

**SEMINAR ZA LEKARE PRAKTIČARE / SEMINAR FOR PRACTICING PHYSICIANS**

Javnozdravstveni značaj depresije – mogućnosti intervencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti /
Public health importance of depression – the possibility of intervention in primary health care

strana / page 27

ORIGINALNI RAD / ORIGINAL ARTICLE

Prevalencija kranio-mandibularnih disfunkcija i okluzalnih disharmonija kod jednojajčanih blizanaca /
The prevalence of craniomandibular disorders and occlusal disharmonies in the identical twins

strana / page 3

ISTORIJA MEDICINE / HISTORY OF MEDICINE

Prilog novijoj istoriji medicine Sombora i Tuzle /
Contribution to the recent history of medicine of Sombor and Tuzla

strana / page 33

PREGLEDNI ČLANAK / REVIEW ARTICLE

Primena protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju u kliničkoj praksi

Application of the protocol of the Ministry of health for protection and treatment of women facing violence in clinical practice

strana / page 16

HAJABA DOGAĐAJA / MEETING ANNOUNCEMENT

**41. OKTOBARSKI
ZDRAVSTVENI
DANI**

**THE 41ST OCTOBER
HEALTH DAYS**

strana / page 43



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE ČUPRIJA
"POMORAVLJE", u ČUPRIJI
www.zzjzcuprija.com



PODRUŽNICA SRPSKOG
LEKARSKOG DRUŠTVA
ČUPRIJA



DRUŠTVO ZA NEURONAUKA
"SOZERCANJE IZ ŠUMADIJE"
KRAGUJEVAC



OSNIVAČ I VLASNIK / FOUNDER & OWNER

Zavod za javno zdravlje Čuprija "Pomoravlje" u Čupriji
Institute for Public Health Cuprija "Pomoravlje"
in Cuprija, Serbia

IZDAVAČI / PUBLISHERS

Zavod za javno zdravlje Čuprija "Pomoravlje" u Čupriji
Podružnica Srpskog lekarskog društva, Čuprija
Društvo za neuronauke "Sozercanje iz Šumadije",
Kragujevac
Institute for Public Health Cuprija "Pomoravlje"
in Cuprija, Serbia
Regional Section of Serbian Medical Society,
Cuprija, Serbia
Society for Neuroscience "Sozercanje iz Sumadije",
Kragujevac, Serbia

GLAVNI UREDNIK / EDITOR IN CHIEF

Prof dr Dragutin Arsić, Čuprija (SRB)

IZVRŠNI UREDNIK / EXECUTIVE EDITOR

Prim Dr Dragana Radovanović, Čuprija (SRB)

POMOĆNICI UREDNIKA / DEPUTY EDITORS

Prof dr Isidor Jevtović, Beograd (SRB)
Prof dr Dragan Milovanović, Kragujevac (SRB)

UREDNIŠTVO / EDITORIAL BOARD

Prof dr Rade Babić, Beograd (SRB)
Prof dr Nebojša Krstić, Kosovska Mitrovica (SRB)
Prof dr Budimka Novaković, Novi Sad (SRB)
Prof dr Branislav Petrović, Niš (SRB)
Prof dr Dragan Ravanić, Kragujevac (SRB)
Prof dr Siniša Ristić, Foča (RS)
Prof dr Sunčica Petrovska, Skoplje (BRM)
Prof dr Branislav Perin, Sremska Kamenica (SRB)
Doc dr Brković Božidar, Beograd (SRB)
Ass Prof dr Henry Dušan, Atkinson, London (UK)
Doc dr Tatjana Terzić, Beograd (SRB)
Doc dr Dušan Đurić, Beograd (SRB)
Doc dr Katarina Ilić, Beograd (SRB)
Doc dr Srđan Milovanović, Beograd (SRB)
Doc dr Miroslav Stojadinović, Kragujevac (SRB)
Mr sc. med. dr Miroslav Mitrović, Beograd (SRB)
Prim dr Momir Pušac, Banja Luka (RS)
Dr Petar Vuković, Split (HRV)
Mr sc med dr Slađana Ilić (SRB)

IZDAVAČKI SAVET / PUBLISHING COUNCIL

Prof dr Mihailo Pantović, Kragujevac (SRB)
Dr Goran Radovanović (SRB)
Prof dr Snježana Pejić, Banja Luka (RS)
Steven Hall, Ph.D, Cheshire (GBR)
Dr Miroslav Stojanović, Čuprija (SRB)

REDAKCIJA / EDITORIAL OFFICE STAFF

Dr Ivica Jocić
Mr sc. med. dr Vladan Vlajković
dipl.eng.el. Zoran Živković
Sanja Mihajlović
Dr Andreja Todorović

LEKTOR I KOREKTOR / SERBIAN LANGUAGE EDITING

Prof. Zorica Marinković

PREVODILAC / ENGLISH LANGUAGE EDITING

Prof. Nevena Šimšić

DIZAJN / DESIGN

Radisav Stanković, Zedestino, Beograd (SRB)

TEHNIČKA OBRADA / TECHNICAL PROCESSING

Zoran Živković, Niš (SRB)

ŠTAMPARIJA / PRESS

Štampa se ćirilicom i latinicom
Dizajn studio RP, Čuprija (SRB)

Štampanje ovog broja ćasopisa pomogla je Lekarska komora
Srbije – Regionalna lekarska komora za centralnu i zapadnu
Srbiju

GODIŠNJA PRETPLATA / YEARLY SUBSCRIPTION

Izlazi polugodišnje / Issued semiannually

Za pravna lica	4000,00 dinara
Za fizićka lica	2000,00 dinara
Foreign Countries	50,00 Euros

ADRESA UREDNIŠTVA / EDITORIAL OFFICE

Zavod za javno zdravlje Čuprija "Pomoravlje" Čuprija
PONS Medicinski ćasopis
35230 Čuprija, Miodraga Novakovića 78, SRBIJA
Institute for Public Health Cuprija "Pomoravlje"
PONS Medical Journal
35230 Cuprija, Miodraga Novakovica 78, Serbia
T.R. 840 - 131667 - 14 Uprava za trezor Čuprija

TELEFON / PHONE

+381 (0)35/847-00-36, +381 (0)35/847-32-89

FAX

+381 (0)35/847-05-59

E-MAIL

redakcija@ponsjournal.info

SAJT / HOME PAGE

www.ponsjournal.info

INDEXED / ABSTRACTED

SCIndeks, Index Copernicus

ORIGINALNI RAD / ORIGINAL ARTICLE

- Prevalencija kranio-mandibularnih disfunkcija i okluzalnih disharmonija kod jednojajčanih blizanaca /
The prevalence of craniomandibular disorders and occlusal disharmonies in the identical twins
Esad Kučević, Jasna Pavlović, Srđan Poštić, Cena Kajević.....3

- Uticaj programiranog vežbanja u okviru predškolske ustanove na posturalni status dece /
Effects of organized exercise program within pre-school institution on postural status of children
Dragana Drljačić, Nevena Tirić, Milan Đupovac, Nikola Arsić.....9

ORIGINALNI KRATKI ČLANAK / ORIGINAL SHORT ARTICLE

- Uloga menadžera-fasilitatora u klasterizaciji u zdravstvu /
The role of the manager-facilitator of the clustering in health care
Irena Mirković.....13

PREGLEDNI ČLANAK / REVIEW ARTICLE

- Primena protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju u
kliničkoj praksi /
Application of the protocol of the Ministry of health for protection and treatment of women facing violence
in clinical practice
Snežana B Knežević, Ivan Gajović.....16

PRIKAZ SLUČAJA / CASE REPORT

- Subarahnoid hemorhage caused by rupture of Galenic vein malformation /
Subarahnoidalno krvarenje uzrokovano rupturom malformisane vene Galeni
Mirela F Juković, Katarina Gvozdenović, Dalibor Ilić, Dragan Andjelić.....24

SEMINAR ZA LEKARE PRAKTIČARE / SEMINAR FOR PRACTICING PHYSICIANS

- Javnozdravstveni značaj depresije – mogućnosti intervencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti /
Public health importance of depression – the possibility of intervention in primary health care
Vojislav Stanojević, Čedomirka Stanojević, Mile Despotović, Milena Despotović, Suzana Milutinović.....27

ISTORIJA MEDICINE / HISTORY OF MEDICINE

- Prilog novijoj istoriji medicine Sombora i Tuzle - uticaj medicinskog fakulteta na publikovanje /
Contribution to the recent history of medicine of Sombor and Tuzla – the effect of a medical school on publishing
Rajko Igić.....33

IZVEŠTAJ SA SKUPA / CONFERENCE REPORT

- Medjunarodno udruženje za farmakoekonomiju i istraživanje ishoda – ISPOA /
International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research – ISPOR
Marina Kostić.....41

ПРИКАЗ КЊИГЕ / BOOK REVIEW

- Алкохолизам – епидемија нашег доба Друго, допуњено, илустровано и измењено издање /
Alcoholism – epidemics of our time 2nd, supplemented, illustrated and revised edition
Драган Б. Раванић.....42

HAJABA DOGAĐAJA / MEETING ANNOUNCEMENT

41. OKTOBARSKI ZDRAVSTVENI DANI /
THE 41ST OCTOBER HEALTH DAYS
Српско лекарско друштво окружна подружница Крагујевац.....43

UPUTSTVO AUTORIMA / INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

- Uputstvo autorima za pripremu rukopisa /
Instructions for authors for the preparation of manuscripts.....45
-

Prevalencija kranio-mandibularnih disfunkcija i okluzalnih disharmonija kod jednojajčanih blizanaca

The prevalence of craniomandibular disorders and occlusal disharmonies in the identical twins

Esad Kučević¹, Jasna Pavlović², Srđan Poštić³,
Cena Kajeвиć⁴

1. Opšta bolnica sa Domom zdravlja, Tutin
2. Medicinski fakultet, Priština-Kosovska Mitrovica
3. Stomatološki fakultet, Beograd
4. Dom zdravlja, Rožaje, Crna Gora

PRIMLJEN 11.01.2016.

PRIHVAĆEN 02.05.2016.

Esad Kucevic¹, Jasna Pavlovic², Srdjan Postic³,
Cena Kajevic⁴

1. General Hospital with Community Health Centre, Tutin, Serbia
2. Medical faculty, Pristina-Kosovska Mitrovica, Serbia
3. Faculty of Dentistry, Belgrade, Serbia
4. Community Health Centre, Rozaje, Montenegro

RECEIVED 11.01.2016.

ACCEPTED 02.05.2016.

APSTRAKT

Cilj. Cilj istraživanja je da se utvrdi učestalost kranio-mandibularnih disfunkcija (CMD) i okluzalnih disharmonija, kod jednojajčanih blizanaca.

Metode. Kranio-mandibularne i okluzalne disharmonije, u populaciji 30 parova jednojajčanih blizanaca, starosti od 20 do 40 godina, podjednake polne pripadnosti, utvrđivane su anamnezom i funkcionalnom analizom. Konačna evaluacija izvršena je procenom indeksa disfunkcije (Di) i okluzalnim indeksom (Oi).

Rezultati. U studijskom uzorku, 23 blizanca (38.3%) ima neki znak kranio-mandibularnih disfunkcija, a 33 (55%) blizanca ima okluzalne nepravilnosti, kao što su nepodudarnost sredine zubnih nizova u interkuspalnom odnosu, odsustvo kontakata sa antagonistima u IKP odnosu, prisustvo okluzalnih smetnji ili gubitak zuba. Analizom zastupljenosti pojedinih kranio-mandibularnih znakova, kod 23 ispitanika kod kojih je indeks disfunkcije (Di) po Helkimu veći od nule, prevladavaju poremećena kinetika donje vilice (44.0%), zvuk u TMZ, pri pokretima mandibule (22.0%) i devijacija pri otvaranju usta (22.0%). Pozitivan okluzalni indeks ima 33 (55%) ispitanika, od kojih 24 (40%) sa blagim okluzalnim disharmonijama (Oi I=1), a 9 (15%) ispitanika se izdvaja, po izrazitim okluzalnim diskrepancama (Oi II=2).

Zaključak. Usporednom analizom kranio-mandibularnih poremećaja i okluzalnog statusa, kod identičnih blizanaca, dokazano je da okluzalni faktori imaju značajnu ulogu u etiologiji kranio-mandibularnih disfunkcija.

Ključne reči: stomatologija; kranio-mandibularni poremećaji; okluzija zuba; prevalenca; blizanci.

ABSTRACT

Objective. The aim of this study was to determine the prevalence of craniomandibular disorders (CMD) and occlusal disharmony in identical twins.

Methods. Craniomandibular and occlusal disharmony, in a population of 30 pairs of identical twins, aged 20-40 years, with the same gender, were determined by history and functional analysis. The final evaluation was performed using estimation of dysfunction index (Di) and occlusal index (Oi).

Results. In study sample 23 twins (38.3%) had a sign of craniomandibular dysfunction, and 33 (55%) of twins had occlusal abnormalities, such as incompatibility of mid dental arches with intercuspal relation -ICP, lack of contact with the antagonists in the ICP, the presence of occlusal interference or loss of teeth. The analysis of the representation of certain craniomandibular signs in 23 patients in whom the index dysfunction (Di) by Helkimo was greater than zero revealed the prevailing disturbed kinetics of the mandible (44.0%), the sound in the TMJ with movements of the mandible (22.0%) and deviation when opening the mouth (22.0%). Positive occlusal index was in 33 (55%) patients, of whom 24 (40%) had mild occlusal disharmony (Oi I = 1), and 9 (15%) patients had the pronounced occlusal discrepancies (Oi II = 2).

Conclusion. The comparative analysis of craniomandibular disorders and occlusal status, in identical twins, has shown that occlusal factors play an important role in the etiology of craniomandibular dysfunction.

Key words: dentistry; craniomandibular disorders; dental occlusion; prevalence; twins.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Prim. mr dr sci Esad Kučević, Opšta bolnica sa Domom zdravlja, Bogoljuba Čukića bb, 36320 Tutin, Tel: 063610901, E-mail: jassek@gmail.com

Prim. Esad Kucevic, MD, MSc, General Hospital with Community Health Centre, Bogoljuba Cukica bb, 36320 Tutin, Serbia, Phone: +38163610901, E-mail: jassek@gmail.com

UVOD

Blizanci su prirodni klonovi. Nastaju deobom oplodene jajne ćelije, kao fenomen fetalne biologije. Imaju univerzalnu prirodu i unikatnu ekspresivnost.

Razapeti između biheviornalne genetike i epidemiologije, proizvod su filogenetsko-ontogenetskih procesa, tokom kojih se transformiše zigot-jedna ćelija inicijalne težine 0,005 mg, u višećelijsku odraslu osobu, sa oko 12,5 hiljada milijardi ćelija^{1,2,3,4}.

U aktuelnoj literaturi i stručnim referencama, blizanci se definišu na osnovu konkordancije-sličnosti i korelativnih odnosa, po kojima su MZ blizanci fenomen i čudo fetalne biologije⁵. Nije onda neobično što je blizanaštvo, ne samo bazirano na retrospektivnim saznanjima, nego po ukorenjenom interesovanju, prisutno pre svega u tradiciji, medicini, literaturi i umetnosti, već decenijama, podjednako intrigantna, koliko i kontradiktorna oblast, koja je donekle zbližila molekularne biologe, genetičare, antropologe...

Međutim, blizanačka sličnost na nivou ekvivalencije i očekivane razlike kojima u prilog ide sadašnji trend konvergencije, umnogome negiraju većinu studijskih ispitivanja u kojima su jednojajčani blizanci, prikazivani kao homo-dupleks ili osobe pod indigom, čija istovetnost dokazuje dominaciju nasleđa. Uprkos, najnovijim psihopatološkim stanjima različitih vrsta koja se sve češće javljaju kod blizanačkih parova⁶.

U pregledu dostupne literature, malobrojna su istraživanja o determinantama okluzalnih odnosa, kvantifikaciji i kvalifikaciji međuviličnih odnosa u interkuspalnom položaju. U humanoj genetici, kraniofacijalni sistem jednojajčanih blizanaca privlači posebnu pažnju. Istraživanje uzročne dijagnoze ide u smeru analize međuviličnih odnosa, okluzionih tipova, etiologije malokluzija, nepravilnosti grupe i pojedinih zuba, njihovog broja, oblika, veličine, strukture i boje.

Oko uloge okluzije u nastanku kranio-mandibularnih poremećaja, iskustvo i klinička praksa, sugerišu različite zaključke. Kontroverzni ishodi se objašnjavaju složenom neuromišićnom regulacijom i čitavim dijapazonom stanja, koja se definišu kao referentni položaji. Polazni, osnovni, arbitražni, vodeći ili optimalni za svaku osobu posebni, čak i kod iste individue zavisno od multifaktorijalne etiologije variraju, što nameće zaključak da su upravo biomehanička transpozicija, odnosno razlika između RKP i IKP veća od 2 mm, zatim prisustvo okluzalnih smetnji i gubitak bočnih zuba, svrstani u glavne etiološke faktore, pri manifestaciji kranio-mandibularnih poremećaja^{7,8,9,10}.

Savremeni literaturni prikazu, negiraju direktnu korelaciju između okluzalnih disharmonija i kranio-mandibularnih znakova. Većina autora, podseća na otpornost i adapt-

abilnost orofacijalnog sistema. Naravno, prilagođavanje na okluzalne smetnje je moguće samo u tolerantnim granicama. U tom slučaju izostaju kranio-mandibularne disfunkcije.^{11,12,13,14} Logično je onda što danas preovladava stav da okluzalni faktori nemaju primarnu ulogu u etiologiji CMD. Međutim, okluzalni kompleks, naročito ako nisu dijagnostikovane i tretirane eventualne deflektivne zone, može da dovede do pogoršanja ovih oboljenja. Naročito individualno, kad nastaje kao posledica traume, kongenitalnih poremećaja, sistemskih oboljenja ili emocionalnog stresa, što dobaju na značaju, u drugoj dekadi trećeg milenijuma.^{15,16,17,18,19}

Diskusije se, takođe, nastavljaju zbog redosleda pružanja usluga. Većina pacijenata sa bolovima u predelu lica i vilica prvo se obraća stomatologu, dok veliki broj epidemioloških studija ukazuje na značajno prisustvo okluzalnih disharmonija, upravo zbog očiglednih poremećaja u temporomandibularnom zglobov ili orofacijalnim mišićima.^{20,21,22,23} Pre svih, u stručnoj literaturi Okeson (1998) je objasnio da je povezanost okluzalnih faktora i kranio-mandibularnih disfunkcija uslovljena dinamičkim i neizvesnim relacijama između okluzalnog kompleksa, temporomandibularnih zglobova i neuromišićnog sistema. Istovremeno je dokazao da okluzalne disharmonije utiču na stanje TM zglobova i strukturu orofacijalnog kompleksa, tako što izazivaju nefiziološku patološku distribuciju opterećenja na zglobna tkiva²⁴.

U multifaktorijalnoj etiologiji, u grupi najvažnijih, možda i presudnih činalaca su faktori rasta i razvoja stomatognatog sistema¹⁰. Zato je najveći iskorak, pokušaj komprehenzivne dijagnostike i multidisciplinarnog tretmana. Pre svega okluzalnih, a zatim i kranio-mandibularnih disfunkcija. Pomenuti motivi doprineli su da cilj istraživanja bude rasprostranjenost kranio-mandibularnih poremećaja, u populaciji jednojajčanih blizanaca iz Tutina, Novog Pazara, Sjenice, Raške, Rožaja i Bijelog Polja. Uz poseban osvrt, na ulogu i značaj okluzalnog kompleksa.

MATERIJAL I METODOLOGIJA

Ovo studijsko istraživanje sastavljeno je iz anamneze i kliničkog ispitivanja. Tokom anamnestičkog ispitivanja uzete su generalije – opšti anamnestički podaci ispitanika i njihovih roditelja, sa posebnim osvrtom iz porodične anamneze na hronologiju blizanačkih rađanja, u prethodnim generacijama. Evidentirani su podaci o postpartalnoj telesnoj težini, dužini i eventualnim karakteristikama, mogućim febrilnim stanjima, traumama, konvulzijama, hospitalizaciji i hirurškim intervencijama, od rođenja do ispitivanja u ovoj studiji.

Kliničkim pregledom određeni su dentalni status i referentni položaji donje vilice. Zatim je zbog insistiranja na gnatološkom pristupu izvršena funkcionalna analiza orofacijalnog kompleksa. Evidentirani su inicijalni položaj kontaktnog odnosa zuba u centralnom odnosu mandibule-RKP i terminalni položaj okluzalnih odnosa u interkuspalnoj relaciji mandibule-IKP.

Kompletni i homogeni randomizirani uzorak jednojajčanih blizanaca, metodom slučajnog izbora, svrstan je u grupu od 30 parova starosne dobi, od 20 do 40 godina, podjednake polne zastupljenosti. Kriterijumi za formiranje opservacione-blizanačke grupe, statističkog skupa diferenciranog po istovrsnim parovima, bili su stabilan položaj maksimalne interkuspacije mandibule, očuvan dentalni status, uz gubitak do dva zuba i prisustvo do tri ispuna, kao i izostanak ortodontskog ili protetskog tretmana.

Tokom istraživanja korišćen je standardni pribor, za vrednovanje okluzalnog indeksa po Helkimu, obližatan za specijalistički stomatološki pregled, koji je podrazumevao ogledalce i ekartere. Adekvatna priprema značila je odgovarajuću poziciju pacijenta u tzv. posturalnom položaju, sa uspravnim stavom gornjeg dela tela i glave, opuštenim mišićima lica, vrata i ramenog pojasa, pri čemu je mandibula u položaju fiziološkog mirovanja.

Postupak kvalitativnog određivanja okluzalnih odnosa, u funkcionalnoj analizi orofacijalnog sistema, izvršen je po metodi obojenih zapisa. Zato je po uzoru na svako ispitivanje kontaktnih odnosa, empirijski primenjivih u stomatološkoj praksi, u ovom istraživanju od markera, odnosno indikatora, koji služe za identifikaciju, lociranje i definisanje okluzalnih kontakata korišćena atrikulaciona hartija. Prema protokolu epidemioloških istraživanja korišćen je specijalni upitnik izrađen po Helkimu iz 1974. godine, za izračunavanje indeksa disfunkcije (Di) i okluzalnog indeksa (Oi)²⁴.

Podaci u upitniku vrednovani su od 1 do 5, zavisno od mere izraženosti dijagnostikovanog poremećaja. Dobijeni bodovi su množeni sa unutarklasnim koeficijentom, posebno određenim za svaki okluzalni parametar, u zavisnosti da li je u pitanju funkcionalna analiza TMZ zglobova, orofacijalnih mišića ili okluzalnog kompleksa.

Prikladno problematici i cilju istraživanja, prikupljeni podaci su obrađeni u statističkom paketu SPSS 12. Sledstvena statistička analiza je urađena bez arteficialnih pretpostavki, koji bi mogli da utiču na validnost i generalizaciju konačnih ishoda. Među procedurama opisne statistike, posle grupisanja, opisivanja, upoređivanja i analiziranja numeričkih varijabli, najčešća je frekvencija, zbog prirode korišćenih varijabli (pol, okluzalni odnosi, blizanački parovi).

Od početka do kraja istraživačkog dizajna negovana je etičnost, tj. apsolutno poštovanje ličnosti i potpuna anonimnost svih ispitanika, tretiranih, vođenih i prikazanih kao osobe, a ne kao „slučaj“ ili „varijabilna struktura“.

Istraživanje je sprovedeno u skladu sa Helsinškom deklaracijom, (Sl. glasnik RS, br. 41/2009) i ima dozvolu lokalnog etičkog komiteta.

Statistička analiza omogućila je definisanje zaključaka o mandibularnoj kinetici jednojajčanih blizanaca

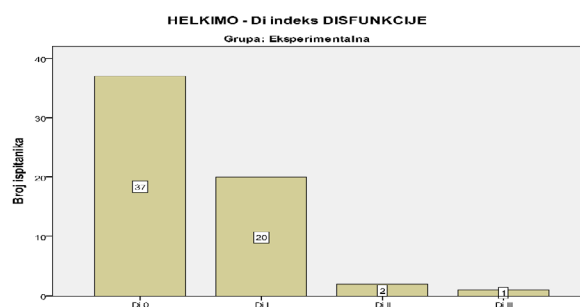
REZULTATI

Funkcionalnom analizom indeksa disfunkcije po Helkimu (Di), u grupi 30 parova jednojajčanih blizanaca, kranio-mandibularne disfunkcije prisutne su kod 23 (38,3%) ispitanika, kod kojih postoji bar neki kranio-mandibularni poremećaj.

Kvantifikacijom indeksa disfunkcije po Helkimu (Di) 37 (61,7 %) ispitanika, od 20-40 godina, ne pokazuje kranio-mandibularne poremećaje (Tabela 1.).

Tabela 1. Distribucija kranio-mandibularnih disfunkcija (Di)- kod MZ blizanaca

Stepen kranio-mandibularnih disfunkcija CMD (Di)	Broj ispitanika	Procenat
Di 0	37	61,7
Di I	20	33,3
Di II	2	3,3
Di III	1	1,7
Ukupno	60	100



Grafikon 1. Distribucija kranio-mandibularnih disfunkcija (Di)-kod MZ blizanaca

Funkcionalnom analizom zastupljenosti pojedinih kranio-mandibularnih poremećaja, na uzorku 30 parova jednojajčanih blizanaca, uzrasta od 20-40 godina, podjednake polne zastupljenosti, kod 23 ispitanika indeks disfunkcije (Di) po Helkimu bio veći od nule.

Takođe, na blizanačkom uzorku, utvrđeno je da:

- poremećena kinetika mandibule postoji kod 10 (44.0%) ispitanika,
- zvuk u TMZ, pri pokretima donje vilice ima 5 (22.0%) ispitanika,
- devijacija pri otvaranju usta postoji kod 5 (22.0 %)ispitanika,
- defleksiju ima 2 (9.2%) ispitanika,
- krepitacije su registrovane kod 3 (10.8%) ispitanika,
- osećaj blokade, ukočenosti, hiper mobilnosti TMZ kod 4(14.4%)
- bol pri mobilnosti donje vilice kod 1 (4,6 %) ispitanika,
- bolna osetljivost na palpaciju temporomandibularnog zgloba kod 4 (14.4%) ispitanika,
- bolna osetljivost na palpaciju mastikatornih mišića kod 2 (9.2 %) ispitanika.
- klik pri otvaranju usta ima samo 1(4.6%) ispitanik,a
- resipročni klik postoji kod 2 (9.2%) ispitanika.

Tabela 2. Zastupljenost znakova(simptoma) CMD-a

Vrsta simptoma(znakova)	Broj ispitanika	Procenat
Poremećena kinetika donje vilice	10	44.0%
Zvuk u TMZ, pri pokretima donje vilice	5	22.0%
Devijacija pri otvaranju usta	5	22.0%
Defleksija pri otvaranju usta	2	9.2%
Krepitacije	3	10.8%
Osećaj blokade, ukočenosti, hiper mobilnosti TMZ	4	14.4%
Bol pri kretanjama mandibule	1	4.6%
Palpatorna osetljivost TMZ	4	14.4%
Palpatorna osetljivost mastikatornih mišića	2	9.2%
Klik pri otvaranju usta	1	4.6%
Recipročni klik	2	9.2%

Funkcionalnom analizom okluzalnog kompleksa dobijen je okluzalni indeks po Helkimu (Oi). Njegovo ocenjivanje zavisilo je od kvantificiranja sledećih parametara:

- broja prisutnih zuba (A),
- broja zuba koji kontaktiraju sa antagonistima (B),
- prisustva smetnji na putu kliženja iz RKP u IKP(C)
- prisustva okluzalnih smetnji pri kretanjama mandibule (D):

$$O_i = A + B + C + D.$$

Funkcionalna analiza okluzalnog indeksa po Helkimu, pokazala je da 27 (45%) ispitanika, nema okluzalne disharmonije ($O_i 0 = 0$). Pozitivan okluzalni indeks ima 33 (55%) ispitanika: blage okluzalne disharmonije ($O_i I=1$) registrovane su kod 24 (40%) ispitanika, dok se 9 (15%) ispitanika izdvaja, po izrazitim okluzalnim diskrepancama ($O_i II=2$).

Tabela 3. Step en okluzalnih poremećaja u uzorku MZ jednojajčanih blizanaca

Step en okluzalnih poremećaja (O_i)	Broj ispitanika	Procenat
$O_i 0 = 0$	27	45%
$O_i I = 1$	24	40%
$O_i II = 2$	9	15%
Ukupno	60	100%

Funkcionalnom analizom okluzalnih parametara, na MZ blizanačkom uzorku utvrđeno je da :

33.4 % ispitanika ima redukov an broj zuba,

39.8 % ispitanika ima smanjen broj zuba koji kontaktiraju sa antagonistima,

26.1% ispitanika ima blage ili izražene smetnje tokom transpozicije, na putu RKP – IKP,

29.7% ispitanika ima blage ili izražene protruzijske, laterotruzijske ili mediotruzijske smetnje.

Na osnovu kontakata koje uspostavljaju palatinalne kvržice gornjih bočnih zuba i bukalne kvržice donjih bočnih zuba u interkuspalnom položaju dobijeni su rezultati čija je raspodela prikazana tabelama 4,5 i 6.

Tabela 4. Frekvencijska raspodela prema okluzalnom odnosu

Okluzalni odnos	MZ Twins	
kvržica-fisura	21	35%
kvržica- marginalni brid	30	50%
levo:kvržica-fisura& desno: kvržica –marginalni brid	3	5%
levo: kvržica-marginalni brid&desno:kvržica- fisura	6	10%
Ukupno	60	100%

Prema strukturi ispitanika u sveukupno tretiranom uzorku, u odnosu na modalitete okluzalnog odnosa, polovina od 60 ispitanika, 30 blizanaca imali su okluzalni odnos kvržica-marginalni brid(50%), a kod 21 ispitanika(35%) registrovan je odnos kvržica-fisura.

Tabela 5. Frekvencijska raspodela MZ blizanaca prema klasi

Klasa	MZ blizanci	%
1/2II	21	35
1/2II & I	5	8,3
I	29	48,3
I & 1/2II	4	6,7
III	1	1,7
Svega	60	100.0

U tretiranom blizanačkom uzorku, u odnosu na modalitete klase, najviše ispitanika bilo je sa zastupljenim modalitetom I klase. Normognatija je prednjačila kod 29 blizanaca sa 48,3%, ispred poludruga klase (1/2II cl.), zastupljene kod 21 ispitanika (35%).

Tabela 6. Frekvencijska raspodela ispitanika prema dentalnom odnosu

Dentalni odnos	MZ blizanci	
1:1	21	35%
1:1 & 1:2	3	5%
1:2	30	50%
1:2 & 1:1	6	10%
1:2 & 1:2	0	0
Ukupno	60	100.0

U strukturi MZ ispitanika, u odnosu na modalitete dentalnog odnosa, sveukupno više ispitanika bilo je sa modalitetom dentalni odnos 1:2, opet 30 (50 %), u odnosu na modalitet 1:1, njih 21 (35,56 %).

DISKUSIJA

Brojne studije iz epidemiologije, naročito opservaciono-analički nalazi iz stručne literature, sugerišu na značajnu rasprostranjenost poremećaja međuviličnih odnosa i funkcije orofacijalnog sistema. Izuzetak su populacione grupe blizanačkog porekla, različitog uzrasta i pola, analizirani tokom ovog studijskog ispitivanja.

Najnovija istraživanja na prirodnim zubima su pokazala da stabilnost i funkcionalna vrednost prirodne okluzije nisu uslovljeni samo idealnim poretom i odnosom prirodnih zuba, niti apsolutnim skladom između kondilnih putanja, incizalne putanje i inklinacije kvržica¹³.

Takođe, dentalni status je u direktnoj korelaciji s funkcijama stomatognatnog sistema, što je iznova afrimisalo i ovo ispitivanje. Pošto uravnotežena ili habituelna okluzija rezultiraju iz morfo-funkcionalne harmonije različitih faktora koji determinišu kinetiku mandibule (neuro-muskularni sistem, dentalna morfologija, anatomija TMZ) nameće se lako objašnjiva i opšteprihvaćena adaptacija sekutića, očnjaka i molara u jednojajčanih blizanaca. Ona je nametnula presudnu sinergiju njihove funkcije i morfologije^{21,22}

Naravno, ni jednojajčani blizanci nisu fascinantno identični, što dokazuju rezultati okluzalnih odnosa. Zato se ovo ambiciozno ispitivanje bavilo razmatranjem sekvencijalnog pristupa u orofacijalnoj regiji, prepoznatljivoj po neizvesnoj dinamici obeleženoj nepredvidivim ontogenetskim fenomenima. Međutim, osnovni razlozi neočekivanih rezultata su najverovatnije primena različitih metodologija i materijala, u različitim populacionim grupama.

Na našim prostorima, broj analognih epidemioloških studija je oskudan. Izuzetak predstavljaju istraživanja kranio-mandibularnih disfunkcija na uzorku od 500 ispitanika, sa prostora centralne Srbije, Beograda i Vojvodine, u kojima je Dodić S. utvrdio frekvenciju KMD u iznosu 65,4%. Najveća učestalost bila je u Vojvodini (72,3%), na teritoriji centralne Srbije (71,5%), a najniža u Beogradu (56,3) 19. U sličnom istraživanju populacije Kosova i Metohije, Todić J. na uzorku od 300 ispitanika, starosti od 15-30 godina, 173 (50,7%) ispitanika pokazuje znake i simptome kranio-mandibularnih disfunkcija²⁰.

Heterogeni razultati, naročito dominiraju u istraživanjima širom sveta i ukazuju na nešto manju učestalost CMD. Iako je većina epidemioloških studija, bez obzira na rasprostranjenost, saglasna da su znaci i simptomima u većini ispitanika blagog intenziteta^{21,22,23}, Otuyemi D. je na Nigerijskoj populaciji utvrdio da 46% ispitanika sa disfunkcionalnim poremećajima ima blage simptome²⁵, dok je Magnusson sa saradnicima utvrdio da su progresivan bol i izrazite disfunkcije izuzetno retki nalazi, kao i da se simptomi CMD menjaju tokom života²⁵.

Intepretacija osnovnih nalaza ovog istraživanja o zastupljenosti multikauzalnih poremećaja orofacijalnog sistema, u poređenju sa rezultatima relevantnih studija publikovanih u svetskoj i domaćoj literaturi, umnogome je rezultatski analogna ili saglasna, iako je originalno-raritetan uzorak jednojajčanih blizanačkih parova očigledna prednost ove komparativne studije, a delimično ograničenje mali opservacioni uzorak.

ZAKLJUČCI

Na osnovu dobijenih rezultata ovog istraživanja, očigledna je znatna rasprostranjenost kranio-mandibularnih disfunkcija, u populaciji jednojajčanih blizanaca.

Utvrđeno je da 28 MZ blizanačkih ispitanika (38,3%) ima neki kranio-mandibularni poremećaj. Analiza okluzalnog statusa pokazala da većina jednojajčanih blizanaca 33 (55%) nema fiziološki optimalnu okluziju.

Pojava kranio-mandibularnih disfunkcija signifikantno je veća u grupi sa okluzalnom insuficijencijom.

Ova komparativna analiza na MZ blizanačkoj populaciji jasno ukazuje da okluzalni faktori značajno doprinose razvoju kranio-mandibularnih poremećaja.

LITERATURA

1. Segal N. Entwined lives: twins and what they tell us about human behavior. New York: Dutton, 1999.
2. Little J, Thompson B. Descriptive epidemiology. In: McGillivray I, Campbell DM, Thompson BJ, eds. Twinning and twins. New York, Wiley, 1988: 86-91.
3. Jones RE. Human reproductive biology. New York, 1997: 69-73.
4. Bonjardim LR, Gavião MD, Castelo PM, Garcia RCM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res* 2005;19: 93-8.
5. Nikolić I, Rančić G, Radenković G, Lačković V, Todorović V, Mitić D, Mihailović D. Embriologija čoveka, tekst i atlas. 4. izd. Beograd: Data Status, 2010.
6. Haque FN, Gottesman II, Wong AH. Not really identical: epigenetic differences in monozygotic twins and implications for twin studies in psychiatry 2009; 151C: 136-41.
7. Dodić S, Stanišić Sinobad D, Vukadinović M, Milić A, Sinobad V. Učestalost kranio-mandibularnih disfunkcija u populaciji vojnika Republike Srbije. *Med Pregl* 2006; 59: 259-64.
8. Stanišić Sinobad D. Zglobna veza mandibule sa kranijumom, normalna funkcija i poremećaji. Beograd: Beogradsko mašinsko-grafičko preduzeće / BmG, 2001.
9. Dodić S, Sinobad V, Đorđević I. Odnos između kranio-mandibularnih disfunkcija i okluzalnih disharmonija u populaciji adolescenata Republike Srbije. *Stom Glas Srb* 2004; 34: 83-8.
10. Dodić S. Analiza morfologije i funkcije orofacijalnog sistema u adolescenata sa kranio-mandibularnim disfunkcijama. Doktorska disertacija. Beograd: Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, 2003.
11. Michalowicz BS, Pihlstrom BL, Hodges JS, Bouchard TJ. No heritability of temporomandibular joint signs and symptoms. *J Dent Res* 2000; 79: 1573-8.
12. Gunn SM, Woolfolk MW, Faja BW. Malocclusion and TMJ symptoms in children. *J Cranio-mandibular Disord Facial Oral Pain* 1988; 2: 1196-2000.
13. Pullinger AG, Seligman PA. Temporomandibular disorders II. Occlusal factors associated with temporomandibular joint tenderness and dysfunction. *J Prosthet Dent* 1988; 59: 363-7.
14. Ronquillo HJ. Comparison the condyle-fossa relationship with horizontal and vertical overlap and angle class. *J Craniofac Dent* 1988; 2: 137-40.
15. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed Dent J* 1974; 67: 101-21.
16. Pertes RA, Sheldon GG. Clinical managements of temporomandibular disorders and orofacial pain. Chicago, London, Berlin: Quintessens Publ. Co. Inc, 1995.
17. McNeill C; American Academy of Orofacial Pain, American Academy of Cranio-mandibular Disorders. Temporomandibular disorders : guidelines for classification, assessment, and management. Chicago: Quintessence Books, 1993.
18. Ramfjord SP, Ash MM. Occlusion. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995.
19. Dodić S. Zastupljenost znakova i simptoma kranio-mandibularnih disfunkcija kod studenata Stomatološkog fakulteta u Beogradu. *Srp Arh Celok Lek* 2004; 132: 294-301.
20. Todić J. Uticaj okluzije i skeletnih odnosa na razvoj kranio-mandibularnih disfunkcija. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini-Kosovska Mitrovica, 2012.
21. Egermark Erikson I, Ingervall B. The dependence of mandibular dysfunction in children on functional and morphologic malocclusion. *Am J Orthod* 1983; 83: 187-94.
22. Seligman PA, Puling AG. Association of occlusal variables among refined TM patient diagnostic groups. *J Cranio-mandib Disord* 1989; 3: 227-36.
23. Egermark J, Thilander B. Cranio-mandibular disorders with special reference to orthodontic treatment: an evaluation from childhood to adulthood. *Am J Orthod And Dentofac Orthop* 1992; 101: 28-36.
24. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 4th ed. St. Louis, Philadelphia: Mosby, 1998.
25. Otuyemi OD, Owotade FJ, Ugboke VI, Ndukwe KC, Olusile OA. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in young Nigerian adults. *J Orthod* 2000; 27: 222-35.
26. Magnusson T. Five-year longitudinal study of signs and symptoms of mandibular dysfunction in adolescents. *Cranio* 1986; 4: 338-44.

Uticaj programiranog vežbanja u okviru predškolske ustanove na posturalni status dece

Effects of organized exercise program within pre-school institution on postural status of children

Dragana Drljačić¹, Nevena Tirić², Milan Đupovac¹, Nikola Arsić³

1. Sportsko dijagnostički centar Šabac
2. Predškolska ustanova "Dečji dani", Beograd
3. Zegin, Čuprija

PRIMLJEN 31.08.2016.

PRIHVAĆEN 27.09.2016.

APSTRAKT

Cilj. S obzirom na to da je predškolski period, period burnog rasta i motoričkog razvoja, a da savremeni način života iziskuje da deca veći deo dana provode u predškolskim ustanovama, primena sistematskog fizičkog vežbanja u okviru predškolske ustanove predstavlja značajan faktor pravilnog rasta i razvoja deteta. Polazeći od činjenice da se jednom stečene navike, kasnije teško ispravljaju praćenje morfološkog, motoričkog i posturalnog statusa deteta i permanentni rad na njihovom podizanju na viši nivo predstavlja imperativ u radu sa decom predškolskog uzrasta. Iz tog razloga cilj ovog istraživanja bio je procena uticaja programiranog vežbanja u okviru predškolske ustanove na posturalni status dece.

Metode. Istraživanjem je obuhvaćeno 52-oje dece (30 dečaka i 22 devojčice) koja su u trenutku inicijalnog merenja bila starosti 5.0 ± 0.5 godina. Procena posturalnog statusa vršena je po metodi Napoleona Volanskog, u dve sesije sa razmakom od 12 meseci.

Rezultati. Rezultati istraživanja su pokazali da je kod ispitivane dece došlo do poboljšanja posturalnog statusa držanja glave ($z = -2,12$, $p < 0,05$, $r = 0,21$), držanja ramena ($z = -2,67$, $p < 0,01$, $r = 0,26$), držanja lopatica ($z = -2,67$, $p < 0,01$, $r = 0,26$) i oblika nogu posmatrano sprema ($z = -2,33$, $p < 0,05$, $r = 0,23$).

Zaključak. Nalazi ovog istraživanja ukazuju na neophodnost primene sistematskog vežbanja u rada sa decom još u ranom uzrastu, čime se pozitivno utiče na posturalni status dece, u vidu njegovog očuvanja, ali i otklanjanja funkcionalnih deformiteta koji bi u kasnijem periodu mogli ostaviti trajne posledice na dečji organizam.

Ključne reči: dete, predškolsko; vežbanje; stav

Dragana Drljačić¹, Nevena Tirić², Milan Đupovac¹, Nikola Arsić³

1. Sport diagnostic center Sabac, Sabac, Serbia
2. Preschool institution "Dečji dani", Belgrade, Serbia
3. Zegin, Cupria, Serbia

RECEIVED 31.08.2016.

ACCEPTED 27.09.2016.

ABSTRACT

Objective. Although pre-school age is characterized by accelerated growth and motor development, pre-school children spend most of their day in the kinder garden. It has been shown that the application of systematic exercise program is of utmost importance for child's proper development. Considering that once acquired habits are hard to correct, monitoring of morphological, motor and postural status and continuous efforts aimed on their improvement are of great importance when working with pre-school children. Therefore, the aim of this study was to investigate the effects of organized exercise program on postural status of pre-school children.

Methods. Postural status of fifty-two children (30 boys and 22 girls) was estimated on two occasions separated by 12 months, using method of Napoleon Wolanski. At the time of the initial assessment children were 5.0 ± 0.5 years old.

Results. Significant improvements in postural status were observed only in 4 of 8 evaluated segments. They included significantly better positioning of head ($z = -2,12$, $p < 0,05$, $r = 0,21$), shoulders ($z = -2,67$, $p < 0,01$, $r = 0,26$), scapulae ($z = -2,67$, $p < 0,01$, $r = 0,26$) and leg shape ($z = -2,33$, $p < 0,05$, $r = 0,23$).

Conclusion. The obtained findings suggest that organized exercise programs need to be applied from the earliest age in order to ensure positive influence not only on preservation of good posture but on correction of functional deformities that later in life might have a negative influence on individuals health as well.

Key words: child, preschool; exercise; posture.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

dr Dragana Drljačić, Cara Dušana 40/3/23, 15000 Šabac, Srbija, E-mail: d.drljajac@gmail.com
Dragana Drljajac, PhD, Cara Dusana 40/3/23, 15000 Sabac, Serbia, e-mail: d.drljajac@gmail.com

UVOD

Pravilno držanje tela (postura) predstavlja uslov za normalno funkcionisanje čovečjeg organizma. S obzirom na to da glavnu ulogu u održavanju normalne posture imaju mišići, kao aktivni deo lokomotornog aparata, njihova slabost i/ili nedovoljna elastičnost mogu dovesti do promena na koštano-zglobnom sistemu, a samim tim i do pojave različitih deformiteta, kako funkcionalnih, tako i strukturalnih.^{1,2} Nastali deformiteti ne ostavljaju negativne posledice samo na aparat za kretanje, već mogu uticati i na narušavanje rada drugih sistema, prvenstveno organa trbušne i grudne duplje.³ U skladu s tim da se na jačanje i elastičnost mišićnog sistema može uticati fizičkim vežbanjem, nametnuo se zaključak da je pokret – vežba osnovno sredstvo za održavanje normalnog posturalnog statusa. Primena vežbi u cilju poboljšanja zdravstvenog statusa (poboljšanja subjektivnog osećaja, olakšavanja bolova, otklanjanja drugih negativnih simptoma vezanih za nepravilno držanje tela) datira još iz perioda drevne Kine i Indije.⁴ No, akcenat na fizičkom vežbanju, kao sredstvu u razvijanju, očuvanju i popravljajući funkcija lokomotornog aparata danas je aktuelniji nego ikad.^{3,5-8}

U današnje vreme kada je hipokinezija sve više zastupljena,³ javlja se sve veća potreba za programiranim fizičkim vežbanjem još od ranog detinjstva (tz. predškolskog uzrasta),^{1,5,9} s obzirom na činjenicu da podaci o fizičkim i funkcionalnim sposobnostima ukazuju na opadanje ovih sposobnosti kod dece iz godine u godinu.^{4,6,9} Savremeni način života doveo je do toga da deca predškolskog uzrasta, za koja je karakterističan buran rast i motorički razvoj, sve više vremena provode u vrtiću, u okviru celodnevne boravka. Neretko roditelji su prinuđeni da ih u vrtić dovoze i odvoze. Samim tim deca su manje fizički aktivna,^{6,10} manje vremena provode na svežem vazduhu – u prirodi, imaju manje mogućnosti za primenu osnovnih oblika kretanja (hoćanje, trćanje, penjanje, skakanje...) koji imaju značajnu ulogu za pravilan rast i razvoj dećjeg organizma. Ako uzmemo u obzir činjenicu da je i prekomerna težina, kao jedan od mogućih uzročnika nastanka posturalnih poremećaja i narušavanja zdravlja dece,^{2,7,11} sve više prisutna kod dece još u predškolskom uzrastu, primena sistematskog fizičkog vežbanja u okviru predškolske ustanove predstavlja značajan faktor pravilnog rasta i razvoja deteta.^{5,9-10} Praćenje morfološkog, motoričkog i posturalnog statusa deteta i permanentni rad na njihovom podizanju na viši nivo predstavlja imperativ u radu sa decom predškolskog uzrasta.¹² Iz tog razloga cilj ovog istraživanja bio je procena uticaja programiranog vežbanja u okviru predškolske ustanove na posturalni status dece.

METODE

Ispitanici

Uzorak ispitanika činila su deca oba pola ($N = 52$, 30 dećaka i 22 devojćice; starost prilikom inicijalnog merenja $5,0 \pm 0,5$) bez fizičkih i psihičkih nedostataka, koja redovno pohaćaju predškolsku ustanovu. Uslov za uključivanje u istraživanje bio je da dete nije uključeno u organizovane oblike sportskog vežbanja van institucije. Pre početka istraživanja, roditeljima je detaljno objašnjen eksperimentalni protokol, a potom su potpisali pristanak za učestvovanje njihovog deteta u istraživanju.

Merni instrument

Procena posturalnog statusa vršena je metodom po Napoleonu Volanskom, po segmentima.^{1,5} U skladu sa preporukom Volanskog normalan posturalni status odgovarao je oceni "0" (nula), manja odstupanja od normalnog držanja tela, koja odgovaraju funkcionalnom deformitetu – ocenom "1" (jedan) i znatna odstupanja, odnosno strukturalni deformitet – ocenom "2" (dva).

Procedura istraživanja

Sva merenja u okviru istraživanja realizovana su u sali za fizičko vaspitanje vrtića. Istraživanje je realizovano kroz dve identične sesije sa razmakom od 12 meseci između sesija. Tokom jedne sesije vršena je procena posturalnog statusa na osnovu segmenata prema ustaljenoj proceduri.¹ Između inicijalne i finalne procene deca su svakodnevno primenjivala fizičko vežbanje kako u okviru usmerene aktivnosti, tako i u okviru drugih oblika rada, u skladu sa Planom i Programom Ustanove. Primena eksperimentalnog faktora vršena je od strane grupnih vaspitaća, dok je procenu posturalnog statusa sproveo jedan isti ispitivać (strukovni vaspitać – specijalista za fizičko vaspitanje).

Varijable

Tokom istraživanja praćene su sledeće varijable: držanje glave (DRGL), držanje ramena (DRRM), oblik grudnog koša (OBGR), držanje lopatica (DRLT), odstupanje kićmenog stuba u frontalnoj ravni (KMST), držanje trbuha (DRTR), oblik nogu (ONGU) i svod stopala (DRST).

Obrada podataka i statistićka analiza

Svaki od segmenata posturalnog statusa analiziran je odvojeno. Dobijeni podaci obraćeni su prema frekvenciji pojavljivanja u odgovarajućim kategorijama posturalnog statusa i primenjen je procentni račun. Za procenu razlika zavisnih varijabli između inicijalnog i ponovljenog merenja primenjen je Viloksonov test ranga (Wilcoxon Signed Rank Test). U svim slučajevima kada je zabelećeno prisus-

tvo razlika između dva merenja računata je veličina uticaja po Koenu (1988), gde vrednosti 0,1 predstavljaju mali uticaj, 0,3 umereni i 0,5 veliki uticaj.¹³ Statistički testovi računati su primenom softvera SPSS 20,0, dok je prag značajnosti razlika bio podešen na nivou poverenja od $p \leq 0,05$.

REZULTATI

U Tabeli 1 prikazani su rezultati poređenja zavisnih varijabli pre i nakon primene eksperimentalnog faktora. Rezultati istraživanja zabeležili su prisustvo razlika za varijable DRGL ($z = -2,12$, $p < 0,05$, $r = 0,21$), DRRM ($z = -2,67$, $p < 0,01$, $r = 0,26$), DRLT ($z = -2,67$, $p < 0,01$, $r = 0,26$) i ONGU ($z = -2,33$, $p < 0,05$, $r = 0,23$). Za ostale varijable nije zabeleženo prisustvo razlika između dva merenja, no uvidom u Tabelu 1 može se uočiti tendencija poboljšanja posturalnog statusa (smanjenje broja deformiteta ocenjenih ocenom 2 i 1) i ostalih procenjivanih segmenata.

Tabela 1. Rezultati poređenja zavisnih varijabli pre i nakon primene eksperimentalnog faktora

segment	ocena	PRE		POST		z	r
		N	%	N	%		
DRGL	0	27	51,9	32	61,5	-2,21*	0,21
	1	24	46,2	20	38,5		
	2	1	1,9	0	0,0		
DRRM	0	2	3,8	1	1,9	-2,67**	0,26
	1	31	59,6	43	82,7		
	2	19	36,5	8	15,4		
OGKŠ	0	46	88,5	47	90,4	-1,00	
	1	6	11,5	5	9,6		
	2	0	0,0	0	0,0		
DRLT	0	6	11,5	7	13,5	-2,67**	0,26
	1	26	50,0	34	65,4		
	2	20	38,5	11	21,2		
KMST	0	42	80,8	43	82,7	-1,00	
	1	10	19,2	9	17,3		
	2	0	0,0	0	0,0		
DRTR	0	17	32,7	21	40,4	-1,89	
	1	28	53,8	25	48,1		
	2	7	13,5	6	11,5		
ONGU	0	22	42,3	21	40,4	-2,33**	0,23
	1	17	32,7	26	50,0		
	2	13	25,0	5	9,6		
DRST	0	25	48,1	23	44,2	-0,38	
	1	22	42,3	27	51,9		
		5	9,6	2	3,8		

DRGL – držanje glave, DRRM – držanje ramena, OGKŠ – oblik grudnog koša, DRLT – držanje lopatica, KMST – odstupanje kičmenog stuba u bočnoj ravni, DRTR – držanje trbuha, ONGU – oblik nogu, DRST – svod stopala, PRE – inicijalno merenje, POST – finalno merenje, N – broj ispitanika, % – procenat, z – rezultat Vilkoksonovog testa ranga, r – veličina uticaja, * – razlike značajne na nivou $p < 0,05$, ** – razlike značajne na nivou $p < 0,01$.

DISKUSIJA

Sagledavši rezultate istraživanja može se zaključiti da je programirano fizičko vežbanje u okviru predškolske ustanove primenjeno u ovom istraživanju, imalo uticaj na posturalni status dece, i to na držanje glave (DRGL), držanje ramena (DRRM), držanje lopatica (DRLT) i oblik nogu (ONGU). No, i pored toga što su za varijable DRRM i DRLT zabeležene razlike između dva merenja na nivou značajnosti $p < 0,01$, uticaj eksperimentalnog faktora prema Koenuvom kriterijumu bio je umeren. Takođe, uticaj je zabeležen samo na četiri od osam procenjivanih segmenata. Moguće objašnjenje ovakvog nalaza leži u činjenici da eksperimentalni faktor nije direktno bio usmeren na poboljšanje posturalnog statusa, već je predstavljao deo redovnog Plana i Programa rada predškolske ustanove i nije bio kontrolisan tokom istraživanja. Pored toga, na rezultate istraživanja moglo je uticati i to što je rad sa decom obavljalo više strukovnih vaspitača u skladu sa njihovim sedmičnim rasporedom, a ne jedan isti vaspitač-specijalista za fizičko vaspitanje, koji je posebno obučan za planiranje, programiranje i realizovanje zadataka fizičkog vaspitanja u radu sa najmlađom populacijom dece.

Takođe, ne može se sa sigurnošću eliminisati ni uloga primenjenog mernog instrumenta na dobijene rezultate. Naime, i pored toga što je metoda po Napoleonu Volanskom standardizovana metoda za procenu posturalnog statusa, njen nedostatak je mala diskriminativnost, kao i činjenica da je u pitanju somatoskopski pregled čiji rezultati u velikoj meri zavise od iskustva ispitivača, što je posebno važno kada se postupak procene ponavlja kroz vreme. Takođe, i pored velikog broja istraživanja u kojima je primenjena ova metoda,^{1-3,5,12} prema saznanjima autora ovog rada ne postoje istraživanja u kojima su prikazani rezultati pouzdanosti navedene metode. Stoga, prilikom tumačenja rezultata ovog istraživanja i tu činjenicu treba imati u vidu.

No, ako uzmemo u obzir da su uzorak ispitanika u ovom istraživanju činila deca koja, prema nekim istraživačima, nisu u osetljivom uzrasnom periodu za nastanak posturalnih poremećaja,³ te se shodno tome i ne očekuje narušavanje njihovog posturalnog statusa do momenta polaska u školu, onda se rezultati ovog istraživanja mogu smatrati zadovoljavajućim. Naime, iako nije zabeležen veliki uticaj eksperimentalnog faktora, ohrabruje saznanje da je on ipak zabeležen. Stoga, rezultati ovog istraživanja upućuju na zaključak da je programirano vežbanje, primenjeno u istraživanju, imalo uticaj na očuvanje, a u izvesnoj meri i na poboljšanje posturalnog statusa pojedinih segmenata tela. Dobijeni nalazi su u skladu sa prethodnim istraživanjima i potvrđuju značaj sistematskog fizičkog vežbanja u radu sa decom predškolskog uzrasta.^{1,5,10}

LITERATURA

1. Sabo E. Posturalni status dece predškolskog uzrasta na teritoriji AP Vojvodina. *Fizička kultura* 2006; 60: 157-64.
2. Protić-Gava B, Zečak D, Shukova-Stojmanovska D. The incidence of postural disorders with regard to degree of nutritional status in children from 7 to 10 years of age. *Research in Physical Education, Sport & Health* 2014; 3: 77-82.
3. Protić-Gava B. Dobro držanje tela u detinjstvu - sigurnost za budućnost kvalitetnijeg života. 5th International Conference of Sport Science and Health. Banja Luka: Pan-evropski univerzitet Apeiron, 2015.
4. Radisavljević M, ur. Korektivna gimnastika sa osnovama kineziterapije. Beograd: Fakultet fizičke kulture Univerziteta u Beogradu, 1992.
5. Stanišić I, Đorđević M, Maksimović S. Posturalni status nogu i svoda stopala kod dece predškolskog uzrasta i efekti korektivnog vežbanja u okviru usmerenih aktivnosti. *Sinteze* 2014; 5: 63-71.
6. Boreham C, Riddoch C. The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci* 2001; 19: 915-29.
7. Ahrens W, Bammann K, de Henauw S, Halford J, Palou A, Pigeot I, Siani A, Sjöström M; European Consortium of the IDEFICS Project. Understanding and preventing childhood obesity and related disorders--IDEFICS: a European multilevel epidemiological approach. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006; 16: 302-8.
8. Šebić L, Hadranovic A, Bijelić S, Kozić V. Postural differences between girls who practice and who do not practice rhythmic gymnastics. *Homo Sporticus* 2010; 2: 45-8.
9. Korovljev D, Marinković D, Roška M, Madić D. Posturalni status kičmenog stuba kod dečaka uzrasta od 4-13 godina. *Contemporary Kinesiology: 5th International Scientific Conference*. Split, Aug 28-30, 2015. *Zbornik radova*: 425-34.
10. Romanov R, Stupar D, Međedović B, Brkin D. Posturalni status dece predškolskog uzrasta na teritoriji Novog Sada. *TIMS Acta* 2014; 8: 129-35.
11. Kratenová J, Zejglicová K, Malý M, Filipová V. Prevalence and risk factors of poor posture in school children in the Czech Republic. *J Sch Health* 2007; 77: 131-7.
12. Obradović B, Milošević Z. Posture of preschool boys and girls at the age of 6. *Glasnik ADS* 2008; 43: 310-8.
13. Palant J, ur. SPSS: priručnik za preživljavanje. Prevod četvrtog izdanja. Beograd: Mikro knjiga: 2011.

Uloga menadžera-fasilitatora u klasterizaciji u zdravstvu

The role of the manager-facilitator of the clustering in health care

Irena Mirković¹

1. Univerzitet UNION Nikola Tesla, Beograd

Irena Mirković¹

1. University UNION Nikola Tesla, Belgrade, Serbia

PRIMLJEN 02.06.2016.

PRIHVAĆEN 27.09.2016.

RECEIVED 02.06.2016.

ACCEPTED 27.09.2016.

APSTRAKT

Menadžeri, fasilitatori klastera u zdravstvenim institucijama, imaju presudnu vitalnu ulogu u upravljanju, postavljanju sistema menadžmenta, transformaciji i revitalizaciji za svaku od članica klastera. U svojstvu agenta promena, fasilitatori promovišu inovativne modele povezivanja među klasterima, razmenjujući primenjena znanja, modele menadžmenta u nacionalnim, regionalnim i evropskim okvirima. U ovom radu razmatra se mesto klaster menadžera u afirmaciji nove profesije u upravljanju klasterima i njihova uloga u primeni akumuliranih znanja, u cilju održivosti zdravstvenog sistema. Karakteristike menadžer-fasilitatora korespondiraju sa usponom organizovanog i uredjenog zdravstvenog sistema u svetu, regulisanog trendovima u globalnoj ekonomiji.

Ključne reči: zdravstveni sektor; organizacija i administracija; ekonomija; administratori zdravstvenih ustanova; unapredjenje kvaliteta.

ABSTRACT

Cluster managers, cluster facilitators and cluster organizations of health facilities play decisive, vital role in making management, transformation and revitalization for every members of the cluster. They should act as agents of changes in order to address the need for change and the useful innovative models. In this paper, the place of cluster managers in the affirmation of a new profession and their role in the application of accumulated knowledge to support the sustainability of the health system are described. Characteristics of managers-facilitator correspond to the rise and to the standardization of health system institutions in world, regulated with trends in the global economy.

Key words: health care sector; organization and administration; economics; health facility administrators; quality improvement.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Irena Mirković, Resavska br.15, 11000 Beograd, Telefon: 0646093580, E-mail: aleksandar.gracanac@pks.rs

Irena Mirkovic, Resavska br.15, 11000 Belgrade, Serbia, Phone: 0646093580, E-mail: aleksandar.gracanac@pks.rs

UVOD

Promene u ekonomiji i društvu u poslednjih trideset godina, neminovno su uticale na oblast zdravstva, zdravstvene zaštite stanovništva i zdravstvenih institucija. Ekonomski trendovi promena odslikani u globalnoj ekonomiji, transnacionalnim korporacijama, sofisticiranim tehnologijama, novim iskustvima u menadžmentu primenjenim u klasterizaciji, sa ulogom menadžera fasilitatora, uticali su snažno i na zdravstvene institucije.¹

Specifičnosti zdravstva, zdravstvenih ustanova u organizaciji poslovanja, definišu principe zasnovane na medicinskoj nauci i praksi sa jedne strane i nužnosti održivog, institucionalnog zdravstvenog sistema. Klasterskim povezivanjem zdravstvenih institucija postiže se održivost institucionalnog zdravstvenog sistema, i menadžeri fasilitatori imaju vitalnu ulogu u upravljanju, u svojstvu agenta promena, primeni akumuliranih znanja.

Upravljanje resursima, podrazumeva upravljanje u okviru održivog poslovnog sistema, gde se menadžment filozofija, upotpunjena menadžment kulturom i menadžment praksom.

U tom smislu, održivost zdravstvenog poslovnog sistema u zdravstvenim institucijama, uslovljen je primenom menadžmenta na najvišem nivou. Koncept klasterizacije se pojavio daleke 1890 godine primenom teoretskih izučavanja, teoretičara i praktičara, Alfreda Maršala u Velikoj Britaniji, prvo u industriji i ostalim delatnostima privrede.

Proces klasterizacije se postepeno afirmisao, predstavljajući sa jedne strane koncentraciju u pojedinoj delatnosti od privrede do nauke, obrazovanja, zdravstva, i sa druge strane geografsku koncentraciju. Izvorno koncept je utvrdio tri pokretača procesa;

- udruživanje resursa,
- prelivanje znanja,
- smanjenje troškova svakog održivog sistema.

Klasteri su tako povezali privredne subjekte, od mikro, malih, srednjih velikih u svim delatnostima do naučno istraživačkih institucija, agencija, ustanova, i zdravstvenog institucionalnog sistema. Koncept klastera se generalno, sagledava u domenu pokretanja inovacija i postizanja efikasnosti svih subjekata u doba globalne ekonomije.²

Strategija klastera teži dinamičnoj održivosti klasterskog povezivanja, tako da se formira životni ciklus klastera. Klasterom se upravlja u skladu sa inovacionim ciklusima i

to u četiri dimenzije, tzv. Balanced Scorecard (lista usklađenih ciljeva):

- finansije,
- interni procesi,
- korisnici usluga,
- kontinuirano usavršavanje i razvoj.³

Oblik klasterskog povezivanja se razlikuje od drugih vidova, na osnovu upravljanja resursima, upravljanja informacijama i ciljevima.

Svoj značaj i uticaj klasteri su prikazali tokom devedestih godina prošlog veka, u domenu najsofisticiranijih tehnologija, medicinskih nauka, primenjujući osnovne ciljeve klasterskog povezivanja i to:

- specijalizacija i profesionalno usavršavanje zaposlenih u članicama klastera,
- primena inovativnih metoda,
- usavršavanje standardizacije u primeni metodologije poslovanja,
- razmena iskustava primerima dobre prakse,
- primena novih inovativnih rešenja,
- smanjivanje troškova funkcionisanja,
- jačanje kapaciteta.

Prema indikatorima održivosti koncepta klasterizacije, važan uslov je profesionalno upravljanje klasterima, a posebno je izraženo u klasterskom povezivanju zdravstvenih institucija, univerziteta, instituta.

Posebnost medicinske nauke i medicinske delatnosti u zdravstvenom sistemu svake zemlje, dodatno favorizuje indikatore, i to:

- kvalifikacije,
- specijalizacije, obuke,
- informisanje,
- društveno odgovorno ponašanje,
- odnosi sa javnošću...

Visok nivo kvalifikacione strukture i obuke zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, omogućuje klasterizaciju zasnovanu i na turističko zdravstvene projekte, sa prethodno umreženim članovima klastera, medicinskog klastera ili turističkog klastera.

Strategijom kompetentnosti, otvorenosti, povezivanja, u procesima klasterizacije, oblast zdravstva, zdravstvene zaštite, medicinske nauke značajno utiče na održivost funkcionalnog sistema u kojem ključnu ulogu zauzimaju menadžeri-fasilitatori.

Pojam fasilitatora u literaturi i praksi, prepoznaje, -vodju, koji usmerava proces, omogućujući mu da ispuni osnovne parametre koncepta klasterizacije i da postigne dugoročne ciljeve, održivosti sistema. Uloga klaster menadžera-fasilitatora je najvažnije pitanje, u klasterkom povezivanju, jer direktno utiče na interne i eksterne komunikacije klastera, u ostvarivanju benefita članicama klastera.⁴

Upravljanje klasterom podrazumeva upravljanje promenama, koje imaju jasne ciljeve, znanje, iskustvo, leaderske veštine, kvalifikacione pretpostavke, umreženost...

Faktor čovek je najbitniji u organizaciji, i od znanja, veština, emocionalne inteligencije klaster fasilitatora, zavisiće efikasnost koju će klaster imati, a posebno održivost.⁵

Menadžeri-fasilitatori su aktivnostima u poslednjim decenijama, prikazali u praksi novi model profesije, koji je posebno afirmisan u obrazovnim programima, u najpoznatijoj Akademiji za klaster u Kopenhagenu.

Klaster menadžeri u zdravstvenim institucijama, imaju vitalnu ulogu u postizanju održivosti sistema upravljanja nad resursima, i zadovoljenju potreba i interesa pacijenata.

Istovremeno, klaster menadžeri utiču na promene u usavršavanju koncepta, i deluju u formi agenata inovativnih rešenja, akumuliranog znanja, u izgradnji medicinske kompetetivnosti u umrežavanju iskustava članica klastera.

Klaster menadžeri -fasilitatori, u mnogobrojnim medicinskim klasterima, u procesu upravljanja, posebnu pažnju poklanjaju preventivnim aktivnostima, u obuci, edukativnim projektima primene naučnih saznanja u pojedinim specijalnostima.⁶

Istovremeno ovakvim pristupima, utiču na fleksibilnost klasterkog povezivanja i sa drugim klasterima iz drugih oblasti, sa kojima se kreiraju tržišni koncepti nastupa prema korisnicima usluga.

Iskustva razvijenih zemalja u oblasti klasterizacije u medicinskim naukama i zdravstvenim institucijama, pokazala su da su menadžeri-fasilitatori, sa visoko kvalifikovanim znanjima o menadžmentu, a posebno u

specifičnim veštinama u upravljanju klasterima, presudno uticali na ostvarivanje održivosti funkcionisanja sistema u zdravstvenim institucijama.

U okolnostima globalnih trendova, tržišne ekonomije, oblast zdravstva, zdravstvene zaštite doživeli su značajan uspon i usmerile procese razvoja klasterkog povezivanja u zdravstvenim institucijama u respektabilne tržišne učesnike na tržište usluga.

Perspektive ovih procesa se prepoznaju u povezanosti medicinskih i turističkih klastera.

I u budućim orijentacionim pravcima razvijanja zdravstvenog sistema, koncept klasterizacije sa glavnim nosiocima znanja, veština, iskustava, menadžerima -fasilitatorima imaće presudan značaj u upotpunjavanju ponuda kvalitetnih zdravstvenih usluga, kvantitetu kapaciteta, u cilju zadovoljenja rastućeg broja korisnika zdravstvene zaštite i pozitivno održivog a efikasnog sistema.

ZAKLJUČAK

Klaster menadžeri -fasilitatori afirmišu novu profesiju u upravljanju klasterima. Uloga menadžera - fasilitatora u klasterizaciji u zdravstvu, imaju vitalnu ulogu u primeni akumuliranih znanja, u cilju održivosti zdravstvenog sistema. Karakteristike menadžer fasilitatora korespondiraju sa usponom organizovanog i uređenog zdravstvenog sistema u svetu, regulisanog trendovima u globalnoj ekonomiji.

LITERATURA

1. The concept of clusters and cluster policies and their role for competitiveness and innovation: main statistical results and lessons learned: Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. doi 10.2769/67535.
2. Schwab K, ed. The global competitiveness report 2011–2012. Geneva: World Economic Forum, 2011.
3. Kastratović E, Marinković V. Inovacije, klasteri, inovacioni klasteri. Ekonomski vidici 2008; 1: 223-33.
4. Anđelić GB. Osnove finansijskog menadžmenta. Petrovaradin: Futura, 2007.
5. Vukotić S, Aničić J, Laketa M, Gračanac A. human resources as a factor of success of business clusters in Serbia. Građevinsko-arhitektonski fakultet Nauka i praksa 2012; 15: 155-66.
6. Gračanac A. Klasterizacija u zdravstvu. PONS Med Č; 2012; 9: 114-5.

Primena protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju u kliničkoj praksi

Application of the protocol of the Ministry of health for protection and treatment of women facing violence in clinical practice

Snežana B. Knežević¹, Ivan Gajović¹

1. Dom zdravlja "Kraljevo", Kraljevo

PRIMLJEN 31.10.2015.

PRIHVAĆEN 22.09.2016.

Snezana B Knezevic¹, Ivan Gajovic¹

1. Community Health Centre "Kraljevo", Kraljevo, Serbia

RECEIVED 31.10.2015.

ACCEPTED 22.09.2016.

APSTRAKT

Nasilje nad ženama je svaki vid rodno zasnovanog nasilja koje može da ima za posledicu fizičku, psihičku ili seksualnu povredu ili patnju žene, uključujući pretnje takvim radnjama, ograničenje ili proizvoljno lišavanje slobode, bez obzira da li se dešava u sferi javnog ili privatnog života. Najčešći oblik nasilja nad ženama je rodno zasnovano nasilje, odnosno nasilje gde je počilac muški intimni partner. Nasilje je problem javnog zdravlja, a ne privatni problem. Zdravstveni radnici mogu imati ključnu ulogu u prepoznavanju i identifikovanju nasilja. Zdravstvene ustanove su često prva institucija kojoj se žene žrtve nasilja u porodici obraćaju. Ipak, otkrivanje nasilja među njima se najčešće tretira kao sporadična dužnost a ne kao profesionalna obaveza. Posebni protokol Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju na snazi je od 2011. god. Dokument definiše postupke i precizira uloge zdravstvenih radnika, standardizuje medicinske procedure što predstavlja olakšanje u svakodnevnom radu jer nedostaje znanja i literature o ovom fenomenu. Zdravstvene ustanove treba da preporučenu dobru kliničku praksu pretvore u način rada svih zaposlenih kao i da sačine plan stalnog, sistematskog i kontinuiranog obučavanja i zaposlenih i korisnika usluga o pitanjima nasilja u porodici. Edukacija zaposlenih olakšava da se prepozna i dokumentuje nasilje, uputi žrtva na resurse u zajednici, prate posledice, smanji štetan uticaj po celokupno zdravlje i blagovremenom reakcijom sačuva život ženi.

Ključne reči: žena; izloženost nasilju; primarna prevencija; sekundarna prevencija; zdravstveno osoblje.

ABSTRACT

Violence against women is any form of gender-based violence that can result in physical, mental or sexual harm or suffering for women, including threats of such acts, limitation or deprivation of liberty, regardless of it occurring in their private life or in public. The most common form of violence against women is gender-based violence, i.e. where the perpetrator is the intimate male partner. Violence is a public health problem, not a private one. Healthcare professionals may have the key role in recognizing and identifying cases of such violence. Healthcare institutions are usually the first who victims of domestic violence turn to. However, recognizing violence among those victims is often treated as if it is an optional task, rather than as a professional obligation. The special protocol of the Ministry of Health of the Republic of Serbia for the protection and treatment of women who are subjected to violence was put into effect in 2011. The document defines how medical doctors ought to behave and what their role is, standardizes medical procedures, which overall makes tackling the issue less difficult since there is little knowledge and skill necessary for dealing with victims of violence. Healthcare institutions should turn this medical practice into the common way of working for everyone hired, as well as making a plan that focuses on the constant, systematic and continuing education on the matter for the medical doctors and patients. Education makes it easier for the doctors to recognize and document violence, refer the victim to community resources, follow the consequences and reduce the harmful effect on the health of the woman overall and may sometimes save the woman's life.

Key words: female; exposure to violence; primary prevention; secondary prevention; health personnel.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Snežana B Knežević, Dom zdravlja Kraljevo, Jug Bogdanova 62/7, 36000 Kraljevo, Tel: 0658817673, E-mail: lesta59@yahoo.com

Snezana B. Knezevic, Community Health Centre, Jug Bogdanova 62/7, 36000 Kraljevo, Serbia, Phone: +381658817673, E-mail: lesta59@yahoo.com

„Nasilje nad ženama je možda najsramnije kršenje ljudskih prava. Ono ne poznaje ni geografske ni kulturne granice, niti granice bogatstva. Sve dok se ono nastavlja, mi ne možemo tvrditi da činimo istinski pomak ka jednakosti, razvoju i miru.”

Kofi Annan, Generalni sekretar Ujedinjenih nacija

U današnje vreme, zaštita ljudskih prava, posebno zaštita od nasilja je vrlo važna oblast delovanja na svim nivoima. Ljudska prava i slobode su postali glavna tema o kojima se globalno diskutuje. Eliminacija svih oblika diskriminacije podrazumeva i borbu protiv nasilja u najširem smislu, počev od uličnog pa sve do rata u svim njegovim oblicima ali i sveprisutnog oblika koji predstavlja muško nasilje nad ženama. Taj vid nasilja se dešava u partnerskim vezama, u njihovoj privatnosti i intimi i do skora je posmatran kao privatni problem i država nije imala mehanizme da stane u zaštitu žrtve.¹

Detaljna studija Generalnog sekretara UN o nasilju nad ženama,² obuhvatila je 71 državu na svetu, i ono je registrovano kod 13–61% žena, u najvećem broju zemalja 23 i 49%. Podaci istraživanja iz deset država (ista istraživačka metodologija), govore da je fizičko nasilje od strane partnera doživelo 13–61% starosti od 15 do 49 god. a seksualno 6–59% žena. Počinioци nasilja koje je dovelo do smrti u 40–70% slučajeva su intimni partneri ubijenih žena. O psihičkom i emotivnom nasilju ima malo istraživanja, Studija SZO pokazuje prevalencu 20–75%.³ Incidence godišnjih stopa nasilja su različite zbog različitih metoda prikupljanja podataka međutim nema dileme da to nije „stranac koji vreba iza žbuna“ već da žene najčešće povredi, siluje ili ubije muškarac kog one poznaju i intimne su sa njim.⁴

Nasilje u porodici i u partnerskim odnosima je poznato svim kulturama i društvenim sistemima, oduvek i svuda. Prva ozbiljna i sistematična istraživanja ovog fenomena su počela 70tih godina, pod okriljem nevladinih organizacija,⁵ a 90tih godina je nasilje nad ženama počelo da se tretira kao kršenje ljudskih prava. Često se naziva rodno zasnovano nasilje, u skladu sa Deklaracijom o eliminaciji nasilja nad ženama.⁶

Pripadnost ženskom polu je glavni faktor rizika. Rasna, klasna, etnička, religiozna i nacionalna pripadnost, seksualna orijentacija, starost, fizički izgled kao i nivo obrazovanja nisu od presudnog uticaja da žena doživi iskustvo nasilja. Međutim, žene sa visokim obrazovanjem teže otvoreno govore o tome.⁷

Nasilje je posledica nejednake raspodele moći između muškarca i žene odnosno uvek je uzrokovano zloupotrebom moći i vršenjem kontrole nad članovima porodice koji raspolažu manjim resursima a u uslovima poverenja

i privrženosti. U većini društava muškarci su ti koji imaju znatno više moći: fizičke, ekonomske, socijalne, obrazovne i kroz društvene uloge. Zbog toga su najčešće žrtve nasilja u porodici: žene, deca, stara i bolesna lica kao i lica sa invaliditetom. Moć može da bude uvećana ili umanjena nekim stavovima, očekivanjima, predrasudama, običajnim ili religijskim praksama koje određuju „tipične“ karakteristike članova porodice. U porodicama uglavnom ne postoji balans moći, čak ni među partnerima. Moć se može upotrebiti za brigu, podršku, zaštitu, podsticanje razvoja članova porodice ili se može zloupotrebiti za kontrolu, izolaciju, zastrašivanje, ucenivanje, ponižavanje, prinudu, pretnje i zlostavljanje.⁴

Akcentat je samo na nasilnim muškarcima a ne na svim osobama muškog pola. Nasilan muški partner je izabrao da se tako ponaša i smislio brojne načine da održi kontrolu nad ženom, da iznova demonstrira svoju moć i tako održava svoj autoritet. Takvi muškarci ne napuštaju svoje žene, koliko god da im ne odgovara partnerski odnos. Nasilnička relacija ne može da se odjasni time da on ne može da kontroliše svoj bes, jer postoji kontrola u drugim konfliktnim okolnostima. Besnim reakcijama, psihološkim maltretiranjem, emotivnim zlostavljanjem, povređivanjem i sličnim radnjama uspostavljanja i zadržava zadovoljavajuću kontrolu nad ženom.

Žene izložene nasilju nerado pričaju o tome. Razlozi su brojni, poput straha od nasilnika, ekonomske zavisnosti, kulturološkog obrazca tolerantnog na nasilje, brige za decu, straha od samoće, lojalnosti i emocionalnoj vezanosti sa nasilnikom, osećanja krivice, neprijatnosti, stida, poniženja, disfunkcionalnih porodičnih odnosa, nasilja pretrpjenog u detinjstvu, nedostatka poverenja u bilo koga, nedovoljno znanja o nasilju, sažaljevanja nasilnika i uverenja da će „to vremenom proći“, brige da će misliti da izmišlja, neinformisanosti da može pomoć potražiti u ordinaciji, nepovezivanja vlastitih simptoma i stanja sa nasiljem.⁸

Često se od žena može čuti da je i dalje sa nasilnim partnerom jer imaju zajedničku decu. Tu se ipak radi o strahu od partnera međutim prihvatljiviji su motiv deca kao osnovni razlog njenih nedoumica. Najrazličitiji su njeni razlozi ostajanja : nada za promenom, izolacija, društveno poricanje, barijere, opasnosti koje označava odlazak, ekonomska nesamostalnost. Izlazak iz nasilja je proces, sedam do jedanaest puta u proseku žene pokušaju da napuste partnera pre nego to i uspešno realizuju.⁷

VRSTE NASILJA

- Fizičko nasilje se definiše kao namerna upotreba fizičke sile sa mogućnošću da dovede do povrede ili oštećenja, uključujući (ali ne ograničavajući se na) širok spektar nasilnog ponašanja: guranje, šamaranje, drmsanje, povlačenje za kosu, udaranje nogama, ugrize, udaranje, upotreba ili pretnja upotrebom oružja (pištolja, noža ili drugog predmeta).

- Seksualno nasilje predstavlja seksualno zadirivanje, nepoželjne komentare, upotrebu sile, prisiljavanje ili fizičku intimizaciju od strane jedne osobe da bi prisilila drugu osobu na seksualne aktivnosti protiv volje, bez obzira da li je taj čin završen.

- Psihološko nasilje (ili zlostavljanje) odnosi se na konstantno omalovažavanje i ponižavanje od strane partnera, kao i zastrašivanje da će se izvesti bilo koja od gore navedenih radnji. Ovu vrstu nasilja nikako ne treba potcjenjivati. Ono može da ostavi još izraženije posledice po zdravlje žene, bez obzira na to da li je praćeno fizičkim nasiljem i povredama ili ne.

- Ekonomsko nasilje predstavlja ali ne isključuje i druge oblike: nejednaku dostupnost zajedničkih sredstava, onemogućavanje da radi ili da se obrazuje, sprečavanje vlasništva, prodaja stvari bez saglasnosti vlasnice itd.⁹

NORMATIVNI OKVIR

Brojna dokumenta kao što su Povelja Ujedinjenih nacija (1945), Bečka deklaracija i program za akciju (1993), Druga svetska konferencija u Kopenhagenu (1980), Konvencija UN o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (CEDAW 1979), Deklaracija UN o eliminisanju nasilja nad ženama (DEVAW 1993), Pekinška deklaracija i platforma za akciju (1995), Milenijumska konferencija UN (2000), Svetska konferencija protiv rasizma, rasne diskriminacije, ksenofobije i odnosnim netolerancijama (2001) a u evropskom kontekstu Konvencija Saveta Evrope za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda (ECHR), Deklaracija o politikama za borbu protiv nasilja nad ženama u demokratskoj Evropi (1993), Rezolucija o potrebi ustanovljenja kampanje širom Evropske unije o nultoj toleranciji prema nasilju nad ženama (1997) i Preporuka o socijalnim merama u vezi sa nasiljem unutar porodice Komiteta ministara Saveta Evrope, Kampanja za borbu protiv nasilja nad ženama u Evropi Saveta Evrope (2004) kao i standardi Evropske unije u smislu nulte tolerancije nasilja nad ženama, Evropski parlament (2006) uslovili su promene u zakonodavstvu država članica i kandidata za članice kao i čitav niz sistemskih mera zaštite od nasilja u porodici.

Međunarodno pravo je bilo tako organizovano da nisu mogli jasno da se razgraniče javna i privatna sfera što je otežavalo odgovor države na nasilje nad ženama. Pod snažnim pritiskom ženskih pokreta koji su postavili zahteve za radikalno drugačijim pristupom u rešavanju ovog problema, što podrazumeva da se ovaj široko rasprostranjeni fenomen ne tretira kao „unutrašnja stvar porodice“ već kao ozbiljan društveni problem, u mnogim zemljama, uključujući i Srbiju, ovaj oblik nasilja postaje „vidljiv“ i prepoznatljiv. Nasilje u porodici je oblik diskriminacije ženskog pola. Svaka država ima ustavnu i pravnu zaštitu od diskriminacije.¹⁰

Ustav Republike Srbije pruža garanciju svojim građanima u oblasti ljudskih prava, između ostalog i pravo na rodnu ravnopravnost.¹¹ Porodično nasilje je u Srbiji prvi put sankcionisano u Zakonu o izmenama i dopunama Krivičnog zakona Republike Srbije, članovi 118, 194 i 332,¹² u Porodičnom zakonu,¹³ član 197 i Prekršajnom zakonu, član 61.¹⁴ Pored donošenja zakona koji se odnose na nasilje u porodici, Zakona o ravnopravnosti polova,¹⁵ Zakona o zabrani diskriminacije,¹⁶ Zakona o socijalnoj zaštiti,¹⁷ u toku je inicijativa da se u Zakon o prekršajima i Zakon o javnom redu i miru uvede kao poseban prekršaj nasilje u porodici. Vlada R Srbije je 2011. godine usvojila Nacionalnu strategiju za sprečavanje i suzbijanje nasilja nad ženama u porodici i u partnerskim odnosima za period 2010-2015. god.¹⁰ Pod okriljem Ujedinjenih nacija u R Srbiji se od 2012. godine sprovodi projekat „Integrisani odgovor na nasilje nad ženama u Srbiji“, radi unapređenja institucionalnog odgovora na počinjeno nasilje. Publikacija „Multisektorska saradnja-institucionalni odgovor na nasilje nad ženama“ predstavlja zainteresovanoj javnosti i službama podrške institucionalne smernice za delovanje profesionalnog osoblja u sistemu zaštite, kao i okvir saradnje u kome su jasno definisani postupci i dužnosti unutar svakog od zainteresovanih resora (Opšti protokol o postupanju i saradnji ustanova, organa i organizacija).⁵

Usvajanjem Posebnog protokola Ministarstva zdravlja R Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju (2011) zdravstveni sistem postaje partner u rešavanju ovog problema. Protokolom se obezbeđuje unapređenje i poboljšanje zdravstvenih usluga, zdravstveni radnici su dobili vodič koji im pomaže da prepoznaju i dokumentuju nasilje, upute žrtvu na resurse u zajednici i prate posledice, pružajući kontinuiranu pomoć, omogućeno im je da pruže standardizovanu zaštitu žena.⁹

ULOGA ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Zdravstvene ustanove su te koje treba da stvore uslove u kojima svi zapošljeni nasilje nad ženama tretiraju kao i druge probleme od većeg socio-medicinskog značaja, poput hroničnih nezaraznih bolesti. Nasilje je faktor rizika za zdravlje poput zloupotrebe alkohola, pušenja, nepravilne ishrane i fizičke neaktivnosti. Informisanost je osnovni uslov koji treba ispuniti, kako svih korisnika zdravstvenih usluga tako i zaposlenih u ustanovi, kroz edukaciju kadra za poslove na otkrivanju nasilja, dokumentovanju, pružanju pomoći, evidentiranju, praćenju i pružanju podrške žrtvama nasilja u porodici.⁷

Zdravstveni radnici mogu sresti žrtvu porodičnog nasilja na više načina.¹⁸ Najpre kada ona traži pomoć neposredno posle fizičkog napada. Zatim kada dolazi zbog psihosomatskih tegoba ili zdravstvenih problema koji su posledica dugotrajnog nasilja. Žene koje trpe nasilje u porodici dvostruko češće navode bolove koji nemaju patološki supstrat. Problem mentalnog zdravlja i psihosomatske tegobe su takođe učestaliji.

U ordinacijama Primarne zdravstvene zaštite kao i specijalističkim službama poput ginekologije, pedijatrije i psihijatrije svaka sledeća poseta je nova mogućnost da se ponovo opservira i postavljaju pitanja, žena otvori i prihvati razgovor o tome, dok u službama Hitne medicinske pomoći, gde se radi o jednokratnim posetama mora promptno da se reaguje jer žrtva nasilja može neprimećeno da prođe kroz zdravstveni sistem i jednom propuštena prilika za uspešnu intervenciju se možda neće ponovo ukazati.^{19,20,21}

Žene koje učestalo posećuju zdravstvene ustanove nisu imale priliku da govore o svom iskustvu nasilja jer im jednostavno pitanje o tome nije ni postavljeno. Na taj način one prolaze neotkrivene pored zdravstvenih radnika (od sto žena koje su doživele nasilje samo pet je identifikovano).^{7,22}

Razlozi zbog kojih lekari ne pitaju mogu se podeliti na lične i profesionalne. Ističu se sledeći razlozi:

- U odsustvu dovoljne informisanosti lekar očekuje da će žena sama da izloži tu vrstu problema poput ostalih tegoba u anamnezi
- Nije vešt za tu vrstu razgovora
- Nedostaju odvojene prostorije u kojima se može obezbediti privatnost
- Kada započne razgovor, nedostaje veština vođenja istog
- Ne prepoznaje simptome nasilnog odnosa, ne zna posledice

- Ne zna ništa o fenomenu nasilja i njegovoj rasprostranjenosti
- Smatra da oblast za koju ne postoje standardne metode u dijagnostici nije od značaja
- Boji se da postavljanjem privatnih pitanja ne uvredi ženu
- Strahuje da nije vešt da vodi konverzaciju u željenom pravcu
- Identifikuje se sa pacijentkinjom jer je i sam žrtva nasilja ili nasilnik
- Smatra da to nije njihova obaveza.²³

DOBRA PRAKSA U KLINIČKOM RADU

Dobra klinička praksa podrazumeva najpre ne naškoditi žrtvi kao i ne dovesti u opasnost zaposlene u zdravstvenoj ustanovi, zatim identifikovanje i potvrdu nasilja, odgovor na zdravstvene posledice nasilja, dokumentovanje nasilja, procenu bezbednosti, razvijanje bezbedonosnog plana, upućivanje na resurse u zajednici i završetak razgovora u podržavajućem tonu.

Indikatori nasilja :

- anamneza: hronični bolovi bez patološkog supstrata (glavobolje, abdominalni bolovi, bol u sredogrudi, lumbalna regija, zglobovi, mala karlica), hronična stanja (GIT manifestacije, nervozna creva, obstipacija, psihosomatske tegobe), seksualno prenosive bolesti i rizična ponašanja, prekidi trudnoće, egzacerbacija hroničnih bolesti, tegobe u usnoj duplji, neslaganje sa preduzetim lečenjem i učinkom lekova.
- fizikalni nalaz: sve povrede, opekotine, znaci seksualnog zlostavljanja, centralno raspoređene povrede, povrede podlaktica (tzv. odbrambene povrede), lokalizacija povreda na članku ruke ili noge, modrice u različitim stadijumima.
- psihološki simptomi: nesanica, poremećaji spavanja, depresija i suicidalne ideje, uznemiranost i napadi panike, poremećaji ishrane, zloupotreba lekova, psihoaktivnih supstanci i duvana, PTSP.^{18,24}
- indikatori ponašanja: naknadno traži medicinsku pomoć, učestalo dolazi, upadljivo ponašanje tokom pregleda, naglašavanje muškarčevog temperamenta, oklevanje dok je on u blizini, njegovo insistiranje da bude i on u ordinaciji, previše brižno ili agresivnost muškarca, podaci o zlostavljanju deteta u tom domaćinstvu.

U svakodnevnom radu treba stvoriti adekvatne uslove za razgovor, poštujući privatnost žrtve i obavezno bez prisustva drugih osoba. Ukoliko odbija da govori o tome, ne treba insistirati jer nije spremna. Treba je osnažiti, ohrabriti i biti obazriv. Zdravstveni radnik aktivno sluša, bez intimizacije, sa empatijom, ne ispituje, naređuje i ucenjuje, ne daje savete, ne nudi gotova rešenja, jer bi tako sebi pripisivao moć, poštuje samostalnost žene, veruje joj, ne okrivljuje je, ne opravdava nasilnika, oslonac joj je za budućnost, saveznik, pruža joj potrebne informacije, nikako ne umanjuje značaj nasilja, ne osuđuje je već poštuje i prihvata. Jedino na taj način šalje adekvatnu poruku da nije neutralan, da žena nije kriva za nasilje koje trpi, da nije ona pogrešila i da je za njega isključivo kriv nasilnik.

Nema standardne grupe pitanja koja se postavljaju pacijentkinji već se postupa u skladu sa trenutnom situacijom i ispoljavanjem nasilnog ponašanja. Najpre se postavljaju indirekta pitanja da bi se u daljem razgovoru nastavilo sa direktnim pitanjima.

Predlog indirektnih pitanja:

- Ne odnosi se na Vas, međutim često u ordinaciji vidim slučajeve nasilja u porodici.
- Pošto je partnersko nasilje česta pojava, šta Vi mislite o tome?
- Ne dopada mi se priroda ovih Vaših povreda.
- Da Vas neko nije možda udario?
- Često se ovakvi znaci vide kod žena koje trpe nasilje

Predlog direktnih pitanja:

- Bojite li se svog muža?
- Da li Vas je skorije partner fizički povredio, ošamario, gurnuo, udario, šutnuo?
- Jeste li skorije ponižavani, uvređeni, kontrolisani od strane partnera?
- Jel Vam pretio?

Ukoliko je odgovor pozitivan slede dodatna pitanja:

- Da li bi želeli pomoć zbog toga?
- Hoćete da pozovemo policiju, centar za socijalni radi / ili nekog drugog?²⁵

Zdravstveni radnik ne insistira na potvrdi nasilja. U svojoj aktivnosti poštuje ženinu autonomiju/odluku. Kada se radi o zlostavljanju u porodici sa teškom telesnom povre-

dom, upotrebi vatrenog i drugog oružja, opasnog oruđa i drugo, nasilja nad maloletnim licem ili je došlo do smrtnog ishoda kao i silovanja, lekar je obavezan da prijavi.¹² U svim ostalim slučajevima on šalje jasnu poruku da osuđuje nasilje i ostavlja mogućnost da, kada bude spremna, žena slobodno može govoriti o svojoj situaciji nasilja. Razgovor treba voditi u podržavajućem tonu, poštujući poverljivost informacija dobijenih od žrtve.

Poželjne izjave, koje neće dodatno da stigmatizuju žrtvu su sledeće:

- Žalim jer što vam se to dešava
- Nasilje nije Vaša krivica
- Nasilje je isključivo odgovornost nasilnika
- Niko nema prava da vas zlostavlja
- Nasilje je krivično delo
- Niste sami, ako želite možete da dobijete pomoć, mogu vam reći kome možete da se obratite
- Zlostavljanje ima ozbiljne posledice po zdravlje
- Zabrinut/a sam za vašu bezbednost

Primer korektne izjave na kraju razgovora sa žrtvom:

„Ja ću dokumentovati sve što se tiče toga koje posledice na Vaše zdravlje je ostavilo nasilje. I pokazaću Vam sve što sam zapisala/o, jer su to tragovi po Vaše zdravlje, radi se o vašem životu. Zna da je neophodno prijaviti nasilje u partnerskom odnosu. To je zakonska obaveza, i za vas i za mene. Najdelotvornije je da to učinimo zajedno. Prijava se vrši policiji, tužilaštvu i Centru za socijalni rad.⁹ Najvažnije je prijaviti policiji, jer će se tako situacija nasilja zaustaviti. Mogu pričekati da se u narednim danima za to pripremite i biću uz vas (napomena: čekanje ne važi za teške telesne povrede koje se moraju prijaviti odmah). Kažite mi šta vam je potrebno da u narednim danima ojačate da možete da date iskaz u institucijama. Međutim, ako vas partner životno ugrozi do tada, svakako ćemo prijaviti policiji, bilo vi ili ja. Zbog toga, predlažem da se usredsredimo da napravimo bezbedonosni plan, da postepeno započnemo da gradimo osećaj sigurnosti”⁷.

SKRINING NA NASILJE

U literaturi se mogu naći dva paralelna termina: skrining na nasilje i pitati o nasilju. SZO u svojim preporukama za zdravstvene radnike predlaže da što veći broj žena, treba rutinski pitati o iskustvu nasilja, kao sastavnom delu pregleda.²⁶ Ukoliko zdravstveni radnik posumnja da je žena žrtva nasilja, postaviće pitanja koja bi navela ženu da se oslobodi

I počne o tome da govori i to bi bio selektivni skrining. Rutinski skrining na nasilje ima svoje pristalice i oponente. Razlog koji ide u prilog rutinskom skriningu, kojim bi bile obuhvaćene sve osobe ženskog pola iznad 14. godina pri svakoj poseti, kao deo prijemnog statusa je što bi se tako povećala proporcija otkrivenog nasilja a samim tim i broj žena kojima se može pomoći. Rutinski skrining ispunjava svoju svrhu ukoliko prati preventivne intervencije kojima se može pomoći ženi čim se otkrije nasilje u porodici. Odluka o vrsti skrininga prepušta se svakoj pojedinačnoj zdravstvenoj ustanovi, koja će to definisati u zavisnosti od sopstvenih načela a u skladu sa konkretnim prilikama i raspoloživim materijalnim mogućnostima za pomoć ženama.^{3,27}

DOKUMENTOVANJE NASILJA

Dokumentovanje nasilja je od presudnog značaja za žrtvu. Da bi se izbegla neujednačenost i nepotpunost pregleda žrtve, šturost i nečitkost u vođenju evidencije u zdravstvenim kartonima, neadekvatni lekarski izveštaji, bez odgovarajućeg opisa povreda, shema i fotografija, pored upisivanja anamneze i objektivnog nalaza u zdravstveni karton, uveden je jedinstven Obrazac za evidentiranje i dokumentovanje nasilja (prilog u Posebnom protokolu).⁹ Na prvoj strani obrazca se nalaze opšti podaci kao i razlog posete, na drugoj je prostor za opis vrste nasilja i istorije zlostavljanja, sledeća je predviđena za detaljan sudskomedicinski opis povreda a na poslednjoj se nalazi tabela za procenu rizika. Popunjava se čitko, detaljno i razumljivo, sudskomedicinskim opisom povreda, unose se specijalistički izveštaji, rezultati laboratorijskih testova, rentgen snimci, rezultati ostalih dijagnostičkih procedura, fotografije povreda kao i psihičko stanje pacijentkinje. Evidentiraju se u zdravstvenu dokumentaciju šifre Y05.0-Y07.0 po MKB 10 Kvalifikaciji bolesti i stanja,²⁸ upisuje gde je upućena, kada je zakazan kontrolni pregled a obrazac se ulaže u zdravstveni karton žrtve, gde stoji i može biti iskorišćen kao dokazni materijal u toku sudsko medicinskog veštačenja. To je validan pokazatelj vrste i težine nanešenih povreda tako da predstavlja važan, ne tako retko i odlučujući dokaz o pretrpljenom nasilju. Svako nasilje kao i sumnja na nasilje se evidentira na taj način, bez obzira da li žena pokazuje spremnost ili ne da pokrene sudski postupak u tom trenutku. Ukoliko ne dokumentuje povrede na adekvatan način, zdravstveni radnik krši pravo pacijenata i na taj način indirektno opravdava i odobrava počinjeno nasilje. Na poziv suda tokom sudskog postupka žrtve nasilja, lekar je u obavezi da se kao svedok odazove pozivu.¹² Poverljivost razgovora, podataka i dokumenata se podrazumevaju.

PROCENA BEZBEDNOSTI

U određenom broju slučajeva, nasilje u partnerskom odnosu se može završiti i ubistvom žene. Stoga je je uvek neophodno izvršiti procenu njene bezbednosti. Primeri konkretnih pitanja za procenu ugroženosti su:

- Da li se plašite da će Vas muž/partner ponovo povrediti?
- Da li Vaš muž/partner zna da ste došli na pregled?
- Da li je Vaš muž/partner pretio da će povrediti sebe/Vas/decu?
- Da li se osećate bezbednom da odete kući ili na posao?
- Da li je agresivnom ponašanju Vašeg muža/partnera prethodila upotreba alkohola ili droge?²⁹

Ukoliko je žena makar na jedno pitanje odgovorila potvrdno, zdravstveni radnik procenjuje da je žena u neposrednoj životnoj opasnosti u kom slučaju treba da se razvije bezbedonosni plan. Aktivnosti u tom pravcu podrazumevaju da se pozove policija ukoliko žena to želi (poštovanje njene autonomije), pita o tome da li ima gde da ode ukoliko se nasilje ponovi i eskalira, daju joj se brojevi telefona i adrese službi koje pružaju zaštitu, ukaže joj se na postojanje sigurnih ženskih kuća, SOS telefona, nevladinih organizacija. Uspostavljeni mehanizmi postupanja i koordinacije kroz multisektorsku saradnju na lokalnom nivou između zdravstvenog sistema, policije, Centara za socijalni rad, tužilaštva, nevladinih organizacija i aktiva škola obezbeđuju efikasnu komunikaciju i funkcionalan sistem za pružanje pomoći.⁵

PREPORUKE ZA EFIKASNU PRIMENU POSEBNOG PROTOKOLA

Sistem obrazovanja lekara, srednjeg medicinskog kadra i zdravstvenih saradnika je podrazumevao minimalno i nedovoljno sticanje znanja i veština iz oblasti nasilja nad ženama. U njihovom praktičnom radu takođe nedostaju načini za edukaciju o tom problemu. Nedostaje i odgovarajuća domaća literatura. Kada se neki fenomen poput ovog ne poznaje dovoljno, sasvim očekivano se i ne prepozna rutinski u svakodnevnom radu, pogotovo kada žena nije motivisana da o tome otvoreno i spontano govori. Do donošenja protokola nije postojala usaglašenost u načinu objektivnog pregleda pacijentkinje kao i dokumentovanju rezultata pregleda, što je često vodilo neupotrebljivoj medicinskoj dokumentaciji za tužilaštvo i sudstvo. Kada se tome doda objektivni nedostatak vremena zdravstvenih radnika, događalo se da zbog neodgovarajućih lekarskih uverenja ne može da se dokaze na sudu nasilje u porodici.⁷

Mitovi i predrasude je neophodno da se razbijaju. To se najbolje postiže pružanjem informacija, počev od porodice preko vrtića i škola, putem svih medija, na tribinama i javnim skupovima. Zdravstveni radnici treba svojim stavom i znanjem da prednjače u zagovaranju nulte tolerancije nasilja. Da bi u tome bili uspešni, neophodno je da ovladaju odgovarajućim znanjem o nasilju u porodici, da pruže doprinos u primarnoj prevenciji, budu edukovani a zatim da edukuju pacijente, upoznaju se sa mogućnostima pomoći žrtvama u svojoj ustanovi i sredini u kojoj žive i rade. Poseban protokol je obavezujući i neophodno je da se obezbedi njegova primena na svim nivoima zdravstvenih ustanova.⁹

Zdravstvene ustanove treba da sačine plan stalnog, sistematskog i kontinuiranog obučavanja zaposlenih o pitanjima nasilja u porodici sa što većim obuhvatom istih kroz specijalizovane akreditovane kurseve i treninge. Novostečena znanja treba da se implementiraju u svakodnevnu praksu. Neophodne su evaluacije rada i praćenje trajanja pozitivne promene. Za zdravstvene radnike edukacija, posebno kontinuirana medicinska edukacija je najbolja opcija za razbijanje predrasuda i način da se stekne neophodna rutina u radu.³⁰ Cilj takvih obuka je informisanost, podizanje nivoa svesti, sticanje odgovarajućih veština za postupanje sa ženama koje trpe nasilje a nije beznačajno ni sticanje bodova u aktuelnom licencnom periodu. Taj moment značajno utiče na masovnost uključenih zdravstvenih radnika. Edukacija edukatora je ideja koja počiva na pretpostavci da svoja novostečena znanja veštine zdravstveni radnici prenose ostalim kolegama. Obrazovanje bazirano na pristupima i principima sadržanim u međunarodnim dokumentima, na naučnim i stručnim saznanjima i iskustvima, kao i na obuci za konkretne postupke i procedure.³¹ Svi zapošljeni treba da prođu bazični trening za primenu Protokola, koji treba da bude promovisan na stručnim sastancima. Svaka zdravstvena ustanova treba da ima lice zaduženo za sprovođenje Protokola.

Zdravstvene ustanove treba da obezbede prioritetan prijem žrtava nasilja u porodici i kada kod sebe nemaju zdravstvenu knjižicu. Trijažni list može da bude anonimno popunjen. Protokol prijema žrtve nasilja poštuje njenu privatnost i popunjava se samo inicijalima.

Brošura, u formi informatora ili imenika, kao i Poseban protokol treba da se nalaze u svakoj ordinaciji. Imenik sadrži brojeve telefona institucija kojima se žrtva nasilja može obratiti za pomoć (Centra za socijalni rad, policija, tužilaštvo, nevladine organizacije, pravna pomoć-mreža advokata, sigurne kuće). U sklopu povećanja svesti o nultoj toleranciji nasilja, preporučuje se isticanje tematskih postera na vidljivo mesto u zdravstvenim ustanovama (čekaonice, hodnici i slično). Pamfleti u različitim formatima, edukativni materi-

jal, brošure, agitke, adrese i brojevi telefona resursa u zajednici za pružanje pomoći su preduslov za uspešnu primenu Protokola.⁹

Multisektorska i multidisciplinarna saradnja među institucijama na lokalnom nivou omogućava pravovremene i sveobuhvatne intervencije, bržu i bolju razmenu informacija kao i povećanje odgovornosti svakog od sistema.^{5,31}

ZAKLJUČAK

Put žrtava nasilja u porodici od trenutka kada reše da se sa njim izbore, pa dok ne dobiju odgovarajuću podršku je izuzetno težak. Odgovornost za njegovo skraćivanje u velikoj meri nose institucije u sistemu zaštite. Nijedan sistem ne može sam rešiti taj problem, međutim zdravstvo ima presudnu ulogu u prevenciji, identifikovanju, dokumentovanju i prijavljivanju nasilja nad ženama.

Da bi zdravstveni radnici uspešno radili sa žrtvama nasilja u porodici, neophodno je da se suoče sa ličnim i društvenim stereotipima, definišu jasno problem, prihvate to kao profesionalnu obavezu i građansku dužnost i poseduju odgovarajuće informacije a kroz obaveznu primenu Posebnog protokola, kontinuiranu medicinsku edukaciju i dostupnu literaturu. Jasan kurs menadžmenta zdravstvenih ustanova da se nedvosmisleno osudi nasilje nad ženama i aktivno radi na njegovom otkrivanju i prijavljivanju je neohodan faktor u uspešnoj primeni protokola. Osuda nasilja, uzimanje u obzir uticaja nasilja na zdravlje, blagovremena i adekvatna reakcija zdravstvenih radnika predstavljaju sastavni deo uspešnog lečenja žena žrtava nasilja u porodici.

LITERATURA

1. Nikolić Ristanović V. Međunarodni standardi o nasilju u porodici i njihova primena na Zapadnom Balkanu. Beograd: Prometej, 2006.
2. Ending violence against women: from words to action. New York: United Nations, 2006. (http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAWstudyE.pdf).
3. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization, 2005
4. Ignjatović T. Nasilje prema ženama u intimnom partnerskom odnosu: model koordiniranog odgovora zajednice. Beograd: Rekonstrukcija ženski fond, 2011.

5. Svi u borbu protiv nasilja nad ženama! Arhiva - novembar 2013. Beograd: Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja Republike Srbije, 2013. (<http://www.minrzs.gov.rs/lat/arhiva/vesti/novembar-2013>)
6. Declaration on the elimination of violence against women. 48/104. New York: United Nations, 1993.
7. Otašević S. Nasilje nad ženama moja profesionalna odgovornost. Beograd: Autonomni ženski centar, 2007.
8. Ganley AL, ed. Improving the health care response to domestic violence: a trainer's manual for health care providers. Family Violence Prevention Fund, 1998. (https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Maternal_Health/HealthTrainerManual.pdf).
9. Posebni protokol Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju. Beograd: Ministarstv zdravlja Republike Srbije, 2009. (<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Ostalo/ProtokolMZRSZaZastituIPostupanjeSaZenamaKojeSuIzlozeneNasilju.pdf>).
10. Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti u Republici Srbiji. Službeni glasnik Republike Srbije, 2009; 15/09.
11. Ustav Republike Srbije. Službeni glasnik Republike Srbije, 2006; 98/2006.
12. Krivični zakonik. Službeni glasnik Republike Srbije 2013; 85/05, 88/05, 107/05, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13.
13. Porodični zakon. Službeni glasnik Republike Srbije 2011; 18/05, 72/11.
14. Zakon o prekršajima. Službeni glasnik Republike Srbije 2013; 65/13.
15. Zakon o ravnopravnosti polova. Službeni glasnik Republike Srbije 2009; 104/09.
16. Zakon o zabrani diskriminacije. Službeni glasnik Republike Srbije 2009; 22/09.
17. Zakon o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana. Službeni glasnik Republike Srbije 2011; 24/11.
18. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Pamphlet NoAA 22:92-406 20M. Washington: AMA, 1992.
19. Gin NE, Rucker L, Frayne S, Cygan R, Hubbell FA. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. J Gen Intern Med 1991; 6: 317-22.
20. Saunders DG, Hamberger LK, Hovey M. Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center. Arch Fam Med 1993; 2: 537-43.
21. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The Battering Syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med 1995; 123: 737-46.
22. Rukavina I. Nasilje u obitelji i liječnik obiteljske medicine. U: Ajduković D, ur. Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju obiteljskog nasilja. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć i UNDP, 2010.
23. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. Journal of Family Violence 1999; 14: 99-132.
24. Jaffe P, Wolfe DA, Wilson S, Zak L. Emotional and physical health problems of battered women. Can J Psychiatry 1986; 31: 625-9.
25. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ 2002; 325: 314.
26. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf)
27. Hegarty K, Taft A, James-Hanman D, Johnson M, Feder G. Interventions for intimate partner violence. Lancet 2015; 385: 111-2.
28. Međunarodna klasifikacija bolesti: MKB-10, deseta revizija. Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija, 1996.
29. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December 1999. (<https://www.k4health.org/sites/default/files/L%2011.pdf>).
30. Lo Fo Wong S1, Wester F, Mol S, Lagro-Janssen T. "I am not frustrated anymore". Family doctors' evaluation of a comprehensive training on partner abuse. Patient Educ Couns 2007; 66: 129-37.
31. Nacionalna strategija za sprečavanje i suzbijanje nasilja nad ženama u porodici i u partnerskim odnosima Službeni glasnik Republike Srbije 2011; 27/11.

Subarachnoid hemorrhage caused by rupture of Galenic vein malformation

Subarahnoidalno krvarenje uzrokovano rupturom malformisane vene Galeni

Mirela F. Jukovic, Katarina Gvozdenovic,
Dalibor Ilic, Dragan Andjelic

1. Centre for Radiology, Clinical Centre of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

RECEIVED 03.11.2015.
ACCEPTED 12.04.2016.

ABSTRACT

Vein of Galen malformation is uncommon cerebrovascular anomaly. Rupture of this anomaly in adults is usually represented as intracranial bleeding. We present 71 year-old men with sudden headache and loss of consciousness caused by rupture of vein of Galen malformation.

Key words: vein of Galen malformations; intracranial hemorrhages; tomography, x-ray computed; angiography; adult.

Mirela F Juković, Katarina Gvozdenović, Dalibor Ilić,
Dragan Andjelić

1. Centar za radiologiju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad

PRIMLJEN 03.11.2015.
PRIHVAĆEN 12.04.2016.

APSTRAKT

Malformacija centralne vene (vene Galeni) nije česta cerebrovaskularna anomalija. Ruptura ove anomalije u odraslih se obično prezentuje intrakranijalnim krvarenjem. Prikazujemo slučaj 71-godišnjeg muškarca sa iznenadnom glavoboljom i znacima gubitka svesti uzrokovanih rupturom malformacije vene Galeni.

Ključne reči: malformacija Galenove vene; intrakranijsko krvarenje; tomografija, X-zracima kompjuterizovana; angiografija; odrastao.

CORRESPONDENCE / KORESPONDENCIJA

Clinical Centre of Vojvodina, Centre for Radiology, Hajduk Veljkova 1/4, 21000 Novi Sad, Serbia, Phone: +381638952571 E-mail: mirela_jukovic@yahoo.com
Klinički Centar Vojvodine, Centar za radiologiju, Hajduk Veljkova 1/4, 21000 Novi Sad, Telefon: 0638952571, E-mail: mirela_jukovic@yahoo.com

INTRODUCTION

Anomaly of vein Galeni was described first time in 19 century by Steinheil as „varix aneurysm“^{1,2}. This type of vascular intracranial abnormality is rare, and takes about 1% in all intracranial cerebral vascular lesions. Lesions predominantly occur in children as developmental abnormality, but it could be found in any period of life^{3,4}. According to Yasargil this malformation are classified into four types, where types 1,2,3 are fistulous communication between vein of Galen and arteriovenous (AV) malformation, but type 4 is parenchymal AV malformation which drain blood into vein of Galen⁵. Lasjaunias et al. introduced two types of this anomaly as choroid and mural types⁶. Clinical presentation of Galenic malformation is different in neonatal period, infancy and in older children and adults. A variety of symptoms and signs appear in the form of cardiorespiratory difficulties, seizure, hydrocephalus, headache, developmental delay, focal neurological deficit or intracranial hemorrhage^{2,7,8} depending on the number of arteriovenous connection and venous outflow obstruction⁹.

CASE REPORT

The 71 year-old men came to Emergency department with sudden headache and loss of consciousness. Non contrast computed tomography (CT) and CT angiography (CTA) immediately were done on hospital admission that showed subarachnoid hemorrhage (SAH) caused by rupture of Galenic vein malformation (Picture 1, 2). There were not tonsillar herniation or intracerebral hemorrhage. Laboratory analysis showed low level of platelets; no other abnormality were found. After diagnostic procedure, patient was hospitalized at Neurosurgery Clinic. Because of possibility to re-bleed, patient was not surgically treated, but constantly monitored.



Figure 1. Non contrast brain CT scan showed subarachnoid hemorrhage in patient with Galenic vein malformation



Figure 2. CT angiography showed vein of Galen malformation (VRT reconstruction)

During the hospitalization in the first and second day patient improved his clinical condition without neurological deterioration. Digital subtraction angiography (DSA) was done the next day and confirmed vein Galeni ectasia (diameter vein of Galeni about 30 mm) with arteriovenous shunt, but without possibility to endovascular procedure (embolization) because of complex AV malformation, and probable complication during or after procedure such as increasing of vein pressure and massive intracranial hemorrhage. There was fistulous communication between external carotid artery branches and the right posterior cerebral artery (ACP). Patient had dilatation of extracranial blood vessels localized on the occipital part of the head under the skin as connection with both external carotid arteries. Control CT scan showed resorption of SAH and patients was discharged home after 10 days. Two years after initial examination patient had massive intracranial hemorrhage with poor clinical outcome.

CONCLUSION

Subarachnoid and intracerebral hemorrhage is more common in adult patients than children. Numerous of diagnostic procedure was implemented in daily routine practice. CT and CT angiography are very sensitive diagnostic methods for detection of intracranial hemorrhage and vascular anomalies and their application is useful in planning for surgical or endovascular treatment of patients². In literature, this condition is the most challenging in a view of treatment, with high grade of poor outcome, especially in no treatable Galenic vein malformation⁸.

REFERENCES

1. Ciricillo SF, Edwards MS, Schmidt KG, et al. Interventional neuroradiological management of vein of Galen malformations in the neonate. *Neurosurgery* 1990; 27: 22-8.
2. Gupta AK, Varma DR. Vein of Galen malformations: review. *Neurol India* 2004; 52: 43-53.
3. Marques RM, Lobão CAF, Sassaki VS, Aguiar LR. Vein of Galen aneurysm in adult. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64: 862-64.
4. Jones BV, Ball WS, Tomsick TA, Millard J, Crone KR. Vein of Galen aneurysmal malformation: diagnosis and treatment of 13 children with extended clinical follow-up. *AJNR* 2002; 23: 1717-24.
5. Lasjaunias P, Ter Brugge K, Ibor LL, et al. The role of dural anomalies in vein of Galen aneurysms: report of six cases and review of the literature. *AJNR* 1987; 8: 185-92.
6. Yasargil MG. *Microneurosurgery IIIB*. New York: Thieme Medical Publishers, 1988.
7. Bhattacharya JJ, Thammaroj J. Vein of Galen malformations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 42-4.
8. Gailloud P, O'Riordan DP, Burger I, et al. Diagnosis and management of vein of Galen aneurysmal malformations. *J Perinatol* 2005; 25: 542-51.
9. Scott WA. *Magnetic resonance imaging of the brain and spine*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Javnozdravstveni značaj depresije – mogućnosti intervencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Public health importance of depression – the possibility of intervention in primary health care

Vojislav Stanojević¹, Čedomirka Stanojević²,
Mile Despotović², Milena Despotović³,
Suzana Milutinović²

Vojislav Stanojević¹, Čedomirka Stanojević²,
Mile Despotović², Milena Despotović³,
Suzana Milutinović²

1. Opšta medicina Zdravstveni centar Zaječar, Srbija

2. Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija, Srbija

3. Fakultet medicinskih nauka Kragujevac

PRIMLJEN 05.12.2015.

PRIHVACEN 02.05.2016.

1. General Practice Health Center Zaječar, Serbia

2. High Medical School of Professional Studies Čuprija, Serbia

3. Faculty of Medical Sciences Kragujevac

RECEIVED 05.12.2015.

ACCEPTED 02.05.2016.

APSTRAKT

Depresija je jedan od najčešćih duševnih poremećaja čiju psihopatološku osnovu čini promena raspoloženja. Karakteriše se nekontrolisanim padom raspoloženja koji utiče na razmišljanje, opažanje, ponašanje, fizičko i socijalno funkcionisanje. U svetu od depresije boluje oko 120 miliona ljudi, a stopa prevalencije iznosi 5-10%. Depresija će 2030. godine, sa udelom od 6,3%, zauzimati prvo mesto u ukupnom opterećenju bolestima. Približno 2/3 osoba koje počine suicid boluju od depresije, dok 15-20% bolesnika sa depresivnim poremećajem okončava život suicidom. Pacijenti sa karcinomima ili preležanim infarktom miokarda praćeni depresijom imaju višu stopu smrtnosti u odnosu na osobe bez depresije. Depresija predstavlja vodeći uzrok invalidnosti među psihičkim bolestima u Evropi, sa godišnjim troškovima od 115 milijardi €. Osobe sa nižim prihodima, stariji od 65 godina, žene, deca i adolescenti čine vulnerable grupe. Lečenje od strane lekara opšte medicine i model psihijatrije u zajednici najbolje zadovoljava potrebe pacijenata sa depresijom. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, lekar orijentisan prema pacijentu kao ličnosti i uticajima porodičnog, profesionalnog i društvenog okruženja na njegovo zdravlje, može postaviti dijagnozu depresije kod 15-25% pacijenata. Međutim, problem nije bilo moguće rešiti samo u ordinacijama opšte medicine ni u mnogo razvijenijim zemljama. U Srbiji samo 39% pacijenata sa depresijom koji se jave psihijatru predhodno kontaktiraju lekara opšte medicine. Nedovoljno ulaganje u mentalno zdravlje, nedostatak vremena, motivacije i obuke lekara, loša komunikacija sa sekundarnim nivoom, nepostojanje centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici su problemi su koji zahtevaju multisektorski pristup.

Ključne reči: depresija; mentalno zdravlje; primarna zdravstvena zaštita; društvena sredina, lekari opšte prakse.

ABSTRACT

Depression is one of the most common mental disorders with psychopathological basis based on mood changes. It is characterized by uncontrolled mood changes which affects thinking, perception, behavior, physical and social functioning. Worldwide, depression affects around 120 million people, with prevalence rate of 5-10%. In 2030, with a share of 6,3%, depression will hold the first place in overall disease burden. Approximately, 2/3 of people committing suicide suffer from depression, while 15-20% of patients with major depressive disorder end their life with suicide. Patients with cancer or myocardial infarction accompanied by depression have higher death rate compared to those without depression. Depression is leading cause of disability among mental health problems in Europe, with an annual cost of 115 billion €. People with lower income, older than 65 years, women, children and adolescents are vulnerable groups. Treatment by doctors of general practice and model of psychiatry in community successfully meets needs of patients with depression. In primary health care, a doctor, oriented towards patient as a person and toward family influences, professional and social environment on his health, can diagnose depression in 15-25% of patients. However, problem could not be solved only within scope of general practice even in the most developed countries. In Serbia, only 39% patients suffering from depression visiting a psychiatrist contacted previously a general practitioner. Insufficient investment in mental health, lack of time, motivation and training of doctors, poor communication with secondary level, lack of mental health centers in community-these are all problems requiring multi-sectoral approach.

Key words: depression, mental health, primary health care, social environment, general practitioners.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Vojislav Stanojević, Ivana Milutinovića 16, 1900 Zaječar, Srbija, Tel: 065/ 25 52 179; E-mail: svojkan@beotel.net

Vojislav Stanojević, Ivana Milutinovića 16, 1900 Zaječar, Serbia, Phone: +381652552179; E-mail: svojkan@beotel.net

UVOD

Depresija je jedan od najčešćih mentalnih poremećaja praćen ogromnom patnjom pacijenta. Opisana još u staroj Grčkoj pod nazivom melankolija, terminološki poreklo vodi od latinske reči 'deprimere' koja označava potišteno duševno stanje, klonulost, teskobu, utučenost i bezvoljnost.^{1,2} U osnovi depresija pripada duševnim poremećajima kod kojih se psihopatološka promena dešava u raspoloženju. Depresija je stanje koje karakteriše izrazit pad raspoloženja koji osoba ne može kontrolisati i koji utiče na njeno razmišljanje, opažanje, ponašanje, telesno i socijalno funkcionisanje. Depresivni bolesnik je potišten (disforija), smanjene energije, interesovanja i osećaja zadovoljstva (anhedonija) i smanjene volje (hipovolucija). Termin depresija ne koristi se samo za depresiju kao specifični dijagnostički entitet, već se njime označava i izolovani simptom na koji se gleda kao na deo normalnog opsega ljudskih emocionalnih reakcija koje mnogi ljudi u određenim periodima svog života doživljavaju, što može dovesti do određenih zabuna.³

JAVNOZDRAVSTVENI ZNAČAJ DEPRESIJE

Depresivni poremećaji predstavljaju veliko opterećenje za društvo. Njihov značaj nije samo u njihovoj učestalosti, već i u dugotrajnosti, povratnom karakteru, povezanosti sa drugim bolestima, pratećim troškovima i posledicama po porodicu i društvo u celini. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) broj obolelih od depresije u svetu nikada nije ispod 120 miliona pri čemu je među njima dvostruko više žena no muškaraca.⁴

Veličina problema

Brojne epidemiološke studije ukazuju da je depresija bolest čija se prevalencija nalazi u porastu. Prema kros-kulturalnoj studiji koju je SZO sproveda u 14 gradova u svetu prevalencija depresije kreće se od 2,6% u Nagasakiju (Japan) do 29,5% u Santjagu (Čile).⁵ Stopa prevalencije depresivnih poremećaja u Evropi i svetu kreće se od 5-10%. Vrednosti u zavisnosti od posmatrane populacije značajno variraju i kreću se od 1,8% (urbana Španija) do 15,01% (urbano Ujedinjeno Kraljevstvo). Celoživotna prevalencija depresije procenjuje se na 18%, a celoživotni rizik od oboljevanja na čak 20-30%.¹

Ozbiljnost problema depresije može se najbolje sagledati uzimanjem u obzir zbirnih pokazatelja. SZO i Svetska banka sprovele su studiju Globalnog opterećenja bolestima, prema čijim je rezultatima depresija, 2000. godine, zauzimala četvrto mesto od 96 najčešćih bolesti sa udelom od 4,4% u ukupnom opterećenju bolestima. Projekcije ukazuju da će

2020. godine sa udelom od 5,7% zauzeti drugo mesto.^{1,4,6} Prema novoj proceni, depresija će 2030. godine sa udelom od 6,3% postati vodeća dijagnostička kategorija u ukupnom opterećenju bolestima.⁷

Pored značajne subjektivne patnje depresija se karakteriše poremećajem društvenog i radnog funkcionisanja i rastućim mortalitetom. Što se fizičkog funkcionisanja tiče depresivni pacijenti imaju skor od 77,6% (u odnosu na normalu) što je lošije od pacijenata sa dijabetesom i arterijskom hipertenzijom (79-88,1%). Depresivni pacijenti gube, u proseku 8 dana mesečno zbog nesposobnosti, u poređenju sa 2 dana kod nepsihijatrijskih pacijenata.⁶ Utvrđeno je da depresija četverostruko povećava mortalitet u poređenju sa opštom populacijom. U opštoj populaciji suicid je zastupljen sa 0,9% kao uzrok smrti. Smatra se da 21% pacijenata sa rekurentnom depresijom pokušava suicid.⁶ Približno 2/3 osoba koje počinu suicid boluju od depresije, dok 15-20% bolesnika sa depresivnim poremećajem završava život suicidom.⁵

Depresija kao faktor rizika za razvoj komorbiditeta i porast mortaliteta

Povezanost depresije sa drugim poremećajima je mnogostruka. Depresija predstavlja faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti i karcinoma. Smatra se da osobe koje boluju od hroničnih bolesti (dijabetes, bolesti srca, terminalni stadijumi malignih bolesti) imaju znatno veće šanse za razvoj depresije. Istovremenim postojanjem, depresija i druge bolesti se recipročno pogoršavaju čineći lečenje komplikovanim, dužim, neizvesnijim i skupljim.⁵ Pacijenti sa preležanim infarktom miokarda koji pate od depresije imaju 4-8 puta veću stopu smrtnosti u odnosu na pacijente bez depresije. Takođe, pacijenti sa karcinomima i depresijom imaju veći rizik od smrtnosti i veći broj dana bolničkog lečenja.⁶ Depresivna simptomatologija javlja se kod 30% obolelih od dijabetesa i praćena je lošom kontrolom bolesti, lošijim ishodima i većim troškovima lečenja.⁴

Depresija kao ekonomski teret.

Depresija ima i značajne društvene i ekonomske posledice. Prema podacima iz 2000. godine ukupni godišnji troškovi depresije u SAD iznosili su čak 81 milijardu \$. Troškovi godišnje cene depresije u Evropi za 2004. godinu procenjeni su na 118 milijardi €, odnosno 253 € po stanovniku a sastoje se od: vanbolničke nege (22 milijarde €), lekova (9 milijardi €), hospitalizacije (10 milijardi €) i indirektnih troškova usled morbiditeta i mortaliteta (76 milijardi €). Troškovi depresije iznose 1% evropskog BNP.⁹ Osobe sa depresijom gube 5,6 sati produktivnog radnog

vremena nedeljno u poređenju sa 1,6 časova radnika koji nisu depresivni. Na godišnjem nivou ovo rezultuje gubitkom od 235 miliona radnih dana i padom produktivnosti čiji je ekvivalent 36,6 milijardi \$. U više evropskih zemalja, tokom proteklih 20 godina, u porastu je broj osoba sa invalidskom penzijom zbog depresije¹. Studija sprovedena u Bosni i Hercegovini u periodu 2005-2006. godina sa osobama obrađenim za ocenu radne sposobnosti pokazala je da među psihičkim oboljenjima depresija predstavlja vodeći uzrok invalidnosti I. i III. Kategorije.¹⁰

Depresija i opterećenost porodice

Uticaj depresije na porodicu kreće se od ekonomskih, do emocionalnih i socijalnih problema. Veoma često porodice se žale na doživljaj društvene izolacije i stigmatizacije. Oni bivaju odbačeni od prijatelja, rođaka, komšija, ali i zajednice u celini. Kao posledica dolazi do bračne disfunkcionalnosti, napetosti, ljutnje, odbijanja i pojave psiholoških problema i simptoma kod drugih članova porodice.¹⁰⁻¹²

Socioekonomski razvoj društva i depresija

Socioekonomski razvoj i mentalno zdravlje društva nalaze se u suštinskoj povezanosti, jer socioekonomski i psihosocijalni faktori (siromaštvo, nezaposlenost, nesigurnost, marginalizacija, nejednakost) u najvećoj meri definišu zdravlje stanovništva. Broj osoba izložen negativnim socioekonomskim i psihosocijalnim faktorima u stalnom je porastu.¹³

Depresija je 1,5 do 2 puta češća u društvenim grupama sa nižim prihodima.¹² Nalazi većeg broja istraživanja sugerišu da finansijski problemi i siromaštvo predstavljaju kritični medijator odnosa nezaposlenosti i depresije.¹⁴ Niski prihodi dovode do brige za budućnost i finansijskog stresa koji mogu dovesti do depresije. Oni takođe mogu rezultovati i drugim hroničnim bolestima koje snižavaju radnu sposobnost predisponirajući takve osobe za depresiju.¹⁵

Depresija i vulnerabilne grupe

Starije osobe

Socioekonomske okolnosti koje starost skoro neminovno sa sobom nosi (finansijski problemi, gubitak samostalnosti, osećaj beskorisnosti, gubitak voljene osobe, samoća i nedostatak emocionalne podrške porodice) važni su predisponirajući faktori za nastanak depresije.¹⁶ To, uz permanentno starenje svetske populacije čini depresiju važnim javnozdravstvenim problemom. U SAD približno 15% starijih od 65 godina boluje od nekog depresivnog poremećaja što iznosi oko 6 miliona osoba. Ovaj broj je verovatno i veći,

jer stariji pacijenti često, prilikom poseta lekaru, prenebegavaju simptome depresije, smatrajući ih normalnom pojavom starosti, i žale se na somatske tegobe.¹⁶ Među osobama starijim od 65 godina postoji značajna korelacija između depresije i rizika od rekurentnih padova. Ovaj podatak je od posebne važnosti, jer su padovi u starijoj populaciji relevantan javnozdravstveni problem.⁶

Deca i adolescenti

Novije studije pokazuju tendenciju pomeranja prvih simptoma depresije prema sve mlađim dobnim grupama. Noviji podaci ukazuju da oko 12% adolescenata i 3% dece doživljava simptome depresije pri čemu je učestalost depresije do puberteta među polovima jednaka, dok je nakon puberteta kod devojaka dvostruko veća.¹⁷ Rizik od depresije povezan je sa društvenim, interpersonalnim i porodičnim kontekstom u kome deca žive i oni mogu imati značajan uticaj na razvoj depresije kod mladih osoba (loš socioekonomski status, porodični konflikti, prerana smrt roditelja, psihijatrijske bolesti i nasilje u porodici). Iskrivljeno viđenje sebe i sveta, karakteristično za ovaj uzrast, kao i neadekvatni mehanizmi suočavanja sa problemima rezultovace depresijom kod deteta u kontekstu negativnih životnih događaja.^{3,17} Problem kod dece i adolescenata usložnjava se visokim stepenom psihijatrijskih komorbiditeta (40-70%) gde pre svega spadaju poremećaji povezani sa zloupotrebom sredstava koja stvaraju zavisnost. Oni povećavaju rizik od suicida, smanjuju odgovor na tretman i povećavaju rizik od drugih medicinskih problema. 3 Uprkos tome više od 90% zemalja politikom mentalnog zdravlja ne obuhvata decu i adolescente.¹⁸

Osobe ženskog pola

Bilo bi nedopustivo površno prihvatiti kao prostu činjenicu podatak da je depresija kod žena dva puta češća nego kod muškaraca, a ne zapitati se čime je to savremena žena do te mere opterećena da je put u depresiju skoro izvestan.² Čak i u društvima sa visokom jednakosti, žene još uvek nemaju jednake mogućnosti, još uvek postoji polna nejednakost i žene su, mnogo više od muškaraca, prinuđene da usklađuju karijeru sa kućnim obavezama što ih čini vulnerabilnijim prema stresu.¹⁵ Nasilje nad ženama predstavlja osnovni problem socijalnog i opšteg zdravlja, pogađa žene svih godina, kulturoloških sredina i imovnog stanja i jedan je od predisponirajućih faktora za nastanak depresije.¹⁸ Prevalenca postpartalne depresije iznosi 10-20%, a smatra se da su hormonalni psihološki i društveni faktori u perinatalnom periodu povezani sa njenim nastankom.¹⁹

MOGUĆNOSTI INTERVENCIJE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTI

Preporuka SZO je da dijagnostika i terapija depresije na nivou primarne zdravstvene zaštite bude prvi korak kojim bi veliki broj osoba brže i lakše ušao u zdravstveni sistem, jer najveći broj ljudi na tom nivou traži pomoć.⁵ Preporučuje se lečenje od strane lekara porodične medicine i organizacija psihijatrijske službe po modelu psihijatrije u zajednici koji najbolje zadovoljava potrebe pacijenata sa depresijom i mentalnim poremećajima uopšte. Ovaj model podrazumeva zatvaranje velikih psihijatrijskih bolnica koje funkcionišu kao azili i kreiranje alternativa u zajednici (psihijatrijska odeljenja pri opštim bolnicama sa najviše 15 postelja, centri za mentalno zdravlje u zajednici koji koordiniraju i povezuju profesionalce za mentalno zdravlje i društvene ustanove, mobilni timovi za kućno lečenje, partnerstvo sa onima koji vode brigu o pacijentima i zadovoljavanju njihovih potreba).¹⁸ Na takav način bi se mogli ostvariti važni ciljevi kao što je smanjenje stigme o mentalnim poremećajima i diskriminacije povezane sa psihičkom bolešću koja negativno utiče na traženje pomoći i otežava integraciju obolelih u zajednicu.²⁰

Zašto primarna zdravstvena zaštita?

Lekar opšte medicine je u svim zdravstvenim sistemima osoba koja se prva sreće sa pacijentom i njegovim problemima.²¹ Depresija je, posle arterijske hipertenzije, drugo najčešće oboljenje sa kojim se praksa opšte medicine susreće i smatra se da se kod 15-25% pacijenata koji se obraćaju lekarima opšte medicine može postaviti dijagnoza depresije.^{6,20} U svojoj svakodnevnoj praksi lekar opšte medicine ne rešava samo zdravstvene probleme svojih pacijenata već se uključuje u rešavanje i svih problema povezanih sa zdravljem. Upravljanje stresom i kriznim stanjima pacijenata i ponovno uspostavljanje njihovih narušenih mehanizama suočavanja važni su zadaci lekara opšte medicine u tretmanu depresivnih pacijenata. Za razliku od rada u bolničkom sektoru gde je lekar najčešće orijentisan prema bolesniku i bolesti, lekar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti usmeren je prema pacijentu kao ličnosti.²²

Poseban aspekt upravljanja depresijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odnosi se na nezdrave životne stilove i ponašanja povezana sa depresijom, koji nekada mogu biti i najupadljivija manifestacija depresivnog poremećaja. 6 To ukazuje da evidentirani psihološki simptomi depresije predstavljaju samo vrh ledenog brega, jer tu nisu obuhvaćene glavobolje, uporni bolovi bez organskog substrata, različiti oblici zavisnosti (nikotin, alkohol, psihoaktivne substance), seksualni poremećaji i psihosomatika (ulkus, refluksna bolest, kolitis, astma i dr.).²² Na svu složenost prepozna-

vanja depresivnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukazuju i nedoumice da li skrining na depresiju treba da bude usvojen i rutinski primenjivan u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.⁶ Radna grupa preventivnih službi SAD (United States Preventive Services Task Force) preporučila je 2002. godine rutinski skrining na depresiju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti samo u slučaju postojanja kolaborativnih programa za dijagnostikovanje lečenja i praćenje.^{6,23} Međutim, 2013. godine Kanadska radna grupa za preventivnu zdravstvenu zaštitu (Canadian task Force on Preventive Health Care) iznosi podatak da je na nivou primarne zdravstvene zaštite broj lažno pozitivnih rezultata skrininga mnogo veći od broja nedijagnostikovanih ili korektno dijagnostikovanih slučajeva kojih je samo 10-20%.^{23,24}

Problemi i ograničenja

Rezultati, na žalost, pokazuju da su i bogate zemlje kao i siromašnije sa slabo razvijenom primarnom zdravstvenom zaštitom daleko od postizanja cilja integracije mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu.¹⁹ Očigledno je da problem nije moguće rešiti isključivo u ordinaciji opšte medicine i da bez partnerstva i saradnje sa stručnjacima različitih profila, pojedincima i ustanovama iz lokalne i šire društvene zajednice lekar opšte medicine ostaje usamljen i bespomoćan u svojoj ordinaciji.²¹ Nedostaci bi se mogli sumirati kao: nedovoljno ulaganje u mentalno zdravlje; deficit radne snage (ne postojanje specijalista za mentalno zdravlje); nedovoljno obučeno osoblje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za primenu metode 'lekar kao lek' (primena psiholoških metoda savetovanja i uspostavljanje terapijskog odnosa lekar pacijent); nedostatak vremena i motivacije lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za dijagnostiku i lečenje mentalnih poremećaja; nedovoljna decentralizacija psihijatrijskih službi, neadekvatne ili lošeg kvaliteta službe za mentalno zdravlje u zajednici i loša komunikacija između primarne zdravstvene zaštite i društvene zajednice.^{19,20}

Stanje u Srbiji

U Srbiji se relativno mali broj pacijenata sa mentalnim problemima leči na nivou primarne zdravstvene zaštite, odnosno samo 39% pacijenata koji dođu kod psihijatra pre toga kontaktiraju lekara opšte medicine.²⁵ Znanja lekara iz primarne zdravstvene zaštite o prevenciji i lečenju mentalnih poremećaja nedovoljna su, a komunikacija sa sekundarnim nivoom i ustanovama socijalne zaštite neadekvatna je ili ne postoji. 26 Nacionalni budžet namenjen mentalnom zdravlju je nedovoljan, a finansiranje je još uvek zasnovano na broju bolničkih dana i usluga dok prevencija i unapređenje mentalnog zdravlja nisu adekvatno podržani.^{25,26} U organizacionom smislu potrebno je formirati centre za zaštitu mentalnog zdravlja koji bi po teritorijalnom principu

pružali sveukupnu zaštitu mentalnog zdravlja stanovništvu. U okviru centara potrebno je oformiti timove za pomoć vulnerabilnim grupama, a posebno deci i mladima kroz savetvališta izvan zdravstvenih ustanova, u školama i internatima.²⁶ U Srbiji nema zaštićenih stanova za ovu kategoriju bolesnika, a sistemski nije rešeno ni zapošljavanje bolesnika da bi se začarani krug nezaposlenost-siromaštvo- depresija prekinuo.²⁵

ZAKLJUČAK

Medicinski, psihološki, društveni i ekonomski uzroci depresije ukazuju na multi faktoriјelnu etiologiju ovog stanja. Zato je potreban multisektorski, holistički prilaz sa kombinacijom farmakoterapije, psihoterapije i psihosocijalne rehabilitacije, jer je čisto medicinski i psihijatrijski pristup depresiji restriktivan i neefikasan. Formiranje centara za zaštitu mentalnog zdravlja pomoglo bi pojedincima da poboljšaju kontrolu nad sopstvenim životom kroz razvoj zdravih mehanizama za prevladavanje životnih poteškoća. Napore za njihovo eliminisanje socioekonomskih i psihosocijalnih faktora ne treba posmatrati kao finansijski teret, već kao zdravu i dugoročno isplativu investiciju. Integracija mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu ne sme da bude samo puko usklađivanje sa preporukama, već suštinski proces kome mora predhoditi edukacija kadrova iz komunikacijskih veština i psihološkog savetovanja. U protivnom upravljanje depresijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti svešće se samo na „skretnicu“ ka psihijatriji ili na pribegavanje medikaciji kao jedinom mogućem rešenju što je najčešće neodgovarajuće. Ako su stanovnici Belgijskog grada Gil još u XIII veku mogli da shvate prednosti zaštićenih stanova, privilegovanih hraniteljskih porodica i zapošljavanja u zaštićenim radionicama osoba sa mentalnim poremećajima, utoliko lakše bi to trebalo da shvati naše savremeno društvo. Napuštanje neuspešnih strategija i mudro, multisektorsko upravljanje depresijom u populaciji, moglo bi da retoriku o boljem mentalnom zdravlju konvertuje u realnost.

LITERATURA

1. Hrabak-Žerjavić V, Silobričić-Radić M, Folnegović-Šmalc M, Mimica N. Javnozdravstveno značenje depresivnih poremećaja. *Medicus* 2004; 13: 11-7.
2. Dodig G. Je li pred nama stoleće depresije? *Medicus* 2004; 13: 7-9.
3. Rudan V, Tomac A. Depresija u djece i adolescenata. *Medicus* 2009; 18: 173-9.
4. Stanković Ž, Nikolić-Baloski G, Leposavić Lj, Popović Lj. Percepcija kvaliteta života i socijalne prilagođenosti bolesnika sa rekurentnom depresijom. *Srp Arh Celok Lek* 2006; 134: 369-74.
5. Stojanović-Špehar S, Skočilić A, Blažeković-Milaković S, Vuković H, Kumbrija S. Depression and comorbidity in family medicine registrars'surgeries-pilot research. *Med Jad* 2007; 37: 5-14.
6. Cassano P, Maurizio F. Depression and public health: An overview. *J Psychosom Res* 2002; 53: 849-57.
7. Silobričić Radić M. Mentalno zdravlje. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2011; 28: 292-6.
8. McLaughlin KA. The public impact of major depression: a call for interdisciplinary prevention efforts. *Prev Sci* 2011; 12: 361-71.
9. Novaković T. Farmakoeкономski aspekt terapije depresije i anksioznih poremećaja. *Arh Farm* 2007; 57: 126-39.
10. Novaković M, Milovanović A, Jakovljević B, Milovanović S, Babić D, Pejanović N. Uticaj psihičkih oboljenja na ocenu radne sposobnosti. *Vojnosant Pregl* 2007; 64: 733-7.
11. Draganić-Gajić S. Kvalitet života porodica depresivnih osoba. *Psihijat Dan* 2005; 37(Suppl 1): S131-S137.
12. Jevtić M, Popović M, Bibić Ž. Ulaganje u mentalno zdravlje. *Eskulap* 2008; 3: 114-21.
13. Backović D. Mentalno zdravlje i mentalna higijena između dva milenijuma. *Med Pregl* 2010; 63: 833-8.
14. Marić Z. Mentalno zdravlje i nezaposlenost: Predikcija simptoma depresije kod nezaposlenih. *Psihologija* 2005; 38: 5-17.
15. Lejtzén N, Sundquist J, Sundquist K, Yinjun L. Depression and anxiety in Swedish primary health care: Prevalence, incidence and risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014; 264: 235-45.
16. Šilje M, Sindik J. Uzroci i faktori rizika depresije kod starijih osoba. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2013; 34: 186-91.
17. Kumbrija S, Marđetko M, Majer M, Vuković H, Blažeković-Milaković S, Stojanović-Špehar S. Identifying and treating adolescent mental health problems in primary health care. *Med Jad* 2010; 40: 33-8.
18. World Health Organization. The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001. (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
19. Agapidaki E, Souliotis K, Jackson SF, Benetou V, Christogiorgos S, Dimitrakaki C et al. Pediatricians' and health visitors' views towards detection and management of maternal depression in the context of a weak primary health care system: A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2014; 14:108. (doi: 10.1186/1471-244X-14-108).
20. Štrkalj-Ivezić S, Jukić V, Hotujac Lj, Kušan-Jukić M, Tikvica A. Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. *Liječ Vjesn* 2010; 132: 38-42.
21. Čabak B. Lekar opšte medicine u multidisciplinarnom pristupu. *Psihijat Dan* 2005; 37(Suppl 1): S149-S152.
22. Stojanović-Špehar S, Blažeković-Milaković S, Kumbrija S, i sar. Anksiozni bolesnik u obiteljskoj medicine-Balintov pristup. *Medix* 2007; 71: 111-4.
23. Thombs BD, Ziegelstein RC. Depression screening in primary care: why the Canadian Task Force on Preventive Health Care did the right thing. *Can J Psychiatry* 2013; 58: 692-6.
24. Christiansen KS, Sokolowski I, Olesen F. Case-finding, and risk-group screening for depression in primary health care. *Scand J Prim health Care* 2011; 29: 80-4.
25. Lečić-Toševski D, Ćurčić V, Grbeša G, Išpanović-Radojković V, Jović V, Kokora G i sar. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji-izazovi i rešenja. *Psihijat Dan* 2005; 37(Suppl 1): S9-S15.
26. Backović D. Mentalna higijena: ideja i praksa u Srbiji. *Srp Arh Celok Lek* 2010; 138: 526-31.

Prilog novijoj istoriji medicine Sombora i Tuzle - uticaj medicinskog fakulteta na publikovanje

Contribution to the recent history of medicine of Sombor and Tuzla – the effect of a medical school on publishing

Rajko Igić

Institut za anesteziologiju i terapiju bola, Bolnica "Stroger" Okruga Kuk, Čikago, Sjedinjene Američke države

PRIMLJEN 12.01.2016.

PRIHVACEN 19.06.2016.

Rajko Igic

Department of Anesthesiology and Pain Management, Stroger Hospital of Cook County, Chicago, United States of America

RECEIVED 12.01.2016.

ACCEPTED 19.06.2016.

APSTRAKT

Rad upoređuje broj publikacija objavljenih u indeksiranim časopisima (Medline/PubMed) autora iz dva grada, Tuzle i Sombora, polovinom dvadesetog veka približno iste veličine, radi procene uticaj novostanovnog fakulteta na naučno-stručno istraživanje. Danas u Somboru postoji samo Pedagoški fakultet (u sastavu Univerziteta u Novom Sadu) i u ovom prikazu taj grad je poslužio kao svojevrsna kontrola. Od 1977-1979. godine broj publikovanih radova u indeksiranim časopisima iz Sombora i iz Tuzle bio je veoma nizak (najviše 3 rada godišnje). Od 2009-2014. godine iz Sombora je broj publikacija i nadalje ostao nizak (0-4 rada godišnje), a iz Tuzle je u istom periodu publikovano po 65-98 radova godišnje. Ovaj veliki porast broja publikacija rezultat je pogodnog univerzitetskog miljea: velike obuhvaćenosti lekara i drugih stručnjaka postdiplomskim studijama, značajnom razmenom stručnjaka s fakultetima u zemlji i inostranstvu i prilivom finansijskih sredstava za obrazovanje studenata i za naučna istraživanja. Sombor nema odgovarajuće istraživačke podsticaje, niti se u njemu vrednuje napor istraživača. Povremeni pokušaji da se istraživanja u Somboru podstaknu nisu dovela do uspeha. I dalje lekari prikazuju gotovo svoja mnogobrojna saopštenja samo na simpozijumima, kongresima i predavanjima, a uprava Medicinskog centra ne stimuliše odlazak lekara na postdiplomske i doktorske studije ili na kraće usavršavanje u istraživačkim centrima. U ovom članku iznose se detalji o radu postdiplomskih studija na Medicinskom fakultetu u Tuzli, pominje se ideja iz 1960-ih o osnivanju medicinskog fakulteta u Somboru i ukazuje na mogućnost da veće zdravstvene ustanove pomognu zaposlenom lekaru kako bi od svojih opservacija i rezultata ispitivanja priredio rukopis za časopis.

Ključne reči: lekari; izdavaštvo; serijske publikacije kao tema; fakultet, medicinski; bolnice, opšte.

ABSTRACT

Paper compares numbers of publications published in indexed journals by authors from two cities, Tuzla and Sombor, approximately the same size during half of XX century, in order to determine how a newly opened medical school influences scientific research. Today, in Sombor only Faculty of Pedagogy exists (a part of Novi Sad University). From 1977-1979. number of publications from both cities was very low (only 2-4). Thirty years later, from 2009-2014. number of papers from Tuzla increased many fold (65-98 papers/year), while from Sombor remained low (0-4 papers/year) over the same period. Factors contributing to this phenomenon include: university environment, participation of most medical doctors in postgraduate research programs, exchange programs with other medical schools, both local and abroad, and significant financial support for medical students and research grants. Sombor enjoys no such financial support, and various temporary stimuli have failed to influence research and publishing significantly. Sombor doctors continue to present their observations and data at various meetings, but do not submit manuscripts to medical journals. Furthermore, the Sombor hospital administration does not support participation of physicians in graduate programs or doctoral studies. The rising number of published papers in Tuzla indicates that a larger medical center or hospital may not only inspire original research but may also guide busy physicians through process of publishing their manuscripts in medical journals. In this paper, details of postgraduate education at Medical School Tuzla are elaborated, and the idea of opening medical school in Sombor, first mentioned in the 1960s, is reiterated.

Key words: physicians; publishing; periodicals as topic; faculty, medical; hospitals, general.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Rajko Igić, Department of Anesthesiology and Pain Management, John Stroger Hospital of Cook County, Chicago, IL 60612, USA, Tel: +1(312)864-4632, E-mail: r.igic@excite.com

Rajko Igic, Department of Anesthesiology and Pain Management, John Stroger Hospital of Cook County, Chicago, IL 60612, USA, Phone: +1(312)864-4632, E-mail: r.igic@excite.com

UVOD

Sombor je od 1749. godine, pa tokom skoro dva veka bio važan vojvođanski grad koji je predvodio kulturni, obrazovni i umetnički razvoj ovog regiona Austrije, Austrougarske i Jugoslavije. Polovinom 18. veka, Sombor je sa 22.886 stanovnika bio drugi grad po broju stanovnika na području bivše Jugoslavije, odmah iza Bitolja, a ispred Beograda, Zagreba, Osijeka i Novog Sada. U njemu su se svojevremeno školovali mnogi poznati srpski stvaraoci sa teritorije Vojvodine, ali i iz udaljenijih krajeva. Kada je Novi Sad posle Prvog svetskog rata preuzeo ulogu predvodnika ekonomskog razvoja ovog regiona, a pogotovo nakon Drugog svetskog rata i ratova koji su doveli do raspada Jugoslavije, Sombor se našao na periferiji Srbije (odvojen ne samo od Mađarske, nego i od Baranje i Hrvatske) i otpočele su njegova ekonomska stagnacija i nazadovanje. To je izazvalo posledice po obrazovanje i kulturu tog nekadašnjeg Pijemonta srpskog školstva.

Somborsko zdravstvo je od druge polovine 18. veka i izgradnje bolnice beležilo vidan napredak.^{1,2} Velik uspeh postignut je i u prihvatanju i lečenju 6.000 ranjenika Batsinske bitke. Razvijene su moderne bolničke i vanbolničke službe i porastao je broj lekara u gradu. U Somboru su između 1954. i 2014. godine zvanje primarijusa dobila 53 lekara.³

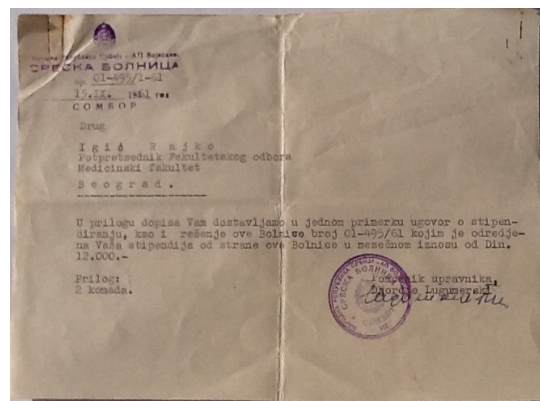
Teškoće s kojima se zdravstvo Sombora susretalo tokom Drugog svetskog rata i u ranim godinama posleratnog perioda ponovile su se na manjoj skali i 1991. godine prilikom oružanih sukoba u Baranji i Slavoniji, a posebno u toku NATO bombardovanja i nestašice u ekonomskoj krizi koja od tada prati Srbiju. Osim toga, poslednjih desetak godina ubrzava se odliv mladih lekara-specijalista u inostranstvo. To je problem s kojim se danas susreće cela Srbija. Kvalitet rada u društvenim zdravstvenim ustanovama Sombora poslednjih godina stagnira, ali ne samo u somborskoj bolnici, pošto mnogi lekari rade u društvenim i privatnim medicinskim ustanovama.³

U Somboru postoji samo jedna visokoškolska ustanova (Pedagoški fakultet) s nekoliko smerova, a grad je šezdesetih godina prošlog veka imao mogućnost da se u njemu osnuje medicinski fakultet. Ideji o osnivanju fakulteta prišlo se sporo i neodlučno i tako je izgubljena mogućnost da se zdravstvo u gradu podigne na viši nivo, a i vremenom osnuje univerzitet. Pošto sam upoznat s tom idejom, odlučio sam da sagledam šta se time izgubilo za razvoj zdravstva i medicinskih istraživanja. Da bih to postigao, opširnije ću izneti podatke o efektima Medicinskog fakulteta u Tuzli, koji je osnovan deset godina nakon pokušaja da se položi temelji medicinskom fakultetu u Somboru. Medicinski fakultet u Tuzli uzimam za primer jer sam na tom fakultetu bio nastavnik skoro petnaest godina. Osim toga, ovde navodim

povremene podsticaje za naučnoistraživačku delatnost somborskih lekara i opravdanost da se u Somboru razvije visoko školstvo. Razlog za izbor Sombora je razumljiv: u Somboru sam završio gimnaziju, bio sam stipendista bolnice i u njoj sam počeo da radim kao lekar.

Stipendista i lekar u Somborskoj bolnici

U toku dve završne godine studija medicine u Beogradu bio sam stipendista Sreske bolnice u Somboru (Slika 1), a od marta 1963. godine počeo sam lekarski staž u toj bolnici. Deset meseci sam radio na infektivnom i trijažnom odeljenju, kojim je rukovodio upravnik bolnice dr Đorđe Lazić (1908–1990). Dr Lazić je bio infektolog, hirurg i internista, izvrstan lekar, humanista, pedagog i organizator zdravstvene službe. Kada su ga, s tek osnovanog Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, pozivali da pređe u Novi Sad, on je tu ponudu a priori odbio. Sa njim sam u više navrata razmatrao njegovu ideju da se u Somboru osnuje medicinski fakultet. Zdravstvo je ranih šezdesetih godina, prema dr Laziću, posedovalo novca u izobilju; zato se razmišljalo kako bi bio realizovan taj veliki zadatak.



Slika 1. Obaveštenje sreske bolnice u Somboru. Odluku da sam postao stipendista somborske bolnice, primio sam u Beogradu, 1961. godine.

Baš u to vreme stigao je dopis iz Sarajeva da se na Medicinskom fakultetu osnivaju dva smera postdiplomskih studija. Sarajevski medicinski fakultet bio je među prvima u zemlji koji je, na osnovu novog zakona o univerzitetskoj edukaciji, uveo postdiplomske studije (treći stepen studija). Imajući u vidu želju somborske bolnice da se usmerim na neku od pretkliničkih disciplina kako bih kasnije, eventualno, bio organizator i rukovodilac pretkliničkih predmeta na novoosnovanom medicinskom fakultetu, prihvatio sam taj predlog. Dr Lazić bi, prema toj zamisli, s ostalim načelnicima odeljena bolnice, otpočeo pripreme za osnivanje klinika i zavoda.

Propuštena prilika

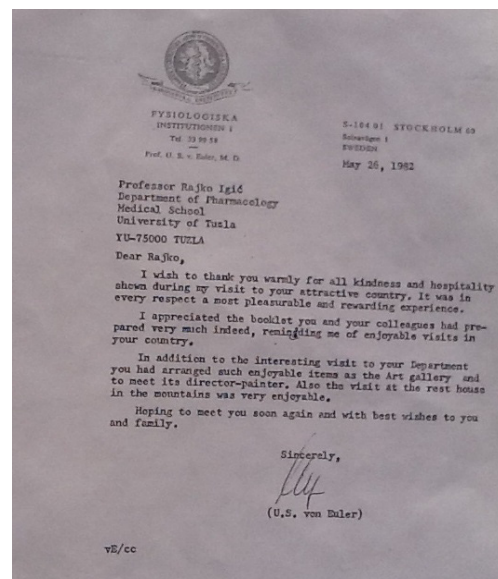
U Sarajevu sam se upisao na smer Uvođenje u naučnoistraživački rad, kojim je rukovodio akademik Pavel

Štern. Dva semestra smo svakodnevno slušali engleski jezik, a ostali predmeti su se smenjivali. Predavači su bili profesori iz Sarajeva, Beograda i Zagreba, a svi su ispiti polagani pred tročlanom komisijom. Istraživanja sam radio iz oblasti farmakologije i fiziologije i odbranio magistarski rad. Nažalost, uprava bolnice mi je tada saopštila da je zdravstvo u zemlji u finansijskoj krizi i da nema uslova za osnivanje još jednog medicinskog fakulteta u Vojvodini. Tako je nakon dve-tri godine čekanja propala ideja da se priđe osnivanju fakulteta u Somboru. Rečeno mi je da nemam obaveza prema bolnici i da, ako želim, mogu da pređem s poslom na Medicinski fakultet u Sarajevo. To sam i uradio. Početkom 1970. godine sam odbranio doktorsku disertaciju, a zatim proveo dve godine na postdoktorskom usavršavanju iz biohemijske farmakologije u SAD kod profesora Ervina G. Erdösa. Po povratku u Sarajevo izabran sam u zvanje docenta na predmetu farmakologija s toksikologijom, a nekoliko godina docnije za vanrednog profesora na Medicinskom fakultetu u Tuzli. Više godina bio sam i gostujući profesor na Medicinskom fakultetu u Banjoj Luci. Tako sam radio u Bosni, umesto da učestvujem u osnivanju medicinskog fakulteta u Somboru – gradu koji me je stipendirao tokom studija i finansirao moj boravak na postdiplomskim studijama u Sarajevu. Kada je počeo rat koji je doveo do raspada Jugoslavije, napustio sam Bosnu i jedno vreme boravio u Somboru. U to vreme izabran sam za redovnog profesora na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu, odakle sam, dve godine kasnije, otišao u invalidsku penziju.

Postdiplomske studije na Medicinskom fakultetu u Tuzli

Prvobitnu ideju rukovodstva tek osnovanog Medicinskog fakulteta u Tuzli da se svake godine po jedan lekar uputi na postdiplomske studije u Sarajevo, Beograd i Zagreb uspeo sam (kao novoizabrani prodekan za nastavu i nauku) da zamenim svojim predlogom da se u Tuzli osnuju postdiplomske studije. Predočavao sam da je efikasnije da predavači sa strane dolaze u Tuzlu i da se u svaku generaciju upiše oko 20 postdiplomaca. Tako će se, prema tom planu, daleko brže formirati neophodno jezgro istraživača na svim zavodima i klinikama. Nastavnici za postdiplomce u Tuzli bili su profesori iz Tuzle (5), Sarajeva (15), Beograda (21), Zagreba (21), Ljubljane (17), Novog Sada (2), Skoplja (1), Splita (1) i Banje Luke (1). Osim njih, u Tuzlu su dolazili gostujući predavači iz inostranstva (Mađarska, SAD, Japan, Holandija, Nemačka, Švedska itd.); bilo ih je ukupno 19, a među njima bio je i nobelovac iz Švedske Ulf Svante von Euler. Von Euler je u to vreme bio predsednik komisije za dodelu Nobelove nagrade za fiziologiju ili medicinu, a tu je nagradu ranije, 1970. godine, primio za otkriće da je noradrenalin neurotransmiter (on je takođe otkrio supstancu P i prostaglandine). Von Euler je tri puta posetio Jugoslaviju: najpre

Sarajevo (Prvi internacionalni simpozijum o supstanci P), zatim Beograd (Kongres farmakologa i fiziologa Jugoslavije) i na kraju Tuzlu.⁴



Slika 2. Pismo U.S. von Eulera iz 1983. godine. Profesor von Euler se rado odazvao pozivu da bude gost Medicinskog fakulteta u Tuzli i predavač postdiplomcima. On je i ranije podsticao razvoj nauke u Jugoslaviji. Hteo je, s drugim akademikima u Švedskoj akademiji nauka, da nam pomogne da se u Tuzli izgradi međunarodni centar za medicinska istraživanja. Nažalost, smrt ga je sprečila da taj projekat realizuje.

Važniji predmeti na postdiplomskim studijama u Tuzli bili su: engleski jezik (dva semestra, a predavači su bila dva profesora iz Tuzle i lektori iz Amerike, koje nam je tri puta, na dve godine, besplatno slala Komisija za Fulbrajtvov program iz Beograda), molekularna biologija ćelije (dva semestra; predavači su bili prof. dr A. Nakaš i prof. dr A. Jamakosmanović, fiziolozi iz Sarajeva; prof. dr M. Proštenik, biohemičar iz Zagreba i profesori Lj. Berberović i B. Plavšić, biolozi iz Sarajeva), odabrana medicinska istraživanja (četiri semestra), matematika i statistika (jedan semestar), opšta metodologija istraživačkog rada (jedan semestar), medicinsko pisanje I i II (ukupno dva semestra) i izrada projekta za magistarski rad (jedan semestar). Nastava je izvođena petkom i subotom, a povremeno i drugim danima u nedelji. Najvažniji predmet bila je biologija ćelije. Za taj predmet smo koristili knjigu *Cell and molecular biology* (autor je E. De Robertis). Predmet matematika i statistika je predavan prema knjizi *Mathematics and statistics* (autori su L. Sanders i R. Fleming), a za medicinsko pisanje sam najpre objavio skripte, a potom knjigu *Kako se pišu medicinska naučna saopštenja*.⁵ Deo nastave za postdiplomce izvođen je i tokom jednonedeljnog boravka u Segedinu, Mađarska. Te su se posete odvijale čim njihovi studenti na kraju godine napuste studentski dom, tako da su naši postdiplomci dobijali besplatan smeštaj, a hranu im je obezbeđivala bolnička kuhinja. Mađarski profesori, lekari i studenti su dolazili u višednevne

posete Medicinskom fakultetu u Tuzli. Ova intenzivna višegodišnja saradnja je uspostavljena zahvaljujući rektoru (akademik G. Petri) i prorektoru (profesor L. Szekeres, farmakolog) Albert Szent-Gyorgy Medicinskog univerziteta u Segedinu. Dva univerziteta (Tuzla i Segedin) kasnije su potpisala ugovor o saradnji koja se godinama nesmetano odvijala. Sličan ugovor je potpisan sa univerzitetom Matsumoto, Japan. Zato su dva profesora iz Japana bili predavači u Tuzli, a naša dva mlada lekara (jedan iz Tuzle, drugi iz Banje Luke) boravili su po dve godine u Matsumotu na Institutu za farmakologiju njihovog Medicinskog fakulteta, kojim je rukovodio profesor Shigetoshi Chiba, dekan tog fakulteta. Dr Chiba je jednom prilikom posetio Tuzlu i Sombor; gde je za postdiplomce i lekare održao predavanja.

Publikovanje u indeksiranim (Medline/Pubmed) časopisima

Značajan kriterijum za procenu napretka medicine u nekoj sredini predstavlja broj publikacija koje lekari i stručnjaci drugih biomedicinskih disciplina objavljuju u naučnim časopisima. Da bi se procenilo koliko je osnivanje medicinskog fakulteta i postdiplomske studije u Tuzli doprinelo povećanju broja publikacija u časopisima indeksiranim u bazi podataka PubMed, služi podatak da je 57 postdiplomaca pre magistriranja publikovalo 14 radova, a nakon magistriranja čak 530 radova u indeksiranim časopisima.⁶

Ideja dekana Medicinskog fakulteta u Novom Sadu

Prof. dr Svirčević, dekan Medicinskog fakulteta u Novom Sadu posetio Tuzlu, pozvao je rukovodioce Medicinskog fakulteta iz Tuzle na sednicu naučno nastavnog veća Fakulteta u Novi Sad da iznesu kritički osvrt na 10 doktorskih disertacija odbranih na njihovom fakultetu, Novosađani će kritikovati 10 magistarskih radova odbranih na Medicinskom fakultetu u Tuzli. (U to vreme, na Medicinskom fakultetu u Tuzli odbrane su samo dve doktorske disertacije i petnaest magistarskih radova.)

U Novom Sadu su izneti nedostaci doktorskih disertacija s primerima grešaka prikazanim na tridesetak slajdova. Neki od prisutnih su se pitali kako su ti nedostaci mogli promaći ocenjivačima i Veću nastavnika. Zatim je objašnjeno da članovi Veća nemaju direktan uvid u disertacije nego glasaju na osnovu ocene disertacije koju potpisuju članovi komisije, ata se ocen objvi u biltenu Fakulteta. Kasnije su nas domaćini upitali: "Odakle Medicinskom fakultetu u Tuzli novac za troškove tako velikog broja predavača koje pozivate iz zemlje i inostranstva?" Odgovoreno im je da fakultet u Tuzli poseduje automobil koji dovozi predavače u Tuzlu: domaće istraživače od njihovih kuća ili iz stanova, a

strance sa aerodroma u Sarajevu ili Beogradu. Deo troškova podmiruje novac od upisnina koje Fakultetu uplaćuju ustanove postdiplomaca. Pored toga, hoteli u Tuzli, na molbu Fakulteta, većini stranih gostiju daju besplatnu hranu i prenoćište, a strani gosti plate avionsku kartu iz sredstava svojih grantova ili drugih izvora. Predavači iz Segedina doputuju njihovim automobilima ili naš auto ode po njih. Bilo je situacija kada fakultetski automobil nije mogao podmiriti planirana putovanja u jednom danu; tada smo pozajmljivali automobil iz rektorata, a nekoliko puta je korišćen i vlastiti automobil rukovodioca postdiplomske nastave.

Na toj sednici je rečeno da su na postdiplomske studije u Novom Sadu svi predavači bili samo iz Novog Sada jer Fakultet nema sredstava da plati dolazak gostujućim predavačima. Član tuzlanske delegacije je na to primetio da bi većini pozvanih predavača iz Beograda bila čast da besplatno u Novi Sad doputuje i održi predavanje o svojim istraživanjima (razdaljina ta dva grada je samo 80 km). [Novosadski fakultet je tek posle tog sastanka uspostavio saradnju s Medicinskim fakultetom u Segedinu.]

Glavni motiv što smo iz inostranstva pozivali mnoge veoma poznate naučnike jeste nastojanje da se mladi istraživači stimulišu za istraživački rad i da se sa tim naučnicima uspostavi naučna saradnja. Zahvaljujući takvim posetama, nekoliko lekara iz Tuzle i Banje Luke boravilo je na stručnom usavršavanju u Mađarskoj, SAD, Japanu i Nemačkoj, gde su neki od njih obavili istraživanja na osnovu kojih su uradili magistarske radove ili doktorske disertacije. Najsnažniju stimulaciju dobijaju mladi istraživači od prethodnika koji su ostvarili značajna naučna otkrića. Kako u Tuzli nije bilo takvih primera, vredelo je dovoditi najpoznatije naučnike iz zemlje i inostranstva da im postanu uzori.

Naučne publikacije lekara iz Sombora i Tuzle

Od 1987. godine do danas 12 lekara iz Sombora je odbraniło magistarski rad, a 7 ih je odbraniło doktorsku disertaciju;³ a veoma malo je od njihovih akademskih radova publikovano u časopisima koji su obuhvaćeni PubMed bazom podataka. Treba navesti da magistarski radovi i doktorske disertacije ne spadaju u publikacije, jer akademski radovi su nepublikovani dokumenti (obično se prirede samo u desetak primeraka). Zato njihovi autori, sami ili zajedno s mentorom, treba da delove tih radova objave u časopisima kako bi postali dostupni naučnoj javnosti. [Danas je na nekim univerzitetima uvedena prezentacija doktorskih disertacija na internetu. Tako prikazane doktorske disertacije se ponegde svrstavaju u publikacije.]

Rukovodstva bolnice i drugih zdravstvenih ustanova u Somboru ne stimulišu medicinska istraživanja. To je u

skladu s ranije uvreženim pogrešnim mišljenjem da van-fakultetske ustanove imaju zadatak samo da primenjuju medicinska dostignuća u praksi. Međutim, pri tome se zaboravlja da su istraživanju usmereni lekari često i veoma dobri praktičari, a uz to doprinose medicinskom znanju. Neki tumače zainteresovanost svojih kolega za istraživanje i publikovanje samo kao želju tih pojedinaca da se istaknu u svojoj sredini. Pozadina takvog stava leži u profesionalnoj zavisti. Zato greše rukovodioci mnogih ustanova ako ne afirmišu nastojanja pojedinaca i ne pružaju im podršku. Publikovanje radova autora iz manjih zdravstvenih ustanova redovno doprinosi kvalitetu rada odgovarajuće medicinske službe.

Većina lekara koja radi van medicinskih fakulteta publikuje svoje opservacije, prikaze slučajeva, epidemiološke rezultate i pregledne članke u zbornicima stručnih radova, monografijama ili kao apstrakte (sažetke) koji se objavljuju u zbornicima apstrakata sa domaćih i međunarodnih kongresa ili simpozijuma. Dodatni napor autora omogućio bi da se od tog materijala, koji se mahom usmeno ili na posteru prezentuje, pripremi rukopis za indeksiran biomedicinski časopis. Tako bi njihovo opažanje, istraživanje ili prikaz slučaja postali dostupni medicinskoj naučnoj i stručnoj javnosti, ako rukopis prođe uredničku i recenzentsku ocenu i bude prihvaćen za štampu. Veće medicinske ustanove bi mogle, najbolje pri postojećim bibliotekama ustanove, umesto ili pored bibliotekara, zaposliti privatnog urednika, lektora stranog jezika i ilustratora. To bi bila velika tehnička pomoć prezaposlenim lekarima da prirede rukopis.

Zbog malog interesovanja (i slabije istraživačke edukacije) za publikovanje u časopisima indeksiranim u PubMed (2011–2014) izostao je porast broja takvih publikacija iz Sombora u odnosu na one objavljene u ranijim godinama (1977–1979). Klinička istraživanja, mada su često lakša od predkliničkih,⁷ takođe zahtevaju odgovarajuće pripreme, veštine i motivaciju (ponekad i dodatna materijalna sredstva) da bi se izvela i završila publikacijom u indeksiranom časopisu. S druge strane, broj publikacija iz Tuzle je značajno povećan, što ukazuje da je fakultet osposobio i podstakao kliničare i predkliničare na naučna istraživanja. Podaci o broju publikovanih radova u indeksiranim časopisima iz Sombora i Tuzle prikazani su u nastavku:

Grad	2014.	2013.	2012.	2011.	2010.	2009.	1979.	1978.	1977.
Sombor	2	4	3	4	-	4	3	1	2
Tuzla	98	67	68	75	65	69	1	2	1

Kada se ovim podacima doda da su nakon magistriranja 57 postdiplomaca iz Tuzle objavili 530 publikacija, proizlazi da je postdiplomska edukacija, međufakultetska razmena stručnjaka i univerzitetski milje omogućili mnogostruko povećanje broja publikacija. U Somboru su ambiciozni pojedinci, prema izjavama nekih doktora, čak sputavani da se bave istraživanjima "jer to nije cilj naše ustanove". Oni su za odlazak na dopunsku istraživačku edukaciju nekada prisiljeni da koriste slobodne dane i/ili godišnji odmor, a redovno su sami snosili troškove nastave i odbrane magistarskog rada ili doktorske disertacije.

Nepovoljno finansijsko stanje je veliki – ali ne jedini – razlog za takav odnos prema želji pojedinaca da se usavršavaju u istraživačkom smeru i napredovanju unutar određene medicinske oblasti. Povremena ekspozicija naučnom obrazovanju, bilo u svom gradu ili van njega, očigledno ne dovodi do značajnijeg povećanja broja publikacija u indeksiranim časopisima. Glavni razlog što se pojedinac ne odvaži na istraživački poduhvat je u tome što on ne vidi da sredina ceni taj mentalni napor. Zato bi zdravstvo moralo da izgradi sistem koji stimuliše istraživača, od toga da ovlada istraživačkim metodama ili stekne akademsko zvanje, do priznanja kada objavi publikaciju u časopisu. Ovde nije u pitanju davanje nešto veće plate pojedincima, već podsticaj da mogu izvršiti pomenute zadatke: slobodni dani za odlazak na konsultacije, kurseve ili sastanke, da ustanova snosi trošak odbrane akademskog rada i/ili da se pojedincu jednom godišnje obezbede putni troškovi za učešće na važnom naučnom skupu, i slično. Dobar pristup istraživanju odvija se kada je odeljenje medicinskog centra uključeno u multicentrično naučno istraživanje (clinical trial).

Podsticaj Somborskim lekarima

Podatke o postdiplomskom studiranju na Medicinskom fakultetu u Tuzli naveo sam da bi se uočilo koliki je napor potreban da se stručnjak osposobi da samostalno može pronaći istraživački problem, postaviti cilj istraživanja, upotrebiti odgovarajući istraživački metod, dobiti rezultate i prirediti rukopis koji će nakon rigorozne recenzije biti prihvaćen u indeksiranom časopisu.

U toku skoro 50 godina redovno sam posećivao Sombor i pri većini tih poseta nastojao da stimulišem kolege za istraživački rad. Za lekare i druge stručnjake u zdravstvu držao sam predavanja, grupne razgovore i seminare, bio sam učesnik na Somborskim medicinskim danima i predavač na tribini Medicina i oko nje. Kada sam 1991. došao u Sombor kao izbeglica iz Bosne, tu sam proveo više od pola godine dok se nisam zaposlio na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu. Iskoristio sam boravak u Somboru da, kao i uvek besplatno, održim tronedeljni seminar

iz metodologije istraživačkog rada. Tom seminaru je svakodnevno prisustvovalo između trideset i četrdeset lekara i nekoliko stručnjaka iz drugih biomedicinskih disciplina. Lekari iz Apatina su želeli da i njima održim sličan seminar. Održao sam ga u skraćenoj verziji (nedelju dana), a kasnije sam u zgradi somborske Županije održao dvonedeljni kurs na engleskom jeziku o naučnom istraživanju i publikovanju za lekare da bih im olakšao pripremu publikacija za međunarodne časopise.

Osim toga, u Sombor sam povremeno pozivao poznate istraživače iz drugih zemalja (npr., professor Ervin G. Erdos, Dallas, Texas, USA; professor Kafait U. Malik, Memphis, Tennessee, USA; professor Shigetoshi Chiba, Matsumoto, Japan), koji su za lekare držali predavanja. Neke od tih poseta su zabeležile Somborske novine uz kraći intervju sa gostom. Interesantno je zapažanje profesora Erdosa, koji je po pozivu držao predavanje u Londonu desetak dana pre posete Somboru. "Pitanja i komentari Somboraca su čak mnogo bolji od onih u Londonu", izjavio je dr Erdos. (Ovde moram odati tajnu: većina diskutiranih bili su profesori farmakologije i biohemije iz Novog Sada.)

U zgradi somborske Županije (Slika 3) prošle godine održan je simpozijum o renin-angiotenzin sistemu na kome su bili predavači iz Beograda (akademik Miodrag Ostojić, doc. dr Nevena Divac), Tuzle (akademik Enver Zerem), Banje Luke (prof. dr Ranko Škrbić, prof. dr Svetlana Stojisavljević-Šatara, doc. dr Lana Nežić, dr Nataša Stojaković), Kragujevca (prof. dr Slobodan Janković, prof. dr Dragan Milovanović), Novog Sada (prof. dr Milan Stanulović, prof. dr Momir Mikov) i Sombora (akademik SLD Stojan Berber i dr Goran Poljak), a pisane priloge za taj skup su poslali lekari iz Memfisa (Tenesi, SAD), Zagreba i Sarajeva. Simpozijum je organizovan povodom pedesetogodišnjice mog naučnoistraživačkog rada, koji sam započeo kao lekar Opšte bolnice u Somboru i objavljivanja knjige o renin-angiotenzin sistemu, napisane 2014. godine u Somboru.⁸ Nažalost, skroman broj lekara iz Sombora prisustvovao je tom simpozijumu. Očigledno je danas interesovanje somborskih lekara za naučna istraživanja u padu. Pre osam godina trodnevnom seminaru u somborskoj bolnici, koji je posvećen naučnom i stručnom publikovanju, prisustvovala su 42 lekara raznih specijalnosti, dva stomatologa i dva hemičara.



Slika 3. Zgrada somborske Županije. Sombor je 1786. godine postao sedište županije Bač-Bodrog. Prva faza gradnje ove zgrade završena je 1809. godine, a druga 1882. godine. Danas je u njoj smeštena administracija grada i okruga

U Somboru je održano mnoštvo raznih stručnih i naučnih simpozijuma, kongresa, sastanaka, kurseva i predavanja,⁹⁻¹¹ ali sistematskih edukativnih naučnih aktivnosti, poput onih koje se redovno održavaju na medicinskim fakultetima u okviru postdiplomskih i doktorskih studija ili redovnog slanja stručnjaka na postdoktorsko usavršavanje u inostranstvu, nije bilo. Uz to, kada se ne ceni intelektualni napor koji pojedinac ulaže u neki istraživački poduhvat, nego mu se čak odmaže, onda je razumljivo što nema porasta broja publikacija iz te sredine u indeksiranim časopisima.

Kada sam prošle godine razgovarao s jednim od urednika časopisa "Pons" (prof. dr Dragan R. Milovanović) koji izlazi u Čupriji, zaključio sam da medicinski časopisi koji se izdaju u gradovima koji nemaju medicinski fakultet (ili neku drugu visokoškolsku ustanovu iz biomedicinskih disciplina) snažano podstiču stručnjake da publikuju. Zato lekari u nekim gradovima (npr., Smederevo, Zaječar, Zenica i Čuprija) imaju povoljan stimulus za naučno istraživanje i podsticaj koji ubrzava razvoj odgovarajućih disciplina kojim se bave pojedinci u svakodnevnom radu. Treba navesti da u Tuzli izlaze dva medicinska časopisa (Acta Medica Saliniana i Pedijatrija Danas), a da danas u Somboru ne izlazi medicinski naučni časopis.

EPILOG

Sombor je u vreme osnivanja medicinskog fakulteta u Tuzli (1976. godine) po broju stanovnika bio samo malo manji grad od Tuzle, a 1963. godine to su bili gradovi približno iste veličine. U Tuzli su iste godine osnovani Medicinski fakultet i Univerzitet (u čiji su sastav ušli Rudarski, Tehnološki i Ekonomski fakultet i više škole). Medicinski fakultet u Sarajevu bio je snažan protivnik osnivanju još jednog medi-

cinskog fakulteta u Bosni i Hercegovini. Lokalni političari, zajedno sa željom stanovnika grada i regiona, suprotstavili su se toj kočnici. Opština Tuzla ustupila je dve trećine velike, novuseljene administrativne zgrade za fakultet i finansirala njenu adaptaciju kako bi hitro otpočela nastava prve godine studija. Osim toga, krenula je izgradnja dve velike kliničke zgrade, a samo za šest meseci je izgrađena zgrada Zavoda za farmakologiju i toksikologiju. Nastavni kadar je, za predmete na prvoj i drugoj godini, obezbeđen angažovanjem dva profesora sa Tehnološkog fakulteta u Tuzli, prelaskom tri profesora iz Sarajeva u Tuzlu i sporazumom sa Zavodom za anatomiju Medicinskog fakulteta u Zagrebu da njihovi nastavnici vode nastavu na predmetu anatomija. Odgovarajuće ministarstvo u Sarajevu se, nakon dve godine, pomirilo s činjenicom da je fakultet osnovan i republika je preuzela njegovo finansiranje. Trenutno na Univerzitetu u Tuzli postoji 12 fakulteta i akademija umetnosti na kojima studira 17.500 studenata.

Za razliku od osnivanja samostalnih medicinskih fakulteta (osnivači su odgovarajući lokalni društveno-politički organi vlasti; metod koji je korišćen u Tuzli i Banjoj Luci), većina mladih medicinskih fakulteta u Jugoslaviji (Rijeka, Novi Sad, Niš, Priština, Mostar, Osijek) osnovana je tako što su ti fakulteti više godina radili pod pokroviteljstvom starijih fakulteta (Beograd ili Zagreb) ili su to bila isturena (dislocirana) odeljenja starijih fakulteta. Vredelo bi da istoričari medicine ustanove šta su prednosti/nedostaci ova dva načina osnivanja medicinskih fakulteta.

Da je u Somboru bilo političke volje, jasnije vizije i upornosti ovdašnjih stručnjaka, poput one u Tuzli, u prvom redu dr Ibri Pašića, šefa internog odeljenja bolnice (kasnije profesora, dekana Fakulteta i rektora Univerziteta) i gospodina Ljubomira Juraka, predsednika Opštine Tuzla, u Somboru bio danas postojao medicinski fakultet koji bi bio osnovan 1964. ili 1965. godine. Pogrešno je što se u Somboru prišlo ideji sporo i s ciljem da se višegodišnje pripremu lokalni kadrovi, umesto da se u grad pozovu nastavnici s postojećih fakulteta u zemlji. Slična greška je nastala i pre desetak godina pri pokušaju da se osnuje univerzitet u Somboru. Ideja je krenula tromo i bojažljivo, lokalni političari su se plašili republičkih, pa su pripreme elaborata za osnivanje napisane samo u prvoj verziji. Samostalan univerzitet bi, osim postojećeg Pedagoškog fakulteta (koji se može podeliti u dva ili tri fakulteta), uključio barem dva novoosnovana fakulteta. Predlagano je da se (u pojedinim fazama) iz medicinske oblasti oformi fakultet za zdravstvo i socijalnu zaštitu na kome bi se nakon 3 do 4 godine studiranja formirali specijaliste za (1) negu teških bolesnika, (2) negu umirućih bolesnika (paliativna nega), (3) zdravstvenu i socijalnu zaštitu dece, (4) starih i (5) invalida, te fakulteti za menadžment zdravstvenih sistema; menadžment medi-

cinskih laboratorija; optometriju; audiometriju; medicinsko pravo; fizikalnu medicinu; dijetetiku i nutriciju. Osim toga, vremenom bi bio osnovan fakultet za rečnu plovidbu, ekologiju i rečno inženjerstvo (u Apatinu), koji bi školovao specijaliste za (1) rečnu plovidbu i međunarodno plovidbeno pravo, (2) ekologiju vodotokova i (3) rečno inženjerstvo. Bilo je i drugih predloga, mahom iz umetnosti i inženjerstva telekomunikacionih mreža.

Što se tiče osnivanja pomenutih fakulteta iz biomedicinske oblasti u Somboru, vredelo bi što pre osnovati opštemedicinski časopis, kako bi se najpre načinio prvi korak. Tako bi krenuli istraživački podsticaji, a Sombor ne bi bio grad s fakultetima te vrste koji nema biomedicinski naučni časopis.

Zbog finansijske krize u zemlji, rodila se ideja da se u Somboru oformi univerzitet privatno-društvenog karaktera (tzv. private-public-partnership, PPP odnos). Kada bi se o takvom univerzitetu brinuo poznati strani privatni univerzitet, obuka nastavnog kadra, kontrola rada svih fakulteta i revizija postojećeg Pedagoškog fakulteta obezbedila bi kvalitetno obrazovanje koje omogućava da se diplomirani stručnjaci lako zaposle i brzo vrate troškove školovanja. U PPP univerzitetu fakulteti bi dobili dobre kadrove, moderne laboratorije i savremenu opremu. [U Somboru postoji niz neiskorišćenih društvenih zgrada koje se adaptacijom mogu pretvoriti u predavaonice, institute, laboratorije, rektorat, dekanate i dodatni studentski dom. To bi bilo najznačajnije učešće grada.] Međutim, tu ideju još uvek nisu razmotrila rukovodstva grada i okruga!

Izgleda da su čukundedovi Somboraca bili daleko hrabriji od svojih potomaka jer su uspeali da sakupe ogroman novac (150 hiljada forinti u zlatu) i da od Marije Terezije kupe slobodu za svoj grad. Tako je Sombor, pomenute 1749. godine postao slobodan i kraljevski grad, a taj poduhvat je obezbedio izuzetan stopedesetogodišnji procvat trgovine, zanatstva, školstva i kulture grada. Međutim, posle Prvog svetskog rata te privilegije su nestale i otpočinje postepena stagnacija grada. Somborci su se vremenom obeshrabrili i klonuli duhom da bi bili predvodnici razvoja poput njihovih ne tako dalekih predaka. Ali, kada se neka društvena zajednica duboko sroza, dolaze, na sreću, mladi, umni i hrabri ljudi koji vraćaju nadu. Za stanovnike Sombora i okoline nastupiće bolja vremena jer će nova generacija, podstaknuta delima svojih znamenitih predaka, velikim koracima krenuti napred. Ako budu u stanju da osnuju univerzitet (državni, privatni ili privatno-državni), on će poput poduhvata iz 1749. godine obezbediti dugotrajan procvat grada i regiona.

LITERATURA

1. Berber S. Istorija somborskog zdravstva. Novi Sad: Matica srpska, 2004.
2. Kobilarov A, Sakač V. Famous medical doctors of Sombor and its history until the World War II. Archives Oncol 2010; 18: 115-9.
3. Danilović B. Bibliografija stručnih i naučnih radova lekara somborskog zdravstva 1944-2014. godine. Sombor: Istorijski arhiv, 2015.
4. Igić R. The destiny of Germans in St. Ivan and other writings. Prospect: Biographical Publishing Company, 2002.
5. Igić R. Kako se pišu medicinska naučna saopštenja. Sarajevo: Veselin Masleša, 1980.
6. Tahirović H. Postgraduate studies (1978-1985) at the Medical Faculty of the University of Tuzla, Tuzla, Bosnia and Herzegovina. Acta Medica Academica 2015; 44: 68-74.
7. Marušić M. Why physicians should publish, how easy it is, and how important it is in clinical work. Archive Oncol 2003; 11: 59-64.
8. Igić R. Farmakologija renin-angiotenzin sistema. Banja Luka: Grafos, 2014.
9. Berber S. Prvi simpozijum kardiovaskularnih dispanzera Srbije. Sombor: SLD- Društvo lekara Vojvodine, 1998.
10. Zobenica M, Bjelogrić M. Zbornik radova o samoubistvu. Sombor: Služba za neurlogiju, psihijatriju i zaštitu mentalnog zdravlja, 1989.
11. Danilović B. Hronika somborskih medicinskih dana. Sombor: Publikum, 2008.

Medjunarodno udruženje za farmakoekonomiju i istraživanje ishoda – ISPOR

XVIII Godišnji Evropski kongres, 7-11 Novembar 2015,
MiCo - Milano Congressi, Milano, Italija

International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research – ISPOR

18th Annual European Congress, 7-11 November 2015,
MiCo - Milano Congressi, Milan, Italy

U novembru 2015. godine je održan 18. Evropski kongres zdravstvene ekonomije i istraživanja ishoda. Glavne teme analizirane na ovom skupu su bile posvećene farmakoekonomskim aspektima lečenja različitih bolesti, ali i pitanjima koja su značajna za poslodavce i donosiocima odluka u okviru zdravstvenih sistema. Takve teme su od posebnog interesa za zemlje sa skorijom istorijom socioekonomske tranzicije kakva je Republika Srbija pa je učešće domaćih istraživača na ovakvim i sličnim skupovima od osobitog značaja.

Fakultet medicinskih nauka, Katedra sa Farmakologiju i toksikologiju aktivno učestvuje u radu ove organizacije, posebno u delatnostima koje sprovodi srpska podružnica

ISPOR-a. S obzirom da lečenje hroničnih bolesti kakva je inflamatorna bolest creva predstavlja svojevrsni farmakoekonomski izazov, a ukupni troškovi lečenja ove bolesti nisu do sada bili procenjivani u uslovima u Republici Srbiji, naša istraživačka grupa je u saradnji sa predstavnicima udruženja pacijenata inflamatorne bolesti creva sproveda studiju troškova ove bolesti i rezultate ove studije prikazala na ISPOR-ovom kongresu u Milanu. Ovaj skup je bila posebna prilika za naše eksperte u cilju uspostavljanje novih vidova saradnje sa kolegama iz inostranstva kako u istraživačkim tako i stručnim aspektima. U tom smislu, ovaj kongres je bio još jedna, važna stepenica u razvoju farmakoeconomije u našoj sredini.

Doc. dr Marina Kostić

Fakultet medicinskih nauka

Univerzitet u Kragujevcu

Алкохолизам – епидемија нашег доба

Друго, допуњено, илустровано и измењено издање

Alcoholism – epidemics of our time

2nd, supplemented, illustrated and revised edition

Војин Поповић

Ниш: Друштво бихевиоралне теорије и праксе, SVEN, 2015. 151.

ISBN 978-86-7746-536-0.

UDK 616-056.8:613.81.

COBISS.SR-ID 215983372.

Vojin Popovic

Nis: The Society of Behavioral Theory and Practice, SVEN, 2015. 151.

ISBN 978-86-7746-536-0.

UDK 616-056.8:613.81.

COBISS.SR-ID 215983372.

Књига, АЛКОХОЛИЗАМ – ЕПИДЕМИЈА НАШЕГ ДОБА, примаријуса др Војина Поповића, психијатра, субспецијалисте болести зависности, подржава исконску потребу људског бића за новим сазнањима, овог пута у алкохологији.

Публикација прати основне еволуционе, филогенетске и онтогенетске концепте овог поремећаја. Књига је конципирана тако да у једном систематском и свеобухватном приступу прати процесе обраде информација, од ниова синапсе и појединачног неурона, до највиших нивоа патолошке интеграције алкохола

у менталне процесе који уоквирују овај озбиљни поремећај који се зове алкохолизам.

Велики број примера у књизи које аутор приказује говоре о његовом богатом психијатријском искуству, како стеченом тако и наслеђеном од оца, прим. др Радомира Поповића, неуропсихијатра, и на пластичан начин употпуњују клиничка сазнања о овом поремећају. Аутор надаље презентује савремене концепте терапијских процедура са значајним сугестијама којима од њих да се приклонимо као најуспешнијим.

Проф. др Драган Б. Раванић, психијатар

Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Друштво за неуронауке „Созерцање из Шумадије“, Крагујевац

41. ОКТОБАРСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ДАНИ

СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО ОКРУЖНА ПОДРУЖНИЦА КРАГУЈЕВАЦ
Крагујевац, 26-27. октобар 2016. године

САВРЕМЕНИ ПРИСТУП ДИЈАГНОСТИЦИ, ЛЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ РЕУМАТСКИХ ОБОЉЕЊА“

THE 41ST OCTOBER HEALTH DAYS

SERBIAN MEDICAL SOCIETY SECTION KRAGUJEVAC

Kragujevac, 26-27th October 2016.

“THE MODERN APPROACH TO DIAGNOSTICS, TREATMENT AND REHABILITATION OF RHEUMATIC DISEASES”

Октобарски здравствени дани се традиционално, по 41. пут, организују у Крагујевцу са циљем окупљања чланова Српског лекарског друштва и других здравствених радника ради унапређења знања, вештина и ставова у складу са савременим стремљењима у медицини. Основна тема овогодишњих дана гласи „Савремени приступ дијагностици, лечењу и рехабилитацији реуматских обољења“. У целини, учешћем на Октобарским здравственим данима, полазници ће бити у могућности да стекну значајна нова знања, вештине и ставове и у прилици да кроз разноврсне форме скупа унапреде сопствену социјалну интеракцију са својим колегама и јавношћу. Подршку организацији скупа, традиционално, дају

Град Крагујевац, Универзитет у Крагујевцу, Факултет медицинских наука у Крагујевцу, Клинички центар „Крагујевац“ у Крагујевцу, Регионална лекарска комора за централну и западну Србију, Институт за јавно здравље Крагујевац, Дом здравља Крагујевац, Завод за стоматологију Крагујевац, Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац, Апотекарска установа Крагујевац, Завод за здравствену заштиту радника „Застава“ Крагујевац, Републички завод за здравствено осигурање филијала за Шумадијски округ Крагујевац. Одлуком Здравственог савета Србије „41. Октобарски здравствени дани“ су акредитовани као Симпозијум за лекаре, стоматологе, биохемичаре, фармацеуте и медицинске сестре-техничаре.

Доц. др Катарина Парезановић Илић

Проф. Др Александра Томић Лучић

Факултет медицинских наука

Клинички центар „Крагујевац“, Крагујевац

Uputstvo autorima za pripremu rukopisa

Instructions for authors for the preparation of manuscripts

PONS Medicinski časopis objavljuje originalne rezultate eksperimentalnih i kliničkih istraživanja, preglede, stručne radove, prikaze slučajeva, razrade naučnih metoda, prikaze knjiga, izveštaje sa naučnih i stručnih skupova, novosti u ekonomici zdravstva, informatici i menadžmenta u zdravstvu, radove iz istorije medicine, analize društvenih aspekata zdravstvene zaštite, radove medicinske etike, pisma uredniku kao i druge prikladne sadržaje iz oblasti medicine i srodnih grana. Podneti rukopisi podležu prethodnoj oceni od strane nezavisnih recenzata. PONS Medicinski časopis objavljuje radove napisane na srpskom ili engleskom jeziku.

Dostavljanje rukopisa i dalji postupak. Rukopisi se dostavljaju u papirnoj (tri primerka) i elektronskoj formi (CD, DVD) na adresu uredništva: ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "POMORAVLJE" ČUPRIJA, 35230 ČUPRIJA, MIODRAGA NOVAKOVIĆA 78 sa naznakom "ZA PONS MEDICINSKI ČASOPIS". Rukopisi se podnose u elektronskoj formi putem ASEESTANT (SouthEast European Journals Production Assistant) pristupom na link <http://aseestant.ceon.rs/index.php/pomc/user> a samo izuzetno na e-mail adresu casopisa: redakcija@ponsjournal.info. Uz rad priložiti izjavu s potpisima svih autora da članak nije objavljivani, kao i da nije u toku razmatranje za njegovo objavljivanje. U slučaju aplikacije elektronskim putem izjavu sa potpisima skenirati u pdf ili jpg formatu i poslati zajedno sa rukopisom. Objavljeni radovi se ne honorarišu a podnet materijal se ne vraća autorima. Autorska prava intelektualne svojine publikovanih sadržaja se prenose na izdavača, pri čemu autori zadržavaju pravo nekomercijalnog korišćenja na fer način u naučno-stručne svrhe i to: edukacije, istraživanja, kritike i pregleda.

Kategorizacija rukopisa. Prema preporukama UNESCO-a, a shodno JUS/ISO propisima i Zakonu o standardizaciji, kategorizacija članaka koje se objavljuju u časopisima je sledeća: a) originalni naučni rad (sadrži rezultate izvornih istraživanja, informacije u radu moraju biti obrađene i izložene tako da se eksperimenti mogu ponoviti, a analize i zaključci, na kojima se rezultati zasnivaju, proveriti), b) predhodno sopštenje (sadrži naučne rezultate čiji karakter zahteva hitno objavljivanje, ali ne mora da omogućiti proveru i ponavljanje iznesenih rezultata), c) pregledni članak (predstavlja celovit pregled nekog problema na osnovu već publikovanog materijala koji je u pregledu sakupljen, analiziran i komentaran), d) stručni članak (predstavlja koristan prilog iz područja struke čija problematika nije vezana za izvorna istraživanja i primarno odnosi na proveru ili reprodukciju u svetlu poznatih istraživanja radi širenja znanja i prilagođavanja izvornih istraživanja potrebama nauke i prakse). Kategorizaciju podnetih rukopisa vrši glavni i odgovorni urednik.

Tehnička priprema. Rukopis se priprema na računaru u MS Office Word-u ili ekvivalentnom tekstualnom editoru. Format stranice je A4, sa svim marginama 2.5 cm. Koristiti font Times New Roman, veličina 12 ("points"), sa izborom tastature srpska latinica ili engleski ("keyboard language"), dvostruki pored ("double space"),

PONS Medical Journal publishes original results of experimental and clinical researches, examinations, specialized researches, case reports, elaborations of scientific methods, book reviews, reports of scientific and specialized meetings, the health economy news, health informatics and management, medical history researches, analyses of social aspects of health care, medical ethics researches, letter to the editor, together with other appropriate contents in medical domain and other related fields. Submitted manuscripts are peer-reviewed by independent expert reviewers. PONS Medical Journal publishes researches written in Serbian or English language.

Submission of manuscripts and further action. The manuscripts are submitted in paper form (three copies) and in electronic form (CD, DVD) at the editorial office address: INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH "POMORAVLJE" CUPRIJA, 35230 CUPRIJA, 78 MIODRAGA NOVAKOVICA STREET, with a note "FOR PONS MEDICAL JOURNAL". Manuscripts are submitted electronically through the ASEESTANT (SouthEast European Journals Production Assistant) system approaching it by the link <http://aseestant.ceon.rs/index.php/pomc/user> and only exceptionally by e-mail address of the journal: redakcija@ponsjournal.info. With the article, you are due to contribute a statement with signatures of all the authors that the article was not published and that it is not being considered to be published elsewhere. In case of the electronic application, you are to scan the statement with the signatures in pdf or jpg format and send it along with the manuscript. Published papers are not a subject of paying and the submitted material is not returned to the authors. Intellectual Property Copyright of published contents is transferred to the publishers, whereby authors retain the rights of non-commercial fair use for scientific and technical purposes: education, research, criticism and review.

Categorization of the manuscript. According to the recommendations of UNESCO, and in accordance with JUS/ISO regulations and laws on standardization, categorization of articles published in journals is the following: a) the original scientific paper (includes results of original research, information in the papers must be elaborated and exposed so that the experiments can be repeated, and the analyses and conclusions, on which the results are based, can be checked), b) preliminary reports (includes scientific results whose character requires urgent publication, but does not have to allow checking and repeating of certain results), c) review article (represents a complete review of a certain problem on the basis of already published material that is collected, analyzed and commented in the review), d) professional article (represents a useful contribution from the field of the profession whose problem is not related to the original research and is primarily related to the review or play in the light of known research in order to spread knowledge and adaptation of original research needed by science and practice). The categorization of submitted manuscripts is done by the editor in chief.

Technical preparations. The manuscript is prepared on a PC in MS Office Word or similar text editor. The page format is A4 with all margins size 2.5 cm. Use font Times New Roman, size 12 ("points"), with Serbian Latin or English keyboard language, double space, justify, tabs (size) 1.27 cm. In the entire manuscript use the same style, for the separation and the display of content

obostrano ravnanje ("justify"), pasus 1.27 cm uvučen ("tabs"). U čitavom rukopisu koristiti jednobrazan stil, za razdvajanje i isticanje sadržaja koristiti se samo velika slova i/ili numeraciju bez korišćenja stilova kao što su "Bold", "Underline", "Italic". Pridržavati se pravila kucanja, iza znaka interpunkcije ostaviti jedno prazno mesto, a za veće praznine koristiti tabulator. U tabelama koristiti samo mrežu („grid“) bez upotrebe isprekidanih, punih ili duplih linija. Slike (fotografije i grafikoni) se pripremaju u odgovarajućem aplikativnom softveru (npr. MS Office Excell ili Adobe Photoshop), u crno-beloj varijanti („grayscale“), u rezoluciji 300 dpi i konvertuju u format jpg, tiff ili bmp.

Struktura rukopisa. Podneti rukopis treba da bude pripremljen i strukturisan prema uputstvima Međunarodnog komiteta urednika medicinskih časopisa ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals") a prema poslednjoj verziji uputstva objavljenoj na internet stranici www.icmje.org. Opšta struktura originalnog rukopisa sastoji se i sledećih delova: naslovna stranica, sažetak, uvod, metod, rezultati, diskusija, izjava o konfliktu interesa sa ili bez izjave zahvalnosti, literatura, tabele, slike, legende za slike i spisak skraćenica. Struktura ostalih radova prilagođava se vrsti sadržaja. Maksimalni ukupni obim rukopisa orijentaciono treba da bude sledeći: originalni rad 12-15 strana, pregledni članak 15-20 strana, stručni članak 10-12 strana, rad iz istorije medicine 8-10 strana, predhodno saopštenje 6-8 strana, izveštaj i novosti 2-4 strane, prikaz knjige i pismo uredniku 1-2 strane.

NASLOV. Naslovna stranica sadrži naslov rada, imena autora, institucije autora, kontakt adresa autora za korespondenciju, kratki naslov, broj reči, broj tabela i slika.

APSTRAKT. Sažetak treba da je strukturisan (cilj, metod, rezultati, zaključak), sadrži do 250 reči i najmanje 5 ključnih reči prema MESH odrednicama.

Za rukopise napisane na srpskom jeziku naslovnu stranicu i sažetak dostaviti i na engleskom jeziku.

UVOD. U uvodu originalnih radova naznačiti značaj problema koji se ispituje, teorijske osnove na kojima je zasnovano istraživanje i ciljeve studije.

METOD. U delu ispitanih i metod/materijal i metod opisati opšti dizajn istraživanja, mesto i vreme istraživanja, studijsku populaciju/uzorak, načine objektivizacije praćenih ishoda i tehničke informacije, etičke aspekte i statističku analizu.

REZULTATI. Rezultate strukturisati shodno logičnom toku istraživanja. Navesti najznačajnije karakteristike studijske populacije ili uzorka, priložiti precizne i što detaljnije podatke sa merama centralne tendencije (aritmetička sredina, mod, medijana) i varijabiliteta (standardna devijacija, standardna greška, interval poverenja), shodno njihovom tipu i prirodi. U rezultatima ne ponavljati podatke koji su već prezentovani u prilogima (tabele i slike).

DISKUSIJA. U delu diskusija prezentovati najznačajnije zaključke studije u svetlu dosadašnjih saznanja, naznačiti moguća metodološka i druga ograničenja i dati završni zaključak uzimajući u obzir uži i širi naučno-stručni okvir.

LITERATURA. Vrsta i broj referenci se prilagođavaju tipu

use only capital letters and / or numbering without using styles such as "Bold", "Underline", "Italic". Stick to the rules of typing, after the punctuation mark leave a space, and for larger gaps use the tab. In the tables use only the web ("grid") without the use of punctuated, full or double lines. Images (photos and charts) are prepared in the appropriate applicative software (e.g. MS Office Excel, or Adobe Photoshop), in black and white versions ("grayscale"), resolution of 300 dpi and converted to JPG, TIFF or BMP.

The structure of the manuscript. Submitted manuscript should be prepared and structured according to the guidelines of the International Committee of Medical Journal editors ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals") according to the latest version of the instructions published on the website www.icmje.org. The general structure of the original manuscripts consists of the following components: title page, abstract, introduction, method, results, discussion, statements about the conflict of interest with or without a statement of acknowledgement, bibliography, tables, figures, figure legends and a list of abbreviations. The structure of the other papers is tailored to the type of content. The maximum total volume of manuscripts should be approximately as follows: the original work of 12-15 pages, review article 15-20 pages, professional papers 10-12 pages, the work history of medicine from 8-10 pages, previous statements 6-8 pages, reports and news 2-4 pages, book reviews and letters to the editor 1-2 pages.

TITLE. Home page contains the title of the paper, author names, institutions of the authors, contact address for correspondence author, a short title, word count, a number of tables and images.

ABSTRACT. Abstract should be structured (objective, method, results and conclusion), contains up to 250 words and at least 5 keywords according to the MESH headings. For the manuscripts written in Serbian language title page and abstract should be submitted also in English.

INTRODUCTION. In the introduction of the original papers indicate the importance of the problems that are examined, the theoretical foundations on which the research and study goals are based.

METHOD. In subjects and methods / materials and methods describe the general design of the research, place and time of the research, study population / sample, ways of objectively tracked outcomes and technical information, ethical aspects and statistical analysis.

RESULTS. Structure the results according to the logical course of the research. Indicate the most important characteristics of the study population or sample, submit accurate and detailed information with the measures of the central tendency (arithmetic mean, mode, median) and variability (standard deviation, standard error, confidence interval), according to their type and nature. In the results do not repeat information already presented in the attachments (tables and figures).

DISCUSSION. In the discussion part present the most important conclusions of the study in the light of previous findings, indicate possible methodological and other limitations and give a final conclusion, taking into account a narrower and broader scientific framework.

REFERENCES. The type and number of references are adapted to the type and structure of the manuscript. Generally, you should

i strukturi rukopisa. Uopšte uzev, treba da se koristi najmanji mogući broj citata a prednost u navodjenju treba da imaju radovi publikovani u celini, po mogućstvu u što renomiranijim časopisima sa recenzijom. Knjige, monografije i sadržaje publikovane na internetu koristiti izuzetno. Ukoliko nije neophodno izbegavati navodjenje radova u štampi („in press“), radova publikovanih u sažetoj formi („abstracts“), nepublikovane rezultate („unpublished observations“), informacije ličnih kontakata („personal communication“). U tekstu, literatura se citira arapskim bojama u superskriptu, iza znaka interpunkcije, prema redosledu pojavljivanja. U spisku literature reference se označavaju odgovarajućim brojevima i sortiraju u rastućem redosledu. Navodi se do šest autora a ukoliko ih je više onda se navode prva tri uz dodatak „et al.“ ili „i ost.“. Reference se navode na srpskom ili engleskom jeziku, a u ostalim slučajevima (sem citata na grčkom i latinskom) naslovi se prevode na engleski, sa naznakom izvornog jezika u uglastoj zagradi. Nazive časopisa navoditi u skraćenoj formi prema MEDLINE bazi podataka. Literaturu navoditi na osnovu sledećih primera:

o Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361(12): 1139-51.

o McPhee SJ, Papadakis M. Current medical diagnosis and treatment 2009. 48th ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2008.

o Mark DB. Decision making in clinical medicine. In: Fauci SA, Eugene Braunwald E, Kasper DL, et al., eds. *Harrison's principles of internal medicine*, 17th ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2008: 16-23.

Za ostale tipove referenci konsultovati skorašnje sveske PONS Medicinskog časopisa ili odgovarajuće preporuke Nacionalne biblioteke za medicinu (NLM).

PRILOZI. Tabele i slike citirati u tekstu na odgovarajućem mestu u zagradi i podneti ih i numerisati na odgovarajući način arapskim brojevima, prema redosledu pojavljivanja. Iznad tabele postaviti naslov a ispod dodatne informacije korišćenjem simbola po sledećem redosledu: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Legende za slike treba da se dostave na posebnoj stranici. Za mere treba da se koristi Međunarodni sistem jedinica ("International System of Units"-SI) a u posebnim slučajevima alternativne jedinice shodno naučnoj disciplini i oblasti.

Reprint. Autori besplatno dobijaju po 10 primeraka reprintsa publikovanog rada. U ostalim slučajevima, autori i druga zainteresovana lica treba da kontaktiraju izdavača putem adrese uredništva.

Napomena. Uredjivanje naučno-stručnih sadržaja časopisa je potpuno nezavisno. Odgovornost za tačnost prezentovanih informacija i originalnost autorskih sadržaja u sopstvenim radovima snose sami autori. Sva autorska prava publikovanih sadržaja preuzima vlasnik časopisa. Uz citiranje izvora, dozvoljeno je nekomercijalno korišćenje publikovanih sadržaja na fer način u naučno-stručne svrhe i to: edukacije, istraživanja, kritike i pregleda. Vlasnik, izdavači i saradnici PONS Medicinskog časopisa odriču svaku odgovornost za bilo kakvu štetu koja može da nastane korišćenjem bilo koje informacije publikovane u časopisu.

use the smallest possible number of citations and give priority to works published in extenso, preferably in the most ranked, reviewed journals. Books, monographs and Internet-published contents use in exceptional cases. If it is not necessary, avoid specifying the works in press, papers published in very concisely ("abstracts"), unpublished results (unpublished observations), personal contact information ("personal communication"). In the text, literature is cited in Arab numerals in superscript, after punctuation marks, in order of appearance. In the bibliography list, the references are marked with appropriate numbers and sorted in ascending order. Cite up to six authors and if there are more of them the first three are placed with the addition of "et al." or "I ost.". References are listed in Serbian or English, and in other cases (except for quotations in Greek and Latin) titles are translated into English, indicating the original language in square brackets. Cite names of journals in the shortened form according to the MEDLINE database. References lead to the following examples:

o Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361(12): 1139-51.

o McPhee SJ, Papadakis M. Current medical diagnosis and treatment 2009. 48th ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2008.

o Mark DB. Decision making in clinical medicine. In: Fauci SA, Eugene Braunwald E, Kasper DL, et al., eds. *Harrison's principles of internal medicine*, 17th ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2008: 16-23.

For other types of references, consult recent issue of PONS Medical Journal or the relevant recommendations of the National Library of Medicine (NLM).

ATTACHMENTS. Tables and figures should be cited in the text in appropriate place in brackets and apply them appropriately numbered in Arabic numbers, in order of appearance. Above a table place a title and below an additional information using the symbols in the following order: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Legends of the images should be submitted at a separate page. The measures should be used for the International System of Units (International System of Units-SI) in special cases, alternative units according to scientific discipline and field.

Reprint. Authors receive 10 free reprints copies of the published work. In other cases, authors and other interested parties should contact the publisher via the editorial office.

Additional Notes. Editorial management of the professional and scientific journal content is completely independent. Responsibility for the accuracy of the presented information and original copyright content in their own works bear the authors themselves. All copyrights of the published contents are taken over by the owner of the journal. With the citation of sources, non-commercial fair use for scientific and technical purposes is allowed: education, research, criticism and review. The owner, publishers and associates of PONS Medical Journal disclaim any responsibility for any damage that may occur using any information published in the journal.

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd,
UDK 61

ISSN 2406- 1352
COBISS.SR/ID 115713804

Izlazi polugodišnje, nulti broj izašao 3. Juna 2004.
Issued semiannually, the no.0 came 3rd June 2004.

Tiraž 200 primeraka



MEDICINSKI ČASOPIS
PONS
MEDICAL JOURNAL

WWW.PONSJOURNAL.INFO