

SOCIJALNA MEDICINA

- SKRIPTA -



BEOGRAD

2002.

I-1. TEORIJSKI KONCEPT ZDRAVLJA

RAZVOJ SHVATANJA O ZDRAVLJU

Razvoj shvatanja o zdravlju menjao se kroz istoriju.

ANTIČKI PERIOD

Prva zabeležena shvatanja govore o zdravlju kao o stanju ravnoteže. U KINI je smatrano da ako se naruši red stvari u prirodi, mora nastati bolest. U ANTIČKOJ GRČKOJ zdravljem se bave lekari, ali i filozofi : " *Zdravlje je harmonija koja je osnov svakog moralnog ponašanja* " PLATON

" *Ne treba se moliti bogu za zdravlje – ono je u rukama samih ljudi* " DEMOKRIT

HIPOKRAT :

Priroda ima neprekidnu težnju da održi stanje stabilnosti, pa se zato svojim snagama adaptira na promene, kako bi održala tu ravnotežu – u toj ravnoteži čovek je zdrav ! Kada se ravnoteža naruši, javlja se bolest.

BIOMEDICINSKI MODEL

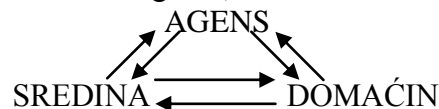
Ovaj pristup se razvija od XVI veka. Dostignuća u fizici se primenjuju na " mašinu ljudskog tela", koja " radi po zakonima fizike". ZDRAVLJE je odsustvo bolesti, perfektan rad mašine ljudskog tela. BOLEST je prirodno stanje, a zdravlje je "nešto što dolazi između dve bolesti" kaže ova teorija. Ovaj model je dugo bio na snazi. "Čovek je mašinerija, a bolest je kvar koji lekar treba da otkloni! ". Pozitivne strane ovog metoda : Pomogao je "naučnom čudu",razvoju tehnologije...
Negativne strane : Doveo je do porasta troškova zdravstvene zaštite.

RANI SOCIOMEDICINSKI MODEL

Pokušano je da se ukaže na značaj "eksternih faktora" za zdravlje, ali je to bilo bez velikog odjeka. Oslanjajući se na korene antičke medicine, naučnici su tvrdili da je distribucija bolesti zavisna od socio-ekonomskih i kulturalnih uslova. (Npr. U ranom kapitalizmu – neadekvatna ishrana, stanovanje, situacija, radni dan bez ograničenja – dovodili su do prerane smrti u radnoj populaciji.)

EPIDEMIOLOŠKI (PREVENTIVNI) MODEL

Zdravlje definiše kao ravnotežu agensa, sredine i domaćina.



Agens deluje uvek negativno na zdravlje, domaćin se brani svojim zdravstvenim kapacitetom, a sredina, kada je povoljna, pomaže domaćinu, a kada je nepovoljna, pomaže agensu. Ovaj model je dobar za objašnjavanje zaraznih bolesti.

SUPERBIOLOŠKI (ADAPTACIONI) MODEL – Hans Seli 1946.

Zdravlje i bolest su rezultat uspešne ili neuspešne adaptacije na uslove sredine. Od bioloških mehanizama za adaptaciju, koje oboleli poseduje, zavisi da li će doći do ozdravljenja (adaptacije) ili ne. Pojedini faktori sredine deluju slabim intenzitetom, ali duže vremena. Čovek može da se prilagodi, ali usled dugotrajnosti delovanja tih faktora vremenom dolazi do slabljenja adaptacionih mehanizama i nastupa bolest.

SOCIO-EKOLOŠKI MODEL

Nastaje sa ekološkom erom u nauci. Smatra se da čovekovo zdravlje zavisi od zdravlja prirodne sredine koja ga okružuje. Zdravstveno stanje individue je rezultanta odnosa dva univerzuma :

1. Internog (telesnog)
2. Eksternog (čini ga skup uticaja sredine)

Osnovna slabost ovog medela je što ova dva univerzuma posmatra odvojeno.

DEFINICIJE ZDRAVLJA

Ne postoji ni jedna homogena, sveobuhvatna laička ili naučna definicija zdravlja.

Zdravlje je teško definisati iz sledećih razloga :

1. Zdravlje je normativni koncept i mnogo se teže objašnjava od bolesti koju je moguće dijagnostikovati, lečiti, prognozirati...
2. Zdravlje je jedinstveno dok bolesti ima više
3. karakteristike zdravlja su nedovoljno proučene, a njegovi merljivi elementi nedovoljno determinisani.

Ima više definicija zdravlja :

"Zdravlje je produkt harmoničnih odnosa čoveka i njegove okoline."

"Zdravlje je kapacitet, potencijal, aktivnost, nešto što čoveku omogućava samoispunjenje."

Javlja se i pojam "lična, individualna odgovornost" pod kojom se podrazumeva primena svih saznanja i tehnika za koje je potvrđeno da doprinose poboljšanju zdravlja.

ZDRAVLJE U DEFINICIJI SZO

1949. – "Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti."

Zamerke : - nije dovoljno operacionalizovana – nemože se koristiti u svrhu merenja i poređenja

- statična, jer govori o "stanju" * ANDONOVSKI – "Zdravlje je kontinuum"
- zalaže se za idealan koncept koji se nemože dostići.

1990. – "Zdravlje je multidimenzionalni fenomen u kome se integracija individue i njene okoline, kako fizička tako i socijalna, mora shvatiti kao celovita" i da se termin "stanje" treba zameniti sa "dinamička ravnoteža".

Zdravlje ne treba shvatiti kao cilj života, već kao izvor (sredstvo) za svakodnevni život.

I-2. NAJZNAČAJNIJI FAKTORI KOJI UTIČU NA ZDRAVLJE STANOVNIŠTVA

Medicina j neprekidno traganje za odgovorima na pitanja :

Kako se zdravlje može sačuvati?

Kako se bolest može prevenirati?

To je traganje za faktorima koji mogu da a) doprinesu očuvanju i unapređenju zdravlja; b) predstavljaju rizik i prete narušavanjem zdravlja.

Faktori (determinante) zdravlja su **faktori nasleđa i faktori okoline.**

FAKTORI NASLEĐA

Problem "nasleđenog" i "stečenog" u bolesti i zdravlju ima neprekidnu aktuelnost, ali se ta dva pojma sve manje suprotstavljaju jedan drugom. Razvojem genetike saznalo se da je pojava nekih karakteristika i bolesti vezana za :

- dominantne gene
 - visoko penetrirajuće recesivne gene
 - rezesivne gene vezane za pol
- npr. krvne grupe, hemofilija...

Uglavnom se osobine i bolesti razvijaju interakcijom genetskih i okolnih faktora !

Danas postoji mogućnost "SCREENING-a" koji podrazumeva rano otkrivanje poremećaja kod nerođene dece; tada se javlja etički problem : Šta učiniti ako se otkrije neka neizlečiva malformacija?

Zato se u praksi zdravstvena zaštita mora koncentrisati i na faktore okoline.

FAKTORI OKOLINE

1. Vodosnabdevanje i dispozicija otpadnih materija

Sigurna voda i bazična sanitacija su među prvim prepoznatim determinantama zdravlja i napori na njihovom unapređenju imaju vekovima dugu istoriju. Iz decenije u deceniju SZO beleži stalni porast populacije koja se snabdeva čistom vodom. Bazična sanitacija (otklanjanje otpadnih materija) je prisutna 71% u urbanoj i 48% u ruralnoj sredini.

*zapažena je povezanost između :

Stopa mortaliteta (morbidityta) od crevnih i drugih infekcija	↔	Nerešeno vodosnabdevanje i dispozicija otpadnih materija
--	---	---

2. Stanovanje

Problem neadekvatnog stanovanja ima neosporiv uticaj i na zdravstveno stanje. Vremenom taj (loš) uticaj dobija na snazi. **U nerazvijenim zemljama :**

-stanovnik živi u kući od propustljivog materijala sa slamnatim krovom i podom od blata; usled ne higijenskih uslova česta je pojava parazitskih oboljenja, respiratornih infekcija, dijareje, trovanja ugljenmonoksidom...

U razvijenim zemljama :

-stanovnik predgrađa živi u nehigijenskim i neekološkim uslovima, te dolazi do raznih drugih problema : prenaseljenost, teškoće u transportu i komunikacijama, jonizujuće zračenje, radon kao građevinski materijal, povećan broj beskućnika...

3. Zagađena okolina

Tehnološki razvoj i industrijalizacija su primarni ciljevi ukupnog razvoja niza zemalja. Cena za to su promenjeni uslovi životne i radne sredine , koji neposredno uticu na zdravlje: zagađenje vazduha, vode, zemljišta i radne okoline.

U gradovima koncentracija SO₂ je veća od dozvoljene. Zemlje razvijeno sveta čine niz organizovanih napora da smanje zagađenje: ispravnost vozila, bezolovni benzin.

U selima zagađenja izazivana sredstvima neophodnim za poljoprivredu i ekonomsku profit (đubrenja, prskanja i sl.) akutna i hronična trovanja.

Opasno đubre toksični i radioaktivni otpaci – veliki zagađivači!

FAKTORI SOCIJALNE SREDINE

Socijalna sredina je svojstvena samo čoveku.

Ona organizovanim oblicima delovanja u društvu (dogovorima, konvencijama) deluje u smislu modifikovanja svih drugih faktora:

Elementi socijalne sredine:

1. jezik – informisanje
2. soc. institucije - brak, porodica, zakoni, obrazovanje
3. ekonomske institucije
4. ideološko-vrednosni sistem: vrednosti, model, moral, politika
5. kulturološki sistem: verovanja, običaji, navike i sl.

1. Ekonomski faktori

Povezanost niskog eko-standarda sa nizom indikatora – zdravlja (visoka stopa smrtnosti odojčadi, kratak životni vek)

Porast eko-standarda u nerazvijenim zemljama je jako spor!

U razvijenim zemljama, razlike u nivou zdravstvenog stanja su teritorijalne, ali se javljaju i među grupama ljudi.

2. Kultura i obrazovanje

Veza između zdravlja i kulture, odnosno tradicije, navika, običaja, religije i celokupnog duhovnog bogatstva naroda je opisana veoma tačno!

Teško se menja ono što je ukorenjeno i što se prenosi sa kolena na koleno u nerazvijenim zemljama: ishrana, porođaj, nega deteta i sl. – obavezna za sve, bez individualizacije, koja raste sa razvojem zemlje.

Obrazovanje pokazuje neposrednu povezanost sa zdravljem: visok mortalitet odojčadi, povezan sa majčinim obrazovanjem.

3. Stil života

- opšti način života
- nastaje interakcijom uslova života u širem smislu i individualnih obrazaca ponašanja
- on je individualni izbor jedinice – i može se menjati, mada na njega utiču i eksterni faktori
- individualni izbor ima uticaja u sl. oblastima:
 - pušenje
 - konzumacija alkohola i droge
 - način ishrane

A: pušenje

- najpoznatiji od rizik-faktora u populaciji
- prema SZO 1/3 svih smrti je u vezi sa pušenjem
- mladi puše, jako rano počinju, muškarci pre i više nego žene

U našoj zemlji –50% muškaraca i više puši!

B: alkohol i alkoholizam

Postoji konflikt :

Interesi eko-političke sfere \longleftrightarrow Interesi javno-zdravstvene sfere

Slično pušenju, s tim što se ovde javlja potreba da se razgraniči :

- socijalna konzumacija
- zloupotreba alkohola

Visoka povezanost nesreća i povreda je sa konzumacijom alkohola !

C: narkomanija

Teško je proceniti broj narkomana i povremenih korisnika droge. Kada se u toj populaciji pojavio HIV – u razvijenim zemljama su formirani programi za prevenciju i lečenje sadašnjih narkomana.

D: ishrana

Ishrana jako utiče na zdravlje:

Infektivne i parazitske bolesti su u vezi sa problemima ishrane

* u nerazvijenim zemljama - nedostatak hrane (neadekvatnost) kao uzrok obolenja (kretenizam i oštećenja mozga dece).

* u razvijenim zemljama - preobilna ishrana dovodi do gojaznosti i posledica koje iz toga proizilaze.

4. Nezaposlenost i zdravlje

Nezaposlenost izaziva:

- pad životnog standarda
- gladovanje, loša ishrana
- preranu smrt

U okviru porodice proučava se uticaj nezaposlenosti na :

- raspodelu resursa
- zdravlje članova
- podrška porodice nezaposlenom čoveku.

5. Socijalna podrška i zdravlje

Socijalna mreža – broj ljudi sa kojima pojedinac komunicira, koji ga okružuju i na koje se može osloniti kada mu je potrebna emotivna i praktična pomoć

Socijalna podrška – kvalitet više od socijalne mreže: "informacija koja dovodi pojedinca da veruje da je voljen, da neko o njemu brine, da je poštovan i da je deo neke grupe"

Socijalna podrška – nedostatak - socijalna podrška povećava prijemčivost za određene bolesti;

Pozitivna strana - može da smanji izlaganje stresnim situacijama.

I – 3. POTREBE, ZAHTEVI I KORIŠĆENJE U ZDRAVSTVU

Ljudske potrebe- njihovo proučavanje i održavanje je u porastu

"Bogatstvo čoveka leži u bogatstvu njegovih potreba"

Potrebe:

- nedostajanja (zadovoljavanje njih sprečava da se javi bolest)
- postojanja, rašćenja (zadovoljavanje pomaže da se održi zdravlje)

Hijerarhija ljudskih potreba po Maslovu :

- potreba za samorealizacijom: realizacija životnih želja (kad porastem biću lekar!)
- potreba za poštovanjem: samopoštovanje i poštovanje drugih ljudi
- potreba za ljubavlju: izražava se primanjem i davanjem ljubavi
- potreba za sigurnošću: kod dece
- fiziološke potrebe: hrana, seks, žeđ, seks, odmor, seks, seks, seks... ☒

Najniži nivo su fiziološke potrebe; zadovoljavanjem njih javljaju se potrebe sledećeg nivoa itd.

ZDRAVSTVENE POTREBE

I u širem smislu: sve ljudske potrebe su i zdravstvene potrebe

II u užem smislu: objektivno ili od stručnjaka potvrđeno odstupanje od zdravlja u populaciji, porodici, ili kod pojedinca; uključujući i mere koje bi trebalo preduzeti da se ta odstupanja uklone i umanje.

- spadaju u potrebe “nedostajanja”

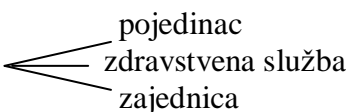
Zdravstvene potrebe : *opažene (vidljive) –izražene

– neizražene

– prepoznaju se u vidu mortaliteta i morbiditeta, izražavaju zahtevima za zdr. zaštitom.

*neopažene (nevidljive)

- osobe osećaju simptome ili spadaju u vulnerabilno stanovništvo , zahtevi retko stižu do z. službe, pa je potrebno aktivno istraživati.

Opažanje vrši 

Opažanje ova 3 subjekta se ne poklapa uvek:

pr.1: neke zdravstvene potrebe ne opaža pojedinac (vakcinacija), ali ih opaža zdravstvena služba

pr.2: najčešće se opažaju potrebe vezane za mortalitet i manifestni morbiditet

mortalitet }
 manifestu morbiditet } zahtevi koji stižu do zdr. službe
 verovatni morbiditet }
 simptomatski i povremeni morbiditet }
 vulnerabilno stanovništvo } zahtevi koje treba aktivno istraživati
 zdravo stanovništvo }

* **Profesionalno definisane (normativne) potrebe** - potrebe za uslugama zdravstvene službe koje prepoznaju eksperti ili profesionalci u zdravstvu!

* **Naučno potvrđene potrebe** - rezultat u praksi potvrđenog iskustva npr. potreba za vakcinacijom.

ZAHTEV

- inicijativa da se opažena potreba zadovolji

Da bi se potreba manifestovala zahtevom neophodno je da

- postoji organizacija ili pojedinac kojoj se zahtev može uputiti
- da kod osobe pored potrebe postoji motiv koji inicira akciju

Postoje prepreke prerastanju potrebe u zahtev (ekonomske, psihičke, tehničke prirode):

- osoba može biti neupućena – ne zna da može dobiti pomoć
- može izbegavati da traži pomoć iz straha od bolnog tretmana ili nepovoljnog ishoda
- može biti opterećena nepoverenjem prema lekarima

- može preferirati druge oblike lečenja : alternativna medicina

Zahtev se upućuje se zdravstvenoj službi; starost i pol su bitne determinante zahteva za uslugama z. službe.

Postoje – primarni zahtevi (upućuje ih pojedinac)

– izvedeni zahtevi (upućuje ih z. služba) na svaki prvi pregled u proseku dođe dva ponovna pregleda.

Zahtev - realizovan

- nerealizovan , što zavisi od faktora :
 - ekonomskih (cena)
 - fizičkih (dostupnost)
 - kulturnih (nepoznavanje jezika)
 - prethodno iskustvo

KORIŠĆENJE

- predstavlja realizovan zahtev
- u svetu stalno raste
- može se dovesti u vezu sa :
 - 1) povećanim obimom prava na zdravstvenu zaštitu
 - 2) sve složenije medicinske usluge
 - 3) demokratske promene – sve više starih koji imaju sve veće zdravstvene potrebe
- korišćenje se može smanjiti:
 - 1) sužavanjem prava na zdravstvenu zaštitu
 - 2) uvođenjem participacije (lično učešće korisnika u plaćanju zdravstvenih usluga
 - 3) povećanjem efektivnosti i kvaliteta zaštite
 - 4) orjentisanjem na preventivu

EPIDEMOLOŠKI PRISTUP U PROCENI ZDRAVSTVENIH POTREBA:

Tri sfere (tri kruga) :

- 1) Profesionalno definisane potrebe
- 2) Zahtevi
- 3) Korišćenje usluga

- b. kada se u potpunosti preklope: 1) i 2), potrebe se uzražavaju i zdravstvena služba im izlazi u susret u vidu korišćenja usluga
- c. mogu da se preklope 1) i 3) : prinudna hospitalizacija
- d. mogu da se preklope 2) i 3) : hipohondrija

I – 4. PROCENA ZDRAVSTVENOG STANJA STANOVNIŠTVA

Zdravstveno stanje stanovništva predstavlja osnovu za objektivnu identifikaciju prioriteta, stimulisanje i preispitivanje ciljeva zdravstvene politike strategijom tehnologije u zdr. zaštiti.

Zdravstveno stanje je :

"opis i/ili merenje zdravlja pojedinca, grupe ili celokupne populacije prema prihvaćenim standardima uz pomoć zdravstvenih indikatora".

CILJEVI procene zdravstvenog stanja stanovništva su:

- e. unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva
- f. identifikovanje prioriteta zdravstvenih problema
- g. praćenje promena zdravstvenog stanja tokom vremena
- h. uočavanje i analiza razlika između različitih teritorija ili populacionih grupa
- i. unapređenje menadžmenta u zdravstvu
- j. preispitivanje zdravstvene politike, strategija u z.z. i zdravstvenih tehnologija

POTREBA procene z. stanja stanovništva proizilazi iz jednog od razloga:

1. za dobijanje osnovnih informacija o zdravlju za donosioce zdr.usluga
2. za merenje napretka u dostizanju ciljeva zdravstvene politike
3. za merenje vrednosti u zdravlju dobijene za uloženi novac u sistem z.z.

INSTRUMENTI za merenje zdravstvenog stanja :

- su indikatori (pokazatelji) z. stanja - varijable koje pomažu da se izmere promene, direktno ili indirektno.

- najveći broj njih su (ili nastoje da budu) – kvantitativne prirode (predstavljene apsolutnim ili relativnim brojem), mada ima i kvalitativnih (u smislu konstatacije da nešto postoji ili ne, ili u smislu gradacije: izuzetno dobro, dobro, ni dobro ni loše, loše, izuzetno loše)

- relativni brojevi se najčešće koriste – da bi se omogućila terit. i vrem. poređenja , i to :

- * prporcije (procenti) – kao pokazatelji strukture
- * stope – pokazatelji učestalosti ili nivoa neke pojave
- * nekim drugim odnosima

IDEALAN INDIKATOR treba da bude:

- validan: da meri samo ono što se pretpostavlja da meri
- objektivn: rezultat merenja da bude isti ako ga vrše različiti ljudi u istim ili sličnim okolnostima
- osetljiv (senzitivan) : osetljiv na promenu situacije koju odslikava
- specifičan : trebalo bi da reflektuje promene samo situacije na koju se odnosi

KLASIFIKACIJE INDIKATORA

1957. : tri grupe indikatora:

1. pokazatelji povezani sa zdravstvenim stanjima osoba i stanovništva na određenoj teritoriji
2. pokazatelji koji se odnose na uslove srđine, a koji imaju veći ili manji uticaj na zdravlje ljudi
3. pokazatelj koji se odnose na zdravstvenu službu i njene aktivnosti usmerene na poboljšanje zdravlja

prema SZO :

- a. pokazatelji zdavstvene politike koju zemlja vodi
- b. socio-ekonomski pokazatelji povezani sa zdravstvom
- c. pokazatelji obezbeđenosti stanovništva zdravstvenom zaštitom
- d. uži pokazatelji zdravstvenog stanja stanovništva

RAZVOJ INDIKATORA KROZ ISTORIJU

- menjao se tokom veremena

- 1) Do kraja I svetskog rata kada su vodeće bolesti bile masovne zarazne bolesti sa visokom smrtnošću najbolji pokazatelji zdravstvenog stanja su bili:
 - k. mortalitet
 - l. letalitet (smrtnost od određenih bolesti)
- 2) U periodu između dva svetska rata, zahvaljujući masovnoj upotrebi antibiotika, masovne zarazne bolesti su nestale, a pojavile su se različite akutne bolesti koje ne završavaju smrću. Najbolji pokazatelji zdravstvenog stanja:
 - Stopa morbiditeta – incidenca (broj novoobolelih)
 - prevalenca (broj ukupno obolelih)
- 3) od oko 1945. godine vodeće bolesti su bile hronične bolesti usled starenja. Najbolji indikatori u ovom periodu su:
 - dani invalidnosti
 - dani bolovanja
 - skale zdravlja
- 4) danas, vodeće bolesti su rezultati stila života, štetnih navika, ponašanja i drugih faktora rizika iz socijalne sredine. Najbolji indikatori
 - indikator kvaliteta života.

I – 5. IZVORI PODATAKA ZA PROCENU ZDRAVSTVENOG STANJA

Indikatori – osnovni instrumenti pomoću kojih se procenjuje stanje zdravlja stanovništva.

Uglavnom su – relativni brojevi

-izračunavaju se iz podataka (slepo numeričkih vrednosti o svemu što se odnosi na zdravlje);

- neki se dobijaju organizovanim periodičnim prikupljanjem i publikovanjem i odnose se na celu populaciju, a drugi se prikupljaju "ad hoc" prema potrebi

IZVORI PODATAKA:

1) MATIČNE KNJIGE – registri vitalnih događaja u populaciji, iz koje se dobijaju podaci o rođenju, umiranju, sklapanju braka, razvodu, usvajanjima,...

m. iz ovih podataka se izračunavaju sledeći indikatori:

stopa nataliteta = broj živorođenih / broj stanovnika x 1.000

stopa fertiliteta = broj

stopa reprodukcije

opšta stopa mortaliteta = broj svih umrlih / broj stanovnika x 1.000

specifična stopa mortaliteta po polu, starosti, obrazovanju, zanimanju i uzrocima umiranja

stopa bračnosti = broj sklopljenih brakova / ukupan broj stanovnika x 1.000

stopa razvoda brakova

stopa prirodnog priraštaja = [broj živorođenih – broj svih umrlih / broj stanovnika] x 1.000

2) POPIS STANOVNIŠTVA – proces sakupljanja, obrade i publikovanja demografskih, ekonomskih i društvenih podataka koji se odnose na određeno vreme i za sve osobe u ovoj zemlji ili na ograničenoj teritoriji.

Obezbeđuje podatke o :

- broj stanovnika i distribucije po polu i starosti (kao imenioce za izračunavanje većine pokazatelja zdravstvenog stanja)
- snabdevenosti pijaćom vodom, postojanje kanalizacije i dispozicije otpadnih materijala
- prosečan broj osoba po domaćinstvu, komforntost stanova i sl.

3) RUTINSKA ZDRAVSTVENA STATISTIKA

- zapisana u medicinskoj dokumentaciji i evidenciji
- obezbeđuje podatke o korišćenju efikasnosti, i troškovima z. delatnosti :
- to su podaci o morbiditetu (razboljevanju od pojedinih bolesti, koji se beleže prilikom poseta zdravstvenim ustanovama)

Za izračunavanje pojedinih zdravstvenih indikatora potrebi su podaci:

- dijagnostičke prirode (maternalni mortalitet, specifični morbiditet i mortalitet od raznih bolesti)
- podaci o merenjima (težina na rođenju, masa, visina, obim nadlaktice)
- podaci o aktivnostima z. službe - imunizacija, lečenje uobičajenih bolesti i sl.)

Izvor ovih podataka su :

- medicinska dokumentacija
- evidencija
- izveštaji

4) REGISTRARI BOLESTI

Formiraju se za oboljenja socio-medicinskog karaktera – odnosno granična masovna nezarazna oboljenja u populaciji!

Svi slučajevi oboljenja se prijavljuju u tzv. Centralni registar – vrlo značajan izvor : morbiditet od određene bolesti, lečenje koje je pruženo pacijentima, preživljavanje, letalitet

5) EPIDEMOLOŠKI NADZOR

Kao aktivnost koja vodi ka sakupljanju korisnih informacija o epidemskim bolestima ili onima koja podležu posebnoj kontroli preko programa obavezne imunizacije.

6) ISPITIVANJE ZDRAVLJA

- usmereno je ka obezbeđivanju informacija o zdravstvenom stanju stanovnika

- 1) Deskriptivno
- 2) Eksplorativno
- 3) Tumačeće (eksplanativno)

- vrši se pomoću upitnika ili intervjuja, na nacionalnom nivou, za dobijanje podataka o zdravstvenim potrebama stanovništva i zahtevima (nerealizovanim) za usluga z. službe kao i o plaćanju iz džepa korisnika za z. usluge

7) DRUGI IZVORI PODATAKA

- odnose se na društvenu statistiku i obezbeđuju podatke iz sektora povezanih sa zdravljem. To su ekonomski razvoj, obrazovanje, kultura, ishrana, socijalna zaštita i drugi.

I-6. UŽI ZDRAVSTVENI POKAZATELJI

Ova grupa pokazatelja neposredno meri zdravstveno stanje stanovništva i prema pristupu tom procesu deli se na dve grupe :

I - INDIKATORI POZITIVNOG ZDRAVLJA (I-7.)

Procenjuju stanje uhranjenosti i psihosocijalnog razvoja. U ovu grupu spadaju indikatori koji se izračunavaju iz sledećih podataka :

- Težina na rođenju
 - Odnos težine i visine na rođenju
 - Obim nadlaktice
- } Antropološke mere

- Debljina kožnog nabora
- Kvalitet ishrane
- Indikatori psihosocijalnog razvoja
- Divorcijalitet (bračna stabilnost)
- Stopa kriminala (nasilje)

- 1) % novorođenčadi sa malom TM na rođenju =
$$\frac{\text{Br. novorođenčadi sa TM manjom od 2.500gr}}{\text{Ukupan br. novorođenčadi}} \times 100$$
- 2) % dece sa nižom TM za određenu starost =
$$\frac{\text{Br. dece sa nižom TM (TM < 2 SD) za odr. starost}}{\text{Ukupan broj dece određene starosti}} \times 100$$
- 3) % dece sa nižom TV za određenu starost =
$$\frac{\text{Br. dece sa nižom TV (TV < 2 SD) za odr. starost}}{\text{Ukupan broj dece određene starosti}} \times 100$$
- 4) % dece sa nižom TM u odnosu na TV =
$$\frac{\text{Br. dece sa nižom TM u odnosu na TV}}{\text{Ukupan broj dece određene starosti}} \times 100$$
- 5) % dece sa manjim obimom leve nadlaktice =
$$\frac{\text{Br. dece sa manjim obimom leve nadlaktice}}{\text{Ukupan broj dece određene starosti}} \times 100$$

(manjim od 2 SD od proseka)

II – INDIKATORI NEGATIVNOG ZDRAVLJA (I-8.)

Su pokazatelji smrtnosti u populaciji :

- 1) Stopa mortaliteta odojčadi =
$$\frac{\text{Br. Umrle odojčadi}}{1.000 \text{ živorođene dece}}$$
- 2) Stopa mortaliteta dece 1-4 god. =
$$\frac{\text{Br. Umrle dece od navršene 1. do navršenih 4 god.}}{1.000 \text{ dece ovog uzrasta}}$$
- 3) Stopa smrtnosti dece do 5 god. =
$$\frac{\text{Br. Umrle dece od rođenja do navršene 4 god.}}{1.000 \text{ živorođene dece}}$$
- 4) Proporcionalni mortalitet dece do 5 god. =
$$\frac{\text{Br. Umrle dece do 5 god.}}{\text{Ukupan br. umrlih}}$$
- 5) Stopa maternalnog mortaliteta =
$$\frac{\text{Br. Žena umrlih u trudnoći, na porođaju ili u puerperijumu}}{100.000 \text{ žena u generativnom periodu}}$$

Br. Žena umrlih u trudnoći, na porođaju ili u puerperijumu

6) Odnos maternalnog mortaliteta = $\frac{\text{---}}{100.000 \text{ živorodene dece}}$

7) Očekivano trajanje života = Prosečan broj godina koje se očekuje da će doživeti osoba te starosti pod uslovima umiranja stanovništva u vreme izračunavanja pokazatelja; Računa se na rođenju, a za izračunavanje se koriste tablice mortaliteta.

DRUGI POKAZATELJI NEGATIVNOG ZDRAVSTVLJA

1) Struktura mortaliteta :

Mortalitet opisuje umiranje u jednoj populaciji. Meri se stopama mortaliteta. Mortalitet može biti: OPŠTI – opisuje ukupno umiranje, meri se stopama opšteg mortaliteta i nije dobar pokazatelj zdravstvenog stanja jer zavisi od starosti populacije; SPECIFIČNI – opisuje umiranje pojedinih grupa ili umiranje od određene bolesti; češće se koristi; Treba pomenuti specifični mortalitet po : polu, starosti, od određene bolesti (letelitet), **mortalitet odojčadi**, maternalni...

Mortalitet odojčadi : smrtnost dece od rođenja do navršene prve godine života; jedan od najosetljivijih zdravstvenih indikatora; pokazuje i društvenoekonomsko stanje i rad zdravstvene službe. Na smrtnost odojčadi utiče :

- Zdravlje majke u trudnoći
- Porodaj
- Uslovi života u porodilištu

Uzroci smrti :

- Egzogeni - porodaj,uslovi (higijenski, nutritivni, socijalni...)
- Endogeni – genetski poremećaji...

***Perinatalna smrtnost** – prvih nedelju dana po porođaju

***Neonatalna smrtnost** – prvih 4 nedelje po porođaju

***Postneonatalna smrtnost** – od 4 nedelje do navrhene 1.god.

2) Struktura morbiditeta :

Morbiditet opisuje oboljevanje stanovnika na određenoj teritoriji; računa se na osnovu podataka zdravstvene službe i ne predstavlja pravu sliku, jer ima obolelih koji se ne registruju.

$$\text{Opšta stopa morbiditeta} = \frac{\text{Br. Svih obolelih}}{\text{Ukupan br. stanovnika}} \times 1.000$$

$$\text{Stopa specifičnog morbiditeta} = \frac{\text{Br. obolelih od određene bolesti}}{\text{Ukupan br. stanovnika}} \times 10.000$$

(Prema uzroku razbolevanja)

$$\text{Stopa specifičnog morbiditeta} = \frac{\text{Br. obolelih određene starosti}}{\text{Br. stanovnika te starosti}} \times 10.000$$

(Prema uzrastu)

$$\text{Stopa specifičnog morbiditeta} = \frac{\text{Br. obolelih određenog pola}}{\text{Br. stanovnika tog pola}} \times 10.000$$

(Prema polu)

Br. Novootkrivenih slučajeva oboljenja

$$3) \text{ Stopa incidencije} = \frac{\quad}{\text{Br. Osoba izloženih riziku obolevanja}} \times 1.000$$

$$4) \text{ Stopa prevalencije} = \frac{\text{Br. Svih obolelih od određene bolesti}}{\text{Br. Osoba izloženih riziku obolevanja}} \times 1.000$$

5) Prevalencija dugotrajne nesposobnosti – invalidnost u populaciji

I-9. SOCIJALNO-EKONOMSKI POKAZATELJI POVEZANI SA ZDRAVLJEM

1) Pokazatelji porasta stanovništva

mere se :

$$\text{Stopa prirodnog priraštaja} = \frac{\text{Br. živorođenih} - \text{Br. umrlih}}{1.000 \text{ stanovnika određene teritorije}}, \text{ za 1 kalendarsku god.}$$

$$\text{Stopa unutrašnje migracije} = \frac{\text{Br. doseljenih i odseljenih}}{1.000 \text{ stanovnika određene teritorije}}, \text{ za 1 kalendarsku god.}$$

2) Nacionalni dohodak

ili društveni proizvod po glavi stanovnika u nacionalnoj ili internacionalnoj valuti

3) Prosečni prihod

po radno aktivnom stanovniku i raspodela prihoda po geografskim područjima ili profesionalnim grupama.

4) Zaposlenost i uslovi rada

procenjuju se :

$$\text{-Stopa nezaposlenosti} = \frac{\text{Br. lica koja traže posao}}{1.000 \text{ radno aktivnih stanovnika}}$$

-Stopa nezaposlenosti žena

$$\text{-Stopa zaposlenosti} = \frac{\text{Br. zaposlenih lica}}{1.000 \text{ radno aktivnih stanovnika}}$$

$$\text{-Stopa zavisnosti stanovništva} = \frac{\text{Br. mlađih od 16} + \text{Br. starijih od 65}}{100 \text{ osoba od 16-65 na određenoj teritoriji}}, \text{ za 1.god.}$$

5) Pokazatelji pismenosti i obrazovnog nivoa

$$\text{-Stopa pismenosti} = \frac{\text{Br. nepismenih starijih od 10 god.}}{\quad}$$

$$\text{-Stopa obrazovanja} = \frac{\text{Ukupan br. stanovnika} \times \text{Br. dece (5-19 god.) obuhvaćene školskim sistemom}}{\quad}$$

Ukupan br. dece (5 -19 god.)

6) Uslovi stanovanja

se mogu proceniti na osnovu :

- Prosečne stambene površine po jednom stanovniku
- Stope stambene izgradnje
- Proporcija komfornih stanova

7) Dostupnost adekvatne ishrane

Se procenjuje na osnovu :

- Prosečne kalorijske vrednosti dnevnog unosa namirnica.

I-10. INDIKATORI OBEZBEĐENOSTI STANOVNIŠTVA ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM

Obuhvat zdravstvene službe se meri na nekoliko načina :

I – Obuhvat stanovništva prema nivoima zaštite

1. Obuhvat primarnom zaštitom (informisanost, vodosnabdevanje, sanitacija, imunizacija...)
2. Obuhvat sekundarnom zaštitom (bolničke i specijalizovane ustanove)

II – Obuhvat stanovništva prema različitim funkcijama, odnosi se na :

- Z.z. majke i deteta
- opštu praksu
- z.z. starih
- z.z. hendikepiranih

III – Obezbeđenost stanovništva zdravstvenom zaštitom prema različitim konceptima, odnosi se na :

1. Dostupnost zdravstvene zaštite :

Procenjuje se iz odnosa stanovnika administrativnih jedinica (opština, region...) i zdravstvenih radnika (po profilima) ili zdravstvenih ustanova (po vrstama)

2. Pristupačnost zdravstvene zaštite

Procenjuje se na osnovu broja ili procenta stanovnika za koji se očekuje da će koristiti određenu službu ili određene usluge, imajući u vidu fizičke, emocionalne i kulturne barijere

3. Korišćenje

- se meri : odnosima (broj pregleda ili usluga po stanovniku)
- stopama (stopa hospitalizacije)
- proporcijama (prosečna dnevna zauzetost bolnica)

4. Kvalitet

kojim se procenjuje ishod rada službe je zdravlje pacijenta (u prim.,sec. I terc. Zdravstvenoj zaštiti) kao i zadovoljstvo korisnika radom službe.

5. Obezbeđenost esencijalnih lekova

6. Tretman najčešćih bolesti i povreda

7. Prevencija i kontrola epidemskih bolesti

8. Obuhvat imunizacijom.

I-11. ZDRAVSTVENA POLITIKA ILI POLITIKA ZA ZDRAVLJE

Postoje dva koncepta koji se mogu definisati :

1. Širi, koji zdravstvenu politiku shvata kao "politiku i praksu unapređenja zdravlja"

2. Uži, koji je vidi kao "politiku usmerenu na razvoj zdravstva, odnosno zdravstvenog sistema, zdravstvenog osiguranja, zdravstvenog obrazovanja i medicine

Proces formulisanja zdravstvene politike

Sastoji se iz niza aktivnosti koje slede jedna za drugom :

- identifikacija problema ili potreba *1*
- predlaganje rešenja
- Definisanje ciljeva i prioriteta *2*
- Prevođenje ciljeva u planove
- Prevođenje planova u akcije

1 Identifikaciji problema bi trebalo prilaziti sistematski; treba koristiti sledeća 4 izvora pri izboru:

- autoritet (osobe, knjige...)
- statističke i opservacione analize
- dedukciju
- senzitivne analize, koje sadrže naučne hipoteze o kretanjima i razvoju pojava.

2 Definisanje ciljeva i izbor prioriteta

Zdravstvena politika može da istakne ciljeve različitog karaktera :

-Ciljevi, kao željeni ishod jedne politike (ne moraju biti izloženi u merljivom obliku); to su opšti ciljevi : "Očuvanje i unapređenje zdravlja"

-Ciljevi, kao konačan ishod zdravstvene politike (moraju biti u mrljivom obliku) : "do 2000. treba postići 100% obuhvat dece imunizacijom"

Izbor prioriteta :

Koji je to oblik zaštite koji mora da bude obezbeđen pre drugih ?

Koje su to mere i aktivnosti koje su prioritete ?

Zašto definišemo prioritete ?

Teško je zamisliti zdravstveni sistem koji može da uvek obezbedi sve što je moguće na sadašnjem stupnju razvoja.

1. postojanje dokazane veze između oblika zaštite i direktnih efekata na zdravlje ljudi
2. efikasnost i adekvatnost određenih medicinskih službi, usluga, procedura
3. koštanje usluga, službi, procedura
4. socijalna očekivanja i individualna odgovornost
5. etičke dileme

Indikatori zdravstvene politike koju zemlja vodi

I – Politička saglasnost

Odluka o dostizanju zdravlja za sve. Pokazatelj je kvalitativne prirode i predstavlja postojanje takve odluke i njeno ugrađivanje u zakonodavstvo zemlje

II – Raspodela sredstava

Meri se proporcijom nacionalnog dohotka izraženom u % koja se izdvaja za zdravstvenu zaštitu, obezbeđivanje potrebne opreme, ustanova, kadrova...

III – Ravnomerna distribucija resursa

Pokazatelji :

- troškovi za z.z. po stanovniku izraženi u nacionalnoj valuti
- Broj stanovnika po lekaru – Br. stanovnika / Br. lekara $\times 1.000$
- Broj lekara na 10.000 stanovnika – Br. lekara / Br. stanovnika $\times 10.000$
- Broj posteljana 1.000 stanovnika – Br. bolesničkih postelja / Br. stanovnika $\times 1.000$

IV – Učešće zajednice u dostizanju zdravlja; meri se stepenom njene uključenosti u donošenje odluka o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti i postojanjem mehanizama koji omogućavaju ljudima da izraze svoje zahteve i potrebe za zdravstvom zaštitom.

I-12. MEĐUNARODNA ZDRAVSTVENA SARADNJA

Međunarodna zdravstvena saradnja podrazumeva jednu ili više aktivnosti na prevenciji, dijagnozi i tretmanu bolesti koje traže kombinovana razmatranja i akcije više od jedne zemlje. Akcije u okviru međunarodne zdravstvene saradnje su :

- kontrola epidemija i zaraznih bolesti
- međusobna razmena medizinskih i zdravstvenih informacija
- međusobna standardizacija vitalne statistike, bioloških preparata, opasnih droga i sl.
- kombinovana istraživanja, njihova koordinacija i pomoć kod zajedničkih problema
- pomoć zemljama u razvoju
- saveti vladama i ministarstvima zdravlja u vezi sa zdravstvenim pitanjima od medicinskog značaja
- medicinski aspekti međunarodne kontrole zloupotrebe droga

Svi ovi problemi se tiču opšte populacije u bilo kojoj zemlji i prevazilaze nacionalne okvire jedne zemlje!!! Iz ovih razloga počinju da se formiraju **međunarodne zdravstvene organizacije** koje se direktno ili indirektno bave zdravstvenim problemima :

- Neposredno po završetku II sv.rata postojale su tri organizacije sa malim brojem zemalja članica i uske u delovanju (za samo određene probleme)
- Danas imamo organizacije : nevladine – Crveni krst i Crveni polumesec
Vladine - Svetska Zdravstvena Organizacija (SZO)

WHO (World Health Organization)- Svetska Zdravstvena Organizacija

Prva inicijativa koja je pokrenula međunarodnu zdravstvenu razmenu, bila je 195. u San Francisku, donošenjem Povelje o osnivanju Ujedinjenih nacija i njenih agencija. Tada potreba međunarodnog rada u oblasti zdravstva nije pomenuta ! Na inicijativu Brazila i Kine UN su imenovale 16 eksperata iz zemalja, za komitet koji će pripremiti međunarodnu konferenciju o zdravlju. 1. septembra 1948. počinje sa radom WHO. Danas WHO obuhvata 190 zemalja, sa ciljem da se dostigne najviši mogući nivo zdravlja za sve ljude.

Funkcije :

- da usmerava i koordinira međunarodne zdravstvene aktivnosti
- da postavlja globalne standarde za zdravlje
- da ohrabruje tehničku saradnju i pomoć među zemljama članicama
- da razvija i prenosi zdravstvene tehnologije, informacije i standarde

Prva skupština je održana u glavnom sedištu WHO u Ženevi.

WHO se sastoji od :

- 1) Skupštine – jednom godišnje rešava najbitnija pitanja-budžet, odabir rukovodstva...
- 2) Izvršnog odbora – zaseda 2 puta godišnje; čini ga tim stručnjaka iz zemalja članica čiji mandat traje 3 god.
- 3) Sekretarijata – čine ga brojni eksperti koji rade pri glavnom sedištu WHO, u regionalnim kancelarijama i zemljama članicama.

To je regionalna organizacija :

- regionalni komiteti
- regionalne kancelarije
- regionalni direktor

Programi WHO

- 1) Prošireni program imunizacije za zaštitu dece od Poliomijelitisa, Difterije, tetanusa, tuberkuloze, malih boginja
- 2) Deklaracija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Alma-ata)
- 3) Globalna strategija za dostizanje zdravlja za sve do 2000. (proglašena)
- 4) Program za razvoj vakcine
- 5) Povelja o unapređenju zdravlja
- 6) Globalni program za AIDS

Strategija "Zdravlje za sve do 2000"

Ovo je program WHO iz 1981. god. Prihvatile su ga sve zemlje sveta i obavezale se da rade na ostvarivanju ciljeva programa (ima ih 38, raspoređenih u 5 grupa) :

I – Generalni ciljevi (odnose se na glavne zdravstvene probleme) :

- smanjenje mortaliteta odojčadi
- smanjenje maternalnog mortaliteta
- produženje životnog veka
- smanjenje mortaliteta od HIV bolesti i raka
- smanjenje stope samoubistava i saobraćajnih nesreća
- iskorenjivanje osnovnih bolesti...
- i sl.

II – Ciljevi koji se odnose na zdravo ponašanje :

- suzbijanje rizičnog ponašanja
- reklamiranje zdravih stilova života
- znanje i motivacija za zdravo ponašanje

III - Ciljevi koji se odnose na zdravu okolinu

- kontrola rizika u okolini
- borba protiv zagađivanja : vode, hrane, zemljišta, vazduha
- zdravi uslovi stanovanja i rada

IV – Ciljevi koji se odnose na odgovarajuću primarnu z.z.

V – Ciljevi koji se odnose na potrebnu pomoć – podršku

- istraživanja, politika
- planiranje resursa,

Za procenu uspeha izabrano je 65 indikatora podeljenih u 4 grupe :

- 1) indikatori zdravstvene politike
- 2) Socio-ekonomski indikatori u vezi sa zdravljem
- 3) Indikatori obezbeđenosti zdravstvene službe
- 4) Uži zdravstveni indikatori

Druge zdravstvene organizacije (deo UN-a) :

UNICEF, ILO, FAO, UNESCO, CIOMS, UNHCR.

I-13. ZAJEDNICA I ZDRAVLJE

Zajednica – grupa ljudi koji žive na istoj teritoriji i dele zajedničke bazične interese. Kao svaka socijalna struktura, sastoji se od funkcionalno zavisnih delova, koji se odlikuju dugim trajanjem i relativnom stabilnošću.

Svaka zajednica ima podsisteme funkcionisanja :

- ekonomski
- politički
- zdravstveni
- religijski socijalni

"**Promene**" – socijalni procesi koji su usmereni bilo na stvaranje novih oblika funkcionisanja ili ponašanja u zajednici, ili čak na stvaranje novih organizacionih struktura.

Postoji **5 kategorija** u koje je moguće svrstati stanovništvo u zavisnosti od reagovanja na promene :

"Inovatori" – ljudi željni promena, uglavnom neshvaćeni od strane drugih

"Oni koji brzo prihvataju" – prulaze dobro u masi, budu birani za vođe, većina ih poštuje

"Rana većina" – imaju moto : "ni prvi ni poslednji"

"Kasna većina" – skeptici : ne prihvataju promene dok ne vide korist

"Oni koji zaostaju" – konzervativci, teško odstupaju od stavova i teško prihvataju promene.

Uticaj zajednice na zdravlje je višestruk. Živeći na istoj teritoriji sa mnogo toga zajedničkog, pripadnici jedne zajednice imaju iste ili slične oblike ponašanja (pa i zdravstvenog).

Zdravstveni sindrom zajednice : zajedničke bolesti ili neke druge zdravstvene karakteristike koje su prepoznatljive za pojedince.

RAD U ZAJEDNICI

Postoji više faza u kontinuitetu odnosa zdravstvenih radnika i članova jedne zajednice :

I – Kontakt sa zajednicom

Inicijalni deo : zdravstveni radnici obaveštavaju članove zajednice o potencijalnim aktivnostima koje se pokreću.

II – Uključivanje zajednice

Članovi zajednice daju svoje komentare i vode postojeće aktivnosti

III – Saradnja zajednice

Postoji kontinuirano učešće članova zajednice i aktivnostima vezanim za zdravlje

IV – Participacija zajednice

Visok stepen uključivanja : zdravstveni tim (čine ga zdravstveni radnici i predstavnici zajednice)

Zdravstveni radnik **vrši** sledeće aktivnosti :

- pružanje informacija, organizacija kampanjskih akcija, organizacija grupa za samopomoć...

DIJAGNOZA ZAJEDNICE

Određivanje zdravstvenog stanja zajednice i faktora koji na njega utiču.

Cilj dijagnoze :

- da indentifikuje probleme
- da izdvoji prioritete za planiranje aktivnosti
- da služi kao baza za razvoj programa z.z.

Tri nivoa aktivnosti :

1) Deskriptivni nivo – opisuje zajednicu i ljude koji u njoj žive; formuliše profil zajednice koji se javlja u **pet*** osnovnih oblika : - opšti profil (socio-demografske karakteristike zajednice)

-zdravstveni i zdr.-org. profil (o zdravlju i zdr organizacijama)

- rizični profil (o potencijalnim zdr. rizicima u zajednici)

- podaci o dosadašnjim akcijama u oblasti zdr. Zaštite

*- *samo su ova četiri navedena u knjizi !?! ☒*

2) Analitički nivo – traži vezu između postojećih faktora u zajednici i karakteristika zdravstvenog stanja.

3) Nivo intervencije – na osnovu dijagnostikovanih problema donosi procenu potrebe za intervencijom u zajednici.

I-14. PORODICA I ZDRAVLJE

Porodica – primarna socijalna jedinica i primarna jedinica medicinske i zdravstvene zaštite. Ne može se shvatiti kao prost zbir članova, već se u njoj dešavaju zbivanja : rast, razvoj, sazrevanje, zdravlje, bolest...

UTICAJ NA ZDRAVLJE

Uticaj porodice na zdravlje može se analizirati na tri nivoa :

I – kroz biološko (genetsko) i medicinsko iskustvo , uključujući i socijalna iskustva u formiranju određenih oblika ponašanja u odnosu na zdravlje.

II – preko internog funkcionisanja porodice, vezanog za interakciju među članovima, dinamiku porodice, podelu uloga u njoj.

III – kroz eksterne funkcije porodice : komunikacije sa drugima, pokratljivost, druženje...

Porodica je prva grupa u kojoj čovek živi. Njen uticaj na zdravlje i z. zaštitu je veliki :

- 1) Porodica je osnovna jedinica reprodukcije društva – na dete se prenose geni koji određuju njegov razvoj.
- 2) U porodici se stiče osećaj fizičke, psihičke i socijalne sigurnosti, vezane za funkcionisanje u društvu
- 3) U najranijem detinstvu, dete prolazi kroz proces primarne socijalizacije – stiče znanja, razvija stavove i navike, stiče ponašanje, stiče i osećaj humanosti prema bolesniku-"porodica je jedinica nege i brige".
- 4) Porodica je epidemiološka jedinica – iste bolesti se prenose unutar porodice.

Promene u savremenoj porodici :

- porast broja zaposlenih žena
- porast broja vanbračne dece
- porast stope razvoda
- porast fertiliteta (smanjenje broja dece u porodici)
- smanjenje veličine porodice
- porast broja starih ljudi

PROCENA PORODIČNOG ZDRAVLJA

Tri najčešće primenjivana pristupa :

I – Procena porodične rutine (načina ponašanja unutar jedne porodice)-omogućava predviđanje reakcije porodice na faktor rizika

II – Porodična dijagnoza – identifikacija onih karakteristika porodice koje utiču na zdravlje i bolest u njoj; to su : porodična struktura, izvršavanje uloge, međusobni odnosi, bdžet

III – Indikatori porodičnog zdravlja :

- 1) Karakteristike porodice : veličina i struktura
- 2) Događaji u porodici : razvodi, usvajanja, smrtnost...
- 3) Indikatori rizika : okolinski, ishrana, geni...
- 4) Indikatori zdravlja : rast, razvoj dece...
- 5) Indikatori bolesti : incidenca i prevalenca određenih bolesti,odsustvo iz škole/posla
- 6) Indikatori planiranja porodice : broj dece, gubitak dece, razmak trudnoća, pobačaj...
- 7) Oblasti funkcionisanja : komunikacije, podela posla, aktivnosti...

I-15. KARAKTERISTIKE SOCIJALNIH BOLESTI

Bolesti mogu nastati na dva načina :

I – bolest je rezultat greške u genetskom materijalu kod oplodjenja

II – bolest koja nastaje kao rezultat nemoći fetusa ili novorođene individue da se adaptira na uslove okoline

Poznato je da se **vodeće bolesti** (one od kojih u jednom istorijskom periodu oboli ili umre veliki broj ljudi) menjaju – jedne nestaju, druge nastaju.

Prvi teorijski okvir za definisanje socijalnih bolesti (Alfred Grothjand)

- 1) značaj bolesti sa socijalne tačke gledišta određen je **frekvencijom** pojave bolesti
- 2) potrebno je poznavati oblik i frekvenciju javljanja pojedinih bolesti
- 3) veza između socijalnih uslova i bolesti :
 - a. soc. uslovi mogu formirati ili favorizovati predispozicije za bolest
 - b. prouzrokovati bolest direktno
 - c. preneti uzroke bolesti
 - d. uticati na tok bolesti
- 4) bolest deluje povratno na socijalne faktore
- 5) kod bolesti koje su značajne sa sociološke tačke gledišta, mora se proceniti da li med. tretman može dovesti do smanjenja **prevalence** bolesti
- 6) socio-ekonomska okolina pacijenta ima značajan uticaj na prevalencu bolesti, kao i na njen tok i ishod.

Promene u mortalitetu i morbiditetu od ogromnog učešća zaraznih bolesti do stalno rastućeg učešća nezaraznih, degenerativnih oboljenja – nazvane su "**zdravstvena tranzicija**"

Najznačajniji faktori zdravstvene tranzicije svrstani su u 3 grupe :

I – Pad fertiliteta

Fertilitet – demografski indikator;

1. *U praistoriji i društvima na niskom nivou razvoja* reprodukcija je neregulisana i prepuštena prirodnim faktorima regulacije
2. *Početak industrijalizacije* zbog nedostatka radne snage zapošljavaju se žene i to menja njihovu ulogu u porodici što dovodi do pojave svesnog regulisanja "željenog broja dece" što za posledicu ima **pad fertiliteta** i manji procenat mladih ljudi. Istovremeno, bolji uslovi života smanjuju rizik obolevanja (posebno odojčadi), produžavaju životni vek, ali dolazi i do rasta broja ljudi izloženih faktorima rizika za razvoj hroničnih nezaraznih bolesti.

II – Napredak zdravstvenih tehnologija

Otkrića i primena zdravstvenih tehnologija doveli su do opadanja aktivnih zaraznih bolesti. U oblasti hroničnih nezaraznih bolesti, nove tehnologije su pomogle u pronalaženju velikog broja lekova. Zdravstvene tehnologije su vrlo skupe i to ih čini nedostupnim u nerazvijenim zemljama.

III – Promene u faktorima rizika

Preindustrijska društva : nehigijenski uslovi, neispravna voda, nerešen problem sanitacije

Industrijska društva : zagađivači : agro, industrijski, hemijski

Posebna grupa faktora rizika – odnosi se na "stil života" :

- fizička neaktivnost
- preobilna ishrana
- pušenje, alkoholizam, droga
- rizično seksualno ponašanje

* *Socijalne bolesti* :

- rasprostranjene, veliki udeo u morbiditetu i mortalitetu
- posledice su zdravstvene i socijalne (nesposobnost za rad...)
- veliki uticaj socio-ekonomskih faktora

U zavisnosti od **moćnosti prevencije**, sve bolesti možemo podeliti u tri grupe :

I – Grupa sa malom mogućnošću prevencije

- genetska obolenja (uglavnom eliminisana pobačajem)
- druge bolesti determinisane u fetalnom stanju
- bolesti kod kojih je došlo do okolinskih uticaja u prenatalnom periodu

II – Grupa preventabilnih bolesti

-sva hronična nezarazna obolenja (npr. kardiovaskularna obolenja) čiji se prirodni tok može menjati tj. na koga se može uticati.

Faktori rizika : osobine, događaji ili navike koje povećavaju verovatnoću pojavljivanja bolesti ili smrti kod individue ili grupe. *Rizične grupe* : grupe ljudi izloženih faktorima rizika. Faktori rizika mogu biti : **biološki, okolinski, socijalni**; po drugoj klasifikaciji : **promenjivi** (pušenje, droga...) i **nepromenjivi** (pol, godine...).

Izvor faktora rizika može biti :

1) u samoj individui

-demografske karakteristike : pol, starost

- zdravstvene : zdravstveni kapacitet, prethodne i prateće bolesti

- socio-ekonomske : materijalni standard, obrazovanje, način života

2) u sredini koja ga okružuje

Faktore rizika proučavamo da bismo utvrdili – šta je faktor rizika i kako deluje, odnosno – na koga deluje (rizične grupe). Na osnovu ovoga možemo izvršiti modifikacije koje su potrebne da bi se dejstvo faktora rizika smanjilo, odnosno otklonilo. Faktore rizika proučavamo kroz ispitivanje prevalencije faktora rizika u opštoj populaciji i rizičnoj grupi, a zatim izračunavanjem relativnog i atributivnog rizika.

III – Grupa potencijalno preventabilnih bolesti

Ne nastaju kao posledica greške u fertilizaciji niti kao posledica uticaja okolinskih faktora, ali **ne pokazuju** nikakvo poboljšanje pri **promeni uslova** ili otklanjanju prepoznatih faktora rizika.

II-1.SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I NJIHOVO FINANSIRANJE

Zdravstvena zaštita predstavlja sveukupne mere i aktivnosti zajednice kao celine, zdravstvene službe kao njenog integralnog dela i samog čoveka na očuvanju i unapređenju zdravlja.

Podela sistema zdravstvene zaštite prema OECD-u (organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj) :

1) Sistem nacionalne zdravstvene službe (Beveridžov model)

-potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom

-finansiranje putem poreza

-državno vlasništvo ili samo kontrola nad zgradama i opremom u zdravstvu

Ovaj sistem je uvela prvo V.Britanija, pa zemlje Skandinavije, pa Evrope. Raspadom socijalizma ovaj model je napušten (od tada su ove zemlje – "zemlje u tranziciji")

2) Sistem socijalnog osiguranja (Bismarkov model)

-postojanje obaveznog zdravstvenog osiguranja svih zaposlenih

-finansiranje preko doprinosa zaposlenih i njihovih poslodavaca

-društveno i/ili privatno vlasništvo nad zgradama u zdravstvu

Osiguranje : -Imovine ili Osiguranje : -obavezno

-Lica -neobavezno

-Socijalno osiguranje : obavezna materijalna zaštita radnih ljudi kada usledi bolest, nesreće na poslu ili van njega, iznemoglosti, starosti, ne mogu da rade i radom obezbede sebi i svojoj porodici sredstva za život.

-zasniva se na načelima uzajamnosti i solidarnosti.

3) Sistem privatnog osiguranja (model nezavisnih korisnika)

-dominira privatno zdravstveno osiguranje (lično ili preko korisnika)

-veliki deo stanovništva je neosiguran

-finansiranje z.z. preko doprinosa i/ili premija osiguranja

-pretežno privatno vlasništvo nad zgradama i opremom

FINANSIRANJE SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Postoje 2 kriterijuma za procenu zdravstvene službe :

- ekonomski kriterijum (koliko se izdvaja iz nacionalnog dohotka na z.z.)
- politički kriterijum (ko odlučuje o zdravstvenoj zaštiti)

Izvori finansiranja :

1. **Porezi** – oblik javnih prihoda koje država naplaćuje od fizičkih i pravnih lica kao obavezna i nepovratna davanja za pokriće društvenih potreba. Postoje **opšti** (na lične prihode, dohodak firme...) i **specifični** porezi (porez na luksuz...)
2. **Doprinosi** – takođe prinudna davanja; razlika je u tome što su doprinosi naknada za posebne koristi koje pojedinci ili pravna lica stiču na osnovu akcija javnih organa koje oni čine u opštem interesu. Doprinosi su srazmerni visini plate – raspodela sa bogatijih na siromašnije.
3. **Participacija** – lično učešće osiguranika u troškovima korišćenja z.z. Predstavlja doplaćivanje određene sume u fiksnom ili procentualnom iznosu od cene usluge u momentu njenog korišćenja
4. **Plaćanje pune cene usluga u zdravstvu**
5. **Dobrovoljni prilozi i pomoć z. institucija, grupa i pojedinaca**

MODELI FINANSIRANJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Da bi se objasnili tokovi kretanja novca u sistemima z.z. definišemo 3 ključne interesne grupe :

I – Korisnici (potrošači) zdravstvenih usluga

II – Davaoci (zdravstvena služba) – primarna z.z.

III – Posradnici – osiguravajuće agencije i ministarstvo zdravlja – sekundarna (bolnička) z.z.

Modeli :

- 1) **Model nadoknade troškova korisnicima** – korisnici plaćaju davaocima pun iznos cene, pa im to potpuno ili delimično nadoknadi zdravstveno osiguranje
- 2) **Model ugovaranja** – predviđa postojanje ugovornog odnosa između osiguranja i nezavisnih davaoca usluga. Zdravstvene vlasti plaćaju davaoce zdravstvenih usluga putem glavarine ili prema broju pruženih usluga
- 3) **Model integracije osiguranja sa zdravstvenom službom** – integracija onih koji plaćaju usluge u zdravstvu sa onima koji te usluge pružaju. Država je glavna za osiguranje i davanje usluga i stanovništvo nema mogućnost izbora osiguranja.

II – 2. SISTEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U JUGOSLAVIJI

Jugoslavija se prema nacionalnom dohotku svrstava u zemlje u razvoju. Po administrativnoj strukturi sistem zdravstvene zaštite je pluralistički, izrazito centralizovan na nacionalnom nivou, sa veoma slabim funkcijama i integracijama federalne države.

Sistem pripada Bizmarkovom modelu, baziranom na obaveznom zdravstvenom osiguranju, kojim su obuhvaćeni :

- svi zaposleni, privremeno i povremeno zaposleni,

- nezaposleni dok primaju naknadu za nezaposlenost
- samozaposleni
- penzioneri
- zanatlije
- zemljoradnici
- članovi porodice osiguranika koje osiguranje izdržava

Prava koja imaju zdravstveni osiguranici :

- zdravstvena zaštita
- naknada zarade za vreme privremene sprečenosti za rad
- naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem z.z.
- naknada putnih troškova

Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje zdravstvenim osiguravanjem, obuhvata :

- medijske mere i postupke za unapređenje zdravstvenog stanja
- lekarske preglede i dr. vrste medicinske pomoći
- lečenje povređenih i obolelih i dr. vrste pomoći
- prevencija i lečenje bolesti usta i zuba
- medicinska rehabilitacija
- lekove i sanitetski materijal
- proteze, ortopedska pomagala i sprave

Izvor finansiranja :

- doprinos (zaposleni i poslodavci) 80%
- doprinos (zemljoradnici) 3%
- doprinos (penzioni fond) 9%
- doprinos (samostalna delatnost) 6%
- participacija 2%

OSNOVNA NAČELA I PRINCIPI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U JUGOSLAVIJI

Proizilaze iz ustavnog opredeljenja, koje pravo na zaštitu i zdravlje smatra osnovnim ljudskim pravom, a z.z. – brigom zajednice u celini.

Opšte-društveni principi :

- pravo na zdravstvenu zaštitu
- planski razvoj zdravstvene zaštite
- uzajamnost i solidarnost
- neposredno odlučivanje korisnika o zdravstvenoj zaštiti

Principi zdravstvene delatnosti :

1) Opšti :

- jedinstvenost (zdravstvo je integralna celina svih mera zdravstvene zaštite)
- sveobuhvatnost (zaštitom su obuhvaćene sve kategorije stanovništva)
- dostupnost (fizičko postojanje službe, opreme, kadrova)
- pristupačnost (mogućnost korišćenja onoga što je dostupno)
- kontinuitet (neprekidnost zaštite od začeca do smrti)
- naučni prilaz rešavanju problema
- kontinuirano obrazovanje zdravstvenih radnika

2) Specifični :

- adekvatnost (zaštita koja odgovara stvarnim potrebama ljudi)
- efikasnost (uspešnost u odnosu na cenu)
- efektivnost (uspešnost metoda u postizanju cilja)
- primena tehnoloških dostignuća

II – 3. ZDRAVSTVENI INFORMACIONI SISTEMI

Naučna disciplina koja se bavi : stvaranjem, prenosom, čuvanjem, obradom i distribucijom informacija zove se **Informatika**, a sam proces stvaranja, prenosa, čuvanja, obrade i distribucije informacija, **informacioni sistem**.

Komponente informacionog sistema :

- softver (programi)
- hardver (oprema)
- orgver (organizacija procesa)
- lajfver (ljudi koji rade)

Informacija je skup poruka, podataka i znanja koji čine osnov za donošenje odluka. Informacija je podatak koji povećava naše znanje. U zdravstvu, informacija je svaki podatak koji neposredno ili posredno služi za potrebe zaštite. Jedinica za informaciju je **1 bit** (8 bit-a = 1 byte).

Pacijenti nose i stvaraju **podatke** koje uočavaju **lekari**. Od tih podataka, putem interpretacije i razmišljanja, dobijaju se **informacije** koje dalje usmeravaju lekare da preduzmu odgovarajuće akcije.

- Faze ljudske aktivnosti :
- posmatranje
 - razmišljanje
 - akcija

Dijagnostičko-terapijski ciklus u zdravstvenoj zaštiti :

Pacijent ispriča svoje tegobe; **Lekar** prikuplja podatke tokom pregleda (lab. Analize, rentgen...), dolazi do zaključka u vidu **dijagnoze** a zatim prepisuje **terapiju**.

U zdravstvu su potrebne informacije o tome :

- ko, zašto i gde koristi z.z.
- šta služba radi
- koliko to košta

Te informacije su neophodne za :

- praćenje i istraživanje pojava
- planiranje
- preduzimanje mera
- rukovođenje i upravljanje.

ZDRAVSTVENI INFORMACIONI SISTEM

U okviru svakog informacionog sistema razlikuju se 4 skupa aktivnosti :

I – Prikupljanje podataka

-većina podataka se čuva u papirnoj dokumentaciji (sve urađeno mora biti dokumentovano). Dokumentacija koja je nosilac informacija u zdravstvu obuhvata :

1)**Osnovnu medicinsku dokumentaciju** – čine je :

- zdravstveni karton (za predškolsko, školsko dete, stomatološki karton)
- istorija bolesti (izveštaj o hospitalizaciji, matični list, račun za bolničko lečenje...)
- protokoli (pregledanih, hospitalizovanih, otpuštenih, umrlih...)
- rentgenski snimci, ekg...

2)**Evidenciju** – vodi se na osnovu medicinske dokumentacije; najčešće je *dnevna* i *mesečna*, a na osnovu obe pišu se izveštaji.

3)**Izveštaji** – se šalju obrađivačima podataka, i mogu biti individualni (za pojedinca) i zbirni (za cele službe).

*Prednosti **papirne** dokumentacije :

- lako prenosiva
- nema "padova sistema"

*Prednosti **kompjuterske** dokumentacije :

- lak pristup
- laka čitljivost podataka

-ne zahteva specifičnu obuku
-velika sloboda u načinu zapisivanja

-podržava struktuiran unos podataka
-podržava analizu podataka
-elektronska razmena podataka

II – Obrada podataka

III – Baze podataka (skladištenje)

Zdravstveni informacioni sistemi imaju sledeće komponente :

- demografsku bazu podataka
- zdravstveno stanje
- zdravstvena služba (organizacija, kadrovi, mreža ustanova)
- aktivnosti zdravstvene službe
- koštanje i funkcionisanje z.z.
- društveno ekonomski sistem

Baze podataka o zdravstvenom stanju (morbiditet, mortalitet...), aktivnostima službe i korisnicima, postoji u svakoj zdravstvenoj ustanovi – u njenoj dokumentaciji ili evidenciji. Iz izveštaja zdravstvenih ustanova, u **Zavodu za zaštitu zdravlja** formira se baza podataka o zdravstvenom stanju, aktivnostima službe, uslovima života i rada i higijensko-sanitarnim prilikama na određenoj teritoriji.

U Zavodu za zdravstveno osiguranje :

-baza podataka o korišćenju, aktivnostima službe i troškovima zaštite, koja se stvara na osnovu računa za lečenje koje dostavljaju zdravstvene ustanove te teritorije.

U Zavodu za statistiku :

-baza podataka o demografskoj i društveno-ekonomskoj situaciji.

IV – Korišćenje podataka i informacija

II – 4. KLASIFIKACIONI SISTEMI U ZDRAVLJU

Klasifikacija je proces kojim se veliki broj podataka razlikuje grupisanjem u kategorije ili klase prema određenim kriterijumima za jednu ili više namena.

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti, X revizija

Klasifikacija bolesti se definiše kao sistem kategorija u koje se, prema određenim kriterijumima, svrstavaju sve bolesti. Kriterijum može biti anatomski, patološki, etiološki, klinički, kombinovani. Od prve klasifikacije do danas-100 godina; aktuelna je IX, a upripremi je X recenzija. Ona se sastoji od :

- 1) liste sa 3 mesta (999 kategorija – svaka bolest je šifrovana brojem koji ima tri cifre, sve kategorije podeljene u 17 grupa bolesti i još više podgrupa)
- 2) detaljne liste sa 4 mesta (ima 999 kategorija i više hiljada podkategorija, svaka bolest šifrovana brojem sa četiri cifre, sve kategorije podeljene u 17 grupa bolesti i više podgrupa)
- 3) dodatne klasifikacije *spoljnih uzroka, povreda i trovanja* (200 kategorija – od E800 do E999; nikada se ne koriste same, nego sa ciframa iz liste sa 3 ili 4 mesta.)
- 4) dodatne klasifikacije *faktora koji utiču na zdravlje i kontakte sa zdravstvenom službom* (koristi se često sama, 82 kategorije (V01-V82), njome se šifruju aktivnosti zdravstvene službe sa zdravim ljudima (npr. porođaj, vakcinacija...)

Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti sadrži i **Međunarodni obrazac za prijavu uzroka smrti** (sadrži 3 grupe podataka) :

- 1) o umrlom i osobi koja daje podatke
- 2) o uzrocima smrti
- 3) o vremenu kada su ti uzroci delovali

Ovaj obrazac popunjava **uvek lekar** – on predstavlja osnovu statistike mortaliteta. Pored ovog, postoji i prijava smrti koju popunjava laik (građanin koji nije medicinski obrazovan a zatekao se kao svedok smrti).

II – 5. ZDRAVSTVENE TEHNOLOGIJE

Tehnologija predstavlja skup aktivnosti koje uključuju metode, procedure, tehnike, opremu i druga sredstva, planski usmeren ka dostizanju određenog cilja.

Zdravstvena tehnologija :

Sistematski niz aktivnosti, upravljenih ka rešavajnu nekog zdravstvenog problema. Predstavlja izbor između različitih varijanti, načinjen na osnovu raspoloživog naučnog, tehničkog i tradicionalnog znanja. Ima naglašen cilj – rešavanje nekog zdravstvenog problema.

Medicinska tehnologija podrazumeva : lekove, opremu, internističke i hirurške procedure koje se koriste u medicini, kao i organizaciono-potporni sistem u okviru koga se zaštita pruža. Ima naglašen praktični značaj!!!

Zdravstvene tehnologije imaju naglašen LOKALNI KARAKTER, ne mogu se prenositi nekritički iz jedne zemlje u drugu (npr. upotreba prezervativa u katoličkim i muskimanskim zemljama je otežana, što onemogućava prostu primenu ovih tehnologija u borbi protiv AIDS-a)

PROCENA TEHNOLOGIJE

Predmet procene su karakteristike tehnologije :

1-efikasnost (korisnost za populaciju jedne tehnologije primenjene pod idealnim uslovima)

2-efektivnost (korisnost za populaciju jedne tehnologije primenjene pod prosečnim uslovima)

3-sigurnost (verovatnoća pojavljivanja i prihvatljivost neželjenih efekata)

Ciljevi procene :

- da se spreči upotreba rizičnih tehnologija
- da se odbace zaostale, i pomogno razvoj novih tehnologija
- da se izaberu ekonomičnije tehnologije (korisnije i jeftinije)
- unapređenje razvoja, primene i širenja bezbednih i efikasnih tehnologija

Proces procene tehnologije ima 4 faze :

I – Identifikacija – izbor tehnologije koja će se procenjivati i izbor predmeta procene. Postoje sledeće vrste tehnologija :

- tehnologije budućnosti
- tehnologije koje se tek pojavljuju
- nove tehnologija
- raširene tehnologije
- zastarele tehnologije

II-Testiranje – Kriterijumi za testiranje moraju biti unapred određeni, specifični u pogledu 4 faktora :

- koji je indikator kojim će se meriti očekivana dobit
- medicinski problem za koji će se koristiti tehnologija
- populacija na koju se odnosi
- opis uslova korišćenja

III – Sinteza – na osnovu rezultata dobijenih testiranjem i dostupnih interakcija iz literature; može biti data u vidu preporuke ili ocene.

IV – Diseminacija zaključka – širenje zaključaka dobijenih procenom; utiče na ponašanje lekara, ali i korisnika; vrši se u naučnim časopisima, na seminarima i čini ceo proces svrsishodnim.

II – 6. MENADŽMENT U ZDRAVSTVU

Rukovođenje u sistemu zdravstvene zaštite je oblast naučnog menadžmenta

Savremeni menadžment – proces stvaranja i održavanja sredine u kojoj ljudi radeći u grupama, mogu da ispune željene ciljeve. To je univerzalan i kompleksan proces i sastoji se od :

- planiranja
- organizovanja
- kadrovske politike
- vođenja (usmeravanja)
- kontrole

Aktivost dobrog menadžera podrazumevaju bazične veštine koje će obezbediti ravnotežu ovih, medicinski povezanih komponenti.

KARAKTERISTIKE MENADŽMENTA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Zdravstvene ustanove su poznate u teoriji menadžmenta kao najkompleksnije organizacije, sa najkompleksnijim menadžmentom, a na samom vrhu kompleksnosti je : savremena bolnica. Postoji šest osnovnih uloga zdravstvene službe :

- 1) predstavlja deo nacionalne politike zemlja
- 2) zapošljava veliki broj ljudi
- 3) obezbeđuje z.z.
- 4) obavlja različite tipove istraživanja
- 5) vrši kontinuiranu edukaciju
- 6) važna uloga kao faktor socijalne stabilnosti u zemlji

Struktura ovlašćenja menadžmenta – podeljena između 3 centra moći i odgovornosti :

I – Upravni odbor

Zakonski odgovoran za celu instituciju, uključujući i pružanje z.z. , komunikacije sa javnošću i pomoć pri nabavci sredstava; njega čine zdravstveni radnici i predstavnici zajednice.

II – Lekari

Koji su u medicinskom kolegijumu, ali i ostali, imaju snažnu ulogu u menadžmentu jer su odgovorni za bolničku delatnost ustanove; oni učestvuju bar u 3 procesa menadžmenta :

- 1) menadžment pacijentom
- 2) menadžment lekarskim timom
- 3) menadžment zdravstvenom ustanovom

III – Administracija

Koju čine direktor, načelnici odeljenja i šefovi pomoćnih službi. Direktor ima zadatak da planira, donosi odluke, koordinira i kontroliše aktivnosti zaposlenih, da bi obezbedio da rad sa pacijentima bude obavljen efikasno i efektivno.

Pri rukovođenju, osim ove trostruke podele moći i odgovornosti, treba pomenuti i specifične odgovornosti :

- prema pacijentu (najveća zaštita, minimalni troškovi)
- prema zaposlenima (uslovi, lični dohodak, unapređenja)
- prema finansiskim donatorima
- prema zajednici
- prema sebi (ušavršavanje znanja i veštine menadžmenta)

PLANIRANJE U MENADŽMENTU

- 1) kooperativni planovi (za celo preduzeće, za 5-25 god.)
- 2) rukovodeći planovi (za 1 god.)
- 3) strateški planovi (uvođenje promena (za 2-5 god.)
- 4) operativni planovi (manje promene na lokalnom nivou)
- 5) finansijski planovi (za 1 god.)

ORGANIZOVANJE U MENADŽMENTU

Kada su formirani planovi, sledi ordanizovanje : interakcija svih resursa ustanove (zaposlenih, kapitala, opreme) ka najefikasnijem dostizanju cilja !

Formalna – jasno govori šta ko radi i u kojoj meri slobodno radi

Neformalna – mora da se zasniva na odličnim interpersonalnim odnosima

U organizovanju se najčešće javljaju **3 greške** :

- 1) menadžeri ne ostavljaju dovoljno slobode ostalim radnicima u donošenju odluka
- 2) premalo radnika odgovara jednom menadžeru
- 3) ne primenjivanje motivacionih metoda (nagrada i kazna)

KADROVSKA POLITIKA

Odnosi se isključivo na ljudske resurse.

Tehnički aspekti :

- analiza posla
- kandidati za upražnjena mesta
- njihovo testiranje, selekcija
- procena rada zaposlenih

Socijalni aspekti :

- uticaj na ponašanje zaposlenih
- usavršavanje zaposlenih
- unapređenja
- savetovanja

VOĐENJE U MENADŽMENTU

Proces uticaja na zaposlene tako da se oni maksimalno zalažu da radeći zajedno, dostignu grupne ciljeve. Stil rukovođenja :

- autokratski
- demokratski
- stil "sve može!"

Kakav će biti stil rukovođenja zavisi od :

- važnosti rezultata
- prirode posla
- karakteristika zaposlenih
- karakteristika rukovodioca

KONTROLA U MENADŽMENTU

Merenje i korigovanje efikasnosti preduzeća, da bi se osiguralo dostizanje ciljeva i obezbedilo ispunjenje planova.

II – 7. KVALITET U ZDRAVSTVU

Kvalitet i efikasnost su glavni preduslovi uspošnog funkcionisanja zdravstvene službe. Pod kvalitetom se podrazumeva nivo pružanja zaštite (usluga) u odnosu na utvrđene standarde. Mnogo je razloga koji ističu **kvalitet u zdravstvu** i ovi se mogu analizirati sa nekoliko različitih perspektiva :

I – Perspektiva zdravstvene profesije

- pružiti najbolju moguću zaštitu svakom korisniku
- uspostaviti i očuvati poverenje pacijenta

I – Perspektiva medicinske nauke

- upotreba najsavremenijih dijagnostičkih i terapijskih dostignuća
- postoje različiti profesionalni odgovori na iste probleme; kvalitetna zdravstvena zaštita mora da utvrdi koji je to maksimalni nivo razlika koji se smatra prihvatljivim

III – Perspektiva zdravstvene zaštite

- kvalitetna zdravstvena zaštita podrazumeva zaštitu pristupačnu svakom
- teritorijalna distribucija zdravstvenih ustanova i zdravstvenih kadrova treba da bude takva da je svima pristupačna
- širok opseg zaštite za promenjive i rastuće potrebe korisnika

Kvalitet se može posmatrati kao :

- 1) kvalitet strukture koja pruža zaštitu (objektivni preduslovi), gde spadaju : prostorna podobnost, oprema, materijalne mogućnosti, programi rada, kvalitet kadra...
- 2) kvalitet procesa zaštite (subjektivni preduslovi), gde spadaju : način rada, organizacija i koordinacija, kontinuitet zaštite
- 3) kvalitet ishoda (zavisi od 1 i 2), odnosno postignutih rezultata u psihofizičkom stanju stanovnika i zadovoljstvu zaštitom

Efikasnost – odnos između rezultata rada i efektive (uloženih sredstava); može se meriti indikatorima efikasnosti i kvaliteta.

STALNO UNAPREĐENJE KVALITETA

Osnovna filozofija tog pristupa, uključuje sledeće :

- kvalitet je centralni prioritet čitave organizacije
- korisnik ima značajnu ulogu u unapređenju kvaliteta; povratna informacija mora stići do zdravstvenog radnika
- radni proces u organizaciji rezultat je kliničkog i menadžerskog procesa
- poboljšanje kvaliteta je stalno poboljšanje izvršenja organizacije

Indikatori kvaliteta

Postoje dve vrste indikatora :

- 1) **kontrolni događaji**, predstavljeni pojedinačnim, visoko značajnim događajima, kao što su iznenadna smrt pacijenta, požar u bolnici, zamena lekova isl. koji zahtevaju neposredno i hitno izražavanje
- 2) **indikator izraženi u vidu stopa** : stopa intrahospitalizacijskih infekcija, traume koje zarastaju per secundum, stopa carskog reza; istražuju se detaljno kad odstupaju od standarda ili proseka.

II – 8. PLANIRANJE ZA ZDRAVLJE

Planiranje je proces pripreme niza odluka za aktivnost koja će se odvijati u budućnosti i koje će biti usmerene na dostizanje ciljeva određenim, izabranim sredstvima.

Zdravstveno planiranje je proces :

- definisanja zdravstvenih problema u zajednici
- traženja resursa da se zadovolje zdravstvene potrebe
- ustanovljenje prioriteta ciljeva

NIVOI (TIPOVI) PLANIRANJA

I – Normativno planiranje

-odgovara na pitanje ZAŠTO je potrebno planirati

-ovde se zasednica opredeljuje za to kolika se vrednost pridaje zdravlju, kako se sve do zdravlja može stići i ko sve realizuje određene zadatke u ovoj oblasti

II – Institucijalno planiranje

-odgovara na pitanje KO ?; bavi se problemima kompetencije kadra koji će nositi određene planske aktivnosti

III – Strateško planiranje

-odgovara na pitanje KAKO ?

-bavi se izborom i definicijom ciljeva

-biraju se instrumenti kojima se ciljevi mogu dostići

IV – Strukturalno planiranje

-odgovara na pitanje GDE ?

-bavi se sredstvima (materijalnim i kadrovskim) i preduslovima za ostvarenje plana

V – Operacionalno planiranje

- bavi se neposrednim i konkretnim zadacima u planu
- ovde se razrađuje detaljan plan da se sprovede izabrana strategija

ETAPE U PROCESU PLANIRANJA

I – Pripremna faza – započinju diskusije o potrebi rada na planu, razmatraju se zakonske obaveze, prave se dogovori, donosi se odluka o početku rada na planu.

II – Analiza – čitav planski tim treba da dobije što detaljniju sliku o "nultom planu", onom stajnu koje će se planom menjati.

III – Selekcija prioriteta – Analiza izdvaja čitav niz problema koji je potrebno rešavati; treba izabrati najznačajnije probleme, na koje će se usmeriti planska aktivnost (npr. preventivne mere moraju biti prioritet jer su efikasnije i jeftinije)

IV – Izbor plana – to je opredeljenje za stepen egzaktnosti plana : najdetaljniji se operativni jednogodišnji planovi, jer je kod dugoročnih potrebna prognoza.

V – Definisane ciljeva – ciljevi su specifične izjave o onome što se očekuje od plana (mogu biti **opšti** – kada su opisani; i **specifični** – izražavaju se numeričkim vrednostima)

VI – Definisane strategije – vrši se izbor aktivnosti, metoda i sredstava, koji će se koristiti za realizaciju pojedinih ciljeva.

VII – Sprovođenje plana – sve on procedure koje omogućavaju da se plan sprovede u delo; treba biti spreman na prepreke u ovoj etapi.

VIII – Evaluacija – završna etapa procesa; treba da odgovori na pitanja :

- da li su ostvareni postavljeni ciljevi ?
- da li su ostvarivanjem ciljeva postignuti željeni rezultati ?
- kakav je odnos između sprovedenih aktivnosti, postignutih rezultata i utrošenih sredstava?

II – 9. PONAŠANJE I ZDRAVLJE

ENGIOV PSIHOSOCIJALNI MODEL

Ponašanje – interakcija između bioloških, psiholoških, socio-kulturalnih varijabli čoveka i ono podrazumeva voljne i nevoljne aktivnosti, uslovne reflekske, običaje, naučene odgovore, adaptaciju.

Ljudsko ponašanje se razvija kroz procese **primarne** i **sekundarne** socijalizacije :

- **Primarna socijalizacija** – započinje u porodici, a sastoji se u prenošenju znanja, razvijanju stavova i veština za život kod deteta; oblici ponašanja formirani u porodici su najtrajni oblik ponašanja ! Kasnije, uticaj porodice slabi (škola, vršnjaci) a uticaj sredine raste.
- **Sekundarna socijalizacija** – pod uticajem socijalne sredine modifikuju se u porodici stečeni oblici ponašanja

Na **ljudsko ponašanje** utiču :

- znanje
- stavovi (formirana reakcija prema nečemu)
- motivi (unutrašnja pokretačka snaga)
- vrednosni sistem (kategorije vrednosti pojedinih stvari u životu)
- veštine (praktične sposobnosti)
- navike
- tradicija
- verovanja
- religija

Zdravstveno ponašanje može biti :

- 1) Pozitivno:

- primarno pozitivno – "ne pušim i nikad nisam pušio"
- negativno izbegavajuće – "pušio sam ali sada ne pušim"

2) Negativno

Zdravstveno ponašanje zavisi od tri faktora :

- samog čoveka
- zdravlja (kako doživljava zdravlje)
- vaspitanja (krou vaspitni proces se može uticati na zdravstveno ponašanje)

MODELI KOJI OBJAŠNJAVAJU KAKO SE MOŽE RAZVITI ZDRAVSTVENO PONAŠANJE

I - Model socijalnog učenja

Zdravstveno ponašanje se razvija pod dejstvom okoline, delovanjem kazni i nagrada. Ovi faktori deluju na formiranje ponašanja i njegovo održavanje. Zdravstveni vaspitači treba da se koncentrišu na razvoj ponašanja mladih

II – Model socijalnog marketinga

Zdravstveno ponašanje se razvija pod dejstvom reklama, oglasa, emisija; oni odmah utiču na individualno ponašanje npr. reklamiranje kondoma povećava korišćenje.

III – Model verovanja u zdravlje

Čovek najpre treba da zna da je neka bolest opasna neizlačiva. Zatim mora da prepozna sebe kao kandidata za tu bolest, uzimajući u obzir svoje rizično ponašanje. Iz ove dve stvari razvija se osećaj "lične pretnje", koji pokreće promenu ponašanja ! Zdravstveno vaspitanje mora da bude prihvatljivo za čoveka, da bi se promena ponašanja zaista desila !

IV – Model akcije za zdravlje

Primer za ovo je akcija "Zdravlje za sve do 2000."; to je akcija SZO koja podrazumeva akciju cele zajednice da se sačuva i unapredi zdravlje ljudi u njoj !

DOKAZI O POVEZANOSTI PONAŠANJA I ZDRAVLJA

Nalaze se u statističkim službama :

- ponašanje povezano sa pojavom, distribucijom i intenzitetom javljanja obolenja
- za mnoge bolesti – ponašanje izaziva bolest !
- za neke – smanjen je rizik
- 2/3 smrti – uzroci bi se mogli prevenirati
- faktori rizika

II – 10. VASPITANJE ZA ZDRAVLJE

Zdravstveno vaspitanje je skup iskustava i situacija koje u životu pojedinaca, grupe ili zajednice, mogu da dovedu do promena njihovih verovanja, stavova i ponašanja u odnosu na zdravstvene probleme.

Posebne oblasti **zdravstvenog vaspitanja** :

- z.v. u školama
- z.v. na radnom mestu
- z.v. u zdravstvenim ustanovama i edukacija pacijenata
- z.v. u zajednici

CILJEVI ZDRAVSTVENOG VASPITANJA

- da pomogne ljudima da poprave svoje zdravstveno stanje i promene stil života ako treba
- da pomogne smanjenju troškova z.z.
- da uključi korisnika u održavanje svog zdravlja

***Ciljevi :**

- zdravlja
- Kognitivni – usmereni na obezbeđenje određenog nivoa znanja i na svest o značaju
- na zdravlje
- Afektivni – imaju zadatak da doprinesu formiranju svesti o mogućnosti vlastitog uticaja
 - Bihevioralni – usmereni na donošenje odluke o promeni ponašanja
 - Socijalni – usmereni na individuu

Ciljevi vaspitanja se usmeravaju na različite grupe :

- 1) Zdravi – zdravstveno vaspitne aktivnosti treba da omoguće očuvanje i unapređenje zdravlja
- 2) Stanovništvo sa rizičnim ponašanjem - zdravstveno vaspitne aktivnosti treba da dovedu do suzbijanja i sprečavanja bolesti (promene ponašanja)
- 3) Bolesni - zdravstveno vaspitanje je mera **sekundarne** prevencije; z.v. ima za cilj da kod bolesnika razvije nove (zdrave) oblike ponašanja. Bolesnici rado prihvataju promenu, ali je efekat mali.
- 4) Oporavljeni - zdravstveno vaspitne aktivnosti imaju za cilj održavanje novih oblika ponašanja.

ZDRAVSTVENO-VASPITNI PROCES

Podrazumeva dve osnovne etape :

- Dijagnostička : traženje odgovora na osnovna pitanja u vezi sa ponašanjem i zdravljem
- Intervencija : predlaganje mera i aktivnosti

Uspeh zdravstveno vaspitne intervencije merimo :

- poređenjem "pre i posle intervencije"
- poređenjem sa geografskim teritorijama ili populacionim grupama gde nije bilo intervencija
- poređenje "planiranog prema izvršenom"
- poređenje razlika u razvoju jedne pojave bez intervencije i nakon intervencije

Dobro sprovedena zdravstvena vaspitna intervencija dovodi do sledećih promena :

- porast pozitivnog ponašanja (povećan broj ljudi koji koristi kondome ;-)
- zaustavlja pad pozitivnog ponašanja (da se ne zna za žuticu, zapitajte se koliko bi ljudi pralo ruke !?! ha,ha,ha!!! ☺)
- zaustavlja porast negativnog ponašanja (sve manje osnovaca na terapiji odvikavanja od alkohola !!! Baš sam nešto duhovit danas ! ☺)
- dovodi do pada negativnog ponašanja (manji broj pušača)

Zdravstveni radnik :

- razgovara sa ljudima, sluša probleme
- razmišlja u cilju otkrivanja oblika ponašanja koji ugrožavaju zdravlje
- razmišlja o tome koji bi zdravstveni problemi mogli biti prevenirani ili eliminisani izmenom ponašanja
- traži i teži da razume razloge za određeno ponašanje ljudi
- pomaže ljudima da traže uzrok nastajanja problema
- pomaže ljudima da traže rešenja za svoje probleme
- hrabri ljude da izaberu ona rešenjakoja odgovaraju njihovim uslovima.

II – 11. PROMOCIJA ZDRAVLJA

Prvi korak u pravcu promocije zdravlja učinjen je 1986. donošenjem **povelje** na konferenciji SZO (WHO) u Otavi, Kanada. **Promocija zdravlja** je proces koji osposobljava ljude da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i da ga unaprede. Povelja je indentifikovala **5 prioriternih oblasti** za delovanje :

- 1) Formulisanje zdravstvene javne politike
- 2) Stvaranje okoline koja pruža podršku
- 3) Jačanje akcije u zajednici
- 4) Razvoj ličnih veština
- 5) Preorijentacija zdravstvene službe

Promocija zdravlja ne nudi brze i kratkotrajne efekte, a najbolji rezultati se mogu očekivati kroz jedan dugi period ulaganja u nju. Promocija zdravlja može da razvije i promeni stil života, kao i da utiče na socijalne, ekonomske i okolinske determinante zdravlja.

ODNOS SA VASPITANJEM ZA ZDRAVLJE

Promocija zdravlja je esencijalna strategija **novog javnog zdravstva**.

Vaspitanje za zdravlje je esencijalna strategija **promocija zdravlja**.

Promocija naglašava potrebu promena socijalnih, ekonomskih i dr. okolnih determinanti zdravlja, a te promene se ne mogu postići samo vaspitanjem. **Vaspitanje** ima ključnu ulogu u iniciranju socio-političkih promena.

4 prioritetne oblasti u formulisanju zdrave javne politike :

- poboljšanje zdravlja žene
- hrana i ishrana
- duvan i alkohol
- stvaranje okoline koja pruža podršku zdravlju.

II – 12. SADRŽAJ I METODE ZDRAVSTVENO-VASPITNOG RADA

Sadržaj rada na zdravstvenom vaspitanju zavisi od :

- potreba
- prioriteta
- politike uže(izdvajaju specifične zdravstvene potrebe i predlažu mere) ili šire(izdvajaju najzastupljenije zdravstvene potrebe i predlažu mere) društvene zajednice.

ZDRAVSTVENO-VASPITNE POTREBE

Zavise od stanovišta, znanja i umešnosti procenjivača. Razlikujemo 4 tipa :

- 1) **Normativne potrebe** – definiše stručnjak, profesionalac; one su vrlo često definisane i zakonom
- 2) **Opazene potrebe** – potrebe koje sami ljudi osećaju; to je ono što bi oni želeli da nauče. Ove potrebe i njihovo izražavanje su često ograničene pretpostavkama šta se može dobiti ako se obrati za pomoć.
- 3) **Izražene potrebe** – su definisane onim što ljudi kažu da im je potrebno; to su opažene potrebe izražene zahtevima
- 4) **Komparativne potrebe** – definišu se komparacijom sličnih grupa ljudi od kojih i dobijaju neke zdravstveno-vaspitanjske usluge.

METODE ZDRAVSTVENO-VASPITNOG RADA

Važno je prilagoditi ih ljudima i problemima koji se tretiraju.

- A) Metode : -Didaktičke – klasični pristup, strukturno izlaganje materije
 -Sokratske – moderan pristup koji podrazumeva diskusiju

- B) Metode : -Masovne – predavanja, mas.mediji...
 -Grupne – grupni rad
 -Individualne – intervju

SREDSTVA ZDRAVSTVENO-VASPITNOG RADA

- auditivna (radio...)
- audio-vizuelna (filmovi, kompjuterski programi...)

- vizuelna (slajdovi, slike, mape, plakati...)

Klasifikacija zdravstveno-vaspitnih strategija (i metoda i sredstava) po **Green-u (1982.)** :

I – Komunikacijske metode

- predavanja
- diskusije
- individualne metode (intervju, savet...)
- medijske tehnike

II – Strategije sticanja veština

- grupni rad
- demonstracije, vežbe...
- simulacije
- edukativna istraživanja
- modifikacija ponašanja

III – Organizacione metode

- razvoj zajednice
- društvene akcije
- društveno programiranje i organizacioni razvoj

II – 13. METODE INDIVIDUALNOG RADA

I – Intervju

Metod rada sa pojedincem u kom se, tokom interakcije između osobe koja ima problem i osobe koja pruža pomoć u rešavanju tog problema, razvija odnos poverenja i podrške. Mnogo se koristi u komunikaciji lekar-pacijent. Pomoć se sastoji iz 4 faze :

- 1) definiše se problem
- 2) definiše se ZAŠTO je TO problem
- 3) pomaže se osobi da smisli način za rešenje problema
- 4) izbor najboljeg rešenja

Neophodno je da se razvija veština komunikacije. Postoje 4 osnovne pozicije sa kojih se komunicira:

- "ja sam u redu, ti si u redu" – zdrava optimistička
- "ja sam u redu, ti nisi u redu" – samouverenost ponižavanje sagovornika
- "ja nisam u redu, ti si u redu" – osećaj inferiornosti
- "ja nisam u redu, ti nisi u redu" – osećaj očajanja

Pažljivim slušanjem i razumevanjem problema, radnik (lekar) može prikupiti potrebne podatke za rad i steći poverenje pacijenta za buduće kontakte.

II – Savetovanje

- davanje gotovih saveta za život u datim okolnostima
- najjednostavnije za lekara, ali ima mali efekat (pacijenti ne slušaju uvek lekara)

III – Problemsko učenje

Učenje kroz rešavanje problema – od pacijenta se traži da sam reši celi problem, a lekar koriguje njegova rešenja ako nisu ispravna i navodi ga na prava.

II – 14. METODE GRUPNOG RADA

Grupne metode zasnivaju se na poznatom uticaju grupe na čovekovu socijalizaciju.

Formiranje grupe :

- formira se od pojedinaca sa istim problemom ili motivom

- idealan broj ljudi je 8 – 12 (ako je manje od 8 osećaju se kao pojedinci, a više od 12 dovodi do problema ravnopravnog uključivanja)
- seanse su u trajanju 1,5 – 2 h
- za efikasan rad potrebne su sledeće funkcije :
 - o rukovodilac – bira se iz redova članova
 - o zapisničar – beleži rezultate diskusija
 - o posmatrač – posmatra rad grupe i iznosi zapažanja
 - o stručni konsultant – zdravstveni radnik, ravnopravni član grupe, ali pritom stručnjak

Etape u grupnom radu :

I – Početak rada

Prvi sastanak – upoznavanje, važna je prijatna atmosfera...

II – Tehnike rada u grupi

Ne treba se zavaravati da će diskusija početi sama od sebe :

- 1) "Okidači" diskusije provociraju ljude da kažu svoj stav o predmetu
- 2) Vrtlog ideja – postavi se uopšteno pitanje i svako odgovara šta im prvo padne na pamet
- 3) Može se početi tako što svi "u krug, redom" odgovaraju na jedno pitanje
- 4) "grupne zujalice" – podele se na manje grupe, dobiju pitanje, odvojeno prodiskutuju, pa onda vođa izlaže mišljenje
- 5) "anonimnost" – odgovori se pišu na papiru, bez potpisivanja

METOD MALE GRUPE

Mala grupa broji 10 – 15 članova istih karakteristika (npr. trudnice) koje imaju zajednički problem (istu bolest) ili isti interes (npr. da saznaju više o pubertetu da bi razumevi svoju decu...). Grupa se sastaje više puta, raspravlja o izabranim problemima, članovi grupe iznose svoje dileme, iskustva, ograničenja i kroz zajedničku diskusiju traže zajedničko rešenje za problem.

Uloga lekara je da bude stručni konsultant (kada grupa naiđe na problem); grupa između sebe bira predsedavajućeg, zapisničara, posmatrača.

U grupi, već na prvom sastanku započinje grupna dinamika : to je skup svih komunikacija i odnosa u grupi koji stvaraju koheziju između članova (osećaj pripadnosti grupi deluje stimulatивно na članove, oni se osećaju motivisanim i odgovornim za sudbinu rešenja i čijem su nalaženju i sami učestvovali).

METOD VELIKE GRUPE

Velika grupa broji preko 30 i više članova. Ovde spadaju predavanja, dramske predstave, okrugli stolovi, panel diskusije isl.

Predavanje je osnovni metod sa kojim se počinje zdravstveno vaspitni rad sa nekom grupom. Njegov osnovni zadatak je da prenese znanje i razvije interesovanje za dalje učešće u programu kod slušalaca. Motivacija članova grupe zavisi isključivo od predavača, odnosno njegove sposobnosti da zainteresuje slušaoce. Održava se u zakazano vreme na zakazanom mestu. Pogodan metod je i "pitanje-odgovor".

Zdravstveno vaspitno predavanje mora da ima poruku – jasan odgovor na dilemu koja postoji.

ŽIVOTNA DEMONSTRACIJA

-može se koristiti u radu sa malom i velikom grupom

-podrazumeva učenje na primeru (kroz iskustvo)

-učesnicima životne demonstracije zdravstveni radnik pomaže da ovladaju različitim tehnikama (kupanje deteta, priprema hrane...)

-osim znanja, ljudi stiču i praktične veštine i razvijaju samopouzdanje.

III – 1. OSNOVNI PRINCIPI ORGANIZACIJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Zdravstvena služba ima za zadatak pružanje zdravstvenih usluga. Ne postoji ni jedan opšteprihvaćen ili najbolji način organizacije zdravstvene službe, međutim postoji najmanji zajednički sadržilac svih načina – pa se dalje vrši nadogradnja.

NIVOI ORGANIZACIJE ZAŠTITE

Podela je izvršane na osnovu : veličine populacije koju pojedini nivo obezbeđuje, karakteristike oboljenja i stanja kojima se pojedini nivoi bave i nekih organizacionih karakteristika.

I – Samozaštita

- neprofesionalan, laički nivo
- ostvaruje se u porodici
- populaciona grupa obuhvaćena tim nivoom : 1-10 ljudi
- na ovom nivou obezbeđuju se mere za :
 - 1) očuvanje i unapređenje zdravlja
 - 2) prevenciju oboljenja
 - 3) samodijagnozu
 - 4) samolečenje
 - 5) podršku obolelom članu

Ovaj oblik zaštite ima vekovima dugu tradiciju. Ranije je bio bez učešća i interesovanja profesionalaca ! Danas SZO pokazuje interesovanje za alternativnu medicinu.

II – Primarna zaštita

Primarni, profesionalni nivo zaštite koji uključuje :

- lekara
- zdravstveni tim : medicinska sestra, babica, patronažna sestra, socijalni radnik, fizioterapeut
- administrativna jedinica – **lokalna zajednica**
- populaciona grupa: do **2000** osoba na jednog lekara; **10.000-15.000** na jedinicu primarne zaštite.

Pored pružanja medicinske zaštite (dijagnoza, lečenje, rehabilitacija), tim primarne zdravstvene zaštite ostvaruje i niz aktivnosti iz očuvanja i unapređenja zdravlja. Lekar primarne zaštite je čuvar kapije, za prolazak pacijenta na više nivoe zaštite.

III – Sekundarna zaštita

Nivo zaštite koji se obezbeđuje kroz specijalističku službu...Specijalisti – opšti : opšti hirurzi, internisti, ginekolozi, psihijatri...

Administrativna jedinica je **okrug ili srez**, a populaciona grupa **100.000-500.000** stanovnika.

Na ovaj nivo upućuje se sa primarnog nivoa zaštite.

IV – Tercijarna zaštita

Ovo je visoko specijalizovani nivo zaštite i dostupan je samo u posebnim institucijama; zahteva subspecijalizovane kadrove; ostvaruje se po klinikama. Administrativna jedinica je **region** a populacija **500.000-5.000.000**. Na ovaj nivo zaštite upućuju se sa primarnog i sekundarnog nivoa !

III – 2. VRSTE ZDRAVSTVENIH USTANOVA

- 1) Dom zdravlja
- 2) Apoteka
- 3) Bolnica
- 4) Zavod
- 5) Zavod za zaštitu zdravlja
- 6) Klinika
- 7) Institut
- 8) Apotekarska ustanova
- 9) Zdravstveni centar
- 10) Kliničko bolnički centar
- 11) Klinički centar

1) Dom zdravlja

Obavlja osnovnu zdravstvenu delatnost za teritoriju jedne opštine; primenjuje dispanzerski metod rada – to je primena socio-medicinskog metoda u praksi. Prati i proučava :

- zdravstveno stanje stanovništva
- higijenske prilike
- uslove života i rada

Sprovodi mere aktivne i pasivne zdravstvene zaštite. Sadrži :

- službu opšte medicine
- ginekologije
- pedijatrije
- hitnu službu
- službu medicine rada
- stomatologiju
- patronažnu službu

Pružna sve mere zaštite na sve kategorije ljudi. Zdravstveni radnici rade u timu čiji je koordinator lekar opšte prakse! Dom zdravlja ima svoje **zdravstvene stanice** (u njima rade lekar i sestra) i **zdravstvene ambulante** (u njima radi sestra), radi što veće dostupnosti z.z. ljudima.

2) Apoteka

Zdravstvena ustanova u kojoj se obezbeđuje snabdevanje stanovništva i zdravstvenog sistema lekovima i drugim lekovitim sredstvima, kao i informisanje o pravilnoj upotrebi lekova. Obavlja farmaceutsku zdravstvenu delatnost i obezbeđuje : snabdevanje lekovima, izradu magistralnih lekova i zdravstveno vaspitanje (lekara – o novim lekovima, i pacijenata – o načinu upotrebe leka)

3) Bolnica

Pružna stacionarnu zdravstvenu zaštitu i specijalističko-konsultativne usluge. Može biti **opšta** i **specijalna**.

Opšta bolnica – leči sve bolesti i sve kategorije bolesnika. Ima najmanje 150 postelja, raspoređenih u 6 odeljenja : interno, opšte-hirurško, dečije, gidekološko-akušersko, fizikalna medicina. Ima i službe laboratorijske i rentgenske dijagnostike, transfuziju krvi, anesteziju, mogućnost za izolaciju obolelih od zarazne bolesti i akutnih psihoza.

Specijalna bolnica – leči neke bolesti (zarazne...) i kod nekih kategorija stanovništva (žene, deca).

4) Zavod

Obavlja specijalizovanu zdravstvenu delatnost za nekeoblasti medicine ili neke kategorije bolesnika. Razvija stručno-metodološke kriterijume za rad. Može da bude stacionarnog tipa. Kada obavlja naučnu delatnost, onda je to **institut**.

5) Zavod za zdravstvenu zaštitu

Obavlja specijalizovanu socio-medicinsku i higijensko-epidemiološku zdravstvenu delatnost. Prati i proučava zdravstveno stanje stanovništva, higijenske uslove i uslove života i rada, i preduzima mere zaštite. Ima službe :

- socijalne medicine

- higijene
- epidemiologije
- dezinfekciju, dezinfekciju, deratizaciju.

5) Klinika

Institucija koja obavlja specijalizovanu, polikliničku i bolničku delatnost iz određene grane medicine, odnosno stomatologije. Na njoj rade profesori fakulteta. Obavlja obrazovnu i naučno-istraživačku delatnost.

6) Kliničko-bolnički centar

Institucija koja obavlja polikliničku i bolničku delatnost iz više (određenih) grana medicine i iz najmanje jedne oblasti zdravstvene zaštite.

7) Klinički centar

Obavlja polikliničku i bolničku delatnost iz više grana medicine i z.z.; takođe obavlja i obrazovnu i naučno – istraživačku delatnost.

III – 3. VANBOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

To je izuzetno značajan deo zdravstvenog sistema.

- realizuje se prvi kontakt korisnika sa profesionalnom z.z.
- pacijenti ne borave u institucijama, već dolaze radi pregleda, tretmana, kontrole
- posreduje tj. po potrebi upućuje na više nivoa zdravstvene zaštite

VANBOLNIČKE USTANOVE

Njihov značaj – da se rasterete bolnice ; ekonomska korist

Organizovana **ambulantno-poliklinička odeljenja** bolnica koja pružaju pomoć od urgentnih do hroničnih oboljenja :

- 1) hitna (urgentna) služba
- 2) poliklinička (ambulantna) služba – prati bolesnika posle hospitalizacije, donosi odluke o potrebi prijema)
- 3) Institucije primarna zdravstvene zaštite

Institucije primarne z.z. (pacijent prvo tu sreće zdravstvenog radnika)

Vrše sledeće aktivnosti :

- obezbeđivanje primarne z.z.
- doprinosi ukupnom fizičkom, psihičkom i socijalnom zdravlju individue i populacije

Najčešće praćeni pokazatelji primarne z.z.

- br. lekara na 10.000 stanovnika
- br. stanovnika na jednog lekara
- upućivanje na viši nivo zaštite = br. upućenih na 2^o nivo / br. koji je koristio 1^o nivo

POKAZATELJI FUNKCIJE P.Z.Z.

a) Pokrivenost i obezbeđenost populacije :

- % od ukupne populacije za koju je obezbeđena pzz.

- % od ukupnog broja lekara koji rade u pzz.
 - % od ukupnog broja lekara koji rade u opštoj medicini
 - % od ukupne populacije kojoj je obezbeđena besplatna pzz.
 - broj institucija pzz.
 - prosečna udaljenost za stanovnika od institucija pzz.
- b) Korišćenje pzz.
- 1) Stopa korišćenja = br. poseta institucijama pzz. / br. stanovnika
 - 2) Broj pregleda na jednog stanovnika = br. svih pregleda / br. stanovnika
 - 3) % od ukupne populacije koji ima bar jednu posetu pzz. godišnje.
- c) Opterećenost kadra u pzz.
- 1) br. poseta po jednom lekaru pzz. = ukupan br. poseta pzz. / br. lekara u pzz.
 - 2) br. stanovnika po jednom lekaru pzz. = ukupan br. stanovnika / br. lekara u pzz.
 - 3) br. ostvarenih radnih dana u pzz.
- d) Pokazatelji sadržaja rada, efikasnosti i kvaliteta :
- 1) % dece ispod 5 god. Obuhvaćen imunizacijom
 - 2) % žena u generativnom periodu koji koristi kontracepciju
 - 3) odnos broja prvih i ponovnih pregleda
 - 4) odnos prvih poseta u opštoj medicini i prvih poseta specijalistima
 - 5) br. upućenih na više nivoe zz. na 1.000 pregledanih u pzz.

III – 4. BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Bolnice – ustanove za smeštaj, negu i lečenje bolesnika.

Prema vlasništvu mogu biti :

- društvene – vlasnik je lokalna zajednica
- državne – vlasnik je država
- karitativne – osniva ih crkva ili neka dobrotvorna organizacija
- privatne – osnivaju ih pojedinci ili grupe ljudi

Prema funkciji :

- opšte
- specijalne
- klinike

POKAZATELJI STANJA I FUNKCIONISANJA BOLNICA

I – Pokazatelji strukture (stanja)

Odnose se na mrežu, opremljenost, osoblje;

- 1) Obezbeđenost stanovn. bolesničkim posteljama = br. bol. postelja / br. stanovnika teritorije × 1.000
- 2) struktura kreveta po nameni :
 - udeo kreveta za akutna stanja
 - za bolesnike sa psihičkim poremećajima
 - za hronične bolesnike i gerijatrijske slučajeve
- 3) Struktura zaposlenih :
 - odnos zdravstvenih i ostalih radnika
 - udeo lekara specijalista, ostalih lekara i z. radnika u skupu z. radnika
 - odnos lekar / srednje medicinsko osoblje
 - opterećenost : br. postelja po lekaru
br. postelja po sestri

4) Opremljenost bolnica :

Ne može se direktno meriti; bolnice se klasifikuju na : bazične, proširene, kompleksne, bolnice zajednice.

II – Pokazatelji funkcionisanja

1) Pokazatelji obima rada :

-Stopa hospitalizacije = br.prijema u toku god. / populacija potenc. korisnika × 1.000

-Br. dana hospitalizacije = br. ostvarenih bolničkih dana u toku god. / popul. potenc. korisnika × 1.000

-Prosečna dužina b. lečenja =br. ostvarenih bolničkih dana u toku god. / br. bolničkih epizoda u god.

-Proseč. dnevna zauzetost bol.post.= br. ostvarenih bolničkih dana u toku god. / 365×br.post. ×100

-Obrt bol. post. = br. ostvarenih bolničkih epizoda / ukupan br. postelja

-Br ispisanih pacijenata po lekaru / med. sestri

2) Pokazatelji kvaliteta rada :

U teoriji :

-bolnički mortalitet

-morbiditet

hirurških int.

-ishod bolničkog lečenja

-informisanje pacijenata i

njihovo zadovoljstvo bolničkim radom.

U praksi :

-bolnički letalitet

-smrtnost od invazivnih dijagnostičkih procedura i

3) Pokazatelji troškova rada :

-prosečni godišnji troškovi po bolničkoj epizodi

-prosečni godišnji troškovi po bolesničkom danu

-udeo troškova za ambulantno-polikliničko lečenje u ukupnim troškovima.

III – 5. KUĆNA NEGA I LEČENJE

Kućno lečenje – obezbeđivanje zdravstvenih i drugih usluga u kući obolelim i invalidnim licima kojima nije neophodan smeštaj u institucijama.

Usluge :

-zdravstvene

-vezane za zdravlje (ishrana, higijena, nabavka, transport...)

-pacijenti rado prihvataju ovaj vid lečenja

Postoje **dva** osnovna tipa kućnog lečenja :

1) **kućno lečenje** kao proizvod razvijene vanbolničke službe u okviru koje već postoje kućne posete i druge zdravstvene usluge u kući

2) **kućno lečenje** kao posledica napora za zadržavanje rasta troškova bolničkog lečenja.

Kućno lečenje se podrazumeva kod sledećih grupa :

-starih ljudi

-dece

-porođaji (preporučljivo)

-rehabilitacija

Dijagnostički testovi u kući :

-fizički pregled, pregled grla
-termometar
-samomerač (za krvni pritisak)
-tehnologija – "suva hemija" : papirići i štapići koji reaguju menjajući boju (za test je potrebna **mala količina** biološkog materijala i **ne treba** stručna sprema! npr. testovi za trudnoću i ovulaciju).

III – 6. ZDRAVSTVENO ZAKONODAVSTVO

Pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu regulisani su **Ustavom**. Specifična pitanja su uređena posebnim zakonima. **Savremeno zdravstveno zakonodavstvo** reguliše različite kategorije, koje se odnose na **5 elemenata** zdravstvenog sistema :

I – Korisnici zdravstvene zaštite

Imaju **individualna prava** :

- 1) Pravo na zdravstvenu zaštitu
- 2) Prava pacijenata :
 - saglasnost na osnovu informisanja
 - pravo na pristup med. dokumentaciji
 - privatnost – poverljiv odnos
 - zaštita podataka i čuvanje med. tajne
 - pravo žalbe
- 3) Zakonodavna regulativa pojedinih zdravstvenih aktivnosti :
 - zakonodavstvo o sterilizaciji
 - o eutanaziji
 - o abortusu
 - o transplantaciji
 - o eksperimentima na ljudima
- 4) Zakonodavstvo kod posebnih grupa pacijenata :
 - hendikepiranih
 - starih
 - majke i deteta

Pored individualnih imaju i **socijalna prava** :

- 1) Zdravstveno zakonodavstvo o spoljašnjoj sredini
- 2) Zakonodavstvo o hrani
- 3) O lekovima
- 4) O unapređenju zdravlja

II – Davaoci usluga zdravstvena zaštite :

Zakonodavstvo u vezi sa njima obuhvata :

- 1) Pristup zdravstvenoj profesiji :
 - obrazovanje zdr. radnika (zakonom regulisano školovanje)
 - planiranje broja zdr. radnika
 - dozvole za rad
- 2) Rad zdravstvenih radnika :
 - kontrola kvaliteta rada
 - odgovornost, etika

- disciplinski sudovi
- 3) Strukturalni aspekti :
 - pravni status zdr. radnika
 - način njihovog plaćanja

III – Ustanove zdravstvene zaštite

- 1) Otvaranje zdravstvenih ustanova
 - regulisani zakonom za planiranje broja radnika i vrste zdr. ustanove;moraju biti zadovoljeni standardi **sigurnosti, higijene, kvaliteta...**
- 2) Funkcionisanje zdr. ustanova
 - kontrola kvaliteta rada
 - odgovornost za učinjenu štetu
 - održavanje i testiranje tehnike
 - rad laboratorija i hitne službe
- 3) Strukturalni aspekti zdr. ustanova

IV – Upravljanje sistemom zdravstvene zaštite

Svi aspekti zdravstvene zaštite regulisani su različitim zakonima. Postoje propisi koji regulišu organizaciju zdravstvene zaštite, kao i ulogu korisnika u organizaciji (npr. učešće korisnika u donošenju odluka u vezi sa zdravstvenom zaštitom).

V – Finansiranje zdravstvene zaštite

Regulišu je :

- osnovni i dopunski izvori finansiranja
- kontrola i inspekcija finansija
- metod plaćanja

III – 7. ZDRAVSTVENO ZAKONODAVSTVO U NAŠOJ ZEMLJI

Sadašnji zakoni u oblasti zdravstva, oslanjaju se na Ustav RJ, koji kaže da su zdravlje i zdravstvena zaštita osnovna prava čoveka i da je z.z. stvar zajednice. Zakoni vezani za zdravlje :

I – Zakon o zdravstvenoj zaštiti

-propisano je kako funkcioniše zdravstvena zaštita i kako se obezbeđuju sredstva za njeno funkcionisanje

- određuje zdravstvene ustanove, njihovu organizaciju, način funkcionisanja, mrežu ustanova, obaveze i odgovornosti zdravstvenih radnika, prava i obaveze korisnika zaštite, sistem finansiranja

- propisuje se potreban stepen i vrsta stručne spreme
- broj zdravstvenih radnika, pripravnički staž
- regulisana je transplantacija
- vreme i uzrok smrti – lekar ; obaveznost obdukcije

II – Zakon o zdravstvenom osiguranju

Određuje način prikupljanja i raspodele sredstava, prava i obaveze osiguranika, sistem zdravstvenog osiguranja u celini

Precizirana su lica koja su obavezni osiguranici

Postoji mogućnost osiguranja članova njihovih porodica zdravstvenom zaštitom

Naknada zarade za vreme privremene sprečenosti za rad
Naknada putnih troškova
Naknada pogrebnih troškova

III – Zakon o socijalnoj zaštiti

Reguliše sistem socijalne zaštite, širu i užu koncepciju, ustanove, obaveze socijalnih radnika, pravo na socijalnu zaštitu, uslove pod kojima se ostvaruje.

IV – Zakon o radu i radnim odnosima, reguliše:

- radne odnose
- prava radnika
- dužinu radnog vremena, radne nedelje, odmor.

V- Zakoni o radu i porodici:

- prava žene
- ravnopravnost polova
- slobodu odluke o rađanju

VI- Zakon o zaštiti na radu

VII- Zakon o zaštiti životne sredine

III – 8. ZAŠTITA ZDRAVLJA

Zdravstvena zaštita predstavlja svukupne mere i aktivnosti zajednice kao celine, zdravstvene službe, kao njenog integralnog dela i samog čoveka na unapređenju i očuvanju zdravlja, odnosno poboljšanju zdravlja ljudi. Ona predstavlja integralnu celinu sledećih mera :

- mera za unapređenje i očuvanje zdravlja
- mera za suzbijanje i sprečavanje bolesti
- mera za rano otkrivanje
- mera za blagovremeno i adekvatno lečenje
- mera za rehabilitaciju

U XIX i početkom XX veka došlo je do promena u svetu na svim nivoima :

- brz razvoj nauke i tehnologije
- migracije i urbanizacija
- raste br. lekara, med. škola i fakulteta
- veći br. specijalista, timski rad
- povećanje nacionalnog dohotka – veća izdvajanja za zdravstvenu zaštitu
- veći troškovi za nabavku novih tehnologija, opreme i školovanje
- 1978. u Alma Ati – postavljen *kamen temeljac primarnoj zdravstvenoj zaštiti*
- organizacija SZO (WHO) – njen program "Zdravlje za sve do 2000."

Level i Klark su zdravstvenu zaštitu definisali kao skup mera **prevencije** podeljen na **tri*** nivoa :

- 1) **Primarna prevencija** – ima za cilj da **prevenira nastanak bolesti**; u nju se ubrajaju mere za očuvanje i unapređenje zdravlja, suzbijanje i sprečavanje bolesti

- 2) **Sekundarna prevencija** – ima za cilj da **prevenira razvoj bolesti** u čoveku i njegovoj okolini; u nju se ubrajaju mere za rano otkrivanje i lečenje bolesti
- 3) **Tercijarna prevencija** – ima za cilj da **prevenira nastanak posledica bolesti**; u nju se ubrajaju mere rehabilitacije.

* - Kod nas se zdravstvena zaštita posmatra na **pet** nivoa, ali broj nivoa nije bitan jer u suštini nema razlike...*Pravimo se Englezi !* ☒

Savremeno shvatanje tretira z.z. kao stvar zajednice kao celine, a ne samo čoveka kao pojedinca, iako je on obavezan da u njoj u potpunosti učestvuje. Z.zaštita je **jedinstvena i sveobuhvatna**.

Zdravlje i zdravstvena zaštita su kategorije društvenog standarda, a zaštita mora biti orijentisana, prvenstveno ka očuvanju i unapređenju zdravlja, ranom otkrivanju i suzbijanju bolesti. Ona mora biti **dostupna** i omogućavati **učestvovanje korisnicima u donošenju odluka**.

PRIRODNI TOK BOLESTI I NIVOI INTERVENCIJE

Svaka bolest ima svoj "**prirodni tok**" razvoja, a zadatak z.z. je da taj tok promeni !

I – U trenutku kada jedna bolest počne da se razvija imamo **biološki početak bolesti** (promene na mikroskopskom nivou koje je teško detektovati)

II – Kako se patološki proces razvija, u jednom trenutku su promene dovoljno velike, da se primenom najsavremenijih dijagnostičkih metoda mogu registrovati, što se u praksi ne dešava iz dva razloga : 1) tehnologije se ne koriste rutinski ; 2) pacijenti se ne obraćaju za pomoć jer nema simptoma.

III – Bolest se u jednom trenutku manifestuje prvim simptomima i to je **klinički početak bolesti** (završetak latentne i početak manifestne faze). Bilo bi dobro kada bi pacijent posle prvih simptoma posetio lekara, odnosno kada bi lekar shvatio ozbiljno žalbu ovako savesnog bolesnika. U praksi, ljudi nemaju razvijenu zdravstvenu kulturu, a lekari nemaju vremena za nejasne simptome, pa pacijente proglašavaju folirantima !!!

IV – paralelno sa razvojem bolesti, simptomi postaju sve češći i kada postanu nepodnošljivi, **pacijent se obraća lekaru**. Lekar preduzima sve mere dijagnostike i preduzima lečenje. U koliko se pacijent obratio prekasno dijagnoza pokazuje ireverzibilne promene (**kritični trenutak** – trenutak ireverzibilnosti deli ranu fazu od uznapredovale faze bolesti).

Mere **primarne prevencije** (očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje i suzbijanje bolesti) imaju smisla u fazi prepatogenaze (pre biološkog početka), kada bolest još nije nastala. Kada bolest počne da se razvija, rano otkrivanje i blagovremeno lečenje (mere **sekundarne prevencije**) su najbolje mere zaštite. Rano otkrivanje ima smisla u malom rasponu od **kliničkog početka do kritičnog trenutka**. Lečenje započeto **pre kritičnog trenutka** predstavlja efikasnu preventivnu meru. Posle toga lečenje ne dovodi do izmene **prirodnog toka** bolesti i posledice su neizbežne. Rehabilitacija (**tercijarna prevencija**) može da pomogne u terminalnoj fazi bolesti, ali pravi rezultat zavisi od ranog otkrivanja (2^o prevencija).

MERE ZA OČUVANJE I UNAPREĐENJE ZDRAVLJA

Nazivamo ih još i **primarna, nespecifična prevencija** : niz mera i aktivnosti u cilju očuvanja i poboljšanja zdravlja (da zdravi budu još zdraviji...). Sprovodi ih zajednica, ali i sam pojedinac.

Mere nespecifične prevencije :

1) Opšta i lična higijena

-opšta higijena : uslovi života i rada, provetranje, čišćenje, optimalna temperatura, izvori zračenja, buke...

-lična higijena : tuširanje, odeća, obuća, odmot u čistoj postelji

2) Pravilna ishrana i ispravna voda za piće

-voda : malo joda i hlora; u nekim zemljama se fluorirše

-hrana : bakteriološki i hemijski ispravna; neravnomernost u raspodeli hrane

(pothranjenost – gojaznost)

3) Fizička aktivnost

-smanjena (liftovi, pokretne stepenice, prevoz...)

-faktor je rizika

-rekreacija

4) Zaštita okoline

-čovjek je prirodu podredio svojim potrebama

-posledice toga su razni oblici zagađenja prirode

5) Lični i društveni standard

-visok nacionalni dohodak – bolje zdravstvo

-javlja se razlika između pojedinih grupa (bogatiji-manje bogati*čitaj "siromašni")

6) Izbegavanje rizičnog ponašanja

-pušenje

-alkohol

-droga

-nezdrava ishrana

7) Obrazovanje

8) Zdravstveno vaspitanje

-aktivnost namenjena širenju znanja, kao i uticaju na stavove i ponašanje ljudi, cilju unapređenja zdravlja

9) Stil života

-sveukupni način života

MERE ZA SPREČAVANJE I SUZBIJANJE BOLESTI

Usmerene ka sprečavanju određenih bolesti : specifična prevencija. Sprovode ih specijalizovani delovi zdravstvene službe uz podršku zajednice. Ovde spadaju :

I – Vakcinacija

Sa otkrićem vakcine (Luj Paster), u medicini je započela nova, mikrobiološka era. Zaustavljeni su pomori ljudi u velikim epidemijama i potpuno iskorenjene neke bolesti u svetu!

Vakcine štite samo vakcinisane ljude i to protiv samo one bolesti kojoj je vakcina namenjena. Zdravstvena služba organizuje vakcinaciju stanovništva po tzv. "kalendaru vakcinacije" :

-BSG – protiv tuberkuloze

-Di-Te-Per – protiv difterije, tetanusa i pertitusa

-Polio-vakcina – protiv dečije paralize

-Mo-Ru-Par – protiv morbila, rubele i parotitisa

Obuhvat vakcinacije treba da bude više od 80 %. Vakcina **protiv gripa** je sezonska ! Daje se na jesen pre početka epidemije i to prvo starima, hroničnim bolesnicima, rizičnim grupama, pa tek onda ostalima. Vakcina **protiv besnila** se daje samo osobama koje su pretrpele ujed besne životinje.

II – Dezinfekcija

Važnost čistoće u medicini je dokazana. Dezinfekcija (razni načini uništavanja mikroorganizama) je mera kojom se sprečava prenošenje svih bolesti i komplikacijama izazvanih mikrobima

III – Dezinsekcija i dratizacija

Mnogi insekti i glodari su vektori-prenosioci zaraznih obolenja. Njihovim uništavanjem se prekida put prenošenja infekcije i na taj način sprečava pojava obolenja kod ljudi.

IV – Asanacija

Podrazumeva mere i postupke tehničke prirode, čiji je zadatak popravljjanje nehigijenskih stanja objekata, terena, naselja (npr. isušivanje močvare...).

MERE ZA RANO OTKRIVANJE BOLESTI

Neko obolenje je rano otkriveno, ako je to učinjeno pre nego što osoba spontano i samoinicijativno zatraži pomoć zdravstvene službe. **Rano otkrivanje** ili **skringing** (*eng. screening*) se definiše kao : "Otkrivanje do tada nedijagnostikovanog obolenja ili stanja, pomoću različitih metoda (test, pregled...). To je primena jednog ili više testova na velikom broju ljudi, sa ciljem da se podele prema verovatnoći da su oboleli od traženog obolenja na :

-*verovatno obolele* – podvrgnuće se preciznim dijagnostičkim metodama

-*verovatno zdrave*

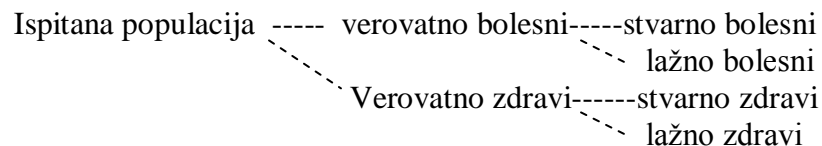
Pri organizovanju programa **masovnog ranog otkrivanja** treba imati u vidu i sledeće kriterijume :

I – Kriterijumi koji opisuju obolenje

-priča o prirodnom toku bolesti

II – Zahtevi koji se odnose na test

1) valjanost testa za rano otkrivanje - npr.



Valjanost testa ima dve dimenzije :

-Osetljivost = % stvarno obolelih od verovatno obolelih

-Specifičnost = % stvarno zdravih od verovatno zdravih

- 2) preciznost
- 3) da nema štetnih efekata
- 4) prihvatljiv za stanovništvo
- 5) lako izvodljiv

6) jeftin

III – Spremnost društva i zdravstvene službe

da prihvati sve otkrivene obolele :

Zdravstvena služba mora da omogući precizno dijagnostikovanje svim pozitivnim na testu i da svim stvarno obolelim omogući lečenje. Glavna karakteristika ranog otkrivanja je **efikasnost** (odnos između ranog otkrivanja i krajnjih efekata – stepena do kog se ranim otkrivanjem postiže bolje lečenje).

MERE ZA BLAGOVREMENO LEČENJE I REHABILITACIJU

Lečenjem se sprečava razvoj i širenje obolenja, posledice i komplikacije, invaliditet i umiranje.

Lečenje ima sledeće ciljeve :

1. da izleči bolest
2. spreči njeno širenje unutar bolesnika i na njegovu okolinu
3. spreči komplikacije i posledice bolesti
4. skрати period nesposobnosti
5. spreči smrt
6. smanji troškove zaštite

Može se podeliti :

- A. Prema mestu lečenja :
 - u kući
 - u bolničkoj ili vanbolničkoj ustanovi
 - na drugom mestu
- B. Prema uzroku :
 - simptomacko (lečenje simptoma)
 - kauzalno (lečenje uzroka)
- C. Prema vrsti terapije :
 - medikamentozno
 - hirurško
 - psihoterapiju
 - fizikalnu terapiju
- D. Prema uspehu :
 - izlečenje
 - poboljšanje
 - održavanje
 - pogoršanje
 - smrt

Rehabilitacija – mera zaštite kojom se pokušavaju **sprečiti** posledice bolesti, invaliditet, smrt usled posledica, i **skratiti** period nesposobnosti. U širem smislu obuhvata i socijalnu rehabilitaciju. Postavlja se pitanje zaposlenja hendikepiranih, socijalne integracije alkoholičara, narkomana, HIV pozitivnih. Na rehabilitaciju starih se sve više troši. Razlikuju se **četiri** vida rehabilitacije :

- medicinska

- psihička
- profesionalna
- socijalna.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŠKOLSKE DECE I STUDENATA

Zdravstvena zaštita školskog deteta

U najširem smislu podrazumeva praćenje razvoja i intelektualnih sposobnosti i praćenje stanja i uhranjenosti ! Odgovornost za dete snose roditelji i škola (u kojoj se odvija drugi stepen socijalizacije)

Sistematski pregledi.....(I, III, V, VII razredi oš. i III razred sš.) otkrivaju probleme u razvoju

- psihološki problemi u ovom periodu nisu zanemarljivi (pubertet)
- razvijaju se programi za prepoznavanje žrtvi zlostavljanja

Najveći problem je sve veće » rizično ponašanje «:

- pušenje
- alkohol
- droga
- rizično seksualno ponašanje

Zdravstveno vaspitanje je veoma bitno u ovom periodu.

Zdravstvena zaštita studenata

-u velikoj meri pripada zdravstvenoj zaštiti odraslih

- najvažniji aspekti su :
 - ocena uhranjenosti
 - merenje krvnog pritiska
 - stanje čula
 - promene (negativne)
 - zaštita i unapređenje reproduktivnog zdravlja :
 - 1) sprečavanje neželjenih trudnoća
 - 2) sprečavanje polno prenosivih bolesti

Reproduktivni period

Faze razvoja :	specifična zdravstvena zaštita
I pre začeća	gentsko i predbračno savetovanje
II prenatalno	prenatalna zaštita i skrining na visoko rizične trudnoće
III porođaj	sigurni porođaj, upućivanje na viši nivo, dojenje
IV odojče	imunizacija, praćenje rasta i razvoja
V predškolsko doba	praćenje rasta i razvoja, nesrećnih slučajeva, socijalizacija
VI školsko doba	imunizacija, zdravstveno vaspitanje
VII adolescencija	vaspitanje za porodični život i seksualitet.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA I DECE

Zdravstvenoj zaštiti majke i deteta se posvećuje posebna pažnja, zbog osetljivosti ovih populacionih grupa na dejstvo socio ekonomskih faktora a i zbog uzajamne zavisnosti zdr. stanja dece od zdr. stanja njihovih majki. U ovu populaciju spadaju žene u reproduktivnom periodu (15-49god.) i deca, i to : -odojčad (do 1 god.)

- deca predškolskog uzrasta (do navršene 6 god.)
- deca školskog uzrasta (7 - 18god.)

Ciljevi zdr. zaštite majke i deteta :

- 1) da se očuva i unapredi zdravlje žene pre začeća, u trudnoći, da se obezbede uslovi za normalan porođaj i rođenje zdravog deteta;
- 2) da žena ovlada veštinama nege i zaštite deteta;
- 3) da se očuva i unapredi zdravlje dece – praćenjem rasta i razvoja, primenom programskih, vaspitnih aktivnosti, otklanjanjem faktora rizika i sprečavanjem njihovog razvoja.

Porodica je ta koja omogućava pravilan rast i razvoj deteta i formiranje ponašanja koje unapređuje zdravlje.

Pokazatelji za procenu zdravlja

* pogledati poglavlje I – 8. "Pokazatelji negativnog zdravlja" ! ☒

Mere zdravstvene zaštite žena :

- 1) Opšte mere (one su zadatak zajednice) :
 - a. Oslobođanje od neukosti
 - b. Stvaranje uslova za ravnopravnost
 - c. Potpuna sloboda odlučivanja žena
- 2) Specifične mere (zadatak zdravstvene službe) :
 - a. Razvoj zdravstvene kulture
 - b. Obuhvat što većeg broja žena radom savetovališta
 - c. Obuhvat što većeg broja žena stručnom negom na porođaju
 - d. Obuhvat što većeg broja žena merama rane dijagnostike raka

Mere zdravstvena zaštite dece :

- 1) Opšte mere (zadatak zajednice i porodice) :
 - a. Uslovi za život
 - b. Kultura
- 2) Specifične mere (zadatak zdr. službe)
 - a. Nadzor nad psihofizičkim rastom i razvojem
 - b. Vakcinacija
 - c. Kontrola uslova života

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA STARIH LICA

Starost je niz procesa koji zahvataju individuu, njenu okolinu i zajednicu u celini. "Starost je proces u koji smo svi uključeni do određenog stepena, manje ili više."

Pokazatelji starosti nacije :

- 1) Procentualni udeo populacije preko 65 god. u ukupnoj populaciji neke teritorije ili zemlje; ako je 10% ili više, populacija se smatra starom!
- 2) Indeks starenja – odnos stanovnika starijih od 60 god. i mlađih od 19 god.; ako je veći od 0,40 – nacija stari !
- 3) Prosečna starost stanovništva – preko 30, stanovništvo stari
- 4) Indeks funkcionalnog stanovništva – odnos broja dece (0-14 god.) i starih (preko 65 god.) naspram broja radno sposobnog stanovništva (15-64 god.)

Stara populacija ima dva podsegmenta :

- 1) Mladi stari (60-74) – nezavisni u svakodnevnim aktivnostima

- 2) Stari (75 i više) – često kompletno zavisni od drugih.

Zdravstvene potrebe starih :

Postoje 3 stanovišta :

- 1) Stari ljudi su osetljivi i slabijeg su zdravstvenog stanja, sa nizom obolenja (do 10-12 po osobi)
- 2) Najveći broj starih ljudi je u dobrom zdravstvenom stanju i nezavisni su u svakodnevnom funkcionisanju
- 3) Stav o obaveznom opadajućem zdravstvenom stanju sa godinama – treba se pažljivo proučavati.

Promene na zdr. stanju starih se posmatraju na 2 nivoa :

1) Na **makronivou**

- Dokumentuju se promenama u visini stopa specifičnog mortaliteta od pojedinih obolenja koje rastu sa godinama starosti (u Srbiji stopa mortaliteta od kardio-vaskularnih bolesti najveća je u populaciji 70-74god).

2) Na **mikronivou**

-najčešće se govori o velikoj učestalosti hroničnih obolenja gde dominiraju kardio-vaskularna, respiratorna, koštano-zglobna obolenja...

7 osnovnih dimenzija za procenjivanje potreba starih :

- 1) aktivnost svakodnevnog života – fizičke (staranje o samom sebi) i instrumentalne aktivnosti (život u zajednici).
- 2) fizičko zdravlje – korišćenje lekova, vezanost za postelju...
- 3) mentalno zdravlje – očuvanost kognitivnih funkcija...
- 4) socijalni resursi
- 5) ekonomski resursi – raspoloživost sredstvima za izdržavanje
- 6) okolinski faktori
- 7) stepen opterećenosti onih koji brinu o starima.

Korišćenje zdr. zaštite :

Stari ljudi koriste z.z. učestalije nego ostali segmenti populacije. Više od 20% starih ima multiple dijagnoze. Karakteristično je propisivanje velikog broja lekova što dovodi do povećanja troškova z.z., a neki lekovi mogu i štetno delovati na stare...

Zdravstvena zaštita starih bazira se na sledećim principima :

- preveniranje nepotrebnog gubitka funkcionalnih sposobnosti
- prevencija i lečenje zdr. problema koji oštećuju kvalitet života
- stare treba što duže lečiti u njihovim kućama, pa tek kad to nije više moguće, poslati ih u institucije z.z.
- svaka zajednica treba da stimuliše dobrovoljni rad sa starima

Mere zdravstvene zaštite :

- 1) Opšte (sprovodi zajednica, porodica)
 - stvaranje što boljih uslova za lepšu starost
- 2) Specifične (zadatak zdr. službe)
 - briga o pravilnoj ishrani
 - briga o umerenoj fizičkoj aktivnosti
 - rano otkrivanje obolenja.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA HENDIKEPIRANIH

Hendikepiranost – nastaje kao rezultanta oštećenja strukture ili funkcije organizma koja traje kraće ili duže vremena (nesposobnost ili trajna nesposobnost-invaliditet).

Stručnjaci prognoziraju u budućnosti blag porast nesposobnosti i invaliditeta, iz više razloga:

- 1) produžavanje dužine života
- 2) povećanje broja dece sa hroničnim neizlečivim bolestima (preživljavaju zahvaljujući savremenim sredstvima
- 3) veći rizik i sve češća pojava povreda na radu, u kući, školi, saobraćaju...
- 4) bolja dijagnostika, praćenje i registrovanje slučajeva nesposobnosti

Pod pojmom "**nedostatak**" podrazumeva se svaki gubitak ili abnormalnost neke psihičke, fizičke ili anatomske strukture (ili funkcije). **Nesposobnost** (invalidnost) podrazumeva svako ograničenje ili nemogućnost obavljanja neke aktivnosti na način ili u granicama koje se smatraju normalnim za ljudsko biće. **Hendikepiranost** je rezultat (zdravstvenog) industrijskog, saobraćajnog i kliničkog traumatizma; karakteristična je za razvijene zemlje.

Pored zdravstvenih posledica za individuu, hendikepiranost ima i druge socio ekonomske posledice (povećanje zdr. troškova i troškova socijalne zaštite). Ovi troškovi stalno rastu. Zato je potrebna :

- prevencija hendikepiranosti, kroz prevenciju traumatizma
- rano otkrivanje i dijagnostika
- rehabilitacija (medicinska, socijalna...)
- edukacija za samozaštitu
- obebeđivanje pomagata i drugih tehničkih sredstava
- postojanje specijalnog obrazovanja
- postojanje društvenih službi za davanje saveta, pomoći
- stvaranje što boljih uslova svakodnevnog života za hendikepirane.

Beograd, 18.09.2002.