹². Ovakvim ugođajem, doživljavanjem sebe kroz vrlinu liječnika, u bolesnika se postiže ne samo psihoterapijski i placebo efekt, već i poboljšanje suradljivosti; rastuće povjerenje koje unapređuje provođenje naših preporuka (*terapijski dio anamneze*).

Svojim znanstvenim radom i sudjelovanjem na istraživačkim projektima, liječnici dobivaju na društvenom ugledu i pridonose svjetskom znanju (ilustrativan je nedavni primjer trezvene procjene rizika hormonske kontracepcije na širokom uzorku pacijenata obiteljske medicine¹³), što im uz ostale, spomenute osobine daje dodatnu vrijednost u očima pacijenata.

3. Dosljednost. Dosljedno ponašanje (npr. držanje riječi, vraćanje dugova) neophodno je u gotovo svim oblicima čovjekovog djelovanja, uključujući odgoj djece i davanje sebe kao primjera. To vrijedi i za iskrenost te pouzdanost. Ove su osobine posebno važne za liječnika jer svojim primjerom (npr. pristojnim ponašanjem, odmjerenim odijevanjem, umjerenošću u jelu i piću, nepušenjem) pokazuje kako bi se trebali vladati pacijenti ("*role model*"¹⁴), a svojom iskrenošću i dosljednošću učvršćuje povjerenje pacijenta, koje je toliko važno za terapijsku uspješnost⁷. Unatoč silnom prodoru masovnih, navlastito elektronskih medija komuniciranja, pacijenti najviše ipak vjeruju svojim liječnicima, i to pouzdanje posljednjih godina čak raste¹⁵.

4. Pristupačnost. "Vi ste doktore/ice uvijek tu kad vas trebam" ne znači biti na raspolaganju u svako vrijeme, kad se bilo tko sjeti. Pristupačnost proizlazi iz uzajamnog razumijevanja i poštivanja. Pacijenti tako učvršćuju vezu sa svojom doktoricom/doktorom, bolje su informirani, a obično i manje "zanovijetaju"¹⁴. Važne informacije glede najprimjerenijeg liječenja bolje se prihvaćaju i provode u djelo, primjerice o smanjenju dijetalnog unosa soli¹⁶ ili o razvikanim postupcima "alternativne" medicine, poput uzimanja biljnih pripravaka¹⁷. Pristupačnost i susretljivost ne uključuju međutim podilaženje. Udvojničkim ponašanjem prema pacijentima, s ispunjavanjem gotovo svake želje (npr. propisivanje recepata na zahtjev), griješimo naime u barem tri vida:

- a. neodgovorno se razbacujemo ograničenim sredstvima, na štetu onih kojima su najpotrebnija;
- b. pacijentu osim kratkoročnog zadovoljenja ne pružamo nikakav zdravstveni probitak, dok su negativnosti (npr. nuspojave) zadane;

c. premda kratkoročno možemo postići stanovitu naklonost pacijenta (npr. neće odabrati drugu liječnicu), na iole duži rok gubimo vjerodostojnost, ugled i poštovanje.

5. **Pravednost.** Troškovi zdravstvene zaštite vrtoglavo rastu, a raste i jaz između rastućih ulaganja i unapređenja zdravlja pučanstva. Namjenska sredstva su u svim društvima ograničena i ne mogu pokriti sve troškove koje bi razvijeno i tehnologizirano zdravstvo moglo uspostaviti. U nas je stanje posebno nepovoljno, kako zbog niskog nacionalnog dohotka, tako i zbog urušenog gospodarstva. Od liječnika se očekuje da će pravedno raspoređivati alocirana sredstva, za najveću dobrobit zajednice. Pravedna distribucija zdravstvene zaštite nije međutim samo financijski, već i etički problem¹⁸. Kako najbolje provesti raspodjelu? Dati prednost onima koji najviše trebaju, onima koji su najviše pridonijeli društvu (najzaslužniji), onima koji mogu najbolje platiti ili do određenog praga osigurati podjednaku zaštitu za sve slično bolesne osobe?

Smatra se da dijagnostičke i terapijske intervencije valja odmjeravati prema individualnim potrebama bolesnika. Ipak, kako liječnici, tako i pacijenti, a posebno političari, trebaju, uz nužnu uviđavnost, ne samo racionalno, već i emocionalno shvatiti da su sredstva za zdravstvenu zaštitu ograničena. Pri donošenju odluka suvremeni medicinar treba kvalitativnoj dimenziji dodati kvantitativnu, a žarište razmišljanja, do danas usredotočeno na pojedinca, mora pomaknuti prema populaciji. Naime, ako zanemari opći interes i daje jednima, istodobno oduzima drugima, ne samo pojedincima ili skupinama, već i čitavim javnim sektorima (npr. više zdravstvu - manje školstvu). Liječnička pravednost tu upada između čekića smanjenja troškova i nakovnja unapređenja kakvoće skrbi. Ekstravagantna dijagnostika i pomodno liječenje, navlastito neutemeljeno propisivanje na zahtjev pacijenta, etički su neprihvatljive. Svrshodnom prosudbom individualnih rizika može se, uz osjećaj mjere, odrediti onaj uski segment povjerene nam populacije koji doista zahtijeva intenzivnu obradu i složeno liječenje. Ipak, u rijetkom slučaju moralne dileme između individualne koristi (bolesnika) i javnog dobra (uštede), valja zaštititi zdravstvene interese bolesnika, koji uvijek mora biti naš cilj, a nikada sredstvo¹⁸.

Što mi očekujemo od pacijenata i od društva?

U prvom redu veću dosljednost. Naime, ako se od nas očekuje predanost pozivu, usredotočenost na dobrobit bolesnika i gotovo permanentna dostupnost, onda nam organizirano društvo treba i omogućiti takvu razinu

življenja, od javnog uvažavanja do financijske kompenzacije. Ukoliko nas društvo tretira kao drugorazredne namještenike, razumljivo je da ćemo se činovnički i ponašati.

Od naših pacijenata očekujemo veći stupanj suradljivosti. Prava pacijenata su na žalost vjekovima bila zataškavana. Nakon svih strahota nepravdi koje su u daljoj i bližoj prošlosti uništavale ljudsko dostojanstvo i bezbrojne žrtve zdravih i bolesnih, bilo je krajnje vrijeme da se prava pacijenata legaliziraju¹⁶. Međutim, prava bez odgovornosti lako izmiču kontroli. Naime, današnji pacijent polaže pravo na individualnu korist, ali odgovornost želi socijalizirati. Drugim riječima, ne želi se odreći svojih zdravstvenih prava (što je dobro), ali istodobno ne prihvaća odgovornost za svoje zdravlje (što nije dobro). Liječnici naprotiv očekuju od svojih pacijenata da se odgovorno odnose prema svom zdravlju (navlastito glede općih mjera životnog stila, npr. ne pušiti, ne prejedati se, više se kretati) i da zajedno djeluju na unapređenju zdravlja, prevenciji i liječenju bolesti. Suradljivost (engl. "*adherence*" ili "*compliance*") je osovina odnosa liječnik - bolesnik. Nepoštivanje tog odnosa dovodi do neuspjeha: štete za bolesnika i nezadovoljstva liječnika.

Glavni argumenti o važnosti obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite su pružanje kvalitetnih usluga na prihvatljivoj znanstvenoj razini, a uz što nižu cijenu. Ipak, jesu li opseg obavljenog posla, njegova ekonomičnost i standardi utemeljeni na znanstvenim dokazima jedine vrednote na koje se trebamo oslanjati u ovom kriznom razdoblju? Prema definiciji obiteljske medicine rukovodimo se konceptima usmjerenosti na pacijenta, humanosti i ljudskog razumijevanja. Jasno nam je da sama znanstvena spoznaja nije dovoljna za dobrog doktora. Velika nas većina prakticira obiteljsku medicinu kao disciplinu skrbi, koja se služi znanošću tek kao sredstvom. Znamo da za dobru praksu moramo biti povezani s našim pacijentima i na osobnoj razini; uz anamnezu trebamo poznavati i osobu koja je iznosi. Svjesni smo da se obiteljska medicina ne može industrijalizirati i svesti tek na niz precizno definiranih postupaka, koji se mogu standardizirati i kvantitativno nadzirati⁶.

Na putu afirmiranja humanističkog pristupa u medicini postoji međutim nekoliko zapreka. Čovjekoljublje nije pomodno jer se više bavi kvalitetom nego kvantitetom. Teško se opisuje ili mjeri na tradicionalan znanstveni način. Na velikoj smo kušnji kad nastojimo pružiti pravi odgovor na patnje naših bolesnika, a da se pritom emocionalno ne preopteretimo. Ako se emocionalno vežemo s bolesnikom, gubimo "objektivni odmak" i postajemo skloni pogreškama zbog subjektivnosti. Lakše je biti objektivan i temeljiti svoje odluke na čvrstim dokazima; takve odluke, za razliku od onih subjektivnije prirode, ne opterećuju donositelja individualnom odgovornošću za ishod. Naš

pristup je stoga zahtjevniji. Odnosi među osobama su nerijetko vrlo složeni, naporni i neugodni. Obiteljska liječnica ili liječnik su javne osobe, što pred njih i njihovu obitelj postavlja dodatne zahtjeve; ponekad je nemoguće povući crtu razgraničenja između osobnog i profesionalnog života. Humanizam pretpostavlja određene stavove, koji se na fakultetu u pravilu ne uče, poput sposobnosti za kompromis, tolerancije, poniznosti ili prihvaćanja drugačijeg sustava vrijednosti.

Ako je obiteljska medicina uspjela uvjeriti zdravstvenu javnost da je humanistička edukacija važna⁷, kako sad uvjeriti političare da te stavove treba provesti u djelo i da se u to isplati investirati? Ako čovjekoljublje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti unapređuje zdravlje, onda taj doprinos treba biti mjerljiv. Nismo bili dovoljno uspješni u dokazivanju činjenice da humanizam pomaže, a još manje u otkrivanju mehanizama zašto i kako. Znamo da je takav pristup većinom težak, ponekad i nepoćudan. Kako mjeriti i standardizirati terapijsku učinkovitost takvog pristupa? Zašto je djelotvoran? Koliko je važna anticipacija pacijenta, koliko povjerenje, a koliko placebo-efekt? Postoji puno teških i izazovnih pitanja, a od nas se traže brzi odgovori ako želimo učvrstiti svoj položaj u suvremenom društvu, gdje cinike koji vladaju svijetom mogu uvjeriti samo jasni dokazi i tvrdi podaci⁶. Alternativa je prihvaćanje stava kako je humanizam zapravo nevažan te obučavati mlade liječnike da se priviknu na ljudsku tragediju i da budu što je moguće "objektivniji". To bi bio i kraj obiteljske medicine kakvu poznajemo i kakva nam je na srcu^{2-8,12,14}.

Literatura

1. Popović B, Letica S, Škrbić M. Zdravlje i zdravstvena zaštita. Zagreb: Jumena, 1981:393-452.
2. Canfield PR. Family medicine: a historical perspective. J Med Educ. 1976;51:904-11.
3. Grmek MDG, Budak A, ur. Uvod u medicinu. 3. izd. Zagreb: Globus, 1996:173-83.
4. Budak A i sur. Obiteljska medicina. 3. izd. Zagreb: Gandalf, 2000:77-89.
5. Jakšić Ž, Budak A, Blažeković-Milaković S, Ebling Z, Jurković Lj, Katić M i sur, ur. Obitelj i zdravlje. Zagreb, Osijek, Rijeka, Split: ŠNZ "A. Štampar", 1995:17-220.
6. Švab I. The challenged values of family medicine. U Rumboldt M, Petric D, ur. Zbornik XVI. kongresa obiteljske medicine. Split: HUOM, 2009:7-13.

7. Rakel RE, ur. Osnove obiteljske medicine. Zagreb: Ljevak, 2005:3-46.
8. MacKenzie CR. What would a good doctor do? Reflections on the ethics of medicine. *Hosp Spec Surg J* 2009;5:196-9.
9. Reardon KK. Interpersonalna komunikacija. Gdje se misli susreću. Zagreb: Alinea, 1998: 143-80.
10. Richman N. Komuniciranje s djecom. Kako pomoći djetetu kada je u nevolji. Zagreb: Dobrobit, 1994:13-106
11. Klain E i sur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing, 1999:70-176.
12. Merenstein B, Merenstein J. Patient reflections: saying good-bye to a retiring family doctor. *J Am Board Fam Med* 2008;21:461-5.
13. Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane TI, Elliott AM, Angus V, Lee AJ. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception study. *BMJ* 2010;340:c927.
14. Irvine DH. Everyone is entitled to a good doctor. *MJA* 2007;186:256-61.
15. Hesse BW, Moser RP, Rutten LJ. Surveys of physicians and electronic health information. *N Engl J Med* 2010;362:859-60.
16. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, Goldman L. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010;362:590-9.
17. Tachjian A, Maria V, Jahangir A. Use of herbal products and potential interactions in patients with cardiovascular diseases. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:515-25.
18. Rumboldt Z, Rumboldt M. Pharmacoeconomics of the statin drugs. *Period Biol* 2002;104:107-12.

ŠTO JE DONIO SLOBODAN IZBOR LIJEČNIKA U GRADU? MIŠLJENJE OBITELJSKIH LIJEČNIKA

WHAT THE FREE CHOICE OF DOCTORS
BROUGHT IN A TOWN?
A FAMILY PHYSICIAN'S OPINION

Mirica Rapić¹, Blaženka Polović², Renata Miškulin³,
Snježana Jurčević⁴, Zvezdana Mareković - Madžarac⁵,
Marina Vlahović - Podrebarac⁶

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Mirica Rapić, Karlovac

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Blaženka Polović, Karlovac

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Renata Miškulin, Karlovac

⁴ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Snježana Jurčević, Karlovac

⁵ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Zvezdana Mareković, Karlovac

⁶ Ordinacija obiteljske medicine Marina Vlahović- Podrebarac, Karlovac

Sažetak

Cilj rada je analizirati strukturu pacijenata koji su promijenili svog obiteljskog liječnika u gradu s dovoljnim brojem liječnika, razloge njihovog odlaska obzirom na dob i duljinu liječenja, opravdanosti tog postupka prema mišljenju njihovih dosadašnjih liječnika. Retrospektivno smo analizirali liste pacijenata koji su se liječili kod šest liječnika obiteljske medicine u Karlovcu, a koji su tijekom 2007. i 2008. godine promijenili svog obiteljskog liječnika. Po mišljenju njihovih dosadašnjih liječnika samo 42% pacijenata je opravdano otišlo drugom liječniku. Slobodan izbor liječnika sa svim svojim prednostima i nedostacima je naša realnost. Radeći kvalitetno, poštujući algoritme struke, uz korektan odnos prema pacijentima, ne podilazeći im, biti će sve manje sumnji i nepoznanica o razlozima odlaska pacijenta od svog liječnika a sve više kvalitetom potaknutih promjena.

Ključne riječi: *obiteljski liječnik, slobodan izbor, stres*

Summary

Our aim was to analyze the structure of patients who change their family doctor in town with enough doctors, the reasons for their departure with

respect to age and length of treatment, the justification of this procedure in the opinion of their previous doctor. In the town of Karlovac we retrospectively analyzed the list of patients who were treated with six family doctors and that during 2007 and 2008 g changed them. In the opinion of their previous doctors only 42% of the patients went to another physician with justified reason. Free choice of doctors as well as the achievement of democracy, with all its advantages and disadvantages is our reality. With improvement in quality of our work, better implementation of guidelines and relations to patients without additional burden we will reduce the suspicion about reasons for family doctor changing and increase importance of quality.

Key words: *family doctor, free choice, stress*

Uvod

Zahvaljujući novom društvenom ustrojstvu, demokraciji, liberalizaciji odnosa u društvu, slobodnom tržištu roba i kapitala, devedesetih godina prošlog stoljeća u Republici Hrvatskoj, došlo je i do bitnih promjena u zdravstvu, odnosno na nivou primarne zdravstvene zaštite, u obiteljskoj medicini. Došlo je do pojave privatizacije dijela primarne zdravstvene zaštite i slobodnog izbora liječnika od strane pacijenata¹.

Slobodnim izborom liječnika dana je sloboda pacijentima da sami odlučuju kod koga će se liječiti, da izaberu liječnika po svojoj volji i po svojoj mjeri, koliko žele u skladu s propisima HZZO-a². Na taj način računalo se da će se smanjiti nezadovoljstvo pacijenata prisilnim dotadašnjim liječenjem kod određenog liječnika bilo prema dobi, radnom statusu, teritorijalnoj pripadnosti ili prema socijalno-društvenom položaju, a liječnike potaći na kvalitetnije nadmetanje s drugima.

U početku, slobodan izbor za pojedinca pomalo postaje slobodan izbor za cijelu obitelj. Liječnici koji su prije liječili određenu starosnu grupu pacijenata, ili samo određenu kategoriju pacijenata, polako postaju liječnici oko kojih se okuplja cijela obitelj, postaju obiteljski liječnici što je i cilj liječenja u obiteljskoj medicini³. Neka prethodna istraživanja ukazuju da se sve više svi članovi familije opredjeljuju za istog liječnika jer smatraju da je to za obitelj najbolje rješenje^{4,5}. To je proces koji je započeo pred 20-tak g. a traje i danas. I to je ono pozitivno što je donio slobodan izbor liječnika^{1,5}. Izborom svog obiteljskog liječnika u koga se ima povjerenja stvara se zajednička sudodgovornost, partnerski odnos liječnik-pacijent u liječenju. Time je dodatno potvrđena dužnost svakoga da se brine za svoje zdravlje i da je odgovoran za njega pa i kroz izbor po njemu, liječnika- partnera⁶.

Prvih godina nakon donošenja odluke o slobodnom izboru, postojalo je ograničeno vrijeme za prijelaz pacijenata od jednog liječnika drugome. Tijekom godina liječnik se nije mogao više mijenjati s izuzetkom, ako je promijenio mjesto stanovanja. Međutim, idući smjerom što veće liberalizacije u zdravstvu, idući u susret željama pacijenata, zadnjih godina izmjenom pravilnika o slobodnom izboru, pacijent može tijekom cijele godine, kada god zaželi, promijeniti svog dosadašnjeg liječnika a da se liječio barem jednu godinu kod njega². Međutim pacijent uvijek može navesti da ima sukob s liječnikom, poremećaj odnosa i tada mu HZZO, uglavnom odobrava prelazak i ispod godine dana. Tako je slobodan izbor postao kontinuirani proces koji traje tijekom cijele godine, a svaki mjesec liječnici bivaju iznenađeni s nekim imenima koji su se našli na listi "otišlih" pacijenata. Liječnik je postao kao i roba na tržištu, roba koga se ocjenjuje, procjenjuje, delegira, zamjenjuje i obvezuje svojim opredjeljenjem.

Donošenjem odluke o slobodnom izboru, nastojalo se povećati zadovoljstvo pacijenata slobodom izbora svog liječnika, pojačati svijest pacijenata o brizi i odgovornosti za vlastito zdravlje, poboljšati suradljivost pacijenta i liječnika, povećati liječnička odgovornost prema svojim pacijentima, te potaknuti kvalitetna konkurencija među liječnicima u borbi za pacijenta^{7,8}.

Nakon toliko godina slobodnog izbora, većina liječnika će se složiti da je institucija slobodnog izbora liječnika zaista demokratska tekovina koju treba njegovati, ali i doradivati, jer ponekad umanjuje kvalitetno djelovanje liječnika obiteljske medicine. Takav način slobodnog izbora ipak nije u nekom većem obimu podignuo kvalitetu rada jer je bacio liječnike bespoštedno na tržište, zbog njihove materijalne ovisnosti o broju opredijeljenih pacijenata. U mnogim gradovima gdje ne manjka liječničkog kadra, dio pacijenata to obilno koristi, ne biraju najbolje već one koji će im pružiti najviše, po njihovom poimanju prava na zdravstvenu zaštitu, a to obično nije kvalitet, već kvantitet. Nastoje voditi liječnika, a liječnik je uhvaćen u mrežu, ili pristati ili ostate bez tih pacijenata. Neki pacijenti to dobro znaju i zloupotrebljavaju slobodan izbor liječnika. Dio liječnika je i prešutno pristao da ide uz želju pacijenta zbog opasnosti da ih se izgubi, oni su "dobri" kod kojih se uvijek sve dobije⁹. Oni su u sukobu sami sa sobom i svojim stavovima, a sve to povećava zdravstvenu potrošnju i smanjuje dignitet liječnika. Liječnici koji se drže svoga stručnog stava i ne popuštaju pritiscima pacijenata, brzo se razglase kao škrti i strogi, što ih čini nepopularnim kod odabira za svog liječnika. Takav liječnik ostaje iznenađen mjesečnim listama pacijenata na kojima više nema nekih njegovih dojučerašnjih pacijenata, a da nije ni svjestan da ono što on misli pod kvalitetno pruženom uslugom, nije uvijek očito to što i pacijent misli.

A iznad svega, liječnici imaju ugovor s HZZO-om, svojim financijerom, a u njemu su pravila ponašanja, kaznene sankcije za bolovanje, potrošnju lijekova, dijagnostičku potrošnju. Pritisak od strane HZZO-a s jedne, pritisak nekih pacijenata sa svojim nerealnim zahtjevima s druge strane, stručnost i kvaliteta liječnika s treće strane, zaista su mnogo puta suprostavljeni.

Slobodan izbor liječnika u gradovima, koji ne oskudijevaju s liječničkim kadrom, u punoj mjeri se konzumira i pokazuje neke svoje karakteristike. Gradovi su mjesta velike fluktuacije i mobilnosti stanovništva pa sve pozitivnosti i negativnosti slobodnog izbora dolaze u njima do pravog izražaja

Cilj

Analizirati strukturu pacijenata koji su promijenili svog obiteljskog liječnika u gradu gdje ima dovoljno liječnika, razloge njihovog odlaska s obzirom na dob i duljinu liječenja, opravdanosti tog postupka prema mišljenju njihovih dosadašnjih liječnika.

Ispitanici i metode

Karlovac je osrednji grad s oko 60 000 stanovnika o kojima skrbi 36 liječnika obiteljske medicine i 4 pedijatra. Broj osiguranika u skrbi liječnika obiteljske medicine kreće se od 1250 do 2800. Karlovac je površinski mala sredina i za pet minuta automobilom pacijent dođe od Švarče do Banije ili od Lušćića do Rakovca, perifernih dijelova Karlovca, a pješice postoje ambulante koje su 5 - 20 minuta hoda maksimalno udaljene jedna od druge. U takvoj situaciji pacijentima su zaista liječnici nadohvat ruke i nije ih teško promijeniti.

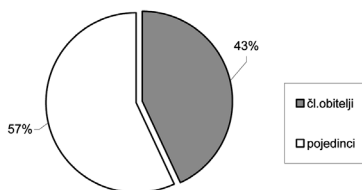
Retrospektivno smo analizirali liste pacijenata koji su se liječili kod šest liječnika obiteljske medicine u Karlovcu, a koji su tijekom 2007. i 2008. g izabrali novog obiteljskog liječnika. Analizirali smo pacijente liječnika čije su ordinacije smještene na 4 različita mjesta u Karlovcu. Od šest liječnika, pet je specijalista obiteljske medicine, a jedna liječnica je bez specijalizacije. Svi oni imaju iza sebe dosta godina radnog staža, naručuju pacijente na preglede, obavljaju kućne posjete, telefonski konzultiraju pacijente.

Analizirao se broj obitelji i broj pojedinaca koji su promijenili svog liječnika, dob pacijenata, duljina liječenja i vrijeme zadnje posjete kod ordinariusa od koga se otišlo. Prema mišljenju njihovih dosadašnjih liječnika određeni razlozi odlaska grupirani su kao: promjena mjesta boravka, odlazak bližem

liječniku, "sukob-neslaganje" s liječnikom zbog razilaženja u stavovima ili nepoznati razlog. Kao razlog zbog "sukoba -neslaganja", registrirao se svaki pacijent koji je najavio ili na neki način naznačio svoje nezadovoljstvo s liječnikom zbog osporavanja mu nekih, po njegovom mišljenju prava iz zdravstvenog osiguranja, kroz uputnice, bolovanje, recepte, izraženu sumnju u kvalitetu liječničkog rada, poremećen odnos s liječnikom, neslaganje sa sestrom i slično. Promjena mjesta stanovanja najjasnije je utvrđeni razlog promjene liječnika. Pod odlaskom bližem liječniku je odlazak drugom liječniku, čija je ordinacija bliže lokaciji stanovanja pacijenta. Pod nepoznatim razlogom svrstani su odlasci pacijenata koji se nisu mogli ubrojiti u prve tri kategorije, bili su nepoznati liječniku i sestri i oni nisu mogli spoznati pravi razlog odlaska. Dosadašnji liječnici, koji su dobro poznavali većinu svojih pacijenata, njihovu obitelj i njihovu psihosocijalnu strukturu, izrazili su svoj subjektivni stav o opravdanosti odlaska njihovih pacijenata drugome liječniku, uključujući sve eventualno mu poznate razloge.

Rezultati

Prosječno mjesečno, 2 do 3 pacijenta u Karlovcu mijenja svog obiteljskog liječnika, odnosno "nestaje" s liste svog dosadašnjeg liječnika. U dvije godine, 359 pacijenata od šest liječnika obiteljske medicine, ili 2,5% prosječno godišnje po liječniku, prema broju opredijeljenih pacijenata, je promijenilo liječnika. Otišlo je 47 obitelji sa 156 svojih članova (43%) i 203 pojedinačnih pacijenata (57%). Žene su u većem postotku od muškaraca promijenile liječnika (42,6% M, 57,4% Ž) (sl. 1).



Slika 1. Odnos "otišlih" članova obitelji i pojedinačaca (N=359).

Sve dobne skupine mijenjaju liječnike proporcionalno njihovoj zastupljenosti kod liječnika. Najveći postotak pacijenata (63%) koji su promijenili liječnika, pripadao je mlađoj i srednjoj dobnoj skupini (18-65g.; tbl.1)

Tablica 1. Dobna raspodjela otišlih pacijenata

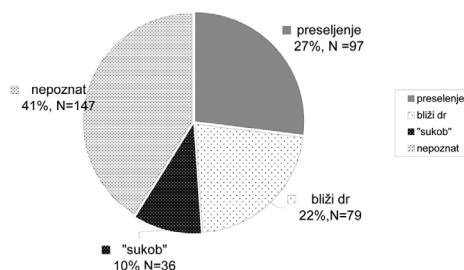
Dob	Broj	%
0-18	26	7%
18-45	111	31%
45-65	115	32%
>65	107	30%
Ukupno	359	100%

Najveći postotak pacijenata koji su promijenili liječnika činili su oni koji su se i najdulje liječili kod tog liječnika (41%). Međutim, visoki postotak (31%) čine i pacijenti koji su se najkraće liječili (do 5 g.) kod dosadašnjeg liječnika (tbl. 2).

Tablica 2. Duljina liječenja pacijenata

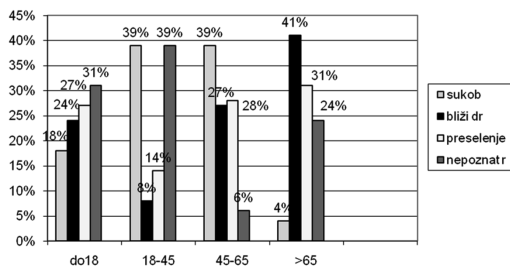
Trajanje (godine)	Broj	%
0-5	111	31%
5-10	101	28%
>10	147	41%
Ukupno	359	100%

Po ocjeni njihova dosadašnjeg liječnika, čak 41% je promijenilo liječnika zbog nepoznatog razloga, 10% je otišlo direktno ili indirektno najavljeno zbog tzv. "sukoba-neslaganja", 27% je prešlo zbog preseljenja u drugo mjesto, a 22% je prešlo bližem doktoru od dosadašnjeg (sl. 2).



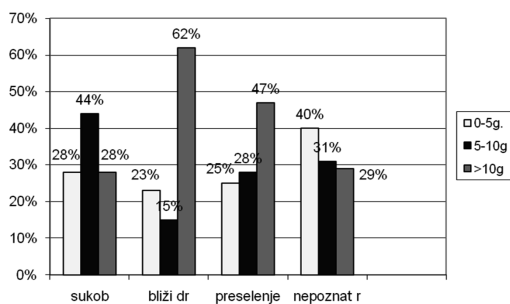
Slika 2. Razlozi odlaska pacijenata od liječnika.

Većina starijih (41%) prešla je bližem liječniku, 31% ih se preselilo u drugo mjesto, a samo 4% ih je promijenilo svog liječnika zbog "sukoba-neslaganja". Mlađi pacijenti (18-45g) odlaze većinom zbog nepoznatog razloga (39%) i "sukoba (39%; sl. 3).



Slika 3. Dobna raspodjela s obzirom na razlog odlaska.

Zbog "sukoba mišljenja" najviše (44%) su promijenili liječnika oni pacijenti koji su se liječili kod dosadašnjeg liječnika od 5-10godina. Bližem liječniku otišlo je najviše pacijenata (62%) koji su se najdulje liječili kod dosadašnjeg liječnika (>10g), a zbog nepoznatog razloga u najvećem postotku (40%) su pacijenti koji su se najkraće liječili kod dosadašnjeg ordinariusa (0-5 god.; sl. 4).



Slika 4. Razlog odlaska prema duljini liječenja.

Iznenadujuće je da je samo 6% obitelji prešlo bližem liječniku, 23% obitelji je otišlo zbog preseljenja, a čak 32% zbog sukoba i 39% zbog nepoznatog

razloga. Zadnju godinu posjetilo je svog dosadašnjeg liječnika čak 83% pacijenata, a dulje od 5 g. nije dolazilo dosadašnjem liječniku samo 3% prešlih pacijenata. Na neki način 37% pacijenata je najavilo svoj odlazak, a 63% je samo "nestalo" s liste liječnika bez znaka ili najave odlaska. Najviše, čak 80% pacijenata koji su promijenili mjesto svoga stanovanja je najavilo svoj odlazak i podiglo svoj zdravstveni karton, a 61% onih s kojima je ordinarius imao "sukob" je najavilo svoj odlazak i 33% onih koji su prešli bližem liječniku. Samo u 4% osiguranika za koje ordinarius nije uspio saznati razlog promjene liječnika je najavilo odlazak novome liječniku. Po mišljenju njihovih dosadašnjih liječnika samo 42% pacijenata je otišlo opravdano, a 58% neopravdano. Po mišljenju dotadašnjeg liječnika samo 8% pacijenata koji su prešli zbog "sukoba" opravdano su otišli, 68% je opravdano otišlo bližem doktoru, 93% zbog preseljenja, a samo 2% opravdano zbog nepoznatog razloga.

Rasprava

Slobodan izbor liječnika uveden kod nas pred dvadesetak godina, bila je novina kako za liječnike tako i za pacijente. Pacijenti su dočekali svoje slobodno pravo da biraju liječnika po svom nahođenju na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju¹. Prestalo je dotadašnje administrativno nametanje liječnika prema dobi, teritoriju ili kategoriji osiguranja pacijenata. Prvih godina slobodnog izbora došlo je do velikog preslojavanja pacijenata s jednog kraja grada na drugi, prema bližem, popularnijem liječniku, prema onome koji već liječi neke njihove članove obitelji, prema onome koji je bliži mjestu njihova rada, koji je ljubazniji, stručniji i slično. Istraživanja govore da je tih prvih godina slobodnog izbora, prosječno 5% pacijenata svake godine promijenilo svog obiteljskog liječnika⁵. Neka ispitivanja iz toga razdoblja govore da se liječnici najčešće mijenjaju zbog udaljenosti dosadašnjeg liječnika, dugog čekanja na red, preseljenja, neljubaznosti osoblja ili nezadovoljstva njihovim radom¹⁰.

Liječnik je postao direktno egzistencijalno ovisan o broju opredijeljenih pacijenata. Shvaćajući da mu za zadržavanje pacijenta, zbog brojčano jake konkurencije u gradu, više nije dovoljno samo ime, struka i specijalizacija, već daleko više. Došlo je i do evidentnih promjena kod liječnika, do korekcija u svome radu. Mijenja se odnos prema pacijentima, pridaje im se veća pažnja i ljubaznost, podiže kvaliteta rada, širi se spektar usluga¹¹. Humanizira prostor čekaonice i ordinacije uz prisustvo televizije, muzike, slika, brošura,

plakata, oglasa, do naručivanja na pregled, a ponegdje uz dostupnost automata za bistru vodu, kavu i sokove. Pacijenti se naručuju na preglede kod liječnika, liječnici odgovaraju na telefonske upite pacijenata, liječnici dogovaraju za svoje pacijente dijagnostiku i specijalističke konzultacije, na usluzi su im čak i putem telefona, faxesa i interneta, a kod nekih i mobitelom izvan radnog vremena^{12,13}. Time se sve više nastojalo približiti pacijentovim željama, zadržati svoje postojeće pacijente, privući nove. Nastojalo se povećati povezanost između liječnika i pacijenata, shvaćajući da dosadašnji liječnik nije nezamjenjiv.

U našem ispitivanju tijekom 2007. i 2008. g. prosječno je godišnje 2,5% pacijenata promijenilo svog obiteljskog liječnika. To je manji postotak od postotka koja su pokazala ispitivanja vezana za slobodan izbor u samom njegovom početku korištenja⁴. Početnih godina slobodnog izbora, većinom su se pacijenti opredijelili i iskoristili svoje pravo slobodnog odlučivanja o svom budućem liječniku. Izabrali su svog obiteljskog liječnika, pa je sada manji broj preseljenja. Međutim, slobodan izbor je proces koji kontinuirano traje tijekom cijele godine, odnosno zadnjih par godina svakog mjeseca donosi promjene na listama pacijenata. Jedni odlaze, drugi dolaze možda u manjem postotku, ali ipak je lista promjenjiva. To je i očekivana pojava osobito u gradovima gdje ima dosta liječnika kao što je grad Karlovac. U gradovima stanovništvo dosta migrira s jednog kraja grada na drugi, a pacijenti su informirani i zahtjevni, kako zbog blizine liječničkih ordinacija obiteljske medicine, tako i blizine bolnica i usluga njene specijalističke službe.

U našem ispitivanju možemo uočiti da su više slobodan izbor koristile žene od muškaraca, što možemo tumačiti njihovoj većoj zastupljenosti u populaciji, duljem vijeku života, češće korištenim zdravstvenim uslugama, a očito i češćim zdravstvenim potrebama. To im sve daje veću mogućnost u procjeni koga žele za svoga liječnika i zašto. Pozitivno je to, što se prilikom opredjeljenja za budućeg liječnika dobrim dijelom (u našem slučaju kod 43%) opredjeljuju svi članovi obitelji, te da se oko jednog istog liječnika okuplja cijela obitelj što je i cilj liječenja u obiteljskoj medicini^{3,4}. Žene - majke očito imaju veliki utjecaj na članove svojih obitelji u odlučivanju o obiteljskom liječniku. Ipak, još uvijek u našem ispitivanju većinom pojedinci (57%) mijenjaju liječnika. Oni pojedinačno odlaze ili prema liječniku kod koga se liječe već neki članovi njegove obitelji, što je pozitivno, ali znamo da ima i onih koji se upravo ne žele liječiti kod liječnika gdje se liječi njegova obitelj, pa drugi članovi obitelji ostaju, a oni odlaze i žele sami svoga liječnika⁵.

Najviše je očekivanih preseljenja pacijenata bližem liječniku, mada su lokacije liječničkih ambulanti u gradovima tako blizu da nam se nameće pitanje što je to bliži liječnik u gradu? Da li bliži za jednu ulicu, za jedan blok

zgrada, bliži na udaljenosti do 5 min hoda? Preseljenje iz jednog mjesta u drugo je također logičan razlog promjene liječnika, osim po mišljenju nekih da nije, ako im je ordinacija neposredno uz lokaciju rada. Prema našem istraživanju u gradu Karlovcu 49% pacijenata je prešlo bližem liječniku i to: 22% pacijenata je prešlo bližem liječniku unutar grada, a 27% zbog preseljenja u drugo mjesto. U gradovima kao što je Karlovac još uvijek ima dosta izbjeglica i prognanika koji se vraćaju u svoja predratna mjesta, dosta migracije iz manjih naselja u veće gradove radi studiranja, zapošljavanja, preseljenja i umirovljenja. Prioritet u izboru liječnika kod tih pacijenata je ipak blizina ordinacija¹⁰.

Međutim postoji izvjestan broj pacijenata koji mijenjaju liječnika zbog tzv. "sukoba mišljenja" s liječnikom, smatrajući da im je liječnik osporio neka njihova prava iz zdravstvenog osiguranja (od dijagnostike, terapije, bolovanja, putnih naloga i slično), do mišljenja da ih se nedovoljno kvalitetno liječi, odnosno da odnos osoblja prema njima nije bio odgovarajući. Takvih pacijenata je uvijek bilo i biti će ih, jer sve više pod pojmom slobodnog izbora shvaćaju to kao pojam ispunjavanja njihovih želja od strane liječnika. U našem ispitivanju takvih je bilo 10%, mada prethodna ispitivanja govore da ih 5% odlaze zbog "sukoba"⁴. Nije začuđujući danas taj veći postotak, jer znamo da je informiranost pacijenata o bolestima veća, javna obećanja o zdravstvenim pravima sve veća, zahtjevi za njima još veći, a kriteriji njihova odlaska od liječnika su njihova subjektivna procjena o zaknutim im pravima. U doba apsolutne ovisnosti broja pacijenata i egzistencije liječnika, neljubaznost sebi ni jedan liječnik ne može dozvoliti. Međutim ponekad, ako se osobni problemi liječnika i sestre prenašaju u ordinaciju, te time utječu na njihovo radno raspoloženje ili dolazi do komunikacijskih problema, liječnik mora biti svjestan da pacijent to dobro pamti i kažnjava ga svojim odlaskom zbog poremećenih odnosa^{8,11}. Srećom takvi su slučajevi u našem ispitivanju bili beznačajni.

Interesantno je da kod 41% pacijenata koji su promijenili svog liječnika razlog promjene liječnika nije niti preseljenje, niti odlazak bližem liječniku, niti je evidentiran ikakav "sukob mišljenja". Kod njih liječnik nije znao, niti je mogao naslutiti razlog njihova odlaska. Oni naprosto "nestanu" s liste dosadašnjeg liječnika, bili su tu, a slijedeći mjesec ili dva više nisu na listi. Ta grupa pacijenata za sobom povlači i prema našem istraživanju većinu svojih članova obitelji (39%). Ona bi bila interesantna za istraživanje, jer bi nam možda otkrila neke nove razloge odlaska (nagovor prijatelja, rodbinske veze s novim liječnikom, želja za promjenom, očekivanje veće kvalitete drugdje, lakše ostvarenje svojih zahtjeva, bolja promidžba drugog doktora, spajanje s drugim članovima obitelji kod novog liječnika, loša komunikacija,

administrativni razlozi, i sl.) kojih liječnik nije bio svjestan, a koji bi mu eventualno mogli biti korektiv u budućem radu.

U najvećem postotku (63%) promijenila je svog liječnika mlađa i srednja, najmobilnija dob (18-65 godina). To je populacija koja se više seli, mijenja mjesta rada i stanovanja, ali je i pokretljivija, ima veće zahtjeve i želje u liječenju, zainteresirana je za svoje zdravlje i traži sve boljeg i boljeg liječnika po svojoj mjeri. Oni češće odlaze zbog tzv. sukoba" i nepoznatog razloga. Stariji pacijenti (>65) su inertniji, u nešto manjem postotku (30%) mijenjaju svog obiteljskog liječnika od mlađih, naviknuti su na njegov rad, ne vole promjene i očito su zadovoljniji s njime od mlađih. Ako odlaze, većinom je to bližem liječniku ili zbog preseljenja. Veći dio pacijenata koji su se dulje od 10 godina liječili kod dosadašnjeg liječnika (44%) su većinom i stariji po dobi i zato nas ne čudi što su oni otišli, uglavnom bližem liječniku¹⁰. Sve dobne skupine podjednako mijenjaju liječnika zbog preseljenja u drugo mjesto, jer preseljenje nije vezano za dob.

U našem istraživanju možemo uočiti visoki postotak pacijenata koji su se liječili kod dosadašnjeg liječnika kraće od 5 godina (31%), te su ponovno promijenili svog liječnika, većinom iz nepoznatih razloga. To ukazuje na nestalnost u slobodi izbora, da jedan dio onih koji su nedavno došli svom novom liječniku, su već i prije promijenili svog obiteljskog liječnika i ponovno traže novoga, nezadovoljni i s nedavno izabranim. Da li je problem u liječnicima ili u tim osobama, trebalo bi zaista istražiti, a liječnicima je dobra pouka: ako je netko već dva i više puta promijenio svog liječnika, očito da i on kao novi liječnik je samo kratkotrajna stanica do nekog slijedećeg izbora. Zato, ne bi bilo naodmet oprez kod primitka takvih pacijenata i odmah, pošteno im postaviti pitanje: Što oni očekuju od njih kao liječnika, a što nije bilo dobro kod prethodnih liječnika?

Naše istraživanje pokazuje da je samo 1/3 pacijenta najavila osobno liječniku ili sestri svoj odlazak, razloge za njega i podigla svoj zdravstveni karton, a 2/3 preostalih to ničim nije dalo naslutiti, mada ih se 83% zadnju godinu javilo svom dosadašnjem liječniku zbog nekog razloga. Iako pacijent nije obavezan javiti se liječniku od koga odlazi, ipak postoje neka nepisana etička pravila ponašanja kojih bi se bilo lijepo prisjetiti, prilikom odlaska od liječnika, kome se dugo povjeralo svoje zdravlje, pa ma kakav razlog odlasku bio. Neka ispitivanja o promjeni liječnika zaista i govore da samo minimalni broj pacijenata zbog nelagode ne mijenjaju svog dosadašnjeg liječnika, a očito da zbog nelagode se neki prilikom odlaska ni ne jave dosadašnjem liječniku, ali i to je očito manji broj¹⁰. To je danak slobodnog izbora, promijenjenih odnosa na relaciji liječnik-pacijent, gdje je pacijent u tom slučaju iznad liječnika i njemu je sve podređeno, na što se liječnik mora naviknuti. Slobodan izbor je

samo još jedan dodatni stres u liječničkom poslu s čime se liječnik mora znati nositi, pa makar završio kao rastanak bez rastanka^{14,15}.

Najveći broj pacijenata (80%) koji su najavili svoj odlazak i pritom podigli svoju zdravstvenu dokumentaciju bili su oni, koji su se preselili. Preseljenje drugom liječniku zbog preseljenja u drugo mjesto je nešto samo po sebi logično i tu se nema osjećaja nelagode pred dosadašnjim ordinarijusom, pa je zato tako visoki postotak najave odlaska. Zbog "sukoba", čak njih 61% je najavilo svoj odlazak, kao da time kažnjavaju liječnika. Međutim, samo 33% onih koji su prešli bližem liječniku najavili su svoj odlazak što je daleko manji postotak od onoga koji bi se očekivao za normalno preseljenje bližem liječniku. Budući da znamo da danas veća blizina za jednu ulicu ili bloka zgrada u gradu, odnosno 5 do 10 minuta pješice manje, ne znači realno veću blizinu doktora, onda je vjerojatno obrazloženje za tako mali postotak, osjećaj nelagode pacijenta pred starim liječnikom koga napušta i još koji prikriveni razlog. Od 41% pacijenata koji su zbog liječniku nepoznatog razloga promijenili liječnika, samo je u 4% najavilo svoj odlazak i podiglo svoju zdravstvenu dokumentaciju ali bez obrazloženja odlaska. Analizirajući sve te podatke nameće nam se pitanje gdje je nestao onaj odnos povjerenja, poštivanja, uvažavanja, pa i oprosta između liječnika i pacijenta?

Po mišljenju njihovih dosadašnjih ordinarijusa 42% ih je prešlo opravdano a 58% neopravdano. Zbog preseljenja 93% opravdano je promijenilo liječnika. Izvjestan postotak neopravdanih po mišljenju liječnika su oni čiji su dosadašnji liječnici na lokaciji uz lokaciju rada pacijenata pa im to čini neposrednu blizinu liječnika. Bližem je liječniku prešlo 2/3 (68%) opravdano, a 1/3 neopravdano, jer po mišljenju liječnika, druga ordinacija na udaljenosti 5-10 minuta hoda od sadašnje nije razlog za preseljenje. Samo 8% opravdano je otišlo zbog sukoba jer bi se s njima tako poremetili odnosi da ne bi bilo svrhe dalje zajednički surađivati. Kod 2% prešlih zbog nepoznatog razloga po mišljenju liječnika odlazak je opravdan.

Visoki postotak o neopravdanim odlascima po mišljenju liječnika, pokazuje nam na subjektivitet liječnika prema dosadašnjim pacijentima, jedno žaljenje, jednu podsvjesnu vezu s njima koju je teško prekinuti i opravdati, unatoč realnosti takova kakova je.

Zaključak

Zamijećeno je preseljenje cijelih obitelji od jednog liječnika k drugome što je poželjno ako je opravdano. Pacijenti srednje dobi u najvećem postotku

su promijenili svog liječnika. Duljina liječenja kod istog liječnika nije mjerilo vjernosti tome liječniku, jer je 44% liječenih dulje od 10 godina promijenilo liječnika, ali i 31% onih do 5 (novi pacijenti). Čak 41% pacijenata je prešlo od svog liječnika a da liječnik ne može otkriti razlog odlaska, a 10% zbog tzv. sukoba mišljenja. Samo 37% njih najavili su svome dosadašnjem liječniku odlazak. Velika većina prešlih pacijenata (83%) su u zadnju godinu. bili kod svog dosadašnjeg liječnika. Po mišljenju liječnika samo 42% imaju realno opravdanje za odlazak.

Slobodan izbor liječnika kao tekovina demokracije, sa svim svojim prednostima i nedostacima je naša realnost, koju moramo prihvaćati bez stresa, ali i dorađivati.

Konkurencija liječnika je u gradu Karlovcu velika, a sloboda odlučivanja, seljenja pacijenata od jednog do drugog liječnika danas je gotovo neograničena.

Liječnik živi od broja pacijenata, od glavarine koju dobiva za njih, ovisan je o njima i svojom kvalitetom želi se dokazati da ga ne izgubi. Dio pacijenata nedovoljno prepoznaje kvalitetu i još uvijek im je kvantiteta bitnija i prevladava u odlučivanju kod izbora, pa svoje pravo manifestiraju upravo promjenom liječnika koji nije ispunio njihove zahtjeve. Ako se želi sačuvati pacijenta idući mu "uz" iz bojazni da ga se ne izgubi, kvaliteta zdravstvene skrbi tada je upitna a zdravstvena potrošnja veća. Međutim, ustrajanje na kvaliteti rada liječnika, uz dobru komunikaciju s pacijentom je ono što može održati i podići dignitet obiteljskog liječnika i što će pacijent kad-tad prepoznati, više cijeniti i što će ga zadržati ili privući liječniku. Time će biti više realnijih preseljenja a manje nepoznanica. To je i imperativ bolje međusobne suradljivosti i jedan od izlaza u stabilizaciji zdravstvene potrošnje.

Literatura

1. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (čl.116.) (NN 105/06, NN 85/06)
2. Pravilnik o načinu ostvarivanja prava osiguranih osoba HZZO-a na slobodan izbor doktora medicine i stomatologije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (NN 2/02, 70/02, 68/03 106/04)
3. Keglević-Vrcić M. Obiteljski pristup u radu liječnika opće/obiteljske medicine. U Budak A i sur. Obiteljska medicina. Zagreb: Gandalf, 2000: 227-33.

4. Budak A, Katić M, Tiljak H. Slobodan izbor liječnika u općoj medicini. *Liječ Vjesn.* 1994;116:210-16.
5. Rapić M, Fudurić B. Obiteljski liječnik u gradu Karlovcu (danas i sutra). XIX Zbornik radova svibanjski zdravstveni dani Karlovac 1999. Karlovac: HLZ Karlovac, 1999: 28-36.
6. Katić M. Slobodan izbor liječnika u općoj medicini. U Budak A i sur. *Obiteljska medicina.* Zagreb: Gandalf, 2000; 90-3.
7. Lovasić S. Novi odnosi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U Materljan E, ur. *Zbornik Dani primarne zdravstvene zaštite Labin 1998.* Labin: Dom zdravlja, 1998:196-205.
8. Tiljak H, Budak A, Vrcić-Keglević M, Blažeković-Milaković S, Katić M, Bergman-Marković B. Zadovoljstvo pacijenta kao mjerilo kvalitete rada u općoj medicini. *Zbornik Dani primarne zdravstvene zaštite Labin 1995.* Labin: Dom zdravlja, 1995:67-100.
9. Perinović R. Iskustva s provođenjem novih ugovornih odnosa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U Materljan E, ur. *Zbornik Dani primarne zdravstvene zaštite Labin 1998.* Labin: Dom zdravlja, 1998:116-8.
10. Rapić M. Čimbenici koji utječu na odabir liječnika opće medicine u Karlovcu. *Med Fam Croat* 1994; 2: 41-7.
11. Budak A, Katić M, Tiljak H, Vrcić- Keglević M, Blažeković-Milaković S. Iskustva slobodnog izbora liječnika opće medicine-Što bolesnici očekuju od nas? *Zbornik. Dani primarne zdravstvene zaštite Labin 1995.* Labin: Dom zdravlja, 1995:73-83.
12. Cerovečki Nekić V, Soldo D, Bilić J, Buljan N, Mačković M, Tiljak H. Naručivanje-sigurna budućnost? *Med Fam Croat.* 2008;16: 3-5.
13. Urbanac J, Juroš Martinović B, Vučinac I, Kronja M, Barišić Marčac Z. Telefonske konzultacije u ordinaciji obiteljskog liječnika. *Med Fam Croat* 2002;16:45-52.
14. Gorajšan D, Gruber Ničea E, Gruber Golik V, Kosanović B, Gorajščan V. Utjecaj privatizacije kao stresogenog čimbenika na liječnika opće medicine. *Zbornik.VII. Kongresa obiteljske medicine, Zadar 2000.* Zadar: HUOM, 2000:215-30.
15. Lehmann S, Weingarten MA. Patients changing their family doctor-the doctor reaction. *Eur J Gen Pract* 1995;1:118-9.

KAKVA JE PERCEPCIJA SOCIJALNE PODRŠKE I KVALITETE ŽIVOTA BOLESNICA OBOLJELIH OD KARCINOMA DOJKE U ORDINACIJAMA OBITELJSKE MEDICINE?

WHAT IS THE PERCEPTIBLE SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE LIKE WITH THE FEMALE PATIENTS WITH BREAST CANCER IN SURGERIES OF FAMILY MEDICINE?

**Zrinka Valentić¹, Goranka Petriček², Vesna Potočki - Rukavina³,
Slava Posenjak - Pavišić⁴, Mladenka Vrcić - Keglević²**

¹ Dom zdravlja MUP-a RH, Zagreb

² Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu,
Škola narodnog zdravlja A. Štampar, Zagreb

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Potočki - Rukavina Vesna, Zagreb

⁴ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Posenjak - Pavišić Slava, Zagreb

Sažetak

Cilj rada bio je istražiti kakva je percipirana socijalna podrška koju bolesnice oboljele od karcinoma dojke dobivaju od svoje okoline, te procijeniti postoji li povezanost između percipirane socijalne podrške i percepcije kvalitete života. Presječno (cross-sectional) istraživanje provedeno je u šest ambulanti obiteljske medicine na području grada Zagreba. Namjernim uzorkom obuhvaćeno je 30 bolesnica koje boluju od karcinoma dojke (MKB X revizija: C50). Pomoću upitnika su prikupljene tri grupe podataka: sociodemografske značajke bolesnica, procjena vlastite osobnosti i percipiranu socijalnu podršku i zadovoljstvo životom uopće. Percipirana socijalna podrška bolesnica je visoka. Na pitanje "Koliko je, u zadnjih mjesec dana, netko bio uz Vas kad Vam je trebao?" prosječna ocjena je bila 8,2 uz SD 2,1 i medijan 9. Još su se češće bolesnice mogle, u zadnjih mjesec dana, pouzdati u nekoga. Prosječna ocjena je iznosila je 8,7 SD 1,9, a medijanom 10,0. Također su dobivene visoke ocjene za percipirano zadovoljstvo životom (prosječna ocjena 6,9, SD 1,9 i medijan od 8,0). Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost zadovoljstva životom i socijalne podrške ispitanica ($p < 0,05$). Naime, ispitanice koje su samo procijenile socijalnu podršku većom imale

su i veći doživljaj zadovoljstva životom. Nadalje, utvrđena je statistički značajna razlika u samoj procjeni zadovoljstva životom između optimista i pesimista. Naime one ispitanice koje su se ocijenile optimistima imale su i veće zadovoljstvo životom. Utvrđena visoka razina percipirane socijalne podrške mogla bi poslužiti kao osnova razvoju pozitivnih mehanizama u "borbi" s bolešću i unapređenju kvaliteta života ovih bolesnica.

Ključne riječi: karcinom dojke, doživljaj bolesti, obiteljski liječnik

Summary

The aim of this research was to see what is the perceptible social support given by their families like, and to see if there is the connection between this perceptible support and the perception of life quality. The cross-sectional research was done in six surgeries of family medicine in the city of Zagreb. For this particular purpose we have chosen 30 female patients who suffer from breast cancer (MKB X revision: C50). With a questionnaire we have collected three types of data: sociodemographic characteristics of patients, the self-evaluation of their personalities and the satisfaction with the quality of life in general. The perceptible social support level is high. When we asked the question: How much time has anyone spent with you when you needed help in the last month? - the average mark was 8,2 with SD 2,1 and the median 9. It was even more common that the patients could rely on someone in the last month. The average mark was 8,7 with SD 1,9 and the median 10,0. We also got high marks about the satisfaction with life (average mark was 6,9 SD 1,9 and the median 8,0). We noticed the statistically significant positive connection between the satisfaction with life quality and the social support of sample patients ($p < 0,05$). In other words, those patients who evaluated the social support higher, also had the better perception of life satisfaction. Furthermore, there was the statistically significant difference in the self evaluation of life quality in optimists and pessimists. Those patients who evaluated themselves optimistic had also the better satisfaction with their lives. The noticed high level of perceptible social support could serve as the base for the development of positive mechanisms in the "battle" with the disease and also improve the quality of life of the patients.

Key words: breast cancer; the perception of the disease, family doctor

Uvod

Kronične bolesti vodeći su uzrok morbiditeta i mortaliteta u zapadnom svijetu, a oko 86% svih smrti u zapadnoj Europi, tako i u Hrvatskoj, uzrokovano je nekom od kroničnih bolesti. One su glavni uzrok onesposobljenosti i korištenja zdravstvene skrbi, te se smatra da je i do 80% zahtijeva bolesnika za liječničkim intervencijama u izvanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti u vezi s kroničnim bolestima što pokazuje njihovu važnost u svakodnevnom radu liječnika, ali i u životu samog pojedinca, kao i njegove obitelji, te cjelokupne društvene zajednice^{1,2}.

Jedna od kroničnih bolesti koja uzrokuje promjene u životu bolesnika i njegove obitelji je i karcinom dojke. Karcinom dojke je bolest koja je na prvom mjestu incidencije i mortaliteta žena od raka¹. Ta bolest je i glavni uzrok hospitalizacije žena, a 2004. godine od raka dojke u Hrvatskoj je umrlo 825 žena³. Pozitivna obiteljska anamneza povećava rizik od oboljenja za 5 do 22%, dok korištenje kombinirane hormonske terapije estrogena i progesterona također povećava rizik za razvoj bolesti⁴. Novija istraživanja povezuju uporabu antibiotika s povišenim rizikom od pojave raka dojke, te oblikom smrtonosnog raka dojke⁵. Bolesnica s dijagnozom raka dojke često dolazi u ambulantu tužna, zabrinuta, depresivna, plačljiva. Ona prolazi kroz niz dijagnostičkih pretraga, kirurško liječenje, radioterapiju i kemoterapiju. Tijekom liječenja treba prihvatiti promjene na svom tijelu: prilikom totalne mastektomije mora se suočiti s gubitkom dojke (žene to znaju doživjeti kao gubitak dijela svog spolnog identiteta), tijekom kemoterapije gubi kosu, a i u obitelji ne može funkcionirati kao do tada. Bolesnice sve to često opisuju kao "gubljenje vlastitog svijeta" ili "kao da mi se život izvrnuo naopako" a vrlo često navode osjećaj da su dvostruko obilježene: time što su oboljele od karcinoma i što imaju osjećaj da su za to same krive⁶. Uz bolesnicu i obitelj doživljava neku vrstu prekretnice, mora početi funkcionirati na jedan posve drugačiji način.

Socijalni suport se definira kao fizička ili emocionalna potpora koju osobi pružaju članovi njezine obitelji, rođaci i prijatelji, ali i kolege na radnom mjestu pa i zdravstveni radnici⁷. Važnost obitelji, odnosno obiteljskog okruženja kao najvažnijeg izvora socijalne podrške i razumijevanja, pogotovo dugotrajne podrške kod kroničnih bolesti opisano je u mnogim radovima^{8,9}. Jednaku važnost ima i podrška izvan obitelji, bilo od strane prijatelja i rodbine ili od zdravstvenih radnika i socijalne službe, posebno u fazi rehabilitacije poslije liječenja^{10,11}. Cilj ovoga rada je bio istražiti percepciju socijalne podrške koju bolesnice dobivaju, te procijeniti postoji li povezanost između percipirane socijalne podrške i percepcije kvalitete života.

Ispitanici i metode

Presječno (cross-sectional) istraživanje provedeno je tijekom ožujka i travnja 2007. godine u šest ambulanti obiteljske medicine na području grada Zagreba. Namjernim uzorkom obuhvaćeno je 36 bolesnica koje boluju od karcinoma dojke (MKB X revizija: C50). Od ukupnog broja bolesnica, 27 ih je posjetilo ambulante tijekom navedena dva mjeseca, a 9 bolesnica je pozvano telefonom da dođu ispuniti upitnike u ambulantu. Na telefonski poziv su se odazvale samo tri, pa je konačno obrađeno 30 bolesnica. Podaci o bolesnicama dobiveni su iz knjiga registara o malignim bolestima. Od liječnika su upoznate s istraživanjem, te im je objašnjena svrha i zagarantirana anonimnost. Upitnike su ispunjavale u ambulantama gdje su im liječnici bili na raspolaganju ukoliko bi se pojavile kakve nejasnoće ili nerazumijevanje u vezi s upitnikom. Da bi se zagarantirala anonimnost, upitnik su odlagale u za to pripremljenu, "glasačku" kutiju.

U ispitivanju se koristio upitnik, kojim su prikupljene tri grupe podataka. Prvi dio upitnika je imao jedanaest pitanja o sociodemografskim značajkama bolesnice (dob, spol, mjesto rođenja, obiteljski status i broj članova obitelji, krug prijatelja, školsku spremu, radni status, zaposlenje, radne uvjete i ekonomsko stanje obitelji).

Drugi dio upitnika odnosio se ocjenu vlastite osobnosti. Bolesnice su upitane jesu li više optimisti ili više pesimisti po naravi. Treći dio upitnika odnosio se na osobnu percepciju socijalne podrške i zadovoljstvo životom uopće. Socijalna podrška procijenjena je sa dva pitanja (1. U proteklih mjesec dana, koliko je netko bio uz Vas kada Vam je trebao 2. U proteklih mjesec dana, koliko ste se mogli pouzdati u nekoga) na koja su bolesnice odgovarale zaokruživši broj na skali od 0 (nikada) - 10 (uvijek). Zadovoljstvo životom procijenjeno je pitanjem: Koliko ste zadovoljni životom uopće? Bolesnice su također odgovarale zaokruživši broj na skali od 0 (nikada) - 10 (uvijek).

Statistička obrada podatak izvršena je pomoću softverskog paketa: Stat-Soft Inc., STATISTCA version 7.1.

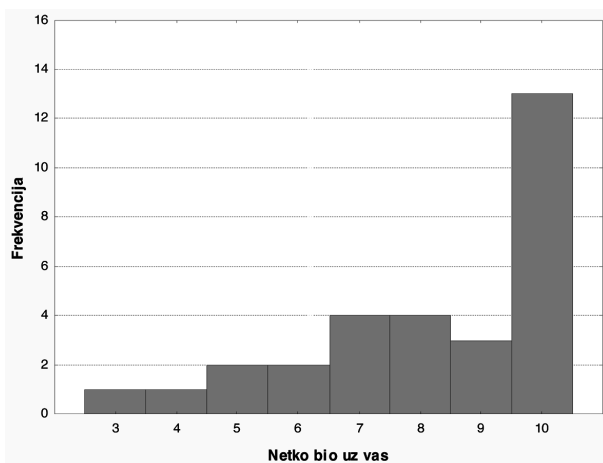
Rezultati

Ispitivanjem je bilo obuhvaćeno 30 ispitanica prosječne životne dobi 60,7 godina (SD 10,1), raspona od 44 do 80 godina. Većina ispitanica živjela je u obitelji, njih 25/30, dok je 5/30 ispitanica živjelo samo. Broj članova obitelji kretao se od 2 do 5, s prosječnim brojem članova 2,9. 11/30 ispitanica bilo je

rođeno na selu, a 19/30 u gradu. Veći broj ispitanica (19/30) imalo je široki krug prijatelja dok ih je 11/30 imalo mali broj prijatelja. U odnosu na stručnu spremu 6/30 ispitanica imalo je nižu stručnu spremu, 16/30 srednju, a 8/30 višu ili visoku. 14/30 ispitanica bilo je radno aktivno, dok ih je 16/30 bilo u mirovini.

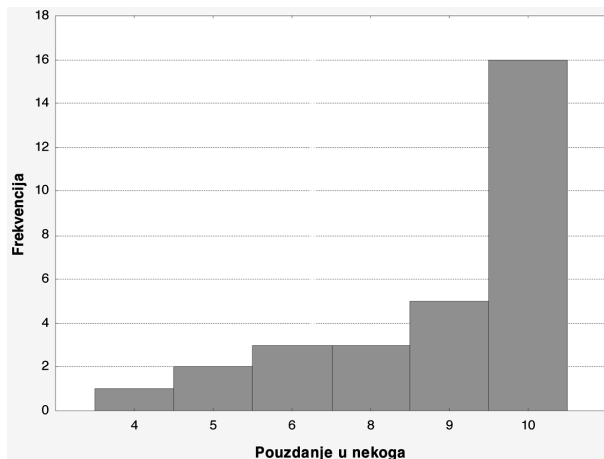
Bez obzira na trenutnu zaposlenost sve su odgovorile na pitanja o tome kakve su poslove obavljale, te kakve su uvjete rada imale. Tako je 8/30 ispitanica radilo fizičke poslove, 14/30 je imalo uobičajene uvjete rada, a 8/30 je imalo rukovodeće radno mjesto. 18/30 ispitanica odgovorilo je da su imale uobičajene radne uvjete, a 12/30 stresne. Ekonomsko stanje obitelji 5/30 ispitanica procijenilo je ispod prosječnim, 19/30 prosječnim, a 6/30 iznad prosječnim. 22/30 ispitanice sebe su procijenile kao optimiste, a 8/30 kao pesimiste.

Na pitanje koliko je netko, u zadnjih mjesec dana, bio uz Vas kad Vam je trebao, odgovori su se kretali od 3 do 10, s prosječnom ocjenom 8,2 uz standardnu devijaciju 2,1 i medijanom 9 (sl. 1).

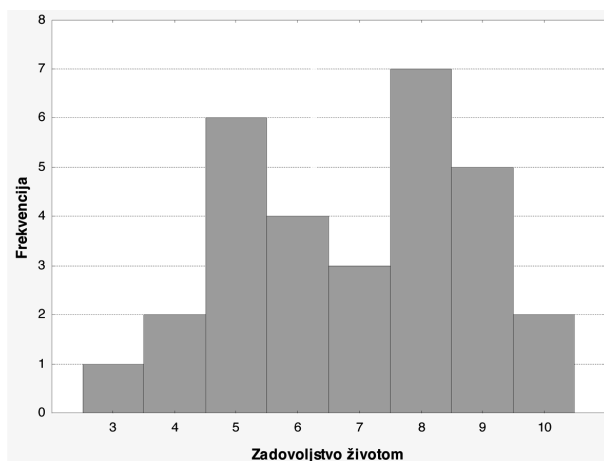


Slika 1. Percepcija socijalne podrške ispitanica oboljelih od karcinoma dojke - "Koliko je netko bio uz Vas kad Vam je trebao?"

Na pitanje koliko su se mogle pouzdati u nekoga u proteklih mjesec dana bolesnice su dale odgovore koji su se kretali od 4 do 10, s prosječnom ocjenom od 8,7 uz standardnu devijaciju 1,9 i medijanom 10,0 (sl. 2). Na pitanje koliko su zadovoljne životom uopće odgovori su se kretali od 3 do 10, s prosječnom ocjenom 6,9 uz standardnu devijaciju 1,9 i medijan od 8,0 (sl. 3).



Slika 2. Percipirana socijalna podrška ispitanica oboljelih od karcinoma dojke - "Koliko ste se mogli pouzdati u nekoga?"



Slika 3. Percipirano zadovoljstvo životom ispitanica oboljelih od karcinoma dojke

Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost između zadovoljstva životom i socijalne podrške ispitanica ($p < 0,05$). Ispitanice koje su samoprocijenile socijalnu podršku većom imale su i veći doživljaj zadovoljstva životom (tbl. 1).

Tablica 1. Povezanost zadovoljstva životom i socijalne podrške ispitanica oboljelih od karcinoma dojke.

	Spearman's test	Netko bio uz vas	Pouzdanje u nekog	Zadovoljstvo životom
Netko bio uz Vas	r	1,0000	0,8563*	0,6811*
	p	---	0,000	0,000
Pouzdanje u nekog	r	0,8563*	1,0000	0,5326*
	p	0,000	---	0,002
Zadovoljstvo životom	r	0,6811*	0,5326*	1,0000
	p	0,000	0,002	---

* korelacija je statistički značajna na razini $p < 0.05$ (ili 5%)

Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost između zadovoljstva životom i doživljaja sebe kao optimista. Ispitanice koje su sebe doživjele kao optimiste samoprocjenile su zadovoljstvo životom većim ($p < 0,05$) (tbl. 2).

Tablica 2. Povezanost zadovoljstva životom i doživljaja sebe kao optimista ili pesimista oboljelih od karcinoma dojke.

Pesimist 1 / Optimist 2	1	2	t	df	p	N1	N2	SD1	SD2
Zadovoljstvo životom	5,4	7,5	-2,955	28	0,0063*	8	22	1,923	1,625

* korelacija je statistički značajna na razini $p < 0.05$ (ili 5%)

Rasprava

Presječnom, deskriptivnom studijom obuhvaćeno je 30 bolesnica koje boluju od karcinoma dojke, s ciljem utvrđivanja količine percipirane socijalne podrške koju bolesnice dobivaju od članova obitelji i kruga prijatelja i rođaka. Percipirana socijalna podrška bolesnica je visoka. Na pitanje "Koliko je, u zadnjih mjesec dana, netko bio uz Vas kad Vam je trebao?" prosječna ocjena je bila 8,2 uz SD 2,1 i medijan 9. Još su se češće bolesnice mogle, u

zadnjih mjesec dana, pouzdati u nekoga. Prosječna ocjena je iznosila je 8,7 SD 1,9, a medijanom 10,0. Također su dobivene visoke ocjene za percipirano zadovoljstvo životom (prosječna ocjena 6,9, SD 1,9 i medijan od 8,0). Kako se normativni raspon prosječnog zadovoljstva životom u odraslih zdravih ljudi kreće između 6 i 8 može se zaključiti da bolest nije smanjila zadovoljstvo životom u naših ispitanica¹¹.

Ove spoznaje su važne u radu liječnika obiteljske medicine s dva aspekta. Prvo, da visoko percipirana socijalna podrška bolesnica iz istraživanja je dobra osnova za razvoj uspješnih mehanizama "borbe" s bolešću, a time i bolje ishode⁸⁻¹⁴. Drugo, da su još uvijek čvrsti obiteljski odnosi i odnosi s prijateljima, pa se ove bolesnice, ali i ostali bolesnici, imaju na koga osloniti u kritičnim životnim trenucima. Treće, osobno pružiti podršku, jer i zdravstveni radnici također mogu biti izvor socijalne podrške¹⁵.

Visoka razina percipirane socijalne podrške je još i važnija, jer je i u ovom istraživanju utvrđena statistički značajna povezanost zadovoljstva životom i socijalne podrške ispitanica ($p < 0,05$). Naime, ispitanice koje su samo procijenile socijalnu podršku većom imale su i veći doživljaj zadovoljstva životom. Nadalje, utvrđena je statistički značajna razlika u samo procjeni zadovoljstva životom između optimista i pesimista. Naime one ispitanice koje su se ocijenile optimistima imale su i veće zadovoljstvo životom. Dobiveni rezultat je sukladan rezultatima istraživanja, a mogao bi biti povezan s opće prihvaćenim mišljenjem kako su optimisti ljudi zadovoljni životom uopće i koji lakše prebrođuju nevolje te nisu skloni samosažaljenju i depresiji¹⁶.

Nedostaci ovog istraživanja su mnogobrojni. Prvenstveno se radi o malom broju, neadekvatno odabranih ispitanica pa se dobiveni rezultati ne mogu generalizirati. Pitanjima iz upitnika nije se moglo pobliže istražiti karakteristike socijalne podrške, je li se radilo o instrumentalnoj ili emocionalnoj podršci. Također se nije moglo istražiti je li i uolikoj mjeri bolesnice pružaju socijalnu podršku drugima, koliko su involvirane u svakodnevni život i obveze jer postoje naznake da bi i socijalna podrška koju mi pružamo drugima bila važna¹⁷. Stoga bi ovo istraživanje moglo poslužiti kao pilot većih i sveobuhvatnijih istraživanja, ne samo bolesnica koje boluju od karcinoma dojke, nego i bolesnika koji boluju od drugih kroničnih bolesti koje donose onesposobljenosti i različite oblike invalidnosti.

Literatura

1. Murray CJL, Lopez AD, ur. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, MA: Harvard University Press, 1996.
2. Holman H. Chronic disease - The need for a new clinic education. *JAMA* 2004;292:1057-9.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 2005. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2006.
4. Murff JH, Spingel RD, Syngal S. Does this patient have a family history of cancer? An evidence-based analysis of the accuracy of family cancer history. *JAMA*. 2004;292:1480-9.
5. Velicer MC, Heckbert RS, Lampe WJ, Potter DJ, Robertson AC, Taplin RS. Antibiotic use in relation to the risk of breast cancer. *JAMA*. 2004;291:827-35.
6. Anagnostopoulos F, Spanea E. Assessing illness representations of breast cancer. A comparison of patients with healthy and benign controls. *J Psychosom Res* 2005;58:327-34.
7. Kaplan and Sadocks. Social network and social support U: Synopsis of psychiatry. 7th izd. 1994; 200. Evans R.L. ACSW.
8. Hendricks R.D. Haselkorn J.K. Bishop D.S. Baldwin D. The family's role in stroke rehabilitation. 1992; 71(3); 135-8.
9. Austrom M.G. Hendrie H.C. Quality of life: The family and Alzheimer's disease. *J Palliat Care*. 1992; 8(3); 56-60.
10. Kozarić-Kovačić D. Bojić M. Uloga člana obitelji u posthospitarnom liječenju alkoholičara. *Socijalna Psihijatrija*. 1991, 19: 89-97.
11. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res*. 2005;49(10):699-706.
12. Millar K, Purushotham AD, McLatchie E, George WD, Murray GD. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J. Psychosom Res* 2005; 58:335-42.
13. Reich M, Lesur A, Perdrietz-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of literature. *Breast Cancer Res and Treat* 2008; 110(1):9-17.
14. Luszczynska A, Boehmer S, Knoll N, Schulz U, Schwarzer R. Emotional support for men and women with cancer: Do patients receive what their partners provide. *International Journal of Behavioral Medicine* 2007;14:156-63.

15. Hudek-Knežević J, Kardum I, Pahijina R. Relationship among social support, coping and negative affect in hospitalised and nothospitalised cancer patient. *J Psychosoc Oncol* 2002; 20(2):45-63.
16. Petričić A, Vulić-Prtorić A. Neki prediktori suočavanja s dijabetesom tip 1 i 2. *Društvena istraživanja* 2009;1-2:47-66.
17. Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, Smith DM. Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a perspective study of mortality. *Psycholog Sci* 2003;14(4):320-7.

SPECIJALIZANTI OBITELJSKE MEDICINE I NJIHOVE OBITELJI: STUPANJ ZADOVOLJSTVA IZMJERENOG OBITELJSKIM APGAROM

FAMILY MEDICINE RESIDENTS AND THEIR FAMILIES:
SATISFACTION LEVEL MEASURED WITH FAMILY APGAR

Vesna Tubin-Cota¹, Ljiljana Pernar², Tanja Vucelić³,
Mladenka Vrcić - Keglević⁴

¹ Specijalistička ordinacije obiteljske medicine Vesna Tubin-Cota, Zagreb

² Specijalistička ordinacije obiteljske medicine Ljiljana Pernar, Zagreb

³ Specijalistička ordinacije obiteljske medicine Tanja Vucelić, Zagreb

⁴ Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Škola narodnog zdravlja "A. Štampar", Zagreb

Sažetak

Cilj ovog istraživanja je bio procijeniti zadovoljstvo specijalizanata obiteljske medicine vlastitom ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobivaju. Anketirane su dvije generacije specijalizanata obiteljske medicine. Od 91 polaznika istraživanjem je obuhvaćeno njih 89 (97,8%). Obiteljski Apgar primijenjen u istraživanju, mjeri pet komponenti (pet pitanja u upitniku) osobnog zadovoljstva pojedinca ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobiva; stupanj zadovoljstva se ocjenjuje i boduje. Zbroj između 8 i 10 bodova upućuje na zadovoljstvo vlastitom ulogom u obitelji, između 4 i 7 na djelomično zadovoljstvo, a ≤ 3 na nezadovoljstvo svojom ulogom u obitelji ili funkcioniranjem obitelji. Prosječni zbor bodova iznosio je $8,41 \pm 1,52$. Nezadovoljna svojom ulogom u obitelji bila su 3 specijalizanta (≤ 3 boda). Umjerenom disfunkcionalnu obitelj ocijenilo je 22 specijalizanata, ili 25,7%, dok su 64 (72,0%) procjenila da njihove obitelji dobro funkcioniraju. Najveći stupanj zadovoljstva iskazan je u odgovorima na pitanje "Zadovoljan/na sam kako provodimo zajedničko vrijeme", 32,6%. Najmanji stupanj zadovoljstva je izražen o pitanju "Zadovoljan/na sam što se mogu obratiti svojoj obitelji za pomoć u slučaju kada me nešto brine"; 7,9% ispitanika.

Preliminarna studija, daje samo djelomični uvid u funkcioniranje obitelji specijalizanata obiteljske medicine, za potpuniji uvid potrebna kompleksnija metodologija.

Ključne riječi: *obiteljska medicina, obiteljsko zadovoljstvo, Obiteljski Apgar*

Summary

Aim of this study was to assess among the residents in family medicine their satisfaction with their role in family and with the support perceived. Polled were two resident generations; out of 91 attendees 89 (97.8%) responded adequately. Used was the Family Apgar score, which measures five components of personal satisfaction in/with the examinee's family. A score between 8 and 10 reflects satisfaction with the own role and support, a 4-7 score indicates partial satisfaction, while ≤ 3 points unveils dissatisfaction with the family functioning or with the personal role within the family. The mean score was 8.41 ± 1.52 points. Unhappy with their families were 3 residents (≤ 3 points), moderately dysfunctional were the families of 22 residents (25.7%), while 64 of them (72.0%) declared good functioning. Highest level of satisfaction was achieved in responses to item "I am satisfied in the way we spend time together" (32.6%), and the lowest to "I am happy to turn to my family in the case of trouble" (7.9%).

This preliminary study gives just a partial insight in the family function of family medicine residents. A more complex methodology is needed for a comprehensive perception.

Key words: family medicine, family satisfaction, Family Apgar score

Uvod

Neki od najvažnijih čimbenika koji utječu na zdravlje pojedinca su struktura obitelji, obiteljski odnosi i način funkcioniranja, socio-ekonomski status, socijalna podrška i stres^{1,2}. Društvene promjene unazad nekoliko dekada dovele su do pojave alternativnih načina življenja i druženja, a promjene su zahvatile i obitelj. Gotovo su nestale tradicionalne proširene obitelji, a nuklearne obitelji postaju sve rjeđe. U nekim sredinama, roditelji samci postaju uobičajen fenomen, tako da 50% djece u Americi ne živi s oba roditelja. Izlazak žene i majke iz kuće postaje stvarnost razvijenog svijeta, a privređivanje i vlastita karijera zauzimaju važno mjesto na listi prioriteta. Istraživači su utvrdili da su mnogi zdravstveni problemi povezani s ovim promjenama^{3,4}. Djeca iz rastavljenih obitelji imaju dvostruko veći rizik za razvoj trajnih zdravstvenih problema u odnosu na djecu roditelja koji nisu rastavljeni⁵. Minuchin je pokazao da je serumska razina slobodnih masnih kiselina u dvoje djece koje boluju od šećerne bolesti tipa 1 ovisna o stresnim događajima u obiteljskom

krugu. Također je dokazao da oženjeni ljudi imaju manje problema povezanih sa stresom, manje koriste zdravstvenu zaštitu, a njihova percepcija je i da će duže živjeti⁶. Nadalje, istraživanja ukazuju na povezanost različitih tipova i načina funkcioniranja obitelji s pojavom duševnih problema, kao što je depresija, ovisnost, obiteljsko nasilje i lošiji školski uspjeh^{7,8}.

Liječnici obiteljske medicine su svjesni ovih činjenica upravo zato što u svom radu primjenjuju biopsihocijalni model, svjesni su da ne mogu pomoći bolesniku da riješi svoj problem ako pored bioloških ne uzmu u obzir psihološke i socijalne komponente⁹. Trajnost zaštite, poznavanje bolesnika i njegovog okružja, te specifični odnosi između liječnika i bolesnika su one karakteristike koje čine liječnika obiteljske medicine drugačijim. Prikupljajući i kroz dugi period akumulirajući znanje o svim aspektima pacijentova života, uključujući i njegove obitelji, pomaže mu da "male", "nespecifične" simptome i znakove prepozna kao alarm za nešto ozbiljno. Naime, obiteljske probleme rijetko saznajemo direktno i otvoreno. Simptomi mogu biti vrlo raznoliki, od učestalih dolazaka u ambulantu do različitih tjelesnih ili psiholoških simptoma. Međutim za sustavno bilježenje, analizu i postavljanje dijagnoze obiteljskog problema javila se potreba za jednostavnim, brzim, u svakodnevnoj praksi primjenjivim, ali istovremeno i pouzdanim načinom procjene funkcioniranja obitelji kao primarne društvene zajednice¹⁰.

Smilkstein je uveo u praksu Obiteljski Apgar kao metodu procjene osobnog zadovoljstva pojedinca ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobiva¹¹. Iako Obiteljskim Apgarom mjerimo zadovoljstvo pojedinog člana obitelji njegovom ulogom u obitelji, on je i indirektno mjerilo procjene funkcioniranja cjelokupne obitelji. Polazi se od pretpostavke da obitelj dobro funkcionira onda kada su pojedini njezini članovi zadovoljni vlastitom ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobiva. Riječ je o upitniku s pet komponenti zadovoljstva vlastitom ulogom u obitelji: prilagodljivost, međusobni odnos, potporu, osjećajnost i rješavanje problema. Naziv upitnika je akronim od početnih slova engleske verzije navedenih komponenti zadovoljstva: *adaptation, partnership, growth, affection, resolve*. Upitnik se može primijeniti na jednog ili više članova obitelji (Apgar I), ali može imati još specifičnije značenje ako se usmjeri prema pojedinom članu obitelji (Apgar II).

Iako se Obiteljski Apgar najčešće koristi u dijagnostici obiteljskih problema bolesnika, test se može provesti i u bilo kojoj drugoj skupini te dobiti uvid u zadovoljstvo pojedinih članova te skupine njihovim obiteljskim životom¹²⁻¹⁴. Cilj ovog istraživanja je procijeniti zadovoljstvo dvije generacije specijalizanata obiteljske medicine vlastitom ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobivaju.

Ispitanici i metode

Uzorak je bio namjerni, uključio je dvije generacije specijalizanata obiteljske medicine, polaznike poslijediplomskog specijalističkog studija. Istraživanje je provedeno prospektivno tijekom nastave na kolegiju "Obitelj i zdravlje". Cilj nastave, a osobito nastavne jedinice "Dijagnostika obiteljskih problema" je ovladavanje vještinom korištenja objektivnih instrumenata pomoću kojih se procjenjuje funkcioniranje obitelji. Kao radni zadatak, svaki je specijalizant trebao, na primjeru svoje obitelji, primijeniti svih pet, nastavom predviđenih mjernih instrumenata. Jedan od njih je bio i Obiteljski Apgar. Podaci prikazani u ovom istraživanju su prikupljeni na taj način.

Od 91 polaznika, istraživanjem je obuhvaćeno njih 89 (97,8%); dva upitnika nisu bila valjano ispunjena. Popunjavanje testa je bilo anonimno, i upravo radi anonimnosti, u radu nije navedeno o kojoj se generaciji specijalizanata radi, niti njihove demografske, socijalne i profesionalne karakteristike.

Obiteljski Apgar mjeri pet komponenti osobnog zadovoljstva pojedinca ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobiva: prilagodljivost, međusobni odnos, potporu, osjećajnost i rješavanje problema. Za mjerenje svake od pet sastavnica predviđena je po jedna tvrdnja:

- a. Zadovoljan/na sam što se mogu obratiti svojoj obitelji za pomoć u slučaju kada me nešto brine;
- b. Zadovoljan/na sam načinom na koji moja obitelj diskutira o zajedničkim problemima;
- c. Zadovoljan/na sam da moja obitelj prihvaća i podržava moje aktivnosti i ideje;
- d. Zadovoljan/na sam načinom na koji moja obitelj pokazuje da sam joj drag/a i na koji prihvaća moje osjećaje, ljutnju, žalost ili ljubav;
- e. Zadovoljan/na sam kako provodimo zajedničko vrijeme.

Stupanj zadovoljstva ocjenjuje se "skoro uvijek", "ponekad" i "rijetko". U konačnoj evaluaciji, odgovoru "skoro uvijek" pridodaju se dva boda, odgovoru "ponekad" jedan, a odgovoru "nikada" nula bodova. Minimalan broj bodova može biti nula, a maksimalan deset. Ukupni zbroj između 8 i 10 bodova upućuje na to da je ispitivana osoba gotovo uvijek zadovoljna vlastitom ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobiva. Zbroj bodova između 4 i 7 upućuje na to da je ispitivana osoba samo ponekad zadovoljna vlastitom ulogom u obitelji i potporom koju od nje dobiva te označava poremećaj obiteljske funkcije. Zbroj bodova 3 i manje upućuje da ispitivani član obitelji gotovo nikad nije zadovoljan svojom ulogom u obitelji ili podrškom koju mu ta obitelj pruža^{11,12}.

Prikupljeni podaci su obrađeni i tablično prikazani. Prikazane su distribucije ispitanika po pojedinim varijablama i grupama.

Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 89 ispitanika, specijalizante obiteljske medicine. Najmanji zbroj bodova u testu iznosio je jedan, što predstavlja nezadovoljstvo vlastitom ulogom u obitelji, odnosno predstavlja disfunkcionalnu obitelj, a najveći postignuti zbroj bodova iznosio je deset, odnosno predstavlja obitelj koja dobro funkcionira. Tablica 1 prikazuje bodovnu strukturu svih odgovora; prosjek ukupnog zbira bodova iznosio je 8,41, uz standardnu devijaciju od 1,52.

Tablica 1. Ukupan zbroj bodova na sva pitanja Obiteljskog APGAR testa.

Broj bodova	Broj ispitanika	%
1	0	0,0
2	1	1,1
3	2	2,2
4	3	3,4
5	4	4,5
6	6	6,7
7	9	10,1
8	13	14,7
9	32	35,9
10	19	21,4
Ukupno	89	100,0

Prema ukupnom zbroju bodova na svih pet pitanja, 3 su specijalizanta bila nezadovoljna svojom ulogom u obitelji. Na umjerenu disfunkcionalnost obitelji ukazalo ih je 22 ili 25,7%, dok su 64 (72,0%) procijenila da njihove obitelji dobro funkcioniraju. Strukturu odgovora na pojedina pitanja iz Obiteljskog Apgara donose tbl. 2-6.

Tablica 2. Odgovori na pitanje a)*

Odgovor	Broj ispitanika	%
Nikad	0	0
Ponekad	82	92,1
Skoro uvijek	7	7,9
Ukupno	89	100,0

* "Zadovoljan/na sam što se mogu obratiti svojoj obitelji za pomoć u slučaju kada me nešto brine"

*Tablica 3. Odgovori na pitanje b)**

Odgovor	Broj ispitanika	%
Nikad	1	1,1
Ponekad	60	67,4
Skoro uvijek	28	31,5
Ukupno	8970	100,0

** "Zadovoljan/na sam načinom na koji moja obitelj diskutira o zajedničkim problemima"*

*Tablica 4. Odgovori na pitanje c)**

Odgovor	Broj ispitanika	%
Nikad	1	1,1
Ponekad	61	68,6
Skoro uvijek	27	30,3
Ukupno	89	100,0

** "Zadovoljan/na sam da moja obitelj prihvaća i podržava moje aktivnosti i ideje"*

*Tablica 5. Odgovori na pitanje d)**

Odgovor	Broj ispitanika	%
Nikad	0	0
Ponekad	60	67,4
Skoro uvijek	29	32,6
Ukupno	89	100,0

** "Zadovoljan/na sam načinom na koji moja obitelj pokazuje da sam joj drag/a i na koji prihvaća moje osjećaje, ljutnju, žalost ili ljubav"*

*Tablica 6. Odgovori na pitanje e)**

Odgovori ispitanika	Broj ispitanika	%
Nikad	2	2,2
Ponekad	41	46,1
Skoro uvijek	46	51,7
Ukupno	70	100,0

** "Zadovoljan/na sam kako provodimo zajedničko vrijeme"*

Rasprava

Ovo istraživanje spada u "action-research", kojem je cilj prikupiti podatke o istraživanom fenomenu, ali i utjecati na promjenu stava i ponašanja ispitanika prema ispitivanoj pojavi. Ispitanici su bili specijalizanti obiteljske medicine, kod njih su se istraživanjem htjela postići dva učinka. Prvi je bio da usvoje vještinu, kompetenciju korištenja Obiteljskog Apgara, kao mjernog instrumenta za procjenu funkcioniranja obitelji. Drugi, da na primjerima funkcioniranja vlastitih obitelji, uoče prednosti i nedostatke, odnosno procijene valjanost i pouzdanost ovog mjernog instrumenta. Prema dobivenim rezultatima može se reći da je ukupno zadovoljstvo specijalizanata obiteljske medicine s njihovom ulogom u obitelji veliko; 72% ocjenjuje da njihove obitelji dobro funkcioniraju. Čak četvrtina je izrazila potpuno zadovoljstvo svojim obiteljskim životom, ostvarivši maksimalni zbir od 10 bodova. Prosjek bodova za cijelu grupu iznosi 8,4, što ju u cjelini svrstava u funkcionirajuće obitelji, iako tek neznatno iznad donje granice (zbir bodova 8-10). Ako se analizira struktura, onda najveći broj odgovora pripada kategoriji "ponekad", što upućuje na činjenicu da postoji velik udio nepotpunog zadovoljstva specijalizanata vlastitom ulogom u obitelji. Također je zanimljiva nejednaka raspodjela odgovora na pojedino pitanje. Naime, na pitanje "Zadovoljan/na sam što se mogu obratiti svojoj obitelji za pomoć u slučaju kada me nešto brine", najveći broj je izrazio djelomično zadovoljstvo, njih 92,1% je odgovorilo "ponekad". Možda oni predstavljaju glavni oslonac svojim obiteljima, a ne obrnuto? Možda se njihove obitelji više mogu osloniti na njih, nego što se oni mogu osloniti na obitelj? Najpovoljniji su odgovori bili na pitanje "Zadovoljan/na sam kako provodimo zajedničko vrijeme": 51,7% ispitanika je odgovorilo "uvijek". Ovakvi odgovori možda se mogu protumačiti i na način da je vrijeme provedeno u zajedničkom druženju značajan faktor u zadovoljstvu specijalizanata. Međutim, treba naglasiti da su 3 specijalizanta izrazila očito nezadovoljstvo ulogom u vlastitoj obitelji. Jesu li te obitelji u krizi ili nisu teško je reći. Ako su u krizi, najvjerojatnije će utjecati i na profesionalni napredak specijalizanata, činjenica koju bi mentori trebali uzeti u obzir. Također je pitanje je li i ona četvrtina specijalizanata koja je ostvarila maksimalni broj bodova i izrazila maksimalno zadovoljstvo vlastitom ulogom u obitelji stvarno tako zadovoljna? Naime, suglasno rezultatima drugih istraživanja postoji tendencija davanju povoljnije slike. Tako je ispitivanje upotrebljivosti i učinkovitosti Obiteljskog Apgar-a na Tajvanu pokazalo da su žene sklonije davanju viših ocjena za svoju obitelj, a isto vrijedi i za osobe starije od 35 godina¹⁵.

Rezultate ovog istraživanja treba uzeti s oprezom jer se radilo o malom, nereprezentativnom uzorku, provedenom na odabranoj skupini liječnika na specijalizaciji obiteljske medicine. I samo istraživanje je provedeno kao dio nastavne jedinice, pa je pitanje kolika je stvarno bila fokusiranost na istraživani fenomen. Osim toga, poznato je da osjetljivost mjernog instrumenta ovisi o situaciji u kojoj vanjski događaji utječu na rezultate. Pokazano je da postojanje teže bolesnog člana obitelji, kroničnog bolesnika, rezultira znatno nižim vrijednostima skora, dok akutne bolesti, najčešće viroze i glavobolje, značajnije ne remete vrijednosti Obiteljskog Apgara¹². U nekim radovima postavljena je i sumnja učinkovitosti Obiteljskog Apgara u mjerenju funkcioniranja obitelji. Uočen je nerazmjer između broja obitelji koje su imale nisku bodovnu vrijednost i mišljenja nadležnog liječnika o toj obitelji¹⁶. Opetovano dolazi do izražaja spoznaja o potrebi prikupljanja podataka o obitelji iz više različitih izvora kako bi se izbjegle pogreške¹⁰. Da bismo dobili sliku o stvarnom funkcioniranju obitelji liječnika obiteljske medicine najvjerojatnije bi trebalo primijeniti kompleksniju metodologiju. Bilo bi također zanimljivo provjeriti da li se po završetku specijalizacije rezultati ispitivanja mijenjaju. Time bismo mogli procijeniti način na koji obaveze tijekom specijalizacije obiteljske medicine utječu na specijalizante. Ukoliko bi se anketiranje proširilo i na članove obitelji specijalizanata, te provelo ispitivanje na početku i na kraju specijalizacije, među svim specijalizantima, ali i članovima njihovih obitelji, mogli bismo dobiti uvid u utjecaj specijalizacije na funkcioniranje obitelji ali i na konkretan utjecaj na svakog njenog člana.

Literatura

1. Ferrer RL, Palmer R, Burge S. The family contribution to health status: a population-level-estimate. *Ann Fam Med* 2005;3:102-8.
2. Medalie JH, Cole-Kelly K. The clinical importance of defining family. *Am Fam Physician* 2002;65:1277-9.
3. Beck U. Risk society. Towards a new modernity. London: Sage Publication, 1992.
4. Beck-Gernshem E. Reinventing the family: in search for new lifestyles. Cambridge: Polity Press, 2002.
5. Supple WA. Long-term effects of parenting problems during adolescence on well-being outcomes in young adulthood. *J Fam Issues* 2001;22:289-308.
6. Minuchin S. Families and family therapy. Harvard: Harvard University Press, 1974:7-9.

7. Wen M. Family structure and childrens health behavior. *J Fam Issues* 2001;22:310-15.
8. Cardol M, van den Bosh WJHM, Spreuwenberg P, Groenwegen PP, van Dijk L, de Bakker DH. All in the family: headaches and abdominal pain as indicator of consultation patterns in families. *Ann Fam Med* 2006;4:506-11.
9. House JS, Roux AD. Physicians, families and population health. *Ann Fam Med* 2005;3:100-1.
10. Jakšić Ž. *Obitelj i zdravlje*. 2 izd. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (Škola narodnog zdravlja "A. Štampar"), 1996.
11. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6:1231-9.
12. Smilkstein, G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Med* 1985;2: 263-78.
13. Bennett HJ. Apgar scores for dads. *BMJ* 1998; 317:1712-3.
14. Murphy JM, Kelleher K, Pagano ME i sur. The family APGAR and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS. *J Fam Pract* 1998; 46:54-64.
15. Chen YC, Chen CC, Hsu SH, Lin CC. A preliminary study of family APGAR index. *Acta Pediatr Sinica* 1980;21:210-6.
16. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ i sur. Does the family APGAR effectively measure family functioning. *J Fam Pract* 2001;50:19-25.

PROCJENA BOLESNIKOVOG DOŽIVLJAJA ŠEĆERNE BOLESTI PRIMJENOM IPQ-B UPITNIKA

PATIENTS' DIABETES MELLITUS PERCEPTION ACCORDING TO IPQ-B QUESTIONNAIRE

**Hilda Javorić¹, Goranka Petriček², Vesna Plešić³,
Mladenka Vrcić - Keglević²**

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Hida Javorić, Zagreb

² Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu,
Škola narodnog zdravlja A. Štampar, Zagreb

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Vesna Plešić, Zagreb

Sažetak

Cilj je bio istražiti postoje li modeli iskustva sa šećernom bolešću te kvantitativno odrediti pet komponenti bolesnikove predodžbe doživljaja bolesti: identitet, uzrok, trajanje, posljedice, kontrolu/liječenje i njihovu povezanost sa sociodemografskim karakteristikama. Presječno istraživanje provedeno je u ambulanti obiteljske medicine na uzorku od 52 dijabetičara tipa 2. Korištena su dva standardizirana upitnika: o općim podacima i o doživljaju bolesti - IPQ-B.

Šećerna bolest utječe u znatnoj mjeri na život ispitanika, većina ih smatra da će bolest trajati dugo te da dobro kontroliraju bolest. Većinu njihova bolest brine, ali uz bolest vežu malo emocija i simptoma, iako većina smatra da razumije bolest. Najčešće navedeni uzrok bolesti je stres, vanjski lokus kontrole pa je i osobna odgovornost za bolest i rezultate liječenja izvan bolesnikovog utjecaja. Upitnik IPQ-B pokazao se primjenjivim u obiteljskoj medicini za procjenu doživljaja bolesti u dijabetičara tipa 2.

Ključne riječi: *kronična bolesti, dijabetes, doživljaj bolesti, kvaliteta života, obiteljska medicina*

Summary

Our aim was to evaluate the experience models with diabetes and to quantitate five components of the patients' ideas about the disease: identity,

duration, consequences, control/management, and their link with sociodemographic characteristics. A cross-section study of 52 type 2 diabetics was done in a family practice with the use of two questionnaires: one about general data, and the other one, IPQ-B, about disease experience.

Diabetes has significant impact upon the patients' life; majority of them expect a long-lasting disease and declare a good control. Patients are mostly concerned about the disease but do not project a lot of emotions or symptom upon. Nevertheless most of them deem to understand well the situation. The most common causative factor was reportedly stress, an external control locus, so that treatment results do not include personal patient's responsibility. Utility of IPQ-B questionnaire was shown in the evaluation of patients with type 2 diabetes mellitus in family practice.

Key words: *chronic diseases, diabetes mellitus, disease experience, quality of life, family medicine*

Uvod

Kronična bolest je takvo oštećenje tijela, pojedinog organskog sustava ili organa koji zahtjeva dug medicinski nadzor, često i u neograničenom vremenu, u kojem se izmjenjuju potrebe za ambulantnim liječenjem, kućnim posjetima i kućnim liječenjem, smještajem u instituciju ili bolnicu i rehabilitacijom¹. Šećerna bolest je kronična i neizlječiva. Definirati je isključivo biokemijskim terminima značilo bi zanemariti činjenicu da uzrokuje tjelesne, psihološke i socijalne nevolje milijunima ljudi diljem svijeta koji s njom svakodnevno žive. Svaka tjelesna bolest uz organske tegobe, uzrokuje i promjenu psihičkog stanja oboljelog. Ishod psihološke reakcije na bolest ovisi o mnogo čimbenika. To su: ličnost bolesnika, vrsta i težina bolesti, bolesnikova dob, vanjske okolnosti i sredina u kojoj živi, reakcija obitelji na bolest. Stoga je važno pokušati uključiti bolesnikovu perspektivu u definiciju kronične bolesti kao što je šećerna bolest^{2,3}.

Dosadašnje saznanje upozorava da je, uvidom u bolesnikov doživljaj bolesti, moguće identificirati ključne faktore važne za prilagodbu na kroničnu bolest⁴. Percepcija bolesti utječe na način na koji se bolesnik s njom nosi, započinjanje i provođenje liječenja, kao i procjenu učinka liječenja. Studije o nošenju s kroničnim bolestima općenito pokazuju da aktivan i optimističan stav rezultira značajno boljim nivoima funkcioniranja, kao i pozitivnijim skorovima kliničkih mjerenja bolesti, te višim razinama psihološkog zdravlja^{4,5}. Dokazano je da će skrb koja uzima u obzir bolesnikov doživljaj

rezultirati većim zadovoljstvom, boljom suradljivošću, većom samostalnošću bolesnika i boljim kontinuitetom skrbi⁶.

Jedan od teoretskih pristupa kojim se nastoji objasniti bolesnikov doživljaja bolesti je Leventhalov model samoregulacije⁷. Aktivnom konstrukcijom vlastite predodžbe (doživljaja ili percepcije) bolesti, odnosno prijetnji zdravlju, bolesnik pokušava razumjeti i objasniti što mu se dogodilo i kako s tim živjeti⁸. Kratki upitnik za percepciju bolesti - Illness perception questionnaire - Brief (IPQ-B) razvijen je da bi se omogućila kvantitativna procjena bolesnikova doživljaja bolesti uzimajući u obzir ove komponente: utjecaj bolesti na život, duljina trajanja bolesti, osobna kontrola bolesnika nad bolešću, kontrola bolesti terapijom, jačina simptoma bolesti, zabrinutost bolesnika za bolest, razumijevanje bolesti, emotivna pogođenost s bolešću⁹.

Hipoteza istraživanja je da dijabetičari aktivno konstruiraju vlastitu predodžbu (model, doživljaj ili percepciju) bolesti. Cilj ovog istraživanja je kvantitativno procijeniti, sukladno IPQ-B upitniku, pet komponenti bolesnikove predodžbe bolesti: identitet, uzrok, trajanje, posljedice, kontrolu/liječenje.

Metode i ispitanici

Istraživanje je provedeno tijekom veljače i ožujka 2007. godine. u ambulanti obiteljske medicine liječnika na specijalizaciji iz obiteljske medicine. Iako se ambulanta nalazi u novozaagrebačkom naselju Remetinec, naselju gravitiraju i okolna seoska naselja, tako da je demografska struktura bolesnika šarolika. Navedeni podatak je bitan za daljnju interpretaciju rezultata. Presječno istraživanje provedeno je na namjernom, dobrovoljnom uzorku od 52 dijabetičara tipa 2 (MKB X revizija - E11). Iz medicinske dokumentacije su izdvojeni takvi bolesnici te ih se prilikom njihova samostalna posjeta liječniku obiteljske medicine zamolilo da sudjeluju u istraživanju (45/52). Nekolicina bolesnika je bila pozvana telefonom u svrhu anketiranja (7/52). Svi bolesnici su upoznati sa svrhom i ciljem istraživanja i zagarantirana im je anonimnost, a oni koji su pristali sudjelovati zamoljeni su da u prostoriji medicinske sestre ispune anketne upitnike. Ispunjene upitnike su ubacivali u za to pripremljenu zatvorenu kutiju sa uskim otvorom na vrhu.

Korištena su dva obrasca: upitnik o općim podacima o bolesniku i strukturirani kratki upitnik doživljaja bolesti (IPQ-B). Upitnikom s općim podacima o bolesniku prikupljeni su o dobi, spolu, mjestu rođenja, obiteljskom statusu, te broju članova obitelji, školskoj spremi, zaposlenju, radnim uvjetima te radnom statusu i ekonomskom stanju obitelji. IPQ-B upitnikom je

testiran bolesnikov doživljaj šećerne bolesti tip 2, pomoću pitanja: koliko bolest utječe na život, koliko će bolest trajati, koliko kontrole bolesnik ima nad šećernom bolešću, koliko preporučena terapija utječe na bolest, koliko su jaki simptomi bolesti, koliko je zabrinut za bolest, koliko dobro misli da razumije bolest, koliko ga bolest emotivno pogađa. Na pitanja su bolesnici odgovarali zaokruživanjem broja na skali od 0 do 10 (0 najviše negativno, 10 najviše pozitivno). Nadalje, bolesnici su zamoljeni da navedu emocije i simptome koje povezuju s bolesti (ukoliko ih imaju), te rangiraju 3 najvažnija uzroka njihove bolesti.

Dobiveni podaci unošeni su u Excel tablice, a statistička analiza je napravljena uz pomoć SPSS računalnog programa. Korištene su uobičajene statističke metode za deskripciju kvantitativnih i kvalitativnih obilježja.

Rezultati

Od 52 ispitanika 26 je bilo muškog i 26 ženskog spola. Prosječna dob je bila 66 godina za muškarce ($66,00 \pm 9,34$), odnosno 64 godine za žene ($64,35 \pm 8,68$). Mjesto rođenja je u 26/52 ispitanika bilo selo, a u 26/52 grad. Od ukupnog broja ispitanika najveći broj, 48/52, živi u obitelji koje su najčešće dvočlane (20/52), odnosno tročlane (10/52). Široki krug prijatelja ima 24/52 bolesnika, a mali krug 28/52. Gotovo jednak broj bolesnika ima završenu osnovnu (22/52) i srednju školu (24/52), dok ih 6/52 ima visoku ili višu školu. Većina bolesnika (46/52) ne radi. U većine ispitanika ekonomsko stanje obitelji bilo je prosječno (41/52). Na slijedećim tablicama prikazani su rezultati procjene pet komponenti bolesnikove predodžbe doživljaja bolesti: identitet, uzrok, trajanje, posljedice, kontrolu/liječenje, te predodžbe bolesnika o mogućim uzrocima šećerne bolesti.

Kao što je prikazano u tablici 1, na ljestvici od 0 (uopće ne utječe na moj život) do 10 (jako utječe na moj život), najveći broj ispitanika (10/52) je naveo da šećerna bolest jako utječe na njihov život (ocjena 10). Međutim, prosječna vrijednost je iznosila 6,4 bodova.

Najveći broj ispitanika (tbl. 2), njih 38 zaokružilo je da će bolest trajati zauvijek (ocjena 10). Prosječna vrijednost odgovora svih ispitanika iznosila je 8,57 bodova.

Raspon odgovora od 2-10 u tablici 3 pokazuje da je većina ispitanika, njih 17, zaokružila 10. Prosječna vrijednost odgovora svih ispitanika iznosila je 7,54.

Tablica 1. Doživljaj bolesnika o utjecaju šećerne bolesti na njihov život.

Utjecaj na život (1-10)	N	%
1	3	5,8
2	1	1,9
3	5	9,6
4	4	7,7
5	5	9,6
6	8	15,4
7	5	9,6
8	9	17,3
9	2	3,8
10	10	19,2
Ukupno	52	100,0

Tablica 2. Doživljaj bolesnika o trajanju šećerne bolesti.

Trajanje bolesti (1-10)	N	%
0	1	1,9
1	1	1,9
2	1	1,9
4	3	5,8
5	4	7,7
7	1	1,9
8	3	5,8
10	38	73,1
Ukupno	52	100,0

Tablica 3. Doživljaj bolesnika o mogućnosti osobne kontrole nad šećernom bolesti.

Osobna kontrola nad bolesti (1-10)	N	%
2	4	7,7
4	2	3,8
5	2	3,8
6	8	15,4
7	7	13,5
8	9	17,3
9	3	5,8
10	17	32,7
Ukupno	52	100,0

Većina ispitanika, njih 22 zaokružila je 10. Prosječna vrijednost odgovora svih ispitanika bila je 8,4 (tbl. 4).

Glede težine simptoma (tbl. 5), većina ispitanika zaokružila je odgovor 5. Prosječna vrijednost odgovora svih ispitanika bila je 5,35 bodova.

Većina ispitanika, njih 24, na upit o zabrinutosti glede perspektive svoje bolesti zaokružila je broj 10 (tbl. 6). Prosječna vrijednost odgovora bila je 5,23. Na pitanje u shvaćanju naravi svoje bolesti (tbl. 7), većina ispitanika, njih 20, zaokružila je broj 10. Prosječna vrijednost odgovora svih ispitanika bila je 7,5. Mišljenja o emotivnom opterećenju bolešću bila su podijeljena (tbl. 8). Na dvije ekstremne vrijednosti ispitanici su podjednako odgovorili - naime broj 1 zaokružilo je 11 ispitanika, a broj 10 zaokružilo je 14 ispitanika, a prosječna vrijednost odgovora svih ispitanika iznosila je 5,82.

Tablica 4. Doživljaj bolesnika o mogućnosti kontrole šećerne bolesti terapijom.

Terapijska kontrola bolesti (1-10)	N	%
2	1	1,9
3	1	1,9
5	4	7,7
6	4	7,7
7	5	9,6
8	10	19,2
9	5	9,6
10	22	42,3
Ukupno	52	100,0

Tablica 5. Doživljaj bolesnika o jačini simptoma šećerne bolesti.

Jačina simptoma (1-10)	N	%
1	6	11,5
2	5	9,6
3	5	9,6
4	4	7,7
5	10	19,2
6	5	9,6
7	4	7,7
8	5	9,6
9	2	3,8
10	6	11,5
Ukupno	52	100,0

Tablica 6. Zabrinutost bolesnika za svoje stanje.

Zabrinutost (1-10)	N	%
1	2	3,8
3	3	5,8
4	2	3,8
5	8	15,4
6	3	5,8
7	5	9,6
8	2	3,8
9	3	5,8
10	24	46,2
Ukupno	52	100,0

Tablica 7. Razumijevanje šećerne bolesti.

Razumije bolest (1-10)	N	%
1	2	3,8
2	2	3,8
3	4	7,7
4	4	7,7
5	5	9,6
6	2	3,8
7	2	3,8
8	6	11,5
9	5	9,6
10	20	38,5
Ukupno	52	100,0

Tablica 8. Emotivna pogođenost dijabetesom.

Emotivni teret bolesti (1-10)	N	%
1	11	21,2
2	4	7,7
3	3	5,8
4	1	1,9
5	8	15,4
6	1	1,9
7	2	3,8
8	7	13,5
9	1	1,9
10	14	26,9
Ukupno	52	100,0

O mogućim uzrocima svoje bolesti (tbl. 9) ispitanici su mogli navesti tri mišljenja. Svi su naveli barem jedan uzrok. Najčešći navedeni uzrok dijabetesa bio je stres (39/52), potom prehrana (22/52), nasljeđe (7/52), prekomjerna težina (18/52) i nedovoljno kretanje (2/52). Ostali pojedinačno navedeni uzroci bili su: drugi lijekovi, menopauza, visoka životna dob, druge bolesti, neuredan život, alkohol, tuga i uvjeti rada.

Tablica 9. Bolesnikov doživljaj uzroka šećerne bolesti.

Uzroci bolesti	N	%
Stres	29	55,8
Visoka životna dob	2	3,8
Tuga	1	1,9
Nasljeđe	5	9,6
Prehrana	8	15,4
Prekomjerna tjelesna težina	1	1,9
Druge bolesti	1	1,9
Nedovoljno kretanje	2	3,8
Neuredan život	3	5,8
Ukupno	52	100,0

Čak 31 bolesnik nije povezoao niti jedan simptom sa šećernom bolešću (tbl. 10). Od ostalih 21, većina je navela samo 1 simptom (12 ispitanika), potom 2 simptoma (5), te 3 simptoma (4 ispitanika). Najčešći simptomi koje su bolesnici povezali s dijabetesom bili su trnci (7/52), nemoć (5/52) i slabovidnost (4/52). Ostali, pojedinačno navedeni simptomi bili su glad, svrbež, vrtoglavica, žeđ, često mokrenje, teško disanje, nervoza i znojenje.

Čak 27 bolesnika nije imalo emocija vezanih uz bolest (tbl. 11), 19/52 je navelo po jednu, a 6 ispitanika po dvije emocije vezane za bolest. Najčešći osjećaj koji su bolesnici povezali uz bolest bila je nervoza (11/52), potom strah (9/52), ljutnja (6/52) i depresija (2/52).

Nije utvrđena značajna povezanost između broja simptoma i broja emocija. Komponente bolesnikovog doživljaja bolesti bile su međusobno povezane (tbl. 12). Komponenta emotivne pogođenosti bolešću bila je značajno povezana s čak četiri druge komponente: trajanjem bolesti ($r = 0,274$; $p < 0,01$), osobnom kontrolom nad bolesti ($r = 0,419$; $p < 0,05$), jačinom simptoma ($r = 0,387$; $p < 0,05$), i zabrinutošću za bolest ($r = 0,303$; $p < 0,01$). Komponente utjecaja bolesti na život i trajanja bolesti bile su povezane s tri druge komponente. Tako je utjecaj bolesti na život bio značajno povezan s kontrolom bolesti terapijom ($r = 0,284$; $p < 0,05$), s jačinom simptoma ($r = 0,471$; $p < 0,01$) i sa zabrinutošću ($r = 0,287$; $p < 0,05$). Trajanje bolesti bilo je značajno povezano

s jačinom simptoma ($r = 0,372$; $p < 0,05$), razumijevanjem bolesti ($r = 0,392$; $p < 0,05$) i emotivnim pogođenošću ($r = 0,274$; $p < 0,01$).

Tablica 10. Tjelesni simptomi koje su bolesnici povezali sa šećernom bolesti.

Simptomi	N	%
Nema	31	59,6
Vrtoglavica	1	1,9
Vrtoglavica, nemoć i nervoza	1	1,9
Vrtoglavica, trnci, nemoć	1	1,9
Nemoć	3	5,8
Znojenje	1	1,9
Znojenje, teško disanje	1	1,9
Glad, teško disanje	1	1,9
Glad, žeđ, trnci	1	1,9
Često mokrenje	1	1,9
Žeđ	1	1,9
Žeđ, svrbež, slab vid	1	1,9
Svrbež, trnci	1	1,9
Nervoza	2	3,8
Slab vid	1	1,9
Slab vid, trnci	2	3,8
Trnci	2	3,8
Ukupno	52	100,0

Tablica 11. Emocije koje su bolesnici povezali sa šećernom bolesti.

Osjećaj	N	%
Ljutnja	5	9,6
Ljutnja, nervoza	1	1,9
Nervoza	6	11,5
Nervoza, strah	3	5,8
Nervoza, depresija	1	1,9
Strah	5	9,6
Strah, nesigurnost	1	1,9
Depresija	1	1,9
Zabrinutost	1	1,9
Nesigurnost	1	1,9
Nema	27	51,9
Ukupno	52	100,0

Tablica 12. Povezanost (Pearsonov koeficijent korelacije) među komponentama doživljaja bolesti

	Utjecaj na život	Trajanje bolesti	Osobna kontrola	Kontrola terapijom	Jačina simptoma	Zabrinutost	Razumijevanje bolesti	Emotivno pogađa
Utjecaj na život	1	0,175	0,205	0,284*	0,471**	0,287(*)	0,230	0,191
		0,215	0,145	0,041	<0,0001	0,039	0,101	0,175
Trajanje bolesti	0,175	1	0,243	0,092	0,372**	-0,063	0,392**	0,274*
	0,215		,083	0,516	0,007	0,655	0,004	0,050
Osobna kontrola	0,205	0,243	1	0,268	0,248	0,090	0,272	0,419**
	0,145	0,083		0,055	0,076	0,524	0,051	0,002
Kontrola terapijom	0,284*	0,092	0,268	1	0,075	0,086	0,346*	0,052
	0,041	0,516	0,055		0,599	0,545	0,012	0,717
Jačina simptoma	0,471**	0,372**	0,248	0,075	1	0,180	0,020	0,387**
	0,000	0,007	0,076	0,599		0,203	0,889	0,005
Zabrinutost za stanje	0,287*	-0,063	0,090	0,086	0,180	1	0,028	0,303*
	0,039	0,655	0,524	0,545	0,203		0,843	0,029
Razumije bolest	0,230	0,392**	0,272	0,346*	0,020	0,028	1	0,210
	0,101	0,004	0,051	0,012	0,889	0,843		0,135
Emotivno pogađa	0,191	0,274*	0,419**	0,052	0,387**	0,303*	0,210	1
	0,175	0,050	0,002	0,717	0,005	0,029	0,135	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Rasprava

Presječno istraživanje, provedeno u ordinaciji obiteljske medicine, obuhvatilo je 52 dijabetičara tipa 2, radi kvantitativne procjene komponenti bolesnikova doživljaja stanja, sukladno upitniku IPQ-B.

Svi ispitanicu su imali razvijenu predodžbu o svojoj šećernoj bolesti prema IPQ-B upitniku. Nije bilo ni jednog bolesnika koji ne bi znao odgovore na postavljena pitanja, što je sukladno rezultatima drugih istraživanja^{10,11}. Šećerna bolest se doživljava kao stanje koje znatno utječe na život bolesnika. Njih 26/52 ocijenilo je izrazit utjecaj bolesti na njihov život (ocjena 7 i više). Većina bolesnika smatrala je da će bolest trajati dugo. Njih 38/52 smatralo je da će bolest trajati zauvijek. Bolesnici drže da osobno dobro kontroliraju bolest; čak 36/52 (ocjena 7 i više). Također veliki broj bolesnika smatra da bolest dobro kontrolira terapijom; 42/52 smatra da terapija izrazito pomaže u kontroli bolesti (ocjena 7 i više). Bolesnici su dosta zabrinuti za svoju bolest (34/52 ocjena 7 i više). Većina bolesnika smatra da dobro razumije i poznaje bolest (33/52 ocjena 7 i više). Bolesnici se nisu mogli u potpunosti složiti oko jačine simptoma; podjednak se broj rasporedio na dva ekstrema. Kako je prosječna vrijednost ispala 5,35 (gotovo binominalna distribucija), može se zaključiti da bolesnici doživljavaju simptome bolesti vrlo različito. Najčešći simptomi koje su bolesnici povezali s bolešću su trnci, nemoć i slabovidnost. Ostali pojedinačno navedeni simptomi bili su glad, svrbež, vrtoglavica, žeđ, često mokrenje, teško disanje, nervoza i znojenje. Bolesnici se nisu jednako izjasnili niti oko emotivnog doživljaja bolesti. Podjednak broj bolesnika je smatrao da ih bolest emotivno pogađa (19/52 ocjena 4 i manje) odnosno ne pogađa (24/52 ocjena 7 i više). Kako je potreba da spozna uzroke pojavama koje ga okružuju jedna od karakteristika svakog ljudskog bića (12), tako se i bolesnici angažiraju u traženju uzroka svoje bolesti. Svi su naveli barem jedan uzrok bolesti. Najčešći je bio stres (39/52), potom prehrana, nasljeđe, prekomjerna težina, nedovoljno kretanje, drugi lijekovi, menopauza i dob. Nadalje, rezultati istraživanja su pokazali da su pojedine komponente doživljaja bolesti međusobno značajno povezane.

Svakako treba napomenuti i nedostatke istraživanja. Prvenstveno se radi o malom broju, izrazito selekcioniranih bolesnika u kojih se nije mogla istražiti veza doživljaja bolesti sa socijalnodemografskim i ostalim varijablama bolesnika i same bolesti. Dobiveni rezultati mogli bi imati dvostruko značenje za praksu pa bi istraživanje trebalo ponoviti na većem uzorku. Važnost za liječnika praktičara se prvenstveno odnosi na spoznaju o povezanosti doživljaja bolesti i ponašanja bolesnika. Poznavajući pacijentov individualni doživljaj bolesti moguće je, u stanovitoj mjeri, predvidjeti njegovo ponašanje, ali i kliničke ishode bolesti¹³⁻¹⁷. Nadalje, budući da se radi o vrlo jednostavnom, bolesniku razumljivom upitniku, čija primjena ne zahtijeva suviše vremena¹¹, mogao bi se primijeniti u svakodnevnom radu s kroničnim bolesnicima, ne samo s dijabetičarima¹⁸. Budući da su pojedine komponente doživljaja

bolesti međusobno povezane, postoji mogućnost utjecaja liječnika na neke od njih (npr. svijest o mogućoj kontroli bolesti lijekovima), potencijalno važne za ishod. Međutim, da bi ciljano i svjesno utjecao, trebao bi prvenstveno poznavati ideje, doživljaje i mišljenja samog bolesnika¹⁹.

Literatura

1. Murray CJL, Lopez AD, ur. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston:Harvard University Press,1996.
2. Halsted H. Chronic disease - the need for a new clinical education. JAMA 2004; 292: 1057-9.
3. Thorne S, Paterson B. Shifting images of chronic illness. J Nurs Scholarship 1998; 30:173-8.
4. Schiaffino K, Shawaryn M, Blum D. Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illness. Health Psychol 1998;17:262-8.
5. Cordova M, Cunningham L, Carlson C, Andrykowsky M. Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. J Consult Clin Psychol 2001;69:706-11.
6. Hampson SE, GlasGow RE, Toobert DJ. Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. Health Psychol 1990;9:632-46.
7. Leventhal H, Nerenz D. The active side of illness cognition. U Karoly P, ur. Measurement strategies in health. New York: Springer, 1985: 517-54.
8. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal E, Patrick-Miller L, Robitaille C. Illness representations: theoretical foundations. U Petrie KJ, Weinman J, ur. Perceptions of health and illness: current research and applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997:19-45.
9. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychol Health 2002;17:1-16.
10. Steed L, Newman SP, Hardman SMC. An examination of the self-regulation model in atrial fibrillation. Brit J Health Psychol 1999;4:337-47.
11. Petriček G, Barišić T, Grubišić-Čabo J, Mravak-Alviž V, Vuletić Mavrincac G, Murgić L, Vrcić-Keglević M. Zdravstveni lokus kontrole bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca. Med Fam Croat. 2008;16:33-44.

12. Kelly HH. The process of causal attribution. *Am J Psychol.* 2005;28:107-28.
13. Heijmans M, de Ridder D. Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *J Behav Med.* 1998; 21:485-503.
14. Moss-Morris R, Petrie KJ, Weinman J. Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *Brit J Health Psychol* 1996;1:15-25.
15. Cooper A, Lloyd GS, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999; 82:234-6.
16. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. *Brit Med J* 1996;312:1191-4.
17. Petriček G, Vrcić-Keglević M, Vuletić G, Cerovečki V, Ožvačić Z, Murgić L. Illness Perception and cardiovascular risk factors in patient with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study. *Croat Med J* 2009;50:583-93.
18. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LNA, Bergman W, Rooijmans HGM. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosomat Res* 1998;44:573-85.
19. Steward M, Brown JB, Donner A i sur. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49:796-804.

RIJEČ KAO LIJEK - KADA RAZGOVOR S OBITELJSKIM LIJEČNIKOM NAJVIŠE POMAŽE?

WORD AS A REMEDY- WHEN THE CONVERSATION
WITH FAMILY DOCTOR HELPS THE MOST?

Aleksandar Ljubotina¹, Ines Diminić - Lisica¹,
Branislava Popović¹, Leonardo Bukmir¹, Dejan Ivošević¹,
Zdenka Barićev - Novaković¹, Eris Materljan¹

¹ Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Sažetak

Ciljevi ovog istraživanja bili su utvrditi razloge dolaska obiteljskom liječniku pri kojima je pacijentu važniji razgovor s liječnikom od propisivanja medikamentne terapije, odnosno upućivanja na daljnju obradu, te utvrditi prediktore koji određuju potrebu pacijenata za dužim razgovorom nego što im je to obiteljski liječnik omogućio.

U istraživanju je učestvovalo 244 pacijenata iz 6 ordinacija obiteljske medicine u Rijeci, 138 žena i 106 muškaraca. Uzorak ispitanika je prigodan. Varijable u istraživanju (spol, dob i broj kroničnih bolesti u pacijenata, spol i dob obiteljskih liječnika, važnost razgovora s obiteljskim liječnikom) mjerene su posebnim upitnikom s Likertovom ljestvicom.

Faktorska analiza je izlučila 3 faktora: "psihosocijalne tegobe", "tjelesne tegobe koje prvenstveno zahtijevaju kliničku obradu" i "tjelesne tegobe koje prvenstveno zahtijevaju propisivanje lijeka". Za pacijente koji obiteljskom liječniku dolaze zbog psihosocijalnih tegoba razgovor je daleko važniji ($\chi^2=339,87$; $p<0,001$) od lijekova i upućivanja na daljnje pretrage. Faktori dobi i spola pokazali su se neznačajnima. Regresijska analiza je pokazala da žene, kronični bolesnici (razmjerno broju kroničnih bolesti), pacijenti koji dolaze zbog psihosocijalnih tegoba ili tjelesnih tegoba koje po njihovom mišljenju zahtijevaju daljnju obradu, imaju veću potrebu za dužim razgovorom s obiteljskim liječnikom nego što im je to omogućeno (izrazitije s liječnikom nego s liječnicom, dok dob pacijenata ili liječnika nije bila značajna u tom pogledu).

Obiteljski liječnik treba prepoznati potrebu pacijenata za razgovorom, i omogućiti im dovoljno vremena u povjerljivom okruženju, jer i sam razgovor može djelovati kao lijek.

Ključne riječi: *razlog dolaska obiteljskom liječniku, komunikacija, pacijentova potreba za razgovorom*

Summary

The aim of this study were to identify reasons for visiting family doctor when conversation is more important than drug prescription or further clinical work-up, and to identify predictors of patient's need for conversation, greater than family physician may provide.

Polled were 244 patients from 6 family practices in Rijeka, 138 women and 106 men. The variables: patient's gender, age, and number of chronic diseases, family doctor's gender and age, importance of conversation with family doctor, patient's need for longer interaction, were assessed using a specific questionnaire and Lickert five point scale.

Factorial analysis extracted three important factors ("psychosocial problems", "physical complaints that require further treatment", and "physical complaints that require drug prescription"). For patients visiting family doctors for psychosocial problems conversation was more important ($\chi^2=339,87$; $p<0,001$) than drug prescription or further medical treatment. Gender differences were insignificant in this respect. Women, patients with chronic diseases (in proportion to their number), patients with psychosocial problems or physical complaints requiring further clinical work-up needed longer conversation than family doctor could afford (more accentuated with male physicians, with no age differences).

Family doctor should recognize patients' need for conversation, providing them adequate time and confidential setting, because conversation can be a cure by itself.

Key words: *reason for visiting family doctor, communication, patients' need for conversation*

Uvod

Tehnološki napredak u medicini koji se ogleda u sve složenijim dijagnostičkim i terapijskim postupcima, kao i sve većem broju kliničkih specijalizacija i subspecijalizacija, pomalo dovodi do zapostavljanja pacijentove potrebe za razgovorom. Razgovor s pacijentom kao dijagnostičko sredstvo zadržao se prvenstveno u formi uzimanja anamnestičkih podataka i postavljanja dijagnoze u svim kliničkim specijalnostima¹, dok je razgovor kao lijek,

osim u psihijataru najprisutniji u savjetovanju liječnika obiteljske medicine². Promjena načina života je od velikog značenja u promicanju zdravlja, prevenciji i liječenju kroničnih bolesti, a tu je savjetovanje, odnosno riječ obiteljskog liječnika od presudne važnosti. Sve zahtjevniji suvremeni način života, konflikti unutar obitelji i na radnom mjestu dovode do niza psihičkih i tjelesnih tegoba uzrokovanih stresom. Stres pogađa sve organske sustave, i obiteljski liječnik koji ima holistički pristup, čija je intervencija usmjerena prvenstveno osobi, a ne samo pojedinom organu, najpozvaniji je pomoći svom uznemirenom i zabrinutom pacijentu. Pacijenti dolaze obiteljskom liječniku s različitim simptomima i različitim potrebama, što je s jedne strane izazov, a s druge strane zahtijeva posebnu vještinu komunikacije s pacijentom u ograničenom vremenu od desetak minuta, pa i kraće, u danima kad i više od 60 pacijenata čeka našu pomoć³. Prosječno vrijeme trajanja savjetovanja u ordinaciji obiteljskog liječnika je različito u raznim državama, prema Lussier i Richard savjetovanje najkraće traje u Njemačkoj (7,6 minuta) i Španjolskoj (7,8 minuta), dok u Belgiji, Švicarskoj, SAD i Kanadi obiteljski liječnici savjetovanju pacijenata posvete dvostruko više vremena 15 do 17 minuta⁴. Istraživanje Pollock i Grime upućuje na nesuglasje u percepciji potrebnog vremena za savjetovanje između obiteljskih liječnika i depresivnih pacijenata. Dok za obiteljske liječnike vrijeme nije ograničavajući čimbenik, depresivni pacijenti traže više vremena za razgovor nego što im je ponuđeno⁵. Potreba pacijenta za razgovorom sa svojim obiteljskim liječnikom često je zanemarena u svakodnevnom radu, jer je često razgovor koji bi zadovoljio pacijenta teško smjestiti u prosječno vrijeme savjetovanja, i prekoračenje tog vremena dovodi do usporavanja rada i smanjenja broja usluga⁶.

U ovom istraživanju koristimo izraz "razgovor", umjesto u literaturi daleko češće korištenog službenog termina "savjetovanje" jer razgovor, konverzacija ili dijalog implicira aktivnu i ravnopravnu komunikaciju liječnika i pacijenta, dok savjetovanje semantički stavlja pacijenta u pasivni položaj primatelja savjeta od strane liječnika.

Ciljevi istraživanja

1. Utvrditi situacije, odnosno razloge dolaska obiteljskom liječniku pri kojima je pacijentu važniji razgovor s liječnikom od propisivanja medikamentozne terapije, odnosno upućivanja na daljnju obradu.
2. Utvrditi prediktore koji određuju potrebu pacijenata za dužim razgovorom nego što im je to obiteljski liječnik omogućio.

Ispitanici i metode

U istraživanju su sudjelovala 244 pacijenta iz 6 ordinacija obiteljske medicine u Rijeci, 138 žena i 106 muškaraca. Medijan dobi ispitanika bio je 55 godina (raspon od 17 do 89). Dobna razlika između muškaraca i žena nije statistički značajna ($p = 0,45$). Uzorak ispitanika bio je prigodan.

Varijable u istraživanju: spol, dob i broj kroničnih bolesti u pacijenata, spol i dob obiteljskih liječnika. Važnost razgovora s obiteljskim liječnikom mjeren je posebno konstruiranim upitnikom koji se sastoji od 21 čestice u kojima se navode razlozi za posjetu obiteljskom liječniku, uz Likertovu petostupanjsku ljestvicu (1 - 5) za odgovore (u prilogu). Potreba pacijenta za dužim razgovorom s obiteljskim liječnikom nego što je to omogućeno izmjerena je Likertovom petostupanjskom ljestvicom. Promatrana su tri razloga zbog kojih pacijenti dolaze svom liječniku: "psihosocijalne tegobe" (faktor 1), "tjelesne tegobe koje prvenstveno zahtijevaju daljnju obradu" (faktor 2), "tjelesne tegobe koje prvenstveno zahtijevaju propisivanje lijeka" (faktor 3).

Postupak: kroz pet radnih dana svaki peti pacijent je uz pročitane upute ispunio anketni list s upitnikom (u prilogu); 14 ispitanika nije željelo sudjelovati te su zamijenjeni sljedećim po redu, a 19 anketnih listova nije uzeto u statističku obradu jer su bili nepotpuno ispunjeni.

U obradi rezultata koristili smo, uz metode deskriptivne statistike, faktorsku analizu na glavne komponente uz kosokutnu rotaciju, Kolmogorov - Smirnovljev test, Friedmanov test, Mann - Whitney U test, te regresijsku analizu. Statistička obrada rezultata izvršena je pomoću SPSS 13.0 računalnog programa (SPSS inc. Chicago Illinois, USA), a značajnim se smatran $p < 0,05$.

Rezultati

U tbl. 1 prikazani su rezultati faktorske analize važnosti razgovora s obiteljskim liječnikom. Koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach alfa za faktor jedan iznosi 0,85, za faktor dva 0,77, i 0,52 za faktor tri. Treba uočiti faktorsku dvojnost "lupanje srca" i "trnu udovi" koje su se osim u faktoru 1 odrazile djelomično i u faktoru 3, "skok tlaka" odrazio se osim u faktoru 2 i u faktoru 1, "bole mišići" osim u faktoru 1 i u faktoru 3, a "bole prsa" osim u faktoru 3 u faktoru 1.

Raspodjela rezultata po faktorima ispitana je Kolmogorov - Smirnovljevom testom, te je utvrđeno da se statistički značajno razlikuje od normalne

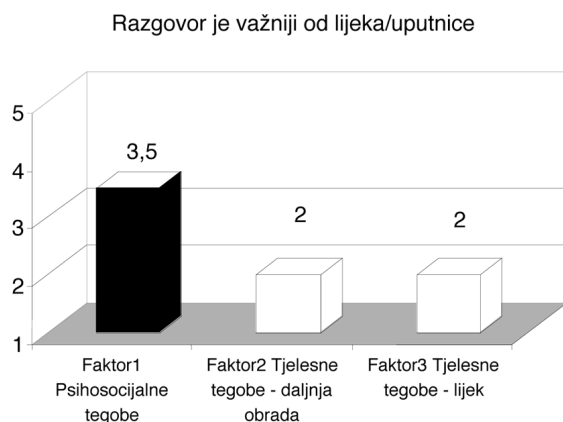
raspodjele (faktor 1: $z = 1,48$, $p = 0,02$; faktor 2: $z = 1,62$, $p = 0,01$: faktor 3: $z = 1,70$, $p = 0,01$). To je razlog zbog kojega su u daljnjoj obradi rezultata korišteni neparametrijski testovi.

Slika 1 prikazuje medijane procjene važnosti razgovora s obiteljskim liječnikom, na petostupanjskoj Likеровoj ljestvici, s obzirom na faktore u istraživanju.

Tablica 1. Rezultati faktorske analize (N = 244)

Razlog dolaska obiteljskom liječniku	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Komunalitet
obiteljski problemi	0,81			0,67
"crne" misli				
tjeskoba	0,80			0,67
tuga	0,73			0,55
zabrinutost	0,71			0,59
otežano disanje	0,67			0,46
"lupanje" srca	0,66			0,46
"trnu" udovi	0,64		0,35	0,49
"loši" lab nalazi	0,51		0,31	0,39
	0,44			0,22
bole zglobovi		0,72		0,55
pogoršanje vida		0,69		0,52
porast GUK-a		0,69		0,52
gubitak apetita		0,64		0,46
alergija		0,62		0,42
"skok" tlaka	0,35	0,56		0,41
bole mišići		0,53	0,38	0,36
boli uho		0,47		0,24
boli trbuh			0,66	0,46
prehlada			0,61	0,52
bole prsa	0,35		0,59	0,43
glavobolja			0,56	0,38
% objašnjene varijance	25,5	13,8	7,7	47,0

Prikazana su faktorska opterećenja od 0,30 i veća



Slika 1. Medijani procjene važnosti razgovora s obiteljskim liječnikom

Friedmanov test je pokazao da je za ispitanike razgovor statistički značajno važniji od lijekova ili upućivanja na daljnje pretrage kad obiteljskom liječniku dolaze zbog psihosocijalnih, a ne zbog tjelesnih tegoba ($\chi^2=339,87$; $p < 0,001$). Spolne razlike u važnosti razgovora nisu bile statistički značajne (Mann - Whitney U test: psihosocijalne tegobe, $Z = - 0,61$, $p = 0,95$, tjelesne tegobe, $Z = - 0,78$, $p = 0,43$, $Z = - 1,07$, $p = 0,28$).

U tbl. 2 prikazane su mjere centralne tendencije i raspršenja rezultata dobi pacijenata, kroničnih bolesti pacijenata, te dobi obiteljskih liječnika.

Tablica 2. Dob pacijenata ($n = 244$) i obiteljskih liječnika ($n = 6$), te broj kroničnih bolesti pacijenata.

Varijable	Medijan C	Kvartilno raspršenje		Minimum	Maksimum
		Q ₁	Q ₃		
dob pacijenata (godine)	55	34	69	17	89
broj kroničnih bolesti	1	0	2	0	5
dob obiteljskih liječnika (godine)	50	50	55	40	56

U nastavnoj obradi rezultata linearnom regresijskom analizom prikazane su varijable u istraživanju kao prediktori potrebe pacijenta za razgovorom s obiteljskim liječnikom kao kriterijskom varijablom (tbl. 3)

Tablica 3. Prediktori potrebe pacijenta za razgovorom s obiteljskim liječnikom.

Prediktori	β koeficijent	t p
spol pacijenta	- 0,20	-3,91 < 0,001
dob pacijenta	0,01	0,01 0,99
broj kroničnih bolesti	0,27	4,10 < 0,001
spol obiteljskog liječnika	0,19	2,81 0,01
dob obiteljskog liječnika	0,08	1,28 0,20
psihosocijalne tegobe	0,29	4,80 < 0,001
tjelesne tegobe - daljnja obrada	0,23	3,95 < 0,001
tjelesne tegobe - lijek	0,03	0,55 0,58

Regresijski koeficijent korelacije: $R = 0,66$ $R^2 = 0,42$ (objašnjena varijanca)

Statistički značajni prediktori ($p < 0,05$) su jače istaknuti

Žene, kronični bolesnici (proporcionalno broju kroničnih bolesti), bolesnici koji dolaze obiteljskom liječniku zbog psihičkih tegoba ili tjelesnih tegoba koje po njihovom mišljenju zahtijevaju daljnju obradu imaju veću potrebu za razgovorom s liječnikom nego što im je to omogućeno. Također, pacijenti obiteljskih liječnika imaju veću potrebu za razgovorom nego što im je to omogućeno od pacijenata obiteljskih liječnica. Dob pacijenata i dob obiteljskih liječnika nisu statistički značajni prediktori potrebe za razgovorom s obiteljskim liječnikom.

Rasprava

Istraživanje je pokazalo da razloge dolaska pacijenta obiteljskom liječniku možemo podijeliti u tri skupine. Jednu skupinu predstavljaju psihosocijalni problemi odnosno tegobe (npr. tjeskoba, obiteljski problemi, zabrinutost, tuga), drugu tjelesne tegobe koji po mišljenju pacijenata zahtijevaju kliničku obradu (npr. pogoršanje vida, porast arterijskog tlaka), dok treću skupinu predstavljaju tjelesne tegobe koje po mišljenju pacijenta u najvećoj mjeri zahtijevaju medikamentozno liječenje (npr. prehlada, glavobolja, bol u trbuhu). Sličnu faktorsku podjelu na psihosocijalne i tjelesne simptome kao razlog posjeta obiteljskom liječniku dobio je Bener na ispitanicima iz Saudijske Arabije⁷. Treba naglasiti da u slučaju kad pacijenti daju prednost lijeku ne isključuju daljnju obradu i obratno, a slično je kod davanja prednosti razgovoru. Faktorska dvojnost nekih razloga dolaska, kao što su

porast krvnog tlaka, bol u prsima, "lupanje" srca, "trnci" u udovima ukazuje na njihovu psihosomatsku prirodu, odnosno etiološku višeznačnost. Slični simptomi mogu ukazivati na reakciju tijela na psihološki stres i na početak bolesti koje zahtijevaju hitnu hospitalizaciju kao što su infarkt miokarda i moždani udar.

Pacijenti u najvećoj mjeri osjećaju potrebu za razgovorom kada su razlog dolaska obiteljskom liječniku psihosocijalni problemi. Zantinge i sur. ističu da su psihosocijalni problemi obiteljskim liječnicima zahtjevniji za savjetovanje od tjelesnih tegoba, a posebno im opterećenje predstavljaju somatske tegobe s psihološkom podlogom⁸. Razgovor je za takve pacijente najvažniji dio interakcije s obiteljskim liječnikom, iz svakodnevne prakse znamo da već samo iznošenje problema koji ih muče obiteljskom liječniku s kojim su stvorili odnos međusobnog povjerenja djeluje opuštajuće. Obiteljski liječnik treba poznavati vještinu aktivnog slušanja, te nedirektivnog savjetovanja kroz strukturirani razgovor. Sam razgovor u tom slučaju služi kao svojevrsni lijek. Klain ističe da su riječi instrument, te da je komunikacijska vještina obiteljskih liječnika posebno značajna kad pacijenta muče psihosocijalni problemi⁹. Ako shvatimo riječi kao lijek, možemo reći da izbor riječi ima svoju indikaciju, kontraindikaciju i nuspojave. Steine i sur. ističu da je važnija od samog trajanja razgovora smirenost obiteljskog liječnika koji djeluje povjerljivo, ne pokazujući znakove žurbe¹⁰. Pacijenti su posebno osjetljivi na čimbenike koji ih ometaju u povjerljivom razgovoru s obiteljski liječnikom, kao što su telefonski pozivi, prisutnost studenata ili stažista, snimanje razgovora, ulazak u ordinaciju medicinske sestre ili drugih osoba¹¹. Howie i sur. konstruirali su upitnik za mjerenje kvalitete savjetovanja u obiteljskoj medicini ("consultation quality index" - CQI) i utvrdili da su kvalitetnija savjetovanja povezana s manjom dnevnom listom naručenih pacijenata¹².

U ovom istraživanju statistički značajni prediktori potrebe za razgovorom dužim nego što je to omogućeno među ispitivanim varijablama su: ženski spol pacijenta, broj kroničnih bolesti, muški spol obiteljskog liječnika, psihosocijalne tegobe i tjelesne tegobe koje po mišljenju pacijenta zahtijevaju daljnju obradu. Drugim riječima najnezadovoljnije su omogućenim vremenom za razgovor pacijentice muških liječnika s nekoliko kroničnih bolesti, koje često dolaze obiteljskom liječniku zbog psihosocijalnih tegoba i potrebe za daljnjom kliničkom obradom. Rezultati se mogu pojasniti razvijenijim verbalnim faktorom u žena, a Boesner i sur. su utvrdili spolne razlike u prezentaciji grudne boli u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Grudna bol u žena češće je simptom psihosocijalnih poremećaja, dok je u muškaraca grudna

bol češće posljedica srčane ishemije¹². Britt i sur. su na slučajnom uzorku od 926 australskih obiteljskih liječnika utvrdili da obiteljske liječnice duže razgovaraju s pacijentima od muških kolega¹³, a Ogden i sur. su utvrdili da na zadovoljstvo pacijenata savjetovanjem u obiteljskoj medicini, osim trajanja savjetovanja utječe i sposobnost empatije, odnosno kvalitetno korištenje vremena koje obiteljskom liječniku stoji na raspolaganju¹⁴. Tähepõld i sur. su utvrdili da savjetovanje estonskih obiteljskih liječnika duže traje kad se radi o psihosocijalnim problemima i starijoj dobi pacijenata¹⁵. U našem istraživanju u kojemu nismo mjerili vremensko trajanje razgovora odnosno savjetovanja značajan prediktor potrebe za dužim razgovorom je psihosocijalna problematika, dok dob pacijenata nije statistički značajan prediktor. Dobivene rezultate možemo pojasniti posebnostima našeg društva u kojemu se još uvijek osjećaju posljedice Domovinskog rata, a sada i recesije, pogađajući mlađe skupine pacijenata, koji se u psihosocijalnim razlozima dolaska obiteljskom liječniku približavaju, ili čak nadmašuju pacijente starije dobi.

Edukacijom iz komunikacijskih vještina ili jedne od psihoterapijskih tehnika koje su primjerene za rad u obiteljskoj medicini, obiteljski liječnici dobivaju dodatnu dimenziju u komunikaciji sa svojim pacijentima. Važno je da obiteljski liječnik prepozna pacijenta čija potreba za razgovorom nadilazi prosječno vrijeme savjetovanja u obiteljskoj medicini, te da takve posebno naruči i osigura im dovoljno vremena, što se može prikazati kao poseban DTP postupak.

Zaključak

Pacijenti koje muče psihosocijalne tegobe imaju veću potrebu za razgovorom nego za medikamentoznom terapijom i upućivanjem na daljnju obradu od pacijenata koji traže pomoć obiteljskog liječnika zbog tjelesnih tegoba. Potreba za razgovorom dužim od onoga koji pacijentima omogućava obiteljski liječnik povezana je sa ženskim spolom pacijenata, s muškim spolom liječnika, s brojem kroničnih bolesti, te s psihosocijalnim tegobama i tjelesnim tegobama koje po mišljenju pacijenata zahtijevaju daljnju obradu. Obiteljski liječnik treba u svakodnevnom radu obratiti više pozornosti na potrebu pacijenata za razgovorom i osigurati im dovoljno vremena, jer sam razgovor može djelovati kao lijek i sam po sebi olakšati tegobe pacijentu.

Literatura

1. Peräkylä A. Conversation analysis: a new model of research in doctor-patient communication. *J R Soc Med.* 1997;90:205-8.
2. Fruge E, Crouch M, Bray J. Obiteljska dinamika i zdravlje. U: Rakel RE, ur. *Osnove obiteljske medicine.* Zagreb: Ljevak, 2005:30-7.
3. Roland M. The efficient use of time in general practice. *J Roy Coll Gen Pract.* 1989; 39: 485-6.
4. Lussier MT, Richard C. Time to talk. *Can Fam Physician.* 2006;52:1401-2.
5. Pollock K, Grime J. GPs' perspectives on managing time in consultations with patients suffering from depression: a qualitative study. *Fam Pract.* 2003;2: 262-9.
6. Sturmberg JP, Cilliers P. Time and the consultation - an argument for a 'certain slowness'. *J Eval Clin Pract.* 2009;15:881-5.
7. Bener A. Factors associated with consultation time in Riyadh primary health care centres, Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 1992;13:465-6.
8. Zantinge EM, Verhaak PF, Kerssens JJ, Bensing JM. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Br J Gen Pract.* 2005;55:609-14.
9. Klain E. i sur. *Psihološka medicina.* Zagreb: Golden marketing, 1999:109-76.
10. Steine S, Finset A, Laerum E. What is the most important for the patient in the meeting with a general practitioner? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120:349-53.
11. Sullivan F. Intruders in the consultation. *Fam Pract.* 1995;12:66-9.
12. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK. Developing a "consultation quality index" (CQI) for use in general practice. *Fam Pract.* 2000;17: 455-61.
13. Bösner S, Haasenritter J, Hani MA i sur. Gender differences in presentation and diagnosis of chest pain in primary care. *Fam Pract.* 2009;14:79-84.
14. Britt H, Valenti L, Miller G. Time for care. Length of general practice consultations in Australia. *Aust Fam Physician.* 2002;31:876-80.
15. Ogden J, Bavalia K, Bull M i sur. "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract.* 2004;21:479-83.
16. Tähepõld H, Maaros HI, Kalda R, Van den Brink-Muinen A. Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care.* 2003;21:167-70.

PRILOG:

UPITNIK VAŽNOSTI RAZGOVORA S OBITELJSKIM LIJEČNIKOM

Pacijent:

Spol M Ž Dob _____ god.

Kronične bolesti _____

Obiteljski liječnik/ca:

Spol M Ž Dob _____ god.

Uputa: Molimo Vas da zaokruživanjem odgovarajućeg broja na ljestvici odgovorite na slijedeća pitanja koja se odnose na razgovor s Vašom obiteljskom liječnicom / obiteljskim liječnikom.

Ljestvica: 1. uopće se ne odnosi na mene 2. uglavnom se ne odnosi na mene 3. niti se odnosi niti ne odnosi na mene 4. uglavnom se odnosi na mene 5. u potpunosti se odnosi na mene

Razgovor s obiteljskom liječnicom/obiteljskim liječnikom pomaže mi više od propisanog lijeka ili upućivanja na daljnju obradu kada...

1. me boli trbuh	1	2	3	4	5
2. sam prehladen/a	1	2	3	4	5
3. osjećam bol u prsima	1	2	3	4	5
4. se osjećam tjeskobnom/im	1	2	3	4	5
5. mi "lupa" srce	1	2	3	4	5
6. me muči bol u mišićima	1	2	3	4	5
7. me boli glava	1	2	3	4	5
8. me muče "crne" misli	1	2	3	4	5
9. imam obiteljskih problema	1	2	3	4	5
10. otežano dišem	1	2	3	4	5
11. mi trnu ruke i/ili noge	1	2	3	4	5
12. sam tužna /an	1	2	3	4	5
13. sam zabrinut/a	1	2	3	4	5
14. me boli uho	1	2	3	4	5
15. imam lošije lab. nalaze	1	2	3	4	5
16. me bole zglobovi	1	2	3	4	5
17. mi se povisi tlak	1	2	3	4	5
18. izgubim apetit	1	2	3	4	5
19. mi poraste razina šećera u krvi	1	2	3	4	5
20. mi se vid pogoršava	1	2	3	4	5
21. me muči alergija	1	2	3	4	5

Često imam potrebu razgovarati s obiteljskim doktorom duže nego što mi je to omogućeno

1 2 3 4 5

PSIHOLOŠKI ASPEKTI TJELESNIH BOLESTI

PREGLEDNI ČLANAK

Slavka Galić¹

*¹ Služba za neurologiju, psihijatriju i kliničku psihologiju,
Opća županijska bolnica Požega*

Biopsihosocijalni model koji naglašava interakciju bioloških, psiholoških i socijalnih faktora u razumijevanju zdravlja/bolesti široko je prihvaćen u teorijskim raspravama o etiologiji i progresiji tjelesnih bolesti. Mnogobrojna su istraživanja posvećena negativnom utjecaju stresa na imunost sustava a niz istraživanja bavi se utjecajem osobina ličnosti, emocionalnih stanja i stilova života na zdravlje. Dobro je poznato da su načini suočavanja s problemima, druženja i komunikacije, odlučivanja, preuzimanja rizika, rada i stvaranja, samozaštite, zaštite okoline, odmora i opuštanja, prehrane, uživanja, potrošnje i samouređivanja, važni u održavanju zdravlja.

Stres kao stanje prijetnje koje remeti normalan ritam i ravnotežu osobe i uključuje psihološki odgovor (promjene u ponašanju, emocijama pa čak i u području kognicije) i promjene u različitim tjelesnim sustavima, može imati štetne učinke na zdravlje. Osim ovih direktnih posljedica, stres može imati indirektno posljedice na zdravlje zbog toga što mnoge osobe u stresnim situacijama pokazuju sklonost potencijalno štetnim ponašanjima (npr. pušenje, uzimanje alkohola i sl.). Kako je stres neizbježni dio života svakog čovjeka, postavlja se pitanje imaju li uistinu stresni događaji sami po sebi univerzalne negativne učinke na zdravlje svih osoba ili postoje neke varijable koje posreduju ili moderiraju učinak stresnih iskustava na zdravlje. Ostaje otvorenim i pitanje može li se stres smatrati etiološkim faktorom u nastanku različitih bolesti, pa čak i onima koje se smatraju u užem smislu psihosomatskim ili samo pospješuje razvoj bolesti u osoba koje su zbog utjecaja biološke predispozicije u pojačanom riziku za razvoj bolesti. Poznato je, naime, da umjerena količina pobuđenosti može poboljšati učinkovitost osobe, a i za mnoge bolesti se zna da su multifaktorske etiologije, te da je stres samo jedan od faktora koji doprinosi pojavi i razvoju bolesti. Tako, na primjer, unatoč činjenici da brojna istraživanja pokazuju izravnu povezanost između stresa i kardiovaskularnih bolesti treba uzeti u obzir i rezultate istraživanja na blizancima koja pokazuju da u nekim obiteljima postoji sklonost pretjeranim kardiovaskularnim odgovorima na stresne događaje koja u značajnoj mjeri povećavaju i rizik za razvoj kardiovaskularnih bolesti.

Danas je dobro poznato da neke osobne i okolinske varijable mogu u značajnoj mjeri djelovati kao medijatori, odnosno moderatori učinaka stresa, te utjecati na smanjenje ili povećanje rizika za određene bolesti. Među osobnim varijablama najistaknutiji učinak imaju neke dimenzije i tipovi ličnosti koje u bitnoj mjeri određuju načine suočavanja sa stresom, lokus kontrole, osobna čvrstoća, samopoštovanje i anksioznost. Osobne varijable koje imaju blagotvoran učinak na zdravlje jesu: optimizam, ekstraverzija, savjesnost, samopoštovanje, internalni lokus kontrole i osobna čvrstoća. Istraživanja su pokazala da su osobe s naglašenim optimizmom manje sklone infektivnim bolestima, imaju manje tjelesnih simptoma za vrijeme stresnih događaja i brže se oporavljaju nakon kirurških zahvata. Starije osobe s pozitivnim stavom prema starenju žive u prosjeku 7,5 godina duže od onih s manje pozitivnim stavom (Levy i sur., 2002). S druge strane, muškarci u srednjoj dobi s naglašenim osjećajem beznadnosti imaju dvostruko veću vjerojatnost za karcinom i četiri puta veću vjerojatnost za kardiovaskularne bolesti (Everson i sur., 1996). Nerealni i pretjerani optimizam, međutim, može imati štetne posljedice zbog toga što osoba sebe doživljava neranjivom i zbog toga može biti pojačano sklona štetnim ponašanjima (Weinstein, 1987). Ekstraverzija kao osobina ličnosti može imati blagotvorne učinke na zdravlje zbog činjenice da su ove osobe sklone aktivnom i direktnom suočavanju sa stresom, a i vještije su u traženju socijalne podrške koja sama po sebi ima blagotvorne učinke na zdravlje. Neka istraživanja pokazuju i da je savjesnost, određena kao pojačana samodisciplina, promišljenost, upornost i težnja za postignućima, povezana s boljim zdravljem (Friedman i sur., 1993). Visoko samopoštovanje može na neki način djelovati kao odbojnik za stres kao i osobna čvrstoća koja podrazumijeva predanost, kontrolu i izazov i doprinosi optimističnim procjenama određenih, potencijalno stresnih situacija. Osobe s internalnim lokusom kontrole koje doživljavaju sebe kao izvor kontrole vlastitih postupaka i svoje sudbine koriste strategije usmjerene na problem (a ne na emocije) u suočavanju sa stresom što također ima pozitivne učinke na zdravlje i imaju manje psihosomatskih simptoma nego osobe s eksternalnim lokusom kontrole (koje smatraju da je ono što im se događa izvan njihove kontrole). Istraživanja pokazuju da osobe visoke osobne čvrstoće i s internalnim lokusom kontrole kada imaju karcinom imaju manje depresivnih reakcija nego osobe s eksternalnim lokusom i niske osobne čvrstoće.

Osobne varijable koje predstavljaju veliki rizik za pojavu bolesti su neuroticizam, negativan afekt, tip A ličnosti i hostilnost. Neuroticizam utječe na percepciju stresnih događaja (a može voditi i češćem upadanju u stresne situacije), strategije suočavanja sa stresom (najčešće vodi postiskivanju, izbjegavanju i samookrivljanju), (ne)zadovoljstvo socijalnom podrškom,

sklonost brojnim somatskim teškoćama i percepciju boli. Tip A ličnosti uključuje kompetitivnost, hostilnost, agresivnost i užurbanost i često je povezivan s povećanim rizikom za infarkt i kardiovaskularne bolesti što je u nekim istraživanjima potvrđeno (npr. Suinn, 1975, navodi šest puta veću vjerojatnost za infarkt u ovih osoba) ali ne u svim (npr. Schroeder i sur., 2000, nisu našli značajnu povezanost između rezultata na ljestvici Tip A i simpatičke ili hemodinamske reaktivnosti u zdravih osoba). Odrednica tipa A ličnosti koja se smatra osobito pogubnom za kardiovaskularni sustav jest hostilnost. Istraživanja nedvojbeno pokazuju da osobe s visokom hostilnošću imaju veći rizik za kardiovaskularne bolesti i da ljudi koji često doživljavaju ljutnju imaju značajno povećan rizik za infarkt (Niaura i sur., 2002, Williams i sur., 2000) te da su u bračnim parova s čestim konfliktima i visokom razinom ljutnje snižene imunološke funkcije (Kiecolt-Glaser i sur., 1993.).

Među okolinskim varijablama koje utječu na zdravlje značajno mjesto zauzimaju zahtjevi (materijalni, socijalni), ograničenja (vremenska ograničenja, radna opterećenja, konflikti uloga) i socijalna podrška. Tako, na primjer, istraživanja pokazuju da visoki zahtjevi posla zajedno s niskom autonomijom pri donošenju odluka dovode do visoke napetosti koja se pokazala dobrim prediktorom kardiovaskularnih bolesti i mortaliteta. Osim toga, zaposlene žene i majke imaju veći rizik za kardiovaskularne bolesti u odnosu na domaćice (prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Mnoga istraživanja pokazuju blagotvoran utjecaj socijalne podrške na tijek bolesti i poboljšanje kvalitete života u osoba s kroničnim bolestima. Socijalna podrška može modificirati percepciju stresora, umanjiti stresni potencijal i utjecati na strategije suočavanja i razinu prilagodbe. Stručnjaci iz pomagačkih zanimanja ovdje mogu imati značajnu ulogu u pružanju instrumentalne i informacijske podrške, a empatijskim pristupom dijelom i emocionalne, no nikako ne mogu nadoknaditi ono što često propušta učiniti zajednica, a ponekad i obitelj.

Iako je jasno da u nastanku različitih tjelesnih bolesti doprinosi niz različitih faktora, ipak je očito da psihološke varijable imaju značajan učinak na povećanje rizika za pojavu bolesti, te da mogu nepovoljno utjecati na tijek bolesti i kvalitetu života. Zbog toga je važno u praktičnom radu s osobama koje boluju od različitih tjelesnih bolesti pomaći fokus s klasičnog biomedicinskog na biopsihosocijalni model i uzeti u obzir psihološke i socijalne faktore koji mogu djelovati (ne)povoljno na tijek bolesti i kvalitetu života, aktivno slušajući i podržavajući osobu (ali ne do razine koja će joj ostaviti doživljaj bespomoćnosti), pri tom poštujući jedinstvenost osobe.

LIJEČNIK - ZAŠTITNIK ZDRAVLJA

PHYSICIAN - THE HEALTH PROTECTOR

Hrvoje Vuković¹

¹*Privatna specijalistička ordinacija opće medicine Hrvoje Vuković, dr.med., Zadar*

Sažetak

Autor se u ovom osvrtu zauzima za unapređenje odnosa bolesnik-lijječnik, navlastito u obiteljskoj medicini, s temeljnim interesom na unapređenju osjećaja sklada i na zdravlju, a ne na bolesti, ne bi li se pažnja sa tehnologizirane medicinske industrije usmjerila na bolju kvalitetu življenja.

Ključne riječi: *komuniciranje, obiteljska medicina, odnos pacijent-lijječnik*

Summary

In this review that author is pledging for improved patient-doctor relationship, particularly in family medicine, focusing on sense of coherence, positive health, and better quality of life, instead of disease and technology oriented contemporary medical industry.

Key words: *communication, family medicine, patient-doctor relationship*

Uvod

Potaknut aktualnom situacijom bezlične mehanicističke profesionalne presije, zahtjeva pacijenata, osiguravatelja, javnosti, farmaceutike i drugih medicinskih struka postavlja se pitanje da li opća - obiteljska medicina gubi svoju osobnost, svoju vrijednost. Da li spušta glavu i odriče se izvorne svoje uloge? Gdje je u svemu tome sam liječnik i kao čovjek i kao profesionalac? Vidljivo je masovno nezadovoljstvo, neadekvatan društveni status, podcjenjujuća profesionalna pozicija i strah od budućnosti. Imamo li mi uopće svijest što nam je pravi zadatak i da li desetljećima pristajemo na promjene koje uništavaju izvornost našeg položaja i naše profesije? Što je izvorna uloga liječnika opće/obiteljske medicine? U prevladavajućoj

filozofiji i kulturi bolesti i smrti profitira isključivo tehnologizirana i rascjepkana klinička medicinska praksa. Tu vladaju jasni tržišni odnosi koji donose dobru zaradu. Opća/obiteljska medicina kao da zaostaje sa svojim principima sveobuhvatnosti, kontinuirane skrbi i preventivnosti.

U vremenu isključive materijalne valorizacije, održavanje zdravlja nema visoku cijenu, pa tako ni adekvatnu društvenu poziciju. O ulozi i važnosti zdravlja obično se raspravlja načelno i daje mu se visoko značenje. U praktičnoj pak borbi za zdravlje i "practiciranje zdravlja" većina ipak ne vidi osobitu važnost ili materijalnu cijenu. Za to očito ne postoji "tržište". Tim više postoji potreba redefiniranja izvorne uloge obiteljske medicine i okretanju upravo fenomenu zdravlja kao stanja i cilja svakog čovjeka. Afirmiranjem takvog pristupa, gdje je u centru pažnje pacijent i njegovo zdravlje, a time i zdravlje zajednice, liječnik opće medicine dobio bi pravo mjesto u sustavu zdravstva¹⁻¹³. Naglašena administrativnost i birokratiziranost opće medicine stavlja nas u poziciju tek suportera "pravim doktorima", koji se bave "pravom medicinom". Zalaganjem za brigu i održavanje zdravlja pacijenta naš položaj bi se polako promijenio i u društvu bi bio postepeno drukčije - bolje valoriziran. Za to je potrebno i promjena u sustavu zdravstva ali i promjene u svijesti društva (politika, mediji, itd.). Prije svega potrebna bi bila promjena u nama liječnicima. Okrećimo se zdravlju i njegovoj afirmaciji.

Salutogeneza

Definicija zdravlja koju je svijet prihvatio traži od svakog pojedinca propitivanje koliko uistinu dajemo značaj zdravom životu i koliko se stvarno angažiramo u promicanju zdravlja.

- Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog (fizičkog), duševnog (psihičkog) i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti. (Ustav Svjetske zdravstvene organizacije, 1946.).
- Zdravlje nije puko nepostojanje bolesti, već stanje potpunog fizičkog, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja. (Deklaracija SZO iz Alma Ate, 1974.). Pojam salutogeneze potječe od Aarona Antonovskog, profesora medicinske sociologije^{1,2}. Poziva na spoznaju i održavanje onoga zdravoga u nama. To je termin koji opisuje pristup fokusiran na uzroke zdravlja i dobrobiti, u suprotnosti današnje medicine fokusirane na bolesti. Poblize je koncept salutogeneze zaokupljen fenomenom odnosa, zdravlja, stresa i nošenja s problemima. Njegova teorija odbacuje klasični model dvojnosti zdravlje-bolest^{1,2}. Opisuje

psihofizičko zdravlje kao stalni dinamički proces promjenjivosti stanja u svim tjelesnim strukturama. Zdravlje i bolest su dvije suprotnosti, dva vječno odvijajuća procesa, dva pola ljudskog postojanja između kojih naš utjelovljeni um luta cijeli život, ne osvojivši ni jedan u potpunosti. Ljudi orijentirani prihvatanju svih životnih događaja i životne dinamike, ljudi koji dobronamjerno prihvaćaju sve oko sebe i u sebi, bez obzira na njihove i negativne osobine, imaju veću šansu biti zdravi. Na taj način, kao da sami uvjetuju osjećaj dobrobiti pa tako i zdravlje. Tu kao da se potvrđuje stara kineska poslovice: "želiš li biti sretan, budi sretan".

Riječ salutogeneza dolazi od latinskog: *salus* - zdravlje i grčkog: *genesis* - izvor. Pojam salutogeneze je Antonovsky razvio u svom proučavanju kako ljudi savladavaju stres i ostaju zdravi². Za njega je stres ubikvitaran, ali primjećuje da svi ljudi ne reaguju na stres negativno, odnosno bolešću. Neki ostvaruju dobro zdravstveno stanje iako su bili izloženi potencijalno opasnim stresogenim faktorima.

U knjizi "Health, Stress and Coping"¹ opisuje raznolike utjecaje na preživljavanje, prilagodbu i savladavanje i najžešćih i najtežih pritisaka, strahova i kazni. To je nazvao modelom salutogeneze. Usprkos postojanju i utjecaju patogenetskog stres faktora postoji opća sposobnost otpornosti (*generalized resistance resources* ili "GRRs"). To je izvor snage za prevladavanje, izbjegavanje i borbe s psihosocijalnim stresorima, a nalazi ih u fenomenima kao što su snaga ega, društvena pomoć i materijalno blagostanje. Salutogeneza je dakle definirana kao globalna orijentacija prema izražavanju ljudskih sposobnosti, sveprisutnosti, izdržljivosti i povjerenju da sve izlazi iz unutarne i vanjske okoline što vodi jasan, strukturirani i predvidiv životni put, a životni zahtjevi su izazov vrijedan osobnog investiranja i angažmana. Antonovsky je ostavio veliko pitanje na koje imamo pravo, ali i obvezu odgovarati cijeli svoj radni vijek: što je to što nas čini zdravima, zadovoljnim i sretnima? Nije li upravo zadatak liječnika obiteljske medicine trajno poučavati, upozoravati svoje pacijente na elemente zdravlja i kako ga sačuvati.

U znakove zdravlja svakako upisujemo pozitivno raspoloženje, optimizam u suočavanju s problemima kao i toplinu i zadovoljstvo u odnosu s drugim ljudima. Osjećaj sigurnosti, bezbrižnost u stanovanju, školovanju, radu kao i mogućnost uživanja u općim životnim dobrima znatno i nedvojbeno produuju životni vijek. Zdrav okoliš, kvalitetno zadovoljena potreba za pitkom vodom, odgovarajuća prehrana, uvjeti stanovanja, upotreba sigurnih tehničkih pomagala osiguravaju zdravu okolinu, tj. omogućavaju razvoj pojedinca i društva u cjelini³⁻⁷.

Sense of coherence (SOC)

Stvarajući koncept salutogeneze, Antonovsky je donio još jedan novi termin: *sense of coherence* (osjećaj sklada). Odnosi se na ljudsko funkcioniranje bez obzira na utjecaj stresa, gdje usprkos mnogobrojnim utjecajima stresnih situacija ne dolazi do poremećaja osjećaja životnog smisla⁸. Baš suprotno, obilježava ga kao osjećaj harmonije, snage, sposobnosti, zadovoljstva i želje za životom. Formulira ga kroz tri komponente:

- Sveobuhvatnost (*comprehensibility*) - *kognitivni element* - vjeruje da se stvari odvijaju po nekom redu i razumljive su same po sebi, te se može logički predvidjeti događanja u budućnosti.
- Sposobnost rješavanja i prihvaćanja (*manageability*) - *bihevioralni element* - vjeruje da pojedinac ima vještine i sposobnosti savladavanja, te prihvaćanja stvari koje se odvijaju i bez naše kontrole.
- Smislaonost (*meaningfulness*) - *motivacijski element* - da je sve oko nas izvor smisla i zadovoljstva, interesa i da su sve stvari vrijedne i da uvijek postoji dobar razlog zašto se događaju i postoje.

Po Antonovskom je ova treća komponenta najvažnija. Ona najbolje korelira s ljudskom osobnošću u odnosu na svijet u kojem živi. Kroz prihvaćanje svijeta i stvari oko sebe, čovjek doživljava i svoje postojanje kao smislaono i s razlogom. Time je u dohvat u djelovanja salutogeneze koja ima najveći utjecaj na dobro zdravlje. Možemo primijetiti da je to na neki način kombinacija optimizma i kontrole. Osjećaj sklada (SOC) je "šesto čulo" za sposobnost življenja i bitno utječe na razvijanje zdravlja.

Ljudi moraju shvaćati svoj i živote drugih kao smislene pojave, život koji možeš i želiš živjeti, a najvažnije je kontinuirano nalaženje motivacije za nastavljavanje življenja. SOC je primjenjiv i na razini pojedinca, grupe ali i na razini cijelog društva. Osjećaj sklada se formira u prva tri decenija života. Osobe s jakim SOC očito doživljavaju životne situacije manje stresogeno, s manje napetosti i lakše odgovaraju na životne zahtjeve⁸⁻¹⁰. Koncept korelira s individualnim životnim stilom, odgojem, materijalnim stanjem i društvenim odnosima, a svaki od ovih faktora ima specifičnu jačinu utjecaja. Općenito, u zapadnom sustavu društvenih vrijednosti, ljudi koji se približavaju četrdesetim obično imaju mogućnost da budu neovisni, zaposleni, obrazovani i dovoljno socijalno strukturirani da postignu svoj specifičan način življenja. Razvijajući i proučavajući ovaj koncept došao je do zaključka da je SOC primjenjiv univerzalno.

Uočavajući sposobnost organizma da preživi unatoč stalnom i masivnom izlaganju stresu i bolesti, zaključio je da je nered i stres normalan dio prirode.

Pravo je pitanje kako se izvlačimo, podnosimo i preživljavamo uz to. Po njemu se zdravlje razvija razmjerno životnom kontinuitetu i najvažnije je uočiti što su ključni uzroci zdravlju, a ne biti u fokusu bolesti. Istraživanja u posljednjih 15 godina povezivala su SOC i najčešće fenomene ljudske patnje. Primjenjivani su specifični upitnici za razne situacije s ciljem nalaženja veza sa SOC. Ta istraživanja su pokazala pozitivne utjecaje SOC-a u cijelom nizu bolesnih stanja. Tako osjećaj sklada ima pozitivan učinak na podnošenje i percepciju bola. Također, slab SOC postaje prediktor češće pojave boli lokomotornog sustava tijekom cijelog života⁹. Ne treba posebno naglašavati koliko je jak SOC važan u bolesnika s malignim bolestima u smislu lakšeg nošenja s kroničnom boli^{10,11}. Snažan SOC štiti od depresije, olakšava samoću, anksioznost i umor¹². Jedno istraživanje s velikom grupom žena koje su izražavale "dobro zdravlje" pokazalo je povezanost s kriterijima jakog SOC-a¹³. Zanimljivo je primijetiti da dobar i jak SOC ide zajedno sa starenjem.

Uloga LOM-e bio bi kontinuirano traženje i poticanje zdravih elemenata (SOC) i koncepta salutogeneze. Za takvu ulogu liječnika presudna su tri elementa^{11,12}. To je dobra komunikacija, odnos s pacijentom u profesionalnom smislu, te vlastita osviještenost i orijentiranost na salutogenetskom modelu.

Komunikacija

Komunikacija s pacijentom počiva na nekoliko elemenata^{5,6}. *Bliskost* predstavlja upoznavanje pacijenta tijekom vremena, uzajamno povjerenje, poštovanje i prijateljstvo, podrazumijeva *personaliziranu skrb*. Ovaj pristup uključuje empatiju (suosjećanje) - *dijeljenje osjećaja s pacijentom*. Potrebna je dobra *procjena ličnosti pacijenta*. Što je veći stupanj uvida u pacijentovu cjelokupnu situaciju, to je veća mogućnost intervencije. Rad u obiteljskoj medicini temelji se na *odnosu između bolesnika kao osobe i liječnika kao profesionalca* (osobe s profesionalnim identitetom). Ali dobro je taj odnos shvatiti i kao susret dva eksperta, jer svatko donosi svoje znanje i svoj pristup zdravlju.

Dobra komunikacija počiva na svijesti liječnika o važnosti razvijanja odnosa s pacijentom i njegovoj vještini:

- potaknuti drugoga da govori
- slušanje koje je aktivno, usredotočeno, empatijsko i odgovorno
- usmjeravanje pozornosti
- pamćenje

- razumijevanje
- dati pacijentu psihološki prostor
- potaknuti ga na razmišljanje o vlastitim vrednotama
- potaknuti ga na donošenje vlastitih odluka
- postaviti jasan cilj
- iskreno govoriti
- nikada ne podcjenjivati svoje (ni tuđe) sposobnosti
- koristiti vlastito iskustvo
- biti prirodan.

Odnos liječnika i pacijenta

Život i zdravlje jesu dobra povjerenja osobi i svatko ima pravo - obvezu odgovorno se služiti tim dobrima. Drugim riječima: pacijent je odgovoran za svoj život, ali nema apsolutnu vlast samovoljno njime upravljati, već mora štiti svoj život i brinuti se za vlastito zdravlje. Često mu nedostaje znanje i kompetentnost. U svijetu modernih medija bombardiran je velikim brojem podataka, uglavnom o bolesti, što stvara strah, a ovaj generira potrebu za velikim brojem pretraga u traženju bolesti. Upravo tu ulazi obiteljski liječnik sa svojom ulogom u održavanju zdravlja i sprečavanju bolesti^{6,7}.

Proučavanje odnosa pacijent-liječnik u kojem se žarište okreće od bolesti, a ide ka pacijentu, neobično je važan u poticanju aktivnijeg angažmana oko svog zdravlja. Time se potiče njegova svijest i savjest prema samom sebi. "*Konzultacija - pregled*", odnosno sve ono što se dešava u susretu između liječnika i bolesnika je srž medicine. Susret je to dvaju eksperata, liječnika i bolesnika, u kojem svatko donosi svoje specijalno znanje i svoje vrijednosti. Osnovni koncept konzultacije je međusobno razumijevanje⁵. Razumijevanje se odnosi na pacijenta, liječnika i sredinu u kojoj se konzultacija odvija. U njoj se rađa odnos tako važan i za liječnika i za pacijenta. Liječnik s takvom orijentacijom, senzibiliziran na taj odnos lakše ulazi u svijet pacijentova života. Takvim pristupom lakše ćemo pacijenta uputiti prema zdravlju. Površnim pristupom lako upadamo u zamku koja podrazumijeva postojanje bolesti kao nečeg po sebi normalnog i očekivanog. Često upiremo sve svoje snage na dokazivanje bolesti. Nerijetko smo nezadovoljni ne nađemo li je. Na taj način podržavamo pacijentove strahove i orijentiranost na bolest. Jesmo li ikad pomislili da pacijent ipak možda dolazi da ga razuvjerimo u postojanje bolesti i da ga podržimo u dobrobiti koja uključuje i elemente njegova zdravlja? Liječnik treba dešifrirati poruku i direktne i indirektno komunikacije,

prema njoj postaviti način najpovoljniji za održavanje zdravlja i eventualno liječenje svog pacijenta.

"Onaj koji postavlja pitanja dobit će samo odgovore"

U praksi, komunikacija se svodi na kratka pitanja upućena pacijentu, koja se odnose na simptome i dinamiku bolesnog stanja. Stoga i dobivamo nepotpune podatke o osobi pacijenta, tako važne za shvaćanje njegove cjelokupne osobnosti i njegove reaktivnosti u životnim situacijama. Teško je boriti se za pacijentovo zdravlje ako nismo usmjereni na sadržaje njegova zdravlja i njegove kompletne pojavnosti. Ovom izrekom Balint nas upozorava na kompleksnost odnosa, a time i na potrebu dvosmjerne, potpunije komunikacije⁵. Takva uključuje svijest liječnika da je u dodiru s uvijek specifičnom osobnošću koja nosi svoje sadržaje o kojima mora voditi računa. Ukazuje na potrebu nedirektivnog načina komunikacije, koji potiče aktivnu ulogu pacijenta, koji omogućuje pacijentu izraziti sebe, uključuje olakšavanje osobne ekspresije, pridonosi osjećaju zainteresiranosti liječnika za pacijenta, olakšava globalnu dijagnostiku, poštujući psihološku, emocionalnu i fizičku strukturu pojedinca^{6,7}.

U novije vrijeme odnos liječnik-pacijent promatra se kroz četiri modela, vodeći računa o nekim svojstvima^{3,7}:

- različiti ciljevi koji se dodjeljuju odnosu liječnik-pacijent,
- dužnosti liječnika prema pacijentu,
- uloga koju imaju vrednote pacijenta
- naposljetku, značenje koje se dodjeljuje pojmu autonomije pacijenta.

Prvi model jest *paternalistički*, nazvan također *roditeljski* ili *svećenički*, u kojem liječnik pacijentu osigurava sve one intervencije koje unapređuju njegovo zdravlje i dobro, gdje liječnik praktički predstavlja pacijentovog staratelja.

Drugi model jest *informativni*, nazvan također i *znanstveni* ili *inženjerski* ili *model korisnika*. U ovom modelu podrazumijeva se da su činjenice strogo odvojene od vrednota; uzimajući da pacijent ima dobro definirane vlastite vrednote, ono što mu nedostaje jest poznavanje činjenica pa je onda obveza liječnika pružiti mu sve one informacije koje će ga prikloniti određenom tretmanu. Tu nema prostora za vrednote liječnika niti za ono što liječnik misli o vrednotama pacijenta. Dužnost da ostane strogo u prostoru svoje specijalizacije i nadležnosti, čini odnos neosobnim i nehumanim.

Treći model jest *interpretativni*, gdje je uloga liječnika pomoći pacijentu promisliti svoje vrijednosti i dati značenje vlastitim izborima. Pacijentova autonomija dobiva značenje samo-razumijevanja koje postaje jasnije zahvaljujući pomoći liječnika-savjetnika.

Četvrti model je *deliberativni*, to je jedan istinski i poseban moralni hod koji trebaju poduzeti i liječnik i pacijent kako bi došli do odluke, hod u kojem liječnik ima veoma aktivnu ulogu kako bi uputio pacijenta na sve aspekte zdravlja i rizike bolesti, na to što bi trebao uraditi i kojom se metodologijom služiti kako bi došao do odluke. Prije svega, pojam razmišljanja metodološki praćen pacijentovim odlukama koje treba preuzeti, predstavlja idealan izraz autonomije, smatrajući autonomiju mogućnošću izbora u odnosu i na liječnikov savjet i na liječnikovo mišljenje. To je idealna slika o liječniku u društvu; ona nije ograničena na pružanje tehničkih informacija i intervencija u bolesti, već savjetodavna u smislu pomoći da se prihvati najbolji prijedlog, dajući argumente o različitim odnosima i vrednotama. Ispravan pokušaj uvjeravanja od strane liječnika ne znači nametanje: upravo je ovdje uloga autonomije pacijenta na koga spada posljednja odluka.

Osobna osvještenost u traženju zdravlja

Podržavanje takvog modela od strane liječnika afirmirao bi "autentične" vrijednosti pacijentove osobnosti, njegove samosvijesti o postojanju zdravlja kao njegove "specifične" životne vrijednosti za koju se vrijedi boriti i održavati je. Otkrivanje i poticanje elemenata SOC-a, podižemo vrijednost samog življenja i zadovoljstva, što direktno utječe na bolji život, zdravlje i korist društvu. Na taj način kod pojedinog pacijenta otkrivamo model salutogeneze. Nije li ova izreka na tragu zdravog životnog puta, prepuna sadržaja koji bi trebali biti predmet razgovora s pacijentom, sadržaji koji pridonose boljem zdravlju, a elementi su modela salutogeneze.

*Rad - cijena je uspjeha
meditacija - izvor je snage
igra - tajna je vječne mladosti
čitanje - put je do znanja
prijateljstvo - put je do sreće
smijeh - glazba je duše
ljubi i budi ljubljen¹².*

Zaključak

Liječnik orijentiran na psihološko i emocionalno, svjestan važnosti odnosa pacijent-liječnik može izvući na vidjelo one najvrjednije resurse pacijentova života, ne kao bolesnika, već kao osobe u svojoj punini. Budućnost će pokazati da će takva orijentacija dobiti na važnosti. Medicina ovisna isključivo o materijalnim i ekonomskim dobrima iscrpit će mogućnosti i pojedinca i društva, a pitanje etičnosti doći će do ruba. Salutogeneza je anđeo čuvar, skriven u našem utjelovljenom umu, čuvar našega zdravlja, ona sjedinjuje naše misli i emocije i pretvara ih u osjećaj ljepote i punoće postojanja.

Literatura

1. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
2. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health - how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
3. Petzold HG, Steffan A. Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapie-standnis in der Integrativen Therapie: Rev Integr Ther 2000; 2-3:203-30.
4. Petzold HG, Pritz A. Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann, 1992.
5. Klain E i sur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing, 1999: 109-72, 270-1, 411-5.
6. Rakel RE. Osnove obiteljske medicine. Hrv. izd. Zagreb: Ljevak, 2005:1-38.
7. Budak A i sur. Obiteljska medicina. 3. izd. Zagreb: Gandalf, 2000: 77-89.
8. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med. 1993;36:725-33.
9. Buchi S i sur. Sense of coherence - a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1998;25:869-75.
10. Due E P, Holstein BE. Sense of coherence. Social class and health in a Danish population study. Ugeskrift Laeger. 1998;160:7424-29.
11. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Commun Health. 2005; 59: 460-66.

12. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Commun Health.* 2006;60:376-81.
13. George VD. African American women's health self-assessment: health status and the sense of coherence. *J Natl Black Nurs Ass.* 1999;10:9-23.

STRAH OD LIJEČNIKA - PRIKAZ SLUČAJA

FEAR OF DOCTORS - CASE STUDY

Jelica Perasović¹

*¹Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko dalmatinske županije,
Služba za školsku medicinu*

Sažetak

Strah je neugodan osjećaj koji se javlja kad se suočimo s nekim vanjskim ili unutarnjim objektom. U djece redovito nalazimo tzv. razvojne strahove koji su normalna pojava i koji se pojavljuju, mijenjaju i spontano nestaju kako prelaze iz jedne razvojne faze u drugu. Odlazak nepoznatom liječniku može biti iskustvo koje izaziva strah kod djeteta. Nezaobilazna je uloga liječnika u sprečavanju straha od pregleda i cijepljenja, jer svakog pacijenta treba promatrati individualno uz dosta strpljenja, znanja i kreativnosti, a često je i psihoterapeut.

Ključne riječi: *pregled pred upis u školu, školsko dijete, strah*

Summary

Fear is an unpleasant feeling arising when faced with an external or internal object. Children usually have so called development fears that are normal phenomena which appear, change and spontaneously disappear as children trespass from one development stage to another. Visiting an unknown doctor for the first time may be an experience that causes child's fear. The doctor's role in preventing the fear is also very important since every patient needs to be observed individually, must be patient, knowledgeable and creative, and often be a psychotherapist.

Key words: *Medical examination for the enrollment in the primary school, school-age child, fear*

Uvod

Strah je neugodan osjećaj koji se javlja kad se suočimo s nekim vanjskim ili unutarnjim objektom. Vanjski objekt može biti osoba, životinja, situacija,

zvuk ili miris, a unutarnji je neki intrapsihički sadržaj koji u sebi stvorimo (sjetimo se neke osobe, čudovišta, "strašne" situacije u kojoj smo bili ili bismo mogli doći). Svaki čovjek, pa tako i dijete, ima svoj repertoar zastrašujućih objekata.

U djece redovito nalazimo tzv. razvojne strahove koji su normalna pojava i koji se pojavljuju, mijenjaju i spontano nestaju kako prelaze iz jedne razvojne faze u drugu. Djeca u dobi od 3-4 godine ispoljavaju strah od mraka, životinja, liječnika i stomatologa. Sve više se razvija mašta kod djece, što često dovodi do straha od izmišljenih bića. Strah od povrede i bola također je čest. Oko pete godine dječji strahovi se mogu premjestiti iz svijeta mašte u svijet realnosti te su česti strahovi od prirodnih pojava i katastrofa (grmljavina, zemljotresa, požara). Međutim, strah od mraka i stvorenja koja se kriju u mraku još uvijek je naglašen. Priče o smrti, nasilju ili ratu mogu izazvati intenzivan strah i zabrinutost kod petogodišnjaka. Također se može pojaviti strah za zdravlje najbližih, naročito ako je tome prethodila bolest ili smrt člana porodice. Djeca između 6-8 godina počinju razumijevati značaj događaja, pa se zato češće javlja strah od ozbiljne bolesti, nesreće i smrti. I strah od natprirodnih bića (duhova, čudovišta, vampira) je još uvijek prisutan. U adolescenciji se javljaju strahovi od tjelesnih povreda i razni strahovi vezani sa socijalnim situacijama ("ispašću glup", "smijati će mi se").

Ako govorimo o strahu prema liječniku, prisutni su uobičajeni strahovi i brige poput straha od odvajanja od roditelja tijekom pregleda koji je naj snažniji kod djece mlađe od 7 godina. Naime, djeca se često boje da će ih roditelji ostaviti u ordinaciji i čekati u drugoj prostoriji. Djeca se često boje da bi dio ili čitav postupak mogao boljeti. Jedan od najčešćih strahova je strah od injekcije (cijepljenja) koji može postati otežavajući ako je dijete već doživjelo neugodno iskustvo pri vađenju krvi koje ne može zaboraviti te mu ono podržava prisustvo straha pri svakom slijedećem "susretu s iglom". Ponašanje liječnika može plašiti neku djecu pa liječnikovu brzinu, ozbiljnost ili koncentraciju mogu pogrešno protumačiti kao strogost ili neodobranje. Djeca se u pravilu boje stvari i situacija koje ne poznaju pa tako često strahuju da je problem ozbiljniji nego što im roditelji govore. Neka se djeca boje da im je potrebna operacija ili hospitalizacija; druga djeca znaju strahovati da će umrijeti. Osim toga, djeca se osjećaju krivima: možda vjeruju da je njihova bolest kazna za nešto što su učinili ili zaboravili učiniti. Takva djeca često misle da su medicinski postupci u stvari njihova kazna^{1,2}.

U prvi razred osnovne škole upisuju se djeca koja do 1. travnja tekuće godine imaju navršenih šest godina života. Prije upisa u prvi razred osnovne škole obvezno je utvrđivanje psihofizičkog stanja djeteta koje utvrđuje Povjerenstvo a čine ga liječnik, psiholog-pedagog, defektolog i učitelj³.

Liječnik u školskoj medicini susreće se s djetetom školske dobi na pregledu za upis u prvi razred i prati ga cijelo vrijeme njegovog školovanja. Pregled uoči polaska u školu važan je i zahtjevan jer određuje djetetovu budućnost s obzirom na sigurnost u odluku je li spremno za školu ili nije. Zrelost ili pripremljenost djeteta za školu je onaj stupanj psihofizičkog razvoja na kojem se dijete obzirom na svoj tjelesni razvoj, intelektualne sposobnosti i emocionalno-socijalni razvoj može nositi u savladavanju zadataka što ih pred njega stavlja osnovna škola.

Prikaz

Dječak Dino, u dobi od 6 godina i 7 mjeseci, s majkom dolazi na pregled za upis u prvi razred osnovne škole.

Uvidom u liječničku potvrdu nadležnog pedijatra i uzimanjem anamneze i heteroanamneze se saznaje:

- da je iz prve održavane trudnoće (otok nogu) i poroda šest dana iza termina, uz vakum ekstrakciju. Zbog perinatalne hipoksije proveo je osam dana na Odjelu za neonatologiju. Tijekom prve godine života bio je uključen u vježbe razvojne motorike te se redovito kontrolirao kod neuropedijatra i fizijatra.
- prohodao je s 13 mjeseci, a uspostavio kontrolu sfinktera s 24 mjeseca života - bio je u psihološkom tretmanu
- tijekom predškolskog razdoblja je imao povremene respiratorne infekcije. Nije prebolio nijednu dječju bolest. Alergičan je na Klavocin. Cijepljen je prema Kalendaru.
- u obitelji (s obje strane) je pozitivna obiteljska anamneza na arterijsku hipertenziju
- pošao je u vrtić uz separacijske teškoće
- živi s majkom. U tijeku je brakorazvodna parnica. Kontakti oca s dječakom su rijetki.

Tijekom pregleda je kontakt uspostavio i održavao uz neprestani poticaj i vrlo teško. Izuzetno oskudno se verbalno izražavao. Često se držao mame ili je sjedio u njenom naručju umjesto na svojoj stolici. Većinu provedenog vremena je plakao. Otvoreno je izražavao ljutnju što mora biti u ambulanti i biti pregledan - mrštio se, plakao, lupao je nogama o pod te rukama udarao roditelja. Više puta je izjavio da želi otići. Pokazivao je tikove očima. Pri pregledu oštine vida pomoću Snellenove tablice te Cover-testa nije htio surađivati. Odbio je pregled vanjskog spolnog organa.

Ispitivanjem psihomotornog razvoja, socijalne i emocionalne zrelosti, grafomotorike, percepcije i intelektualnog razvoja uočeno je da:

- laterizacija nije uspostavljena
- perceptivno-motorička sposobnost i crtež čovjeka su nešto slabiji za dob
- emocionalno je nezreo
- promjenjivog je raspoloženja.

Docijepljivanje po kalendaru cijepjenja školske djece (MRP) nije bilo moguće obaviti zbog dječakove nesuradnje.

Klinički pregled nije u potpunosti obavljen zbog dječakovog odbijanja i nesuradnje. Uočene su emocionalne poteškoće kojima je majka dječaka bila iznenađena jer ih nije očekivala obzirom da ih Dino do sada kod pedijatra nije pokazivao. Cijepljenje je privremeno odgođeno zbog nemogućnosti izvođenja - odbijao se cijepiti i sjesti na krevet, vrištao, plakao. Majka je savjetovana u smislu kako pripremiti dijete za ponovni pregled i cijepljenje.

Mama i Dino dolaze ponovno nakon osam dana. Pregled pred cijepljenje i cijepljenje (MPR) protekli u potpunosti suradnji dječaka.

Rasprava

Odlazak nepoznatom liječniku može biti iskustvo koje izaziva strah kod djeteta. U takvoj situaciji dijete je izloženo određenim postupcima u nepoznatoj okolini. Stoga je strah od liječnika i intervencija uobičajena, razumljiva i očekivana reakcija. Dino je imao poremećeni psihomotorni razvoj od rođenja. Tijekom predškolskog razvoja je pokazao povećanu emocionalnu osjetljivost. Rastava roditelja te rijetki kontakti s ocem mogu dodatno utjecati na emocionalni razvoj dječaka. Stoga postoji veća vjerojatnost razvoja emocionalnih poteškoća pri svakom, za njega, neugodnom događaju ili situaciji. Upravo je dolazak po prvi put u ambulantu školske medicine bila jedna takva situacija pri kojoj je dječak pokazao jaku emocionalnu reakciju straha. Istraživanja su pokazala da roditelji koji su pod stresom zbog stalnih svađa i sukoba prije razvoda te nastavljaju svađe i nakon razvoda, manje su sposobni djeci dati podršku⁴. Zaposlenost i stres roditelja su otežavajuća okolnost, jer puno puta ne shvaćaju djetetovu bol i to već kod djeteta izaziva neugodu, strah i osjećaj manje vrijednosti. Ako je strah već prisutan, prilikom prvog posjeta od presudne je važnosti suradnja roditelja. Dijete mora znati zbog čega dolazi u ordinaciju. Roditelji moraju razgovarati s djetetom i odgovarajućim rječnikom mu objasniti zbog čega treba ići kod liječnika. Također

roditelj treba objasniti djetetu da je neki postupak neugodan npr. cijepljenje kao i zašto je važno cijepiti se. Nezaobilazna je uloga liječnika u sprečavanju straha od pregleda i cijepljenja, jer svakog pacijenta treba promatrati individualno uz dosta strpljenja, znanja i kreativnosti, a često je i psihoterapeut. Prirodna obrana protiv straha je bijeg od onog što nas plaši, stoga djetetu treba dopustiti razdoblje povlačenja od onog čega se boji i na taj način omogućiti stvaranje povjerenja u djetetu. Djetetu treba dati priliku da se postepeno navikne jer koristeći silu ništa ne dobivamo osim revolta djeteta i prekida suradnje ako je do nje uopće došlo. Dječji strah nije dugog vijeka pa ga treba prihvatiti jer je prirodan i za njega nije kriv roditelj a niti dijete.

Literatura

1. Starc B, Čudina Obradović M, Pleša A, Profaca B, Letica M: Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi. Zagreb: Golden Marketing, 2004.
2. Vulić-Prtorić A. Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvr Psih.* 2002;2:271-93.
3. Pravilnik o upisu djece u osnovnu školu. Pristupljeno 10.2.2010. na <http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/253982.html>
4. Sambol D. Razvod roditelja kao traumatski događaj. Pristupljeno 10.2.2010. na <http://www.zzzjzpgz.hr/nzl/56/razvod-trauma-za-djecu.htm>

RAZLOZI NEUSTRAJNOSTI PACIJENATA PREMA LIJEKOVIMA

REASONS FOR NON-COMPLIANCE WITH DRUGS

Josip Čulig¹, Marcel Leppee², Jelena Bošković³, Nikola Čolak⁴

¹ Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar
Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

² Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar

³ Farmaceutski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

⁴ Colpharm doo, Široki Brijeg, Bosna i Hercegovina

Sažetak

Ustrajnost govori o tome do koje se mjere ponašanje pacijenta podudara s preporukama liječnika o uzimanju propisane terapije. Na ustrajnost utječe niz čimbenika. Lijekovi djeluju povoljno samo ako se uzimaju primjereno, u propisanoj dozi, kroz dovoljno dugo vremensko razdoblje. Cilj je bio utvrditi razloge neustrajnosti, značenje dobi za ustrajnost, stavove pacijenata o poštivanju liječničkih preporuka te stavove o djelotvornosti propisane terapije. Anketirano je 635 osoba koje su u ljekarni podizale ili kupovale lijekove za kronične bolesti. Najviše ih je liječeno, uz eventualne druge bolesti, od arterijske hipertenzije (n=361; 56,9%). Nije utvrđena razlika ustrajnosti po dobi (u svim dobnim skupinama bila je vrlo slična). Broj ispitanika se povećavao s dobi, tako da ih je gotovo dvije trećine (64,7%) bilo starije od 55 godina. Više je bilo neustrajnih (n=370; 58,3%) nego ustrajnih (n=265; 41,7%). Kao glavni razlog neuzimanja lijeka većina ispitanika navela je zaborav (n=381; 60,0%), a slijede izbivanje od kuće (n=288; 45,4%) i nedostatak lijeka (jer je potrošen) (n=282; 44,4%). Većina (n=602; 94,8%) je odgovorila da sigurno mogu uzimati lijekove na propisani način, kao i da će liječenje imati pozitivan utjecaj na njihovo zdravlje (n=595; 93,7%). S dobi se, neočekivano, blago povećavao stupanj ustrajnosti; osobe iznad 65 godina imale su nešto viši stupanj ustrajnosti od ostalih dobnih skupina.

Zaključuje se da ustrajnost nije obrnuto razmjerna dobi.

Ključne riječi: suradljivost, uzimanje lijekova, životna dob

Summary

Compliance (adherence) shows how the patient's behavior coincides with the physicians' recommendations about the prescribed therapy. It depends on a number of factors. Drugs have a positive effect only if taken in a manner prescribed by physician, i.e. in the prescribed dose, and for an appropriate time period. The aim of this poll was to determine the reasons for non-compliance, and impact of age and attitudes of patients towards drug therapy. The survey included 635 people taking drugs for chronic conditions; most of them were treated for arterial hypertension (n = 361; 56.9%). There were no age differences related to compliance. Drug intake grew with age; almost two thirds of the examinees (64.7%) were over 55. There were more non-compliant (n = 370; 58.3%) than compliant (n = 265; 41.7%) persons. The main reason for non-compliance was forgetfulness (n = 381; 60.0%), followed by housing conditions (n = 288; 45.4%) and lack of medicine (n = 282; 44.4%). The majority (n = 602; 94.8%) replied to be able to take the drugs as explained by the doctor. Most respondents (n = 595; 93.7%) believed that the treatment will have a positive impact on their health. Surprisingly, with increasing age the compliance was slightly bettered.

Is concluded that treatment adherence is not decreasing with age.

Key words: *compliance, drug consumption, age*

Uvod

Ustrajnost (suradljivost, engl. adherence, compliance) je jedan od važnih čimbenika ponašanja pacijenta prilikom liječenja, a govori o tome do koje se mjere ponašanje pacijenta podudara s preporukama liječnika o uzimanju propisane terapije, zdravom životu ili drugom prihvatljivom ponašanju. Na ustrajnost utječe niz čimbenika kao što su: socioekonomski čimbenici (npr. dob, spol, zaposlenost, obiteljski status), zdravstveni sustav (npr. stupanj educiranosti zdravstvenih radnika o važnosti ustrajanja pacijenata u propisanoj terapiji, prekratka savjetovanja pacijenata o terapiji, cijena lijeka), opće zdravstveno stanje pacijenta (npr. invalidnost, prisutnost više kroničnih bolesti u isto vrijeme), terapijski čimbenici (npr. uzimanje više lijekova u isto vrijeme, nuspojave lijekova, režim uzimanja lijeka dostupnost propisanog lijeka) te čimbenici vezani uz samog pacijenta (npr. osobni stav pacijenta o lijekovima i liječenju, strah od pomisli da lijekovi izazivaju ovisnost ili da su otrovni, psihofizičko stanje pacijenta, ovisnost o alkoholu, fizička aktivnost

itd)^{1,2}. Na području Europske Unije godišnje umre oko 200 tisuća ljudi zbog ne uzimanja ili nepravilnog uzimanja terapije koja im je propisana. Neustrajanje pacijenata u propisanoj terapiji Europsku Uniju godišnje košta oko 125 milijardi eura. Prema različitim istraživanjima 30-70% pacijenata koji pate od astme ne pridržavaju se liječničkih/ljekarničkih uputa o liječenju. Samo 28% oboljelih od dijabetesa tipa II ima potpunu kontrolu nad svojom bolesti. Prema istraživanju CODE-2 (Troškovi dijabetesa tipa II. u Europi), ukupni troškovi liječenja 10 milijuna ljudi koji pate od dijabetesa tipa II. u ispitivanim zemljama iznose 29 milijardi američkih dolara, što predstavlja oko 5% ukupne potrošnje lijekova u svakoj ispitanoj zemlji³. Treba znati da lijekovi pozitivno djeluju samo ako su uzeti na način kako je to propisano od strane liječnika, što znači, u propisanoj dozi, kroz dovoljno dugo (propisano) vremensko razdoblje. Ukoliko se uzimaju u manjoj dozi od propisane i kroz kraće vremensko razdoblje od propisanog, učinak lijeka je nedovoljan, ili posve izostaje, odnosno uzima li se lijek u većoj dozi od propisane ili dulje vrijeme nego je to potrebno štetne posljedice mogu biti brojne. Nuspojave se mogu očitovati na gotovo svim organskim sustavima: pojave alergijskih reakcija, glavobolje, poremećaji probavnog sustava (žgaravica, napuhivanje, mučnina, poremećaji jetre i bubrega). Tako se, na primjer, pri neadekvatnoj terapiji antibioticima, povećava opasnost od stvaranja bakterijske rezistencije, a pri dugotrajnom i nekontroliranom uzimanju benzodiazepina javlja se opasnost od stvaranja ovisnosti.

Cilj

S obzirom da postoji niz objektivnih i subjektivnih čimbenika koji utječu na ustrajnost pacijenata pri uzimanju lijeka, željeli smo utvrditi ima li dob pacijenta značenje u ustrajnosti i ukoliko ima, koliki je taj utjecaj. Osim razloga neustrajnosti, cilj je bio utvrditi pacijentov stav o tome hoće li moći uzimati sve lijekove na način na koji mu je to liječnik objasnio te stav o tome smatra li da će liječenje imati pozitivan utjecaj na njegovo zdravlje.

Ispitanici i metode

U istraživanju je korišten upitnik koji je sadržavao 33 pitanja. Uključeno je 635 osoba koje su u ljekarni podizale ili kupovale lijek za liječenje kronične bolesti. Istraživanje je provedeno u ljekarnama grada Zagreba, tako da su ispitanici uz uputu i pomoć ljekarnika ispunjavali upitnik. Svi su se ispitanici

po pitanju ustrajnosti prema terapiji sami podijelili na dvije skupine: ustrajni i neustrajni. Kao ustrajni definirani su oni koji su vezano uz pitanje kad su zadnji put zaboravili uzeti svoj lijek odgovorili da nisu nikad zaboravili. Ostali su definirani kao neustrajni. U upitniku je navedeno 16 vrlo čestih razloga neustrajnosti i svaki se ispitanik izjasnio o njima kao mogućem uzroku vlastite neustrajnosti. Na temelju odgovora analizirali smo pojedinačni utjecaj razloga na neustrajnost. Odnos ispitanika prema terapiji istražen je na način da su postavljena dva pitanja; prvo je bilo objektivnog karaktera, a tražilo se da ispitanik odgovori koliko je siguran da će moći uzimati sve lijekove na način na koji mu je liječnik objasnio. Mogući odgovori bili su: nisam uopće siguran, uglavnom sam siguran, vrlo sam siguran i izrazito sam siguran. Time se utvrdio ispitanikov stav o njegovoj mogućnosti u pridržavanju liječničkih uputa. Drugo pitanje je bilo subjektivnog karaktera i tražilo se da ispitanik iznese mišljenje o tome smatra li da će liječenje imati pozitivan utjecaj na njegovo zdravlje. Mogući odgovori bili su isti kao i kod prethodnog pitanja. Ovim se želio utvrditi stupanj sigurnosti ispitanika u učinkovitost lijeka. U statističkoj analizi korišteni su t-test, hi-kvadrat i One Way ANOVA test s razinom signifikantnosti od $p < 0,05$. Analiza je rađena programom SigmaStat 3.0 for Windows (SPSS Science software products, Chicago, IL, U.S.).

Rezultati

Od ukupno 635 ispitanika liječenih od kroničnih bolesti, najveći broj su bili liječeni, uz eventualne druge bolesti, od arterijske hipertenzije ($n=361$, 56,9%). Demografske i socijalne karakteristike ispitanika prikazane su u tablici 1. Nije utvrđena razlika između ustrajnosti i dobi, tj. ustrajnost je u svim dobnim skupinama bila vrlo slična. Broj ispitanika je rastao prema starijim dobnim skupinama, tako da je bilo gotovo dvije trećine (64,7%) starijih od 55 godina. Unutar cjelokupne promatrane populacije ispitanika ($n=635$) više je neustrajnih ($n=370$; 58,3%) od ustrajnih ($n=265$; 41,7%) što je prikazano u tablici 2. Kao glavni razlog neuzimanja lijeka velika većina ispitanika navodi zaborav ($n=381$; 60,0%). Kao drugi razlog slijedi činjenica da pacijent nije bio kod kuće ($n=288$; 45,4%) te nedostatak lijeka jer je potrošen ($n=282$; 44,4%). Ostali su razlozi redosljedno prikazani u tablici 3. Analiza razloga neuzimanja lijeka po pojedinim dobnim skupinama kod svih ispitanika pokazuje da je u najstarijoj i najbrojnijoj dobnoj skupini (66+; $n=249$) na prvom mjestu zaborav (61,0%), kao i kod svih ostalih dobnih skupina. Na drugom je činjenica da je lijek potrošen (41,4%), a na trećem mjestu je uzimanje više lijekova nekoliko puta dnevno (41,0%).

Tablica 1. Demografske i socijalne karakteristike ispitanika

		Svi ispitanici n=635		Liječeni od art. hipertenzije n=361	
		n	%	n	%
Dob	26-35	50	7,9	8	2,2
	36-45	52	8,2	13	3,6
	46-55	122	19,2	70	19,4
	56-65	162	25,5	104	28,8
	66+	249	39,2	166	46,0
Spol	Muški	257	40,5	168	46,5
	Žene	378	59,5	193	53,5
Zaposlenost	zaposlen	211	33,2	92	25,5
	nezaposlen	31	4,9	16	4,4
	umirovljen	357	56,2	240	66,5
	primatelj socijalne pomoći	4	0,6	1	0,3
	student	4	0,6	0	0,0
	domaćica	19	3,0	6	1,7
	poljoprivrednik	6	0,9	4	1,1
	ostalo	3	0,5	2	0,6
Stručna sprema	VSS	238	37,5	127	35,2
	SSS	309	48,7	182	50,4
	Osnovna škola	73	11,5	47	13,0
	Drugo	15	2,4	5	1,4
Živi sam	Da	119	18,7	68	18,8
	Ne	516	81,3	293	81,2
Bračno stanje	oženjen/udata	396	62,4	235	65,1
	rastavljen/rastavljena	39	6,1	24	6,6
	udovac/udovica	122	19,2	81	22,4
	izvanbračna zajednica	19	3,0	6	1,7
	neoženjen/neudata	59	9,3	15	4,2

Tablica 2. Ispitanici prema ustrajnosti

	Ustrajni		Neustrajni		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Svi ispitanici	265	41,7	370	58,3	635	100,0

Tablica 3. Razlozi neuzimanja lijeka

Redoslijed	Obrazloženje	n	%
1.	Jednostavno sam zaboravio	381	60,0
2.	Nisam bio kod kuće	288	45,4
3.	Više nisam imao lijeka (jer sam ga potrošio)	282	44,4
4.	Imao sam problema s uzimanjem lijeka u određeno vrijeme	260	40,9
5.	Uzimam više lijekova nekoliko puta dnevno	251	39,5
6.	Nisam mogao nabaviti propisani lijek zbog nestašice	228	35,9
7.	Osjećao sam se dobro	228	35,9
8.	Želio sam izbjeći nuspojave	188	29,6
9.	Liječnik mi često mijenja terapiju	165	26,0
10.	Imao sam osjećaj da je lijek otrovan/štetan	150	23,6
11.	Spavalo mi se kad sam trebao uzeti lijek	145	22,8
12.	Osjećao sam se depresivno ili shrvano	145	22,8
13.	Bojao sam se da ću postati ovisan o lijeku	143	22,5
14.	Bio sam prehladen	133	20,9
15.	Lijek mi je bio preskup	132	20,8
16.	Nisam želio da netko primijeti da uzimam lijek	79	12,4

Izbivanje iz kuće kao razlog neuzimanja lijeka je kod većine dobnih skupina na drugom mjestu, dok je u ovoj dobnj skupini tek na petom mjestu. Kod dobne skupine 56-65 godina na drugom i trećem mjestu je izbivanje iz kuće i potrošen a nenadomješten lijek (oba 51,2%). Ne postoji statistički značajna razlika između pojedinih dobnih skupina za prva četiri najčešća i najvažnija razloga (One Way ANOVA test $p=0,774$). U tablici 4. prikazan je redoslijed razloga neuzimanja lijeka kod pojedinih dobnih skupina za sve ispitanike. Većina ispitanika ($n=602$; 94,8%) je odgovorila da je sigurna da će moći uzimati sve lijekove na način na kojiim je to liječnik objasnio (tablica 5).

Tablica 4. Redoslijed razloga neuzimanja lijekova po dobnim skupinama

Razlozi neuzimanja	26-35	36-45	46-55	56-65	66+
Jednostavno sam zaboravio	1	1	1	1	1
Nisam bio kod kuće	2	4	2	2	5
Više nisam imao lijeka (jer sam ga potrošio)	5	2	3	3	2
Imao sam problema s uzimanjem lijeka u određeno vrijeme	3	5	4	5	4

Tablica 5. Mišljenje o sposobnosti uzimanja svih lijekova na propisani način

Sigurnost u sposobnost uzimanja lijekova	Ukupno		Ustrajni		Neustrajni	
	n	%	n	%	n	%
Nisam siguran	33	5,2	3	1,1	30	8,1
Siguran sam	602	94,8	262	98,9	340	91,9
Ukupno	635	100,0	265	100,0	370	100,0

Iako je broj osoba koje nisu sigurne mali (n=33; 5,2%), među njima je najveći broj neustrajnih (90,9%). Razlika između ustrajnih i neustrajnih pacijenata statistički je značajna ($\chi^2=15,25$, $df=1$, $p<0,001$). Usporede li se ustrajni i neustrajni po dobnim skupinama, ne postoji statistički značajna razlika između pojedinih dobnih skupina, niti kod onih koji nisu sigurni da će moći uzimati sve lijekove na način na koji im je liječnik objasnio (t-test, $p=0,151$), a niti kod onih koji su sigurni da će moći (t-test, $p=0,543$). Međutim, statistički je značajna razlika u korist pozitivnog stava s obzirom na pozitivni utjecaj lijekova na zdravlje, i kod ustrajnih (t-test, $p=0,008$) i kod neustrajnih (t-test, $p=0,008$) ispitanika po svim dobnim skupinama (tablica 6).

Tablica 6. Mišljenje o sposobnosti propisnog uzimanja svih lijekova prema dobi (n,%).

Dobna skupina	Svi			Ustrajni			Neustrajni		
	Nisam siguran	Jesam siguran	Ukupno	Nisam siguran	Jesam siguran	Ukupno	Nisam siguran	Jesam siguran	Ukupno
26-35	0 (0,0)	50 (100,0)	50 (100,0)	0 (0,0)	16 (100,0)	16 (100,0)	0 (0,0)	34 (100,0)	34 (100,0)
36-45	2 (3,8)	50 (96,2)	52 (100,0)	1 (4,5)	21 (95,5)	22 (100,0)	1 (3,3)	29 (96,7)	30 (100,0)
46-55	7 (5,7)	115 (94,3)	122 (100,0)	1 (2,0)	49 (98,0)	50 (100,0)	6 (8,3)	66 (91,7)	72 (100,0)
56-65	8 (4,9)	154 (95,1)	162 (100,0)	0 (0,0)	62 (100,0)	62 (100,0)	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)
66+	16 (6,4)	233 (93,6)	249 (100,0)	1 (0,9)	114 (99,1)	115 (100,0)	15 (11,2)	119 (88,8)	134 (100,0)

Na pitanje da li su svi ispitanici sigurni da će liječenje imati pozitivan utjecaj na njihovo zdravlje, negativno je odgovorio (odgovor: nisam siguran) mali broj ispitanika (i ustrajnih i neustrajnih). Od ispitanika se tražilo mišljenje o pozitivnom utjecaju liječenja na njihovo zdravlje (tablica 7).

Tablica 7. Mišljenje o pozitivnom utjecaju na zdravlje.

Ocjena	Svi		Ustrajni		Neustrajni	
	N	%	n	%	n	%
Nisam siguran	40	6,3	10	3,8	30	8,1
Jesam siguran	595	93,7	255	96,2	340	91,9
U k u p n o	635	100,0	265	100,0	370	100,0

Većina ispitanika (n=595; 93,7%) je odgovorila da je sigurna da će liječenje imati pozitivan utjecaj na njihovo zdravlje. Međutim, neustrajni pacijenti u manjem postotku od ustrajnih dijele mišljenje o pozitivnom utjecaju na zdravlje (91,9% : 96,2%). Razlika između ustrajnih i neustrajnih pacijenata statistički je značajna ($\chi^2= 4,92$, $df= 1$, $p= 0,027$). Broj osoba koje nisu sigurne je mali (n=40; 6,3%), a među njima je veći broj neustrajnih (n=30; 75,0%). Usporede li se ustrajni i neustrajni po dobnim skupinama, ne postoji statistički značajna razlika između pojedinih dobnih skupina, niti kod onih koji nisu sigurni u pozitivan utjecaj lijekova na zdravlje (t-test, $p=0,222$), a niti kod onih koji su sigurni u pozitivan utjecaj (t-test, $p=0,520$). Međutim, statistički je značajna razlika u korist pozitivnog stava s obzirom na pozitivan utjecaj lijekova na zdravlje, i kod ustrajnih (t-test, $p=0,008$) i kod neustrajnih (t-test, $p=0,008$) ispitanika po svim dobnim skupinama (tablica 8).

Tablica 8. Mišljenje o pozitivnom utjecaju lijekova na zdravlje prema dobi (n,%).

Dobna skupina	Svi			Ustrajni			Neustrajni		
	Nisam siguran	Jesam siguran	Ukupno	Nisam siguran	Jesam siguran	Ukupno	Nisam siguran	Jesam siguran	Ukupno
26-35	3 (6.0)	47 (94.0)	50 (100.0)	2 (12.5)	14 (87.5)	16 (100.0)	1 (2.9)	33 (97.1)	34 (100.0)
36-45	3 (5.8)	49 (94.2)	52 (100.0)	1 (4.5)	21 (95.5)	22 (100.0)	2 (6.7)	28 (93.3)	30 (100.0)
46-55	13 (10.7)	109 (89.3)	122 (100.0)	4 (8.0)	46 (92.0)	50 (100.0)	9 (12.5)	63 (87.5)	72 (100.0)
56-65	8 (4.9)	154 (95.1)	162 (100.0)	1 (1.6)	61 (98.4)	62 (100.0)	7 (7.0)	93 (93.0)	100 (100.0)
66+	13 (5.2)	236 (94.8)	249 (100.0)	2 (1.7)	113 (98.3)	115 (100.0)	11 (8.2)	123 (91.8)	134 (100.0)

Rasprava

Većina ispitanika bila je starija od 55 godina i taj se podatak povezuje s činjenicom da potrošnja lijekova raste s dobi. Utvrdili smo kod ispitanika da se s dobi lagano povećava stupanj ustrajnosti pa osobe starije od 65 godina života pokazuju nešto viši stupanj ustrajnosti od ostalih dobnih skupina. Zaborav je u našem istraživanju glavni razlog neuzimanja lijeka kod svih ispitanika. Činjenica da nije bio kod kuće također se može povezati sa zaboravnošću, jer je pacijent trebao misliti na lijek prije nego li je izašao vani. Slijedeći razlog koji se pojavljuje u istraživanju je ostanak pacijenta bez lijeka, što je opet povezano sa zaboravom o pravovremenoj nabavi lijeka. Na pitanje koliko su ispitanici sigurni da će moći uzimati sve lijekove na način na koji im je to liječnik objasnio, većina svih ispitanika je odgovorila da je sigurna u to. Iako je broj osoba koje nisu sigurne mali među njima je najveći broj neustrajnih koji su statistički značajno ($p < 0,001$) nesigurniji u sposobnost uzimanja prepisanih lijekova u odnosu na ustrajne pacijente. Vjerovanje ispitanika u svoju sigurnost da će moći uzimati sve lijekove na način koji je liječnik objasnio nije povezano s dobi, iako bi bilo za pretpostaviti da bi starija populacija trebala biti sigurnija. Kod svake dobne skupine prevladava pozitivni stav prema vlastitoj sposobnosti da će moći uzimati sve lijekove na način koji je liječnik objasnio u odnosu na negativni stav. Mišljenje svih ispitanika o pozitivnim učincima terapije na njihovo zdravlje nije povezano s dobi, iako je bilo za pretpostaviti da bi starija populacija imala više povjerenja u liječenje^{1,2}.

Kod svih dobnih skupina je statistički značajniji ($p = 0,027$) pozitivni stav prema liječenju i viša stopa sigurnosti u pozitivan utjecaj u odnosu na ispitanike koji nisu sigurni u efikasnost liječenja.

Na pitanje koliko su ispitanici sigurni da će liječenje imati pozitivni utjecaj na zdravlje, i ustrajni i neustrajni ispitanici su sigurni u tu činjenicu.

Zaključak

Nakon analize razloga neustrajnosti, kao i stavova ispitanika o mogućnostima pridržavanja uputa i o pozitivnim učincima lijekova, zaključujemo da ustrajnost nije povezana s dobi.

Literatura

1. Bustacchini S, Corsonello A, Onder G, Guffanti EE, Marchegiani F, Abbatecola AM, Lattanzio F. Pharmacoeconomics and aging. *Drugs Aging* 2009;26 (Suppl 1):75-87. doi: 10.2165/11534680-000000000-00000.
2. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med* 2008;31:213-24.
3. Massi-Benedetti M. The cost of diabetes type II in Europe. The CODE-2 study. *Diabetologia* 2002;45:1-4. DOI 10.1007/s00125-002-0860-3.

POJAVNOST LOŠIJIH REZULTATA TESTIRANJA TIJEKOM PREGLEDA I CIJEPLJENJA DJECE DORASLE ZA UPIS U ŠKOLU

MANIFESTATION OF WORSE RESULTS TESTING ON THE DAY OF PHYSICAL EXAMINATION AND VACCINATION CHILDREN AT ENROLLMENT IN THE PRIMARY SCHOOL

Željka Karin¹, Nives Đurašković¹

¹ Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko dalmatinske županije,
Služba za školsku medicinu

Sažetak

Prikazani su rezultati testiranja djece pri upisu u prvi razred osnovne škole na pregledu u ambulanti školskog liječnika. Cilj rada je pokazati pojavnost lošijih rezultata testiranja emocionalne, socijalne i intelektualne zrelosti i stresa zbog pregleda i istodobnog cijepljenja pri upisu u prvi razred. Podaci su dobiveni obradom 255 školska preventivna kartona prvoškolaca pregledanih u ambulanti školske medicine pri upisu u školu. Od 255 djece dorasle za upis u školu 58,43% bili su dječaci i 41,56% djevojčice. Lošije rezultate pri pregledu za upis u prvi razred pokazala je gotovo trećina djece, dok je tijekom prvog razreda 6,6% djece imalo poteškoće. Od 149 dječaka koji su bili pregledani gotovo trećina dječaka pokazala je niže rezultate na testu emocionalne, socijalne ili intelektualne zrelosti, a od 106 djevojčica četvrtina je imala lošije rezultate. Od 46 dječaka s lošijim rezultatima plakalo je 36,95%, a od 25 djevojčica plakalo je 60%. Od ukupno 71 djeteta koja su imali niže rezultate testiranja 52 djece, odnosno 73,23% djece s lošijim rezultatima samo je verbaliziralo strah zbog cijepljenja.

Strah od cijepljenja uvelike ometa dijete na emocionalnom, socijalnom i ponašajnom planu pri upisu u školu. S ciljem podrške i pomoći djetetu pri polasku u školu koji je presudan trenutak u emocionalnom i socijalnom razvoju djeteta osim roditeljske i liječničke podrške, bez obzira na prostorna i vremenska ograničenja trebalo bi nastojati cijepljenje djece pri upisu u školu ne provoditi isti dan kada i testiranje psihofizičkih sposobnosti djece za upis u školu.

Ključne riječi: *upis u prvi razred, testiranje, cijepljenje, strah*

Summary

We present the results testing of children on the day of physical examination at the school doctor's office. The tests have been performed at the day of enrollment in the first grade of primary school. Our aims was to show that results of testing on emotional, social and intellectual maturity were worse than expected due to occurrence of stress. We hypothesized that worse results and elevated level of stress were the results of the simultaneous examination and vaccination practices at the day of enrollment in the first grade of primary school. We evaluated 255 preventive cardboards of school children examined at the day of enrollment in the first grade of primary school. Among the total of 255 children, there were 58.4% boys and 41.6% girls. Worse results were observed in almost 28% of all children, and 6.6% of children had difficulties during the first school year. Of 149 boys who were examined, almost 31% had lower than expected scores on the test of emotional, social and intellectual maturity, and of 106 girls about 24% had bad results. Of 46 boys with bad results, 36.9% cried and of 25 girls with bad results 60% cried. Of total of 71 children who had lower test results, 73.2% were children with worse results because elevated level of stress due to fear of vaccination.

Fear of vaccination greatly interferes with the child's emotional and social behavioral at the day of enrollment in the first grade of primary school. This enrollment a crucial moment in the emotional and social development of children. In order to support and assist children to do their best on the testing on emotional, social and intellectual maturity, parental support is needed. Moreover, the school doctors should try to vaccinate the children not on the same occasion with physical examination and testing lowering child's level of stress.

Key words: *school enrollment, testing, vaccination, fear*

Uvod

Upis djece u prvi razred osnovne škole reguliran je Zakonom o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi kojim je predviđeno da se u prvi razred upisuju sva djeca koja do 1. travnja tekuće godine navršše šest godina života. Iznimno na zahtjev roditelja i prijedlog Povjerenstva za procjenu psihofizičkih sposobnosti djece za upis u školu u prvi se razred može upisati dijete koje do 31. ožujka tekuće godine nema navršenih šest godina života¹. Dijete doraslo za upis treba pristupiti testiranju u školi, kao i pregledu

koji obavlja specijalist školske medicine nadležan za školu koju će dijete pohađati. Na temelju rezultata testiranja u školi i pregleda školskog liječnika stručno Povjerenstvo za procjenu psihofizičkih sposobnosti djece za upis u školu donosi mišljenje o upisu djece u tekuću školsku godinu. Povjerenstvo čine školski pedagog ili psiholog, defektolog, učitelj i specijalist školske medicine. Osnovni čimbenici koji utječu na procjenu zrelosti djeteta pri upisu u školu su tjelesni i psihosomatski razvoj djeteta.

Na temelju rezultata pregleda školski liječnik donosi mišljenje o zrelosti i sposobnosti djeteta za upis u školu, kao i o mogućim daljnjim poteškoćama u nastavku školovanja, te se na zajedničkom sastanku s ostalim članovima Povjerenstva donosi odluka o upisu djeteta u školu. Nakon obavljenog pregleda svi zdravi prvoškolci cijepi se prema programu obveznog cijepjenja. Za svakog prvoškolca pregled znači uzbuđenje, radost i iščekivanje, ali kod neke djece donosi strah i bojazan od neočekivanog, osobito strah od cijepjenja. Reakcija djeteta na strah od cijepjenja ovisi o fazi razvoja djeteta, djetetovim sposobnostima, duljini trajanja i intenzitetu stresa, te o podršci obitelji, prijatelja i zajednice.

Djeca različito reagiraju na strah s kojim se mogu nositi kroz suze, traumu ili povlačenje u sebe. Kvaliteta emocija s dobi se mijenja, odrastanjem aktivne negativne emocije kao što su uzbuđenje, ljutnja, strah i tjeskoba dobnom zrelošću uspjevamo kontrolirati i pomiču se prema pozitivnoj emociji².

Cilj

Pokazati pojavnost lošijih rezultata testiranja kao i stresa zbog pregleda i cijepjenja pri upisu u prvi razred osnovne škole.

Ispitanici i metode

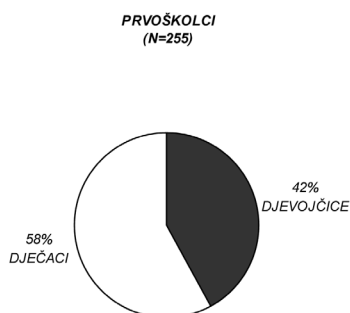
Presječnom studijom izneseni su podaci testiranja 255 prvoškolaca iz tri osnovne škole grada Splita pri upisu u osnovnu školu u školskoj godini 2009./2010.

Podaci su dobiveni uvidom u preventivne zdravstvene kartone djece pregledane pri upisu u osnovnu školu u ambulanti školske medicine. Pri pregledu djeteta liječnik školske medicine utvrđuje somatski status djeteta, ispituje sluh, govor, motorički razvoj, grafičku motoriku, percepciju, intelektualni razvoj, emocionalnu, socijalnu zrelost i ponašanje s za to predviđenim testom.

Na rezultate testiranja utječe broj bodova koje donosi pojedini dio testa, na temelju kojih liječnik utvrđuje da li djetetove sposobnosti odgovaraju kronološkoj dobi djeteta ili su ispodprosječne, te pokazuje ima li dijete emocionalnu, socijalnu nezrelost i smetnje ponašanja. Test ukazuje na prosječne i ispodprosječne sposobnosti, dok nam manje govori o nadprosječnim sposobnostima djeteta.

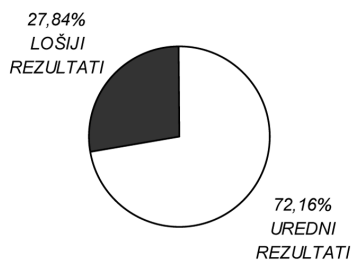
Rezultati

Od 255 djece 58,43% su bili dječaci, a 41,56% su bile djevojčice (sl. 1.). Lošije rezultate pri pregledu za upis u školu pokazala je gotovo trećina djece, dok je tijekom prvog razreda 6,6% djece pokazalo poteškoće od kojih su svi pored emocionalne i socijalne nezrelosti imali i smetnje intelektualnog razvoja (sl. 2.). Od 149 dječaka koji su bili pregledani za upis u školu gotovo trećina dječaka pokazala je niže rezultate na testu emocionalne, socijalne ili intelektualne zrelosti (sl. 3.). Od 106 djevojčica četvrtina je imala lošije rezultate na testu pri upisu u školu (sl. 4.). Od 46 dječaka koji su na testiranju imali lošije rezultate plakalo ih je 36,95%, a od 25 djevojčica s lošim rezultatima testiranja plakalo je 60% (sl. 5. i 6.). Od ukupno 71 djeteta koja su imali niže rezultate testiranja 52 djece, odnosno 73,23% djece s lošijim rezultatima samo je verbaliziralo strah zbog cijepljenja (sl. 7.).



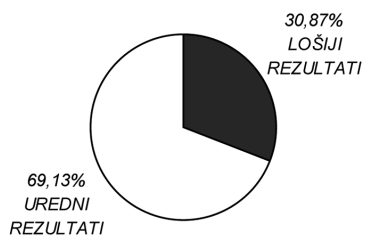
Slika 1. Zastupljenost prvoškolaca po spolu školska godina 2009./2010.

REZULTATI TESTIRANJA



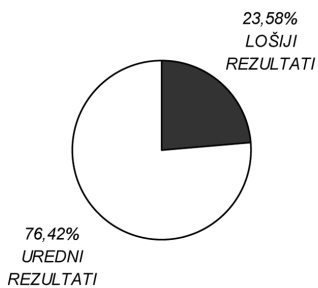
Slika 2. Rezultati testiranja pri liječničkom pregledu na upisu u prvi razred.

REZULTATI TESTIRANJA KOD DJEČAKA (N=149)



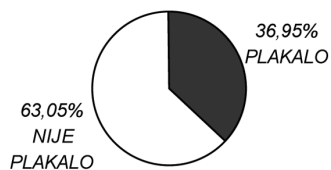
Slika 3. Rezultati testiranja kod dječaka.

REZULTATI TESTIRANJA KOD DJEVOJČICA (N=106)



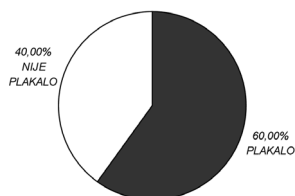
Slika 4. Rezultati testiranja kod djevojčica.

**PLAČ KOD DJEČAKA S
LOŠIJIM REZULTATIMA
(N=46)**



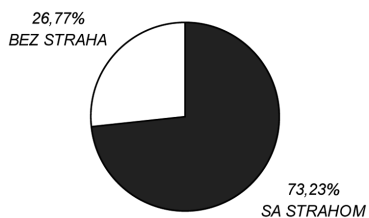
Slika 5. Zastupljenost dječaka koji su plakali.

**PLAČ KOD DJEVOJČICA S
LOŠIJIM REZULTATIMA
(N=25)**



Slika 6. Zastupljenost djevojčica koje su plakale.

**IZRAŽEN STRAH OD CJEPLJENJA KOD DJECE S LOŠIJIM
REZULTATIMA**



Slika 7. Prikaz straha od cijepljenja djece s lošijim rezultatima testiranja.

Rasprava i zaključak

Meta analiza više studija o utjecaju pažnje, kognitivnih sposobnosti, socijalno - emocionalnih vještina i socioekonomskog statusa prije ulaska u školu pokazala je da su prvenstveno utjecajni čimbenici kasnijeg školskog postignuća matematičke vještine, čitanje i pozornost. Nasuprot tome poteškoće emocionalnih i socijalnih vještina bile su beznačajne kao čimbenici obrazovnog postignuća, te su rezultati bili slični za dječake i djevojčice, kao što ni razlika socioekonomskog statusa nije bitno utjecala na postignuća u školi³. Jedna od osnovnih ljudskih osobina potreba je za sigurnošću, predvidljivom okolinom i događajima u njoj. Djeca nemaju potrebne psihološke i tjelesne sposobnosti kojima bi mogla nadvladati stres tijekom pregleda za upis u prvi razred osobito što se pri upisu u školu djeca i cijepe. Nepovoljni utjecaji i stres pri pregledu za školu smanjuju mogućnost uspješnih rezultata testiranja što može stvoriti krivu sliku o djetetovim sposobnostima. Visoka razina roditeljske podrške pomaže u socijalno - emocionalnoj prilagodbi djeteta u novonastaloj situaciji. Studija koja je ispitivala povezanost majčinskih osobnih socijalno - emocionalnih kapaciteta pokazala je da majčinski osobni resursi utječu na društveno - emocionalnu prilagodbu djeteta kao i moguće rezultate prilagodbe djeteta na školu⁴. Iz našeg prikaza vidljivo je da strah od cijepjenja uvelike ometa dijete na emocionalnom, socijalnom i ponašajnom planu pri upisu u školu. Mnogostrukost injekcija cjepiva u djetinjstvu vodi u iritativna, bolna i stresna iskustva koja utječu na ponašanje djeteta u ambulanti školskog liječnika. Priprema djeteta od strane roditelja, roditeljska podrška i nazočnost te otvorena komunikacija i stvaranje toplog ozračja i povjerenje između roditelja, djeteta i liječnika sigurno doprinose smanjenju straha djece od bijele kute⁵. S ciljem podrške i pomoći djetetu pri polasku u školu koji je presudan trenutak u emocionalnom i socijalnom razvoju djeteta osim roditeljske i liječničke podrške, bez obzira na prostorna i vremenska ograničenja trebalo bi nastojati da se cijepljenje djece pri upisu u školu ne provodi isti dan kada i testiranje psihofizičkih sposobnosti djece za upis u školu.

Literatura

1. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi. NN 87/08.
2. Ross CE, Mirowsky J. Age and the balance of emotions. *Soc Sci Med.* 2008; 66:239-4000.
3. Duncan GJ, Dowsett CJ, Claessens A, Magnuson K, Huston AC i sur. School readiness and later achievement. *Dev Psychol.* 2007; 43:1428-46.
4. Al-Yagon M. Maternal personal resources and children's socioemotional and behavioral adjustment. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2008; 39:283-98.
5. Boivin Jm, Poupon - Lemarquis I, Iraqi W, Fay R, Schmitt C, Rossignol P. A multifactorial strategy of pain management is associated with less pain in scheduled vaccination of children. A study realized by family practitioners in 239 children aged 4-12 years old. *Fam Pract.* 2008; 25:423-9.

ULOGA LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE U LIJEČENJU PRIJELOMA PALČANE KOSTI U TIPIČNOJ ZONI

THE ROLE OF FAMILY PHYSICIANS IN DISTAL RADIUS FRACTURE TREATMENT

Ranko Bilić¹, Marko Bergovec¹, Robert Kolundžić¹

¹ Katedra za ortopediju Medicinskog fakulteta Sveučilišta
u Zagrebu i Kliničkog bolničkog centra Zagreb

Sažetak

Prijelom palčane kosti u tipičnoj zoni najčešći je prijelom u čovjeka. U liječenju te ozljede potrebno je koštane ulomke dovesti u što je moguće bolji anatomski položaj. Kako bi se iz dostupnih metoda liječenja izabrao optimalni, potrebno je poznavati klasifikacije prijeloma, te pratiti postojeće postupnike indikacija za određeni tip liječenja. Neodređivanje tipa prijeloma i nepoštivanje indikacija za liječenje mogu dovesti do različitih komplikacija, od kojih je najznačajnija razvoj posttraumatske artroze: klinički se manifestira prvenstveno kao smanjenje funkcije ruke kroz ograničenje kretnji, smanjenje snage i bolove različitog intenziteta.

Uloga je liječnika obiteljske medicine u prepoznavanju suboptimalnog rezultata primarnog liječenja prijeloma. Zaostalo smanjenje funkcije, pogotovo u mlađih osoba, predstavlja značajan medicinsko-ekonomski problem, kako za pojedinca tako i za sustav. Liječnik obiteljske medicine treba pravovremeno prepoznati takve bolesnike i uputiti ih u ortopedski centar. Naknadno ortopedsko operacijsko liječenje može značajno unaprijediti funkciju ruke, no krajnji stupanj izlječenja ovisi o nizu čimbenika, među kojima je najvažniji pravodobni početak liječenja. Nakon provedenog naknadnog ortopedskog liječenja krajnji rezultat neće biti tako dobar kao što bi bio da se provelo adekvatno primarno liječenje.

Ključne riječi: *tipični prijelom palčane kosti, obiteljska medicina, rana dijagnoza*

Summary

Distal radius fractures are the commonest fractures in humans. When treating that particular injury, fracture fragments must be reduced as well as

possible. In treating those patients the physician must be familiar with fracture classifications, and suitable treatment indications in order to choose the best treatment available. Not classifying fracture and not following algorithms could result in various complications. The most significant complication is posttraumatic radiocarpal arthritis, with limited function of the hand, decreased range of motion and grip strength, and pain.

Family physicians' role is essential in recognizing suboptimal primary treatment result. Limited function of the hand, particularly in the young, is a significant medical and economical problem for both the individual and the health system. Family physician should identify those patients and forward them to orthopaedic surgeon. Subsequent orthopaedic treatment could improve hand function significantly, but the final result depends on many factors, the most important being management undertaken in the right time. However, the final result may not be as good as it could be with adequate primary treatment.

Key words: *distal radius fracture, family practice, early diagnosis*

Uvod

Prijelom palčane kosti, od vremena Hipokrata pa sve do 19. stoljeća, krivo je smatran iščašenjem ručnog zgloba. Francuski kirurg iz Lyona Claude Pouteau, 1783. godine, prvi je opisao takvu ozljedu kao prijelom i to prema nalazima obdukcije. Ipak, zbog jezične i političke barijere, u medicinskoj literaturi, prijelom palčane kosti u tipičnoj zoni zaživio je tek 1814. godine opisom irskog anatora, kirurga i fiziologa Abrahama Collesa. Colles je svoja saznanja temeljio isključivo na kliničkom pregledu. Tek 80-ak godina kasnije, otkrićem x-zraka 1895. godine, dobio se jasniji uvid u kompleksnost ove vrlo česte ozljede.

Osnovni problem liječenja ozljeđenika s prijelomom palčane kosti u tipičnoj zoni je povratiti stupanj funkcije koji je bio prije ozljede. Logično je kako će i pristup liječenju mladom i aktivnom 18-godišnjem sportašu biti kompleksniji nego liječenje 75-godišnje gospođe, koja se samo želi vratiti svakodnevnim aktivnostima¹. Zbog bolesnikove različite potrebe funkcioniranja i relativno velikog broja značajno različitih metoda liječenja, potrebno je izabrati liječenje koje će dati najpovoljniji rezultat što nižim stupnjem agresivnosti. Sama dob nije indikacija za određeno liječenje: mnoge osobe treće životne dobi fizički su vrlo aktivne, te je stoga ispravnije indikacije postavljati prema stupnju tjelesne aktivnosti².

Prijelom palčane kosti u tipičnoj zoni danas je multidisciplinarni problem, prvenstveno ortopedsko-traumatološki, rehabilitacijski i medicinsko-eko-

nomski. Za liječnika obiteljske medicine od posebnog je značaja biti upoznat s ovom ozljedom, klasifikacijama prijeloma, mogućnostima liječenja, a posebno s komplikacijama i mogućim manje povoljnim rezultatima liječenja, koji mogu dovesti do smanjenog radnog kapaciteta ozlijeđenika³.

Iako je na našim prostorima uobičajeno akutne traume, pa tako i prijelom palčane kosti primarno liječiti po kirurgu-traumatologu, rjeđe ortopedu, u anglosaksonskom području je značajan broj bolesnika u potpunosti obrađen i liječen na nivou primarne zdravstvene zaštite⁴. Ukoliko se radi o "jednostavnom" prijelomu distalnog dijela palčane kosti - ako prijelom nije unutarzglobni, ako nije viševrni, ako nije nestabilan, ili na primjer ako nema pridružene ozljede neurovaskularnih struktura, konzervativno liječenje može provoditi liječnik obiteljske medicine.

Epidemiologija i etiologija

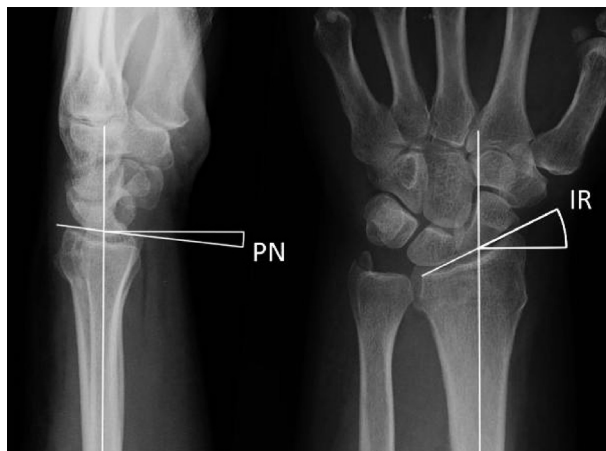
Prijelom palčane kosti u tipičnoj zoni s učestalošću od oko 15% najčešći je prijelom u čovjeka. Distribucija po dobi je bimodalna: osobe mlađe životne dobi (od 18 do 25 godina starosti) i osobe starije životne dobi (starije od 65 godina) najugroženije su dobne skupine².

Prijelom distalnog dijela palčane kosti u načelu nastupa na sličan način i kod mlađih i kod starijih. Najčešće je to pad pri čemu dolazi do udarca dlanom o podlogu. Kod mlađih bolesnika potrebna je veća sila udarca kako bi došlo do prijeloma kosti, kao što je sila koja nastaje pri prometnoj nezgodi, padu s visine i slično. Kod starijih bolesnika je, zbog "slabijih" kostiju kao rezultata osteopenije/osteoporoze, potrebna manja sila udarca, kao što je pad u razini na ispruženu ruku.

Kod prijeloma palčane kosti u tipičnoj zoni redovito dolazi do ozljede okolnog mekog tkiva, u većem ili manjem opsegu. Uz analizu samog prijeloma potrebno je učiniti evaluaciju potencijalnih oštećenja okolnog tkiva. Na primjer, kod palmarnog pomaka distalnog koštanog ulomka uvijek dolazi do određenog stupnja kompresije nervus medianusa u karpalnom kanalu. Ponekad je, nakon primarnog liječenja prijeloma, potrebno provesti i odgovarajuće liječenje u smislu operacijske dekompresije živca.

Dijagnostika i klasifikacija

Dijagnoza prijeloma palčane kosti u tipičnoj zoni postavlja se na temelju anamneze, kliničke slike i RTG slika ručnog zgloba u dva smjera (sl. 1 i 2).



Slika 1. Rentgenogram prijeloma palčane kosti u tipičnoj zoni.

Ovaj je prijelom jednostavan, s minimalnim pomakom koštanih ulomaka. PN: kut palmarnog nagiba, normalno iznosi oko 11° . IR: kut inklinacije distalnog radijusa, mora iznositi oko 23° . Artikulacijska ploha distalne ulne mora biti u razini ulnarnog dijela distalnog radijusa, ili do 1mm proksimalnije. Ovakav je prijelom indicirano liječiti konzervativno.



Slika 2. Rentgenogram prijeloma palčane kosti u tipičnoj zoni, složeni, višeiverni, intraartikularni.

Poremećeni su svi odnosi: postoji značajno skraćanje palčane kosti, kut inklinacije palčane kosti i palmarni nagib su izvan dozvoljenog opsega. Prijelomljen je i stilo- idni nastavak lakatne kosti.

U pravilu su takvi prijelomi nestabilni, te ih je potrebno liječiti operacijski.

Anamneza je tipična: pad na ruku, uz osjećaj "da je nešto puklo" uz jaku bol i ispad funkcije ručnog zgloba. Otok i lokalna bolnost u području distalnog dijela palčane kosti dominiraju kliničkom slikom. RTG sliku ručnog zgloba u AP i LL smjeru uvijek treba učiniti obostrano radi boljeg uvida u deformaciju i skraćenje palčane kosti. Prema potrebi može se učiniti i dodatna slikovna dijagnostika, prvenstveno CT radi objektivizacije unutarzglobnih frakturnih pukotina i ulomaka, a radi planiranja operacijskog liječenja.

Postoji više klasifikacija prijeloma distalnog dijela palčane kosti. Najraširenija je anatomska klasifikacija prijeloma po AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, škola osteosinteze, koja unazad 50-ak godina daje smjernice za sva područja koštano-zglobne traumatologije). Klasifikacija po Frykmanu orijentirana je na distalni radioulnarni zglob, Meloneova klasifikacija analizira oštećenje zglobne površine, dok Fernandez govori o mehanizmu ozljede, pomaku koštanih ulomaka i mjestu frakturnih pukotina. Važno je napomenuti kako niti jedna klasifikacija nije idealna, što ne znači da prijelom nije potrebno klasificirati. Upravo suprotno: poznavanjem i sintezom različitih klasifikacija može se na najbolji način odrediti najpovoljnije liječenje. Kod klasifikacije važno je uzeti u obzir više čimbenika:

1. lokalizaciju prijeloma (izvan ili unutarzglobni),
2. konfiguraciju (jednostavan ili složen-višeiverni prijelom),
3. pomak ulomaka (smjer pomaka dorzalno ili palmarno i veličina pomaka u milimetrima uz usporedbu eventualnog skraćenja palčane kosti sa zdravom stranom),
4. cjelovitost stiloidnog nastavka ulne,
5. cjelovitost distalnog radioulnarnog zgloba,
6. potencijalnu nestabilnost koštanih ulomaka (pomak inklinacije radijusa i palmarnog nagiba veći od 10° , skraćenje radijusa za više od 5 mm, intraartikularna pukotina veća od 2 mm i drugo; sl. 1),
7. udružene ozljede mekih tkiva,
8. mineralizaciju kosti.

Svaki od ovih čimbenika određuje metodu liječenja kod primarne sanacije prijeloma.

Liječenje

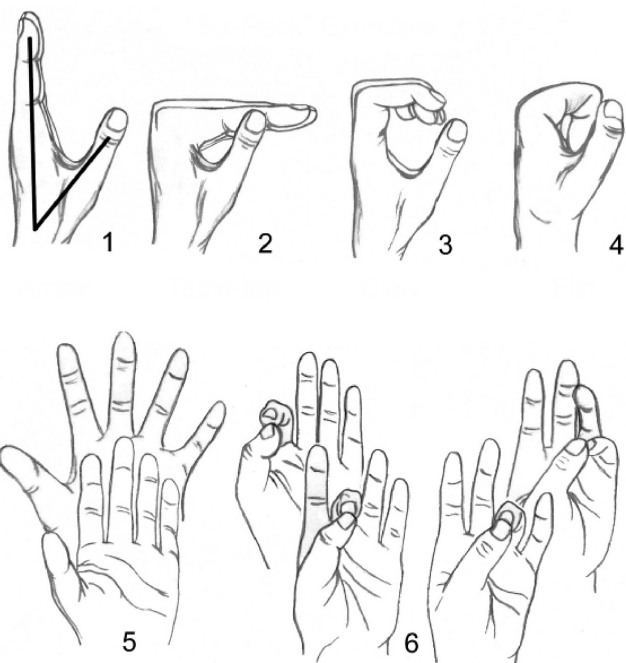
Iako je u literaturi dostupno više stotina radova koji prema postojećim klasifikacijama predlažu određene vrste liječenja, ne postoji konsenzus o idealnom postupniku kod bolesnika s prijelomom palčane kosti u tipičnoj zoni.

Danas se svi slažu kako je konačni cilj liječenja potpuni povratak funkcije ruke kao što je bila i prije ozljede. Dok je u mlađih osoba potrebno postići što bolju anatomsku redukciju koštanih ulomaka, za osobe starije životne dobi literatura daje kontradiktorne podatke o stupnju potrebne anatomske redukcije⁵. Značajno odstupanje anatomske odnosa nije prihvatljivo, te se primarnim liječenjem koštani ulomci moraju dovesti u što je moguće povoljniji položaj, bez obzira na dob.

Veliki broj prijeloma palčane kosti u tipičnoj zoni može biti liječen neoperacijski^{6,7}. Ako se radi o prijelomu bez pomaka ili s minimalnim pomakom, liječenje se provodi imobilizacijom ručnog zgloba u trajanju od 4 do 6 tjedana. Starije osobe mogu tolerirati manje do umjereno odstupanje od normalnih anatomske odnosa, bez značajnijeg ograničenja funkcije.

Kirurško liječenje rezervirano je za nestabilne prijelome i prijelome sa značajnijim pomakom koštanih ulomaka. Prijelom se može operacijski sanirati pločicom i vijcima, Kirschnerovim žicama, vanjskim fiksatorom ili kombinacijom navedenog. U posljednje vrijeme postoji trend operacijskog liječenja prijeloma koje, prema pravilima struke, nije potrebno operacijski liječiti. Takvom pristupu daju prednost ozljeđenici koji ne žele "dugotrajnu" imobilizaciju; žele bolju krajnju funkciju šake i brži povratak svim aktivnostima. Najnoviji hibridni sustav unutarnjo-vanjske fiksacije "MIROS" omogućava takav pristup. Vrlo je jednostavan za upotrebu, a značajna prednost mu je mogućnost ambulantne primjene. Neophodna je upotreba RTG pojačivača, a zahvat se može raditi u regionalnoj (aksilarni blok) ili intravenoznoj ili čak lokalnoj anesteziji.

Rehabilitacija ima jednaku važnost kao i primarno operacijsko ili neoperacijsko liječenje. Održavanje opsega pokreta prstiju i ručnog zglobova, vježbe snage, vježbe cirkulacije i drugi fizikalno-medicinski tretmani nužni su za potpuni povratak funkcionalnosti ruke (sl. 3). Elevirani položaj šake (držanje šake u povišenom položaju, iznad nivoa srca) značajno pomaže prevenciji Sudeckove distrofije, smanjenju otoka, venoznoj drenaži, bržem cijeljenju i smanjenju bolova.



Slika 3. Vježbe koje se preporuča provoditi nakon prijeloma palčane kosti u tipičnoj zoni, s ciljem održavanja opsega pokreta prstiju, prema Palmeru^{10,11}.

1. Oblik "strijele". 2. Oblik "stola". 3. Šaka u obliku "pandže". 4. Stisnuta šaka. 5. Širenje i spajanje prstiju. 6. Vrhom palca dotaknuti vrh svakog prsta. Ukoliko se radi o konzervativnom liječenju prijeloma, vježbe se mogu provoditi i za vrijeme nošenja sadrene imobilizacije.

Komplikacije

Komplikacije mogu biti posljedica same ozljede ili posljedica liječenja. One se dijele na akutne (nastaju u trenutku prijeloma), rane (do 6 tjedana) i kasne⁸.

Akutne i rane komplikacije mogu biti: sindrom mišićnog odjeljka (tzv. compartment sindrom), infekcija, krvarenje, ozljeda mekih tkiva i drugo. Te su komplikacije u domeni liječnika ortopeda ili traumatologa koji primarno zbrinjava prijelom, i svojim specifičnostima prelaze opsege ovog rada.

Kasne posljedice mogu biti mnoge, i važno ih je poznavati kako bi se što ranije započelo s obradom i eventualnim daljnjim liječenjem, sve u cilju povećanja funkcije ručnog zgloba.

Refleksna simpatička distrofija (poznatija kao Sudeckov sindrom) posebno je važna rana komplikacija koja se u određenom stupnju javlja u svakog trećeg ozlijeđenika. Dominantni simptom je bol uz otok, smanjenje pokretljivosti prstiju i ručnog zgloba, te smanjenje mišićne snage ruke.

Kompresiju nervus medianusa i znatno rjeđe nervus ulnarisa važno je rano prepoznati. Kod sumnje na kompresiju potrebno je učiniti EMNG i ako se dokaže određeni stupanj ispada živca, potrebno je, u što je kraće mogućem roku, operacijski otkloniti uzrok kompresije.

Nesrašavanje (pseudartroza) ili produženo koštano cijeljenje rjeđe je i nastaje samo nakon težih tipova prijeloma koji primarno nisu adekvatno liječeni.

Najznačajnija kasna komplikacija je posttraumatska artroza ručnog zgloba kao posljedica sanacije prijeloma u suboptimalnom položaju (sl. 4). Ona je važna iz dva osnovna razloga: 1. uglavnom se javlja u aktivnih osoba mlađe i srednje životne dobi, 2. dovodi do značajnog gubitka funkcije ručnog zgloba i šake, te rotacije podlaktice. Ukupno, ona dovodi do brojnih negativnih medicinsko-ekonomskih posljedica, kako za pojedinca, tako i za zajednicu.



Slika 4. A. Rentgenogram zdrave, neozlijeđene ruke, kao referentna slika.

B. Rentgenogram stanja nakon loše saniranog prijeloma, sa skraćanjem radijusa i neodgovarajućim kutovima distalne zglobne plohe radijusa, uz pseudartrozu stiloidnog nastavka lakatne kosti. Ovo je tipična radiološka slika bolesnika koji je primarno bio neadekvatno liječen.

C. Rentgenogram po naknadnom ortopedskom operacijskom liječenju. Učinjenjena je korektivna osteotomija distalnog radijusa: ispravljeno je skraćenje, inklinacija radijusa i drugi neodgovarajući anatomske odnosi.

Ukoliko su posljedica neadekvatnog primarnog liječenja (bolovi, otok, ograničenje kretnji i drugo) uočene dovoljno rano, ortopedsko liječenje u smislu popravka poremećenih anatomskih odnosa odgoditi će razvoj posttraumatske artroze ručnog zgloba. Operacijskim zahvatima (korektivnim osteotomijama palčane i/ili lakatne kosti) značajno se može unaprijediti funkcija ruke⁹. Vrlo važnu ulogu u ranom prepoznavanju i u upućivanju bolesnika u sekundarni/tercijarni ortopedski centar ima liječnik opće/obiteljske medicine.

Rasprava i zaključak

Prema stranoj literaturi, više od tri četvrtine ozljeđenika, nakon završenog liječenja prijeloma distalnog dijela palčane kosti, klinički i subjektivno su dobro. Na žalost, u Hrvatskoj postotak nezadovoljnih bolesnika znatno je viši, te mnogi od njih - posebno mlađi, trebaju naknadno operacijsko liječenje. Međutim, takvo naknadno liječenje ne dovodi do tako dobrog krajnjeg rezultata koji je moguće postići adekvatnim primarnim liječenjem.

Neadekvatnom dijagnostikom i primarnim liječenjem, kao i naknadnim saniranjem nastalih neželjenih posljedica, patološka stanja nepotrebno se pogoršavaju i kompliciraju, te prilikom obrade zahtijevaju kompleksniju i skuplju terapiju. Time se troškovi produženog liječenja, bolovanja i propuštena dobit, nepotrebno povećavaju.

Liječnici obiteljske medicine trebaju se aktivno uključiti u rješavanje navedenog problema ranijim prepoznavanjem suboptimalnog rezultata primarnog liječenja (deformacija, rani razvoj refleksne simpatičke distrofije, zaostala bol, smanjenje opsega pokreta, smanjenje mišićne snage, subjektivno nezadovoljstvo bolesnika i drugo). Bolesnike s takvim simptomima treba odmah uputiti u odgovarajući ortopedski centar radi daljnjeg adekvatnog liječenja. Obiteljski liječnici, kao prvi u nizu, svojom pravodobnom i odgovarajućom reakcijom mogu dovesti do značajnog poboljšanja krajnjeg ishoda liječenja, kako na dobit bolesnika, tako i na dobit zdravstvenog, mirovinskog i gospodarskog sustava Republike Hrvatske.

Literatura

1. Makhni EC, Ewald TJ, Kelly S, Day CS. Effect of patient age on the radiographic outcomes of distal radius fractures subject to nonoperative treatment. *J Hand Surg Am.* 2008;33:1301-8.
2. Nelson DL. Radius, distal fractures. <http://emedicine.medscape.com/article/1245884-overview>. Pristupljeno 28. veljače 2010.
3. Turner RG, Faber KJ, Athwal GS. Complications of distal radius fractures. *Hand Clin.* 2010;26:85-96.
4. Black WS, Becker JA. Common forearm fractures in adults. *Am Fam Physician.* 2009;80:1096-102.
5. Synn AJ, Makhni EC, Makhni MC, Rozental TD, Day CS. Distal radius fractures in older patients: is anatomic reduction necessary? *Clin Orthop Relat Res.* 2009;467:1612-20.
6. Földhazy Z, Törnkvist H, Elmstedt E, Andersson G, Hagsten B, Ahren-gar L. Long-term outcome of nonsurgically treated distal radius fractures. *J Hand Surg Am.* 2007;32:1374-84.
7. Smilovic J, Bilic R. Conservative treatment of extra-articular Colles' type fractures of the distal radius: prospective study. *Croat Med J.* 2003;44:740-5.
8. Turner RG, Faber KJ, Athwal GS. Complications of distal radius fractures. *Hand Clin.* 2010;26:85-96.
9. Bilić R, Zdravković V, Boljević Z. Osteotomy for deformity of the radius. Computer-assisted three-dimensional modelling. *J Bone Joint Surg Br.* 1994;76:150-4.
10. Palmer AK. Fractures of the distal radius. U: Green DP, ur. *Operative Hand Surgery.* New York: Churchill Livingstone;1993: 932-7, 942-4.
11. Nana AD, Lichtmann DM. Distal-third forearm fractures: treatment. <http://emedicine.medscape.com/article/1238513-treatment>. Pristupljeno 28. veljače 2010.

PLUĆNE BOLESTI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

RESPIRATORY DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE

Rudika Gmajnić¹

¹ *Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku*

Sažetak

U preglednom su članku prikazane glavne odrednice i epidemiološke osobine bronhopulmonalnih bolesti u Republici Hrvatskoj s posebnim osvrtom na ulogu obiteljske medicine u suzbijanju tog važnog javnozdravstvenog problema.

Ključne riječi: *astma, KOBP, obiteljski liječnik*

Summary

This review presents the main components and epidemiological characteristics of the bronchopulmonary diseases in Croatia with a particular reference to the role of family medicine in the control of this important public health issue.

Key words: *asthma, COPD, family physician*

Uvod

Plućne bolesti kao skup entiteta, a pogotovo kao skup stanja koje evidentiramo kao bolesti dišnog sustava čine značajan dio rada liječnika PZZ. Prema broju posjeta, broju zabilježenih slučajeva, količini dijagnostičkih pretraga i ordiniranoj terapiji bolesti dišnog sustava zauzimaju prvo mjesto u svakodnevnom radu PZZ. (Namjerno koristimo širi pojam, koji osim obiteljske medicine ističe značaj bolesti dišnog sustava i u pedijatriji i SKZ-u na primarnoj razini, kao i u djelatnosti hitne medicinske pomoći, medicine rada i školske medicine).

Cilj, namjera ali i potreba kongresa obiteljskih liječnika usmjeravaju nas da opišemo samo dio iz skupine stanja i entiteta nazvanih plućne bolesti,

jer samo kompletni udžbenici pulomologije ili interne medicine mogu dati cjelovit prikaz navedenih bolesti - od etiologije, priznatih podjela, simptomatologije, dijagnostike, terapije i rehabilitacije do prognoze ishoda.

Za liječnike i timove obiteljske medicine važnije je ponoviti i podsjetiti na češća stanja, ukazati na postupnike tamo gdje ih je struka definirala, te pokušati pomoći da se pristup plućnim bolestima standardizira, olakša, stručno usavrši, neke dileme razriješi a na neke ukaže. Konačno, tako se timu obiteljske medicine može olakšati rad bržim i boljim rješavanjem problematike koja je česta u svakodnevnoj rutini i kao takva zauzima značajan dio resursa u radu.

Akutne upale pluća

Akutne upale plućnog parenhima mogu biti uzrokovane mnogim vrstama i podvrstama bakterija, virusa, gljivica ili parazita. To rezultira najrazličitijim pojavnostima u epidemiologiji, patogenezi, kliničkoj slici, terapiji, tijeku i prognozi bolesti. Pneumonije su često oboljenje. Incidencija je 1,2 - 1,5%, od čega se 20% hospitalizira (u RH se godišnje registrira oko 50 000 pneumonija, a hospitalizira oko 10 000).

Dijagnostički i terapijski u PZZ potrebno je dobro diferencirati tipične od atipičnih pneumonija¹⁻³ (tbl. 1).

PODSJETNIK

Tablica 1. Razlike tipične i atipične pneumonije.

Osobina	Tipična	Atipična
Početak bolesti	Nagao, buran	Postupan
Zimica, tresavica	Često	Rijetko
Temperatura	>39°C	<39°C
Kašalj	Produktivan	Suh
Auskultacijski nalaz	Bronhalno disanje, krepitacije, hropci	Normalan šum disanja
Leukociti	Jako povišeni (>20x10 ⁹ /l), Rjeđe sniženi (<4x10 ⁹ /l)	Normalni ili blago povišeni
Neutrofili	Povišeni, skretanje ulijevo	Normalni ili sniženi
Radiološki nalaz	Homogena sjena	Rastresiti infiltrati, Sjene poput zrnata Stakla (engl. ground glass)

Vrlo jednostavnim ambulantnim dijagnostičkim postupcima može se uspješno dijagnosticirati pneumonija. Obvezni dijagnostički postupci svaka-ko su u domeni rada PZZ. Pri tome treba istaknuti da je interpretacija RTG snimaka moguće manjkava u ordinacijama PZZ. Osnovni uzrok tome najče-šće je dobra organizacija RTG službe koja plućne bolesti obrađuje promptno. Tamo gdje to nije slučaj PZZ se može uspješno educirati u interpretaciji osnovnih RTG pretraga pluća⁴⁻⁶ (tbl. 2).

PODSJETNIK

Tablica 2. Obvezni i dopunski dijagnostički postupci.

Ambulantno liječeni	
Obvezni postupci	Dodatne pretrage
Anamneza	Mikrobiološka analiza iskašljaja
Fizikalni pregled	Serološki testovi
RTG - snimka pluća	
KKS, SE	
Osnovna biokemija (GUK, elektroliti, ureja, kreatinin)	

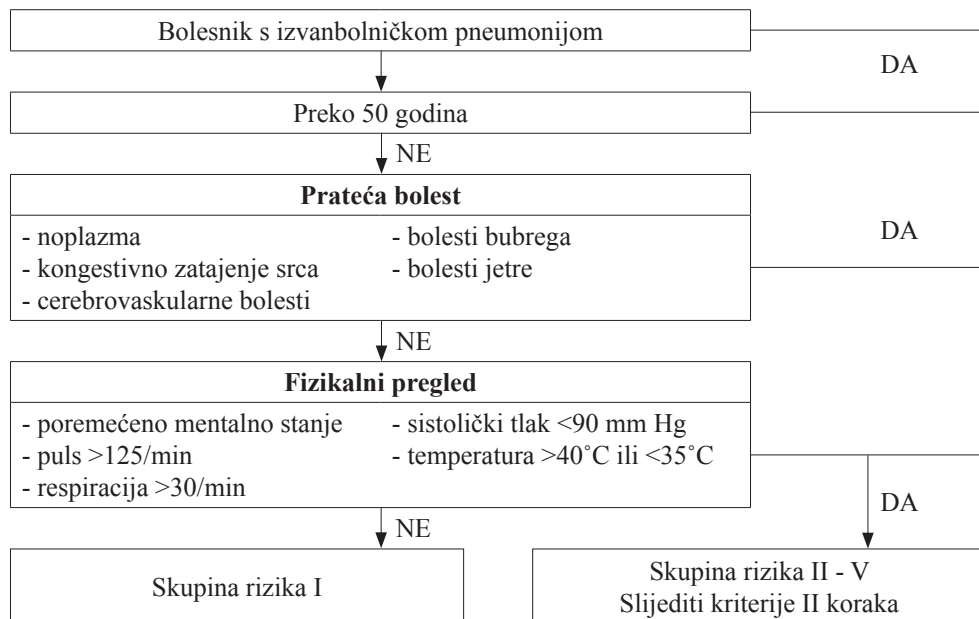
S obzirom na činjenicu da se petina izvanbolničkih pneumonija liječi hos-pitalno, a ostale se mogu djelotvorno liječiti ambulantno velika je odgovor-nost donijeti odluku o potrebi bolničkog liječenja^{6,7,8}.

Sustav vrednovanja PORT (Patient Outcomes Research Team) je postu-pak koji bolesnike razvrstava prema težini bolesti i rizicima pneumonije u pet skupina. Prva i druga skupina se mogu liječiti ambulantno. Treća zahtjeva kraće bolničko liječenje i ambulantni nastavak, a četvrta i peta zbog visokog mortaliteta obaveza kompletno bolničko liječenje⁹⁻¹² (tbl. 3, 4 i 5).

PODSJETNIK

Tablica 3. Kriteriji za hospitalizaciju prema preporukama PORT- postupnika I.

I. Korak



Tablica 4. Kriteriji za hospitalizaciju prema preporukama PORT- postupnika II.

I. Korak

Osobina	Bodovi	Osobina	Bodovi
Demografski faktori		Fizikalni pregled	
Spol - Ž	- 10	Porem. mentalno stanje	+20
Život u stacionaru	+ 10	Respiracija >30/min	+20
Laboratorijski nalazi i RTG		Sistolički tlak <90 mm Hg	+20
Art. pH <7,35	+30	Temperatura >40 ili <35°C	+15
Urea >11 mmol/l	+20	Puls <125/min	+10
Natrij >130 mmol/l	+20	Prateće bolesti	
GUK >14 mmol/l	+10	Neoplazma	+30
Htc < 0,30	+10	Bolesti jetre	+20
Pleuralni izljev	+10	Kongestivno zatajanje srca	+10
PaO ₂ <60 mm Hg	+10	Cerebrovaskulne bolesti	+10
		Bolesti bubrega	+10

Tablica 5. PORT - bodovanje.

Skupina rizika	Broj bodova	Preporuka za liječenje
I.	0	Ambulantno
II.	<70	Ambulantno
III.	71-90	Bolničko (kratko)
IV.	1-130	Bolničko
V.	>130	Bolničko

Kronične opstruktivne plućne bolesti

Objedinjuje entitete kroničnog bronhitisa i emfizema, čini jedan od vodećih uzroka pobolijevanja i smrtnosti, s prevalencijom od 10/1000 kod muškaraca i 7,5/1000 kod žena. Očekuje se da zbog nepovoljnih vanjskih utjecaja i starenja stanovništva značaj KOPB raste, a najveći teret, prije svega zbog kroniciteta bolesti, moraju podnijeti zdravstvene službe na primarnoj razini¹³⁻¹⁵.

Respiratorni sustav je izložen sve nepovoljnijim vanjskim utjecajima, što uz prirodene i stečene imunodeficijencije i starenje stanovništva dovodi do porasta mortaliteta i morbiditeta. Podsjećamo da čovjek dnevno udahne preko 8000 litara zraka, a kroz pluća procirkulira oko 10 000 litara krvi^{16,17}.

Mehanizam opstrukcije dišnih putova različit je u pojedinim dijelovima i ovisi o njihovoj građi i promjeru. Nakupljanje sekreta glavni je razlog opstrukcije u velikim dišnim putovima, u srednje velikim to su spazam i hipertrofija glatke muskulature. U malim dijelovima dišnih putova osnovni uzrok opstrukcije je edem sluznice. Bitno je reći da su opstrukcije u malim dijelovima klinički vidljive tek kada su promjene opsežnije u poodmaklom stadiju, ali tada već i često refraktorne na terapiju¹⁸⁻²¹.

Hiperaktivnost bronha pokazuje 15-20% zdravih osoba. Također je poznato da broj i funkcionalnost beta-2 adrenergičkih receptora može značajno varirati i u klinički zdravih osoba²²⁻²⁵ (tbl. 6, 7 i 8; sl. 1).

Tablica 6. Glavne značajke KOPB-a.

Kronični kašalj	Prisutan intermitentno svakog dana. Često tijekom cijelog dana, a rijetko samo noću
Kronično iskašljavanje	Bilo koji oblik povećanog iskašljavanja. Može ukazivati na prisutnost KOPB-a.
Zaduha	Progresivna (pogoršava se s vremenom) trajna (javlja se svaki dan) bolesnik ju opisuje kao: "pojačan napor disanja", "težinu", "glad za zrakom" ili "hvatanje zraka (uzdisanje)". Pogoršava se u naporu. Pogoršava se tijekom respiracijskog infekta
Anamneza izloženosti činiocima rizika, pogotovo:	Pušenje, izloženost na radnom mjestu prašini i kemikalijama, izloženost dimu kućnog grijanja ili kuhanja

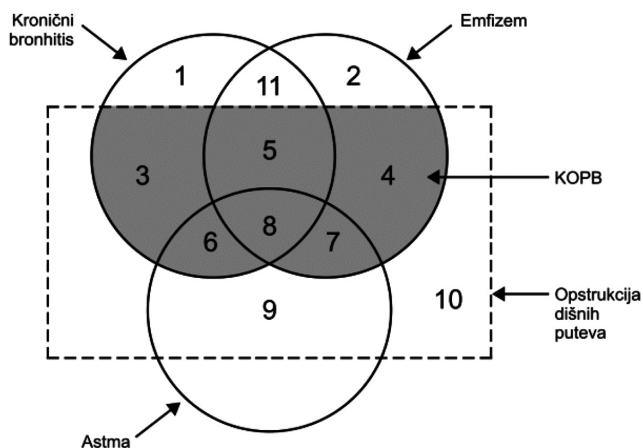
Tablica 7. Diferencijalna dijagnoza KOPB-a i astme.

	KOPB	Astma
Uzrok	Dugotrajno pušenje i/ili udisanje onečišćenja zraka iz okoliša i zatvorenog prostora	Najčešće akutno udisanje alergena
Početak	U srednjoj životnoj dobi	U ranoj životnoj dobi (često u djetinjstvu)
Kronična upala	Dišnih putova, parenhima i krvnih žila pluća	Dišnih putova
Infiltracija	Makrofagi, neutrofilni i limfociti	Mastociti, eozinofili i limfociti
Simptomi (kašalj, zaduha)	Postupno + iskašljavanje sporo napredovanje	U napadima + piskanje varijabilni, izraženiji noću i ujutro
Opstrukcija	Većim dijelom Ireverzibilna	Većim dijelom neverzibilna
Hiperaktivnost bronha	Blaga, rjeđe prisutna	Izražena

Tablica 8. Diferencijalna dijagnoza KOPB-a.

Dijagnoza	Značajke koje upućuju na dijagnozu*
Srčana dekompenzacija	Fine kreptacije pri bazama pluća, RTG pluća: proširena sjena srca, edem pluća restriktivni, a ne opstruktivni poremećaj. Plućne funkcije.
Bronhiektazije	Velike količine gnojnog iskašljaja, najčešće povezane s bakterijskom upalom auskultacijski grubi šumovi i hropci prošireni bronhi zadebljane stijenke na RTG/CT
Tuberkuloza	Početak u bilo kojoj dobi. Infiltrativne ili nodozne lezije na rtg-u pluća, mikrobiološka potvrda dijagnoze, lokalna epidemiološka situacija

* Navedene značajke su najčešće karakteristične za pojedinu bolest, ali nisu obvezne. Npr. od KOPB-a može oboljeti osoba koja nikad nije pušila (zemlje u razvoju u kojima drugi činioci rizika mogu biti važniji od pušenja), a astma se prvi put javi u odrasloj dobi.

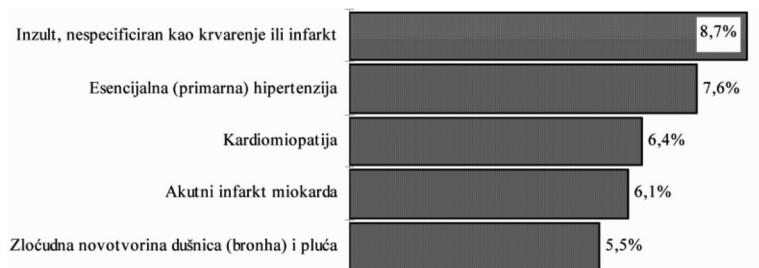


Slika 1. Međusobni odnosi vodećih bronhopneumopatija.

Brojčane oznake: 1, 2, 11= bolesnici bez opstrukcije dišnih puteva; 3= čisti oblik kroničnog bronhitisa; 4= čisti oblik emfizema; 5= kronični bronhitis i emfizem s opstrukcijom; 6, 7, 8= KOPB uz teški oblik astme; 9= nema ju KOPB; 10= izolirana opstrukcija dišnih puteva (preneseno iz American Thoracic Society)

Izvod iz statističkih podataka

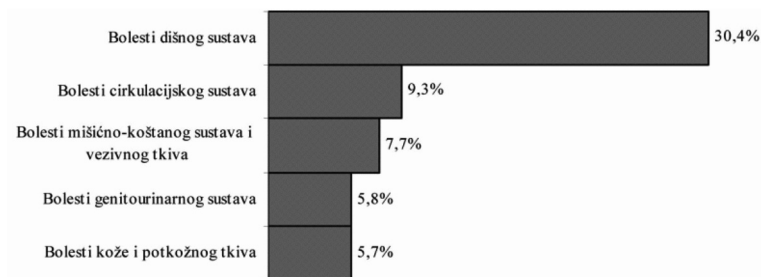
Obično se tvrdi kako se dogodilo samo ono što je zabilježeno, a od zabilježenog statistički obrađeni podaci mogu dati vrijedne informacije koje dobro prikupljene i na pravi način prezentirane mogu biti od pomoći kada se argumentirano raspravlja o nekom događaju. Za početak ističemo podatak da u RH 79,81% osiguranika (dakle osiguranih osoba, a ne svih stanovnika) koristi zdravstvenu zaštitu na razini PZZ tijekom godine. (podaci za 2008. god.). Očekivano, zdravstvenu zaštitu na razini PZZ najmanje koristi dobna skupina od 20 - 64 god. (76,18%) a najviše dobne skupine od 0 - 6 god. (94,81%) i 65 i više god. (94,63%). Prosječan broj posjeta u ordinacijama PZZ je 6,68 po osiguraniku godišnje, a broj kućnih posjeta 50/1000 osiguranika godišnje²⁶ (sl. 2, 3, 4 i 5).



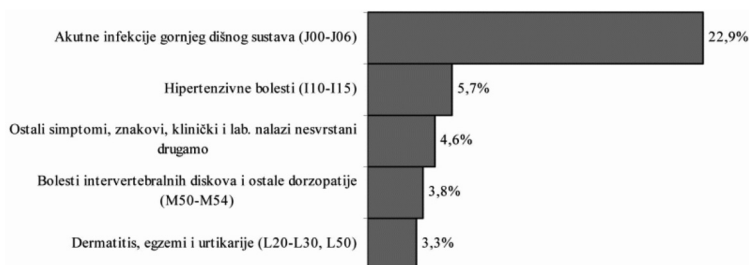
Slika 2. Vodeći uzroci smrti u Osječko-baranjskoj županiji.



Slika 3. Vodeći uzroci smrti u Republici Hrvatskoj.



Slika 4. Najčešće grupe bolesti u PZZ.



Slika 5. Najčešće dijagnosticirane bolesti i stanja u PZZ.

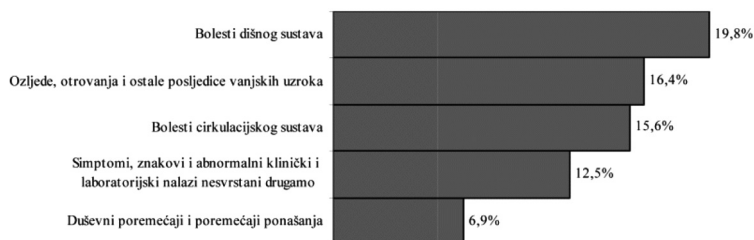
Od evidentiranih bolesti dišnog sustava zabilježena su slijedeća stanja:

Akutna infekcija gornjih dišnih putova	85,25%
Pneumonija.....	3,01%
Akutni bronhitis.....	6,21%
Bronhitis, emfizem, KOPB	3,11%
Plućne bolesti uzrokovane vanjskim agensima	0,21%
Ostale plućne bolesti.....	2,21%

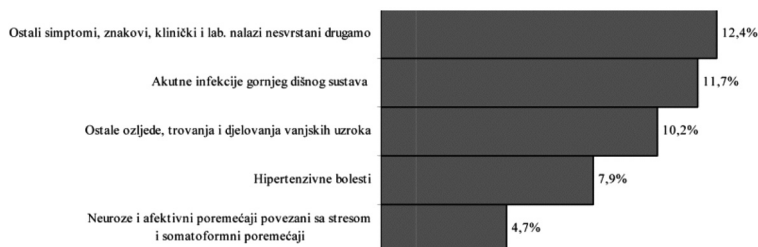
Kada razmišljamo o mogućim preventivnim mjerama u kategoriji kroničnih plućnih bolesti valja spomenuti podatak da je evidentirano samo 9 sistematskih i preventivnih pregleda na 1000 osiguranika godišnje, ne računajući sistematske preglede dojenčadi, male djece, školske djece i studenata.

U djelatnosti hitne medicinske pomoći zabilježeno je u godini dana preko 80 000 intervencija, od toga 12500 ili nešto više od 15% intervencija koje su u vezi sa bolestima dišnih putova.

Od svih zabilježenih bolesti i stanja dišnih putova raspodjela prema dijagnozama je slijedeća (sl. 6 i 7):



Slika 6. Najčešće grupe bolesti u HMP.



Slika 7. Najčešći razlozi korištenja HMP.

Akutne infekcije gornjih dišnih putova	55,2%
Pneumonije.....	4,8%
Bronhitis.....	9,6%
Kronične KOPB i emfizem.....	18,3%
Ostalo.....	12,1%

Iz navedenih podataka je očito da u budućoj sustavnoj reformi djelatnosti hitne medicinske pomoći treba voditi računa i o tome koja stanja i na koji način opterećuju pojedine dijelove primarne zdravstvene zaštite.

Literatura

1. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. *Am J Resp Crit Care Med* 2001;163:1730.
2. Centers for Disease Control. New CDC recommendatios for managing pneumonia. *Pulmonary Rev Com* 2000;5:8.
3. Gleason PP. Associations between initial antimicrobial therapy and medical outcomes for hospitalized elderly patients with pneumonia. *Arch Intern Med* 1999; 159:2562.
4. Cell BR. Update on the managment of COPD. *Chest* 2008; 133:1451-62.
5. Rabe FK, Beghe B, Luppi F, Fabbri LM. Update in chronic obstructive pulmonary disease 2006. *Am J Resp Crit Care Med* 2007;175:1222-32.
6. Gan WQ, Man SFP, Senthilselvan D, Sin D. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systemic review and a metaanalysis. *Thorax* 2004;59:574-80.
7. Van Eeden SF, Sin DD. Chronic obstructive respiratory disease: a chronic systemic inflammatory disease. *Respiration* 2008;75:224-8.
8. Pino-Plata VM, Livnat G, Girish M i sur. Systemic cytokines, clinical and physiological changes in patients hospitalized for exacerebation of COPD. *Chest* 2007;131:37-43.
9. Curtis JL, Freeman CM, Hogg JC. The immunopathogenesis of chronic obstructive pumonary disease: insights from recent research. *Proc Am Thorac Soc* 2007;4:512-21.
10. Barnes, JP. Managing chronic obstructive pulmonary disease. Science Press, 1999.
11. Donner CF, Decramer M. Pulmonary rehabilitation. *Eur Respir Monogr* 2000;5:13.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Bethesda: WHO & NIH, 2001;#2701.
13. Postma DS, Siafakas NM. Management of chronic obstructive pulmonary disease, *Eur. Respir. J. Suppl*, 2007;28:61-7.
14. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for tobacco use and dependence. *JAMA* 2000;283:244.
15. Agusti A. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2007;4:522-5.
16. Agusti A, Soriano JB. COPD as systemic disease. *COPD* 2008;5:133-8.

17. Couillard A, Prefaut C. From muscle disuse to myopathy in COPD: potential contribution of oxidative stress. *Eur Resp J* 2005;26:703-19.
18. Yende S, Waterer GW, Tolley EA, Newman AB, Bauer DC, Taaffe DR. Inflammatory markers are associated with ventilatory limitation and muscle dysfunction in obstructive lung disease in well functioning elderly subjects. *Thorax* 2006;61:10-6.
19. Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000; 343:269-80.
20. Pauwels RA, Buist AS, Ma P, Jenkins CR, Hurd SS & the GOLD Scientific Committee. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Bethesda: NIH, NHLBI, 2001:2701-7.
21. Lelemetel TH, Padeletti M, Jelic S. Diagnostic and therapeutic challenges in patients with coexistent chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2007;16:171-80.
22. Moua T, Wood K. COPD and PE: a clinical dilemma. *Int J Chron Obstruc Pulm Dis* 2008;3:227-8.
23. Kempainen RR, Savik K, Whelan TP, Dunitz JM, Herrington CS, Billings JL. High prevalence of proximal and distal gastroesophageal reflux disease in advanced COPD. *Chest* 2007;131:1666-71.
24. Dubey S, Powell Ca. Update in lung cancer. *Am J Resp Crit Care Med* 2008;177:941-6.
25. MacNee W. Update in chronic obstructive pulmonary disease 2007. *Am J Resp Crit Care Med* 2008;177:820-9.
26. ZZJZ Osječko-baranjske županije, Podaci o zdravstvenom stanju stanovništva i radu zdravstvene djelatnosti u Osječko-baranjskoj županiji. Osijek: ZZJZ, 2008.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA ASTME I KRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA U OBITELJSKOJ MEDICINI

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ASTHMA AND COPD IN FAMILY MEDICINE

Teo Depolo¹, Mithad Čerimagić², Mario Čurlin³, Orsat John⁴

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Teo Depolo, Dubrovnik

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Mithad Čerimagić, Dubrovnik

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Mario Čurlin, Dubrovnik

⁴ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Orsat John, Dubrovnik

Sažetak

Astma i KOBP kao najznačajnije kronične plućne bolesti, predstavljaju svjetski javno-zdravstveni problem. Nakon pokretanja GINA inicijative, pa nešto kasnije i GOLD inicijative, evidentan je uspjeh u kontroli i liječenju tih bolesti osobito astme. Saznanja o KOBP-u ukazuju na potrebu rane detekcije i terapije bolesti, gdje bi centralnu ulogu trebao imati upravo obiteljski liječnik. On bi uz dobru edukaciju, dostupnost dijagnostike (spirometrija u ambulanti), te kvalitetnu suradnju s pulmologom, mogao značajno poboljšati sadašnji epidemiološki status KOBP-a.

Ključne riječi: *astma, KOBP, obiteljski liječnik*

Summary

Asthma and COPD are the most important chronic lung diseases, representing a worldwide public-health problem. After launching the world GINA initiative, and later on the Gold initiative, success in the control and treatment of these diseases is evident, especially in asthma. Knowledge of COPD points to the need for early detection and therapy, where family medicine has the central role. With good education, access to diagnosis (spirometry), and cooperation with pulmonologists, family doctor may achieve a significant improvement in current COPD epidemiology status.

Key words: *asthma, COPD, family doctor*

Uvod

Kronične plućne bolesti predstavljaju veliki javno-zdravstveni problem, osobito dvije najznačajnije, astma i KOPB (kronična opstruktivna plućna bolest)¹⁻³. Nakon pokretanja GINA-e svjetske inicijative za liječenje astme i intenziviranjem protuupalnog liječenja astme, te bolje edukacije liječnika (osobito obiteljskih) i bolesnika, postignut je značajan napredak u liječenju astme². Brže i bolje dijagnosticiranje, kvalitetnija terapija i praćenje oboljelih od astme, progresivno smanjuje broj bolesnika nezadovoljavajuće kontrole astme, a time i potreba za hitnim intervencijama i bolničkim liječenjem. Za razliku od toga, KOPB je tek nedavno prepoznata kao značajan problem i pokrenuta je svjetska inicijativa za njeno liječenje (GOLD inicijativa)³. U Hrvatskoj je vrlo brzo osnovana inicijativna skupina za provedbu GOLD-a i organizirana su predavanja u svim županijama za liječnike obiteljske medicine i pulmologe. Spoznaje o pojavnosti KOPB-a i njenom značaju se svakim danom proširuju, ali je otkrivanje i liječenje u ranoj fazi bolesti i dalje problem i uslijed toga se stalno povećava broj bolesnika s egzacerbacijom bolesti^{4,5}. Zato je u svakodnevnoj praksi obiteljskog liječnika vrlo bitna mogućnost brze dijagnostike i diferencijacije¹.

Osnovni epidemiološki podaci o astmi i KOPB:

- U svijetu od astme boluje oko 300 milijuna ljudi,
- Velik broj bolesnika nema postavljenu dijagnozu,
- Broj novooboljelih s astmom vrlo brzo raste (u SAD je 1980. godine bilo 6,7 milijuna astmatičara, a 1998. godine 17,3 milijuna),
- Mortalitet astme iznosi 1-8/100.000,
- U svijetu ima do 600 milijuna oboljelih od KOPB-a,
- Visoki morbiditet (česte hospitalizacije, preko 75% ukupnih troškova za KOPB),
- Visoki mortalitet (četvrti vodeći uzrok smrti),
- Ogromni troškovi liječenja (2-5 puta više nego astme),
- KOPB je jedna od najlošije dijagnosticiranih bolesti u modernoj medicini (56-85% slučajeva KOPB nema postavljenu dijagnozu)^{4,5}.

Definicija i klasifikacija bolesti

Astma je kronična upalna bolest dišnih putova u kojoj sudjeluju brojne upalne i konstitutivne stanice te različiti upalni posrednici. Bolest se klinički manifestira ponavljajućim napadajima "piskanja", zaduhe, pritiska u prsima

i kašlja. Ovi su napadaji obično udruženi s difuznom varijabilnom opstrukcijom dišnih putova koja je najčešće reverzibilna, bilo spontano ili uz liječenje. Navedena upala uzrokuje hiperreaktivnost dišnih putova na različite podražaje, a u nekih bolesnika rezultira trajnim morfološkim promjenama struktura dišnih putova, što uzrokuje određeni stupanj ireverzibilne bronhoopstrukcije².

Klasifikacija astme

1. stupanj - povremena, blaga astma
Povremeni simptomi manje od 1x tjedno, rijetko kratkotrajna pogoršanja (od nekoliko sati do nekoliko dana). Noćni simptomi astme rjeđe od 2x mjesečno, bez simptoma uz normalnu plućnu funkciju između pogoršanja
PEF ili FEV1: >80% normalne vrijednosti, varijabilnost PEF-a <20%
2. stupanj - trajna, blaga astma
Simptomi češće 1x mjesečno, ali rjeđe od 1x na dan, pogoršanja mogu djelovati na aktivnost i spavanje, noćni simptomi astme rjeđe od 2x na mjesec
PEF i FEV1: >80% normalne vrijednosti, varijabilnost PEF-a 20-30%
3. stupanj - trajna, srednje teška astma
Simptomi svakodnevno, pogoršanja ometaju aktivnost i spavanje, noćni simptomi astme više od 1x tjedno, svakodnevno terapija beta2-agonista
PEF ili FEV1: >60% · <80% normalne vrijednosti, varijabilnost PEF-a >30%
4. stupanj - trajna, teška astma
Trajno prisutni simptomi, česta pogoršanja, česti noćni simptomi astme, fizička aktivnost smanjena zbog astmatskih simptoma
PEF i FEV1: <60% normalne vrijednosti, varijabilnost PEF-a >30%².
Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) je bolest koju karakterizira smanjenje protoka zraka kroz dišne putove koje nije potpuno reverzibilno. Ovo smanjenje protoka zraka obično je progresivno i povezano s neprimjerenim upalnim odgovorom pluća na štetne čestice ili plinove³.

Klasifikacija KOBP-a

0. (nulti) stupanj - povećani rizik
Kronični kašalj i iskašljavanje; nalaz plućne funkcije još je uvijek normalan.
1. (prvi) stupanj - blaga KOPB
Blago smanjenje protoka zraka ($FEV_1/FVC < 70\%$, ali $FEV_1 \geq 80\%$). Kronični kašalj i iskašljavanje obično su, iako ne i uvijek, prisutni.
U ovom stupnju bolesnik često nije svjestan poremećaja plućne funkcije.
2. (drugi) stupanj - umjerena KOPB
Umjereno smanjenje protoka zraka ($30\% FEV_1 < 80\%$). Česti su progresija simptoma i zaduha koja se karakteristično javlja u naporu.
Akutne egzacerbacije, koje znatno utječu na kvalitetu života i prognozu, posebno su učestale kod oboljelih s $FEV_1 < 50\%$.
3. (treći) stupanj - teška KOPB
Veliko smanjenje protoka zraka ($FEV_1 < 30\%$) ili postojanje zatajenja disanja odnosno kliničkih znakova popuštanja desnog srca. Ako je nastala neka od navedenih komplikacija, smatra se da bolesnik ima tešku KOPB (III) iako je $FEV_1 > 30\%$. U ovom stupnju, kvaliteta života znatno je smanjena, a egzacerbacije mogu ugroziti život³.

Postavljanje dijagnoze

Dijagnoza se temelji na simptomima i dijagnostičkim postupcima, ali i dobroj anamnezi i fizikalnom pregledu. Pozitivna obiteljska anamneza - atopijske bolesti kod astme, te pušenje ili izloženost toksičnim plinovima u anamnezi kod KOBP-a, svakako su osnova koja usmjeruje dijagnostičke postupke. Različitost astme i KOBP-a prikazana je u tbl. 1.

U ranoj fazi KOBP-a i u razdoblju "stabilne" bolesti fizikalni nalaz pluća je uredan. Kod bolesnika se najčešće može osjetiti neugodan miris duhana i požutjeli nokti od pušenja. Tek u razdoblju pogoršanja ili uznapredovale bolesti nad plućima se čuju polifoni bronhalni šumovi u otežanom izdisaju, piskanja i hroptaji različite jačine. Kod emfizema pluća perkutorni zvuk nad plućima je sonorniji, šum disanja je umjereno do jako oslabljen, pa se bronhalni šumovi teško mogu čuti^{4,5}.

Tablica 1. Razlike između astme i KOPB.

Pokazatelj	Astma	KOPB
Glavni faktor rizika	atopija	pušenje
Patofiziologija	reverzibilna opstrukcija dišnih putova zbog upale stijenke bronha	složena opstrukcija u dišnim putevima, dijelom ireverzibilna, uz oštećenja plućnog parenhima
Početak bolesti	u svim dobnim skupinama, obično prije 30. god.	u dobi iznad 40. godina
Nedostatak zraka	nagli i promijenjivi nastanak	postupan i progredijentan
Uzrok	najčešće akutno udisanje alergena	dugotrajno pušenje i/ili udisanje zagađivača zraka
Navika pušenja	rjeđe	praktički uvijek
Kašalj	kašalj noću, zaduha, piskanje, stezanje u prsima	kašalj, zaduha, iskašljavanje ujutro
FEV1 (PEF)	promjenjiv	stalno snižen
Bronhoopstrukcija	reverzibilna	ireverzibilna
Poboljšanje na bronhodilatator	Da	Ne
Plućna funkcija	normalna ili skoro normalna uz terapiju	trajno smanjena, čak i uz terapiju
Terapija inhalacijskim kortikosteroidima	obično je indicirana, osim u intermitentnoj astmi	obično nije indicirana, osim uz česte egzacerbacije u umjerenim ili teškim vidovima
Očekivano trajanje života	prosječno	skraćeno

Spirometrija je zlatni standard za dijagnozu i procjenu težine astme i KOPB-a. To je dijagnostička metoda koju u praksi obiteljski liječnici sve više koriste, zahvaljujući naravno i tehnološkom napretku. Spirometrijsko mjerenje plućne funkcije osnovna je metoda dijagnoze, procjene težine i praćenja liječenja astme. Spirometrijski se mjeri razina bronhoopstrukcije i njezina reverzibilnost. Kriterij bronhoopstrukcije jest sniženje FEV1 ispod 80% od očekivanog, uz snižen omjer FEV1:FVC%.

Bronhodilatacijski test reverzibilnosti bronhoopstrukcije (farmakodinamski - ventolinski test) pomaže u razlučivanju KOPB-a od astme i odabiru pravilnog liječenja. Najčešće se rabi test sa salbutamolom. Kod KOPB-a reverzibilnost bronhoopstrukcije je niska, ispod 12%, najčešće oko 6%³. Dokaz

reverzibilnosti bronhopneumonije (porast FEV1 2 15%, 15-20 minuta nakon udisanja salbutamola) ima dijagnostički značaj. Odsutnost reverzibilnosti ne isključuje astmu. U dijagnozi i praćenju astme može poslužiti i kućno mjerenje dnevne varijabilnosti vršnog ekspiracijskog protoka zraka (PEF)².

U cilju rane dijagnoze potrebno je napraviti ispitivanje plućne funkcije kod svih bolesnika s kroničnim kašljem dok još nemaju tegoba sa zaduhom, osobito u onih koji su izloženi čimbenicima rizika (pušenje, onečišćeni zrak). Spirometrijom se mjere plućni volumeni: vitalni kapacitet (VC), forsirani izdisajni volumen u prvoj sekundi (FEV1) i postotak FEV1 u odnosu na VC (FEV%), a dijagnoza KOPB-a određuje se na temelju odnosa FEV1/VC i FEV1. Klasični pokazatelj preživljavanja bolesnika s KOPB-om su upravo vrijednosti FEV1. Krivulja protok-volumen pokazuje protok zraka na razini malih dišnih putova (<2 mm). Kod KOPB-a FVC je uvijek smanjen ("dinamička restrikcija"). Napredovanjem bolesti smanjuju se vrijednosti FEV1 i FEV1/VC, a povećava ukupni plućni kapacitet, funkcijski rezidualni kapacitet i rezidualni volumen. Količina "zadržanog" zraka u plućima je sve veća, pluća su napuhana, sve je manji inspiracijski volumen. Disanje postaje napornije i teže, a potrošak energije za disanje je velik i u mirovanju. Snižene vrijednosti PEF-a (vršni izdisajni protok) upozoravaju na početne opstruktivske smetnje. Taj test ima veći značaj kod bolesnika s astmom³.

Difuzijski kapacitet pluća za ugljični monoksid - DLco pokazuje mogućnost prolaza (difuzije) dišnih plinova kroz alveolarnokapilarnu membranu. Niske vrijednosti DLco ukazuju na smanjenu ukupnu respiracijsku površinu. Na ukupni DLco utječe i broj eritrocita, odnosno količina hemoglobina u krvi na koji se kisik veže. Niske vrijednosti DLco su loš prognostički pokazatelj tijeka KOPB-a.

Plinska analiza arterijske krvi izuzetno je važna za procjenu težine bolesti i dijagnozu respiracijske insuficijencije. Određivanje dišnih plinova u arterijskoj krvi potrebno je kod svih bolesnika, osobito onih koji imaju FEV1 < 40%, ili kad postoji zaduha u mirovanju, cijanoza, otok potkoljenica, nabrekli vratne vene i ostali znaci kroničnog plućnog srca. Respiracijska insuficijencija nastaje kada se javi manjak kisika u arterijskoj krvi ($pO_2 < 8,0$ kPa). Na temelju plinske analize arterijske krvi nakon liječenja kontinuiranim malim protokom kisika, donosi se odluka o trajnoj oksigenoterapiji u kućnoj njezi³.

Rutinski laboratorijski hematološki pregled važan je za uvid u poliglobuliju, anemiju, poremećaj elektrolita, vrijednosti šećera u krvi, ureje, kreatinina, hepatograma, proteinograma. Nalaz IgE značajno je specifičan za astmu. Leukocitoza i CRP ukazuju na akutnu infekciju dišnih putova.

Poliglobulija nastaje zbog dugotrajne hipoksemije, te indirektno ukazuje na postojanje plućne hipertenzije, a ta uzrokuje nastanak kroničnog plućnog srca. Mikrobiološka pretraga iskašljaja na aerobne i anaerobne uzročnike upale dišnih putova važna je kod pogoršanja bolesti (egzacerbacija). Infekcije dišnog sustava često su miješanog tipa. Najčešći uzročnik egzacerbacije KOPB-a je *H. influenzae* i *S. pneumoniae*.

Radiološka obrada prsišta nije od velike koristi u dijagnostici KOPB-a. Pomaže u dijagnostici emfizema pluća kada se na snimci vidi hiperinflacija plućnih polja, široki interkostalni prostori, nisko položeni i potisnuti ili izravnani ošiti, duboki frenikokostalni sinusi i "viseća" srčana sjena. Kompjutorizirana tomografija prsišta nedvojbeno je najbolja pretraga za dokazivanje emfizema pluća. Bronhoskopijom i uzimanjem bioptata bronhalne stijenke za histološku analizu dokazuju se upalne promjene i promjene u mišićnoj strukturi bronhalne stijenke. Alergološko testiranje važno je zbog diferencijalne dijagnoze astme, a bronhoprovokacijski testovi za dokazivanje preosjetljivosti bronhalne sluznice na različite iritanse ili alergene^{4,5}.

Ciljevi liječenja

Cilj liječenja astme je potpuna kontrola bolesti. To znači nestanak simptoma, postizanje i održavanje maksimalne plućne funkcije, smanjenje broja i težine egzacerbacija, postizanje najbolje kvalitete života oboljelog, smanjenje morbiditeta i mortaliteta, te sprječavanje nastanka trajnog oštećenja plućne funkcije. Sve navedeno treba postići uz minimalne nuspojave liječenja².

Ciljevi učinkovitog zbrinjavanja KOPB su:

- Sprječavanje progresije bolesti
- Ublažavanje simptoma
- Poboljšanje podnošenja napora
- Poboljšanje ukupnog zdravstvenog stanja
- Sprječavanje i liječenje egzacerbacija i komplikacija
- Smanjenje mortaliteta
- Sprječavanje ili smanjivanje nuspojava liječenja³

Ciljeve možemo postići programom zbrinjavanja KOPB:

1. Procjena i praćenje bolesti
2. Smanjivanje čimbenika rizika
3. Liječenje stabilne KOPB
4. Liječenje egzacerbacija

Prevenција astme

Mjere primarne prevencije astme provode se prenatalno i u prvim godinama života. Izloženost duhanskom dimu i produktima sagorijevanja duhana u prenatalnom periodu i u prvim godinama života djeteta povećava rizik ranog piskanja. Značaj prenatalne ekspozicije alergenima je dvojbena, a provedba dijetetskih mjera u trudnoći u cilju prevencije alergijskih bolesti u djeteta se ne preporučuje. Izbjegavanje proteina kravljeg mlijeka, jaja i ribe u prehrani dojenčeta, kao i dužina dojenja, te prehrana majke tijekom laktacije, nemaju preventivni učinak na pojavu alergijskih bolesti dišnih putova. Podaci o značaju izloženosti inhalacijskim alergenima u prvim godinama života su kontradiktorni. Manja izloženost alergenima grinja iz kućne prašine u ranom postnatalnom periodu smanjuje rizik senzibilizacije i pojave ranih simptoma astme. Djeca koja odrastaju u okolišu s većom koncentracijom bakterijskih antigena rjeđe obolijevaju od astme. Probiotici ne utječu na pojavu astme. Sekundarna prevencija astme provodi se u osoba koje su senzibilizirane na okolišne alergene, ali nisu razvile astmu. Antihistaminici u neke djece s atopijskim dermatitisom smanjuju rizik za pojavu astme, a specifična imunoterapija smanjuje rizik astme u djece sa simptomima alergijskog rinokonjuktivitisa².

Farmakoterapija astme

Astmu karakterizira trajno prisutna upala dišnih putova i promjenjivo suženje dišnih putova. Sukladno ovim postavkama lijekovi za astmu dijele se na simptomatske (bronhodilatatori) i temeljne (protuupalni). Kombiniranjem ovih lijekova u većine bolesnika može se postići dobra ili potpuna kontrola bolesti. U cilju brzog uklanjanja simptoma rabe se simptomatski lijekovi i to uglavnom simpatikomimetici (selektivni β_2 -agonisti) brzog i kratkog djelovanja (SABA). U našim prilikama je to salbutamol za uporabu po potrebi. Treba istaknuti potrebu dugotrajnog protuupalnog liječenja u svim oblicima trajne astme, često i nakon nestanka simptoma bolesti. Dokazano je da se pokazatelji aktivnosti upalne reakcije kontinuirano poboljšavaju primjenom protuupalnih lijekova u periodu dužem od godine dana. Inhalacijski kortikosteroidi (ICS) su najučinkovitiji protuupalni lijekovi u liječenju astme. Njihova primjena omogućuje dobru kontrolu bolesti i sprječava gubitak plućne funkcije karakterističan za nepropisno liječene bolesnike. Iz praktičnih razloga važno je poznavati niske srednje i visoke doze pojedinih ICS, kao i

ekvipotentne doze. U liječenju astme se koriste i drugi protuupalni lijekovi od kojih je na našem tržištu dostupan antagonist leukotrijenskih receptora -montelukast. Ovaj se lijek rabi u monoterapiji blage trajne astme te kao dodatak ICS u težim oblicima bolesti. Simpatikomimetici (bronhodilatatori) s produženim djelovanjem (LABA) dodaju se bolesnicima sa srednje teškom i teškom trajnom astmom. Povećana ili trajna potreba za SABA, više od 1 tjedno, upućuje na lošu kontrolu bolesti i indicira promjenu primijenjene osnovne terapije. Monoterapija s LABA je apsolutno kontraindicirana u astmi jer može dovesti do slabljenja kontrole astme i do po život opasnih egzacerbacija².

Nefarmakološko liječenje astme

Specifična imunoterapija (SIT) ima koristan terapijski učinak, osobito u bolesnika s alergijskom astmom, u kojih smanjuje intenzitet, trajanje, učestalost simptoma, potrebu za antiastmatskim lijekovima i poboljšava bronhalnu funkciju. Kontrola okoliša u cilju smanjenja koncentracije alergena i onečišćenja zraka te izbjegavanje poznatih pokretača astme koristan su čimbenik uspješnog liječenja astme osobito u kombinaciji s farmakološkim liječenjem. Nije dokazan učinak dijetetskih mjera (riblje ulje, omega-3 masne kiseline, vitamin C, selen, ograničenje soli) na tijek i težinu astme, kao niti koristan učinak uređaja za ionizaciju, filtriranje ili ovlaživanje/sušenje zraka u kući. Nema dovoljno dokaza da bi se alternativne metode liječenja (homeopatija, akupunktura) preporučile u liječenju astme².

Prevenција KOBP-a

Potrebno je podupirati opće mjere i programe za smanjenje pušenja s jasnim, dosljednim i ponovljenim porukama protiv pušenja. Raditi udruženo s vladinim službama u poticanju zabrane pušenja u školama, javnim ustanovama i radnom mjestu, te poticati bolesnike u nastojanjima za životom u kućnom okruženju bez duhanskog dima.

Istaknuti primarnu prevenciju što se najbolje postiže prestankom ili smanjenjem izloženosti različitim štetnim tvarima radnog okoliša. Važna je i sekundarna prevencija koja se postiže epidemiološkim nadzorom i ranim otkrivanjem. Treba primijenjivati mjere smanjivanja ili izbjegavanja zagađenja zraka u kući uslijed grijanja ili kuhanja pomoću bioloških goriva u slabo

prozračenim prostorima, savjetovati bolesnike da prate obavijesti o kakvoći zraka, te sukladno težini bolesti, izbjegavaju teže napore izvan kuće ili ostanu u kući u vrijeme pojačanog zagađenja zraka^{3,4}.

Farmakoterapija KOPB-a

Farmakološkim liječenjem mogu se ublažiti ili spriječiti simptomi, smanjiti učestalost i težina egzacerbacija, poboljšati opće zdravstveno stanje bolesnika. Liječenje KOPB treba voditi prema sljedećim općim postavkama: individualno odrediti težinu bolesti uzimajući u obzir simptome bolesnika, intenzitet bronhoopstruktivnih tegoba, učestalost i težinu egzacerbacija, komplikacije, respiratornu insuficijenciju, pridružene bolesti i opće zdravstveno stanje bolesnika.

Treba primjenjivati stupnjeviti pristup liječenju koji se temelji na procjeni težine bolesti. Izaberi oblik liječenja sukladno nacionalnim i kulturološkim osobitostima, te dostupnosti pojedinih lijekova³.

Bronhodilatatori imaju središnje mjesto u simptomatskom liječenju KOPB. Apliciraju se za ublažavanje povremenih ili rastućih simptoma ili redovito, za sprječavanje ili ublažavanje trajnih simptoma. Izbor između β_2 -agonista, antikolinergika, metilksantina ili kombiniranih pripravaka ovisi o dostupnosti lijekova i individualnom odgovoru bolesnika pri čemu se razmatraju ublažavanje tegoba i nuspojave lijekova. Redovita primjena bronhodilatatora kratkog djelovanja jeftinija je, no i manje prikladna nego primjena bronhodilatatora dugog djelovanja. Kombiniranje lijekova različitih mehanizama i dužine djelovanja može povećati stupanj bronhodilatacije uz iste ili manje nuspojave. Teofilin je učinkovit u KOPB, ali je radi njegove potencijalne toksičnosti, bolje primjenjivati dostupne inhalacijske bronhodilatatore³. Najčešće korišteni bronhodilatatori mogu se vidjeti u tbl. 2.

Redovita primjena inhalacijskih kortikosteroida opravdana je samo u slučaju poboljšanja simptoma i dokumentiranog poboljšanja spirometrijskog nalaza uz inhalacijske kortikosteroide, ili ako je $FEV_1 < 50\%$, uz učestale egzacerbacije koje iziskuju liječenje antibioticima ili peroralnim kortikosteroidima. U ovoj pažljivo odabranoj skupini bolesnika dugotrajno liječenje inhalacijskim kortikosteroidima može ublažiti simptome ali neće usporiti dugoročno smanjenje FEV_1 . U KOPB nisu poznati odnos doze i učinka, kao niti sigurnost dugotrajne primjene inhalacijskih kortikosteroida. Ne preporučuje se dugotrajno liječenje peroralnim kortikosteroidima.

Cijepljenje protiv gripe može smanjiti ozbiljnije poboljšavanje i smrtnost u oboljelih od KOPB za oko 50%. Daje se jednom (u jesen) ili dva puta

(u jesen i zimu) svake godine. Nema dovoljno dokaza koji bi potkrijepili redovitu uporabu pneumokoknog cjepiva u KOPB³.

Tablica 2. Najčešće korišteni bronhodilatatori.

Lijek	Raspršivač fiksnih doza (MDI, µg)	Peroralno (mg)	Trajanje djelovanja (h)
β ₂ -agonist			
Fenoterol	100-200	-	4-6
Salbutamol (albuterol)	100-200	4	4-6
Terbutalin	250-500	5	4-6
Formoterol	12-24	-	12+
Salmeterol	50-100	-	12+
Antikolinergik			
Ipratropij bromid	40-80	-	6-8
Oksitropij bromid	200	-	7-9
Metilksantin			
Aminofilin (SR)	-	225-450	Različito, do 24
Teofilin (SR)	-	100-400	Različito, do 24

Antibiotska terapija se ne preporuča osim za liječenje infektivnih egzacerbacija i drugih bakterijskih infekcija.

Sekretolitici mogu biti korisni bolesnicima s viskoznom iskašljajem. Primjena ovih lijekova može koristiti iako je njihova ukupna korist vrlo mala. Ne preporučuje se njihova redovita primjena. Antitusici su kontraindicirani u stabilnoj KOPB. Razlike u farmakoterapijskim efektima na astmu i KOPB prikazani su u tbl. 3.

Tablica 3. Razlike u medikamentnoj terapiji astme i KOPB-a.

Lijekovi	Astma	KOPB
Inhalacijski β-agonisti	++	++
Inhalacijski antikolinergici	+	++
Sistemske kortikosteroidi	++	+
Antibiotici	-	++
Oksigenoterapija	++	+ (titrirati)
Ne-invazivna ventilacija	(+)	++
Teofilini	-	-
Mukolitici	-	

Nemedikamentno liječenje KOBP-a

Uključuje rehabilitaciju, liječenje kisikom i na kraju kirurške zahvate.

Rehabilitacijski programi trebaju sadržavati: vježbanje, dijetetsko savjetovanje, pouku.

Ciljevi plućne rehabilitacije su ublažavanje tegoba, poboljšanje kakvoće života i povećanje sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima. Vježbanje koristi bolesnicima u svim stupnjevima bolesti. To se očituje boljim podnošenjem napora i smanjenjem zaduhe i osjećaja umora. Taj povoljan učinak može se postići čak i samo jednim rehabilitacijskim programom bez obzira da li se provodi u bolnici, ambulantno ili kod kuće.

Dugotrajna terapija kisikom (>15 sati dnevno) povećava preživljavanje bolesnika s kroničnom respiratornom insuficijencijom, te ima povoljan učinak na tlak u plućnoj arteriji, policitemiju (hematokrit >55%), podnošenje napora, mehaniku disanja i psihičko stanje bolesnika^{3,4}.

Zaključak

Astma je kronična upalna bolest kod koje je početni odgovor na terapiju uglavnom vrlo brz. Nakon jedan do dva 2 sata po primjeni odgovarajuće terapije u astmatičara, poboljšavaju se respiracijski plinovi. Poboljšava se plućna mehanika (porast PEF-a preko 50%). Naglo nastalom pogoršanju astme najvažniji je mehanizam bronhospazam, pa je zato bronhodilatacija ključni postupak. U postupnom pogoršanju astme značajniji je patološki nalaz okluzija lumena bronha sekretom, te ostale uobičajene značajke astme kao edem i upalna infiltracija sluznice².

KOPB je progresivna bolest karakterizirana smanjenjem protoka zraka kroz dišne putove, koje nije potpuno reverzibilno. Početni odgovor na terapiju u KOPB je spor, najčešće i bez odgovora. Tijekom vremena dolazi do pogoršanja plućne funkcije oboljelog čak i uz najbolje liječenje. Potrebno je nadzirati simptome i objektivne parametre plućne funkcije, kako bi se pravovremeno prepoznale komplikacije, te s bolesnikom raspravile terapijske mogućnosti. Izuzetno je važno rano otkrivanje i terapija bolesti, da bi se što više spriječile akutne egzacerbacije, pa i fatalni ishodi^{1,3}. Upravo u tom procesu brze dijagnostike, diferencijacije i terapije, temeljna uloga trebala bi biti namijenjena obiteljskom liječniku.

Literatura

1. Vrbica Ž. KOPB i astma - usporedba pokazatelja korištenja bolničkih resursa u Dubrovačko-neretvanskoj županiji. HČJZ 2007;3, br. 10 (travanj 2007.).
2. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO Report. NIH Publication No. 95-3659, Jan. 2004.
3. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163:1256-76.
4. Pavičić F, Tudorić N. Kronična opstruktivna plućna bolest. U: Vrhovac B i sur. Interna medicina. 3. izd. Zagreb: Ljevak, 2003: 707-21.
5. Vrcić-Keglević M. Skrb za bolesnike oboljele od kroničnih plućnih bolesti. U: Budak A i sur. Obiteljska medicina. Zagreb: Gandalf, 2000:199-209.

INICIJALNA TERAPIJA INHALACIJSKIM KORTIKOSTEROIDOM BOLESNIKA S NOVOOTKRIVENOM ASTMOM

INITIAL THERAPY OF INHALED CORTICOSTEROIDS AMONG PATIENTS WITH NEWDISCOVERED ASTHMA

Tatjana Cikač¹, Blaženka Fijačko², Željka Perčinlić³, Bjana Škvorc⁴,
Sandra Toplak - Hranić⁵, Ljubica Knez⁶, Diana Carević⁷

¹ Specijalistička ordinacija opće medicine Tatjana Cikač, Varaždin

² Specijalistička ordinacija opće medicine Bjana Škvorc, Varaždin

³ Specijalistička ordinacija opće medicine Blaženka Fijačko, Klenovnik

⁴ Specijalistička ordinacija opće medicine Željka Perčinlić, Turčin

⁵ Specijalistička ordinacija opće medicine Sandra Toplak -Hranić, Beretinec

⁶ Specijalistička ordinacija opće medicine Knez Ljubica, Lepoglava

⁷ Specijalistička ordinacija opće medicine Diana Carević, Ivanec

Sažetak

Astma se može dijagnosticirati i liječiti u ordinacijama liječnika opće medicine. Prema smjernicama prvi lijek za započinjanje terapije je inhalacijski kortikosteroid (ICS). Liječnik treba educirati bolesnike te provjeriti suradljivost i tehniku inhalacije. Kombinirana terapija ICS-a i dugodjelujućih beta2-agonista (LABA) i koristi se samo kada se monoterapijom ICS-om ne uspije postići kontrola bolesti. Cilj rada je istražiti uspješnost liječnika opće medicine u dijagnosticiranju i liječenju novootkrivene astme prema smjernicama. U istraživanju je sudjelovalo sedmero liječnika, specijalista obiteljske medicine koji u svojoj skrbi imaju 13.953 registrirane osobe. Praćeni su bolesnici koji su se sa simptomima astme javili prvi put u ordinaciju opće medicine u periodu od 01.lipnja 2009. do 31.siječnja 2010 godine. Spirometriju kao dijagnostičku metodu koristila su tri liječnika, a četiri liječnika koristila su mjerač vršnog protoka zraka (PEF-metar). Praćena je uspješnost odabrane terapije kontrolnim mjerenjem plućne funkcije i subjektivnom procjenom bolesnika. Ukupno je obrađeno 102 bolesnika. Inicijalno liječenje astme ICS-om uvedeno je kod 56.9% bolesnika, fiksne kombinacije dobilo je njih 39.2%, antileukotrijene 2.9%, a 1% samo liječenje salbutamolom. Kod monoterapije ICS-om došlo je do većeg smanjenja učestalosti simptoma (-75.5%) nego kod upotrebe fiksnih kombinacija (-47.8%). Astma se može

uspješno dijagnosticirati i liječiti u ordinaciji liječnika opće medicine, uz redovito praćenje plućne funkcije. Inicijalno je 56.9% bolesnika liječeno prema smjernicama, inhalacijskim kortikosteroidom kao prvom linijom liječenja. Terapija ICS-om pokazala se uspješnom kod velikog broja bolesnika (94.7%) te smatramo da je u zbrinjavanju astme nužno poštovati preporuke svjetskih smjernica, kako bi se osiguralo kvalitetno liječenje bolesnika.

Ključne riječi: astma, inhalacijski kortikosteroid, inicijalna terapija

Summary

Asthma can be diagnosed and treated in the offices of general practitioners (GP's). According to guidelines, the first medication for the initial asthma therapy is ICS (inhaled corticosteroid). GP's should educate patients and check up on compliance and technique of inhalation. Combination therapy of ICS and LABA is to be used only when monotherapy with ICS doesn't achieve the control of the disease. Our aim was to investigate the success of GP's in diagnosing and treating the patients with newly diagnosed asthma, according to world guidelines. Seven GP's, specialists in family medicine, who have in care 13.953 registrated patients, participated in the study. They followed patients who had reported asthma symptoms for the first time. Patients were monitored from 01/June/09 to 31/Jan/10. Spirometry, as a method of diagnosis, was used by 3 GP's, and 4 GP's used peakflow-metry. Chosen therapy was monitored by control assessment of lung function and subjective evaluation of the patient. Elaborated in total: 102 patients. Initial treatment of asthma with ICS was introduced to 56.9% of patients, 39.2% received fixed combination, antileukotriens 2.9%, and treatment with salbutamol only 1%. There was a larger decrease of asthma symptoms on ICS monotherapy (-75.5%) than with those using fixed combination (-47.8%). Asthma can be successfully diagnosed and treated by GP's. Initially 56.9% of patients were treated with ICS as the first line of treatment, in accordance with guidelines. ICS therapy proved successful for large number of patients (94.7%) and we believe it is necessary to follow the world asthma guidelines to provide the best quality treatment for asthma patients.

Key words: asthma, inhaled corticosteroid, initial therapy

Uvod

Astma je kronična upalna bolest dišnih putova karakterizirana hiperreaktivnošću dišnih putova¹. Patofiziološki se manifestira suženjem

dišnih putova, koje prolazi spontano ili uz terapiju. Klinički se manifestira napadima kašlja i zaduhe te "zviždanjem" u prsima. Astma se na temelju učestalosti dnevnih i noćnih simptoma, plućne funkcije te varijabilnosti, prema Globalnoj inicijativi za astmu (Global Initiative for Astma, GINA), dijeli na povremenu i trajnu astmu¹.

Uloga liječnika obiteljske medicine (LOM-a) u zbrinjavanju astme sastoji se od:

- postavljanja dijagnoze astme,
- procjene stupnja težine bolesti,
- inicijalne terapije,
- edukacije bolesnika,
- praćenja i kontrole bolesti.

Astma se dijagnosticira u ordinaciji liječnika obiteljske medicine na temelju anamneze, fizikalnog pregleda, mjerenja plućne funkcije spirometrijom ili mjerenjem vršnog protoka zraka pomoću PEF-metra. Simptomatski lijekovi su bronhodilatatori, koji poboljšavaju plućnu funkciju i brzo otklanjaju i umanjuju simptome bolesti i dovode do subjektivnog poboljšanja². U simptomatske lijekove ubrajaju se beta-2-agonisti, teofilini i antikolinergici. Osnovni lijekovi su oni koji djeluju na osnovni patogenetski mehanizam, upalu. U skupini protuupalnih lijekova nalaze se kortikosteroidi, antileukotrijeni i kromoni. Temeljni protuupalni lijekovi su inhalacijski kortikosteroidi, dok se oralni i parenteralni kortikosteroidi primjenjuju samo u teškim egzacerbacijama³. Prema smjernicama, uz simptomatske lijekove, osnovni protuupalni lijekovi su inhalacijski kortikosteroidi (ICS). Kombinirana terapija ICS-a i LABA-e koristi se samo kada se monoterapijom ICS-om ne uspije postići kontrola bolesti^{4,5}.

Spirometrija je brza i jednostavna pretraga mjerenja plućne funkcije i neophodna je u radu liječnika, osobito kod bolesnika koji se žale na kašalj, otežano disanje, pojačanu zaduhu, ali i kod pušača⁶.

PEF (Peak Expiratory Flow) - najveći ili vršni izdisajni protok može se mjeriti i PEF metrom. Vrijednosti PEF-a dobro koreliraju s forsiranim ekspiracijskim volumenom u prvoj sekundi (FEV₁).

Ispitanici i metode

U istraživanju je sudjelovalo sedmero liječnika specijalista obiteljske medicine koji u svojoj skrbi imaju 13.953 registrirane osobe. Praćeni su bolesnici koji su se sa simptomima astme javili prvi put u ordinaciju

opće medicine u periodu od 01.06.2009. do 31.01.2010. Spirometriju kao dijagnostičku metodu koristila su tri liječnika, a četiri liječnika koristila su mjerač vršnog protoka zraka (PEF-metar). Odluka o liječenju donesena je na osnovu anamneze i kliničkog pregleda, spirometrijskog ili nalaza PEF-metra te vrijednosti Asthma Control Test (ACT). Svim bolesnicima dani su napatci i pouka o pravilnoj upotrebi inhalera i prevenciji simptoma a dobili su i pisane upute. Uspješnost odabrane terapije praćena je kontrolnim mjerenjem plućne funkcije i subjektivnom procjenom bolesnika.

Spirometrija započinje mjerenjem visine i težine ispitanika te upisivanjem spola i dobi. Ti podaci su nužni zbog usporedbe izmjerenih vrijednosti s očekivanim vrijednostima za zdravu osobu istog spola, dobi, visine i težine. Medicinska sestra izmjeri tjelesnu težinu (TT, kg), i tjelesnu visinu (TV, cm), upisuje tražene podatke u računalni program spirometra te priprema bolesnika na pravilnu tehniku izvođenja testa. Test se ponavlja tri puta, sva tri mjerenja trebaju biti tehnički ispravna a uzima se najbolja vrijednost. Dobivene vrijednosti se uspoređuju prema referentnim vrijednostima za osobu iste dobi, spola i visine, tako da je postotak PEF-a = dobivena vrijednost/ očekivana vrijednost x 100. Bronhodilatacijski test vrši se izvođenjem spirometrijskog testiranja u dva mjerenja. Prvo mjerenje je početno, a drugo se vrši nakon primjene bronhodilatatora (4 udaha po 100 mcg salbutamola) 15-30 minuta, kada se očekuje 75% maksimalnog učinka lijeka. Reverzibilnost opstrukcije prati se porastom FEV₁ od 12% ili 15% PEF-a.

Formula za izračun pozitivnosti bronhodilatacijskog testa:

$$\% \text{ Ventolina} = \frac{B-A}{A} \times 100$$

A= FEV₁/PEF bez Ventolina

B= FEV₁/PEF nakon Ventolina

ACT upitnik omogućava liječniku uvid u stanje kontrole bolesti i poboljšava komunikaciju bolesnik - liječnik. Test se sastoji od pet pitanja na koja su bolesnici odgovorili u suradnji s liječnikom. Očitani rezultati na skali od 5 do 25 daju uvid liječniku u kontrolu bolesti i daljnje potrebne mjere, te istovremenu edukaciju bolesniku.

Rezultati

Ukupno je obrađeno 102 bolesnika od čega 45 muških i 57 ženskih, u dobi od 17 do 67 godina (tbl. 1). Prosječne vrijednosti plućne funkcije na prvom pregledu iznosile su za FEV₁ 80.2%, PEF 68.4%, Ventolin test 15.0%, a ACT upitnik 17.5 bodova (tbl. 2).

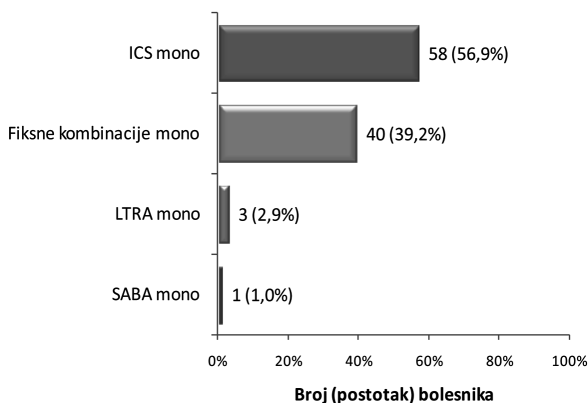
Tablica 1. Bolesnici po dobnim skupinama (N=102).

	n	(%)
17-24	33	(32,4)
25-44	30	(29,4)
45-64	28	(27,5)
65-67	11	(10,8)
ukupno	102	(100,0)

Tablica 2. Mjerenje plućne funkcije.

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
FEV1 (%)	80,2	14,49
PEF (%)	68,4	14,81
Ventolin test (%)	15,0	4,73
ACT upitnik	17,5	2,85

Inicijalno liječenje astme ICS-om dobilo je 56.9% bolesnika, fiksne kombinacije ICS-a i LABA-e dobilo je 39.2%, antileukotrijene 2.9%, a 1% samo liječenje salbutamolom. Preko polovine (50.2%) bolesnika dobilo je salbutamol uz osnovnu terapiju (sl. 1).



Slika 1. Vrsta uzimane terapije pri prvom posjetu liječniku.

Prosječno je bilo 50 dana između prvog i kontrolnog pregleda. Kod monoterapije ICS-om došlo je do većeg smanjivanja učestalosti simptoma (75.5%)

nego kod upotrebe fiksnih kombinacija (47,8%). Razlika u prosječnom FEV₁ i PEF-u između prvog i drugog pregleda bila je statistički značajna $P < 0,001$. Porast FEV₁ i PEF-a bio je statistički značajno veći kod bolesnika koji su inicijalno imali veću učestalost simptoma. Rezultat ACT upitnika povećan je za 4.7 bodova u odnosu na vrijednosti kod prvog pregleda. FEV₁, PEF i vrijednosti ACT testa nisu se statistički značajno razlikovale kod bolesnika koji su liječeni monoterapijom ICS-om u odnosu na fiksne kombinacije (tbl. 4).

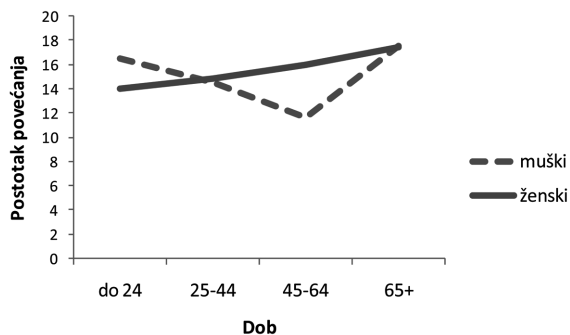
Tablica 4. Rezultati ACT upitnika prema spolu i dobi.

Spol	Dob	Bodovi ACT upitnika (A. sredina)	Bodovi ACT upitnika (SD)	n
muški	do 24	17,63	3,467	19
	25-44	17,33	3,122	9
	45-64	17,92	1,782	12
	65+	17,60	1,949	5
	ukupno muški	17,64	2,805	45
ženski	do 24	16,71	3,451	14
	25-44	17,62	3,106	21
	45-64	17,50	2,394	16
	65+	17,67	2,422	6
	ukupno ženski	17,37	2,901	57

Od bolesnika inicijalno liječenih ICS-om, terapija je ostala nepromijenjena kod 5/49 bolesnika, dok je kod 3/49 promijenjena u fiksnu kombinaciju. Na terapiji fiksnim kombinacijama ostalo je 26/31 bolesnika, a 5/31 promijenjen je u terapiju samo ICS-om. Terapija leukotrijenima ostala je nepromijenjena kod trećine bolesnika, a dva su zamijenjena ICS-om.

Nisu uočeni statistički značajni glavni efekti ni spola ni dobi, ali je interakcija spola i dobi na test reverzibilnosti bronhoopstrukcije statistički značajna ($P=0,05$; $\eta^2=0,08$) (sl. 2). Kod žena rezultati postaju sve lošiji s porastom dobi. Kod muškaraca postaju sve bolji do dobnog razreda 45-64 godine, a zatim rastu da bi prosječni rezultat u najvišoj dobnj skupini (65+) dostigao prosječni rezultat žena.

Prosječna učestalost simptoma pri prijemu bila je nekoliko puta tjedno, a nisu utvrđene statistički značajne razlike u učestalosti simptoma između muškaraca i žena ($P=0,812$), kao ni između različitih dobnih skupina ($P=0,812$) (tbl. 3).

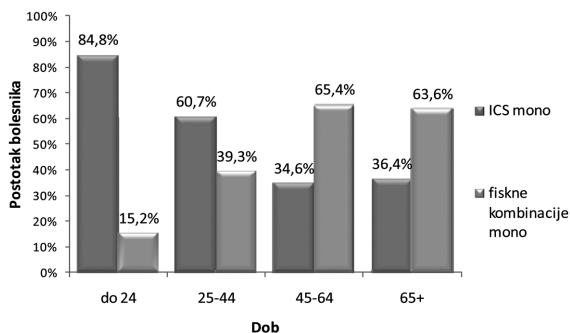


Slika 2. Utjecaj spola i dobi na "ventolinski test".

Tablica 3. Učestalost simptoma u ispitivanih pacijenata (N=102).

	n	(%)
nekoliko puta mjesečno, ali ne svaki tjedan	13	(12,7)
nekoliko puta tjedno, ali ne svaki dan	50	(49,0)
svaki dan	37	(36,3)
neprekidno, nekoliko puta dnevno	2	(2,0)
ukupno	102	(100,0)

Postotak bolesnika samo na ICS terapiji opada s dobi, od 84,8% u grupi starih do 24 godine, preko 60,7% u dobi od 25 do 44 godine sve do 36,4% u grupi starijih od 65 godina. S fiksnim kombinacijama propisanim bez drugih antiastmatika događa se upravo suprotno: od 15,2% pacijenata u najmlađoj dobnoj skupini sve do 63,6% u grupi starijih od 65 godina (sl. 3).



Slika 3. Postotak bolesnika na ICS i na fiksnim kombinacijama po dobnim skupinama

Uočene promjene visoko su statistički značajne (Likelihood ratio=18,9; ss=3; P<0,001).

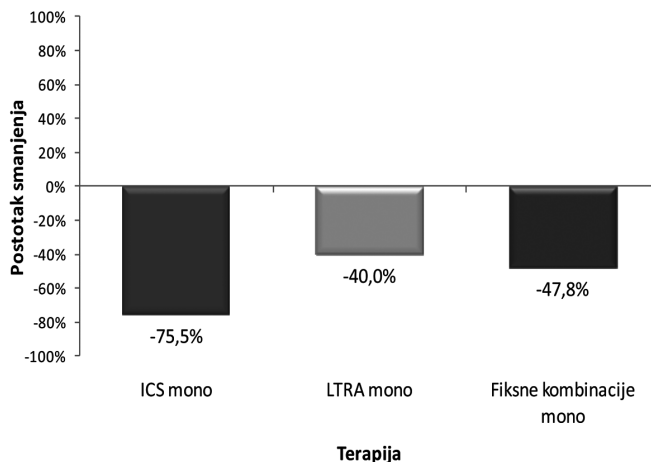
FEV1 i PEF i rezultat na ACT upitniku razlikuju se statistički značajno kod bolesnika na različitim terapijama (P=0,003; P<0,001; P=0,06) (tbl. 5). Rezultati Ventolin testa (p=0,707) ne razlikuju se statistički značajno kod pacijenata na različitim terapijama. Redovitost uzimanja lijeka prikazana je u tablici 6. Broj pacijenata sa svakodnevnim simptomima statistički se značajno smanjio do drugog pregleda ($\chi^2=29,6$; $P_{\text{exact}} < 0,001$) (tbl 7). Kod monoterapije ICS-om došlo je do većeg smanjenja učestalosti simptoma nego kod "monoterapije" fiksnom kombinacijom barem jednom tjedno (sl. 4).

Tablica 5. Prikaz parametara plućne funkcije s obzirom na terapiju.

	Terapija	Broj bolesnika	Aritmetička sredina	Stadnardna devijacija
FEV1	ICS mono	34	81,8	12,31
	LTRA mono	3	102,3	4,04
	Fiksne kombinacije mono	23	74,2	14,86
	Total	61	80,2	14,49
PEF	ICS mono	41	68,0	14,4
	LTRA mono	2	106,0	5,6
	Fiksne kombinacije mono	27	65,0	10,6
	Total	71	68,4	14,8
Ventolin test	ICS mono	56	14,6	5,29
	LTRA mono	3	16,0	1,00
	Fiksne kombinacije mono	38	15,7	4,01
	Total	98	15,0	4,73
ACT upitnik	ICS mono	58	17,9	2,54
	LTRA mono	3	19,3	1,16
	Fiksne kombinacije mono	40	16,6	3,01
	Total	102	17,5	2,85

Tablica 6. Redovitost uzimanja lijeka.

	n	(%)
redovito	76	(74,5)
ponekad zaboravi	23	(22,5)
neredovito	3	(2,9)
ukupno	102	(100,0)

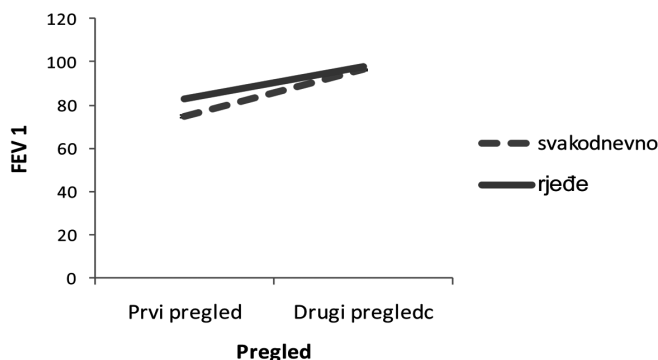


Slika 4. Smanjenje učestalosti simptoma kod bolesnika ovisno o terapiji.

Razlika u prosječnom FEV1 između prvog i drugog pregleda bila je statistički značajna ($P < 0,001$).

U prosjeku je FEV1 povećan za 17,5 (\pm SD = 11,9), odnosno za 23,8% (\pm SD = 17,3%) u odnosu na vrijednost na prvom pregledu. Nije uočena statistički značajna razlika FEV1 po dobi i spolu ($P = 0,958$).

Mješovitom analizom varijance između i unutar grupa (within-between ANOVA) uz Bonferronijevu korekciju za inflaciju pogreške tipa I, utvrđena je statistički značajna razlika u promjeni FEV1 između pacijenata različite inicijalne učestalosti simptoma (sl. 5).



Slika 5. Prosječne vrijednosti FEV1 (%) na prvom i drugom pregledu prema učestalosti simptoma

Razlika u prosječnom PEF između prvog i drugog pregleda bila je statistički značajna ($P < 0,001$). Nije uočena statistički značajna interakcija promjene PEF i spola ($P = 0,345$), te promjene PEF i dobi ($P = 0,577$). Porast PEF bio je statistički značajno veći ($P = 0,003$) kod pacijenata koji su inicijalno imali veću učestalost simptoma.

Razlika u prosječnom rezultatu na ACT upitniku između prvog i drugog pregleda bila je statistički značajna ($P < 0,001$).

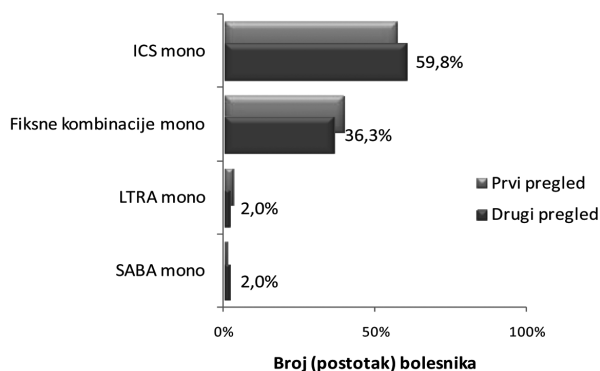
U prosjeku je rezultat na ACT upitniku povećan $4,7 (\pm SD = 2,6)$, odnosno za $30,2\% (\pm SD = 24,3\%)$ u odnosu na vrijednost na prvom pregledu. Nije uočena statistički značajna interakcija promjene rezultata na ACT upitniku spola i dobi.

Od svih bolesnika, na prvom pregledu liječenih monoterapijom ICS-om, kod njih $54/49 (94,7\%)$ terapija je zadržana nepromijenjenom i nakon drugog pregleda dok je kod $3/49 (5,3\%)$ na ICS-u dodana i fiksna kombinacija (u jednom slučaju Seretide, u drugom Symbicort). Monoterapija ICS-om najmanje je mijenjana. Od svih bolesnika liječenih monoterapijom montelukastom, jedna trećina ($1/3 (33,3\%)$) je na drugom pregledu prebačena na ICS, a kod dvije trećine $2/3 (66,7\%)$ terapija je ostala nepromijenjenom. Terapija fiksnom kombinacijom ostala je nepromijenjena na drugom pregledu kod $34/31 (85,0\%)$ bolesnika, dok je kod $6/31 (15,0\%)$ promijenjena u monoterapiju ICS-om (tbl. 7).

Tablica 7. Promjena terapije od prvog do drugog pregleda.

		Terapija na prvom pregledu			
		monoterapija		kombinacija 2 lijeka	
Terapija na drugom pregledu	monoterapija	57	(95,0)	6	(15,0)
	kombinacija 2 lijeka	3	(5,0)	34	(85,0)
Ukupno		60	(100,0)	40	(100,0)

Od svih bolesnika liječenih monoterapijom na prvom pregledu, monoterapija je propisana i nakon drugog pregleda kod njih $57/60 (95,0\%)$. Kombinacije dva lijeka zadržane su u $34/40 (85,0\%)$ slučajeva, dok je $6/40 (15,0\%)$ svih kombinacija tri lijeka na drugom pregledu promijenjeno u kombinacije dva lijeka (sl. 6).



Slika 6. Terapija na prvom i drugom pregledu (N=102).

Rasprava

U većine naših bolesnika, prema GINA smjernicama utvrdio se blagi stupanj trajne astme⁷. Taj postotak oboljelih trebalo bi liječiti samo inhalatornim kortikosteroidom. Naši podaci pokazuju da postoji još uvijek sklonost liječnika da i u blagoj trajnoj astmi uvede fiksne kombinacije lijekova (LABA + inhalatorni kortikosteroid).

U 56,9% bolesnika uvodio se inhalatorni kortikosteroid u monoterapiji. Najčešći odabir inhalatornog kortikosteroida je bio ciklezonid. Kod monoterapije ICS-om došlo je do većeg smanjenja učestalosti simptoma nego kod "monoterapije" fiksnom kombinacijom. Ovaj rezultat je suprotan nalazima drugih istraživanja prema kojima liječnici obiteljske medicine fiksne kombinacije percipiraju učinkovitijima od inhalacijskih kortikosteroida.

Kod primjene inhalacijskog kortikosteroida važna je veličina čestica inhalatornog kortikosteroida i dubina prodiranja lijeka u male dišne putove te doza kortikosteroida². Raspon doza ICS je širok, individualno titriranje je potrebno uz dobar omjer rizika nuspojava i koristi. Nuspojave ICS-a najčešće su blage (oralna kandidijaza i disfonija) dok se teže nuspojave mogu javiti uz dugotrajnu upotrebu visokih doza lijeka.

U manjeg broja bolesnika utvrđena je umjerena trajna astma, koja prema GINA smjernicama dozvoljava upotrebu LABA + inhalacioni kortikosteroid³. Ta kombinacija lijeka u našoj studiji propisana je 43,1% što ne odgovara postotku utvrđene umjerene trajne astme. Mogućnost komplikacija u smislu pogoršanja astme kod dugotrajnog propisivanja beta 2 agonista je otvorena⁴.

Terapija tijekom drugog pregleda je ublažena zbog poboljšanja plućne funkcije te smanjivanju učestalosti simptoma. Monoterapija fiksnom kombinacijom promijenjena u monoterapiju ICS (6/31 15,0%) od svih izvorno propisanih "monoterapija" fiksnom kombinacijom češće je nego što je monoterapija ICS promijenjena u terapiju fiksnom kombinacijom (3/49 (5,3%)). Taj disbalans moguće je najjednostavnije objasniti dovoljnom učinkovitošću ICS radi čega liječnici rijetko imaju potrebu terapiju mijenjati u fiksnu kombinaciju, a s druge strane trudom liječnika da ostvare racionalnu, minimalno dovoljnu terapiju, odnosno sklonošću da fiksnu kombinaciju nakon uspjeha promijene u blažu terapiju. Fiksna kombinacija je razmjerno češće specijalistički izbor, a ovdje se radilo o uzorku liječnika opće i obiteljske medicine.

Inicijalnu učestalost simptoma moguće je uzeti kao indikator težine bolesti te slijedi da je veću promjenu FEV₁/PEF moguće očekivati kod težih bolesnika.

Porast FEV₁ i PEF-a bio je statistički značajno veći (P=0,03) kod pacijenata koji su inicijalno imali veću učestalost simptoma.

Procjena o dobroj suradljivosti s pacijentima iznosi 75% što smatramo da je precijenjeno jer u najvećoj mjeri ovisi o iskazu pacijenta koji su ipak neskloni priznati svom liječniku slabosti suradnje.

Zaključak

Uloga liječnika obiteljske medicine u zbrinjavanju astme je mnogostruka, a sastoji se od postavljanja dijagnoze astme, procjene stupnja težine bolesti, uvođenja inicijalne terapije, edukacije bolesnika, te praćenja kontrole bolesti⁵. Postavljanje dijagnoze i liječenje vrši se pomoću anamneze, fizikalnog pregleda uz redovito praćenje plućne funkcije mjerenjem FEV₁ spirometrom ili PEF-a (Peak Expiratory Flow) - vršnog izdisajnog protoka PEF-metrom. PEF vrlo dobro korelira s FEV₁, stupnjem kliničkog pogoršanja i respiracijskim plinovima. Prema smjernicama osnovni protuupalni lijekovi su inhalacijski kortikosteroidi (ICS). Kombinirana terapija ICS-a i LABA-a koristi se samo onda kada se monoterapijom ICS-om ne uspijeva postići kontrola bolesti. Prilikom primjene ICS-a iznimno je važno educirati bolesnika. Kod inicijalne terapije 56,9% bolesnika liječeno je prema smjernicama, inhalacijskim kortikosteroidom kao prvom linijom liječenja, a 43,1% nije. Terapija ICS-om pokazala se uspješnom kod velikog broja bolesnika (94,7%). Smatramo da je u zbrinjavanju astme nužno poštovati preporuke svjetskih smjernica, kako bi se osiguralo kvalitetno liječenje bolesnika⁹.

Cilj terapije astme je kontrola bolesti s normalnom plućnom funkcijom (FEV1 > 80%, varijabilnost PEF-a < 10%). Uz individualnu titraciju doze, praćenje plućne funkcije, a i samostalno praćenjem PEF-a bolesnika kod kuće, uz prethodnu edukaciju te stupnjevanjem kontrole astme ACT upitnikom, bolesnik se može uspješno liječiti u ordinaciji LOM¹⁰.

Literatura

1. Stey SC, Russi EW. Asthma bronchiale-medical treatment. *Ther Umsch*.2008. Mae;65(3):161-7.
2. Each C, Colice GL, Luskin A. Particle size of inhaled corticosteroids. Does it metter. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 124 (6 Suppl):S 88-93.
3. Hrvatske smjernice za liječenje astme u odraslih, www.kbd.hr/uploads/media/smjernice.pdf
4. Pollart SM, Elward KS. Overview of changes to asthma guidelines: diagnosis and screening. *Am Fam Physician*.2009; 79:761-7.
5. Karrer W. Inhalation therapy -advantages and difficulties. *Praxis (Bern 1994)*. 1997 Dec 10;86 (50):1975-8.
6. Szelenyi I, Pahl A. Drug therapy in asthma bronchiale in the new millennium. *Pharmazie*. 2002; 57:83-6.
7. Global Initiative for asthma. NIHLB, 2004.
8. Guittet L, Blaisdell CJ, Just J, Rosencher L, Valleron AJ, Flahault A. Management of acute asthma exacerbations by general practitioners: a cross-sectional observational survey, *Br. J Gen Pract*. 2004; 54(507):759-64.
9. Tudorić N, Vrbica Ž, Pavičić F i sur., Smjernice hrvatskog pulmološkog društva za dijagnosticiranje i liječenje astme u odraslih. *Liječ Vjesn* 2007;129:315-21.
10. Ahel V, Rožmarić V, Banec S. Astma dječje dobi. *Medix* 2006;64:74-8.
11. Plavec D. Praćenje astme u svakodnevnoj praksi: ACT upitnik. *Medix* 2006;64:65-7.

NEPRAVILNA UPORABA INHALACIJSKE TERAPIJE BOLESNIKA S ASTMOM I KOPB

INADEQUATE INHALATION THERAPY IN ASTHMA AND COPB

Renata Pehar¹

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Dom zdravlja Mostar, BIH

Sažetak

Pravilna uporaba inhalacijskih lijekova važna je zato što navedeni lijekovi djeluju lokalno, u bronhalnom stablu. Ako ne dospiju na mjesto djelovanja neće biti terapijskog učinka, a javit će se i ozbiljne nuspojave koje pogoršavaju ionako teško stanje kardiorespiratornog sustava bolesnika koji boluju od KOPB i bronhalne astme. Cilj rada bio je ispitati pravilno uzimanje inhalacijskih lijekova kod bolesnika s KOPB i bronhalnom astmom. U istraživanje su uključeni bolesnici koji su pregledani u ambulanti Odjela za plućne bolesti i TBC SKB Mostar od 1. 12. 2005. do 1. 1. 2006. godine. (vremensko razdoblje mog boravka na spomenutom odjelu tijekom odrađivanja specijalizantskog staža). Tijekom pregleda bolesnika koji boluju od KOPB i bronhalne astme zatražila sam da mi pokažu postupak uporabe inhaler aerosola (četiri koraka). Od 102 bolesnika s KOPB inhalacijsku terapiju pravilno je uzimalo 9 bolesnika (8,82%), a od 19 bolesnika s bronhalnom astmom pravilno je uzimalo inhalacijsku terapiju 12 bolesnika (63,15%). Nedovoljna educiranost i nepravilno uzimanje inhalacijske terapije direktno je proporcionalno broju i učestalosti hospitalizacija bolesnika s KOPB i bronhalnom astmom. Edukacija bolesnika u ordinaciji liječnika obiteljske medicine značajno bi poboljšala kvalitetu života i smanjila broj hospitalizacija zbog pogoršanja osnovne bolesti.

Ključne riječi: astma, KOPB, inhalacijsko liječenje

Abstract

The appropriate use of inhalator drugs is important, because they act on local base in the bronchial tree. If they don't get to the appropriate place the

serious side affect are unavoidable. Side effects make the bad condition of cardiopulmonary system even worse in patients with COPD and bronchial asthma. The goal of this paper was to test the appropriate use of inhalator drugs in patients with COPD and bronchial asthma. In the research were included patients which were examined in a ambulant of Section for pulmonary daises and tbc in SKB Mostar from 1. 12. 2005. utill 01. 01. 2006. (time interval of my residence on the mention section). During the exam of the patients with COPD or/and bronchial asthma I have had asked them to show me their procedure of use for inhalator (four steps). From 102 patients with COPD the appropriate way of using the inhalator was only taken by 9 patients (8,82%), and from 19 patients with bronchial asthma only 12 patients (63,15%) have had used the inhalator therapy inappropriate way. The insufficient education and inappropriate use of inhalator therapy are in a direct proportional number and frequent hospitalization in patients with COPD and bronchial asthma. Education of the patients in the ordination of family medicine by a doctor would significantly reduce the number of hospitalizations for complication of the primary illness and would also improve quality of the life for the patient.

Key words: *asthma, COPD, inhalation therapy*

Uvod

Bronhalna astma i kronična opstruktivna plućna bolest obzirom na prevalenciju, morbiditet i mortalitet predstavljaju značajan medicinski i socijalni problem osobito u razvijenim zemljama. U liječenju ovih bolesti u posljednjih nekoliko desetljeća postignut je značajan uspjeh prije svega zahvaljujući sve boljem poznavanju patofizioloških mehanizama nastanka bolesti te razvoju farmakologije i farmaceutske industrije¹. Za liječenje navedenih bolesti koriste se dvije skupine lijekova: simptomatski lijekovi (beta 2 agonisti, antikolinergici, ksantini, kromoni) te osnovni lijekovi (kortikosteroidi, blokatori leukotrijenskih receptora, beta agonisti dugog djelovanja te retard preparati teofilina)². Inhalacijski kortikosteroidi (ICS), antikolinergici te beta 2 agonisti u inhalacijskom obliku svoj učinak postižu lokalno na mjestu djelovanja uz znatno manje doze i nuspojave te su kao takvi najpovoljniji u liječenju KOPB i bronhalne astme. Pravilna uporaba inhalacijskih lijekova važna je zato što navedeni lijekovi djeluju lokalno, u bronhalnom stablu. Ako inhalacijski lijekovi ne dospiju na mjesto djelovanja neće biti terapijskog učinka, a konačni učinak samo su ozbiljne nuspojave lijeka koje pogoršavaju ionako

teško stanje kardiorespiratornog sustava bolesnika koji boluju od KOPB-a i bronhalne astme.

Cilj ovog istraživanja je:

1. utvrditi uzima li bolesnik propisanu inhalacijsku terapiju,
2. ispitati pravilno uzimanje inhalacijskih lijekova kod bolesnika s KOPB i bronhalnom astmom.

Pacijenti i metode

Uradila sam retrospektivno presječno istraživanje o pravilnom/nepravilnom uzimanju inhalacijske terapije bolesnika s KOPB i bronhalnom astmom. U istraživanje su uključeni bolesnici koji boluju od navedenih bolesti, a koji su pregledani u ambulanti Odjela za plućne bolesti i tbc SKB Mostar u vremenu od 01. 12. 2005. do 01. 01. 2006. godine. Tijekom boravka na Odjelu za plućne bolesti i tbc, u okviru specijalizacije, primijetila sam da na pregled u najvećem broju slučajeva opetovano dolaze bolesnici koji imaju dijagnozu KOPB, te nešto manje bolesnici koji boluju od bronhalne astme. Isto tako, radom u ambulanti obiteljske medicine, primijetila sam da najveći broj bolesnika koji su imali bolesti dišnog sustava, a koji su trebali specijalistički pregled pulmologa, pripada skupini bolesnika koji boluju od KOPB i bronhalne astme. Neki od bolesnika dolazili su dva, tri i više puta u jednom mjesecu po uputnicu za pregled pulmologa. Znajući da postoje vrlo potentni inhalacijski pripravci simptomatskih i osnovnih lijekova koji se koriste za liječenje KOPB i bronhalne astme, postavljala su se barem dva logična pitanja:

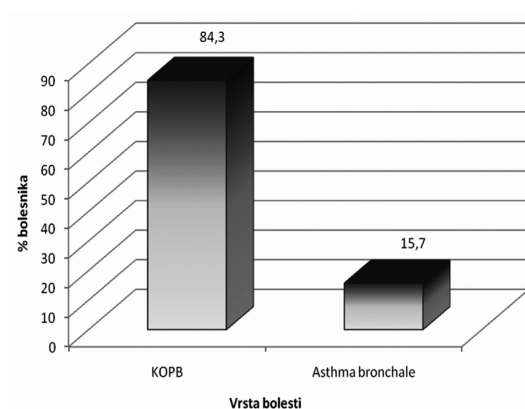
1. uzimaju li bolesnici redovito propisanu inhalacijsku terapiju, te
2. ako uzimaju, znaju li pravilno upotrijebiti propisanu inhalacijsku terapiju.

Analizirala sam poznavanje slijedećih uputa za pravilnu uporabu inhalacijske terapije:

1. Skinuti poklopac sa usnika blagim pritiskom sa strane, te protresti inhaler.
2. Izdahnuti zrak iz pluća do granice nelagode.
3. Staviti usnik u usta ili neposredno ispred usta, u istom trenutku treba udahnuti (duboko i polagano) i pritisnuti vrh inhalera da se oslobodi doza lijeka.
4. Zadržati dah desetak sekundi.

Rezultati

Od 1. 12. 2005. do 1. 1. 2006. godine u prijemnoj ambulanti Odjela za plućne bolesti i tbc pregledana su 102 bolesnika s dijagnozom KOPB (34 žene i 68 muškaraca) i 19 bolesnika s dijagnozom bronhalne astme (11 žena i 8 muškaraca); ukupno 121 bolesnik, koji su na pregled došli zbog pogoršanja zaduhe. Svi su već od ranije imali propisanu inhalacijsku terapiju, a velika većina je do tada već po nekoliko puta hospitalno liječena na Odjelu za plućne bolesti i tbc. Od dvije navedene bolesti, KOPB je bila značajno učestalija od bronhalne astme (χ^2 test=11,333; df=1; P=0,001; sl. 1).



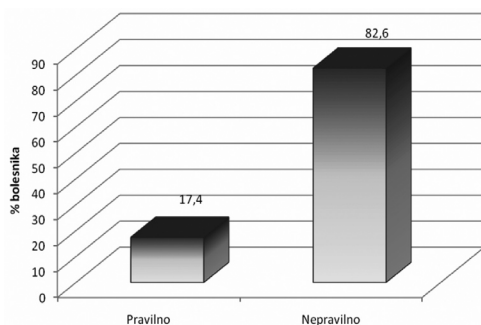
Slika 1. Učestalost obolijevanja od KOPB i astme u ispitanika.

Pokazalo se kako nema značajne spolne razlike u odnosu na vrstu bolesti ($\chi^2=3,152$; df=1; P=0,076; Yatesova korekcija; tbl. 1). Od 121 bolesnika, 7 uopće nije uzimalo propisane osnovne lijekove (povremeno su uzimali simptomatsku terapiju-Ventolin inhaler), od kojih je 3 imalo astmu, a 4 KOPB; u tome nije bilo značajne razlike prema vrsti bolesti ($\chi^2=0,143$; df=1; P=0,705).

Tablica 1. Ukupni broj i postoci bolesnika s KOPB i bronhalnom astmom.

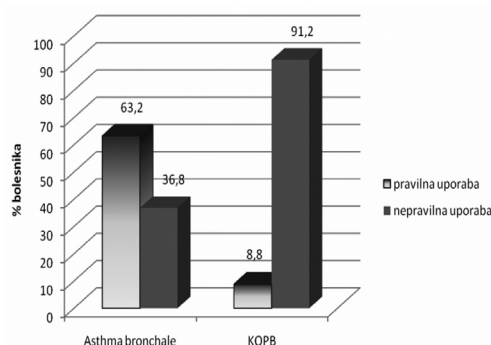
Bolesnici	Žene	Muškarci	Ukupno
KOPB	34 (75,6)	68 (89,5)	102 (84,3)
Asthma bronchale	11 (24,4)	8 (10,5)	19 (15,7)
Ukupno	45 (100,0)	76 (100,0)	121 (100,0)

Tijekom pregleda bolesnika, zatražila sam da mi pokažu postupak uporabe inhalera (četiri koraka - vidi naprijed). Od ukupnog broja pregledanih bolesnika, samo je 21 (17,4%) pravilno upotrebljavao inhalacijsku terapiju ($\chi^2=51,579$; $df=1$; $P<0,001$; sl. 2).



Slika 2. Prikaz bolesnika glede ispravnosti uporabe inhalacijske terapije.

Promatrajući vrstu bolesti u odnosu na pravilnu uporabu inhalacijske terapije, pokazalo se da bolesnici s bronhalnom astmom značajno učestalije pravilno upotrebljavaju inhalacijsku terapiju, nego bolesnici s KOPB-om (χ^2 test=29,287; $df=1$; $P<0,001$; Yatesova korekcija; sl. 3).



Slika 3. Uporaba inhalacijske terapije prema vrsti bolesti.

Promatrajući 21 bolesnika koji su pravilno upotrebljavali inhalacijsku terapiju, nije opažena značajna razlika po spolu, u odnosu na vrstu bolesti (χ^2 test=0,481; $df=1$; $P=0,387$; Yatesova korekcija; tbl. 2). Većina bolesnika koji su nepravilno uzimali inhalacijsku terapiju činila je grešku u 3. koraku, a

najveći propust, zabilježen u dva starija bolesnika, bio je da uopće nisu skidali poklopac usnika, pa i nakon što im je nekoliko puta za redom rečeno da im postupak uzimanja lijeka nije dobar. Naveli su da im je lijek propisan od strane liječnika, i izdat u ljekarni, a da pri tom nisu dobili upute o načinu uporabe. Najžalosnije je da taj lijek, u oba slučaja salbutamol (Ventolin aerosol, 200 doza po 100 µg), uzimaju zadnjih 3-5 godina.

Tablica 2. Pregled bolesnika koji su pravilno primjenjivali inhalacijsko liječenje.

Bolesnici	Žene	Muškarci	Ukupno
KOPB	3 (30,0)	6 (54,5)	9 (42,9)
Asthma bronchale	7 (70,0)	5 (45,5)	12 (57,1)
Ukupno	10	11	21

Najčešći promašaj pri uporabi inhalacijske terapije bio je izostavljanje udisanja zraka nakon aktivacije inhalatora ($\chi^2=85,840$; $df=3$; $P<0,001$; tbl. 3).

Tablica 3. Vodeći propusti pri uporabi inhalacijske terapije.

Priroda greške	Broj bolesnika
1. Zadržavanje poklopca na usniku tijekom inhaliranja	2
2. Izostanak potpunog izdaha prije udisanja	23
3. Površan ili nekoordiniran udisaj uz aktivaciju inhalatora	63
4. Izostanak zadržavanja daha nakon udisanja lijeka	12

Rasprava

Na Odjelu za plućne bolesti i tbc SKB Mostar, osim pojedinačnog poučavanja o pravilnoj uporabi inhalacijske terapije od strane liječnika specijaliste za plućne bolesti, tijekom liječenja i pregleda bolesnika, organizirana je i "astma škola" u kojoj se vrši stručna edukacija bolesnika putem predavanja, filmova i slikovnih prezentacija. Astma školu je pohađalo 35 bolesnika većinom astmatičara.

Svi bolesnici s KOPB i bronhalnom astmom uz redovitu terapiju osnovnim lijekovima imali su propisan beta agonist kratkog djelovanja (Salbutamol u aerosolu; raspršivač fiksnih doza; engl. metered dose inhaler, MDI).

Analizom rezultata ispitivanja došla sam do zaključka da je glavni uzrok nepravilnog uzimanja inhalacijske terapije slaba obučenosť bolesnika, a drugi

razlog bio je neredovito uzimanje terapije kojeg je uzrok teži napadaj astme ili pogoršanje KOPB, zbog čega je plućna funkcija bila toliko oslabljena da bolesnici, iako su bili dobro poučeni, nisu mogli dovoljno duboko udahnuti aerosol. Samo 10 bolesnika je koristilo Volumatic-komoru za inhaliranje MDI-a, a 20 bolesnika je imalo osobni električni inhalator.

Bolesnici moraju naučiti kako i kada trebaju primjenjivati lijekove, a treba provjeriti i pridruženu terapiju (tbl. 4). Valja izbjegavati primjenu beta blokatora (uključujući i kapi za oči). Od ukupno 102 bolesnika s KOPB njih 12 imalo je IV. stupanj KOPB ($FEV_1 < 30\%$); 69 je imalo III. stupanj KOPB ($FEV_1 < 50\%$; $> 30\%$); 17 bolesnika imalo je II. stupanj KOPB ($FEV_1 < 80\%$; $> 50\%$), a 4 bolesnika imalo je blagu KOPB (I. stupanj: $FEV_1 > 80\%$; $FEV_1/FVC = < 70\%$)³.

Tablica 4. Preporuke za liječenje pojedinih stupnjeva KOPB-a.

Stupanj KOPB	Karakteristike	Preporučeno liječenje
O. - rizik	- Kronični simptomi (kašalj, iskašljaj) - Izloženost čimbenicima rizika - Uredna spirometrija	- Izbjegavanje čimbenika rizika - Cijepljenje protiv gripe (vrijedi za sve stupnjeve)
I. - blaga	- $FEV_1/FVC < 70\%$; $FEV_1 > 80\%$ - Sa ili bez tegoba (u ovom stupnju osobe često nisu svjesne abnormalnosti plućne funkcije)	- Bronhodilatatori (BD) kratkog djelovanja, po potrebi
II. - umjerena	- $FEV_1/FVC < 70\%$; $50\% < FEV_1 < 80\%$ - Sa ili bez tegoba - Progresija bolesti i kronični simptomi (kašalj, iskašljaj, zaduha)	- Redovita primjena jednog ili više BD - Inhalacijski kortikosteroidi (značajno smanjenje simptoma i poboljšanje plućne funkcije) - Rehabilitacija
III. - teška	- $FEV_1/FVC < 70\%$ $30\% < FEV_1 < 50\%$ (zaduha, pogoršanje bolesti koje utječe na kvalitetu života)	- Redovita primjena jednog ili više BD - Inhalacijski kortikosteroidi (značajno smanjenje simptoma i poboljšanje plućne funkcije/ili učestalost egzacerbacija)
IV. - vrlo teška	- $FEV_1/FVC < 70\%$ - $FEV_1 < 30\%$ ili zatajenje disanja ili zatajenje desnog srca	- Redovita primjena jednog/više BD - Inhalacijski kortikosteroidi (značajno smanjenje simptoma i poboljšanje plućne funkcije ili učestale egzacerbacije) - Liječenje komplikacija - Rehabilitacija - Dugotrajno liječenje kisikom

Po težini astme (tbl. 5), od 19 bolesnika dvojica su imala tešku trajnu astmu (IV. stupanj) s kliničkim, radiografskim i EKG znacima kroničnog plućnog srca zbog sekundarne plućne hipertenzije (jedan bolesnik je u vrijeme pregleda imao i paroksizam fibrilacije atrijske, medikamentno konvertiran), 8 je imalo umjerenu trajnu astmu (III. stupanj), 6 je imalo blagu trajnu astmu (II. stupanj), a 3 bolesnika su imala intermitentnu-povremenu astmu (I. stupanj)³.

Tablica 5. Klasifikacija težine astme (kliničke značajke prije liječenja).

Stupanj	Simptomi	Noćni simptomi	PEF
IV.	Trajni. Ograničena tjelesna aktivnost	Česti	<60% očekivanog; varijabilnost >30%
III.	Svakodnevni simptomi i udisanje β_2 agonista. Pogoršanja ometaju aktivnosti i spavanje	> 1 x tjedno	>60% i <80% očekivanog; varijabilnost >30%
II.	>1 x tjedno, ali <1 x dnevno	> 2 x mjesečno	>80% očekivanog; varijabilnost 20-30%
I.	< 1 x tjedno. Bez simptoma i normalna funkcija pluća između pogoršanja	< 2 x mjesečno	>80% očekivanog; varijabilnost <20%

Ograničenje istraživanja

Ova prospektivna presječna studija rađena je u relativno kratkom vremenskom razdoblju. U studiju su uključeni bolesnici koji su pregledani u prijemnoj ambulanti Odjela za plućne bolesti i tbc SKB Mostar u radnom vremenu od 08 do 15 h. Određen broj bolesnika s KOPB i napadajima bronhalne astme pregledani su tijekom dežurstva, a neki od njih i hospitalizirani, većinom u ranim jutarnjim satima. Unatoč opisanim nedostacima i ograničenjima cilj studije je postignut. Obradeni podaci zorno ukazuju na problematiku liječenja KOPB i bronhalne astme.

Zaključak

Nedovoljna educiranost i nepravilno uzimanje inhalacijske terapije direktno je proporcionalno broju i učestalosti pogoršanja osnovne bolesti, posjeta

hitnoj službi te broju ponovnih hospitalizacija bolesnika s KOPB i bronhalnom astmom. Edukacija bolesnika s KOPB i bronhalnom astmom u ordinaciji liječnika obiteljske medicine, u smislu pravilne uporabe inhalacijske terapije, značajno bi poboljšala kvalitetu života, smanjila broj specijalističkih pregleda i hospitalizacija zbog pogoršanja osnovne bolesti.

Literatura

1. Tudorić N. Liječenje astme: korekcija simptoma ili kontrola upalne reakcije. *MEDIX* 2006; 64; 60-62.
2. Jakopović Marko, Samaržija Miroslav. Postizanje i održavanje potpune kontrole astme; *MEDIX* 2006; 64; 63-64.
3. Harrison. Principi interne medicine, džepni priručnik, drugo hrvatsko izdanje. *PLACEBO* 2002; 734-735; 726-727.

MJERENJE KONCENTRACIJE PELUDI ALERGENIH KOROVA NA PODRUČJU GRADA OSIJEKA U 2008. GODINI

MEASUREMENT OF ALLERGENIC WEED POLLEN CONCENTRATION IN THE AREA OF OSIJEK IN 2008

Nikola Kraljik¹, Sanda Pribić², Maja Tolušić³, Rudika Gmajnić⁴

¹ Zavod za javno zdravstvo Županije Osječko-baranjske, Osijek

² Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku

³ Medicinski fakultet Osijek, Osijek

⁴ Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku

Sažetak

*Kvalitete zraka određenog područja značajno utječe na zdravstveno stanje stanovnika. Značajan dio onečišćenja zraka u Osječko-baranjskoj županiji (Osijek-Baranya County) čine povećane koncentracije alergeni korova. Velike količine obradivog, ali i neobradivog i minama zagađenog zemljišta pogoduju širenju mnogih vrsta korova. Najveću alergnost pokazuje korov *Ambrosia artemisifolia*.*

Broj osoba preosjetljivih na pelud ambrozije u stalnom je porastu. Monitoring peludi za područje grada Osijeka radi se Burkardovim volumetrijskim aparatom od 2001. godine. Rezultati mjerenja pokazuju varijabilnost ovisno o sezoni, ali i stalni trend pada koncentracije posljednjih nekoliko sezona. Naporima lokalne uprave, boljim provođenjem propisa, učestom nevladine Udruge za borbu protiv alergijskih bolesti i Građanske udruge Tuljan i povećane svijesti građana o potrebi suzbijanja alergeni korova može se očekivati daljnji sezonski pad koncentracije peludi alergeni korova u zraku na području grada Osijeka.

Kontinuirano mjerenje koncentracija alergena i obavještavanje javnosti preko medija o pojavnosti i količinama peludi, kao i o očekivanim kretanjima, pomaže se pučanstvu da lakše prebrodi kritična razdoblja sezone.

Ključne riječi: *alergije, ambrozija, mjerenje alergena*

Summary

*Air quality in a certain area affects the health of its inhabitants considerably. Increased concentrations of allergenic weeds account for a considerable portion of air pollution in the Osijek-Baranya County. Extensively cultivated, uncultivated and landmine-covered land surfaces are conducive to the spreading of all types of weeds. The weed *Ambrosia artemisifolia* (common ragweed) is the most allergenic.*

The number of persons sensitive to ragweed pollen is on a constant rise. A Burkard volumetric device has been used to monitor pollen levels in the area of Osijek since 2001. Measurement results indicate variability depending on the season and constant trend of concentration decline in several past seasons. Further seasonal decline in air concentration of allergenic weed pollen in the Osijek area can be expected due to efforts of the local authorities, better enforcement of regulations, activities of the non-governmental Association Against Allergic Diseases and the civil association Tuljan, as well as due to raised awareness of the citizens about the need to control allergenic weeds.

Monitoring allergen concentration continuously and keeping the public informed through the media about pollen frequency and quantities, and about the expected trends will help the citizens get through the critical times of the season more easily.

Key words: *allergies, ragweed, allergen measurement*

Uvod

Za upravljanje kakvoćom zraka na nekom području potrebno je stalno pratiti koncentracije onečišćujuće tvari znakovitih za izvore onečišćenja zraka toga područja i uspoređivati izmjerene koncentracije s vrijednostima koje služe za ocjenu kakvoće zraka¹⁻³. Važan cilj ocjene kakvoće zraka je dobivanje informacije potrebne za ocjenu izloženosti stanovnika onečišćenju zraka i njegovog utjecaja na zdravlje. Izloženost ljudi onečišćenju zraka može imati za posljedicu različite zdravstvene učinke, ovisno o vrsti onečišćenja, razini, trajanju i učestalosti izloženosti te toksičnosti onečišćujuće tvari⁴.

Organizacija mjerne mreže za praćenje onečišćenja zraka na nekom urbanom području dinamički je proces koji se mijenja, harmonizira i unapređuje u ovisnosti o novim znanstvenim saznanjima s tog područja⁵⁻⁸.

Unatoč najnovijim pravnim okvirima za suzbijanje ambrozije i akcijama koje se već godinama kontinuirano poduzimaju na području Osječko-

baranjske županije, svjedoci smo vrlo visokih koncentracija peludi ambrozije tijekom sezone cvatnje koja je prema mjerenjima u Osijeku 03. rujna 2008. godine iznosila 345 peludnih zrnaca u kubnom metru zraka. U odnosu na kolovoz 2007. godine kada je ista dosegla 414 peludnih zrnaca u metru kubnom zraka te 2006. godinu kada je izmjerena dvostruko veća prisutnost peludnih zrnaca u kubnom metru zraka, 987 u jednom danu, moglo bi se zaključiti kako Osječko-baranjska županija sustavnim provođenjem akcija u suzbijanju alergeni korova ostvaruje vidljive rezultate^{6,9,10}.

Naredbu o poduzimanju mjera obveznog uklanjanja ambrozije na području Osječko-baranjske županije i tijekom 2008. godine provodili su mnogi obveznici uklanjanja ambrozije, a po njoj je provođen i inspekcijski nadzor i poduzimane su mjere protiv prekršitelja Naredbe. Proteklih su godina na području Osječko-baranjske županije pravodobno poduzimane i pojedine preventivne mjere i aktivnosti na suzbijanju alergeni korova, prvenstveno ambrozije, korova koji je apsolutni rekorder među biljnim izazivačima alergija. Provedeno je edukativno upoznavanje stanovništva s izgledom biljke i njezine štetnosti za ljudsko zdravlje te mehaničko uništavanje ambrozije košnjom obraslih površina u ranoj fazi njene vegetacije.

Ministar poljoprivrede, šumarstva i vodnog gospodarstva donio je u svibnju 2004. godine prvu Naredbu o poduzimanju mjera obveznog uklanjanja ambrozije ("Narodne novine", broj 66/04.), a zatim je temeljem Zakona o biljnom zdravlju ("Narodne novine", broj 75/05.) koji se počeo primjenjivati 1. siječnja 2006. godine u kolovozu 2006. godine objavljena nova Naredba o poduzimanju mjera obveznog uklanjanja ambrozije ("Narodne novine", broj 90/06.). I ovom se Naredbom kao i prethodnom propisuju mjere obveznog uklanjanja korova ambrozije u cilju njenog suzbijanja i sprječavanja daljnjeg širenja na području Republike Hrvatske.

Inspekcijski nadzor nad provedbom mjera propisanih ovom Naredbom provodi fitosanitarna inspekcija i šumarska inspekcija sukladno Zakonu o biljnom zdravlju, te poljoprivredna inspekcija sukladno Zakonu o poljoprivrednom zemljištu ("Narodne novine", broj 66/01., 87/02., 48/05. i 90/05.).

Alergija je prekomjerna reakcija obrambenog sustava organizma na inače neškodljive tvari. Najčešći alergen je cvjetni prah (pelud). Peludna hunjavica se javlja sezonski. Uzrokuje ju cvjetni prah (pelud) drveća, trava i korova. Ako se simptomi javljaju svake godine od srpnja do listopada, vjerojatno je riječ o alergiji na ambroziju. U Hrvatskoj je, prema nekim studijama, alergijski rinitis prisutan do sedam posto, a astma do četiri posto. Područje istočne Hrvatske, posebice okolica Osijeka, evidentirano je kao područje s najvećom koncentracijom ambrozije u ovom dijelu Europe. Za prevenciju alergijskih simptoma od posebnog značaja za liječnika i bolesnika je podatak o početku

i kraju peludne sezone. Te dragocjene podatke pruža sustavno mjerenje koncentracije peludnih zrnaca u zraku^{10,11}.

Alergijske bolesti pokazuju stalni trend povećanja incidencije i prevalencije, naročito u razvijenim državama. Alergijske bolesti najčešće su kronične i dugotrajne. Zahtijevaju kompletnu medicinsku skrb i njihovo liječenje iziskuje velike troškove. Vrlo često značajno narušavaju kvalitetu života i utječu na radnu sposobnost.

Prevalencija alergijskih bolesti u djetinjstvu iznosi preko 25%; astme do 10%, a alergijskog rinokonjuktivitisa u dobi 13 - 14 godina iznosi ponegdje i do 35%, u RH varira od 3 do 28%.

Klimatske promjene, industrijalizacija, opće onečišćenje okoliša, a u RH i neobrađivo i minirano zagađeno zemljište dovode do značajnih promjena u okolišu. Na taj način mijenjaju se i alergeni, kvalitativno i kvantitativno. Time se postavljaju zahtjevi pred medicinsku struku i lokalnu zajednicu da se multidisciplinarno i javno zdravstveno pristupi borbi protiv prisutnih alergena^{11,12,13}.

Metodologija

Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije u suradnji s Udruhom za borbu protiv alergijskih bolesti u kolovozu 2001. godine započeo je mjerenje koncentracije peludi ambrozije u zraku.

Od 2002. godine mjeri se koncentracija i ostalih alergogenih biljaka u zraku. Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije svakodnevno, putem sredstava javnog priopćavanja, obavještava javnost o koncentraciji peludi alergogenih biljaka u zraku. Mjerenje se vrši u standardiziranim uvjetima, koristeći Buckadov volumetrijski mjerni instrument. Instrument je postavljen 15 m od tla, ne smetaju mu zgrade, drveće niti druge zapreke. Prikuplja čestice veličine 1 - 10 μm . Dnevno očitavanje vrši se brojanjem peludnih zrnaca pod mikroskopom.

Rezultati

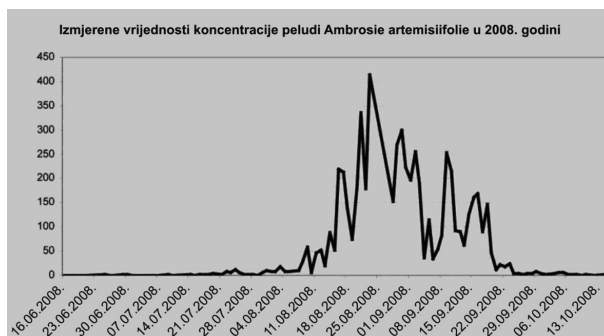
Obradom podataka dobivenih u razdoblju od 4. veljače 2008. do 16. rujna 2008. godine utvrđeno je da je tijekom proljetnih mjeseci najčešći alergen pelud breze, čempresa, topole, vrbe i jasena. Od svibnja je u zraku povećana koncentracija peludi trava, a od srpnja do kraja sezone najbrojniji alergen je pelud korova (ambrozije i koprive) (sl. 1).



Slika 1. Udio peludi drveća, trava i korova u ukupnoj količini peludi u 2008. godini.

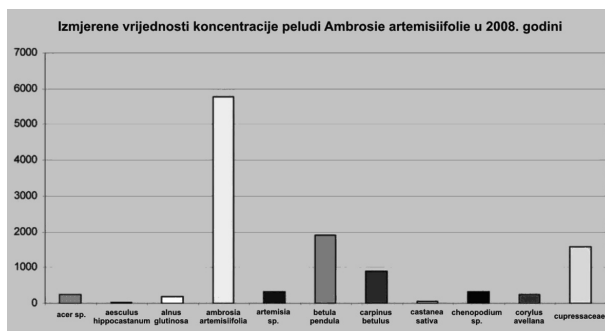
Pelud najjačeg i najčešćeg alergena, biljke iz roda *Ambrosia* sredinom kolovoza prelazi granicu od $30/\text{m}^3$, što je koncentracija koja izaziva alergijske reakcije kod ljudi. Pored ambrozije najbrojnija je bila pelud koprive (por. *Urticaceae*).

Ukupna godišnja količina peludi Ambrozije u 2008. godini iznosila je 5776 zrnaca, sa maksimalnom dnevnom koncentracijom od 414 zrnaca $/\text{m}^3$, koja je zabilježena 23. kolovoza 2007. godine. Kako je granica alergijske reakcije za pelud ambrozije 30 zrnca $/\text{m}^3$ na dan, vidljivo je da je na području grada Osijeka izmjerena maksimalna dnevna koncentracija puno veća od one koja izaziva alergijsku reakciju. U 2007. godini bilo je 36 dana kada je dnevna koncentracija peludi ambrozije bila >30 zrnca $/\text{m}^3$. Ukupna polinacija ambrozije je trajala 120 dana (sl. 2).



Slika 2. Kretanje koncentracije peludi ambrozije (*Ambrosia artemisiifolia*) u 2008. godini.

Osim koncentracije peludi ambrozije (*Ambrosia artemisiifolia*), vršena su mjerenja i ostalih alergogenih biljaka (sl. 3).



Slika 3. Rezultati mjerenja koncentracije peludi ostalih biljaka.

Zaključak

Iako je bilo za očekivati kako će se stanje nakon donošenja Naredbe poboljšati i u budućnosti rezultirati puno efikasnijim suzbijanjem ambrozije, sprječavanjem njezina širenja i smanjenjem broja alergičnih osoba, koncentracije alergene peludi izmjerene tijekom prošlogodišnje sezone njezina cvjetanja i dalje ukazuju na alarmantnu situaciju.

Naredba o poduzimanju mjera obveznog uklanjanja ambrozije iz svibnja 2004. godine, kolovoza 2006. godine te nova iz srpnja 2007. godine, pokazala se kao dovoljan pravni okvir kojim se uređuje problematika suzbijanja ambrozije. Većina obveznika uklanjanja alergena korova s područja Osječko-baranjske županije i u 2008. godini je postupala po njoj i poduzimala mjere suzbijanja i uklanjanja ambrozije.

Kontinuirane aktivnosti na animiranju "problema ambrozije" posljednjih nekoliko godina rezultirale su činjenicom da razvijenu svijest o ovom problemu, uz nadležne službe, imaju i građani pa i učenici osnovnih i srednjih škola. Poseban značaj u animiranju štetnog utjecaja širenja ambrozije na zdravlje zajednice, osim udruga, ima sve veća zainteresiranost medija za ovu problematiku. No, izgledno je da će se ubuduće na području cijele Županije i dalje morati poticati i podržavati tehničke akcije uklanjanja ambrozije i drugih korova te educirati stanovništvo o štetnosti alergena korova za ljudsko zdravlje, njihovu izgledu i obvezi uklanjanja s površina na kojima rastu jer ako se svi subjekti ne pridržavaju propisanih mjera znatno se umanjuje učinkovitost poduzetih mjera.

Višegodišnjim praćenjem koncentracije peludi alergenih korova u zraku omogućiti će se izrada kalendara cvjetanja za određeno područje. Uključivanje nezdravstvenih institucija i udruga u procese suzbijanja alergenih korova dokaz je da se problemu pristupilo s javno zdravstvenim značajem, te ga se jedino tako i može pokušati riješiti.

Literatura

1. The International Study of Astma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of astma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
2. Banac S, Lah Tomulic K, Ahel V, Rozmanic V, Simundic N, Zubovic S i sur. Prevalence of astma and allergic diseases in Croatian children is increasing: survey study. *Croat Med J* 2004;45:721-6.
3. Heinzerling L, Frew AJ, Bindslev-Jensen C, Bonini S i sur. Standard skin prick testing and sensitization to inhalant allergens Europ-a survey from the GA2LEN network. *Allergy* 2005;60:287-300.
4. Arbes SJr, Geren PJ, Elliott L, Zeldin DC. Prevalences of positive skin test responses to 10 common allergens in the US population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116:377-83.
5. Cvitanovic S, Znaor Lj, Kanceljak-Macan J, Gudelj I, Grbic D. Allergic rhinitis and astma in southern Croatia: impact of sensitization to *Ambrosia elatior*. *Croat Med J* 2007;48:68-75.
6. Prus V, Čuljak Z. Preosjetljivost na pelud *Ambrosije* na području Osječko-Baranjske županije. *Arh Hig Rada Toksikol* 2004;55:155-8.
7. Wright RJ, Scott TW. Epidemiology of allergic disease. U: Holgate ST, Church MK, Lichenstein LM, ur. *Allergy*. 2. izd. London: Mosby, 2001:203-12.
8. Host A, Halken S. Can we apply clinical studies to real life? Evidence based recommendations from studies on development of allergic diseases and allergy prevention. *Allergy* 2002;57:389-97.
9. Behrendt H, Kramer U, Schafer T, Kasche A, Erberlein Konig B, Darsow U, Ting J. Allergotoxicology - a research concept to study the role of environmental pollutants in allergy. *ACI International* 2001;13:122-8.
10. ZZJZ Osječko-baranjske županije, Podaci o zdravstvenom stanju stanovništva i radu zdravstvene djelatnosti u Osječko-baranjskoj županiji. Osijek: ZZJU, 2008.

11. Thompson PJ, Stewart GA, Samet JM. Allergens and pollutants. U Holgate ST, Church MK, Lichenstein LM, ur. Allergy.. 2. izd. London: Mosby, 2001: 213-42.
12. The European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Position paper: allergen standardization and skin tests. Allergy 1993;48 (supl 14):48-82.
13. Yunginger JW, Ahlstedt S, Eggleston PA i sur. Quantitative IgE antibody assays in allergic diseases. J Allergy Clin Immunol 2000;105:1077-84.

STAVOVI I NAVIKE STUDENATA O PUŠENJU CIGARETA

STUDENTS' ATTITUDES AND HABITS ABOUT SMOKING

Sanda Pribić¹, Ivana Muha², Rudika Gmajnić¹

¹ Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku

² Medicinski fakultet Osijek

Sažetak

Pušenje duhanskih proizvoda dokazano je štetna navika, ali i bolest ovisnosti. Izloženost duhanskom dimu uzrokuje mnoge poremećaje i bolesti i ozbiljno narušava kvalitetu života pojedinaca i zajednice. Rasprostranjenost pušenja često je povezana sa socioekonomskim stanjem. U RH u dobi 18 - 65 godina redovito puši preko 35% muškaraca i 30% žena. Studenti završnih godina različitih fakulteta mogu biti pokazatelj stavova i navika budućih intelektualaca. Anketno istraživanje pokazalo je da puši prosječno 24,25% studenata, najviše na medicini (33,09%), a najmanje na elektrotehnici (17,43%). Relativno je mali broj popušanih cigareta dnevno i nema značajnih razlika po spolu. Navike obitelji su gotovo suprotne: najviše se puši u obiteljima ekonomista, a najmanje u medicinara. Studenti smatraju da cijena cigareta opterećuje budžete, znaju da je pušenje štetno i prepoznaju opasnosti pasivnog pušenja. Medicinari u najvećoj mjeri pušenje smatraju neprihvatljivim, a ekonomisti misle da nemaju dovoljno znanja o posljedicama pušenja. Utjecaj okoline najbolje prepoznaju medicinari, a najmanje ekonomisti. Zaključno, studenti elektrotehnike imaju najbolje navike, a studenti medicine najprihvatljivije stavove, koje međutim ne prakticiraju. Taj podatak zabrinjava i nije dobra osnova na kojoj budući liječnici trebaju biti nositelji aktivnosti u suzbijanju pušenja kao socijalno-zdravstvene kategorije.

Ključne riječi: pušenje, navike, stavovi, studenti

Summary

Smoking is not only a bad habit but also an addiction. Exposure to tobacco smoke causes a number of derangements and seriously undermines the

quality of life. It is often related to inadequate socioeconomic conditions. More than 35% men and 30% women aged 18-65 in Croatia are regular smokers. Senior students of various faculties can be considered indicators of viewpoints and habits of future intellectuals. This survey has shown that on average 24.25% of the students are smokers. The number is highest at the Faculty of Medicine (33.09%), and the lowest at the Faculty of Electrical Engineering (17.43%). The number of cigarettes smoked per day is relatively low and there are no considerable gender differences. Family habits are almost exactly opposite: smoking is highest in families of economy students and lowest in families of medical students. The students consider cigarette price a budgetary burden, know that smoking is harmful, and recognize the dangers of second-hand smoking. The belief that smoking is unacceptable is most widespread among students of medicine, while students of economy feel that their knowledge about the consequences of smoking is insufficient. Awareness of the influence of the environment is highest among students of medicine and lowest among students of economy. It is concluded that students of electrical engineering have the best habits and students of medicine have the best knowledge of the problem but fail to practice it. This piece of information raises some concerns and does not constitute a solid basis for the future MDs to act as the driving forces in the control of smoking as a social and healthcare issue.

Key words: *smoking, habits, attitudes, students*

Uvod

Procjenjuje se da u svijetu godišnje od posljedica pušenja umre oko 5 milijuna ljudi. Kad bi se današnji trendovi nastavili do 2030. godine, broj umrlih mogao bi doseći 10 milijuna godišnje¹⁻³. U Republici Hrvatskoj puši trećina odraslih osoba, a od bolesti vezanih uz konzumaciju duhanskog dima umre godišnje 10.000 ljudi. Statistike ukazuju da je rasprostranjenost pušenja veća kod muškaraca i u nerazvijenim zemljama. Posljednjih godina značajno raste broj žena koje puše. Dobna granica početka pušenja se spušta i u populaciji u sve većem postotku puše osobe od 15 do 20 godina.

Od preko 4.000 različitih kemijskih sastojaka u duhanskom dimu najpoznatiji je nikotin. Nikotin svojim djelovanjem aktivira $\alpha 4 \beta 2$ nikotinske acetilkolinске receptore i potiče aktivnost dopaminskih neurona djelujući na "centar ugone" u *nucleus accumbens* u mezolimbickom području. Osim toga nikotin iz nadbubrežne žlijezde oslobađa adrenalin i noradrenalin, što dovodi

do povećanja srčane frekvencije, konstrikcije malih krvnih žila i porasta arterijskog tlaka⁴⁻⁶.

Prema podacima CINDI programa (*Country Integrated Noncommunicable Diseases Prevention Program*) SZO, polovica smrti pušača vezana je uz bolesti srca i krvnih žila. Uzročna povezanost raka bronha i pluća s pušenjem je čvrsto dokazana činjenica^{7,8}. Osobe izložene pasivnom pušenju imaju 25% veći rizik umiranja od koronarne bolesti i do 35% veći rizik obolijevanja od raka bronha i pluća. Od svih rizika za zdravlje pojedinca pušenje je čimbenik koji se najlakše može izbjeći.

Sociološko - društveno - zdravstveni problemi povezani sa pušenjem jesu i reklamiranje duhanskih proizvoda, promocija nepušenja, porezna politika, zakonodavstvo, javni prostori. S obzirom na potrebu široke antipušačke kampanje i na činjenicu da je pušenje bolest ovisnosti potrebno je osnivati i promovirati škole nepušenja u zdravstvenim i ne-zdravstvenim institucijama.

Cilj

Ispitati navike i stavove studenata završnih godina različitih fakulteta o pušenju cigareta. Verificirati moguće razlike s obzirom na karakter studija, naročito komparirati studente medicine sa studentima drugih fakulteta.

Metode i ispitanici

Anketom sačinjenom za potrebe ovog istraživanja anketirani su studenti dvije završne godine Medicinskog fakulteta: 136 ispitanika, 92 ženska i 44 muških, Ekonomskog fakulteta: 436 ispitanika, 228 ženskih i 208 muških i Elektrotehničkog fakulteta: 195 ispitanika, 44 ženskih i 151 muških. Anketa je podijeljena u dva dijela. U prvom se ispituju navike o pušenju cigareta, a u drugom stavovi studenata o različitim aspektima konzumiranja duhanskog dima. Anketiranje je dobrovoljno i anonimno te je služilo kao podloga za edukativne procese u sklopu izbornih kolegija na fakultetima.

Rezultati

Jednostavnim upitnikom ispitane su navike studenata kao i njihovih obitelji o konzumiranju duhanskog dima. Rezultati anketiranja pokazali su

da trenutno puši prosječno 22,33% studenata i 26,37% studentica. Najviše studenti medicine, muškarci 36,36%, a najmanje studenti elektrotehnike, prosječno 18,62%. Dnevni prosjek popušenih cigareta je od 7,6 komada na medicini do 11,53 na ekonomiji. Zanimljivo je spomenuti da je najmanje bivših pušača na medicini, a najviše na elektrotehnici (tbl. 1).

Tablica 1. Osobne navike

Fakultet Pitanje	Medicina	Ekonomija	ETF	Ukupno
Nikada nije pušio	23 - 52,27%	121 - 58,17%	91 - 60,26%	235 - 58,31%
	51 - 55,43%	136 - 59,65%	30 - 68,18%	217 - 59,61%
Sada puši	16 - 36,36%	48 - 23,08%	26 - 17,22%	90 - 22,33%
	29 - 31,52%	59 - 25,88%	8 - 18,18%	96 - 26,37%
Puši prosječno dnevno cigareta	7	13	11	
	8	10	9	
Bio je pušač <1 godine	3 - 6,82%	21 - 10,1%	14 - 9,27%	38 - 9,43%
	8 - 8,7%	22 - 9,65%	4 - 9,09%	34 - 9,34%
Bio je pušač >1 godine	2 - 4,55%	18 - 8,65%	20 - 13,25%	40 - 9,92%
	4 - 4,35%	11 - 4,82%	2 - 4,55%	17 - 4,67%
Ukupno N= 767	44	208	151	403
	92	228	44	364

Muškarci
 Žene

Članovi obitelji koji su zasigurno važni čimbenici u formiranje navike i stavova studenata najmanje puše kod anketiranih studenata medicine, 12,38%, a najviše kod studenata ekonomije 27,78%. Vrlo je mali broj obitelji u kojima ne puši nitko osim anketiranog studenta-pušača. U obiteljima anketiranih studenata medicine i elektrotehnike preko polovica uopće ne puši, dok je u obiteljima studenata ekonomije taj broj ispod 50% (tbl. 2).

Stavovi studenata o pušenju cigareta pokazuju približno iste rezultate u odgovorima na pitanja da li su cigarete jeftine, da li je pušenje štetno. Zanimljivo je da svi studenti ukazuju na to da škola, zdravstveni radnici i prijatelji značajno utječu na stavove i navike o pušenju. Studenti ekonomije i elektrotehnike u značajnoj mjeri smatraju kako je pušenje društveno neprihvatljivo, a studenti ekonomije u velikom broju smatraju kako svatko može prestati pušiti (tbl. 3).

Tablica 2. Navike obitelji - koliko odraslih članova obitelji puši.

Fakultet Odgovor	Medicina	Ekonomija	ETF	UKUPNO
Svi	6 - 13,63%	72 - 34,61%	21 - 13,20%	99 - 24,57%
	11 - 11,95%	53 - 23,87%	9 - 20,45%	73 - 20,05%
Preko 1/2	7 - 15,91%	18 - 8,65%	14 - 8,80%	39 - 9,68%
	16 - 17,39%	32 - 14,41%	1 - 2,2704%	49 - 13,46%
Manje od ½	2 - 4,54%	13 - 6,25%	13 - 8,17%	28 - 6,95%
	14 - 15,22%	33 - 14,86%	3 - 6,81%	50 - 13,74%
Nitko	26 - 59,09%	93 - 44,71%	101 - 63,52%	220 - 54,59%
	44 - 47,82%	104 - 46,84%	30 - 68,18%	178 48,91%
Nitko osim mene	3 - 6,81%	12 - 5,76%	2 - 1,2576%	17 - 4,22%
	7 - 7,61%	6 - 2,70%	1 - 2,27%	14 - 3,85

Muškarci
 Žene

Tablica 3. Stavovi studenata o pušenju cigareta

Konstatacija	Fakultet	Medici- na	Ekono- mija	ETF	Pro- sječno
Cigarete su jeftine		2,16	2,12	1,56	1,94
Pušenje opterećuje osobni ili kućni budžet		4,24	4,16	4,56	4,32
Pušenje nije štetno		1,28	2,36	1,56	1,73
Pasivno pušenje nije štetno		1,31	2,98	1,63	1,97
Nepušači zahtijevaju prevelika prava		3,28	3,86	2,12	3,08
Pušenje je društveno neprihvatljivo		4,56	3,21	4,21	3,99
Svatko može prestati pušiti		3,22	4,26	4,18	3,88
Pušenje je štetno ali ne više od drugih utjecaja na zdravlje		3,08	3,98	3,62	3,56
Imam dovoljno stručnih saznanja o posljedicama pušenja		4,86	2,86	4,26	3,99
Roditelji utječu na stavove i navike djece o pušenju		4,38	2,62	3,02	3,34
Zdravstveni radnici utječu na stavove i navike o pušenju		3,84	3,16	3,72	3,57
Škola utječe na stavove i navike o pušenju		4,52	3,92	3,86	4,10
Prijatelji utječu na stavove i navike o pušenju		4,12	3,76	3,52	3,78

*ocjene od 1 - uopće se ne slažem, do 5 - potpuno se slažem

Zaključak

Navike i stavovi studenata završnih godina različitih fakulteta (Medicinski, Ekonomski i Elektrotehnički) mogu biti pokazatelj kako naši budući intelektualci doživljavaju problem pušenja kao problem pojedinca i kao problem zajednice. Rezultati su pokazali da studenti prosječno puše u postocima koji su primjereni općoj studentskoj populaciji, sa znakovito najvećim postotkom pušača među studentima medicine. Iako smo očekivali da će studenti medicine biti sa najboljim navikama, pokazalo se da su to zapravo studenti elektrotehnike, a najlošije navike pokazali su studenti ekonomije. Vrlo je zabrinjavajuće kako većina studenata smatra da je lako prestati pušiti i kako nepušači zahtijevaju prevelika prava. Svi teoretski prepoznaju štetnosti pušenja, studenti medicine i elektrotehnike tvrde kako imaju dovoljno stručnih saznanja o posljedicama pušenja, dok studenti ekonomije smatraju da takvih saznanja imaju premalo.

Istraživanje je pokazalo kako prosječna studentska populacija ima relativno dobre stavove, ali loše navike, te kako navike njihovih obitelji ne utječu značajno na njih osobno. Vrlo je zabrinjavajuće da će studenti medicine svoje navike vjerojatno prenijeti i u vrijeme kada počnu raditi kao zdravstveni radnici. Sve navedeno ukazuje na činjenicu da je antipušačka kampanja nedostatna u studentskoj populaciji.

Literatura

1. Turell G, Battistutta D, McGuffog I. Social determinants of smoking among parents with infants. *Austral N Zeal J Publ Health* 2002;26:30-7.
2. Proescholdbell RJ, Chassin L, McKinnon DP. Home smoking restriction and adolescent smoking. *Nicotine Tobacco Res* 2000;2:159-67.
3. Jaakkola JJK, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of children. *Scand J Work Environ Health* 2002;28 (supl 2):71-83.
4. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. *Lancet* 2001;358: 2103-9.
5. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. 3. Parental smoking and respiratory symptoms in schoolchildren. *Thorax* 1997; 52:1081-94.

6. Crone MR, Remy AH, Burgmeijer RJF. Prevalence of passive smoking in infancy in the Netherlands. *Patient Educ Counsel* 2000;39:149-53.
7. Eolf P, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham Study. *JAMA* 1988;259:1025-29.
8. Howard G, Wagenknecht LE, Burke GE i sur. Cigarette smoking and progression of atherosclerosis. *JAMA* 1998;279:119-24.

UPALA PLUĆA I DOJENJE

PNEUMONIA AND BREASTFEEDING

Irena Zakarija - Grković¹

¹ Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

Sažetak

Smanjenje mortaliteta djece do pet godina života je obveza RH u sklopu Milenijskih ciljeva razvoja. Za postizanje ovog plemenitog cilja, potrebno je imati pokazatelje mortaliteta i morbiditeta i načina njihovog sprečavanja. Epidemiolozi SZO su pronašli da je samo šest bolesti odgovorno za 73% od ukupnih 10.6 milijuna smrtnih slučajeva kod djece do pet godina: upala pluća (19%), proljev (18%), malarija (8%), neonatalna sepsa/pneumonija (10%), prijevremeni porod (10%) i asfiksija pri porodu (8%), a da je pothranjenost u pozadini 53% tih smrtnih slučajeva. Streptococcus pneumoniae je glavni uzročnik smrti kod djece i vodeći uzrok upale pluća, meningitisa i sepsa. Autori serije članaka o preživljavanju djece, objavljenim u Lancetu (eng. Child Survival Series), pronašli su da od svih preventivnih mjera, dojenje je najučinkovitije. Kada bi 90% djece u zemljama s 90% smrtnih slučajeva bilo isključivo dojeno do šest mjeseci života moglo bi se spriječiti 13% svih smrti. Zaštitna uloga dojenja je dokazana i u razvijenom svijetu. U meta-analizi napravljenom u SAD-u o utjecaju dojenja na hospitalizaciju zbog respiratornih bolesti autori su pronašli da nedojena djeca imaju 3,6 puta veći rizik od hospitalizacije zbog respiratorne bolesti nego djeca isključivo dojena barem 4 mjeseca. Istraživanje u V. Britaniji (15.890 djece) pokazuje da se 53% hospitalizacija zbog proljeva, odnosno 27% zbog dišnih infekcija moglo spriječiti isključivo dojenjem djece. Imunobiološki čimbenici humanog mlijeka i sam čin dojenja, pogotovo isključivog, su zaslužni za ovaj zaštitni učinak. Stoga smo pozvani da prepoznamo, potičemo i štitimo ovu svima dostupnu mjeru zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: *djeca, upala pluća, dojenje*

Summary

The Republic of Croatia has pledged to reduce the under five mortality rate (U5M) according to the Millennium Development Goals. To achieve this

noble aim, reliable data on child mortality, morbidity and effective interventions are required. WHO epidemiologists have found that 73% of a total 10.6 million deaths in children under 5 are attributable to six causes: pneumonia (19%), diarrhoea (18%), malaria (8%), neonatal sepsis/pneumonia (10%), preterm delivery (10%) and asphyxia at birth (8%). Undernutrition is an underlying cause in 53% of cases. *Streptococcus pneumoniae* is a leading cause of bacterial pneumonia, meningitis and sepsis in children. Authors of the 'Child Survival Series', published in the *Lancet*, found breastfeeding to be the most effective preventive intervention for reducing U5M. They estimated that if 90% of children were exclusively breastfed during the first 6 months of life in the countries with 90% of child deaths, 13% of those deaths could be prevented. The protective effect of breastfeeding has also been documented in developed countries. A meta-analysis of breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy, performed in the USA, found that formula feeding is associated with a 3.6-fold increase of hospitalization when compared with a minimum of 4 months of exclusive breastfeeding. A study in the UK (15, 890 infants) suggests that 53% of diarrhoea hospitalizations and 27% of respiratory hospitalizations could have been prevented each month by exclusive breastfeeding. The immunobiological properties of human milk contribute to this effect as well as the act of breastfeeding itself. Therefore, we should aim to promote, protect and support breastfeeding, especially exclusive breastfeeding, as a universally accessible form of health care.

Key words: children, pneumonia, breastfeeding

Milenijski ciljevi razvoja

U rujnu 2000. godine, 189 članica Ujedinjenih naroda (UN), uključujući i Republiku Hrvatsku, obvezale su svoje države na jačanje globalnih nastojanja prema smanjenju siromaštva, poboljšanju zdravlja te promoviranju mira, ljudskih prava i održivog okoliša¹. Određeno je osam 'Milenijskih ciljeva razvoja' (*engl.* 'Millenium Development Goals') koje sve članice trebaju nastojati provesti do kraja 2015. godine, prema svom stupnju razvoja i svojim mogućnostima.

Četvrti milenijski cilj razvoja je smanjenje mortaliteta djece do pet godina starosti za dvije trećine, u vremenu od 1990. do 2015. Indikatori koji će se pratiti su: stopa mortaliteta djece do 5 godina starosti; stopa mortaliteta djece do 1. godine starosti i udio djece do 1. godine starosti koja su cijepljena protiv ospica.

Mortalitet djece

Da bi se mogao postići taj, četvrti milenijski cilj potrebno je znati koliko djece umire, gdje i zbog čega. Zato je 2001. godine Svjetska Zdravstvena Organizacija (SZO) osnovala 'The Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG) sa zadatkom pregledati, provjeriti i poboljšati metode prikupljanja podataka i procjene mortaliteta. Bryce i suradnici iz CHERG-a su objavili 2005. u Lancet-u članak o uzrocima smrti djece ispod pet godina starosti za razdoblje od 2000. do 2003. godine. Pronašli su da je samo šest bolesti odgovorno za 73% od ukupnih 10,6 milijuna smrtnih slučajeva kod djece ispod pet godina i to: upala pluća (19%), proljev (18%), malarija (8%), neonatalna sepsa/pneumonija (10%), prijevremeni porod (10%) i asfiksija pri porodu (8%). Također su naglasili da je pothranjenost u pozadini 53% tih smrtnih slučajeva².

Streptococcus pneumoniae je glavni bakterijski uzročnik smrti djece diljem svijeta. Oko 14,5 milijuna ozbiljnih slučajeva pneumokokne bolesti je zabilježeno 2000. godine kod djece u dobi od jednog do 59 mjeseci starosti, uzrokujući 826.000 smrti³. Ista bakterija je ne samo vodeći uzrok upale pluća, već i meningitisa i sepe kod djece.

Jones i suradnici su išli korak dalje istražujući koje preventivne i kurativne mjere su najučinkovitije u sprečavanju smrtnosti kod djece mlađe od pet godina. Od svih proučenih mjera dojenje se smatralo najkorisnijim. Izračunali su da, kada bi 90% djece u 42 uključene zemlje s 90% smrtnih slučajeva, bilo isključivo hranjeno majčinim mlijekom tijekom prvih šest mjeseci života, moglo bi se spriječiti 13% svih smrti⁴. Zaključio je da posjedujemo i znanje i načine za smanjenje mortaliteta, ali da se te mjere ne provode.

Zbog toga se sve više govori u posljednjih nekoliko godina o važnosti 'implementation research'⁵, odnosno o pronalaženju najučinkovitijih načina provedbe mjera zdravstvene zaštite. Rudan i suradnici nas podsjećaju na važnost određivanja pravih prioriteta u znanosti koje će pomoći mnogima, a ne se usredotočiti na novosti koje su od male opće koristi. Navodi primjer istraživanja o HIV-u, malariji i tuberkulozi za koje je 2007. godine uloženo 10-50 puta više sredstava negoli za upalu pluća, meningitis ili proljev iako se zna da malarija, tuberkuloza i HIV čine samo 11% uzroka smrti kod djece dok upala pluća i proljev gotovo 50%⁶. Broj djece koja umire samo od upale pluća i proljeva je otprilike jednak ukupnom broju ljudi koji umiru diljem svijeta od pušenja, dva puta više od ukupnog broja ljudi koji umiru od HIV-a i 25 puta više od ukupnog broja ljudi koji umire u ratu⁵.

Dojenje i respiratorne bolesti u razvijenom svijetu

O zaštitnoj ulozi dojenja, pogotovo isključivog dojenja, u nerazvijenom svijetu na mortalitet i morbiditet djece postoje nepobitni dokazi⁴, ali se često postavlja pitanje učinkovitosti ovih mjera u razvijenom svijetu. Zato su Bachrach i suradnici napravili meta-analizu o utjecaju dojenja na hospitalizaciju zbog respiratornih bolesti u SAD. Odlučili su proučiti respiratorne bolesti jer su najčešći uzrok hospitalizacije među mlađom djecom. Naime, 6% dojenčadi je u SAD godišnje liječeno u bolnici zbog infekcije donjih dišnih putova na što se potroši 300 milijuna dolara⁷. Također se zna da je ozbiljna respiratorna infekcija koja zahtijeva hospitalizaciju značajan rizični čimbenik za kasniju pojavu astme, što višestruko povećava potencijalne troškove liječenja.

Pronašli su 33 rada koji su zadovoljili stroge kriterije uključenja u meta-analizu. U statističkoj obradi su uzeli u obzir utjecaj pušenja i socioekonomski status na odluke o dojenju i hospitalizaciji djeteta, ali samostalan utjecaj ovih demografskih čimbenika nije dokazan. Našli su da isključivo dojenje u trajanju od četiri ili više mjeseci smanjuje rizik od hospitalizacije zbog infekcija donjih dišnih putova za jednu trećinu u usporedbi s umjetnom hranjenom djecom. Odnosno, da djeca hranjena umjetnim pripravcima imaju 3,6 puta veći rizik od hospitalizacije zbog respiratorne bolesti njego djeca isključivo dojena barem 4 mjeseci⁷.

Godine 2007. objavljeni su rezultati dobiveni na 15.890 djece uključenih u 'United Kingdom Millenium Cohort Study'. Autori su istraživali utjecaj dojenja na hospitalizaciju zbog proljeva ili infekcije donjih dišnih putova u Velikoj Britaniji kod djece koja su rođena između 2000. i 2002. godine. Roditeljima je podijeljen upitnik kad su djeca imala 9 mjeseci, a 85% je odgovorilo. U usporedbi s djecom koja nisu bila dojena, pronađeno je da su isključivo dojena djeca imala značajno smanjen rizik od hospitalizacije zbog proljeva ili respiratornih bolesti. I djelomično dojenje je pokazalo povoljan, ali statistički neznačajan utjecaj. Njihovi rezultati navode da se 53% hospitalizacija zbog proljeva, odnosno 27% zbog infekcija donjih dišnih putova moglo spriječiti da su djeca bila isključivo dojena⁸. Nažalost, u Velikoj Britaniji samo 1,2% majki isključivo doji svoju djecu 6 mjeseci (koliko SZO preporučuje) pa autori zaključuju da bi trebalo ulagati u povećanje svijesti o važnosti isključivog dojenja, što bi bilo od velike javno zdravstvene koristi.

Skupina istraživača, zadužena od ministarstva zdravstva i socijalne skrbi SAD-a, proučila je utjecaj dojenja na zdravlje majki i djece u razvijenim zemljama. Godine 2007. su objavili svoje izvješće u kojemu stoji da je

dojenje povezano sa smanjenim rizikom kod djeteta od akutne upale srednjeg uha, nespecifičnog gastroenteritisa, ozbiljnih infekcija donjih dišnih putova, atopičnog dermatitisa, astme, pretilosti, dijabetesa tipa 1 i 2, leukemije, sindroma iznenadne smrti i nekrotizirajućeg enterokolitisa, a kod majke sa smanjenim rizikom dijabetesa tipa 2, te karcinoma dojki i ovarija⁹. U odnosu na infekcije donjih dišnih putova, obuhvaćeno je 3.201 dojene, odnosno 1.324 nedojene djece u metaanalizu kod kojih su našli za 72% smanjeni rizik od hospitalizacija kod djece koja su bila isključivo dojenja barem 4 mjeseca. Izračunali su da barem 26 djece treba biti isključivo dojeno da bi se mogla spriječiti jedna hospitalizacija uslijed respiratorne bolesti⁹.

Postoje brojni imunobiološki čimbenici u humanom mlijeku koji pridonose zaštitnoj ulozi dojenja: sekretorna antitijela, laktoferin, alfa-laktalbumin, citokini, faktori rasta, lizozimi, laktadherin, leukociti i.t.d.¹⁰. Pored toga, bliski dodir između majke i djeteta, neophodan za dojenje, omogućava kolonizaciju djeteta majčinim 'domaćim' bakterijama. Također se izbjegava upotreba bočica, dudica i mlijeka u prahu, koji i u razvijenom svijetu mogu sadržavati patogene bakterije¹¹.

Zaključak

Rizici nedojenja su brojni, nepobitni i značajni¹² i to ne samo za djecu u nerazvijenom svijetu, gdje bi se dojenjem moglo značajno smanjiti mortalitet djece ispod pet godina starosti, nego i u razvijenom svijetu, gdje bi se morbiditet od ozbiljnih bolesti, poput infekcije donjih dišnih putova, mogao čak i prepoloviti kada bi djeca bila isključivo dojenja barem prvih 4 mjeseca života. Ukoliko se želimo približiti ostvarenju 4-og milenijskog cilja, tj. smanjenju mortaliteta djece do pet godina starosti za dvije trećine do 2015. godine, onda trebamo ozbiljnije shvatiti važnost dojenja, pogotovo isključivog dojenja. To znači da treba ulagati u edukaciju o dojenju, utemeljenu na dokazima, u svim segmentima društva (vrtić, škola, fakulteti zdravstvenih usmjerenja, specijalizacije zdravstvenih djelatnika koji rade s majkama i djecom, zdravstveni djelatnici u PZZ, trudnički tečajevi i dr.), popularizirati dojenje u javnosti, provoditi inicijativu 'Rodilišta -prijatelji djece', zabraniti reklamiranje nadomjestaka za majčino mlijeko, osnivati grupe za potporu dojenja, dnevne bolnice za dojilje te istraživati kako omogućiti majkama da isključivo i dugotrajno doje. Mijenjajmo stav i nemojmo govoriti da je dojenje 'najbolja hrana za dijete' nego shvatimo da je to normalan način hranjenja djeteta i bilo kakvo odstupanje od toga treba smatrati intervencijom koja nosi svoje rizike.

Literatura

1. UN. General assembly, 56th session. Road map towards the implementation of the United Nations millenium declaration: report of the Secretary-General (UN document no. A/56/326). New York: United Nations, 2001.
2. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005;36: 1147-52.
3. O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N i sur. Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet* 2009;374: 893-902.
4. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362: 65-71.
5. Rudan I, El Arifeen S, Black RE, Campbell H. Childhood pneumonia and diarrhoea: setting our priorities right. *Lancet Infect Dis* 2007;7: 56-61.
6. Rudan I, Campbell H. The deadly toll of *S pneumoniae* and *H influenzae* type b. *Lancet* 2009;374: 854-6.
7. Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157: 237-43.
8. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 2007;119: e837-42.
9. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D i sur. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007: 1-186.
10. Hale T, Hartmann P. *Textbook of Human Lactation*. Amarillo: Hale Publishing, 2007.
11. WHO. Guidelines for the safe preparation, storage and handling of powdered infant formula, 2006. <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/> (pristupljeno 16. 3. 2010).
12. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2: 222-31.

STRANO TIJELO U BRONHU: KAKO GA PREPOZNATI? PRIKAZ SLUČAJA

FOREIGN BODY IN A BRONCHUS: HOW TO RECOGNIZE IT? A CASE PRESENTATION

Jadranka Giljanović - Perak¹

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Jadranka Giljanović-Perak, Šibenik

Sažetak

Strana tijela mogu se zaustaviti bilo gdje duž dišnog puta, ovisno o njihovoj veličini, obliku i hrapavosti površine. Nakon aspiriranja simptomi mogu jako varirati, ali se obično javlja jedan ili više njih: jaki kašalj, stridor, hripanje, dispneja, cijanoza, afonija. Može doći do ugušenja i brze smrti, ali ako akutna faza prođe bez teških posljedica, nastupa tiha faza skoro bez simptoma. Skrivena strana tijela mogu ostati neprepoznata mjesecima ili čak godinama. Često se pogrešno dijagnosticiraju kao infekcija. Zato se kod pacijenta koji ima simptome kronične plućne bolesti, čija se pojava ne može objasniti, mora razmatrati i strano tijelo kao uzrok, makar nema podataka o aspiraciji. U tom cilju valja snimiti CT pluća jer RTG snimka nije dovoljna budući strano tijelo može biti radiolucentno.

Ključne riječi: *strano tijelo, bronh*

Summary

Foreign bodies can become lodged anywhere in air passages depending of their size, sharpness and makeup. After inspiration, there are various symptoms, usually including one or more of the following: cough, stridor, dyspnoe, cyanosis, hemoptysis, aphonia, wheezing. Death may be caused by asphyxiation, but if the acute phase pass, a period of quiescence follows with little or no evidence of problem. Hidden foreign bodies could be unrecognized for months or years. Often they are mistakenly diagnosed as infection. In conclusion, when a patient presents with pumonary desease with no clear reason, the possibility of foreign body must be considered, even if there is no history of swallowing or aspiration. Since there are radiolucent foreign bodies that cannot be detected by X-rays, a CT scan should be done.

Key words: *foreign body, bronchus*

Uvod

Kad pomislimo na aspiraciju/inhalaciju stranog tijela u dišne putove, obično mislimo o akcidentalnom gušenju, jakom iznenadnom kašlju, cijanozi, stridoru, vizingu, dispneji, hemoptizi, afoniji, Heimlichovom hvatu. Iz prikazanog slučaja vidjet ćemo da nije uvijek tako. Obično nakon ekspresije akutnih simptoma, nastupi zatišje skoro bez ikakvih ili s malo simptoma koji se u pravilu shvate kao infekcija i tako liječe. Kada strano tijelo prođe u dublje dijelove dišnog trakta ugnijezdi se i prikrije, uzrokujući patološka zbivanja kojima imitira kliničke slike različitih bolesti dišnih putova.

Prikaz slučaja

Tridesttrogodišnji mladić, do tada zdrav, kao djelatna vojna osoba bio je do unazad dva mjeseca pripadnik mirovnih snaga u Afganistanu. Javlja se početkom svibnja 2007. godine zbog reguliranja bolovanja, mjesec dana nakon što mu je ono otvoreno u mjestu gdje je na službi.

Bolest je započela noću 30. 3. 2007. godine povišenjem tjelesne temperature do 38⁰ C, kašljem i povraćanjem. Kaže da ga ne guši toliko koliko su mu loši nalazi. Donosi nalaze pulmologa: Bronchitis obstructiva. Asthma bronchiale suspectum.

Anamnestički: ne puši unazad tri mjeseca, inače pušio 20 cigareta dnevno kroz 24 godine.

RTG snimka pluća: u granicama normale. Spirometrija: srednje teške opstruktivne smetnje ventilacije - FVC 86%, FEV1 62%. IgE u referentnim granicama. Inhalira budesonid s formoterolom i teofilinski pripravak per os. Klinički: perkutorno jasan plućni zvuk; auskultatorno difuzno pooštreno disanje i produžen ekspirij. Liječi se kod pulmologa s promjenljivim uspjehom, pa su ordinirane i infuzije fiziološke otopine s aminofilinom, metilprednisonolom i klaritromicin. U terapiju je dodan i tiotropij. Usprkos tome povremeno i dalje teže diše neovisno o naporu, i dalje prisutan suhi nadražajni kašalj, ali nema više noćnih buđenja. Klinički nalaz na plućima i dalje isti. Nedavni boravak u Afganistanu dodatno komplicira sliku kojoj ne možemo naći uzroka. Konzultiran je i pulmolog u OB Zadar. Učinjeno alergološko testiranje na inhalacijske alergene bilo je negativno.

Radi daljnjeg obavljanja vojno djelatne službe i procjene radne sposobnosti upućen je i u Kliniku za plućne bolesti Jordanovac; dg. KOPB susp. Rhynitis allergica. Pacijent se i dalje žali na noćno sviranje u prsima, intoleranciju

napora i na suhi kašalj. Prisutna je i bistra sekrecija iz nosa. Spirometrija: FEV1 76%, Tiffneau 69%, PEF 84% - pacijent je uzeo 2 udisaja Symbicorta prije pretrage! Difuzija CO uredna, FeNO uredan, sputum i bris nosa na eozinofile negativan. RTG prsnog koša uredan.

Kontrolni pregled u Klinici za plućne bolesti Jordanovac; dg. Asthma nonallergicum in obs. Predlaže se promjena u trapiji: Seretide 500 2x1 udisaj i Flixonase spray 2 inhalacije u svaku nosnicu. Spirometrija: FVC70%, FEV 164%, FEF 50 1%- restriktivno-opstruktivne smetnje ventilacije manjeg stupnja, nalaz u pogoršanju. Difuzijski kapacitet za CO 78% - graničan. Uz dosadašnje simptome ima i osjećaj "knede" u grlu.

Iz Zagreba se vratio noćnim autobusom 1. 8. 2007. i putem se razbolio, boljele su ga noge od prepona niz obje natkoljenice, najviše koljena, toliko da nije mogao hodati. RTG snimka pokazala je kondenzirani hilobazalni crtež i incipijentnu pneumoniju desno bazalno. Ordiniran je Novocef 2x500g. Pregled neurologa: RPT obostrano ugašen; dg. Lumboischialgia in obs. Th. mirovanje.

RTG snimka paranazalnih šupljina uredna. EGDS: Hiatus hernia. Reflux oesophagitis- hijatalna hernija i u distalnom segmentu hiperemija sluznice, želudac živahne peristaltike, dosta bistrog sekreta i žuči; HP negativan. Spirometrija: FVC 52% uz opstruktivne smetnje na nivou malih dišnih putova.

Kako je unatoč antibiotskoj terapiji i dalje na RTG snimci pluća perzistirao nepravilno oblikovani areal kondenzacije s intumescencijom desnog hilusa, a klinički je došlo do pojave hemoptizije uz pogoršanje suhog, nadražajnog kašlja, učinjen je CT pluća. Nađeno je da se u području glavnog desnog bronha, intraluminalno u visini sekundarne karine, nalazi strano tijelo solidnog karaktera i dijametra oko 11 mm, koje čini suptotalnu stenozu lumena i distelektazu plućnog parenhima medijalnog segmenta srednjeg reznja. Klinički pluća: auskultatorno desno bazalno nešto oslabljeno disanje.

Sada se anamnestički doznaje da od veljače 2007. godine pacijent radi zube. Imao je privremenu protezu s navlakama koja je stajala par dana i rasklimala se. Probudio se kašljući oko 3 sata ujutro 30. 03. 2007. godine. Zbog tog napadaja kašlja bio je na pregledu u SHP odmah ujutro. Mislio je da je zube progutao jer ih nije bilo.

Ekstarakcija stranog tijela-proteze sa nekoliko krunica učinjena je u Klinici za plućne bolesti Jordanovac 10. 10. 2007. godine u totalnoj anesteziji rigidnim traheoskopom jer zbog veličine nije mogla biti uklonjena bronhoskopom, a odmah zatim se i aspirira masa hemoragično-gnojnog sadržaja koji je preplavio čitavo bronhalno stablo obostrano, navirući iz desnog donjeg i srednjeg bronha. Prethodno je učinjena fiberbronhoskopija: larinks,

traheja i bifurkacija bo. Vidi se proteza s nekoliko krunica koja gotovo u cijelosti opturira desni glavni bronh s okolnim granulacijama. Na kontrolnoj bronhoskopiji vidjelo se da je intermedijarni bronh opturiran granulacijama pa je učinjena laserska fotokoagulacija tih granulacija radi oslobađanja ušća bronha za srednji režanj.

Rasprava

Aspiracija stranog tijela može uzrokovati akutnu asfiksiju, ponavljajuće plućne bolesti, može završiti smrću ili brzim, potpunim oporavkom. Računa se da je oko 3000 smrti godišnje uzrokovano asfiksijom¹. Inhalacija stranog tijela češća je u djece - četvrtina takvih pacijenata mlađa je od godine dana¹, a po drugim autorima najčešće se javlja u drugoj godini života, a kod odraslih u šestoj dekadi². Posebno su opasni predmeti od plastike jer su inertni i radiolucentni pa je veća mogućnost previda. Od stranih tijela 80-90% nalaze se u bronhima, obično u desnom bronhu koji je širi i kraći od lijevog i nastavlja uglavnom smjer dušnika. Dug je oko 2,5 cm³. U djece je češća centralna lokalizacija, u odraslih desni bronh. Atelektaza je karakteristična posljedica zatvaranja dišnog puta kod odraslih, a "air trapping" kod djece².

Strano tijelo u dišnim putovima može imitirati druge bolesti pluća, pa je važno da dobijemo točne podatke o aspiraciji jer bi mogli zakasniti s intervencijom i mogle bi se razviti komplikacije. Dijagnostički problem su djeca jer znadu zatajiti podatak bojeći se kazne ili su premaleni da to mogu reći.

Tri su kliničke faze aspiracije stranog tijela:

1. incijalna faza paroksizmalnog kašlja i opstrukcije dišnog puta,
2. asimptomatska faza kad se strano tijelo ugnijezdi - traje satima ili tjednima,
3. komplikacije - zbog opstrukcije dolazi do atelektaze, apscediranja, pneumonije, vrućice - su rezultat izočnosti sumnje i nepostavljanja rane dijagnoze.

Najčešće aspirirana strana tijela su kikiriki, kokice, dijelovi proteze, a vodeći simptomi su kašalj, hemoptiza i nedostatak zraka⁴. Prema nekim autorima, anamnestički podatak da je moglo doći do aspiracije stranog tijela, predstavlja apsolutnu indikaciju za bronhoskopiju⁵. Prema drugima, otkad se CT često koristi za evaluaciju dišnih problema u odraslih, to bi mogla biti metoda izbora i za djagnosticiranje stranog tijela u dišnim putovima⁶. Bronhoskopija je invazivna metoda koja nosi i određeni stupanj rizika - obavlja se u općoj anesteziji.

Praćenjem 1035 bronhoskopirane djece u razdoblju 1987. -2005., u 88% slučajeva je doista nađeno strano tijelo u dišnim putovima; kod 42 pacijenta slijedila je infekcija, kod 30 hipoksija i bradikardija, kod 34 laringealni edem ili laringospazam ili spazam bronha, kod 6 krvarenje traheobronhalnog sustava, kod 2 pneumotoraks, kod 1 pneumomediastinum, kod 6 torakotomija, a 8 je završilo smrtno⁷.

Zaključak

Kod pacijenta koji ima simptome kronične plućne bolesti, a čija se pojava ne može objasniti, mora se razmatrati i strano tijelo kao uzrok, makar nema podataka o aspiraciji. U tom cilju obvezno treba napraviti CT pluća, jer RTG snimka nije dovoljna budući strano tijelo može biti radiolucetno.

Literatura

1. Dwivedi RC, Samanta N, Chakrabarti S, Agar SP. Foreign body in airway treated by anti-tuberculous treatment. *Ther Neonatol.* 2008;8:1-4.
2. Baharloo F, Veyckemans F, Fancis C, Bittlot MP, Rodenstin DO. Tracheobronchal foreign bodies: presentation and menagemnt in children and adults. *Chest* 1999;115:1357-62.
3. Krmpotić-Nemanić J. Anatomija čovjeka. Zagreb: Jumena, 1988: 666-73.
4. Loo CM, Hsu AA, Ng P, Ong YY. Case series of bronchoscopic removal of tracheobronchal foreign body in six adults. *Ann Acad Med Singapore.* 1998;27:849-53.
5. Soysal O, Kuzucu A, Ulutas H. Tracheobronchal foreign body aspiration: a continuing challenge. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:222-6.
6. Zissin R, Shapiro-Fenberg M, Rozenman J, Apter S, Smorjik J, Hertz M. CT findings of the chest in adults with aspirated foreign bodies. *EurRadiol* 2001;11:606-11.
7. Hasdiraz L, Guzkaya F, Bilgin M, Bicer C. Complications of bronchoscopy for foreign body removal: experience in 1035 cases. *Ann Saudi Med* 2006;26:488-90.

STANDARDIZIRANI UPITNIK ZA KONTROLU ASTME - POMAŽE LI U RADU LOM?

STANDARDIZED ASTHMA CONTROL QUESTIONNAIRE: DOES IT HELP IN FAMILY MEDICINE?

**Marion Kuzmanić¹, Nina Janjić², Nataša Buljan³,
Željko Razum⁴, Ivana Bošnjak⁵, Ana Šarić⁵**

¹ *Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Split*

² *Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Dragomir Petric, Split*

³ *Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Nataša Buljan, Zagreb*

⁴ *Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Željko Razum, Botinec*

⁵ *Studentica VI. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu*

Sažetak

Uvođenjem smjernica za liječenje astme (The Global Initiative for Asthma; GINA), središte zanimanja je prebačeno sa zbrinjavanja akutnih napadaja na kontrolu bolesti, kako bi se smanjile komplikacije i kronične posljedice astme, a ključnu ulogu za dugotrajnu i učinkovitu kontrolu preuzima dobro educirani pacijent.

Cilj našeg rada bio je odrediti udio dobro kontroliranih bolesnika koristeći ACT (Asthma Control Test), te usporediti dobivene rezultate s procjenama liječnika.

Istraživanje je provedeno u četiri specijalističke ordinacije obiteljske medicine. Prikupljeni su opći podaci o ispitanicima, koji boluju od astme uz ispunjavanje ACT upitnika.

Rezultati: od ukupno 49 ispitanika, 28 je bilo žena i 21 muškarac. Dobro kontroliranu bolest liječnici su ocijenili kod statistički značajno ($p < 0,001$) većeg postotka bolesnika (57,0%), nego što je procijenjeno od pacijenata (34,0%). Nepotpuno kontroliranih, naprotiv, ima značajno više ($p < 0,001$) prema izjavi pacijenata (28,6%) nego ocijeni liječnika (10,2%).

Zaključak: Opažene razlike u procjeni kontrole astme liječnici/bolesnici su velike i nedovoljno istražene. Posebnu pozornost treba posvetiti edukaciji bolesnika s astmom o pravilnom korištenju metoda za samoprocjenu kontrole bolesti.

Ključne riječi: *astma, ACT upitnik, educirani pacijent, obiteljski liječnik*

Summary

With the GINA (The Global Initiative for Asthma) guidelines the focus of interest has switched from the management of acute attacks to long-term control of asthma, minimizing its complications and chronic sequelae, and delegating the key role to well educated patients.

Our aim was to assess the prevalence of well-controlled patients using ATC (Asthma Control Test), and to compare the results with those of physicians' judgment.

Methods. Polling of asthmatic patients and their physicians in four family medicine offices.

Among 49 examinees there were 28 women and 21 men; good disease control was rated much higher among physicians than among patients (57% vs. 34%; $p < 0.001$), and the opposite was true about the inadequate control (10.2% vs. 28.6%; $p < 0.001$).

Conclusion. The observed physician/patient differences in asthma control adjudication are significant, and merit further study. Asthmatic patients deserve better education, including disease control self-evaluation.

Key words: *asthma, ACT questionnaire, patient education, family physician*

Uvod

Astma je kronična upalna bolest dišnih putova. Ključni patofiziološki elementi su upala, hiperreaktivnost dišnih putova te reverzibilnost bronhoopstrukcije^{1,2}. Javlja se u svim životnim dobima iako je najčešća u djetinjstvu. Dijagnozu postavljamo na temelju kliničke slike, laboratorijskih nalaza i testova plućne funkcije, od kojih je spirometrija zlatni standard¹.

Astma je devedesetih godina prošlog stoljeća prepoznata kao važan javno-zdravstveni problem. Pokretanjem Svjetske inicijative za astmu (GINA) stvoreni su uvjeti za kvalitetniju edukaciju liječnika, naročito onih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti³. Uvođenjem smjernica središte zanimanja je prebačeno sa zbrinjavanja akutnih napadaja na kontrolu bolesti, kako bi se smanjile komplikacije i kronične posljedice astme^{3,4}. Edukacija je proširena i na pacijente, što je dovelo do značajnog napretka u liječenju i do povećanja broja pacijenata s dobro kontroliranom astmom^{3,5}.

Ključnu ulogu za dugotrajnu i učinkovitu kontrolu ima pacijent kojeg treba educirati o samozbrinjavanju bolesti. To podrazumijeva niz postupaka kao

što su ispravno uzimanje lijekova, korištenje mjerača vršnog ekspiratornog protoka (peek flow meter), vođenje dnevnika astme te izbjegavanje iritansa i okidača napada²⁻⁵. Mjerenje vršnog ekspiratornog protoka (PEF) malim, prenosivim i jeftinim mjeracom (peek flow meter) i vođenje dnevnika samo-kontrole preporuča se pacijentima za procjenu težine stanja, kao i za procjenu odgovora na terapiju budući da PEF dobro korelira s FEV₁^{1,3}. Praćenjem ostalih pokazatelja prisustva bolesti omogućen nam je bolji uvid u težinu te stupanj kontrole, što postizemo korištenjem Asthma Control Test (ACT)^{4,6}. Upitnikom pratimo zbivanja u posljednjih četiri tjedna i ometenost u svakodnevnom životu, prisutnost noćnih simptoma, potrošnju bronhodilatatora brzog djelovanja te subjektivnu procjenu kontroliranosti bolesti⁶. Niz studija provedenih nakon uvođenja smjernica pokazuju nezadovoljavajuću kontrolu astme u većine bolesnika^{7,8}. I liječnici i bolesnici značajno precjenjuju razinu kontrole bolesti te je stoga ACT važan alat u otkrivanju nedovoljno reguliranih astmatičara⁹. Dobra komunikacija između obiteljskog liječnika i pacijenta, kao i korištenje metoda za samoprocjenu koje minimalno utječu na pacijentov svakodnevni život može značajno poboljšati liječenje astme kao i pacijentovu suradljivost¹⁰.

Cilj rada

Odrediti udio dobro kontroliranih bolesnika koristeći ACT, te usporediti dobivene rezultate s procjenom liječnika.

Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno u četiri specijalističke ordinacije obiteljske medicine, dvije u Splitu i dvije u Zagrebu koje skrbe za oko 7500 pacijenata. Kriterij za uključenje u istraživanje bila je postavljena dijagnoza astme, J45 prema X. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB)¹¹, u kartonu pacijenta. Popis ispitanika formiran je pretraživanjem kompjuterske baze podataka, odakle su prikupljeni i podaci o adresi i broju kontakt telefona.

Tijekom veljače 2010. godine abecednim redom telefonski su anketirani ispitanici. Prije popunjavanja upitnika objašnjena im je svrha ispitivanja i dobiven je informirani pristanak.

Anketni upitnik priređen za potrebe ovog istraživanja sastojao se od tri dijela. U prvom su prikupljeni opći podaci (spol, dob i završena škola), u

drugom o navici pušenja i duljini pušačkog staža. U trećem dijelu prikupljeni su podaci o korištenju peek-flow metra te vođenju dnevnika samokontrole. Naposljetku je zatraženo da odgovore na pet pitanja iz validiranog upitnika o kontroli astme (ACT)⁶, koji je prikladan za inicijalnu procjenu i rutinski nadzor astme u ambulanti obiteljskog liječnika. Pitanja se odnose na razdoblje od protekla četiri tjedna, a pacijenti odgovaraju na slijedeća pitanja: ometenosti u svakodnevnom radu, osjećaju nedostatka zraka, učestalosti noćnih simptoma, korištenju bronhodilatatora brzog djelovanja, te daju subjektivnu ocjenu kontrole nad astmom. Mogući zbroj bodova najmanje je 5 (ocjena 1 u svih pet pitanja), a najviše 25 (ocjena 5 u svih pet pitanja). Zbroj od 25 označava potpunu kontrolu astme, broj bodova od 20-24 označava dobru kontrolu, dok manje od 20 označava nepotpunu kontrolu.

Na kraju je anketiran obiteljski liječnik koji je za svakog ispitanika ocijenio uz pomoć Lichertove ljestvice reguliranost astme (1 potpuna kontrola; 2 i 3- dobro kontrolirana; 4 i 5 - nepotpuna kontrola)

U obradi je korišten Statistica 7.0 programski paket (StatSoft., Inc., Tulsa, USA). Značajnost statističkih parametara procijenjena je prema razini od 95% ($P < 0,05$).

Rezultati

U istraživanje je uključeno 49 ispitanika, 28 žena i 21 muškarac. Prosječna životna dob žena bila je $55,89 \pm 19,1$, a muškaraca $40,29 \pm 20,3$ ($F=0,041$). Sa završenom osnovnom školom bilo je 13 (26,5%) ispitanika, srednjom 20 (40,8%), te visokom i višom školom 16 (32,7%).

Među ispitanicima, 9 (18,4%) je pušača, a nepušača 40 (81,6%) od čega su 3 (7,5%) bivša pušača.

Samo 4 (8,2%) ispitanika redovito koristi peak flow meter za svakodnevnu kontrolu astme, a 2 (4,1) vode dnevnik samokontrole.

Prema rezultatima ACT upitnika 14 (28,6%) ispitanika bilo je nepotpuno kontrolirano, 17 (34,7%) je imalo dobro, a 18 (36,7%) potpuno kontroliranu bolest.

Ne postoji statistički značajna razlika među grupama kontroliranosti s obzirom na spol ($p=0,14$) i obrazovanje ($p=0,082$). S obzirom na dob statistički značajno lošije su kontrolirani ispitanici stariji od 60 godina ($F=6,85$, $p < 0,002$).

Liječnici su odgovorili kako je 5 (10,2%) nepotpuno kontrolirano, 28 (57,1%) dobro kontrolirano, te 16 pacijenata (32,7%) u potpunosti

kontrolirano. Uspoređujući rezultate ACT-a i subjektivno mišljenje liječnika o kontroliranosti bolesnika, statistički značajno manje ima nepotpuno kontroliranih pacijenata prema procjeni liječnika ($p < 0,001$). Naprotiv, liječnici procjenjuju da ima statistički značajno više dobro kontroliranih (57,1%) nego što je to pokazao ACT upitnik (34,7%) (tbl. 1).

Tablica 1. Usporedba procjene reguliranosti astme prema rezultatima ACT u odnosu na mišljenje liječnika ($\chi^2=20,98$, $P < 0,0001$).

	Ispitanici (rezultati ACT)*	Liječnici**
Potpuna kontrola	18 (36,7%)	16 (32,7%)
Dobra kontrola	17 (34,7%)	28 (57,1%)
Nepotpuna kontrola	14 (28,6%)	5 (10,2%)

* zbroj bodova ACT upitnika

** mišljenje liječnika o reguliranosti astme kod ispitanika

Rasprava

Važeće preporuke za liječenje astme naglašavaju važnost edukacije pacijenata te redovitu samokontrolu bolesti, što je trebalo dovesti do povećanja broja pacijenata s dobro kontroliranom astmom³⁻⁵. Ispravno i redovito korištenje mjerača vršnog ekspiratornog protoka i vođenje dnevnika samokontrole preporučuje se pacijentima za procjenu težine stanja i odgovora na terapiju^{1,3}. Od naših ispitanika samo 4 (8,2%) redovito kontrolira PEF, dok samo 2 (4,1%) vodi dnevnik samokontrole. Uvid u težinu i stupanj kontrole bolesti u posljednja četiri tjedna, dao nam je ACT upitnik^{4,6}. Prema dobivenim rezultatima samo 18 (36,7%) ispitanika ima potpuno kontroliranu astmu što odgovara nizu svjetskih istraživanja^{7,8}, ali postoje i podaci koji pokazuju da ima i do 80% nedovoljno kontroliranih bolesnika⁹.

I bolesnici i liječnici značajno precjenjuju razinu kontrole bolesti^{8,9}. Naše istraživanje je pokazalo kako su liječnici značajno više ispitanika svrstali u skupinu dobro kontroliranih a značajno manje u skupinu nepotpuno kontroliranih u odnosu na rezultate ACT-a. Ovaj nesrazmjer u procjeni liječnika je nedovoljno istražen. Upravo je uvođenje validiranog upitnika (ACT) omogućilo bolje podudaranje procjene bolesnika i liječnika o stvarnom stupnju kontroliranosti astme, a usporedba s FEV₁ pokazuje bolju razlučivost za korištenje među pacijentima.

Ključnu ulogu za dugotrajnu i učinkovitu kontrolu ima educirani pacijent²⁻⁵. Zbog svoje jednostavnosti i razumljivosti ACT upitnik je ocijenjen kao jednostavna metoda kontrole astme^{4,6} s manje pogrešaka pacijenata u korištenju vršnog mjerača protoka i dnevnika astme.

Dobra komunikacija između obiteljskog liječnika i pacijenta od iznimne je važnosti za uspješnu edukaciju i pravilno korištenje metoda za samoprocjenu kontrole.

Redovito određivanje stupnja kontroliranosti bolesti dovodi do bolje kontrole, te smanjuje komplikacije i kronične posljedice astme^{3,4} a preporuka je da koristimo metode koje minimalno utječu na pacijentovu kvalitetu svakodnevnog života kako bi suradljivost bila bolja¹⁰. Tu je ACT upitnik od neprocjenjive koristi.

Svakako, veću pažnju treba posvetiti edukaciji bolesnika, te pravovremenim izmjenama u liječenju dovesti do poboljšanja stupnja kontroliranosti astme.

Literatura

1. Tudorić N, Pavičić F. Astma. U: Vrhovac B i sur. Interna medicina. 4 izd. Zagreb: Ljevak, 2009: 655-1.
2. Jakopović M, Samardžija M. Postizanje i održavanje potpune kontrole astme. Medix, 2006;64: 63-4.
3. Global strategy for asthma management and prevention 2009 (update). Pristupljeno 20. veljače 2010. na <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp??i1=2&l2=1&intId=1561>
4. Plavec D. Praćenje astme u svakodnevnoj praksi: ACT upitnik. Medix, 2006;64:65-7.
5. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P i sur. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD001117.
6. Schatz M, Sorkness CA, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Nathan RA i sur. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. J Allergy Clin Immunol, 2006;117:549-56.
7. Rabe KF, Adachi M, Lai CK, Soriano JB, Vermeire PA, Weiss KB i sur. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. J Allergy Clin Immunol. 2004;114:40-7.

8. Fuhlbrigge AL, Adams RJ, Guilbert TW, Grant E, Lozano P, Janson SL i sur. The burden of asthma in the United States: level and distribution are dependent on interpretation of the national asthma education and prevention program guidelines. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:1044-9.
9. Pereira LM, Boodoo S, Dindial KA, Hosein A, Seemungal TA, Bekele I. Evaluation of asthma control using patient based measures and peak expiratory flow rate. *West Indian Med J,* 2009;58:214-8.
10. Jiang H, Han J, Zhu Z, Xu W, Zheng J, Zhu Y. Patient compliance with assessing and monitoring of asthma. *J Asthma,* 2009;46:1027-31.
11. MKB X. revizija. Pristupljeno 29. siječnja 2010.na http://hr.wikipedia.org/wiki/MKB-10_J00-J99

ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI NA SELU I U GRADU

HOME HEALTH CARE ON THE VILLAGE AND IN THE CITY

Maja-Ana Pažur¹, Nevenka Vinter Repalust²

¹ Dom zdravlja Zagrebačke županije, Zaprešić

² Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Nevenka Vinter-Repalust, Zagreb

Sažetak

Zdravstvena njega osigurane osobe provodi se radi poboljšanja njezinog zdravstvenog stanja i sprječavanja pogoršanja. Provođenje zdravstvene njege uključuje i poduku te osobe i članova njezine obitelji o provođenju zdravstvene njege. U manjim je sredinama zadržana tradicionalna obiteljska struktura (u koju ulaze i članovi šire obitelji), dok u velikim sredinama i gradovima prevladavaju nuklearne obitelji. Ovim istraživanjem pokušali smo provjeriti postoje li razlike u korištenju zdravstvene njege u kući između seoske i gradske sredine. Prikupljeni su podaci o korisnicima zdravstvene njege tijekom 2008. godine, a detaljnije su analizirani podaci korisnika starijih od 60 godina. Istraživanjem je obuhvaćeno ukupno 12 seoskih i 11 gradskih ordinacija opće medicine. Analizom je utvrđeno da nema razlike u korištenju njege između te dvije sredine. Osobe starije od 60 godina najčešći su korisnici njege. Pritom su žene u većini. Od zdravstvenih problema koji su indicirali njegu u kući najzastupljenije su bile cerebrovaskularne bolesti, neoplazme, potkoljениčni ulkusi, ozljede i komplikacije šećerne bolesti. Značajno je veća proporcija neoplazmi u gradu, a dekubitusa na selu. Najčešći razlozi za prekid njege u obje sredine bili su smrtni slučaj pacijenta, prestanak indikacije za njegu i odlazak u dom. Smrtnih ishoda bilo je značajno više u gradu.

Ključne riječi: zdravstvena njega u kući, razlike selo-grad

Summary

Home health care of an insured person is undertaken to improve his/her health condition and to prevent further deterioration. Home health care also includes the instruction of the patient and family members about the home health care process. Traditional family structure, which also includes

extended family members, is preserved in smaller environments, whereas in towns and cities predominate nuclear families. In this research we have tried to find out whether there are differences in home health care use between rural and urban environment. Data about the users of home health care have been collected during the 2008 from 12 rural and 11 urban medical practices. There were no differences in the use of home health care between those two environments. Persons over 60 were the most prevalent users of home health care, with the predominance of female gender. The most common health problems requesting home health care were cerebrovascular diseases, neoplasms, leg ulcers, injuries and diabetic complications. The proportion of neoplasms was distinctly larger in the urban environment, while the decubital ulcers prevailed in the rural environment. The most common reasons for home health care termination in both environments were patient's death, end of home care indication, and admittance to a nursing home. Death rate was significantly higher in the urban environment.

Key words: *home health care, rural environment, urban environment.*

Uvod

Zdravstvena njega osigurane osobe provodi se u svrhu poboljšanja njezinog zdravstvenog stanja i sprječavanja pogoršanja. Provođenje zdravstvene njege uključuje i poduku osigurane osobe te članova njezine obitelji o provođenju postupaka zdravstvene skrbi¹. Između gradskih i seoskih obitelji postoje određene razlike. U manjim je sredinama zadržana tradicionalna obiteljska struktura (u koju ulaze i članovi šire obitelji) dok u gradovima i velikim gradovima prevladavaju nuklearne obitelji².

Cilj

Cilj ovog rada je prikazati postoje li razlike u korištenju njege u kući između seoske i gradske sredine.

Ispitanici i metode

Analizirani su podaci iz ukupno 23 ordinacije obiteljske medicine, 12 seoskih i 11 gradskih: 10 na području Zaprešića i 1 ordinacija iz Zagreba (18.842

seoska i 21.466 gradskih pacijenata). Izdvojeni su korisnici njege tijekom 2008. godine i provedeno je deskriptivno kvantitativno istraživanje.

U obradi podatka obuhvaćeni su samo korisnici njege rođeni do 31. 12. 1947., koji su u 2008. godinu ušli s navršениh 60 godina. Podatke smo prikupljali retrospektivno tijekom 2009. godine. Izvori podataka bili su izvještaji patronažnih sestara i sestara koje provode njegu u kući, te registri liječnika. Podaci su obuhvaćali popis svih korisnika njege i vrijeme trajanja njege tijekom 2008. godine. Zatim smo obišli sve ordinacije i u razgovoru s liječnikom prikupili podatke o bolestima korisnika njege i razlozima prekida njege, te o strukturi populacije po dobnim skupinama.

Za obradu rezultata koristili smo deskriptivne metode te χ^2 kvadrat i t-test za provjeru značajnosti opaženih razlika.

Rezultati

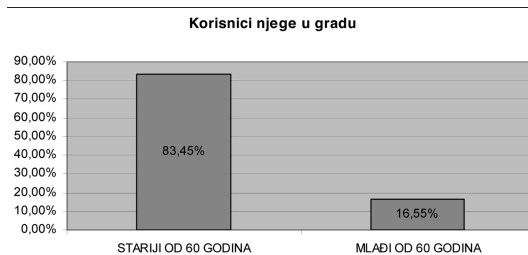
Ukupni broj seoskih pacijenata u 12 ordinacija bio je 18.842. Udio starijih od 60 godina iznosio je u prosjeku 28,74% (raspon 13,73% - 37,37%, SD 6,66%; koeficijent varijacije 22,96%). Muških pacijenata starijih od 60 godina bilo je 2.073 (38,28%), a ženskih 3.342 (61,72%).

Ukupni broj gradskih pacijenata bio je 21.466 u 11 ordinacija, a udio onih preko 60 godina iznosio je 20,04% (raspon 7,54% - 33,33%, SD 8,55%, koeficijent varijabilnosti 42,66%). Muških pacijenata starijih od 60 godina bio je 1.767 (41,07%), a ženskih 2.535 (58,93%) (tbl. 1).

Tablica 1. Razdioba selo: grad pacijenata starijih od 60 godina.

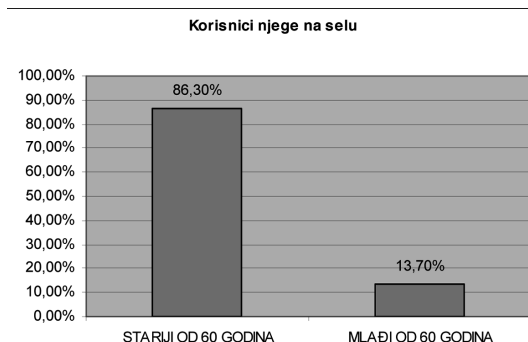
Pacijenti	Selo	Grad
Žene	3.342 (61,72%)	2.535 (58,93%)
Muškarci	2.073 (38,28%)	1.767 (41,07%)
Ukupno	5.415	4.302
Starijih od 60 godina	28,74%	20,04%

Ukupni broj seoskih korisnika njege bio je 219, od toga ih je 189 ili 86,30% bilo preko 60 godina (sl. 1). Raspon ukupnog broja pruženih usluga po ordinaciji kretao se je od 8 do 29, s aritmetičkom sredinom 15,75 (SD 7,28; koeficijent varijacije 46,22%). Kućnu njegu su češće koristile žene (69,31%).



Slika 1. Razdioba seoskih korisnika njege.

Ukupni broj gradskih korisnika njege bio je 145. Od toga je 121 korisnik ili 83,45% bio stariji od 60 godina (sl. 2). Raspon broja njega po ordinaciji bio je od 2 do 30 ($11,0 \pm 9,12$; koeficijent varijacije 89,90%). I u toj su grupi njegu češće koristile žene (58,68%).



Slika 2. Razdioba gradskih korisnika njege.

Kao što pokazuje tbl. 2, na selu je zdravstvenu njegu u kući koristilo nešto više osiguranika (3,49% prema 2,81% u gradu), ali opažene razlike nisu dosegle konvencionalnu razinu statističke značajnosti ($\chi^2=3,545$, df 1; $p=0,059$).

Tablica 2. Usporedba korištenja kućne njege između sela i grada.

	Koristi njegu	Ne koristi njegu	Ukupno
Selo	189	5.226	5.415
Grad	121	4.181	4.302
Ukupno	310	9.407	9.717

U tbl. 3 prikazana je usporedba vodećih dijagnoza korisnika između sela i grada. Na selu se njega najviše provodila zbog cerebrovaskularnih bolesti, potkoljениčnog ulkusa i ozljeda, a u gradu zbog neoplazmi, cerebrovaskularnih bolesti i ozljeda. Najčešće su bile cerebrovaskularne bolesti (ukupno 22,58%), neoplazme (15,48%), potkoljениčni ulkusi (13,23%), ozljede (12,26%) i komplikacije šećerne bolesti (10,65%). Jedina značajna razlika između proporcija na selu i u gradu pojavila se u skupini neoplazmi ($t=4,52$; $p<0,001$) i dekubitalnog ulkusa ($t=2,59$; $p<0,01$): značajno je više novotvorina bilo u gradu, a dekubitusa na selu, dok je učestalost ostalih dijagnoza bila podjednaka.

Tablica 3. Vodeće zdravstvene potrebe za kućnu njegu.

Dijagnoza po MKB	Selo	Grad	t-test
C00-D48 Neoplazme	7,94%	27,27%	4,52
E10, E11 Dijabetes i komplikacije	11,1%	9,92%	0,33
F00-F99 Mentalni i bihevioralni poremećaji	10,58%	6,61%	1,17
G00-G99 Bolesti živčanog sustava	5,82%	6,61%	0,28
I60-69 Cerebrovaskularne bolesti	22,22%	23,14%	0,19
I70-I79 - Bolesti arterija, arteriola i kapilara	2,12%	0,83%	0,87
I83 Varikozne vene nogu	15,87%	9,09%	1,69
K00-K93 Bolesti probavnog sustava	1,06%	0,83%	0,20
L89 Dekubitalni ulkus	7,41%	0,83%	2,59
M00-M99 Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva	2,12%	3,31%	0,63
S00-T14 Ozljede	13,23%	10,74%	0,64
Z98 Druga stanja nakon operacija	0,53%	0,83%	0,31
	100,00%	100,00%	

Kako prikazuje tbl. 4, većina kućnih njega, ni na selu niti u gradu, nije bila prekinuta tijekom 2008. godine. Vodeći razlozi za prekid njega u obje sredine bili su smrtni ishod bolesnika, prestanak indikacije za njegu i odlazak u dom. Jedina značajna razlika između sela i grada opažena je u broju umrlih, kojih je bilo značajno više u gradu ($t=2,09$; $p<0,05$).

Tablica 4. Razlozi prekida njege na selu i u gradu.

Kategorija	Selo	Grad	t
Ukupni broj vršenih njega	189	121	
Nastavak njege bez prekida	56,61%	49,59%	1,21
Prekid njege zbog prestanka indikacije	12,70%	6,61%	1,74
Prekid njege po liječničkom povjerenstvu	0,53%	0,00%	0,76
Prekid njege zbog odlaska u dom	3,17%	5,79%	1,14
Prekid njege na zahtjev pacijenata	1,06%	0,83%	0,21
Prekid njege zbog smrti pacijenta	25,93%	37,19%	2,09
Ukupno	100,00%	100,00%	

Rasprava

Udio pacijenata starijih od 60 godina odgovara distribuciji populacije u Hrvatskoj, gdje je udio starijih od 65 u pučanstvu dosegao 17,3%³. Kao i u općoj populaciji, žene su bile zastupljenije i u našem istraživanju. Pokazalo se da su potrebe za liječenjem, njegom i rehabilitacijom u domu bolesnika veće u starijih osoba⁴.

Udio starijih osoba među ordinacijama bio je različit, posebno u gradu. To dovodi i do velikih razlika u broju njega u pojedinim ordinacijama. Kao i u sličnim istraživanjima, najčešći su korisnici starije osobe, posebno žene⁵⁻⁷. Jedan od razloga je veći udio žena u starijim dobnim skupinama, s većom potrebom za zdravstvenom i socijalnom skrbi u vlastitom domu. Drugi razlog je što su muškarci manje spremni i manje spretni njegovatelji, pa traže kućnu njegu za suprugu i u onim stanjima gdje bi supruge provodile njegu bez tuđe pomoći⁸. Iako postoje stanovite sociološke razlike između seoske i gradske obitelji, to izgleda nema utjecaja na korištenje njege u kući, možda zbog dobre dostupnosti kućne njege u primarnoj zaštiti.

Kao i u drugim, sličnim istraživanjima, vodeće bolesti u korisnika njege bila su cirkulacijske, prije svega cerebrovaskularne, potom neoplazme. U ovom je radu opažen nešto manji udio bolesti živčanog sustava (6,13% prema 23,6%), ali veći udio cerebrovaskularnih (22,58% prema 10,9%) u odnosu na slično istraživanje u Požeško-slavonskoj županiji⁵. Istraživanje provedeno u Rijeci 1998. godine navodi kao vodeće zdravstvene probleme korisnika njege cirkulacijske bolesti, bolesti živčanog sustava, neoplazme i bolesti mišićno-koštanog sustava⁷.

Pojava značajno većeg broja neoplazmi u gradu, a dekubitusa na selu zahtijeva dodatno istraživanje. Pitanje je ima li u gradu objektivno više

neoplazmi nego na selu, odnosno ima li na selu više nepokretnih osoba koje nisu pravovremeno liječene te su razvile dekubitus.

Najčešći razlozi za prekid njege podudaraju se na selu i u gradu. Odlazak u dom nije čest vjerojatno zbog velikih novčanih izdataka te dugogodišnjeg čekanja na smještaj u financijski povoljnijim domovima.

Značajna razlika između proporcija smrtnih ishoda vjerojatno proizlazi iz značajne razlike u zastupljenosti neoplazmi, glavnog razloga kućne njege u gradu.

Kućna njega je sastavni dio kućnog liječenja, kojim približavamo zdravstvenu službu bolesniku i stanovništvu te provodimo integrirani pristup zdravlju i bolesti. Samo putem uvođenja kućnog liječenja ide se ka postizanju optimalnog stanja zdravlja stanovništva uz najracionalniju upotrebu uvijek ograničenih društvenih sredstava⁸⁻¹⁰.

Literatura

1. HZZO-net. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. Pristupljeno 24. veljače 2010. na http://www.hzzo.net.hr/05_01_03.php.
2. Berc G, Ljubotina D, Blažeka S. Struktura obitelji i životni uvjeti obitelji u selu i u gradu. Sociologija sela 2004;1/2:23-43.
3. Baklaić Ž, Dečković-Vukres V, Kuzman M. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2008. godinu. HZJZ. Pristupljeno 24. veljače 2010. na http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/Ljetopis_Yearbook_HR_2008.pdf.
4. Budak A, Tomek-Roksandić S. Racionalizacija zdravstvene djelatnosti: kućno liječenje, njega i rehabilitacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zbornik dani primarne zdravstvene zaštite, Labin 1994. Labin: DZ Labin; 1994:35-41.
5. Šimunović R, Lisac Ž, Vinter Repalust N, Todorović G. Kućna njega neuroloških bolesnika u Požeško-slavonskoj županiji. Zbornik XII. kongresa obiteljske medicine, Zadar 2005. Zadar: HUOM, 2005:239-48.
6. Jurković Lj, Katić M, Budak A. Korištenje njege i rehabilitacije u kući- metoda timskog zbrinjavanja kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini. Zbornik Dani primarne zdravstvene zaštite, Labin 1996. Labin: DZ Labin, 1996:118-25.
7. Matković V, Grubišić-Greblo H, Jonjić A, Štefanac-Nadarević V, Smokrović H. Naša iskustva u provođenju kućnog liječenja i zdravstvene

- njege. Zbornik V. Simpozija obiteljske medicine, Osijek 1998. Osijek: HUOM, 1998:267-72.
8. Šućur M, Šućur Ž. Kućni posjeti, liječenje, rehabilitacija, njega i pomoć u kući. U Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: MF Zagreb, 1990: 119-36.
 9. Modin S, Furhoff AK. The medical care of patients with primary care home nursing is complex and influenced by non-medical factors: a comprehensive retrospective study from a suburban area in Sweden. BMC Health Services Research. Pristupljeno 24. veljače 2010. na <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/22>.
 10. Chappell NL, Havens B, Dlitt H, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist* 2004;44:389-400.

GENOGRAM - VRIJEDNO DIJAGNOSTIČKO POMAGALO U RADU OBITELJSKOG LIJEČNIKA

GENOGRAM - A VALUABLE DIAGNOSTIC TOOL IN ROUTINE FAMILY PRACTICE

**Gabrijela Perić¹, Matija Marković¹, Zlata Ožvačić²,
Sanja Blažeković - Milaković²**

¹ Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, studentica šeste godine

² Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu,
Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Zagreb

Sažetak

Poznato je da postoji sklonost javljanju nekih bolesti unutar određenih obitelji, sklonost koja nije izravno genetski uvjetovana već nastaje kao posljedica složenog međuodnosa bioloških, socijalnih, okolinskih i obiteljskih čimbenika i koja kod članova obitelji stvara predispoziciju za javljanje neke bolesti. Bez obzira na uzrok bolesti u obitelji, genogram kao poseban oblike medicinske dokumentacije liječniku obiteljske medicine može pomoći u prepoznavanju bolesti i identifikaciji oboljelih u obitelji, a potomstvu dati naznaku da bi se problem mogao razviti.

U radu je prikazan klinički problem iz svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine u kojem je korišten genogram kao dijagnostičko pomagalo u identifikaciji ključnih elemenata potrebnih za bolje razumijevanje i rješavanje problema, odnosno moguću prevenciju javljanja problema u sljedećim generacijama ove obitelji.

Ključne riječi: *genogram, obiteljska medicina, opća praksa*

Summary

There is evidence that some families incline towards development of certain diseases; this tendency is not purely genetic in nature but rather a result of complex interaction between biological, social, enviromental and family factors that provide family members with predisposition for development of the disease. Regardless of the disease cause, genogram represents a specific form of medical documentation that can help general practitioner (GP) to

recognize the presence of a disease in a family, as well as identification of the affected family members, and warn the family descendants about the possible translation to future generations.

This paper discusses the problem from routine family practice point of view, using genogram as a diagnostic tool that helps GP in better understanding and solving the problem, and possible prevention of the issue transmission to the next generation.

Key words: *genogram, family medicine, general practice*

Uvod

Svaka se osoba razvija pod utjecajem emocionalnih i socijalnih odnosa koje uspostavlja s drugim ljudima, posebno članovima svoje obitelji, prijateljima i susjedima. Pojedinač je odraz svoje genetske determinante, subjektivnih i objektivnih odnosa prema sebi, kao i rezultat okoline kojoj je izložen¹. Genogram je svestrano kliničko pomagalo koje pomaže obiteljskom liječniku u integraciji informacija o obitelji u procesu rješavanja problema pacijenta te boljoj skrbi za pacijenta². U kliničku su ga praksu uveli McGolderick i Gerson 1985. godine³, a unutar medicine njime se poglavito služe genetičari, psihijatri, internisti te obiteljski liječnici^{1,2}. Liječnici obiteljske medicine često skrbe o bolesnicima s teškim kroničnim bolestima poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, malignih ili psihičkih bolesti⁴ koje su nerazdruživo povezane s psihosocijalnim prilikama bolesnika². Poznavanje biomedicinskih i psihosocijalnih čimbenika neophodni su u pružanju cjelovite, kontinuirane skrbi za te bolesnike. Genogram predstavlja jedan od mogućih obrazaca medicinske dokumentacije koji omogućuje strukturiran i cjelovit uvid u obilježja članova jedne obitelji kroz više generacija. Genogramom se mogu prikupiti četiri grupe podataka o obitelji: obiteljska struktura, demografski podaci, životni događaji te obiteljski socijalni i zdravstveni problemi^{5,6}.

Svrha genograma je utvrditi prisutnost određenih čimbenika rizika za razvoj bolesti unutar obitelji. Poznato je da postoji sklonost javljanju nekih bolesti unutar određenih obitelji, sklonost koja nije izravno genetski uvjetovana već vjerojatno nastaje kao posljedica složenog međuodnosa bioloških, socijalnih, okolinskih i obiteljskih čimbenika i koja kod članova obitelji stvara predispoziciju za javljanje neke bolesti. Bez obzira na uzrok bolesti u obitelji, genogram kao poseban oblik medicinske dokumentacije liječniku obiteljske medicine može pomoći u prepoznavanju bolesti i identifikaciji oboljelih u obitelji, a potomstvu dati naznaku da bi se problem mogao razviti.

Genogram može uključivati genetske, medicinske, socijalne, kulturološke aspekte, kao i aspekte ponašanja u obitelji¹. Liječnici obiteljske medicine

svakodnevno se susreću s osobama pod rizikom za razvoj različitih kroničnih bolesti; primjerice problemi u braku, razvod braka, problemi roditeljstva i postojanje depresije u obitelji povezani su s većom učestalosti pojavljivanja depresije u potomaka. Stoga život u takvom okruženju treba upozoriti liječnika obiteljske medicine da bi osoba mogla razviti depresiju⁵. Poznato je kako porast broja negativnih životnih događaja pridonosi vjerojatnosti javljanja depresije, ali je nemoguće egzaktno odrediti relativni rizik kojem su pojedine osobe izložene^{6,7}. Upravo genogram kao dijagnostičko pomagalo brzog prikaza ključnih informacija o obitelji, međusobnih odnosa i bolesti unutar obitelji može biti od pomoći liječniku obiteljske medicine u prepoznavanju osoba u skrbi pod rizikom za razvoj depresije i drugih psihičkih bolesti. Istraživanja su pokazala da se genogramom dobije više psihosocijalnih i biomedicinskih informacija nego tradicionalnom obiteljskom anamnezom⁸.

U godinama potpune kompjuterizacije liječničkih ordinacija, genogram kao alat postaje dostupan i jednostavan za korištenje pa ipak se u literaturi nalazi malo podataka o široj upotrebi ovog oblika medicinske dokumentacije u obiteljskoj medicini. Svrha ovog rada je prikazati klinički problem iz svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine te praktičnu primjenjivost genograma u identifikaciji ključnih elemenata potrebnih za rješavanje problema, odnosno moguću prevenciju javljanja problema u sljedećim generacijama.

Ispitanici i metode

U našem prikazu koristili smo standardni medicinski genogram sastavljen od tri generacije jedne obitelji, pridržavajući se standardnih genealoških pravila u izradi genograma. Međusobni obiteljski, socijalni i emocionalni odnosi prikazani su odgovarajućim linijama koje povezuju simbole članova obitelji⁹.

Informacije su prikupljene anamnezom i heteroanamnezom te uvidom u zdravstvene kartone članova obitelji, dok je genogram izrađen u programu GenoPro 2007.

Prikaz slučaja

Bolesnica Đ. K. (rođena J.) 44 godine, udana, majka dvije kćeri (jednoljajčani blizanci). Živi sa suprugom B.K., 48 godina, i kćerima P1.K. i P2.K., 15 godina. U dobi od 19 godina započinju subjektivne tegobe bolesnice Đ.K. (rođ. J.) koje mogu upućivati na disfunkciju štitnjače te je u dobi od 19 do 30

godina više puta učinjena dijagnostička obrada štitnjače koja je bila uredna (vrijednosti hormona štitnjače u krvi, UZV, scintigrafija štitnjače). U dobi od 20 godina provedeno je liječenje u Antituberkuloznom dispanzeru. Sukladno podacima iz zdravstvenog kartona, u dobi od 25 godina prvi je put liječena zbog depresije. Iz blizanačke trudnoće u 29. godini dobiva dvije kćeri P1.K i P2.K. Nakon rođenja djevojčica slijedi period od 10 godina u kojem nema zabilješki u zdravstvenom kartonu o zdravstvenom stanju bolesnice Đ.K. (rođ. J.) izuzev podataka o bolovanjima zbog njege za vrijeme bolesti kćeri. U dobi od 39 godina bolesnici je uklonjena je štitnjača kao oblik liječenja hipertireoze. U dobi od 43 godine bolesnica pokušava suicid, hospitalizirana u psihijatrijskoj klinici u srpnju 2009. godine, dg F25. U prosincu 2009. godine sestra P.A. (rođ. J) je počinila suicid što dovodi do ponovnog pogoršanja psihičkog stanja bolesnice.

Bolesnica je dosad osam puta bila upućena na ocjenu radne sposobnosti pri Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje, no provedenim postupkom utvrđeno je kako invalidnost ne postoji, odnosno da je bolest u fazi liječenja. U skrbi sadašnjeg liječnika obiteljske medicine bolesnica Đ.K. (rođ. J.) i njene kćeri P1.K i P2.K nalaze se od kolovoza 2009. godine. Suprug B.K. je u skrbi drugog liječnika.

Obzirom na mogućnost postojanja obiteljske opterećenosti psihičkim bolestima kod bolesnice Đ.K.(rođ.J.) pristupilo se izradi genograma. Podaci su prikupljeni prilikom dolaska bolesnice Đ.K.(rođ.J.) na kontrolni pregled u ožujku 2010 godine.

Otac F.J. bio je alkoholičar i počinio je suicid u dobi od 42 godine. Đ.K. (rođ. J.) je živjela u neskladnoj obitelji s majkom B.J. i sestrom P.A. (rođ.J.). Majka B.J., 76 godina, je alkoholičar, operirala je ulkus dvanaesnika, a nakon pada i prijeloma potkoljenice razvila je kompleksni regionalni bolni sindrom. Đ.K. (rođ. J.) je u jako lošim odnosima s majkom: "mrze se", kako navodi bolesnica.

O sestri saznajemo posredno, bila je u jako dobrim odnosima sa Đ.K. (rođ J.), bile su "najbolje prijateljice". Sestra P.A. (rođ.J.) je u dobi od 45 godina, u prosincu 2009. godine, počinila suicid, što je dovelo do pogoršanja psihičkog stanja bolesnice Đ.K. (rođ. J.). Ona je u sljedeća tri mjeseca intenzivno praćena učestalim kontrolama psihijatra i obiteljskog liječnika, uz pomoć i podršku supruga i kćeri te je time zasad odgođena potreba za ponovnom hospitalizacijom.

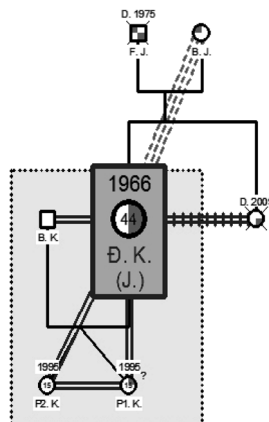
Đ.K. (rođ J.) živi u braku s B. K, 48 god. te navodi kako joj je "obitelj velika podrška kad joj je teško."

Genogram nije potpun bez cjelokupne analize tri generacije u obitelji stoga se pristupilo analizi pojavnosti bolesti u blizanaka P1.K. i P2.K,15 godina. Djevojčice idu u školu i vrlo dobre su učenice. U dobi od 1. do 6. godine

gotovo su svaki mjesec bolovale od respiratorne infekcije, što samo po sebi nije neobično, ali je majka svaki put otvarala bolovanje. Kćeri P1.K. u dobi od 5 godina učinjena je tonzilektomija, u dobi od 8 godina dijagnosticiran tortikolis, a od 15. godine počela je dobivati napadaje "gušenja". Napadi se javljaju u tjelesnom naporu, bez pridruženih drugih simptoma. Trenutno se provodi dijagnostička obrada koja je usmjerena na isključivanje organske prirode bolesti, no obzirom na obiteljsku anamnezu obiteljski liječnik razmatra i mogućnost psihosomatske prirode ovih tegoba. Druga blizanka P2.K. dosad nije teže bolovala. Sukladno evidenciji u zdravstvenom kartonu, obje blizanke su u dobi od 10 godina bile upućene psihologu zbog sumnje na hiperkinetski sindrom u smislu hiperaktivnosti i deficita pažnje. U dobi od 15 godina obje su vrlo dobre učenice, bez znakova za postojanje hiperkinetskog sindroma. Iz medicinske dokumentacije primjećujemo da su sestre uvijek istodobno bolovale, bilo od zarazne ili nezarazne bolesti, te da su obje preboljele po 2 puta vodene kozice i to u kratkom vremenskom periodu.

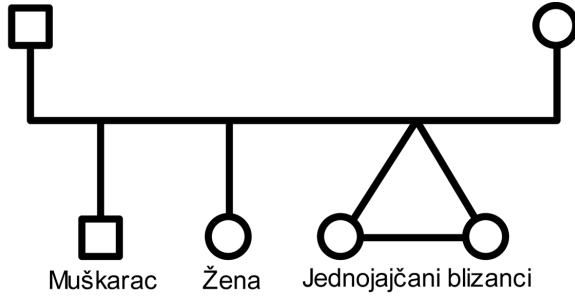
Jedan od mogućih problema u primjeni genograma proizlazi iz dugotrajnosti postupka izrade genograma što se može riješiti na način da pacijenti sami izrade svoj genogram¹⁰. U našem je istraživanju međutim, nakon prikupljanja informacija u obliku uzimanja anamneze, obiteljske anamneze i heteroanamneze te provjere medicinske dokumentacije, postupak trajao samo nekoliko minuta jer je rađen u standardiziranom kompjuterskom programu GenoPro 2007.

Genogram obitelji K prikazan je na slici 1. Svi simboli korišteni u genogramu opisani su u legendi (sl. 2.)

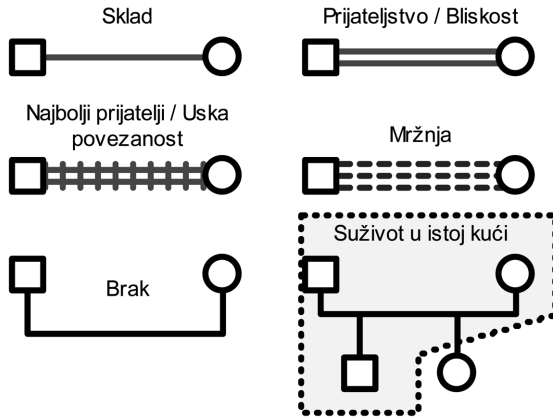


Slika 1. Genogram obitelji K.

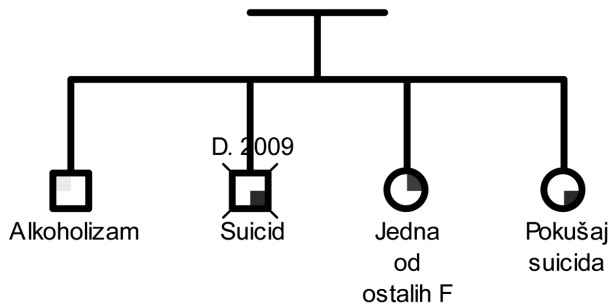
Simboli u genogramu:



Simboli emocionalnih i obiteljskih odnosa:



Simboli bolesti:



Slika 2. Legenda simbola korištenih u izradi genograma obitelji K.

Opis genograma

- Đ.K.(rođ. J.) je tzv. indeksirana osoba, središnja je osoba u genogramu te je označena tamnim i velikim okvirom na tamno-sivoj pozadini.. Ona živi u istoj kući sa suprugom B.K. te kćerima P1.K. i P2.K., što je označeno sivom pozadinom s točkastim obrubom. U jako je dobrim odnosima sa suprugom i kćerima, odnosno vrlo su bliski. Đ.K.(rođ.J.) mrzi svoju majku B.J. Na genogramu još možemo iščitati da je osoba Đ.K.(rođ.J.) pokušala suicid te da ima jednu od F dijagnoza (samo radi jednostavnosti prikaza sve F dijagnoze prema MKB-u osim alkoholizma imaju isti simbol, ali moguće je i drugačije to prikazati ovisno o željama autora genograma). Đ.K.(rođ.J.) je bila najbolja prijateljica svoje sestre P.A. (rođ.J) koja je učinila samoubojstvo.
- Otac F.J. koji je bio alkoholičar, počinio je suicid 1975. godine, u dobi od 42 godine
- Majka B.J., 76 godina, je alkoholičarka u jako lošim odnosima sa svojom kćeri Đ.K.(rođ.J.) (mržnja)
- P1.K. je trenutno u obradi zbog moguće psihosomatske bolesti što je označeno upitnim znakom pored simbola za psihijatrijsku bolest.

Rasprava

U raščlanjivanju složenih obiteljskih odnosa poput ovih iznesenih u prikazu bolesnice Đ.K. (rođ.J.), genogram predstavlja korisno dijagnostičko pomagalo koje omogućava brzi prikaz ključnih informacija o obitelji, međusobnih odnosa i bolesti unutar obitelji. Mnogostruke su koristi genograma u radu liječnika obiteljske medicine, a glavna je prednost svakako preglednost u prikazu mnoštva informacija koje na jednom papiru sažeto prikazuju pacijentovo životno okruženje, podatke iz osobne, obiteljske i socijalne anamneze^{1,2,5,10}. Bolesnica Đ.K. (rođ. J.) nalazi se u skrbi sadašnjeg liječnika obiteljske medicine tek nekoliko mjeseci i do trenutka izrade genograma obiteljski liječnik je imao vrlo slab uvid u obiteljske prilike bolesnice. Kroz strukturiranu formu obiteljskog genograma bolesnica spremnije progovara o problemima primarne obitelji iz koje dolazi kao i o odnosima unutar vlastite obitelji koju je zasnovala, što liječniku omogućava da dobije jasniju sliku obiteljske pozadine problema. Zahvaljujući korištenju genograma, obiteljski liječnik je došao do nekoliko važnih zaključaka koji predstavljaju temelj u planiranju dalje skrbi za ovu obitelj. Prvo, postoji jako opterećujuća obiteljska

anamneza za pojavu psihičkih bolesti unutar ove obitelji obzirom na dva suicida i jedan pokušaj suicida koji su se dogodili unutar dvije generacije ove obitelji. Drugo, alkoholizam u roditelja bolesnice Đ.K. (rođ. J.) može prikrivati neprepoznatu psihičku bolest oba roditelja, a kao oblik ponašanja također se može prenositi na sljedeće generacije. Treće, suprug bolesnice Đ.K. (rođ. J.) je "ključna osoba" unutar obitelji koja je izvor snaga te obitelji i zahvaljujući čijoj podršci je bolesnica uspjela prebroditi pogoršanje psihičkog stanja uvjetovano suicidom sestre uz koju je bila jako vezana. Četvrto, kćerka P1.K. je pod povećanim rizikom za razvoj psihičke bolesti, a pod rizikom je i kćerka P2.K., posebice obzirom na jaku emotivnu povezanost sestara (blizanke) i na vulnerabilno razdoblje puberteta i adolescencije u kojem se nalaze. Zaključno, u daljem planiranju skrbi za bolesnicu Đ.K. (rođ. J.) potrebno je snage usmjeriti na "ključnog člana", odnosno supruga B.K. u zajedništvu s kojim će se provoditi liječenje i rehabilitacija bolesnice. Posebno je važno u dogovoru s ocem pokušati prevenirati, odnosno rano prepoznati i intervenirati u slučaju javljanja bilo kakvih oblika problema ponašanja u djevojčica P1.K. i P2.K. U tom je smislu potrebno kontaktirati njihovog liječnika školske medicine, a u dogovoru s ocem i školskog psihologa i razrednika kako bi bili upoznati s problemom. Obzirom na mogućnost psihosomatskih simptoma u djevojčice P1.K. po dovršetku dijagnostičke obrade, obiteljski liječnik će razmotriti potrebu uključivanja djevojčica u neki oblik obiteljske psihoterapije.

Zaključak

Obzirom na specifičnosti obiteljske medicine, posebno usmjerenost k obitelji¹, genogram kao specifični oblik medicinske dokumentacije koji omogućuje strukturiran i cjelovit uvid u obilježja članova jedne obitelji kroz više generacija, zauzima značajno mjesto u svakodnevnom radu obiteljskog liječnika. Korištenjem računala i kompjuterskih programa znatno je olakšan postupak izrade genograma kao i naknadni unos relevantnih podataka iz obiteljskog života, čime genogram postaje trajan i dinamičan prikaz jedne obitelji. Genogram omogućava identifikaciju ključnih elemenata potrebnih za rješavanje problema u kontekstu sredine iz koje pojedinac potječe i u kojoj živi, odnosno moguću prevenciju javljanja problema u sljedećim generacijama.

Literatura

1. Blažeković-Milaković S. Genealoško breme kao prediktor starenja (doktorska disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1997.
2. Waters I, Watson W, Wtzel W. Genograms, practical tool for family physicians. *Can Fam Physician* 1994; 40: 282-7.
3. McGoldrick XI. Genograms in family assessment. New York: Norton, 1985:39-124.
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2008. godinu. Zagreb: HZJZ, 2009.
5. Like RC, Rogers JC, McGoldrick M. Reading and interpreting genograms: a systematic approach. *J Fam Pract* 1988; 26:407-12.
6. Rogers, JC. Can physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety or depression? *Arch Fam Med* 1994;3:1093-8.
7. Beardselee WR, Versage EM, Giadstone TRG. Children of affectively parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1998; 37:1134-41.
8. Rogers JC, Cohn P. Impact of a screening family genogram on first encounters in primary care. *Fam Pract* 1987; 4:291-301.
9. Wattendorf D, Hadley DW. Family history: the three-generation pedigree. *Am Fam Physic* 2005; 72: 441-8.
10. Rogers JC, Rohrbaugh, M The SAGE-PAGE trial: do family genograms make a difference?. *J Am Board Fam Pract* 1991; 4:319-26.

SMETNJE PONAŠANJA DJECE; ISKUSTVA IZ JEDNE OSNOVNE ŠKOLE

BEHAVIORAL DISTURBANCES IN CHILDREN; EXPERIENCE FROM AN ELEMENTARY SCHOOL

**Danko Fratrić¹, Majda Fratrić², Lada Ribarić-Klarić³,
Kata Karačić⁴, Mladenka Vrcić-Keglević⁵**

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Danko Fratrić, Zagreb

² Odjel za psihijatriju, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb

³ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Lada Ribarić-Klarić, Zagreb

⁴ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Kata Karačić, Zagreb

⁵ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu,
Škola narodnog zdravlja A. Štampar, Zagreb

Sažetak

Cilj ove studije je bio istražiti zastupljenost smetnji u ponašanju i učenju školske djece u dobi između 7 i 10 godina u Osnovnoj školi Vidovec, Markuševačka Trnava, Zagreb, za koje skrbi liječnik obiteljske medicine, radi unapređenja kvalitete vlastitog rada. Izvor podataka predstavljali su osobni zdravstveni kartoni djece. Iz njih su prikupljeni podaci o spolu i dobi djeteta, obiteljskom statusu, ekonomskom stanju obitelji, postojanju duševnih bolesti u obitelji, te o poremećajima ponašanja i učenja. Od ukupno 103 djeteta izdvojeno je 20 učenika koji imaju evidentirane smetnje u ponašanju i učenju (19,4%), od kojih 6 ima ADHD, a tipičnu sliku komorbiditeta ima 6 učenika. U prvom razredu, od ukupno 26 đaka, 2 imaju ADHD ili neurotski poremećaj (7,7%). U drugom razredu, od 25 učenika, 7 ih ima ADHD, dislaliju i/ili poteškoće u čitanju i pisanju (28,0%). U trećem razredu, od 26 učenika, 7 ih ima teškoće u čitanju i pisanju, dislaliju ili neurotske smetnje (26,9%). U četvrtom razredu, od 26 učenika, 4 ima ADHD, a od njih jedan još ima i poteškoće u čitanju i pisanju, slabovidnost i naglušost (15,4%).

Postoje mogućnosti za unaprijeđenje kvalitete rada s ovom populacijom.

Ključne riječi: školska medicina, smetnje ponašanja, učenici

Summary

Aim of this study was to evaluate the prevalence of behavioral and learning disturbances among pupils aged 7-10 years in a Croatian elementary school

(Vidovec, MJakuševačka Trnava, Zagreb), under care of a family physician, in order to improve the quality of her own work. The data were extracted from individual health documentation (age, gender, family general and economic status, family history of mental diseases, and notes on pupils' behavioral, emotional and/or learning disturbances). Between 103 pupils singled out were 20 (19.4%) with evidence of problems in learning or behavior; ADHD was noted in 6, and typical comorbidity in 6. In the first grade, out of 26 pupils 2 have ADHD or neurotic behavior (7.7%). In the second grade, out of 25 pupils 7 have ADHD, dyslalia, and/or writing/reading problems (28%). In the third grade, 7 out of 26 have dyslalia, neurotic behavior, and/or writing/reading problems (26.9%). In the fourth grade, 4 out of 26 have ADHD and/or writing/reading difficulties, or hearing/visual problems (15.4%).

There is enough place to improve quality of care in this population.

Key words: *school medicine, behavior disturbances, pupils*

Uvod

U dječjoj i adolescentskoj populaciji dvije trećine razloga konzultacije predstavljaju teškoće u učenju. U dobi između sedme i trinaeste godine, kada škola postaje najvažniji ambijent, a učenje u školi jedna od temeljnih aktivnosti, najčešću psihopatologiju predstavlja školski neuspjeh¹. Preporuku za obradu učenici dobivaju prvenstveno od liječnika školske medicine, međutim dobivaju i od liječnika obiteljske medicine, a i na osnovi podataka koje daje pedagoško- prosvjetno osoblje škole koju učenik pohađa. Najveći dio tih učenika je iz nižih razreda osnovne škole, a manji, ali ne zanemariv, broj iz srednje, više i visoke škole. Oko 5% učenika ima teškoće u savladavanju školskog programa, a posljedica toga je i neuspjeh u školovanju².

S etiopatogenetskog stajališta, smetnje prisutne u školskom neuspjehu Nikolić dijeli u tri skupine: a) emocijski uzroci, b) instrumentalne smetnje, c) smetnje intelektualnog funkcioniranja¹. Rezultati studija i dosadašnja iskustva pokazuju da je većina psihijatrijski eksploriranih i psihološki obrađenih učenika bila intelektualno sposobna za normalno školovanje, te da tek jedna trećina učenika upućenih na pregled nije u stanju pratiti i savladati školski program zbog intelektualnog deficita. Kako su govor, čitanje i pisanje "instrumenti" za svladavanje školskog gradiva, tako se smetnje u govoru, čitanju ili pisanju nazivaju još i instrumentalnim smetnjama. U govoru može zaostati tepanje ili je govor agramatičan i time nedovoljno razumljiv. Poteškoće u prepoznavanju simbola pojedinih slova i brojki, koje imaju takva djeca, mogu izazvati smetnju u čitanju ili računanju, te ukoliko ih se ne otkrije ili se

ne misli na njih, razlog su školskim neuspjesima ili čak ponavljanju razreda. Ovakva djeca zahtijevaju poseban korektivni pedagoški tretman, tj. redakciju koju kod nas provode defektolozi. Oni su se već za vrijeme studija usmjevali bilo prema korektivnom odgoju govora (logopedi), grafomotornom preodgajanju pri smetnjama pisanja ili čitanja, odnosno, u smjeru psihomotornog odgoja². Iz tog razloga liječnici nastoje usmjeriti pažnju pripadnika prosvjetno - pedagoške struke na emociju i socioemocionalne faktore kao veoma važne u nastajanju i razvijanju teškoća u učenju³. Među emocionalne i socioemocionalne faktore spadaju poremećaji u ponašanju i učenju, te školska fobija.

Impulzivnost i slaba tolerancija na frustracije, te niska razina samopouzdanja osnovne su osobine djece ili adolescenata s poremećajem ponašanja. Takve se osobine mogu skrivati iza pojačane aktivnosti (hiperaktivno dijete). Takvim je pojedincima zajednički slabiji uspjeh u školi u odnosu na njihove mogućnosti. Stopa prevalencije varira između 2 i 10% ili više¹.

Mogući komorbiditet poremećaja uključuje: poremećaj učenja i mentalni deficit, poremećaj pažnje/ hiperaktivni poremećaj (ADHD), anksiozni ili poremećaj afekta, poremećaj povezan s uzimanjem psihoaktivnih tvari.

Fobija od škole je registrirana u nekih 8% učenika^{1,2}. Najčešća je u prvoškolaca, ali se javlja i kasnije. Fobijom nazivamo irealan i pretjeran strah od odlaska u školu ili/i strah od ispita, koji može biti verbaliziran ili se može manifestirati somatskim smetnjama². Separacija od majke, koja je prijeko potrebna da bi dijete moglo ići u školu, često izaziva veliku tjeskobu već prilikom polaska u dječji vrtić ili malu školu. Uobičajeno ponašanje djeteta oboljelog od školske fobije sastoji se u tome da ujutro polazi u školu u uobičajeno vrijeme, usmjerava se prema školi, ali dolaskom pred školska vrata, okreće se natrag, odakle se uputilo. Često se tako može dogoditi da se ovakvo ponašanje djeteta pogrešno protumači kao "markiranje škole", budući da djetetovu tjeskobu ne zapažaju odrasli u njegovoj okolini¹.

Uzrok poremećaja u ponašanju je bio-psiho-socijalni. Biološki čimbenici su najčešće mentalna insuficijencija zbog neuroloških oštećenja i bolesti živčanog sustava, a psihološki čimbenici su povezani uz ličnost djeteta. Socijalni čimbenici su nedostatak uobičajenih emocionalnih veza s obitelji, odbacivanje od strane roditelja, smrt u obitelji, razvod, odsutnost oca, neprimjereno obiteljsko funkcioniranje, kriminalitet u obitelji, strah od kazne, strah od autoriteta, fizička i seksualna zlostavljanja djece, priroda školskog okruženja i slično⁴. Mnoga djeca, koja inače nemaju manifestnih aktualnih teškoća u obitelji, počinju te smetnje dobivati u školi⁵. Tako je primijećeno da neka djeca mnogo strahuju od ocjenjivanja nastavnika te postaju ustrašena i zakočena u razredu, iako nisu bila izložena nekom većem pritisku roditelja,

da postignu što bolji uspjeh⁶. S druge strane, neka djeca imaju osjećaj da nisu dobro prihvaćena u školi, premda za takav osjećaj nemaju pravog razloga⁷.

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati zastupljenost smetnji u ponašanju i učenju školske djece u dobi između 7 i 10 godina u Osnovnoj školi Vidovec, Markuševečka Trnava, Zagreb za koje skrbi liječnik obiteljske medicine.

Ispitanici i metode

Ovo presječno istraživanje spada u grupu evaluativnih istraživanja, pri čemu su se analizirali pokazatelji procesa rada, u ovom slučaju registrirane smetnje ponašanja i učenja djece, a sa svrhom unapređenja kvalitete rada. Ispitanike ove studije predstavljala su sva školska djeca koja pohađaju prva četiri razreda, djeca u dobi od 7 - 10 godina Osnovne škole Vidovec, Markuševečka Trnava, Zagreb, a nalaze se u skrbi liječnika obiteljske medicine. Iz osobnih zdravstvenih kartona prikupljeni su podaci o spolu i dobi djeteta, obiteljskom statusu (bračna zajednica, razvod roditelja, samohrani roditelji, smrt roditelja i usvojenje djeteta), ekonomsko stanje obitelji, postojanje duševnih bolesti u obitelji, te poremećajima ponašanja i učenja (ADHD i deficit pažnje, mucanje, teškoće u čitanju i pisanju, neurotske smetnje, naglušnost i slabovidnost, te sniženo intelektualno funkcioniranje). Također su iz zdravstvenih kartona prikupljeni i podaci da li se djeca liječe ili ne, a ako se liječe koji su postupci liječenja prisutni.

Rezultati

U tablici 1 prikazana je raspodjela ispitanika po dobi i spolu.

Tablica 1. Raspodjela po dobi i spolu djece od 7 do 10 godina OŠ Vidovec.

Dob	Muško	Žensko	Ukupno
7 godina	12	14	26
8 godina	11	14	25
9 godina	12	14	26
10 godina	10	16	26
Ukupno	45	58	103

Od ukupno 103 djeteta koja pohađaju prva četiri razreda OŠ Vidovec, 58 je djevojčica i 45 dječaka. S obzirom na dob raspodjela djece je ujednačena. Od 103 učenika, izdvojeno je 20 učenika koji imaju evidentirane smetnje u ponašanju i učenju (19.4%). Njihove karakteristike su prikazane na tablici 2.

Tablica 2. Karakteristike djece s evidentiranim smetnjama ponašanja i učenja.

Karakteristika	Broj djece (N)	N/ Ukupno
Spol		
Muško	11	11/20
Žensko	9	9/20
Obiteljski status		
Roditelji u braku	13	13/20
Razvedeni	2	2/20
Singl-neudana	1	1/20
Smrt jednog roditelja	2	2/20
Usvojena djeca	2	2/20
Ekonomski status obitelji		
Nizak	9	9/20
Osrednji	6	6/20
Visok	5	5/20
Duševni poremećaji u obitelji		
Nema duševnih poremećaja	5	8/20
Alkoholizam	8	8/20
Duševne bolesti	6	6/20
PSPT	1	1/20
Poremećaji ponašanja i učenja		
ADH i nedostatak pažnje	6	6/20
Govorne poteškoće	6	6/20
Teškoće u čitanju i pisanju	5	5/20
Slabovidnost i naglušost	3	3/20
Višestruke poteškoće	6	3/20
Tip liječenja		
Ne liječi se	4	4/20
Samo kod LOM	4	4/20
Psiholog	7	7/20
Psihijatar	5	5/20
Hospitalizacija	2	2/20

Iako je u cjelokupnom uzorku bilo više djevojčica, poremećaji ponašanja i učenja češće su evidentirani kod dječaka (11/20). Iako su kod najvećeg broja djece roditelji u braku, skoro četvrtina ih ima "atipičan" obiteljski status, bilo da su roditelji rstavljani, samci ili je jedan roditelj poginuo. Također je kod skoro polovine djece ekonomski status obitelji nizak. Prisutnost duševnih poremećaja u obitelji djece je visok. U tri četvrtine obitelji djece najčešće postoji alkoholizam i druge duševne bolesti.

Najčešći zdravstveni problemi djece odnose se na postojanje ADHD i drugih poremećaja pažnje (6/20), govorne poteškoće (6/20), te poteškoće u čitanju i pisanju (5/20). Kod četvrtine djece su prisutne multiple poteškoće. Što se liječenja tiče, četvero djece se uopće ne liječi, a njih četvero se liječi kod liječnika obiteljske medicine. Najveći broj djece je u skrbi psihologa (7/20), petero u skrbi psihijatra, a dvoje djece je bilo i hospitalizirano.

U prvom razredu, od ukupno 26 učenika, 2 učenika imaju dijagnozu ADHD i neurotski poremećaj (7, 69%). U drugom razredu od ukupno 25 učenika 7 ih ima dijagnozu ADHD, dislalije i poteškoće u čitanju i pisanju (28,0%). U trećem razredu od 26 učenika, 7 ih ima teškoće u čitanju i pisanju, dislaliju i neurotske smetnje (26,9%). U četvrtom razredu od ukupno 26 učenika, 4 ih ima dijagnozu ADHD, od kojih jedan još ima i poteškoće u čitanju i pisanju, slabovidnost i naglušost (15, 4%).

Rasprava

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati zastupljenost smetnji u ponašanju i učenju školske djece u dobi između 7 i 10 godina u jednoj osnovnoj školi za koje skrbi liječnik obiteljske medicine. Rezultati istraživanja su pokazali da skoro 20% djece iz te populacije ima evidentiranu neku od poteškoće u ponašanju i učenju. Budući da stopa prevalencije obično iznosi između 2 i 10%, može se zaključiti da se radi o izrazito rizičnoj populaciji školske djece¹. To je i razumljivo jer jedna četvrtina djece dolazi iz "nepotpunih" obitelji, više od jedne polovine iz siromašnih, a skoro dvije trećine iz obitelji u kojima ima duševnih poremećaja. Uočeni su poremećaji u čitanju kod prezaštićene djece preambicioznih roditelja, neželjenje djece i nesigurne zbog konflikata u obitelji ili gubitka roditelja, jer djeca "donose svoju obitelj u školu"^{8,9}.

Najčešći zdravstveni problemi djece iz ovog istraživanja odnose se na postojanje ADH i drugih poremećaja pažnje (6/20), govorne poteškoće (6/20), te poteškoće u čitanju i pisanju (5/20)¹⁰. Kod četvrtine djece su prisutne višestruke poteškoće. Impulzivnost i slaba tolerancija na frustracije, te niska razina samopouzdanja osnovne su osobine djece ili adolescenata s poremećajem

ponašanja¹. Takve se osobine mogu skrivati iza pojačane aktivnosti (hiperaktivno dijete). U neke djece ili adolescenata u osnovi poremećaja ponašanja mogu biti anksioznost ili depresija¹¹. Istraživanja su pokazala da se kod djece sa školskom glavoboljom često radi o prvim simptomima, poglavito iz "naprednih" obitelji, koje pritišće osobita težnja njihovih očeva za uspjehom djeteta⁹. Gdje se počinje s pritiskom uspjeha već u prvim razredima osnovne škole, ostaje toj djeci pokatkad samo bijeg u bolest. Takvim je pojedincima zajednički slabiji uspjeh u školi u odnosu na njihove mogućnosti⁹.

Što se liječenja tiče, četvero djece se uopće ne liječi, a njih četvero se liječi kod liječnika obiteljske medicine. Najveći broj djece je u skrbi psihologa (7/20), petero u skrbi psihijatra, a dvoje djece je bilo i hospitalizirano. Međutim, u niti jednom osobnom zdravstvenom kartonu djeteta nije zabilježeno da se u liječenju ove djece primjenjuje obiteljska terapija. Nedvojbeno je da je u izgrađivanju stava djeteta prema školovanju uloga roditelja neobično važna. Ne umanjujući značaj ostalih činilaca, ipak se mora naglasiti da u najvećem broju učenika s teškoćama u učenju, uzrok smetnji ima korijen u obiteljskom zbivanju⁴. Gledajući tako na problem, neuspjeh jednog člana obitelji tj. učenika, možemo smatrati simptomom disfunkcije čitave obitelji. Ovo dovodi do toga da je metoda izbora u liječenju smetnji u učenju i posljedičnog školskog neuspjeha, multidisciplinarni pristup obitelji. Moguća je, naravno, i individualna psihoterapija, ali nikako bez konzultacije i savjetovanja roditelja.

Ako se već i pojave simptomi "školske bolesti", potrebno je brižljivo razjasniti gdje leže uzroci, jer se samo tako može uspješno terapijski djelovati^{7,12}. Brojni su činioci koji mogu ometati učenje i dovesti do zakazivanja u školi. Ishitrečno bi bilo odgovornost za neuspjeh u potpunosti pripisati samom djetetu i njegovoj obitelji. Isto tako, ni njegova okolina, niti škola, a i način pedagoškog pristupa, se ne mogu smatrati isključivim razlozima. Problem je najčešće kompleksan i treba ga promatrati u svjetlu interakcija različitih činilaca. Teškoće koje se susreću moguće je izbjeći boljim razumijevanjem djetetove ličnosti u cjelini, unutar okoline u kojoj živi, upoznavanjem njegovih nadarenosti ili poteškoća, te otvorenim i skladnim pedagoškim i obrazovnim mjerama⁷, a takav sveobuhvatan pristup je upravo tipičan za liječnika obiteljske medicine. Međutim svakako je potrebna suradnja i sa školom, nastavnikom i pedagogom, te psihologom ukoliko ga ima¹².

Ovo istraživanje je imalo za cilj i evaluaciju rada liječnika obiteljske medicine i to specifičnog područja, zaštite školskog djeteta. Na temelju dobivenih rezultata moguće je formulirati nekoliko aktivnosti važnih za unapređenje kvalitete rada liječnika obiteljske medicine. Tim više što ovaj liječnik ima u skrbi i obitelji djece, a i samu djecu tijekom predškolskog razvoja.

Prvi se odnosi na prevenciju uočenih poremećaja. Naime, pri dolascima roditelja u ordinaciju liječnika zbog uobičajenih zdravstvenih problema ili za vrijeme sistematskih pregleda predškolske djece moguće je na vrijeme uočiti rizične faktore i rizične obitelji⁷. Multidisciplinarnom pristupu liječnika, medicinske sestre, patronažne sestre, socijalne službe, moguće je pomoći takvim obiteljima i spriječiti razvoj smetnji ponašanja.

Drugo, kada su se smetnje već razvile, kao u slučaju dvadesetero djece iz istraživanja, onda je potrebno analizirati koji su uzroci baš u tom slučaju i sukladno djelovati. Treba početi od najjednostavnijih, od neznanja ili slabe informiranosti roditelja, do kompleksnijih kao što je liječenje alkoholičara u toj obitelji. Pri tome će sigurno pomoći i suradnja sa školom, nastavnikom i pedagogom, ali i socijalnim radnikom, što je u ovom slučaju veoma ostvarivo, jer se radi o manjoj sredini u kojoj se ljudi i osobno poznaju¹³. Na kraju, uz povećani osobni angažman moguće je uspostaviti i bolju suradnju s psihologom i psihoterapeutom, te s kolegom liječnikom školske medicine, u čiju će skrb preći ova djeca nakon završena četiri razreda¹⁴.

Literatura

1. Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine. Zagreb: Školska knjiga, 1990.
2. Nikolić S. Svijet dječje psihe. Zagreb: Prosvjeta, 1996.
3. Petković S, Nasakanda P, Kregar J. Prilozi za studij sociologije. Zagreb: Sveučilišna naklada, 1990.
4. Bilić V. Učinci obiteljskih odnosa na školsko funkcioniranje djece. U Vrdoč H, ur. Učenici, učitelji i roditelji zajedno na putu uspješnog odgoja i obrazovanja, Zagreb: Hrvatski pedagoško-književni zbor, 2005:55-74.
5. Bašić J, Kranželić Tavra V. O ponašanjima učenika i njihovoj pojavnosti u školskom okružju. U Bašić, Koller Trbović, Uzelac ur. Poremećaji u ponašanju i rizično ponašanje: pristupi i pojmovi određenja. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2004.
6. Cvitković D, Wagner Jakab A. Ispitna anksioznost kod djece i mladih s teškoćama u učenju. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2006;146:113-20.
7. Jeđud I, Lebedina-Manzoni M. Doživljaj školskog (ne)uspjeha kod djece i mladih s poremećajima u ponašanju. Napredak 2008;149:403-25.
8. Dellmann M, Rouch RL, Shar LYC, Deboer JJ. The teaching of reading. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1978: 42-3.

9. Grgić N. Uloga ličnosti roditelja u neuspjehu ranog adolescenta u školi. Magistarski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1991.
10. Blaži D, Znaor M, Banek Lj. Jezično znanje i auditivno pamćenje kod djece s lošijim školskim uspjehom. *Napredak* 2000;141:468-76.
11. Bumber Ž, Keresteš G, Slaviček M. Depresivnost kod školske djece u odnosu na darovitost, školski uspjeh, spol i dob: *Suvremena psihologija* 2005; 8:7-22.
12. Kranželić-Tavra V. Rizični i zaštitni čimbenici u školskom okružju kao temelj uspješne prevencije poremećaja ponašanja djece i mladeži. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2002;38:1-12.
13. Janković J. Školski socijalni rad. *Napredak* 2002;143:47-59.
14. Jureša V. Zdravstvena zaštita mladih - školska i sveučilišna medicina - prednosti i nedostaci pojedinih modela zdravstvene zaštite. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo (HČJZ)* 2007;3: pristupljeno 12.3.2010. na <http://www.hcjz.hr>

MOGUĆNOSTI PROCJENE KVALITETE RADA PRIMARNE ZAŠTITE TEMELJENE NA IZVJEŠTAJU O RADU (PILOT ISTRAŽIVANJE)

POSSIBLE USE OF PRACTICE REPORT IN QUALITY ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE (PILOT STUDY)

Hrvoje Tiljak¹

¹ Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Hrvoje Tiljak, Zagreb

Sažetak

Svi ugovorni liječnici PZZ su obavezni poslati HZZO-o mjesečni izvještaj o učinjenim uslugama s njihovim popisom i brojem. Iako sadrži iscrpan opis rada, HZZO tom izvještaju posvećuje malo pozornosti. Cilj rada bio je istražiti mogućnosti procjene kvalitete rada temeljne na mjesečnom izvještaju o radu i usporediti taj izvještaj s drugim izabranim pokazateljima funkcioniranja ordinacija. Korišten je namjerni uzorak od 10 liječničkih ordinacija - polaznika poslijediplomskog studija iz obiteljske medicine, koji imaju različiti broj ugovorenih osiguranika. Analizirani su izabrani podaci iz godišnjeg izvještaja za 2009. godinu temeljeni na mjesečnim izvještajima. Za prikaz realnog opterećenja ordinacije dizajniran je poseban izračun, temeljen na vrijednosti glavarine za pojedine dobne skupine u istoj godini. Ni jedan od praćenih podataka iz izvještaja (ukupni godišnji broj usluga, broj pregleda, broj izdavanja recepata i uputnica bez pregleda, te broj DTP-a) nije se uspio povezati s brojem ugovorenih osiguranika niti s korigiranim brojem osiguranika obzirom na dobnu strukturu. Izračun indeksa kroz omjer broja postupaka, broja pregleda, broja izdavanja recepta i uputnica, te broja DTP-a po osiguraniku također nije pokazao povezanost s izračunom opterećenja ordinacije. Rezultati obrade malog broja ordinacija ukazuju na velike razlike u tako prikazanim djelatnostima. Izračuni ponuđeni na osnovi samo četiri podatka (ukupni broj usluga, broj pregleda, broj izdavanja recepata i uputnica bez pregleda, te broj DTP-a) su ipak pokazali rezultate iskoristive za procjenu kvalitete rada. Neuspjeh u stvaranju poveznica promatranih podataka s brojem ugovorenih osiguranika i s relativnim opterećenjem ordinacije ukazuje na potrebu za daljnjim istraživanjima.

Ključne riječi: obiteljska medicina, sadržaj rada liječnika, kvaliteta rada, izračun opterećenja ordinacije, postupci u PZZ

Summary

Each primary health care (PHC) practitioner must send to Croatian Institute of Health Insurance (CIHI) a monthly report of delivered services. Regardless of important data in such a report, CIHI does not analyze these facts. Aim was to test usefulness of monthly practice report in quality assessment comparing these with other practice parameters. A sample of 10 practices with postgraduate trainees in family medicine was analyzed (2009 annual reports with 12 monthly reports). Practice workload index was derived from capitation fees for different age groups in 2009 contract. None of the observed data from practice reports (total number of procedures, of medical examinations, of prescriptions and referrals issued without consultation and number of extra-paid DTPs) did correlate to patient list size nor to practice workload index. Extra indexes derived from the number of procedures, medical examinations, prescriptions and referrals, and extra-paid diagnostic-therapeutic procedures per listed patient showed no correlation with practice workload index as well. Results of this small sample showed broad fluctuations between the indexes derived from practice report on four data (procedures, examinations, prescriptions, referrals, and extra-paid DTPs), and between the extra indexes. Nevertheless, the practice report could be useful for quality assessment if properly prepared/evaluated.

Key words: family medicine, quality of care, practice report/workload index, GP/FP task profile, procedures in GP/FP

Uvod

Među izvještajima koje ugovorni liječnik mjesečno dostavlja Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) najdužu tradiciju ima izvještaj o učinjenim uslugama tijekom mjeseca. Izvještaj sadrži popis i broj usluga koje su pružene osiguranicima HZZO-a zajedno s brojem bodova prema popisu postupka i pripadajućim normativima. Taj izvještaj je važan jer dokazuje koliko je ugovorni liječnik radio tijekom prošlog mjeseca - i time stekao pravo na naknadu prema ugovoru s HZZO-om. Drugim riječima, taj izvještaj je dokaz i/ili račun kojim ugovorni liječnik pokazuje da poštuje ugovorne obaveze prema poslodavcu i kvalificira ga da ostvari pravo na plaću kroz glavarinu - svoj glavni izvor mjesečnog prihoda.

Koliko god taj izvještaj bio važan, godinama opada pozornost koja se tom izvještaju posvećuje. Osobito iznenađuje stupanj pozornosti koje HZZO posvećuje tom izvještaju, odnosno potpuna nezainteresiranost istog

za detalje iz tog izvještaja. Izvještaj o stopi bolovanja, izvještaj o naplati participacije su ostali važni, ali mjesečni izvještaj o učinjenom radu je postao gotovo nevažan. Sadržaj i veličina tog izvještaja trebali bi biti zanimljivi i ostalim strankama u sustavu zdravstva: kreatorima zdravstvene politike, lokalnim tijelima uprave koji se bave pitanjima zdravstva, profesionalnim organizacijama medicinskih radnika, proizvođačima i dobavljačima opreme i potrošnog materijala u zdravstvu i drugima. Izvještaj njima nudi odgovor na pitanje je li ordinacija rentabilna (radi li ordinacija s malim brojem osiguranih, pruža li veliki ili mali broj usluga), koje usluge osiguranici traže i što mogu dobiti u ordinaciji koliko zaista rade medicinski profesionalci (je li to pretjerano ili ne rade dovoljno), koja oprema i potrošni materijal su potrebni kako bi odgovarajuće pratili potrebe ordinacije. Izgleda da nitko nije zainteresiran za taj izvještaj, a tužna sudbina izvještaja je da bude redovito ispunjen, dostavljen, i zaboravljen.

Jedini koji još uvijek pokazuju stanoviti interes za taj izvještaj su sami ugovorni liječnici obiteljske medicine¹. Na stručnim skupovima se prikazuju radovi temeljeni na tom izvještaju, pokušava se unaprijediti logika tog izvještaja, procijeniti kvalitete rada i slično²⁻⁴. Postoje čak pokušaji strukturiranja podataka iz tog izvještaja za sustavnu procjenu kvalitete rada⁵⁻⁷.

Ovaj rad slijedi taj niz i pokušava zagovarati analizu događanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) na osnovi podataka koji se dobiju glavnim izvještajem o radu. Logika tog nastojanja izvire iz činjenice da te izvještaje redovito mjesečno popunjavaju tisuće ugovornih liječnika i da se ta masa podataka mora adekvatno cijeliti iz prethodno opisanih razloga. U radu će se pokušati na jednostavan način pokazati kako se, koristeći samo mali dio podataka koje izvještaj sadrži, može doći do izuzetno ilustrativnih informacija o onome što se događa u pojedinoj ordinaciji.

Cilja rada

Ispitati mogućnosti procjene kvalitete rada temeljne na mjesečnom izvještaju o radu i usporedbi s drugim izabranim pokazateljima funkcioniranja ordinacija. Pri tome se naglašava potreba izbora jednostavnih i lako dostupnih podataka u postizanju tog cilja.

Metodologija

Za istraživanje su korišteni izabrani podaci iz izvještaja deset ugovornih liječnika obiteljske medicine HZZO-a u 2009. godini. Ti liječnici su

polaznici poslijediplomskog specijalističkog studija iz obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu školske godine 2009/2010. U sklopu "Unapređenje kvalitete rada" polaznici su imali obvezu pripremiti seminarski rad kojim opisuju vlastitu ordinaciju *audit* metodom. Koristili su mjesečne izvještaje o radu kao zbir izvještaja za jednogodišnji period. godini. Za potrebe istraživanja analizirani su podaci:

- broj i dobna struktura populacije
- ukupan broj ostvarenih postupaka/usluga
- ukupan broj pregleda ostvarenih
- ukupan broj postupaka propisivanja recepta i uputnica bez pregleda
- ukupan broj DTP postupaka

Istraživanje je vršeno u ordinacijama s različitim brojem ugovorenih osiguranika: od ordinacije koja je u uzorku imala najmanji broj ugovorenih osiguranika do ordinacije koja je imala najveći broj. Iz konačnog uzorka su izbačene ordinacije čiji prikazi nisu sadržavali sve potrebne podatke, a zamenjeni su prikazima ordinacija s najbližim brojem ugovorenih osiguranika koji su sadržavali sve potrebe podatke. Konačni uzorak je namjerni uzorak od 10 ordinacija različitog broja ugovorenih osiguranika koje su osigurale sve potrebne podatke za istraživanje.

Prikupljeni podaci su razvrstani korištenjem računalnog programa te pohranjeni u Excel bazu podataka. Podaci su analizirani deskriptivnom statističkom metodom na način da su izračunati omjeri izabranih podataka za svaku ordinaciju posebno.

Rezultati

Raspon ugovorenih osiguranika u deset ordinacija obiteljske medicine kretao se od 1229 do 2336 osiguranika u 2009. godini. Popis broja ugovorenih osiguranika u analiziranim ordinacijama i pripadajući broj ostvarenog ukupnog broja postupaka prikazuje tbl 1.

Iz tablice je vidljivo da broj godišnje učinjenih postupaka ne prati porast broja ugovorenih osiguranika. Ordinacija s najmanjim brojem postupaka nije i ordinacija s najmanjim brojem osiguranika: ordinacija 7 ima natprosječan broj osiguranika (1844) i najmanji broj postupaka u 2009. godini (8652). Ordinacija s najmanjim brojem ugovorenih osiguranika ima prosječan broj ostvarenih postupaka: ordinacija 1 ima 1229 ugovorenih osiguranika i 10903 postupaka godišnje što je peti ostvareni rezultat u redoslijedu analiziranih ordinacija. Konačno, ordinacija 5 i 6 imaju gotovo identičan broj ugovorenih

osiguranika (1758 i 1759) i razliku od preko 5000 postupaka učinjenih godišnje.

Tablica 1. Broj ugovorenih osiguranika i pripadajući ukupni broj postupaka u 2009.

Ordinacija	Ugovorenih osiguranika	Ukupno postupaka
1	1229	10903
2	1374	13337
3	1511	9788
4	1633	9503
5	1758	9090
6	1759	14179
7	1844	8652
8	1964	20159
9	2269	20938

Radi otklona utjecaja dobne strukture na rezultate iz godišnjih izvještaja iskorištena je shema relativne vrijednosti osiguranika iz ugovora za 2009. godinu⁸. Godišnji novčani iznos glavarina za pojedine dobne skupine stavljen je u relativni odnos s drugim dobnim skupinama tako da je indeks 1 imala najveća dobna skupina (od 18 do 45 godina). Detalji su prikazani u tbl. 2.

Tablica 2. Metodologija izračuna relativnog ukupnog broja osiguranika.

Dobna grupa	Broj ugovornih osiguranika (A)	Relativna vrijednost (B)	Umnožak A x B
0-7		1,88	
7-18		0,77	
18-45		1	
45-65		1,35	
65 i više		1,71	
Ukupno ugovorenih		Ukupni relativni broj	

Broj ugovorenih osiguranika u pojedinoj dobnoj skupini množi se s relativnom vrijednošću osiguranika prema prethodnom izračunu. Zbrajanjem umnožaka dobiva se ukupni relativni broj osiguranika. Tako se dobije korigirani broj osiguranika, a predstavlja stupanj opterećenja ordinacije s obzirom

na dobnu strukturu populacije. Kada se korigirani broj uvrsti u analizu, dobiju se odnosi koji su prikazani u tbl. 3.

Tablica 3. Ugovoreni osiguranici, korigirani broj osiguranika i pripadajući postupci.

Ordinacija	Ugovorenih osiguranika	Korigirani broj	Ukupno postupaka
1	1229	1735	10903
2	1374	1910	13337
3	1511	1767	9788
4	1633	1980	9503
5	1758	2376	9090
6	1759	2265	14179
7	1844	1850	8652
8	1964	2610	20159
9	2269	2782	20938
10	2336	2848	17522

Iz tablice je vidljivo da se u ordinaciji 1 znatnije povećao broj osiguranika prilikom korekcija (od 1229 do 1735), što objašnjava nešto više postupaka (10930) od ordinacije 3 (9788 postupaka) koja se prema korigiranom broju nije značajnije mijenjala (od 1511 do 1767). Pri korekciji, ordinacija 1 se gotovo izjednačila s ordinacijom 3 u korigiranom broju osiguranika (1735 nasuprot 1767 osiguranika). Veliki skok pri korekciji broja osiguranika uočljiv je u ordinaciji 2 (od 1374 na 1919), što odgovara većem broju postupaka zabilježenom u toj ordinaciji. Za ordinaciju broj 7 se korigirani broj nije bitno razlikovao od osnovnog (1844 prema 1850), ali se i uz korekciju broja osiguranika nije uspjelo objasniti zašto ima najmanji broj usluga. Najveći skok pri korekciji je zabilježen u ordinaciji 5: sa 1758 na 2376 što je skok za 618. Istovremeno, ista ordinacija je učinila skroman broj od 9090 postupaka - predzadnji rezultat između svih ordinacija prema redosljedu učinjenih postupaka. Zaključno, uzimanje u obzir korigirani broj nije se ujednačio redosljed opterećenja ordinacija s redosljedom učinjenih postupaka. Struktura postupaka u usporedbi s korigiranim brojem osiguranika prikazana je u tbl. 4.

Tablica prikazuje sadržaj postupaka u ordinacijama: pregleda, izdavanja recepata i uputnica bez pregleda, a posredno govori i o broju ostalih postupaka koje su ordinacije učinile. Uočljive se velike razlike u udjelu pregleda

u ukupnom broju postupaka: od 31.9% u ordinaciji 2 do 95.8% u 9-oj ordinaciji. U samo tri ordinacije (ordinacija 2 sa 31,9; 3 sa 37.1 i 8 sa 39,4%) broj pregleda čini manje od pola svih postupaka. Ordinacija 3 je učinila 9788 postupaka od čega je 37,1% i 62,8% izdavanja recepata i uputnica bez pregleda, što znači da ne radi druge postupke osim pregleda i izdavanja recepata i uputnica bez pregleda. Isto vrijedi, ali u manjoj mjeri i s obrnutim omjerom za ordinaciju 5 (61.1% pregleda i 35,2% izdavanja recepata i uputnica bez pregleda). Ordinacija 2 s ukupnim brojem od 13337 postupaka nudi obilje ostalih postupaka, jer uz 31,9%-tni udjel pregleda i 48,1%-tni udjel izdavanja recepata i uputnica bez pregleda, ostaje 20% za udio ostalih postupaka. Zanimljiva je i ordinacija 4 s izrazito malim udjelom izdavanja recepata i uputnica bez pregleda (5,7%), ali sa samo 2,5% udjela za ostale postupke.

Tablica 4. Korigirani broj ugovorenih osiguranika i udio pojedinih postupaka.

Ordinacija	Ugovorenih osiguranika	Korigirani broj	Ukupno postupaka	Pregleda (%)		Samo Rp/up (%)	
1	1229	1735	10903	6061	55,6	3086	28,3
2	1374	1910	13337	4361	31,9	6415	48,1
3	1511	1767	9788	3637	37,1	6151	62,8
4	1633	1980	9503	8726	91,8	547	5,7
5	1758	2376	9090	5551	61,1	3200	35,2
6	1759	2265	14179	8757	61,8	3445	24,2
7	1844	1850	8652	5013	57,9	2058	23,7
8	1964	2610	20159	7952	39,4	8253	40,9
9	2269	2782	20938	20063	95,8	5018	23,9
10	2336	2848	17522	11659	66,5	4646	26,5

Ordinacija 9 s velikim ukupnim brojem usluga (20938) ima najveći udio pregleda (95,8%), ali i značajni udio izdavanja recepata i uputnica bez pregleda (23.9%). Na prvi pogled je jasno da statistika ove ordinacije ne štima, odnosno da bilježenje podataka o postupcima nije provedeno na primjereni način.

Kako bi se osigurao dodatni uvid u sve postupke učinjene u promatranim ordinacijama, u prikaz su uvršteni i DTP postupci. Tablica 5 pokazuje apsolutne brojeve postupaka učinjenih u sklopu dva načina izvještavanja.

Podaci iz tablice ukazuju na raspodjelu broja DTP-a koja ne odgovara niti izvornom niti korigiranom broju osiguranika. Najveći broj DTP-a zabilježen

je u ordinaciji 5 s prosječnim brojem ugovorenih osiguranika (1758), ali velikim skokom pri korekciji opterećenja: skok za 618 na korigirani broj od 2376. U usporedbi s ordinacijom 6 koja ima gotovo isti izvorni broj osiguranika (1758 i 1759) i skromnu razliku u korigiranom broju (2376 i 2265) peta ordinacija ima gotovo trostruko veći broj DTP-a (4322 nasuprot 1504).

Tablica 5. Korigirani broj ugovorenih osiguranika i ukupni broj pojedinih postupaka.

Ordinacija	Ugovorenih osiguranika	Korig. broj	Ukupno postupaka	Pregleda	Samo Rp/up	DTP
1	1229	1735	10903	6061	3086	662
2	1374	1910	13337	4361	6415	1382
3	1511	1767	9788	3637	6151	1109
4	1633	1980	9503	8726	547	2077
5	1758	2376	9090	5551	3200	4322
6	1759	2265	14179	8757	3445	1504
7	1844	1850	8652	5013	2058	324
8	1964	2610	20159	7952	8253	1249
9	2269	2782	20938	20063	5018	988
10	2336	2848	17522	11659	4646	1593

Ordinacija 9 velikog opterećenja (korigirani broj 2782) i s velikim brojem ukupnih postupaka (20938) ima značajno mali broj DTP-a (988) u usporedbi s drugim ordinacijama. Detaljnim pregledom podataka iz tablice uočljivo je da broj DTP-a ne odgovara niti izvornom niti korigiranom broju osiguranika, ali ni ukupnom broju postupka.

Svaki broj promatranih postupaka postavljen je u relativni odnos s korigiranim brojem osiguranika. Konačni izračun pokazuje koliko pojedinih postupaka je učinjeno godišnje po ugovorenom osiguraniku nakon korekcije broja osiguranika po dobi. Rezultati u prikazani u tbl. 6.

Iznosi indeksa ukupnih postupaka po korigiranom broju osiguranika variraju od 4,7 do 7,7 uz prosječnu vrijednost 5,9. Indeksi koji se odnose na broj pregleda po osiguraniku variraju od 2,1 do 7,2 s prosječnom vrijednošću 3,5. Ukoliko se izuzme ekstremni podatak u ordinaciji 9 za koju ordinaciju su se podaci pokazali neprecizni (vidi tbl. 4), onda indeksi variraju od 2,1 do 4,4 uz prosječnu vrijednost 3,1. Iznosi indeksa za izdavanje recepata i uputnica

bez pregleda variraju desetostruko: od 0,3 do 3,2. Kada se izuzme ekstremna vrijednost od 0,3 i tada je varijacija veća od trostruke: od 1,1 do 3,5. Varijacije u indeksima vezanim za DTP su također visoke: od 0,2 do 1,8 što iznosi devetostruko uvećanje. Može se primijetiti da varijacije vezane za ukupan broj postupaka i broj pregleda postoje, ali da su značajno manje nego varijacije vezane za izdavanje recepata i uputnica bez pregleda i DTP-a.

Tablica 6. Korigirani broj ugovorenih osiguranika i relativni indeksi za postupke.

Ordinacija	Korig. broj	Ukupno postupaka	Pregleda	Samo Rp/up	DTP
1	1735	6,3	3,5	1,8	0,4
2	1910	7,0	2,3	3,4	0,7
3	1767	5,5	2,1	3,5	0,6
4	1980	4,8	4,4	0,3	1,0
5	2376	3,8	2,3	1,3	1,8
6	2265	6,3	3,9	1,5	0,7
7	1850	4,7	2,7	1,1	0,2
8	2610	7,7	3,0	3,2	0,5
9	2782	7,5	7,2	1,8	0,3
10	2848	6,1	4,1	1,6	0,6

Valja uočiti da se redosljed visine indeksa nije uspio povezati s redosljedom ordinacija po korigiranom broju osiguranika u niti jednoj od promatranih elemenata. Tako ordinacija 1 i ordinacija 10, koje se značajno razlikuju po izvornom i korigiranom broju osiguranika ne bilježe gotovo nikakve razlike u indeksima: 6,3 nasuprot 6,1 indeks ukupnih postupaka; 1,8 nasuprot 1,6 indeks za izdavanje recepata i uputnica bez pregleda; te 0,4 nasuprot 0,6 indeks DTP-a.

Rasprava

Rezultate istraživanja ograničava namjerni uzorak i mali broj ispitivanih ordinacija. Međutim, cilj istraživanja ne predstavlja analiza stanja u obiteljskoj medicini Hrvatske, nego testiranje mogućnosti za korištenje određenog skupa podataka za provjeru kvalitete rada. Testiranje nije provedeno na simuliranom modelu kabinetskim formiranjem hipotetskih ordinacija i podataka,

nego su korišteni realni podaci iz realnih ordinacija. Time su ostvareni uvjeti za zapažanja koja se istraživanjem na modelu ne bi mogla uočiti. Primjer je ordinacija 9 za koju podaci ne prolaze logičku kontrolu jer zbroj pojedinih postupaka prelazi zbroj ukupnih postupka (vidi tbl. 4). Nadalje, rezultati malog broja ordinacija ukazale su na postojanje velikih razlika, što jasno upućuje na još značajnije razlike u većem uzorku. Time je ovo pilot istraživanje ispunilo svrhu i pokazalo mogućnost razvoja istraživanja ovog tipa.

U istraživanju je korištena metodologija izračuna korigiranog broja osiguranika kao mjera za opterećenje ordinacije, odnosno za ujednačavanje potreba populacija pojedinih ordinacija veznih za dob osiguranika⁸. Logika tog izračuna prikazanog u tbl. 2 slijedi procjenu HZZO-ovih kriterija za zdravstvene potrebe pojedinih populacijskih skupina u PZZ-u. HZZO je shodno analizi svojeg poslovanja predvidio godišnji trošak za rad ugovornog liječnika PZZ dodijelivši svakoj dobnoj skupini određeni iznos. Bez ulaska u analizu te cijene i načina njenog izračuna, ona je prihvaćena kao mjerilo opterećenja poslom ordinacije prema udjelu pojedinih dobnih skupina u ukupnom broju ugovorenih osiguranika. Moguće je da je neadekvatnost izračuna HZZO-a utjecala na rezultate istraživanja. Ipak, obzirom na analitiku i podatke kojim HZZO-a raspolaže, kao i nepostojanja odgovarajućeg podatka iz drugog izvora, njihovi izračunu su korišteni kao polazna osnova bez ograničenja.

Istraživanje je pokazalo brojne razlike koje nisu do kraja objašnjene. Pokazala se potreba da se detaljnije ispituju fenomeni kao što su:

- povezanost stupnja opterećenja ordinacije s ukupnim brojem pruženih usluga
- povezanost stupnja opterećenja ordinacije s izborom usluga koje pruža (utječe li porast opterećenja na smanjivanje broja pregleda i porast izdavanja recepata i uputnica bez pregleda)
- povezanost stupnja opterećenja ordinacije s mogućnošću ponude DTP-a (utječe li porast opterećenja na smanjivanje mogućnosti ponude DTP-a ili obrnuto)
- međuodnos i povezanost pojedinih postupaka uključujući DTP postupke, i drugo.

Ponovo, traganje za uzročno-posljedičnim vezama nije niti bio cilj istraživanja. Shodno cilju istraživanja prvenstvo je dano testiranju jednostavnih i lako dostupnih podataka za provjeru sadržaja rada ugovornih liječnika. Zbog toga je puna pozornost usmjerena na analizu osnovnih podataka koji se redovito skupljanju i koji su dostupni na mjesečnoj bazi. Izračuni koji su ponuđeni na osnovu samo četiri podatka (ukupan broj usluga, broj pregleda, broj izdavanja recepata i uputnica bez pregleda, te broj DTP-a) pokazali su

zanimljive rezultate korisne za daljnju analizu. Daljnjim izračunima dobivenim postavljanjem ovih podataka u relativne odnose može se doći do novih izračuna koji bi unaprijedili spoznaje o načinu rada, primjerice odnos DTP-a prema ukupnom broju usluga. Također, uvrštenjem drugih podataka koji se redovito skupljaju i njihovim stavljanjem u relativne odnose moglo bi se doći do novih vrijednih podataka, primjerice broj izdanih obrazaca recepata u odnosu na broj usluga izdavanja recepata i uputnica bez pregleda.

Činjenica da se nije uspjela utvrditi poveznica promatranih podataka s brojem ugovorenih osiguranika i s relativnim opterećenjem ordinacije izražene korigiranim brojem osiguranika ukazuje da treba tragati za drugim elementima. Postojanje takozvane "sive zone" uvijek traži analizu i predstavlja privlačan izvor za istraživanja. Kada se radi o tako važnom predmetu istraživanja kao što je korištenje zdravstvene zaštite, odnosno kvalitete zaštite osigurane kroz PZZ, tada je istraživanje osobito potrebno. Istraživanje ukazuje da mjesečno izvješće predstavlja potentnu bazu podataka koja nudi obilje korisnih informacija, ako se analizi tog izvješća pristupi s primjerenim interesom i racionalnim korištenjem⁹. Ovo pilot istraživanje je ispunilo svrhu ako je otvorilo ulaz u širu analizu mjesečnog izvješća i sustavnu analizu izvršenog rada u PZZ temeljenog na dostupnim podacima.

Literatura

1. Tiljak H. Analysis of the practice annual reports. U Alles V, Makele M, Persson L, Seuntjes L ur. Tools and methods for quality improvement in general practice. EQUIP 1998: 41-2.
2. Lešić Jančić A. Moja ordinacija - ordinacija Lastovo. Med Fam Croat 2008;16:67-82.
3. Mazzi B. Kako kontrolirati svoj rad u ordinaciji obiteljske medicine. U: Mazzi B, ur. Zbornik radova VI. kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora. Rovinj: HDOD, 2006: 57-85.
4. Tiljak H, Mustajbegović J, Ivanković D, Kujundžić Tiljak M. Izgradnja sustava osiguranja kvalitete rada u zdravstvu - preliminarno izvješće. Zbornik radova VIII. kongresa obiteljske medicine. Opatija: HUOM, 2001:240-8.
5. Završno izvješće Stručne radne skupine za koordinaciju, praćenje i usmjeravanje reforme zdravstva u obiteljskoj medicini <http://www.huom.org/index.php>

6. Benović N, Tiljak H, Buljan J. Ispitivanje mogućnosti prosudbe kvalitete rada u općoj medicini temeljene na izvješću o radu. Zbornik radova Dani primarne zdravstvene zaštite. Labin: DZ Labin, 1994:137-48.
7. Jurković Lj, Par-Judaš V, Tiljak H. Osobna karta liječnika opće medicine. Med Fam Croat 2007;15:11-9.
8. Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za 2009. godinu http://www.hzzo-net.hr/dload/upravno_vijece/2008/63_sj_20081230_04.pdf
9. Tiljak H. Indikatori kvalitete rada liječnika obiteljske medicine. Med Fam Croat 2010;18 (u tisku).

IZAZOVI REORGANIZACIJE HITNE MEDICINSKE SLUŽBE U REPUBLICI HRVATSKOJ

CHALLENGES TO EMERGENCY MEDICAL SERVICE REARRANGEMENT IN CROATIA

Maja Grba-Bujević¹, Maša Bulajić¹

¹ Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Sažetak

Reorganizacija hitne medicinske službe dio je Nacionalne strategije razvitka hrvatskog zdravstva 2006. - 2011. godine. Izazovi su na razini izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe (HMS). Postojeća organizacija izvanbolničke hitne medicinske pomoći (HMP) neujednačena je po županijama, nema kriterija hitnosti, a medicinska oprema i vozila nisu standardizirani. U bolnicama je najčešće organizacija hitnog prijama unutar svake bolničke djelatnosti. Neujednačenost sadašnje organizacije ne ispunjava temeljne zahtjeve optimalnog funkcioniranja HMS: jednakost, dostupnost, učinkovitost i opremljenost, što je pokrenulo reorganizaciju s ciljem jednake kvalitete i dostupnosti HMS u svim dijelovima Republike Hrvatske, kroz poboljšanje učinkovitosti i ishoda sustava hitne medicine: povećanje usklađenosti u standardima usluga među županijama, povećanje učinkovitosti i brzine reakcije izvanbolničke HMP i poboljšanje učinkovitosti hitnih prijama u ciljanim bolnicama.

Reorganizacija podrazumijeva novi način organizacije, specijalizaciju iz hitne medicine liječnika, propisanu izobrazbu iz tog područja medicinskih sestara/tehničara i vozača, standardizaciju medicinske opreme i vozila, kao i izradu smjernica/protokola/algoritama postupaka zbrinjavanja. Glavni ciljevi su 200 liječnika specijalista hitne medicine kroz 5 godina od početka provođenja reorganizacije, te vrijeme dolaska do pacijenta i do bolnice unutar propisanih standarda za urbana i za ruralna područja.

U članku se opisuju do sada ostvareni planovi i obrazlažu predstojeći koraci.

Ključne riječi: hitna medicina, RH, reorganizacija

Summary

Reorganization of emergency medical services (EMS) is part of the National Strategy for the development of the Croatian Health, 2006-2011. The challenges are on the level of pre-hospital and hospital EMS. Existing organization of pre-hospital EMS is uneven by counties, there are no criteria of urgency, and medical equipment and vehicles are not standardized. In hospitals, emergency admission is organized within different wards. Disparity of present organization does not meet the basic requirements of the EMS optimal functioning: equity, accessibility, efficiency and equipment, which has launched the reorganization of EMS. The aim of this rearrangement is equal quality and accessibility of EMS throughout the country, by increasing efficiency and outcome of the EMS system: standardizing the services across counties, speeding pre-hospital EMS response, and improving pre-hospital and hospital EMS efficiency.

Reorganization involves a new way of organization, including specialization in EM for doctors, education in EM medicine for nurses/technicians and drivers, standardization of medical equipment and vehicles, as well as development of guidelines/protocols/algorithms related to the EM procedures. The main goals are 200 physicians-specialists in EM through 5 years from the beginning of implementation, and time limits of arrival to the patient and to the hospital within the prescribed standards for urban and rural areas.

This article describes the objectives achieved so far and explains the upcoming steps.

Key words: *emergency medicine, Croatia, reorganization*

Uvod

Hitna medicina je specijalnost u kojoj se zbrinjava akutno bolesne i/ili ozlijeđene osobe koje trebaju neodgodivu medicinsku pomoć. Hitna medicina temelji se na znanjima i vještinama prevencije, dijagnoze i liječenja akutnih i hitnih aspekata bolesti i ozljeda ljudi svih dobnih skupina, kako tjelesnih tako i psihičkih tegoba¹.

Začetnikom hitne medicine smatra se francuski vojni kirurg Dominique Jean Larrey koji je u vrijeme francuske revolucije ustanovio strategiju hitnog zbrinjavanja i prijevoza ozlijeđenih od bojišnice do stacionarnog mjesta, tj. poljske bolnice, gdje je bila moguća efikasna skrb u uvjetima tadašnjeg vremena i prostora. Dominique Jean Larrey educirao je ekipe vozača,

mrtvozornika i čistača, na taj način stvarajući preteče današnjih timova izvanbolničke hitne medicinske službe.

Vremena su se mijenjala, uvjeti su postajali drugačijima, znanja i vještine bilježile su napredak, no sve do danas zadržala se podjela hitne medicine na izvanbolničku hitnu medicinu i na hitni bolnički prijam.

U svakodnevnom radu liječnika hitne medicine zastupljen je dio znanja i vještina opće i obiteljske medicine, jednako kao i dio znanja i vještina iz interne medicine, kirurgije, neurologije, pedijatrije, psihijatrije, infektologije, otorinolaringologije, ginekologije i porodiljstva te ostalih područja. Već se iz navedenog iščitava da je hitna medicina struka koja zahtjeva kompleksno znanje i vladanje naprednim vještinama, poput otvaranja i/ili održavanja dišnog puta (anesteziologija), zbrinjavanja rana (kirurgija) i/ili prijeloma (ortopedija), zbrinjavanja srčanog zastoja (interna), pa do stranog tijela u dišnom putu i epistakse (ORL) ili poroda (opstetricija). Liječnik hitne medicine zna koliko su za dobro obavljanje posla nužne adekvatne psihofizičke predispozicije i sposobnost dobrog podnošenja stresa, neočekivanih situacija i teških prizora. Međutim, završen medicinski fakultet, osobni preduvjeti i dobra volja nisu dovoljni za kvalitetno obavljanje ovog izrazito odgovornog i napornog rada, gdje sekunde presuđuju o životu pacijenta i o kvaliteti preostalog života spašene osobe. Čak niti izvrsno poznavanje bilo koje od navedenih ili drugih kliničkih grana medicine nije dostatno za potpuno zbrinjavanje hitnog pacijenta. Važnost odgovarajuće izobrazbe u smislu zasebne specijalnosti prepoznata je u svijetu. U Ujedinjenom kraljevstvu specijalizacija hitne medicine bilježi se od 1952. godine ². U Sjedinjenim američkim državama (SAD) specijalizacija hitne medicine ustanovljena je 1970. godine u Cincinnati-u, tada još bez ispita i certifikata, no kao neophodan odgovor na izazove svakodnevne prakse. Odluka da se jednostavno treba početi i dati sve od sebe da se uspije donijela je željeni rezultat, tako da je prije više od 30 godina, 1979. godine, hitna medicina u SAD priznata kao samostalna specijalizacija³. Trebamo znati da je u SAD 2006. godine zabilježeno 119 milijuna hitnih bolničkih prijama, što je porast od 36% u odnosu na 1996. godinu. Istovremeno, broj hitnih odjela smanjio se s 4.019 na 3.833, a udio stanovništva koji je zaprimljen u hitni bolnički prijam narastao je s 34.2 na 40.5%⁴.

Svjetski podaci nedvojbeno pokazuju da pritisci na hitnu medicinsku službu od strane pacijenata postaju sve veći, u korelaciji su s većom pokretljivošću stanovništva, te starenjem populacije i ostalim čimbenicima koji povećavaju broj pacijenata i mijenjaju spektar dijagnoza. Postalo je nedvojbeno da je za trajno rješenje potrebna izobrazba, koja je u kombinaciji s racionalizacijom i reorganizacijom kapaciteta nužna za kvalitetno hitno

medicinsko zbrinjavanje, kako izvan bolnice tako i u objedinjenom hitnom bolničkom prijama (OHBP).

U Republici Hrvatskoj do unatrag par godina nije postojala jasna vizija i strategija razvitka hitne medicinske službe pa se taj segment zdravstva razvijao stihijski, što je rezultiralo neujednačenom kvalitetom pružanja hitne medicinske skrbi, kako u izvanbolničkom tako i u bolničkom dijelu. Podaci izvanbolničke hitne medicinske službe, te hitnih bolničkih prijama, potvrđuju svjetski trend sve većeg broja teško ozlijeđenih, kao i sve veću zastupljenost kardiovaskularnih i neuroloških akutnih stanja koja traže hitnu medicinsku intervenciju. Kao nužnost nametnula se potreba jedinstvenog pristupa u reorganizaciji hitne medicinske službe, s ciljem ostvarenja funkcionalnog i suradničkog sustava izvanbolničke i bolničke hitne medicine. U to je ime započet projekt reorganizacije ove službe, kao dio Nacionalne strategije razvitka hrvatskog zdravstva 2006. - 2011. koju je donio Hrvatski sabor na sjednici održanoj 9. lipnja 2006. godine⁵.

Sadašnje stanje u hitnoj medicini Republike Hrvatske

Trenutno je zdravstvena zaštita u djelatnosti hitne medicine u Republici Hrvatskoj organizirana kao dio postojećeg sustava zdravstvene zaštite: kroz službe izvanbolničke hitne medicinske pomoći, te, većim dijelom, hitnog bolničkog prijama unutar svake bolničke djelatnosti⁶.

Izvanbolnička hitna medicinska služba organizirana je u okviru ustanova za hitnu medicinsku pomoć, jedinica hitne medicinske pomoći pri Domovima zdravlja, te na udaljenim i slabo naseljenim područjima u okviru djelatnosti obiteljskih liječnika pri Domovima zdravlja - kroz dežurstva i pripravnosti.

U izvanbolničkoj djelatnosti hitne medicinske službe radi 450-500 liječnika (u timovima HMP, pripravnosti i dežurstvu), 900 medicinskih sestara/tehničara (u timovima HMP, pripravnosti i dežurstvu), 900 vozača, te oko 200 ostalih struka, tj. sveukupno oko 2.500 djelatnika.

Postojeća organizacija izvanbolničke HMP nije ujednačena po županijama, nema kriterija hitnosti (prema nekim procjenama hitne intervencije čine oko 30% ukupnog broja intervencija), a medicinska oprema i vozila nisu standardizirani. U bolnicama je najčešća organizacija hitnog prijama unutar svake bolničke djelatnosti. Hitni bolnički prijami nalaze se na različitim lokacijama, pa su poseban problem pacijenti s višestrukim simptomima. Trijaža nije dovoljno učinkovita, nedostatni su prostori, oprema i osoblje, ne postoje ujednačeni protokoli rada, u prijavnim službama ne rade specijalisti

hitne medicine, niti je pokrenuta dodatna edukacija za medicinske sestre/tehničare.

Ovakva šarolikost i neujednačenost u sadašnjoj organizaciji ne ispunjava osnovne pretpostavke optimalnog funkcioniranja hitne medicinske službe: jednakost, dostupnost, učinkovitost i opremljenost, iz čega je proizašla potreba za reorganizacijom.

Povrh svega, do sada nije pokrenuta specijalizacija iz hitne medicine, a trajna izobrazba osoblja nije ujednačena.

Cilj reorganizacije hitne medicinske službe

Cilj reorganizacije HMS je jednaka kvaliteta i njena dostupnost u svim dijelovima Republike Hrvatske, kroz poboljšanje učinkovitosti i ishoda sustava hitne medicine, povećanje usklađenosti u standardima usluga među županijama, povećanje učinkovitosti i brzine reakcije izvanbolničke hitne medicinske pomoći i poboljšanje učinkovitosti hitnih prijema u ciljanim bolnicama. Reorganizacija podrazumijeva novi način organizacije, specijalizaciju iz hitne medicine liječnika, propisanu izobrazbu medicinskih sestara/tehničara i vozača, standardizaciju medicinske opreme i vozila, kao i izradu smjernica/protokola/algoritama postupaka zbrinjavanja. Sve navedeno zajedno jamči bolju učinkovitost, te kvalitetnije, dostupnije i ravnomjernije pružanje hitne medicinske skrbi za sve osobe na području Republike Hrvatske.

Kroz 5 godina od početka provođenja cilj je postići: vrijeme dolaska tima izvanbolničke HMS k pacijentu do deset minuta unutar urbanog centra, te dvadeset minuta u ruralnim područjima zone djelovanja u 80% intervencija timova; interval dojava - dolazak pacijenta u bolnicu unutar zlatnog sata u 80% slučajeva; 200 liječnika sa završenom specijalizacijom iz hitne medicine i 220 medicinskih sestara/tehničara sa završenim dodatnim stručnim usavršavanjem iz hitne medicine.

Projekt reorganizacije Hitne medicinske službe

Projekt reorganizacije djelatnosti hitne medicine dio je reforme zdravstvenog sustava Republike Hrvatske (RH). Osnovna strategija reforme zdravstva je stvaranje financijski održivog i strukturno stabilnog sustava koji će jamčiti sigurnu, dostupnu i kvalitetnu medicinsku uslugu stanovništvu i posjetiteljima RH. Projekt je pokrenula Vlada RH uz pomoć programskog

zajma Svjetske banke za obnovu i razvoj, a nositelj provedbe Projekta je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (MZSS) RH. Jedna od komponenti projekta je vezana uz reformu hitne medicinske službe, s ciljanim zadacima: osnivanja Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu (HZHM), reorganizacije izvanbolničke hitne medicinske pomoći, objedinjavanja hitnog prijema u bolnicama, te integracije telemedicine u djelatnost hitne medicine.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN broj 150/08) definiran je ustroj i djelokrug rada HZHM, Županijskih zavoda za hitnu medicinu, kao i djelatnost hitne medicine na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite⁷. Ostale promjene koje se uvode u sustav hitne medicinske službe u RH popraćene su donošenjem novih podzakonskih akata. Promjene su u tijeku i izvode se po segmentima:

1. Odvajanje sanitetskog prijevoza od izvanbolničke hitne medicinske pomoći. Preduvjet za reorganizaciju izvanbolničke hitne medicinske pomoći je odvajanje sanitetskog prijevoza. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti ("NN" broj 150/08), Dom zdravlja u svom sastavu ima sanitetski prijevoz⁶. Uvjete, organizaciju i način obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza, pravilnikom je propisao ministar zadužen za zdravstvo uz prethodno pribavljeno mišljenje HZHM⁶.
2. Radnici u djelatnosti izvanbolničke hitne medicine su: Tim 1: doktor medicine specijalist hitne medicine u timu s najmanje medicinskom sestrom/tehničarom i vozač. Tim 2: medicinska sestra/tehničar s dodatnim specijalističkim stručnim usavršavanjem iz hitne medicinske pomoći u timu s najmanje medicinskom sestrom-medicinskim tehničarom. Tim pripravnosti: doktor medicine u timu s medicinskom sestrom/tehničarom i vozač. Radnici u prijavno dojavnoj jedinici (PDJ) mogu biti: doktor medicine specijalist hitne medicine ili doktor medicine s najmanje 3 godine radnog iskustva u timu hitne medicinske pomoći na terenu ili stručna prvostupnica/ik sestrinstva s najmanje 7 godina ukupnog radnog iskustva u timu hitne medicinske pomoći na terenu ili medicinska sestra/tehničar s najmanje 10 godina radnog iskustva u timu hitne medicinske pomoći na terenu.

Predviđeno prijelazno razdoblje za sve timove je: za dr.med. - specijalist hitne medicine: 10 godina od početka provođenja specijalizacije iz hitne medicine; za dr.med. s propisanom edukacijom iz hitne medicine: 3 godine; za medicinsku sestru/tehničara s dodatnim specijalističkim stručnim usavršavanjem iz hitne medicine: 5 godina od početka provođenja dodatnog specijalističkog stručnog usavršavanja iz hitne medicine; za medicinsku sestru/tehničara s propisanom edukacijom iz hitne medicine: 3 godine; za vozača s propisanom edukacijom iz hitne medicine: 3 godine.

3. Mreža timova u djelatnosti izvanbolničke hitne medicine. Prijedlog mreže timova je u izradi, uzimajući u obzir specifičnost pojedinih područja - zemljopisni položaj, stanje cestovne povezanosti, gustoću naseljenosti, broj stanovnika, površinu pojedinih županija, te udaljenost od bolnica, a s ciljem ujednačene dostupnosti usluga hitne medicine. Konačnu mrežu će sukladno svojim ovlastima propisati Ministar zdravstva, a na prijedlog HZHM.
4. Kućne posjete liječnika obiteljske medicine. Jedna od temeljnih pretpostavki za reorganizaciju izvanbolničke hitne medicinske pomoći jest uvođenje dostupnosti liječnika obiteljske medicine za obavljanje kućnih posjeta. Do danas nema pomaka u realizaciji, pa je potrebno intenzivirati međusobnu koordinaciju stručnih društava obiteljskih liječnika, Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatske liječničke komore i relevantnih stručnih udruga s kreatorima Projekta reorganizacije hitne medicine u Republici Hrvatskoj.
5. Osnivanje 21 županijskog zavoda za hitnu medicinu (ŽZHM). Zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave obavljati će sljedeće poslove:
 - provoditi mjere hitne medicine na području jedinice područne (regionalne) samouprave,
 - osigurati suradnju u pružanju usluga hitne medicine sa susjednim jedinicama područne (regionalne) samouprave,
 - organizirati i osigurati popunjavanje mreže timova na području jedinice područne (regionalne) samouprave,
 - osigurati provedbu utvrđenih standarda opreme, vozila te vizualnog identiteta vozila i zdravstvenih radnika,
 - provoditi standarde hitne medicine za hitni medicinski prijevoz kopnom, a standarde za hitni medicinski prijevoz zrakom i vodom provoditi u suradnji s HZHM,
 - osigurati provedbu standarda kvalitete rada te predlagati HZHM mjere potrebne za poboljšanje postojećih standarda kvalitete rada i opremljenosti,
 - sudjelovati u planiranju i provedbi obrazovanja zdravstvenih radnika, provoditi stručna i znanstvena istraživanja iz područja hitne medicine u suradnji s HZHM,
 - provoditi aktivnosti u cilju uspostave informatizacije sustava hitne medicine,
 - prikupljati podatke i voditi registre iz područja hitne medicine za jedinicu područne (regionalne) samouprave, te ih prosljeđivati HZHM,

- planirati, organizirati i sudjelovati u obrazovanju stanovništva iz područja hitne medicine na svom području,
- surađivati s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima u provedbi liječenja i dijagnostike bolesti,
- planirati i sudjelovati u izradi i provedbi pojedinih projekata zdravstvene zaštite u izvanrednim prilikama u koordinaciji s HZHM,
- obavljati i druge poslove iz područja hitne medicine za potrebe jedinice područne (regionalne) samouprave.

Redoslijed i dinamika osnivanja županijskih zavoda za hitnu medicinu ovisit će o angažmanu lokalnih uprava i samouprava u provođenju zakonske regulative. Započela je registracija prvih županijskih zavoda, a do kraja 2011. godine svi županijski zavodi moraju biti u funkciji.

6. Prijemno-dojavna jedinica (PDJ) prema županijskom modelu: PDJ se organizira tako da pokriva cijeli teritorij pojedine županije uz mogućnost komunikacije sa susjednim županijama, što zahtjeva horizontalnu i vertikalnu informatičku umreženost. Komunikacijsku i informatičku umreženost će sukladno svojim ovlastima provesti HZHM. Novi ustroj PDJ omogućit će trajno praćenje cjelokupne djelatnosti tijekom 24 sata, a predviđena je dodatna izobrazba za timove PDJ, budući da dosadašnja izobrazba nije bila ujednačena. Program dodatne izobrazbe propisat će sukladno svojim ovlastima HZHM. Sredstva za provođenje dodatne izobrazbe osigurana su Zajmom Svjetske banke za obnovu i razvoj. Rad PDJ temelji se na Protokolu 94. HZHM će sukladno svojim ovlastima provesti i konačnu implementaciju protokola u županijskim zavodima za hitnu medicinu.
7. Objedinjeni hitni bolničkih prijama (OHBP): OHBP je ustrojstvena jedinica koja predstavlja sastavni dio bolničke zdravstvene ustanove, u kojoj se provodi trijaža i odgovarajuće mjere zbrinjavanja i liječenja akutno ugroženog pacijenta prema stupnjevima hitnosti, a najduže 24 sata. Cilj je da do 2012. godine sve bolnice u Republici Hrvatskoj imaju OHBP. Za sada je izgrađeno 5 OHBP (Zabok, Čakovec, KBC Rebro - Zagreb, Bolnica Sv. Duh - Zagreb, Koprivnica). Iz ankete koju je provelo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi vidi se da još neke bolnice ispunjavaju uvjete za organizaciju OHBP-a. Dinamiku osnivanja OHBP-a potrebno je uskladiti s istovremenim osnivanjem Županijskih zavoda za hitnu medicinu. Iz sredstava zajma Svjetske banke za obnovu i razvoj predviđena je dodatna izobrazba timova OHBP i HPDZ. Program izobrazbe za timove OHBP i HPDZ će sukladno svojim ovlastima propisati HZHM.

8. **Specijalizacije iz hitne medicine za liječnike:** plan i program specijalizacije iz hitne medicine za liječnike izradio je Nacionalni specijalistički odbor za specijalizaciju Hitne medicine, a prihvaćen je na Dekanskoj konferenciji Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Tijekom rujna 2009. godine specijalizacija je dobila i službenu potvrdu objavom u "Narodnim novinama", službenom glasilu RH⁸.
9. Dodatno specijalističko stručno usavršavanje iz hitne medicine za medicinske sestre/tehničare. Prijedlog plana i programa dodatnog stručnog specijalističkog usavršavanja iz hitne medicine za medicinske sestre / tehničare u završnoj je fazi izrade, nakon čega slijedi suglasnost Hrvatske komore medicinskih sestara i objava u službenom glasilu RH.
10. Trajna izobrazba za sve članove timova (izvanbolničke HMP i OHBP): Konačni plan i program dodatne izobrazbe članova timova hitne medicinske službe propisat će sukladno svojim ovlastima HZHM. Sredstva za provođenje dodatne izobrazbe osigurana su kroz Zajam Svjetske banke za obnovu i razvoj.
11. Smjernice/protokoli/algoritmi zbrinjavanja za liječnike i medicinske sestre/tehničare: sukladno svojim ovlastima, donijet će ih HZHM uz pomoć konzultanata za čiji je angažman izrađen projektni zadatak "Definiranje smjernica / protokola / algoritama i sustav njihova usvajanja".
12. Smjernice/protokoli/algoritmi rada prijemno-dojavne jedinice (PDJ): protokol 94 propisat će sukladno svojim ovlastima HZHM, uz pomoć konzultanata za čiji je angažman izrađen projektni zadatak "Definiranje načina rada, uvjeta i tehničkih mogućnosti PDJ i način suradnje s drugim žurnim službama".
13. Integriranje telemedicine u službu hitne medicinske pomoći: jedna od temeljnih pretpostavki za reorganizaciju hitne medicinske službe je uvođenje telemedicinskih jedinica (mreža) u vozila za hitne intervencije, OHBP (horizontalna i vertikalna umreženost), pojedine Domete zdravlja koji se nalaze na većoj udaljenosti od bolnice, a koji obavljaju hitno medicinsko zbrinjavanje, te telemedicinsko povezivanje vozila za hitne intervencije i OHBP. Integracija telemedicine u hitnu medicinsku službu zahtjeva dobro planiranje i postupnu implementaciju uz međusobnu suradnju Hrvatskog zavoda za telemedicinu i HZHM, kako bi se zajamčio postavljeni cilj.
14. Informiranje javnosti o promjenama u hitnoj medicinskoj službi: stalno informiranje, intenzivne promidžbene kampanje na nacionalnoj i regionalnoj razini o promjenama u sustavu hitne medicinske službe kao i provođenje izobrazbe stanovništva iz djelokruga rada HZHM od iznimnog su značaja u predviđenoj reorganizaciji.

Do sada je postignuto

- U travnju 2009. godine osnovan je Hrvatski zavod za hitnu medicinu (HZHM),
- Osnivanje županijskih zavoda za hitnu medicinu: 4 županijska zavoda su pred osnivanjem, 6 županijskih zavoda bit će osnovano tijekom 2010. god., a preostalih 11 zavoda do 31. prosinca 2011. godine,
- Uvođenje specijalizacije iz hitne medicine: sukladno Pravilniku o specijalističkom usavršavanju iz Hitne medicine, u pripremi je izvedbeni program specijalizacije, a cilj je 200 liječnika specijalista Hitne medicine do kraja projekta,
- Uvođenje specijalističkog stručnog usavršavanja iz hitne medicine za medicinske sestre/tehničare: u izradi je nastavni plan i program izobrazbe kao preduvjet za promjenu sastava timova, a cilj je do kraja projekta osposobiti 220 medicinskih sestara / tehničara koji će moći samostalno obavljati zadatke (na svojoj razini kompetencije).

Predstojeći poslovi

- Uvođenje trajne izobrazbe za sve članove tima HMS,
- Nabava 128 potpuno opremljenih vozila za hitne medicinske intervencije
- Organiziranje PDJ prema županijskom modelu: osnivanje 21 jedinice, kroz uspostavu medicinsko-informacijskog sustava, tijekom 2010. i 2011. godine,
- Izrada protokola rada PDJ, izrada algoritama zbrinjavanja za liječnike, izrada algoritama zbrinjavanja za medicinske sestre / tehničare (u fazi izrade),
- Odvajanje sanitetskog prijevoza od HMS (omogućeno Pravilnikom o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza)¹⁰
- Integracija telemedicine u HMS,
- Provođenje kućnih posjeta od strane liječnika opće medicine (pripremljeno kroz Zakon o koncesijama, sada u fazi ugovaranja),
- Osnivanje objedinjenih hitnih bolničkih prijama (OHBP): do sada su zaživjeli u 2 KBC, 1 KB i 4 OB, planirana je izgradnja OHBP u svim županijskim bolnicama, te izgradnja OHBP u još jedan KBC i dvije KB.

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Vlada Republike Hrvatske je 2009. godine donijela uredbu o osnivanju Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu (HZHM)¹¹. HZHM je osnovan kao javna zdravstvena ustanova i upisan u glavnu knjigu sudskog registra Trgovačkog suda u Zagrebu dana 21. svibnja 2009. godine, te je započeo s radom. HZHM je zadužen, kao krovna ustanova, za provođenje reorganizacije hitne medicinske službe. Reorganizacija obuhvaća stavljanje u funkciju zavoda na razini županija, kao i uspostavu objedinjenih bolničkih prijama. HZHM provodi načela sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa hitnoj medicinskoj službi, podržavajući potrebu za specijaliziranim pristupom kako u izvanbolničkoj, tako i u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. HZHM podrazumijeva i potiče poslovanje na načelu maksimalne odgovornosti prema stanovništvu i prema djelatnicima hitne medicinske službe, koji reorganizaciju s nestrpljenjem očekuju.

HZHM obavlja sljedeće poslove:

1. predlaže, planira, prati i analizira mjere hitne medicine u Republici Hrvatskoj,
2. predlaže program mjera zdravstvene zaštite iz djelatnosti hitne medicine,
3. prati i provodi stručna i znanstvena istraživanja iz djelatnosti hitne medicine,
4. oblikuje doktrinu u djelatnosti hitne medicine,
5. predlaže ministru nadležnom za zdravstvo mrežu hitne medicine,
6. utvrđuje standarde opreme, vozila te vizualnog identiteta vozila i zdravstvenih radnika, sukladno standardima suvremene hitne medicine,
7. utvrđuje obvezujuće standarde operativnih postupaka, protokole rada i algoritme postupanja za djelatnost hitne medicine, te usklađuje njihovu primjenu,
8. utvrđuje standarde za hitni medicinski prijevoz kopnom, zrakom i vodom,
9. prikuplja podatke i vodi registre iz djelatnosti hitne medicine,
10. prikuplja podatke za godišnju analizu rada hitne medicinske službe, analizira ih i dostavlja ministarstvu nadležnom za zdravstvo, Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje,
11. koordinira, stručno usmjerava i nadzire rad županijskih zavoda za hitnu medicinu,

12. prati, analizira i nadzire ujednačenu provedbu standarda kvalitete rada i opremljenosti u svim županijskim zavodima za hitnu medicinu,
13. predlaže i oblikuje edukacijske programe cijeloživotnog obrazovanja/trajne izobrazbe, te sudjeluje u provedbi i nadzire izobrazbu i stručno usavršavanje zdravstvenih radnika hitne medicinske službe,
14. sudjeluje u obrazovanju zdravstvenih radnika,
15. provodi izobrazbu stanovništva iz svog područja rada,
16. planira i provodi aktivnosti u svrhu uspostave informatizacije sustava hitne medicine
17. kompatibilne s informatičkim sustavom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo
18. surađuje s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima, u svrhu unaprjeđenja liječenja i dijagnostike iz djelatnosti hitne medicine,
19. planira i sudjeluje u izradi i provedbi pojedinih projekata zdravstvene zaštite u izvanrednim prilikama u koordinaciji s Kriznim stožerom ministarstva nadležnog za zdravstvo, Državnom upravom za zaštitu i spašavanje, Ministarstvom unutarnjih poslova, Ministarstvom obrane, Hrvatskim Crvenim križem, Hrvatskom gorskom službom spašavanja, te ostalim službama za spašavanje,
20. analizira sve pokrenute projekte vezane uz djelatnost hitne medicine u Republici Hrvatskoj i postojećih sustava, aplikacija, opreme i procesa koji se koriste za potrebe hitne medicinske službe,
21. objektivno analizira stupanj dovršenosti tih projekata i vremena potrebnog za njihov završetak te integraciju u djelatnost hitne medicine,
22. analizira dosadašnje troškove tih projekata i troškove predviđene za njihovo dovršenje.

HZHM surađuje s Ministarstvom znanosti, obrazovanja i športa na području edukacije zdravstvenih djelatnika uključenih u djelatnost hitne medicine; Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje u svrhu definiranja svih vrsta usluga u djelatnosti hitne medicine, njihove vrijednosti i načina isplate naknade; Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo s ciljem uspostave registra ozljeda i sistematizacije podataka vezanih uz dijagnoze i postupke zbrinjavanja; Ministarstvom mora, turizma, prometa i razvitka, turističkim zajednicama i agencijama u cilju promocije RH kao poželjne turističke destinacije s modernom, razvijenom hitnom medicinskom službom; Ministarstvom obrane s ciljem povećanja spremnosti i brzine hitnog medicinskog zbrinjavanja u obrani RH kao i u mirnodopskim uvjetima; Kriznim stožerom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi s ciljem povećanja spremnosti i omogućavanja

zbrinjavanja i liječenja stradalnika velikih nesreća već na samom mjestu nesreće, Ministarstvom unutarnjih poslova s ciljem koordinacije procesa dojava i suradnje u postupku zbrinjavanja, te Hrvatskom gorskom službom spašavanja (HGSS) s ciljem izobrazbe djelatnika HGSS u pružanju medicinske pomoći na teško dostupnim područjima na koja se ne mogu probiti timovi hitne medicinske službe.

Zaključak

Reorganizacija hitne medicinske službe jedan je od najvažnijih dijelova reforme zdravstva koja je u tijeku. Reorganizacija podrazumijeva novi način organizacije, specijalizaciju iz hitne medicine liječnika, propisanu izobrazbu iz hitne medicine medicinskih sestara / tehničara i vozača, standardizaciju medicinske opreme i vozila, te donošenje smjernica/protokola/algoritama postupaka zbrinjavanja. Sve navedeno zajedno jamči bolju učinkovitost i kvalitetnije, dostupnije i ravnomjernije pružanje hitne medicinske skrbi za sve osobe na području Republike Hrvatske.

Za provođenje reorganizacije zadužen je kao krovna ustanova Hrvatski zavod za hitnu medicinu (HZHM). HZHM provodi načela sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa hitnoj medicinskoj službi, podržavajući potrebu za specijaliziranim pristupom kako u izvanbolničkoj, tako i u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Reorganizacija obuhvaća i stavljanje u funkciju zavoda na razini županija, kao i uspostavu objedinjenih bolničkih prijama. Kroz 5 godina od početka provođenja cilj je postići: vrijeme dolaska tima izvanbolničke HMS k pacijentu: do deset minuta unutar urbanog centra u 80% intervencija timova, te dvadeset minuta u ruralnim područjima zone djelovanja u 80% slučajeva; interval dojava - dolazak ozlijeđenoga u bolnicu unutar zlatnog sata u 80% slučajeva; 200 liječnika sa završenom specijalizacijom iz hitne medicine i 220 medicinskih sestara/tehničara sa završenim dodatnim specijalističkim stručnim usavršavanjem iz hitne medicine.

Reorganizacija hitne medicinske službe izrazito je odgovoran posao, od iznimne važnosti za Republiku Hrvatsku. Da bi se reorganizacija provela sukladno visoko postavljenim standardima, nužna je dobra priprema. Sve se promjene trebaju uvoditi postupno, temeljene na ozbiljnim i kontinuiranim analizama svih relevantnih parametara. Problemi koji će se pojavljivati tijekom reorganizacije trebaju se uočiti blagovremeno, kako bi se po potrebi provele odgovarajuće modifikacije planova.

Reorganizacija hitne medicinske službe neće nastupiti preko noći, nego tek kada svi preduvjeti i čimbenici budu ostvareni.

Neophodna je suradnja s ostalim specijalnostima, kao i sa svim relevantnim tijelima i organizacijama važnima u procesu provođenja reforme.

Bitna je komunikacija unutar struke, između struka, a od iznimne je važnosti i interaktivna komunikacija s pacijentima i stanovništvom Republike Hrvatske.

Literatura

1. <http://www.ifem.cc/>.
2. <http://www.collemergencymed.ac.uk/>
3. <http://www.acep.org>
4. [http://blogs.wsj.com/health/emergency-room-visits /](http://blogs.wsj.com/health/emergency-room-visits/).
5. NN br. 72/2006
6. NN br. 46/2003.
7. NN br. 150/2008.
8. NN br. 111/2009.
9. NN br. 94/2009.
10. NN br. 146/2009.
11. NN br. 28/2009.

PRIPRAVNOST ZA POTREBE HMP NA PODRUČJU SD ŽUPANIJE - NEPLAĆENO DEŽURSTVO

ON-DUTY EMERGENCY SERVICE IN SD COUNTY: UNPAID DUTY HOURS

Marko Rada¹

¹ Dom zdravlja SDŽ

Sažetak

Hitna medicinska pomoć (HMP) se u RH provodi kroz 3 vrste timova koji pružaju takve usluge: timovi HMP, timovi dežurstva i timovi pripravnosti, a u timovima dežurstva i timovima pripravnosti rade liječnici obiteljske medicine. Na području Splitsko-dalmatinske županije, HMP se provodi putem timova HMP i timova pripravnosti. Iz prikupljenih podataka se vidi da za skoro polovicu kolega koji rade u pripravnosti, to nije pripravnost već dežurstvo (mjesto rada u pripravnosti nije ujedno i mjesto stanovanja). Za te kolege pripravnost nije pripravnost već dežurstvo, osim što nije tako i plaćeno!

Ključne riječi: HMP, S-D županija, neplaćeno dežurstvo

Summary

Emergency health service in Croatia is delivered through three kinds of teams: those engaged in emergency service, the on-duty teams and the alert (on-call) teams. Family physicians serve/cover the last two. In Split-Dalmatian county the emergency medical service is delivered by emergency and on-duty teams. From the analyzed data it results that almost half of the alert teams are indeed on-duty teams of general practitioners (the site the service is not the place of living ad/or practicing). It is in fact on-duty emergency service, which is not remunerated!

Key words: emergency service, Split-Dalmatian county, unpaid duties

Uvod

Djelatnost hitne medicinske pomoći (HMP) u Republici Hrvatskoj je regulirana s više zakonskih i podzakonskih akata, osnovni su Zakon o obveznom

zdravstvenom osiguranju¹ i Zakon o zdravstvenoj zaštiti², a najvažniji provedbeni akti su Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke HMP³, Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja⁴, Opći uvjeti ugovaranja zdravstvene zaštite⁵ i Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju ZZ iz OZO⁶.

Sadašnje stanje

Djelatnost HMP je organizirana i provodi se putem Ustanove za hitnu medicinsku pomoć, čiji je osnivač i vlasnik Splitsko-dalmatinska (SD) županija. Skupština SD županije je donijela Odluku o organiziranju HMP za područje županije⁷. Na osnovi ove odluke pristupilo se pregovaranju s HZZO-om o financiranju timova koji pružaju HMP. Vidljivo je da za pripravnost nisu predviđeni odgovarajući djelatnici; pripravnost naime obavljaju timovi liječnika obiteljske medicine (LOM), ukupno njih 32, jer im iz osnovnog ugovora s HZZO-om proizlazi obaveza obavljanja pripravnosti, kao i za 2 punkta HMP (Muć i Hvar), gdje je ugovoren manji broj timova HMP od potrebnog za organiziranje službe, a na tim punktovima radi 6 LOM-, što znači da ukupno 38 kolega pored svog redovnog rada (svojih ambulanti) pruža i HMP (tbl. 1 i 2).

Stanje na terenu u SD županiji je različito od navedenih podataka, pogotovo glede financiranja HMP. Naime, na 5 punktova za koje se plaća pripravnost, ona nije organizirana, na 2 punkta je organizirana u manjem opsegu (bez vozača u timu), a na 3 punkta je organizirana iznad standarda, tj. na 2 punkta je i medicinska sestra uz vozača u timu; na jednom je organizirana kao dežurstvo po danu, a noću bez medicinske sestre/tehničara, a na jednom punktu organizirana je izvan ugovorenog sadržaja. Kroz zakone i pravilnike pripravnost je definirana radnim danom tijekom 16 sati, a ostalih 8 sati se podrazumijeva da liječnik obiteljske medicine besplatno radi poslove HMP ako se ukaže potreba, isto se odnosi i na dva punkta HMP gdje je ugovoren manji broj timova od potrebnih za obavljanje (pokrivanje) "potpune djelatnosti" (tbl. 3).

Spomenuti Pravilnik o HMP³ propisuje da se tim HMP sastoji od liječnika i 2 medicinske sestre/tehničara, od kojih jedan obavlja i poslove vozača, a tim pripravnosti od liječnika i medicinske sestre/tehničara obavlja i poslove vozača. Na području SD županije su ovakvi timovi HMP rijetki, a ni jedan tim pripravnosti nije zakonski utemeljen jer ih čine samo liječnik i vozač,

prema tome HMP na području županije nije organizirana u skladu s Pravilnikom o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke HMP³ iako je ugovorena, a slijedom toga i plaćena od strane HZZO-a prema spomenutom pravilniku.

Tablica 1. Mreža timova koji pružaju HMP u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

Punkt HMP	Stanovnici*	HMP	Prip**	PDJ***	Hitan SP#	Hladan SP##
Brač (Supetar)	14320	5	3		1	1
Hvar (Stari Grad /5/ i Hvar /2/)	11123	7	1		1	1
Imotski	32395	5	3		1	4
Kaštela (Kaštel Stari)	36241	5	0		1	2
Lastovo	0	0	1		0	0
Makarska	26707	5	2		1	2
Muč	uključeno	2	0		0	1
Omiš	25649	5	2		1	2
Sinj	51570	5	2		2	2
Solin	30883	4	0		1	1
Split	199182	12	0	10+10	1	4
Šolta	1515	0	1		0	0
Trogir	26931	5	0		1	2
Vis	3757	0	2		1	1
Vrgorac	7627	0	1		1	2
Ukupno	467900	60	18		13	25
Broj djelatnika HMP		180	0 (38)###	20	26	75

* Prema popisu stanovništva iz 2001. godine; ** Pripravnost; *** Prijavno-dojavna jedinica; # Hitan sanitetski prijevoz; ## Hladan sanitetski prijevoz; ### Liječnici obiteljske medicine koji sudjeluju u radu HMP

Osim ove nepravilnosti, HZZO u svojim aktima⁸ navodi da na dva mjesta postoji punkt HMP (Muć i Hvar), međutim ti punktovi postoje samo noću, dok po danu punktovi ne postoje, već LOM-ovi koji rade svoj redovni posao obavljaju i HMP ako se ukaže potreba.

Najveća nelogičnost u organiziranju HMP putem pripravnosti je ta da u pravilnicima stoji da pripravnost radnim danom traje 16 sati, na temelju čega se odmah nameće pitanje tko pruža HMP preostalih 8 sati. Naravno, taj isti liječnik koji radi i pripravnost, ali u svoje redovno radno vrijeme i tada mu naravno rad za HMP nije plaćen (izgovor je da se ne može odjednom platiti i

redovan rad i rad za potrebe HMP, bez obzira što se često dešava da liječnik mora napustiti svoje radno mjesto i pružiti HMP unesrećenima na terenu).

Tablica 2. Popis ugovorenih timova HMP u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

HMP (redovni rad)	Punktovi dežurstva	Punktovi pripravnosti	Sanitetski prijevoz
Split		Bol (Brač)	Supetar
Solin		Gradac (MA)	Stari Grad
Kaštel Stari		Sućuraj (Hvar)	Vrgorac
Donji Muć		Imotski (IM)	Vis
Hvar		Komiža (Vis)	Makarska
Makarska		Lastovo	Imotski
Supetar		Makarska (MA)	Sinj
Imotski		Omiš (OM)	Omiš
Sinj		Pučišća (Brač)	Kaštel Stari
Trogir		Selca (Brač)	Solin
Omiš		Sinj (Sinj)	Trogir
		Srijane (OM)	Split
		Šestanovac (OM)	Donji Muć
		Šolta	
		Vis (Vis)	
		Vrgorac	
		Vrlika (Sinj)	
		Zagvozd (IM)	

Nadalje, ne poštuje se čl. 16. Pravilnika o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja⁴: *"U mjestima koja su više od 20 km udaljena od punkta dežurstva/hitne medicinske pomoći iznimno se može ustrojiti pripravnost, ako su u djelatnosti opće/obiteljske medicine ugovorena najmanje 2 tima, uz uvjet da je to i mjesto stanovanja tih doktora."*

Jedan punkt pripravnosti (Sućuraj - otok Hvar) je organiziran bez obzira što radi samo jedan liječnik, a zbog ovakvog načina rada liječnici se svakih par mjeseci mijenjaju te DZ SD županije nikako ne uspijeva pronaći liječnika koji bi za duže vrijeme (godinu ili više) radio u toj ambulanti. Osim ovoga punkta, na svim drugima još 16 kolega (od ukupno 38) radi pripravnost, a da im mjesto pripravnosti nije ujedno i mjesto stanovanja. Prema tome, za

ukupno 17 kolega u SD županiji je pripravnost neplaćeno dežurstvo, na koje su raznim načinima prisiljeni.

Tablica 3. Stanje na terenu u organizaciji HMP (kroz pripravnost) u SD županiji.

Punkt	Broj liječnika u pripravnosti (oni kojima nije mjesto stanovanja)
Bol	2 (0)
Gradac	Nije organizirana
Sučuraj	1 (1)
Imotski	Nije organizirana
Komiža	2 (0) u timu i sestra
Lastovo	2 (2) bez vozača
Makarska	Nije organizirana
Omiš	Nije organizirana
Pučišća	2 (0)
Selca	2 (1)
Sinj	Nije organizirana
Srijane	2 (2)
Šestanovac	2 (1)
Šolta	2 (1) bez vozača
Vis	2 (0) u timu i sestra
Vrgorac	6 (0) dežurstvo, ali noću bez sestree
Vrlika	2 (2)
Zagvozd	2 (2)
Lovreć	3 (3)
Muč	3 (2) + 2 tima HMP
Hvar	3 (0) + 2 tima HMP
Ukupno	38 (17)

Rasprava

Prema trenutno važećoj Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju ZZ iz OZO⁶, HZZO standardni tim pripravnosti plaća 318.197,92 kn, standardni tim dežurstva 1.050.968,31 kn, a tim HMP 598.625,32 kn (punkt HMP se sastoji od 5 timova, tako da punkt HMP HZZO plaća nešto manje od 2.400.000,00 kn); naravno ovo su godišnji iznosi.

Bruto iznos za liječnika (za jedan punkt pripravnosti godišnje) bez specijalizacije i sa 10 godina radnog staža iznosi 132.808,00 kn (osnovica 5.108,00 kn, koeficijent 1,85 -uvećanje 5% za godine staža i 17,2% doprinosa na plaću - dežurstvo je prema Kolektivnom ugovoru (KU) 9% radnim danom, 13,5% neradnim danom i 18% blagdanom, a pripravnost je 30% iznosa dežurstva)⁹, a da je taj isti liječnik plaćen prema KU kao dežurstvo liječnika u PZZ taj iznos bi bio 442.712,00 kn. Razlika između dežurstva i pripravnosti po jednom punktu za liječnika je 309.904,00 kn bruto, što za područje SD županije, gdje je organizirano 13 punktova pripravnosti, iznosi 4.028.752,00 kn.

Prema popisu lokacija HMP u RH⁸, na SD županiju otpada petina (20%) svih pripravnosti u RH. Slijedom toga, za područje čitave države, da bi pripravnost bila plaćena kao dežurstvo potrebno je 20.000.000,00 kn. Kad bi se uveo ovakav način plaćanja, kolege u ruralnim, izoliranim i otočnim sredinama bi bar materijalno bili stimulirani na zapošljavanje i ostanak na tim radnim mjestima, tako da ne bi dolazilo do događanja poput onih u Gračacu tijekom ljeta 2009. godine.

Zaključak

Na području SD županije 17 liječnika obiteljske medicine radi u pripravnosti za potrebe HMP, a da im mjesto u kojem rade u pripravnosti nije i mjesto stanovanja, znači rade u dežurstvu za potrebe HMP, samo što im je to neplaćeno dežurstvo (od 38 liječnika koji rade u pripravnosti za potrebe HMP).

Da bi se kolege stimulirale na zapošljavanje u ovakvim ambulantomama potrebno je pripravnost platiti kao dežurstvo liječnika u PZZ, što za područje SD županije na godišnje iznosi 4.000.000,00 kn, a za područje čitave države 20.000.000,00 kn.

Literatura

1. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Pristupljeno 12. 3. 2010. na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_12_150_4098.html
2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Pristupljeno 12. 3. 2010. na http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_12_150_4097.html
3. Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke hitne medicinske pomoći. Pristupljeno 12. 3. 2010. na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_09_146_2136.html

4. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Pristupljeno 12. 3. 2010. na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_12_142_3233.html
5. Opći uvjeti ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Pristupljeno 12. 3. 2010. na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_01_11_482.html
6. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju ZZ iz OZO. Pristupljeno 12. 3. 2010. na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_06_63_1433.html
7. Odluka o određivanju punktova i oblika provođenja izvanbolničke hitne medicinske pomoći u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Pristupljeno 12. 3. 2010. na: <http://www.dalmacija.hr/Portals/0/Glasnik/2005/03/77S.%20UHMP%20USTROJ%202005.htm>
8. Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH. Pristupljeno 12. 3. 2010. na: http://www.hzzo-net.hr/03_01_11.php
9. KU za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Pristupljeno 12. 3. 2010. na http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2005_01_9_148.html

POLIPRAGMAZIJA I INTERAKCIJE LIJEKOVA U BOLESNIKA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

POLYPRAGMASY AND DRUG INTERACTIONS IN ELDERLY PATIENTS

Slaviša Belić¹

¹Bolnička ljekarna KB - Dubrava, Zagreb

Sažetak

Populacija starije životne dobi koristi značajan broj lijekova, prosječno 4-5 lijekova na recept, te automedikacijom barem dva. Multimorbiditet, dob bolesnika, povišen BMI, polipragmazija, automedikacija, značajna pojavnost interakcija lijekova i nuspojava ugrožava njihovo zdravlje i onemogućava kvalitetno liječenje. Ukazuje se potreba za boljim povezivanjem, suradnjom zdravstvenog osoblja; doktora obiteljske medicine, specijaliste u bolnici, farmaceuta u ljekarni s jedne strane, te potpunijeg uključivanja obitelji u proces liječenja i edukacije bolesnika s druge strane, u svrhu sprečavanja automedikacije, polipragmazije, nuspojava i interakcija lijekova.

Ključne riječi: multimorbiditet, starija populacija, polipragmazija, interakcije

Summary

Eldery on average take 4-5 drugs in prescription therapy and at least 2 over-the-counter, i.e. as non-prescription drugs. Multimorbidity, age, high BMI, polypragmasy, automedication, significant incidence of drug interactions and adverse drug reactions endangers their own health and quality of healthcare. It is necessary to improve the communication and cooperation between healthcare personnel: family doctors, hospital specialists and pharmacists on one hand, and inclusion in the management of families and patient education on the other, to avoid wrong automedication, polypragmasy, adverse drug reactions and drug interactions.

Key words: multimorbidity, elderly, polypragmasy, drug interactions

Uvod

Današnje doba, suvremena medicina, predstavlja velik izazov doktorima obiteljske medicine, ali i svim drugim zdravstvenim djelatnicima. Liječnicima i pacijentima je dostupno sve više raznih informacija, reklama, pristupa u liječenju, te lijekova i ljekovitih preparata. Uz sve svoje pozitivne strane navedeno povlači za sobom, posebno kod pacijenata starije životne dobi, sve veću dezinformiranost, nesuradljivost, automedikaciju, polipragmaziju s naravno povećanom incidencijom nuspojava i interakcija lijekova^{1,2}. Starija populacija pati od multimorbiditeta, te koristi značajan broj lijekova, prosječno 4-5 na recept i barem dva lijeka automedikacijom.^{3,4} Veća organiziranost u smislu međusobne stručne povezanosti; doktora obiteljske medicine, specijalista u bolnici, farmaceuta u ljekarni, ali i drugih faktora, uključujući obitelj važna je u procesu liječenja. Pacijenti su inače skloni za "sitne zdravstvene probleme" otići u najbližu ljekarnu potražiti savjete i instant rješenja i tako izbjеći odlazak svom liječniku uz nezaobilazna čekanja. Na ovaj način dolazi do apsurdnih situacija, primjerice liječenja kašlja, relativno česte nuspojave ACE - inhibitora antitusikom od strane farmaceuta u ljekarni, koji nema uvid u povijest bolesti ili prodaja metamizola pacijentu, koji ga je namijenio svojoj ženi - trudnici.

Razne alternative u liječenju, OTC pripravci koji se često koriste bez znanja doktora, pogotovo kod težih bolesti znatno otežavaju uvid u zdravstveno stanje i liječenje bolesnika. Sve navedeno dovodi do toga, da se interakcije lijekova, nuspojave, te razni popratni simptomi i posljedice ne mogu razlučiti od same bolesti⁵.

Cilj

- Prikazi primjera, bolesnika starijih od 65 godina koji boluju od arterijske hipertenzije, te barem još jedne kronične nezarazne bolesti. Osvrt na polipragmaziju, automedikaciju, moguće nuspojave, te klinički značajne interakcije lijekova (uglavnom D i X stupnja).
- Procjena uspješnosti terapije, te suradljivosti bolesnika.

Ispitanici i metode

Analiza nekih slučajeva iz svakodnevne prakse obiteljskih liječnika, farmaceuta, te primjeri iz bolničke prakse.

U bolničkoj ljekarni KB-Dubrava uz pomoć računalne baze podataka LEXI-Comp. Online, analizirane su interakcije propisanih lijekova. Interakcije su kategorizirane po kliničkoj značajnosti u A,B,C,D i X. Interakcije A i B stupnja su slabe kliničke značajnosti, pa su zanemarivane u analizi. Interakcije C stupnja su umjerene po svojoj značajnosti, a kod interakcija D stupnja treba razmotriti promjenu terapije. Interakcije X stupnja su po svojoj kliničkoj značajnosti vrlo ozbiljne, te treba izbjegavati kombinacije lijekova koje ih izazivaju.

Automedikacija bolesnika, zbog svoje kompleksnosti nije uključena u analizu interakcija lijekova.

Prikazi bolesnika

Primjer 1. Bolesnica V.G. (83 god.) uz arterijsku hipertenziju i diabetes mellitus typus II ima još četiri dijagnoze, pretila; BMI je 31 kg/m², koristi 11 lijekova na recept, te tri automedikacijom, ukupno 14 lijekova. Tlak i šećer u krvi su neregulirani usprkos antihipertenzivnoj terapiji odnosno antidijabeticima propisanim od liječnika obiteljske medicine. Pacijentica pokušava provesti dijetu već godinama, ali bezuspješno. Za obilnijih obroka samoinicijativno povećava doze antidijabetika.

Analizom interakcija lijekova utvrđena je interakcija X stupnja kliničke značajnosti (repaglinid/gemfibrozil). Navedena interakcija je prisutna više od godine dana u terapiji.

Primjer 2. Gospodin K.L. (65 god.) živi sam, fizički je neaktivan, hrani se gotovim jelima, uglavnom vani, slabo se pridržava propisane terapije od svog liječnika. Arterijski tlak mu varira, uglavnom do 150/90 mm Hg. Boluje od hipertenzije, hiperlipidemije tipa IIa, a trenutno liječi i gljivičnu infekciju na nožnom palcu. U ljekarnu dolazi s receptima za atorvastatin 40mg, lisinopril 10mg, acetilsalicilnu kiselinu 100mg i itrakonazol 200mg. Utvrđena je interakcija D stupnja (atorvastatin/itrakonazol).

Primjer 3. Bolesnica A.P. (88 god.) boluje od karcinoma, te ima još 6 dijagnoza. Koristi 12 lijekova u terapiji propisanoj od svog liječnika.

Analizom je utvrđeno 7 C interakcija i 2 interakcije D stupnja kliničke značajnosti (benzodiazepin/verapamil i benzodiazepin/metilksantini).

Primjer 4. Bolesnik C.F. (66 god.), hospitaliziran zbog srčanih tegoba, postoperacijska terapija uključuje 9 lijekova. Analizom interakcija utvrđena je interakcija D stupnja kliničke značajnosti (klopidogrel/pantoprazol).

Primjer 5. Bolesnik M.P. (70 god.), teški srčani bolesnik, hospitaliziran. Prima terapiju od 11 lijekova, te dva lijeka po potrebi (ketoprofen i

diazepam). Od interakcija lijekova zabilježene su interakcije D stupnja kliničke značajnosti između rifampicin/amlodipin i rifampicin/simvastatin, te rifampicin/diazepam.

Primjer 6. Bolesnica M.M.(30 god., 62 kg) zaprimljena na neurološku obradu, zbog loše kontrole epi-napada, stoga je u terapiju uveden karbamazepin. Dosad je u terapiji koristila samo lamotrigin, te mimo znanja svog liječnika obiteljske medicine, kontraceptiv (drospirenon / etinilestradiol).

Rasprava i zaključak

Neki od navedenih primjera upućuju na slabu suradljivost bolesnika glede uzimanja (ne)propisanih im lijekova odnosno neodgovarajuće komunikacije sa svojim obiteljskim liječnikom. To nas navodi na zaključak da bolesnici nemaju zdravstvenu kulturu, ne surađuju: ne uzimaju lijekove na vrijeme, ili ih uzimaju previše, primjenjuju automedikaciju, zdravstvenom nehigijenom (prekomjerno uzimanje hrane, nekretanje itd.) poništavaju pozitivne učinke lijekova, koje možda i uzimaju redovito. Povećan broj propisanih lijekova, te njihovo često doziranje korelira s incidencijom interakcija, nuspojava te nesuradljivošću bolesnika. Bolesnici, pogotovo stariji, zbog velikog broja propisanih lijekova i njihovog višekratnog doziranja često zaboravljaju na vrijeme popiti lijek, namjerno ne koriste (dosadi im, pogotovo kroz dugačke periode liječenja) ili se jednostavno ne snalaze u zatečenoj situaciji⁶.

Sve to može i uglavnom dovodi do dva oprečna učinka: bolesnici redovito ne koriste terapiju, često s izrazito negativnim stavovima prema lijekovima ili prekomjerno, što zabrinjava, uspoređujući lijekove s "hranom". Porast broja lijekova u terapiji dovodi do eksponencijalnog rasta broja i ozbiljnosti interakcija lijekova. Sustavnim praćenjem interakcija lijekova takav rast se može kontrolirati, svesti u prihvatljive razmjere^{7,8,9}. U tbl.1 istaknute su neke od klinički značajnih i učestalih interakcija populacije starijih bolesnika. *Primjer 1. i 2.* ukazuje na nesuradljivost bolesnika, te je uz cijeli niz drugih faktora dobrim dijelom u podlozi nastanka navedenih interakcija. Gemfibrozil inhibira metabolizam repaglinida putem CYP2C8 enzima, a povećanje koncentracije repaglinida može rezultirati teškom hipoglikemijom^{10,11}. Navedena interakcija je izuzetno opasna, posebno u bolesnika starije životne dobi.

Itrakonazol može dovesti do značajnog povećanja koncentracije atorvastatina. Po jednoj studiji, uvođenje itrakonazola, 200 mg kroz četiri dana, može do 3 puta povećati koncentraciju atorvastatina, te dovesti bolesnika u opasnost od rabdomiolize¹².

Tablica 1. Pregled klinički značajnih interakcija lijekova (X i D stupnja),
čestih u starijoj populaciji

Šifra interakcije*	Interaktanti		Klinički učinak interakcije
X115	repaglinid (antidijabetik)	fibrati (hipolipemici)	pojačani hipoglikemički učinak
D06	SSRI (antidepresivi)	NSAR	pojačava antitrombotički učinak NSAR
D42	benzodiazepini	metilksantini	smanjenje terapijskog učinka benzodiazepina
D57	amiodaron (antiaritmici)	glikozidi digitalisa	povišenje serumske konc. glikozida
D69	verapamil	benzodiazepini - diazepam, alprazolam..	inhibicija metabolizma benzodiazepina
D72	NSAR	varfarin (antitrombotici)	pojačanje antikoagulativnog učinka varfarina
D76	opijati	SSRI (antidepresivi)	potenciranje neuroekcitacijskog učinka tramadola; mogućnost pojave serotoniniskog sindroma
D85	statini (hipolipemici)	fibrati (hipolipemici)-gemfibrozil	povišenje serumske konc. statina; rizik od rambdomiolize
D88	fibrati (hipolipemici)	AT2-blokatori (losartan)	smanjenje metabolizma losartana preko CYP2C9
D100	verapamil	glikozidi digitalisa	pojačanje učinka glikozida digitalisa
D108	statini - simvastatin (hipolipemici)	verapamil	povišenje serumske konc. simvastatina
D117	amiodaron (antiaritmici)	statini (hipolipemici)	smanjenje metabolizma statina
D123	varfarin (antitrombotici)	amiodaron (antiaritmici)	pojačani antikoagulacijski učinak
D128	alopurinol	ACE inhibitori	potencira alergijske reakcije na alopurinol
D130	tipični antipsihotici	triciklički antidepresivi	pojava ventrikularnih aritmija
D167	ASK (antitrombotik)	NSAR	dvosmjerna interakcija (smanjeno kardioprotektivno djelovanje salicilata; smanjenje serumske konc.NSAR)

D173	ASK (antitrombotik)	metotreksat	povišena serumska konc. metotreksata (vjerojatno ne značajno pri 100 mg ASK)
D176	leflunomid	metotreksat	povećava hematološku toksičnost
D185	venlafaksin (antidepresiv)	tipični antipsihotici	smanjenje metabolizma venlafaksina preko CYP2D6
D187	tipični antipsihotici	SSRI (antidepresivi) -paroksetin	dvosmjerna interakcija smanjenja metabolizma preko CYP2D6
D188	tipični antipsihotici	mirtazapin (antidepresiv)	smanjenje metabolizma mirtazapina preko CYP2D6
D192	makrolidni atibiotici	DHP (blok. Ca - kanala)	smanjenje metabolizma DHP
D193	makrolidni atibiotici	tipični antipsihotici	pojava ventrikularnih aritmija
D195	NSAR	sulfonilureje (antidijabetici)	smanjenje metabolizma sulfonilureje preko CYP2C9
D198	amiodaron (antiaritmici)	tipični antipsihotici	pojava ventrikularnih aritmija
D203	alfa-blokatori	beta-blokator	potenciranje ortostatske hipotenzije alfa blokatora
D214	ASK (antitrombotik)	varfarin (antitrombotici)	povećanje antikoagulativnog učinka
D219	PPI -blokatori protonske crpke	klopidogrel (antitrombotik)	smanjenje serumske koncentracije klopidogrela
D224	pripravci željeza	levotiroksin	smanjenje konc. levotiroksina

* Šifre su određene u Bolničkoj ljekarni KB Dubrava, kako su se redom interakcije pojavljivale u analizama uzoraka bolesnika od 2009. godine.

Slučaj u *primjeru 3.* postavlja pitanje: možemo li kvalitetno liječiti onkološke bolesnike i uspjeti u liječenju ako su im fiziološke funkcije uz sve specifičnosti starije životne dobi, preopterećene neracionalnom polipragmatizacijom, interakcijama lijekova? Kako validirati terapijske postupke u liječenju takvih onkoloških bolesnika, pogotovo onih gdje citostatici sudjeluju u interakcijama lijekova? Segmentno razmatranje problema tumorska bolest/ostale kronične bolesti umjesto cjelovitog pristupa bolesniku čest je problem u onkoloških bolesnika.

Primjeri 4. i 5. su izrazito pozitivni slučajevi unutarbolničke suradnje ljekarna/ostali odjeli. Navedene interakcije lijekova su izbjegnute tijekom slaganja jedinične terapije za bolničke odjele, te provjere interakcija lijekova preko Lexi-Comp Online baze podataka. Interakcija između klopidogrela i pantoprazola je česta u kliničkoj praksi. CYP2C19 enzim je uglavnom odgovoran za metabolizam klopidogrela u aktivni metabolit, te su inhibitori protonske pumpe kao supstrati većeg afiniteta za taj enzim odgovorni za smanjenje terapijskog učinka klopidogrela¹³. Antagonisti H₂ - receptora ili antacidi ne uzrokuju interakcije s klopidogrelom, pa su jedna od mogućnosti. U drugom slučaju, rifampicin indukcijom CYP3A4 enzima i P-glikoproteina značajno povećava metabolizam simvastatina. AUC i poluživot simvastatina se smanjuju, te rezultiraju niskim terapijskim učinkom simvastatina.¹⁴ Rifampicin također indukcijom CYP3A4 u mukozi gastrointestinalnog trakta povećava metabolizam blokatora kalcijevih kanala¹⁵. Indukcijom oksidativnog metabolizma benzodiazepina preko istog enzima smanjuje se i djelotvornost diazepama, te poluživot za više od 75%¹⁶.

Ove interakcije lijekova mogu ugroziti bolesnika, te ukazuju mogućnosti, naravno uz procjenu liječnika, kratkoročnog ukidanja simvastatina iz terapije, kao i primjene iv. nifedipina koji nije pod utjecajem rifampicina, odabirom benzodiazepina poput lorazepama ili oksazepama koji se ne razgrađuju navedenim metaboličkim putevima.

Iako *Primjer 6.* ne spada u područje razmatranja starije populacije, zanimljiv je s aspekta segmentnog pristupa u liječenju, te nedovoljne povezanosti i komunikacije kako zdravstvenog osoblja tako i odnosa liječnik/pacijent. Etinilestradiol induciranjem UGT porodice enzima povećava metabolizam, odnosno glukuronidaciju lamotrigina. Interakcija dovodi do loše kontrole epilepsije, te uvođenja novog lijeka u terapiju. Lamotrigin i karbamazepin, osim što međusobno sudjeluju u interakciji D stupnja kliničke značajnosti, mogu dovesti do smanjenja učinka kontraceptiva^{17,18}. Navedeni primjer je klasični slučaj ulaska u začarani krug polipragmazije.

Velik broj lijekova, veća učestalost nuspojava, neprovjerene interakcije lijekova, starija životna dob, pogotovo kroz duži period liječenja (radi se uglavnom o kroničnoj terapiji), mogu dovesti do ozbiljnih intoksikacija¹⁹. Imajući sve ove činjenice u vidu, medicinsko osoblje treba težiti smanjenju broja lijekova u terapiji na samo nekoliko nužnih i to po mogućnosti produženog djelovanja kako bi se smanjilo višekратно doziranje, te poboljšala suradljivost bolesnika. Također bi trebalo boljom povezanošću i suradnjom zdravstvenog osoblja, te stalnim praćenjem terapije bolesnika, zdravstvenom edukacijom smanjiti automedikaciju, polipragmaziju, nuspojave i interakcije lijekova^{20,21}.

Literatura

1. Božikov V, Bačić Vrca V. Klinička farmacija i terapija. Zagreb: Školska knjiga, 2004;23-46, 119-32.
2. Flaherty JH, Perry HM, Lynchard GS, Morley JE. Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55:549-57.
3. Perko G., Mihok D, Puljak A. Radašević H, Tomek-Roksandić S. Značenje savjetovanja o pozitivnom ponašanju u terapiji starijih osoba s hipertenzijom, *Liječ vjesn* 2006; 128:99-100.
4. Katić M, Jureša V, Bergman-Marković B. Preventivni program kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb: Profil, 2003;19.
5. Bačić Vrca V, Bećirević Laćan M, Božikov V, Biruš M. Prescribing medication errors in hospitalized patients; a prospective study. *Acta Pharmaceut* 2005;55:157-67.
6. Čulig J. Farmakoterapija u starijih bolesnika. *Medicus* 2005;14:257-60.
7. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51:615-22.
8. Cruciol-Souza JM, Thomson JC. A pharmacoepidemiologic study of drug interactions in a Brazilian teaching hospital. *Clinics São Paulo* 2006;61:6
9. Janchawee B, Wongpoowarak W, Owatranporn T, Chongsuvivatwong V. Pharmacoepidemiologic study of potential drug interactions in outpatients of a university hospital in Thailand. *J Clin Pharmacol Ther* 2005;30:13-20.
10. Tornio A, Niemi M, Neuvonen M, Laitila J, Kalliokoski A, Neuvonen PJ, Backman JT. The effect of gemfibrozil on repaglinide. Pharmacokinetics persists for at least 12 h after the dose: evidence for mechanism-based inhibition of Cyp2c8 in vivo. *Clin Pharmacol Ther* 2008; 84:40.
11. Ogilvie BW, Zhang D, Li W, Rodrigues AD, Gipson AE, Holsapple J i sur. Glucuronidation converts gemfibrozil to a potent, metabolism-dependent inhibitor of CYP2C8: Implications for drug-drug interactions. *Drug Metab Dispos* 2006; 34:191-7.
12. Kantola T, Kivisto KT, Neuvonen PJ. Effect of itraconazole on the pharmacokinetics of atorvastatin. *Clin Pharmacol Ther* 1998; 64:58-65.
13. Siller-Matula JM, Spiel AO, Lang IM. Effects of pantoprazole and esomeprazole on platelet inhibition by clopidogrel. *Am Heart J* 2009;157:148.e1-e5.

14. Backman JT, Luurila H, Neuvonen M. Rifampin markedly decreases and gemfibrozil increases the plasma concentrations of atorvastatin and its metabolites. *Clin Pharmacol Ther* 2005; 78:154-67.
15. Barbarash RA. Verapamil-rifampin interaction. *Drug Intell Clin Pharm* 1985; 19:559-60.
16. Backman JT, Olkkola KT, Neuvonen PH. Rifampin drastically reduces plasma concentrations and effects of oral midazolam. *Clin Pharmacol Ther* 1996; 59:7-13.
17. Sidhu J, Job S, Singh S. The pharmacokinetic and pharmacodynamic consequences of the co-administration of lamotrigine and a combined oral contraceptive in healthy female subjects. *Br J Clin Pharmacol* 2006; 61:191-9.
18. Warner T, Patsalos PN. Lamotrigine-induced carbamazepine toxicity: a pharmacokinetic interaction. *Epilepsia* 1991; 32(supl 1):95.
19. Duraković Z. Hipersaturacija i otrovanje lijekovima. *Medicus* 2005; 14:261-72.
20. Francetić I. Racionalna primjena lijekova. Zagreb: Medicinska naklada, 2002: 36-7.
21. Delafuente JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Crit Rev Oncol/Hematol* 2003; 48:133-43.

PRIJEDLOG NOVOG NAČINA BILJEŽENJA POSTUPAKA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

NEW APPROACH TO DATA COLLECTION IN PRIMARY CARE - A PROPOSAL

Hrvoje Tiljak¹

¹ *Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Hrvoje Tiljak, Zagreb*

Sažetak

Uvođenje klasifikacije bolničkih usluga temeljem DTS-a i uvođenjem DTP-a u PZZ, uz postojeću Plavu knjigu dovelo je do šarolikost šifriranja istih postupaka u PZZ. Predlaže se ICPC kao mogućnost jedinstvenog opisa postupaka u PZZ. Opisuje se grupiranje postupka po kategorijama: dijagnostički i preventivni postupci, terapijski postupci, postupci analiziranja nalaza, administrativni postupci, ostali postupci uključujući upućivanje. Opisuje se 40 izvornih postupaka podijeljenih u 17 morbiditetnih kategorija. Naglašava se pitanje DTP-a u novom načinu bilježenja podataka i nude se šifre ICPC postupka za sve važeće DTP-e. Predlaže se novi način izbora DTP-a temeljem više uvjeta: troška opreme; troška u potrošnom materijalu; vremenskom angažmanu za postupak; te stimulacije postupka PZZ zbog dugog čekanja na uslugu, nepotrebnog opterećivanja kapaciteta u sekundarnoj zaštiti i racionaliziranja troška. Zaključno se navode prednosti i mane prelaska na novi način bilježenja podataka.

Ključne riječi: *PZZ, bilježenje podataka, Plava knjiga, ICPC, DTP, plaćanje usluga u PZZ*

Summary

Introduction of hospital service classification according to DTGs and DTPs in primary health care (PHC), following the actual "Blue Book", resulted in a coding confusion of the same procedures in PHC. Introduction of ICPC (International Classification for Primary Care) system is suggested as a way of uniform service coding in PHC. Described is grouping of activities in diagnostic and preventive, therapeutic, laboratory, administrative and other

(including referral). Presented are 40 original procedures subdivided in 17 morbidity categories. The DTP problem with the new data presentation is stressed, offering ICPC codes for all current DTPs. A new DTP selection is suggested according to several variables: equipment costs, material costs, procedure time compensation, and PHC stimulation to shorten the waiting lists, to cut unnecessary consultations and to rationalize other expenses. Finally, the merits and demerits of the proposed switch are analyzed.

Key words: *PHC, data collection, Blue book, ICPC, DTP, payment in PHC*

Uvod

Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima ili takozvana Plava knjiga godinama predstavlja temelj za opis rada u zdravstvu Hrvatske¹. Uz popis postupaka Plavom knjigom su definirani vremenski i kadrovski normativi za izvođenje pojedinih postupaka. Brojne kritike, dodaci, ispravke i negodovanje vezano za normative nisu uspjela uništiti Plavu knjigu. Odoljela je svemu tome, a moglo bi se reći i vremenu - na snazi je gotovo dva desetljeća.

Uvođenje klasifikacije bolničkih usluga temeljem dijagnostičko-terapijskih skupina (u daljnjem tekstu DTS) i dijagnostičko-terapijskih postupka (DTP) u primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ) oslabilo je poziciju Plave knjige. Dok je u bolničkom uvjetima potpuno izvan upotrebe, Plava knjiga se zadržala u PZZ u dijelu gdje se opisuju usluge obavljene u sklopu takozvane glavarine. Tako je u PZZ uvedeno dvostruko šifriranje istih usluga koji se paralelno bilježi u dva odvojena izvješća isključivo zbog razlika u načinu plaćanja. Štoviše, DTP usluge koje se plaćanju pojedinačno od strane HZZO-a bilježe se samo za potrebe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i ne ulaze u zdravstvenu statistiku usluga učinjenih u PZZ koju bilježi Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). Konačno, iste usluge se moraju šifrirati po DTP klasifikaciji dok se ne ispuni maksimum plaćanja DTP usluga prema važećem ugovoru, a nastaviti šifrirati po Plavoj knjizi nakon ispunjenja maksimuma. Ta obaveza proističe iz potrebe dokazivanja da se ista usluga nastavlja raditi i nakon ispunjenja maksimuma plaćanja DTP-a, a što je također dio ugovornih obaveza prema HZZO-u.

Aktualna šarolikost šifriranja istih postupaka u PZZ prikazana je u tbl. 1.

Vidljivo je da se isti postupci šifriraju različitim šiframa, da se šifre po strukturi razlikuju (Plava knjiga - peteroznamenasti brojevi, DTP šifre kombinacija slova i brojeva), da se pravila šifriranja mijenjaju prema šifrniku koji se koristi, te da su pojedini postupci različito podijeljeni u dva različita šifrnika. Uz prethodno opisane raznolikosti u metodologiji

bilježenja postupaka u PZZ, ovo dodatno komplicira taj proces. Zaključno se dobiva kompliciran, dvostruki način bilježenja podataka koji stvara ozračje za pogreške u bilježenju podataka i gotovo onemogućava analizu broja i vrste postupaka koji se realno događaju u PZZ.

Tablica 1. Prikaz primjera načina šifriranja pojedinih postupaka PZZ

Postupak	Šifra po Plavoj knjizi	Šifra DTP-a	Napomena
EKG	12601	PZZ01	
Incizija	58830	PZZ06	
Opskrba rane, prevoj	81910	PZZ05, PZZ14	PZZ05 - prvi prevoj, svi ostali PZZ14
Intravenozna injekcija	88416	PZZ28	
Intramuskularna injekcija	91215	PZZ29	
Otoskopija, ispiranje cerumena	12441	PZZ03	PZZ03 - samo ispiranje
Otorinoskopija	12441	PZZ33	PZZ33 - samo rinoskopija

Postoji potreba redefiniranja načina bilježenja postupaka u PZZ koja bi ujednačila način bilježenja, učinila proces prikupljanja podataka jednostavnijim, a time i unaprijedila uvid u proces pružanja zdravstvene zaštite na nivou PZZ.

ICPC kao mogućnost opisa postupaka u PZZ

Međunarodna klasifikacija za primarnu zdravstvenu zaštitu (engl. *International Classification for Primary Care* - ICPC) nudi popis usluga koji se mogu pružati u PZZ-u². Korištenjem tog popisa bilo bi moguće promijeniti postojeći komplicirani sustav bilježenja podataka³. Osim toga, ICPC popis nudi mogućnost spajanja DTP šifara i šifara iz Plave knjige u jedinstveni popis usluga primjeren za upotrebu u PZZ⁴. Usluge, odnosno postupci koji se mogu pružati u PZZ, podijeljeni su u ICPC na nekoliko skupina:

- Dijagnostički i preventivni postupci
- Terapijski postupci
- Postupci analiziranja nalaza
- Administrativni postupci
- Ostali postupci uključujući upućivanje

Popis dijagnostičkih i preventivnih postupaka prikazan je u tbl. 2, terapijskih u tbl. 3, a ostalih u tbl. 4.

Tablica 2. Popis dijagnostičkih i preventivnih postupaka prema ICPC-u.

<i>DIJAGNOSTIČKI I PREVENTIVNI POSTUPCI</i>	
-30	Medicinski pregled/procjena zdravstvenog stanja - kompletan, u cjelini
-31	Medicinski pregled/procjena zdravstvenog stanja - djelomična
-32	Test osjetljivosti
-33	Mikrobiološki/imunološko ispitivanje
-34	Analize krvi
-35	Pregled urina
-36	Pregled stolice
-37	Histološke i citološke analize
-38	Drugi laboratorijski testovi
-39	Funkcionalni testovi tjelesnih funkcija/tjelesnog zdravlja
-40	Dijagnostička endoskopija
-41	Dijagnostička radiologija
-42	Elektrodijagnostika
-43	Ostale dijagnostičke procedure
-44	Preventivna cijepljenja i liječenja
-45	Praćenja/zdravstvena edukacija/savjeti/dijeta
-46	Savjetovanja s davateljem usluga primarne zdravstvene zaštite
-47	Savjetovanje sa specijalistom
-48	Pojašnjenje i rasprava o razlogu dolaska pacijenta/pacijentova zahtjeva
-49	Ostali preventivni postupci

Tablica se sastoji od popisa 20 postupaka opisanih dvoznamenkastim brojem kojem se u prefiksu dodaje slovo.

Tablica 3. Popis terapijskih postupaka prema ICPC-u.

<i>TERAPIJSKI POSTUPCI</i>	
-50	Medikacija - propisivanje recepata/zahtjev/obnavljanje/injekcija
-51	Incizija/drenaža/ispuštanje/aspiracija/odstranjenje tjelesnih tekućina (osim kateterizacije-53)
-52	Ekscizija/odstranjenje tkiva/biopsija, uništavanje, debridman, kauterizacija
-53	Instrumentalni postupci kateterizacija - intubacija - dilatacija
-54	Šivanje, gipsanje, ortopedska pomagala (postavljanje, odstranjenje)
-55	Lokalno injiciranje - infiltracija lijeka
-56	Previjanje, učvršćivanje, kompresija, tamponada
-57	Fizikalna medicina i rehabilitacija
-58	Terapijsko savjetovanje i slušanje
-59	Ostale terapeutske procedure/mala kirurgija, nespecificirana

Tablica se sastoji iz popisa 10 postupaka opisanih dvoznamenkastim brojem kojem se u prefiksu dodaje slovo.

Tablica 4. Popis tri preostale kategorije postupaka prema ICPC-u.

<i>POSTUPCI ANALIZIRANJA NALAZA</i>	
-60	Rezultati pretraga - testova i postupaka
-61	Rezultati izvještaja drugih davatelja usluga - pregleda, testova, snimanja
<i>ADMINISTRATIVNI POSTUPCI</i>	
-62	<i>Administrativni postupci</i>
<i>OSTALO, UKLJUČUJUĆI UPUĆIVANJA</i>	
-63	Nespecificirani kontrolni pregled
-64	Dolazak/problem potaknut od strane davatelja usluga
-65	Dolazak/problem potaknut od strane treće osobe
-66	Upućivanje drugom davatelju usluga/sestri/terapeutu/soc. radniku (isklj. liječniku)
-67	Upućivanje liječniku - specijalisti - na kliniku - u bolnicu
-68	Drugo upućivanje
-69	Drugi razlozi dolaska nespecificirani

Tablica 4 prikazuje 10 postupaka opisanih dvoznamenkastim brojem, kojem se u prefiksu dodaje slovo i razdijeljenih u tri kategorije: postupci analiziranja nalaza, administrativni postupci i ostali postupci uključujući upućivanje. Slovo koje upotpunjuje dvoznamenkastu šifru opisuje morbiditet, odnosno morbiditetnu skupinu slično Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih stanja (MKB). Morbiditetne skupine prema ICPC-u opisane su u tbl. 5.

Tablica 5. Popis morbiditetnih skupina prema ICPC-u.

A	Opće i nespecificirane tegobe
B	Krv i krvotvorni organi te limfa (slezena, koštana srž)
D	probavni problemi
F	Oko
H	Uho
K	Cirkulacijski problemi
L	Mišićno koštani problemi
N	Neurološki problemi
P	Psihološki problemi
R	Respiratorni problemi
S	Koža
T	Endokrini, metabolički, nutritivni problemi
U	Urološki problemi
W	Trudnoća, planiranje obitelji
X	Ženski spolni organ
Y	Muški spolni organ
Z	Socijalni problemi

Tablica prikazuje popis 17 skupina, prema tjelesnim funkcijama i organskim sustavima, te mogućim problemima. Uočljivo je da popis i slovne oznake slične na MKB šifarnik, ali se sadržajno značajno razlikuju. Dodavanjem slova iz podjele prema morbiditetu na početak dvoznamenkastog broja iz podjele prema skupinama postupaka dobije se konačna šifra postupka prema ICPCU. Primjer za opće i nespecificirane tegobe (A skupina) prikazan je u tablici 6: kompletan popis 40 postupaka kako se prema ICPC-u opisuju usluge pružene u PZZ-u.

Tablica 6. Popis konačnih šifara svih postupaka za skupinu općih i nespecificiranih tegoba prema ICPC-u.

A30	Medicinski pregled/procjena zdravstvenog stanja - kompletan, u cjelini
A31	Medicinski pregled/procjena zdravstvenog stanja - djelomična
A32	Test osjetljivosti
A33	Mikrobiološko/imunološko ispitivanje
A34	Analize krvi
A35	Pregled urina
A36	Pregled stolice
A37	Histološke i citološke analize
A38	Drugi laboratorijski testovi
A39	Funkcionalni testovi tjelesnih funkcija/tjelesnog zdravlja
A40	Dijagnostička endoskopija
A41	Dijagnostička radiologija
A42	Elektrodijagnostika
A43	Ostale dijagnostičke procedure
A44	Preventivna cijepljenja i liječenja
A45	Praćenja/zdravstvena edukacija/savjeti/dijeta
A46	Savjetovanja s davateljem usluga primarne zdravstvene zaštite
A47	Savjetovanje sa specijalistom
A48	Pojašnjenje i rasprava o razlogu dolaska pacijenta/pacijentova zahtjeva
A49	Ostali preventivni pristupi
A50	Medikacija - propisivanje recepata/zahtjev/obnavljanje/injeksija
A51	Incizija/drenaža/ispuštanje/aspiracija/odstranjenje tjelesnih tekućina (osim kateterizacije-53)
A52	Ekscizija/odstranjenje tkiva/biopsija, uništavanje, debridman, kauterizacija
A53	Instrumentalni postupci kateterizacija - intubacija - dilatacija
A54	Šivanje, gipsanje, ortopedska pomagala (postavljanje, odstranjenje)
A55	Lokalno injiciranje - infiltracija lijeka

A56	Previjanje, učvršćivanje, kompresija, tamponada
A57	Fizikalna medicina i rehabilitacija
A58	Terapijsko savjetovanje i slušanje
A59	Ostale terapeutske procedure/mala kirurgija, nespecificirana
A60	Rezultati pretraga - testova i postupaka
A61	Rezultati izvještaja drugih davatelja usluga - pregleda, testova, snimanja
A62	Administrativni postupci
A63	Nespecificirani kontrolni pregled
A64	Dolazak/problem potaknut od strane davatelja usluga
A65	Dolazak/problem potaknut od strane treće osobe
A66	Upućivanje drugom davatelju usluga/sestri/terapeutu/soc. radniku (isklj. liječniku)
A67	Upućivanje liječniku - specijalisti - na kliniku - u bolnicu
A68	Drugo upućivanje
A69	Drugi razlozi dolaska nespecificirani

Takav popis postoji za svaku od morbiditetnih skupina - primjer za psihološke bolesti (morbiditetna skupina P) prikazan je u tbl. 7. Vidljivo je da svi postupci u ovoj morbiditetnoj skupini nemaju smisla, pa su označeni zasjenjenjem kao neiskoristivi. Isto vrijedi i za druge morbiditetne skupine. U konačnici se dobije izvornih 40 postupaka umnoženih sa 17 skupina morbiditeta, ali umanjenih za broj postupaka koji nisu primjenjivi u određenim skupinama bolesti. Riječju, izvorno ICPC dijeli postupke na izvornih 40, ali dodavanjem morbiditeta mogući broj šifara naraste do oko 500.

Tablica 7. Popis konačnih šifara svih postupaka za psihološke bolesti prema ICPC-u.

F30	Medicinski pregled/procjena zdravstvenog stanja - kompletan, u cjelini
F31	Medicinski pregled/procjena zdravstvenog stanja - djelomična
F32	Test osjetljivosti
F33	Mikrobiološko/imunološko ispitivanje
F34	Analize krvi
F35	Pregled urina
F36	Pregled stolice
F37	Histološke i citološke analize
F38	Drugi laboratorijski testovi
F39	Funkcionalni testovi tjelesnih funkcija/tjelesnog zdravlja

F40	Dijagnostička endoskopija
F41	Dijagnostička radiologija
F42	Elektrodijagnostika
F43	Ostale dijagnostičke procedure
F44	Preventivna cijepljenja i liječenja
F45	Praćenja/zdravstvena edukacija/savjeti/dijeta
F46	Savjetovanja s davateljem usluga primarne zdravstvene zaštite
F47	Savjetovanje sa specijalistom
F48	Pojašnjenje i rasprava o razlogu dolaska pacijenta/pacijentova zahtjeva
F49	Ostali preventivni postupci
F50	Medikacija - propisivanje recepata/zahtjev/obnavljanje/injekcija
F51	Incizija/drenaža/ispuštanje/aspiracija/odstranjenje tjelesnih tekućina (osim kateterizacije-53)
F52	Ekscizija/odstranjenje tkiva/biopsija, uništavanje, debridman, kauterizacija
F53	Instrumentalni postupci keteterizacija - intubacija - dilatacija
F54	Šivanje, gipsanje, ortopedska pomagala (postavljanje, odstranjenje)
F55	Lokalno injiciranje - infiltracija lijeka
F56	Previjanje, učvršćivanje, kompresija, tamponada
F57	Fizikalna medicina i rehabilitacija
F58	Terapijsko savjetovanje i slušanje
F59	Ostale terapijske procedure/mala kirurgija, nespecificirana
F60	Rezultati pretraga - testova i postupaka
F61	Rezultati izvještaja drugih davatelja usluga - pregleda, testova, snimanja,
F62	Administrativni postupci
F63	Nespecificirani kontrolni pregled
F64	Dolazak/problem potaknut od strane davatelja usluga
F65	Dolazak/problem potaknut od strane treće osobe
F66	Upućivanje drugom davatelju usluga/sestri/terapeutu/soc. radniku (isklj. liječniku)
F67	Upućivanje liječniku - specijalisti - na kliniku - u bolnicu
F68	Drugo upućivanje
F69	Drugi razlozi dolaska nespecificirani

ICPC i DTP

Uvođenje nove metodologije bilježenja mora interferirati s uvriježenim načinom prikupljanja podataka u PZZ, pa nova rješenja vrijedi ispitati i usporediti s postojećim. U tu svrhu popis važećih DTP usluga je uspoređen s mogućnostima bilježenja prema ICPC. U tbl. 8 prikazani su usporedni popisi.

Tablica 8. Prikaz usporedne šifri za važeće DTP-e prema postojećoj i ICPC podjeli.

PZZ01	Elektrokardiografija i očitavanje EKG nalaza	K42
PZZ02	Kateterizacija mokraćnog mjehura, uvođenje ili zamjena trajnog katetera.	U53
PZZ03	Otoskopija, ispiranje cerumena.	H51
PZZ04	Zaustavljanje krvarenja iz nosa, prednja tamponada.	R56
PZZ05	Primarna opskrba površinskih i manjih rana.	S54
PZZ06	Incizija gnojnih procesa kože i potkožnog tkiva, uključuje absces Bartol. žlijezde i vulve	S51, X51
PZZ07	Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija.	S52
PZZ08	Površinska, lokalna anestezija.	S55, X55
PZZ09	Odstranjivanje šavova.	S59
PZZ10	Transvaginalna sonografija (TVS)	X43
PZZ11	Pretraga ultrazvukom do 14. tjedna trudnoće (REAL-TIME)	W43
PZZ12	Pretraga ultrazvukom u trudnoći	W43
PZZ13	Dijagnostičke pretrage vezane za preventivne preglede osiguranih osoba	A34, A36
PZZ14	Previjanje	S56
PZZ15	Ispiranje želuca	D51
PZZ16	Uvođenje i zamjena trahealne kanile	R53
PZZ17	Zamjena vrećice i toaleta kolostome	D53
PZZ18	Toaleta gastrostome	D56
PZZ19	Uzimanje venske krvi za laboratorijsku analizu	B34
PZZ20	Spirometrija	R39
PZZ21	Kvalitativna analiza urina u trudnoći test trakom	W53
PZZ22	Postavljanje, vađenje i toaleta pesara	X53
PZZ23	Folikulometrija	W43?
PZZ24	Ultrazvuk dojki	X43
PZZ25	Ultrazvuk abdomena	D43
PZZ26	Amnioskopija	X43
PZZ27	Kardiotokografija (CTG)	W42
PZZ28	Intravenozna injekcija/intravenozna infuzija	A50
PZZ29	Intramuskularna, potkožna injekcija	S50
PZZ30	Terapija protiv bolova (TENS)**	M53
PZZ31	Uvođenje nazogastrične sonde	R53
PZZ32	Primarna opskrba dubljih i većih rana	S52
PZZ33	Rinoskopija	R31

PZZ34	Izvješće s nalazom i mišljenjem liječnika (tiskanica 1 IN zahtjeva za invalidsku mirovinu)	A62
PZZ35	Peak-flow metrija	R39
PZZ36	Inhalacija	R59
PZZ37	Klizma	D59
PZZ38	Uzimanje mikrobioloških uzoraka nosa, uha, grla	R33,H33
PZZ39	Digitorektalni pregled	U31
PZZ40	Odstranjivanje površinskih stranih tijela iz oka, nosa, uha	F52, R52, H52
PZZ41	Odstranjivanje stranih tijela sa sluznice i iz mekih tkiva	S52,D52

Iz tablica je vidljivo da svaki od postojećih DTP-a ima svoju šifru u ICPC podjeli. Štoviše, postupak incizije gnojnog procesa (PZZ06) se može bolje opisati korištenjem L51 za inciziju gnojnog procesa kože i X51 inciziju gnojnog procesa genitalnih organa (npr. Bartolinijeve žlijezde). Također, intervencije na oku, nosu uhu i grlu (PZZ38 i PZZ40) se mogu podijeliti po pojedinim organima ako se koristi ICPC metodologija.

ICPC klasifikacija omogućava spajanje podjele postupaka prema Plavoj knjizi s DTP postupcima u jedinstveni popis. Time bi se izbjeglo dvostruko šifriranje, učinilo bilježenje podataka jednostavnijim i omogućio bolji uvid u usluge učinjene u PZZ.

Metodologija se može sastojati iz bilježenja svih podataka kroz ICPC šifre, a HZZO može birati postupke (ICPC šifre) koje će uvrstiti u DTP i dodatno platiti. To dokida dva načina šifriranja i dva popisa (Plava knjiga: DTP popis) i uvodi jedan popis jedinstvenih šifri iz kojeg se izdvajaju DTP-i.

Valjalo bi razraditi metodologiju izbora DTP, odnosno usluga koje HZZO dodatno plaća. Moguće je prepoznati nekoliko različitih razloga za dodatnu naknadu za pojedine usluge:

1. usluga traži korištenje opreme koja je skupa (npr. EKG ili UZV aparat)
2. usluga traži značajniji trošak u potrošnom materijalu (npr. mala kirurgija)
3. usluga traži značajniji vremenski angažman - duže traje (npr. obrada za IK)
4. uslugu je potrebno stimulirati u PZZ, jer se u sekundarnoj zaštiti predugo čeka (npr. TENS)
5. uslugu treba stimulirati u PZZ jer je toliko jednostavna da nepotrebno opterećuje kapacitete sekundarne zaštite (npr. ispiranje uha, peak-flow metrija)
6. uslugu treba stimulirati u PZZ zbog racionaliziranja troška, koji je manji u PZZ nego u sekundarnoj zaštiti (npr. klizma).

Već na prvi pogled brojni DTP-i iz važećeg popisa ispunjavaju dva i više opisanih razloga za uvrštenje u DTP-e (dodatno plaćanja). Primjerice, zahvati male kirurgije traže trošak u potrošnom materijalu i vremenu, snimanjem EKG se rasterećuje sekundarna zaštita (ali to iziskuje trošak nabave opreme). Pravilo za uvrštavanje pojedine usluge u DTP-e, odnosno usluga za dodatno plaćanje trebalo bi biti ispunjavanje najmanje dva od opisanih uvjeta/razloga. Time bi se izbor DTP-a učinio razvidnim, jednostavnim i racionalnim. Takvim postupkom bilo bi moguće i korigirati cijene pojedinih DTP-a, tj. uskladiti cjenik DTP-a shodno razlozima za uvrštavanje na listu DTP-a.

Dodatne prednosti i mane korištenja ICPC u bilježenju postupaka učinjenih u PZZ

Iako se uvođenje nove metodologije bilježenja podataka čini kompliciranim i zahtjevnim, ICPC u praksi čini taj proces jednostavnijim od postojećeg sustava. Svaki liječnik PZZ se povremeno nađe u nedoumici kako opisati uslugu koju je učinio. Tada počinje traganje za šifrom koja to najbolje opisuje. Uz osobno računalo to je lakše, ali i najbolje priređeni popisi s praktičkim tražilicama ne uspijeva naći odgovarajući pojam. ICPC to čini jednostavnijim jer je potrebno dobro poznavati osnovne šifre i samo im dodavati skupine bolesti. Primjerice, spirometrija je u osnovi funkcionalni test (39) i to respiratornih organa (R), pa je konačna šifra (R39). Uzmemo li primjere iz tbl. 1, otoskopija je djelomični pregled (31) uha (H) - zaključno H31, dok je ispiranje uha terapijski postupak H51. Kompletnu uslugu moguće je opisati sa dvije šifre od kojih je samo jedna za dodatno plaćanja (DTP). Konačno, pregled nalaza bez pregleda pacijenta je izrazito teško opisati u postojećem načinu podjele postupka (iako je često vremenski zahtjevno), a ICPC nudi mogućnost bilježenje postupka analize nalaza: -60, -61. Logika ICPC je primjerenija PZZ što ga čini jednostavnim u praksi. Jednom kad se stekne rutina u korištenju, ICPC u mnogome olakšava posao bilježenje podataka^{5,6}.

Grupiranjem postupka po kategorijama: dijagnostički i preventivni postupci, terapijski postupci, postupci analiziranja nalaza, administrativni postupci, ostali postupci uključujući upućivanje stvara uvjete za dobar pregled što ordinacija u praksi radi. Primjerice poželjno je imati dosta dijagnostičkih i preventivnih, a što manje administrativnih postupaka. Snimanjem događanja u ordinaciji kroz ICPC liječnicima se pruža bolji uvid što se događa u ordinaciji i što bi eventualno trebalo unaprijediti. Podjelom na morbiditetne skupine ICPC omogućava bolji uvid i u epidemiološku problematiku ordinacija⁷.

ICPC u kategorijama postupaka treba dodatne opise. Bilo koja usluga može biti pružena u kućnoj posjeti, ali bi je trebalo posebno označiti. Postojeći opis "kućna posjeta" ne govori ništa o tome što se u tom posjetu dogodilo, pa u tom smislu može biti samo A30 - opći pregled. I tada treba dodatnu oznaku, moguće A30KP- kako bi se dalo od znanja da je pregled obavljen u kući. Druge mogućnosti su pregled radi probavnih tegoba D30, ali i tada bi trebalo dodati oznaku kućne posjete D30KP. Moguće se ispiranje uha dogodilo u kući, tada bi realni opis tražio šifru H51KP. Iako ovdje ICPC traži dodatno upotpunjavanje šifara (koje tek treba dogovoriti), ICPC i u toj situaciji bolje opisuje što je zaista učinjeno³.

Literatura

1. Toth M, Šabijan D. Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (vremenski i kadrovski normativi). Zagreb: RF-ZOIZ, 1992.
2. WONCA: International Classification of Primary Care ICPC-2. New York: Oxford University Press 1998.
3. Zelić Havić I, Nardelli Kovačić M, Tiljak H. Metaboličke bolesti u općoj/obiteljskoj medicini - mogućnost analize korištenjem Međunarodne klasifikacije primarne zdravstvene zaštite. Zbornik Kongresa obiteljske medicine, Karlovac 1999. Karlovac: HUOM, 1999:109-23.
4. Zelić-Havić I, Nardelli-Kovačić M, Tiljak H. ICPC - useful tool for general practice job description (Croatian Family Practice Research Club Workshop). 6th European Conference on General Practice & Family Medicine, Vienna, 2000. Vienna: WONCA, 2000:153.
5. Tiljak H, Kujundžić Tiljak M, Zelić-Havić I, Nardelli-Kovačić M, Petriček G. ICPC versus standard PHC data analysis in Croatia: what will change? Book of abstracts and conference programme. WONCA EUROPE, 2003.
6. Stevanović R, Tiljak H, Stanić A, Varga S, Not T, Jovanović A. ICPC-2 - international classification of primary health care and its application in Croatian health care. Acta Med Croat. 2005;59:267-71.
7. Katić M, Soldo D, Ožvačić Z i sur. Information systems and the electronic health record in primary health care. Inform Prim Care. 2007;15:187-92.

STRUČNI I ZNANSTVENI ČLANCI U OBITELJSKOJ MEDICINI: KOLIKO MOŽEMO?

PROFESSIONAL AND SCIENTIFIC PAPERS IN FAMILY MEDICINE: HOW MUCH WE CAN?

Mirjana Rumboldt¹, Dragomir Petric¹

¹ Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Sažetak

Ovim kratkim prikazom se željelo ukazati na potrebu i važnost publiciranja u obiteljskoj medicini. Najmanje su dva razloga zbog kojih bi trebalo objavljivati: 1) da ukažemo, i kao struka i kao znanstvena disciplina, na osobitost onoga što radimo, 2) da svojim stručnim ili znanstvenim doprinosom unaprijedimo struku ili ukažemo na nove činjenice. Za to su potrebne stano-vite vještine, o kojima se potanje raspravlja u članku (razlika stručno-znanstveno, planiranje rada i prikupljanje podataka, sistematiziranje i prikazivanje građe, rasprava, citiranje literature).

Gljučne riječi: znanstveni članak, stručni članak, obiteljska medicina, recenzija

Summary

The aim was to explain the importance and necessity of publication in family medicine. There are at least two reasons why to publish: 1) to show the peculiarities of what we are doing as a profession and as a medical discipline; 2) to promote the profession and to unveil new facts through professional and/or scientific endeavor. For this purpose some necessary skills are considered in more detail (differences between professional and scientific papers, study design and data gathering, systematization and presentation of the results, discussion, quoting of the references).

Key words: family medicine, professional paper, scientific paper, peer review

Uvodne napomene

O važnosti, osobitostima, ali i o problemima znanstveno-istraživačkog rada u obiteljskoj medicini nedavno je dosta široko razmatrano^{1,2}. Spomenimo ukratko tada navedene prednosti znanstvenog rada u obiteljskoj medicini:

- 1) dodatna vrijednost u stalnom stručnom usavršavanju,
- 2) dogradnja znanstvene metodologije,
- 3) unaprjeđenje povjerenja i cjelokupnog odnosa liječnik-bolesnik,
- 4) poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite i ugleda obiteljske medicine,
- 5) uvjeti kliničkih istraživanja u obiteljskoj medicini najbliže su realnosti,
- 6) akademsko napredovanje i društveno uvažavanje.

Premda obiteljski liječnici predstavljaju najbrojniju skupinu vodećih zdravstvenih stručnjaka u Hrvatskoj, njihova je znanstvena produkcija neprijemljeno niska, zbog niza razloga:

- 1) specijalizacija obiteljske medicine je desetak godina bila suspendirana,
- 2) zakupni odnos je obiteljskog liječnika preobratio u priučenog ekonomista,
- 3) neuravnoteženo financiranje od partnerskog stvorilo je vazalski odnos prema HZZO-u,
- 4) obiteljski liječnik treba usavršavanju i istraživanju posvetiti svoje slobodno vrijeme, jer je u radno vrijeme preopterećen stručnim i administrativnim poslovima.

Pored ovih problema, posebno pažnju treba posvetiti razlučivanju znanstvenog od stručnog rada, što se u nas još uvijek zamagljuje. Nerijetko se smatra da je nešto znanstveno ako je neobično korisno ili praktički važno, što je pogrešno. Znanstveni rad u osnovi obilježava generaliziranje, a stručni konkretiziranje; prvi vodi spoznaji, a drugi se na njoj zasniva. Razumljivo je da je razgraničenje ponekad teško povući, no kriteriji znanstvenosti (izvornost i mogućnost provjere) su jednostavni i dobro razlučeni³. To dakako ne znači da je stručni rad manje vrijedan, već da se razlikuje. Pritisak na dobivanje kvalifikacije znanstvenosti, svojedobno neobično važne za akademsko napredovanje, stišao se nakon uvođenja temeljnog akademskog valoriziranja radova objavljenih u časopisima s dvostrukom recenzijom i visokim čimbenikom odjeka (*impact factor*, IF). Zato se danas interes autora usredotočio na tzv. CC časopise (publikacije koje navodi poznata baza podataka *Current Contents* i njegove pismohrane *Clinical Medicine* i *Life Sciences* tvrtke "ISI

Thomson"), dok se ponuda tekstova našim časopisima, na hrvatskom jeziku, nažalost smanjila, što nije dobro³.

Poticaj i najvažniji elementi za pisanje rada

O slaganju i pisanju stručnog/znanstvenog rada postoji više izvrsnih knjiga i priručnika, kako u domaćoj,^{4,5} tako i u stranoj^{6,7} publicistici. Osim toga, održani su brojni tečajevi diljem Hrvatske i na pojedinim katedrama (npr. na Katedri obiteljske medicine u Splitu). Na poslijediplomskom studiju u sklopu specijalizacije obiteljske medicine dat je znatan prostor znanstveno/istraživačkoj edukaciji, okrunjen pisanjem poslijediplomskog rada. Stoga bi takva razmatranja mogla izgledati suvišnim.

Cilj ovog teksta je *potaknuti* mnoge naše kolege, koji imaju što napisati (to se vidi iz brojnih priloga za kongres HUOM-a, koji svaki put ponovno iznenađuju i zadivljuju bogatstvom ideja i svojom inspiracijom), ali često to ne razrađuju dovoljno i ogrešuju se o neka vrlo jednostavna lako savladiva pravila. Pisanje zapravo nije teško, ali uzima dosta slobodnog vremena i uz primjerenu pismenost zahtijeva dobru koncentraciju i poznavanje gradiva.

Poticaj - ideja za pisanje rada mora poteći od nas samih, bilo da je to nešto što nas tišti, bilo da je to nešto neobično i rijetko, odnosno da je riječ o prikazivanju rezultata dobivenih u sklopu stanovitog projekta ili drugog znanstveno-istraživačkog rada. Nacrt ili plan rada je po svoj prilici intelektualno najzahtjevniji dio (jasna hipoteza, glavni cilj/ciljevi istraživanja, veličina uzorka i predvidivo trajanje istraživanja, odabir ispitanika, relevantna mjerenja). Nakon prikupljanja podataka valja ih obraditi, što većinom radi statističar (ili se sami služite paketom statističkih programa), ali Vi morate već u planu rada odrediti ciljeve obrade, pogotovo ako je statističar nemedicinske struke (sudjeluje i u planiranju, prigodom utvrđivanja neophodne veličine uzorka i trajanja pokusa).

Rezultate treba prikazati što kvantitativnije, nerijetko pomoću tablica ili grafikona, ali bez komentiranja, koje ide u raspravu. Dobiveni rezultati mogu potvrditi, ali i otkloniti našu hipotezu, što ne umanjuje vrijednost našeg rada ni važnost prikaza!

Rasprava, diskusija o našim rezultatima i usporedba sa sličnim podacima u nas i u svijetu, uz našu interpretaciju, pored hipoteze je najvažniji dio rada. Tu se rezultati komentiraju i tumače, tu pokazujemo našu erudiciju i domišljatost.

Važan sastavni dio rada je i literatura, koja nije samo ukras na kraju teksta, već upućuje na izvore našeg rada i na temeljne usporedbe. Tu se najčešće nepotrebno griješi.

Pogreške

Česte omaške koje se viđaju u Vašim rukopisima prikazane su na tbl. 1 (tu su sažeta naša višegodišnja recenzentska iskustva), kao napomena za obraćanje pažnje pri pisanju; i najbolji rad s više takvih propusta teško prolazi, povlači se po recenzijama i obično ga uredništvo iole značajnijeg časopisa odbije već iz formalnih razloga.

Tablica 1. Najčešće omaške u pisanju članka.

Dio rada	Primjedba
Naslov	Ne predugačak; u naslovu se ne može reći sve. Informativan, intrigantan (npr. s upitnikom). Hrvatska i engleska verzija.
Sažetak	Ograničen broj riječi: >150<250, preporučljivo strukturiran (IMRAD*). Za naše časopise treba napisati i hrvatsku i englesku verziju. Ključne riječi: prema MeSH**, ne >5.
Hipoteza/cilj	Što se pretpostavlja? Što se novo želi doznati?
Tvoriva i metode	Potanko opisati ili citirati izvore (da se rad može ponoviti/provjeriti).
Rezultati	Tekstualno i tablično, eventualno slikovno (npr. grafikoni). Opis/naslov ide iznad tablice, a ispod slike. Činjenice/dobivene rezultate ne valja ponavljati u tekstu i u tablicama/slikama. U Rezultatima se ne komentira!!
Rasprava	Što dobiveni podaci znače u kontekstu poznatoga? Brojčane podatke i statističke rezultate u raspravi uglavnom ne ponavljati osim ako je nužno!
Zaključak	Kratak: istaknuti bitno, npr. po točkama.
Literatura	Citati se nižu brojčano prema javljanju u tekstu. Poštivati <i>vancouver-ski</i> način navođenja uz uvažavanje osobitosti konkretnog časopisa. Opsežnije na kraju ovog Zbornika, u Naputku.

* IMRAD, engl. Introduction, Methods, Results, Discussion; u sažetku kao Aims, Methods, Results, Conclusions.

** MeSH, engl. Medical Subject Headings - ključne riječi - popis je izlazio u svakom siječanjskom broju Index Medicus-a do 2004. godine, a sada su internetski dostupne na PubMed.

Da zaključimo: možemo puno! Pisanje stručnog ili znanstvenog rada nije zapravo teže nego pisanje naših svakodnevnih nalaza, mišljenja ili epikriza. Uz poznavanje tematike oduzima međutim dosta vremena, zahtijeva pomnu koncentraciju i poštivanje "pravila igre" takvog posla, na što smo pokušali ukratko ukazati.

Literatura

1. Katić M, Rukavina L. Znanstveni rad u obiteljskoj medicini. *Medix* 2006;12:56-9.
2. Rumboldt M, Petric D, Kuzmanić D. Osvrt na znanstveno-istraživački rad u obiteljskoj medicini: sadašnje stanje. *Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite*, Labin 2007. Labin: IDZ, 2007:326-32.
3. Rumboldt Z. Neke natuknice o etičkim dilemama recenziranja. *Acta Med Croat* 2008;62:443-6.
4. Silobrčić V. Kako sastaviti i objaviti znanstveno djelo. Zagreb: Jumena, 1983. (kasnije još dva izdanja).
5. Marušić M, Petrovečki M, Petrak J, Marušić A. 1. izd. Uvod u znanstveni rad u medicini. Zagreb: Medicinska naklada, 1996. (kasnije još 3 izdanja).
6. Huth EJ. *Writing and publishing in medicine*. 1. izd. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982. (kasnije još dva izdanja).
7. Hall GM. *How to write a paper*. London: BMJ, 1994 (kasnije još pet izdanja).

NAPUTAK O PRIPREMI RUKOPISA

Mirjana Rumboldt, Dragomir Petric

Poštovani kolegice i kolege,

Vaš i naš Zbornik (radova) rađa se pri svakom Kongresu obiteljske medicine. On se čita i citira. U interesu svih nas je da taj Zbornik bude pisan ujednačeno i kvalitetno. Stoga smo došli na ideju da i mi, kao što rade mnogi, imamo naše standarde, koji bi se uklapali u pravila sličnih izdanja (tzv. editorijalni standardi). To bi znatno olakšalo posao i autorima i recenzentima, a sve u svrhu jednog zaista reprezentativnog Zbornika. Tu je uložen golemi trud svih koji sudjeluju u njegovom nastajanju, pa je šteta da to ne bude nagrađeno i kvalitetom. O tome je u nas mnogo pisano^{1,2}, ali je ipak korisno ukazati na stanovite pojedinosti.

Podsjetimo se na neke dijelove stručnog članka gdje je često prisutna neujednačenost:

- članak započinje **Naslovom** na hrvatskom i engleskom jeziku,
- slijede **Ime(na)** i **Prezime(na)** autora bez titula, adresa i sl.
- **Sažetak** je skraćeni rad, koji mora biti koncizan i nije poželjno da sadržava više od 200 riječi. On se sastoji iz kratkog uvoda, zašto smo nešto radili, što smo radili, što smo dobili (većinom su to broježani podaci, ali mogu biti i neke činjenice ako se radi o preglednom članku) i što sve to znači. Nije neophodno da se u Zborniku upotrebljava tzv. stratificirani sažetak u kojem piše: uvod, ispitanici i metode, rezultati itd. Isto vrijedi i za sažetak na engleskom jeziku.
- **Ključne riječi**, koje dolaze ispod sažetka ne smiju biti predugačke poput rečenice: to su riječi koje rabi Index Medicus kao Medical Subject Headings (MeSH) i mogu se dobiti u bolničkim ili fakultetskim knjižnicama.
- **Uvodom** se navode do tada poznate činjenice iz područja koje želimo istraživati. To je onaj dio kojim se pomalo uvodimo u našu problematiku i obznanjujemo što želimo ispitati, istražiti ili o čemu želimo pisati.
- **Cilj/evi** je ono što želimo saznati, npr. utvrditi koliko trudnica želi dobiti svoje dijete?
- **Hipoteza** je tvrdnja koju istraživanjem želimo provjeriti, npr. pretpostavljamo da više od 60% trudnica namjerava dobiti svoje dijete.
- **Ispitanici i metode** sadrže metodologiju kojom smo se služili u radu (npr. anketni list, podaci iz zdravstvenog kartona) i tko su naši ispitanici (npr. dijabetičari, žene generativne dobi). Na kraju se navedu statističke

metode koje su se koristile u radu (npr. izračunavanje veličine uzorka, trajanje istraživanja, značajnosti opaženih razlika).

- **Rezultati** se prikazuju tekstualno i grafički (tablice, grafikoni, slike). Naslovi tablica se pišu *iznad* pojedine tablice, a opisi slika (u koje spadaju i grafikoni i fotografije) *ispod* pojedine slike, s odgovarajućim rednim brojem
- slijedi **Rasprava** (ne Diskusija), u kojim se raspravlja o našim podacima u usporedbi s podacima drugih i što sve to znači. Na kraju je **Zaključak**.
- **Literatura**. U tekstovima upućenim na objavljivanje, kao i u kvalifikacijskim radovima, najviše je omaški u navođenju literature! Popis referencija nije ni ukras niti nužno zlo, već neophodan vodič kroz već objavljene, relevantne činjenice. U pravilu valja citirati samo objavljene, tj. provjerljive podatke, a izbjegavati natuknice poput "u tisku" ili "osobno priopćenje". Citate treba navoditi prema izvorniku, a ne prepisivati iz sekundarnih izvora (npr. PubMed) ili tuđih navoda. Vodeći sustavi citiranja su **vancouverski** (brojčani, usvojili su ga 1982. godine u kanadskom gradu Vancouveru urednici vodećih biomedicinskih časopisa³, kasnije je još doručivan: **u tekstu se referencije obilježavaju brojevima po redosljedu citiranja i pod tim se brojevima nalaze u popisu literature**) i **harvardski** (abecedni, manje rabljen u biomedicini, više u humanističkim znanostima: **u tekstu se referencije navode imenom autora i godine objavljivanja, a popis literature navodi citate abecednim redom prvih autora**). Vankuverska su pravila jasna i jednostavna, ali se ipak razlikuju među časopisima, pa je dobro provjeriti konkretne upute autorima ili se držati uputa koje redovito objavljuje Liječnički vjesnik.

U tekstu se referencije dakle citiraju numerički (vankouverski), obično u obliku superskripta, npr. Matić i sur.⁷, ali i na druge načine, npr. Matić i sur. (7) ili Matić i sur. [7], što treba uskladiti s zahtjevima pojedinog časopisa. Imena autora se tu mogu, ali ne moraju spominjati jer se i tako navode u popisu literature; obično se navode samo ako se nešto želi istaknuti ili je to stilski poželjno.

U popisu literature imena autora se navode prva, potom naslov rada, pa godina, volumen i stranice. Veliki broj autora nepotrebno je i nepraktično citirati: obično se navodi do 7, a kod većeg broja samo prvih 6 (za neke časopise je dovoljno i prva 3), nakon čega se dopisuje "i sur.". Svakako je važno provjeriti konkretni editorijalni standard, a još je važnije citirati dosljedno, tj. ne smije se u jednoj referenciji navesti prva 3, u drugoj prvih 6, u trećoj samo prvi autor uz "i sur.". Anglosaksonske kratice nisu prihvatljive (npr. "et

al.", "eds.", "3rd edition"), već treba rabiti hrvatske (npr. "i sur.", "ur.", "3. izd."). **Navođenje broja sveska, mjeseca izlaženja i sl. ne pridonosi informativnosti citata, povećava tekst i pobuđuje sumnju na prepisivanje iz sekundarne baze podataka.**

Naslovi radova navode se u cijelosti, bez skraćivanja.

Imena časopisa se mogu navoditi u cijelosti (npr. New England Journal of Medicine), ali se u pravilu citiraju skraćeno, na međunarodno prihvaćen način, tj. kako ih navode MEDLINE ili PubMed (npr. N Engl J Med). Za naše časopise vrijedi isto (npr. Liječ Vjesn, Med Fam Croat - **prva slova trebaju biti velika**).

Pojedinosti citiranja treba potražiti u odgovarajućim uputama autorima, a ovdje iznosimo tek dva primjera ispravnog navođenja:

1. Matić A, Perić B. Liječenje solarnih dermatoza. Med Fam Croat 2008;16:152-9.
2. Matić A, Perić B, Popović S, Horvat E, Milić Z, Turk S i sur. Liječenje solarnih dermatoza. U: Vuković M, ur. Zbornik radova XII. kongresa obiteljske medicine. Zadar: HUOM, 2005:211-7.

Podatke dobivene s interneta se citira na isti način, **ali ih** treba vezati na dostupnu adresu, primjerice za PubMed se navodi: <http://ncbl.nlm.nih.gov/pubmed/>. Nakon internetske adrese uobičajeno je i dodati datum pristupa, npr. "Preuzeto sa <http://www....> 29. 3. 2009.).

Dobro se na kraju podsjetiti etičkih počela autorstva:

1. Nije riječ samo o osobnom probitku, već i o preuzimanju **javne odgovornosti** za objavljeno djelo.
2. Svaki od autora **mora** sudjelovati u intelektualnom profilu djela (planiranje, analiza, pisanje); prikupljanje podataka, stručna ili tehnička pomoć pri radu nisu dovoljni za autorstvo, ali zaslužuju zahvalu na kraju teksta.
3. Potpuno je neprihvatljivo i često se navode kao "smrtni grijesi autorstva":
 - a. izmišljanje ili krivotvorenje rezultata,
 - b. plagiranje (tj. krađa tuđeg intelektualnog vlasništva i lažno predstavljanje),
 - c. dodavanje u popis autora osoba koje nemaju autorskih zasluga, npr. prijatelja, pretpostavljenih i sl. ("gostujući autori") ili izostavljanje stvarnih autora (npr. jer su nam se zamjerali).

Literatura

1. Silobrčić V. Kako sastaviti i objaviti znanstveno djelo. Zagreb: Jumena, 1983. (119 str.)
2. Marušić M i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 3. izd. Zagreb: Medicinska naklada, 2004. (200 str.)
3. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Croat Med. J.* 2003;44:770-83.

SADRŽAJ

Proslov	5
Liječnik kao lijek	7
<i>Mirjana Rumboldt</i>	
Što je donio slobodan izbor liječnika u gradu?	
Mišljenja obiteljskih liječnika	16
<i>Mirica Rapić, Blaženka Polović, Renata Miškulin, Snježana Jurčević, Zvezdana Mareković-Madžarac, Marina Vlahović-Podrebarac</i>	
Kakva je percepcija socijalne podrške i kvalitete života bolesnica oboljelih od karcinoma dojke u ordinacijama obiteljske medicine?	30
<i>Zrinka Valentić, Goranka Petriček, Vesna Potočki-Rukavina, Slava Posenjak-Pavišić, Mladenka Vrcić-Keglević</i>	
Specijalizanti obiteljske medicine i njihove obitelji: stupanj zadovoljstva izmjerenog Obiteljskim Apgarom	40
<i>Vesna Tubin-Cota, Ljiljana Pernar, Tanja Vucelić, Mladenka Vrcić-Keglević</i>	
Procjena bolesnikovog doživljaja šećerne bolesti primjenom IPQ-B upitnika	49
<i>Hilda Javorić, Goranka Petriček, Vesna Plešić, Mladenka Vrcić-Keglević</i>	
Riječ kao lijek - kada razgovor s obiteljskim liječnikom najviše pomaže?	62
<i>Aleksandar Ljubotina, Ines Diminić-Lisica, Branislava Popović, Leonardo Bukmir, Dejan Ivošević, Zdenka Baričev-Novaković, Eris Materljan</i>	
Psihološki aspekti tjelesnih bolesti	73
<i>Slavka Galić</i>	
Liječnik - zaštitnik zdravlja	76
<i>Hrvoje Vuković</i>	

Strah od liječnika - prikaz slučaja	86
<i>Jelica Perasović</i>	
Razlozi neustrajnosti pacijenata prema lijekovima	91
<i>Josip Čulig, Marcel Leppe, Jelena Bošković, Nikola Čolak</i>	
Pojavnost lošijih rezultata testiranja tijekom pregleda i cijepljenja djece dorasle za upis u školu	101
<i>Željka Karin, Nives Đurašković</i>	
Uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju prijeloma palčane kosti u tipičnoj zoni	109
<i>Ranko Bilić, Marko Bergovec, Robert Kolundžić</i>	
Plućne bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	119
<i>Rudika Gmajnić</i>	
Diferencijalna dijagnoza astme i kronične opstruktivne bolesti pluća u obiteljskoj medicini	131
<i>Teo Depolo, Mithad Čerimagić, Mario Čurlin, Orsat John</i>	
Inicijalna terapija inhalacijskim kortikosteroidom bolesnika s novootkrivenom astmom	144
<i>Tatjana Cikač, Blaženka Fijačko, Željka Perčinlić, Bjana Škvorc, Sandra Toplak-Hranić, Ljubica Knez, Diana Carević</i>	
Nepravilna uporaba inhalacijske terapije bolesnika s astmom i KOPB	157
<i>Renata Pehar</i>	
Mjerenje koncentracije peludi alergeni korova na području grada Osijeka	166
<i>Nikola Kraljik, Sanda Pribić, Maja Tolušić, Rudika Gmajnić</i>	
Stavovi i navike studenata o pušenju cigareta	174
<i>Sanda Pribić, Ivana Muha, Rudika Gmajnić</i>	
Upala pluća i dojenje	181
<i>Irena Zakarija-Grković</i>	

Strano tijelo u bronhu: kako ga prepoznati? Prikaz slučaja	187
<i>Jadranka Giljanović-Perak</i>	
Standardizirani upitnik za kontrolu astme - pomaže li u radu LOM?	192
<i>Marion Kuzmanić, Nina Janjić, Nataša Buljan, Željko Razum, Ivana Bošnjak, Ana Šarić</i>	
Zdravstvena njega u kući na selu i u gradu	199
<i>Maja-Ana Pažur, Nevenka Vinter Repalust</i>	
Genogram - vrijedno dijagnostičko pomagalo u radu obiteljskog liječnika	207
<i>Gabrijela Perić, Matija Marković, Zlata Ožvačić, Sanja Blažeković-Milaković</i>	
Smetnje ponašanja djece; iskustva iz jedne osnovne škole	216
<i>Danko Fratrić, Majda Fratrić, Lada Ribarić-Klarić, Kata Karačić, Mladenka Vrcić-Keglević</i>	
Mogućnosti procjene kvalitete rada primarne zaštite temeljene na izvještaju o radu (pilot istraživanje)	225
<i>Hrvoje Tiljak</i>	
Izazovi reorganizacije hitne medicinske službe u Republici Hrvatskoj	237
<i>Maja Grba-Bujević, Maša Bulajić</i>	
Pripravnost za potrebe HMP na području SD županije - nepplaćeno dežurstvo	251
<i>Marko Rađa</i>	
Polipragmazija i interakcije lijekova u bolesnika starije životne dobi	258
<i>Slaviša Belić</i>	
Prijedlog novog načina bilježenja postupaka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	267
<i>Hrvoje Tiljak</i>	

Stručni i znanstveni članci u obiteljskoj medicini: koliko možemo?	279
<i>Mirjana Rumboldt, Dragomir Petric</i>	
Naputak o pripremi rukopisa	284
<i>Mirjana Rumboldt, Dragomir Petric</i>	