

UDC 61

ISSN 0354-7132

ОПШТА МЕДИЦИНА

ОСНОВАН 1995.

Волумен 24
Број 1-2

MAJ 2018.

MAY 2018.

Volume 24
Number 1-2



GENERAL PRACTICE

THE SERBIAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE

ЧАСОПИС СЕКЦИЈЕ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗА НАУКУ И
ТЕХНОЛОГИЈУ
Број 431-03-3220/96-03
4.12.1996. године
Београд

На основу члана 2. став 1. тачка 2. Уредбе о примени стопе пореза на промет одређених производа и порески ослобођења ("Службени гласник Републике Србије", број 33/96), а по поднетом захтеву Српског лекарског друштва из Београда, Цорча Вашингтона 19.

Министарство за науку и технологију изија ошамће

МИШЉЕЊЕ

Часовник "Стоматолошки гласник", "Гастроентеролошко-полески архив", "Кардиологија", "Гинеколошки архив Србије", "Стоматолошки архив", "Информатор" и лист "Лекер" су издати у издању: су публикације од посебног интереса за науку.

Пратећим стављање у промет, на сав публикације од посебног интереса за науку се не плаћа опште пореза на промет производа у складу Уредбе о примени стопе пореза на промет одређених производа и порески ослобођења.



ПОШТЕНЕ МИНИСТРА
Милан Јовановић
Министарство за науку и технологију

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
МИНИСТАРСТВО ЗА ИНФОРМАЦИЈЕ
Београд, Немањина 11
Број: 632-498/95-03
Датум: 04.05.1995. године

Министарство за информације Републике Србије на основу члана 7. Закона о јавном информисању ("Службени гласник Републике Србије", број 19/91), доноси

РЕШЕЊЕ

УПИСУЈЕ се у Регистар средстава јавног информисања, који се води у Министарству за информације Републике Србије, под редним бројем 1942 од 04. маја 1995. године, лист под називом:

"ОПШТА МЕДИЦИНА"

Са седиштем у: Београду, ул. Цорча Вашингтона бр. 19

Оснивач и издавач је: Српско лекарско друштво са с.о. Београд, ул. Цорча Вашингтона бр. 19.

Главно и одговорно уредник: прим. др мед. сци Дани Жигић, са пребивалиштем у Београду, ул. Пајицева бр. 3.

О насталим променама података из овог решења или о престанку издавања јавног гласила, одговорно лице је дужно да обавести Министарство за информације Републике Србије, у року од пет дана од дана настале промене, ради уношења истих у регистар.

Образложење

На основу приложених докумената успостављено је да је пријава у складу са одредбама члана 7. Закона о јавном информисању, што значи да садржи све законом прописане услове за упис у Регистар средстава јавног информисања.

Пошто су испуњени сви услови за упис у Регистар, одлучено је као у диспозитиву.

Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗА НАУКУ
И ТЕХНОЛОГИЈУ
Број 431-03-3220/96-03
4.12.1996. године
Београд

На основу члана 32. став 1. тачка 12. Закона о издавању и промету листова ("Службени гласник Републике Србије", број 33/96), а по поднетом захтеву Српског лекарског друштва из Београда, Цорча Вашингтона 19.

Министарство за науку и технологију изија ошамће

РЕШЕЊЕ

ЧАСОВНИК "ОПШТА МЕДИЦИНА"
ИЗДАВАЊЕ ГРУПЕ ИЗДАВАЊА

и издавач: Српско лекарско друштво из Београда, Цорча Вашингтона 19

је публикација од посебног интереса за науку.

Пратећим стављање у промет, на сав публикације од посебног интереса за науку се не плаћа опште пореза на промет производа и порески ослобођења у складу са Уредбом о примени стопе пореза на промет одређених производа и порески ослобођења.



ПОШТЕНЕ
Министарство за информације
Милан Јовановић
Министарство за информације

Милан Јовановић
Министарство за информације

Садржај

Contents

Tematska oblast	I
Aims and scope.....	VIII
Уређивачка политика	II
Publication policy.....	IX
Уредништво	XV
Editorial Board.....	XV
Упутство ауторима	XIX
Instruction for Authors.....	XXIII

Оригинални радови

Original articles

Вештине интерперсоналне комуникације у раду лекара опште медицине	1
<i>Милоранка Ђ. Петров Киурски, Виолета Т. Зубанов, Славољуб Р Живановић</i>	
Interpersonal communication skills in the general practitioners work	
<i>Miloranka Đ. Petrov Kiurski, Violeta T. Zubanov, Slavoljub R. Živanović</i>	
Територијална припадност пацијената амбуланте Хитне медицинске помоћи у Београду	16
<i>Тамара Љ. Павловић, Славољуб Р. Живановић</i>	
Teritorial distribution of patients in office of City Bureau for Emergency Medical Service'	
<i>Tamara Lj. Pavlovic, Slavoljub R. Zivanovic</i>	
The impact of lifestyle change on the parameters of glycemic control in type 2 diabetes	23
<i>Suzana M. Savić, Gordana R. Tešanović, Kosana D. Stanetić, Snježana M. Popović-Pejičić</i>	
Утицај промена начина живота на параметре контроле гликемије пацијената са дијабетесом тип 2	
<i>Сузана М. Савић, Гордана Р. Тешановић, Косана Д. Станетић, Снјежана М. Поповић-Пејичић</i>	
Значај процене когнитивног статуса пацијената у амбуланти опште медицине	33
<i>Милена Љ. Костић, Олга Д. Радосављевић, Маја С. Вучковић</i>	
The importance of assessing the cognitive status of patients in the general medicine practice	
<i>Milena Lj. Kostić, Olga D. Radosavljević, Maja S. Vučković</i>	

Приказ случаја

Case reporte

Конзервативно лечење дијабетесног стопала43

Драган Б. Маринковић

Conservative treatment of diabetic foot syndrome

Dragan B. Marinkovic

Прегледни чланци

Review Articles

Асертивност – стил добре комуникације, вештина
ефикасног заузимања за себе и развијања квалитетних
односа са другим људима51

Златка М. Марков

Assertiveness – the style of good communication, the skill
of standing up for oneself and of developing quality interpersonal
relationships

Zlatka M. Markov

Од Уредништва – Erratum.....61

From Editorial Board – Erratum



.....

Општа медицина – еИнфо

Opšta medicina - eInfo

.....

ИЗДАВАЧ / PUBLISHER

Српско лекарско друштво - Секција опште медицине
Serbian Medical Society - Department of General Medicine

Главни и одговорни уредник

Editor-in-Chief

Сузана Станковић

Suzana Stanković

АДРЕСА УРЕДНИШТВА / PUBLISHER ADDRESS

Контакт / Contact

Заменик главног и одговорног уредника

Associate Editor-in-Chief

Славољуб Живановић

Slavoljub Živanović

Џорџа Вашингтона 19, 11000 Београд, Србија

Džordža Vašingtona 19, 11000 Belgrade, Serbia

ompm@bvcom.net

Tel. + 381 (0)11 3234 261, +381 (0)11/3234-261

www.opstamedicina.org

Часопис Општа медицина

је званична публикација Секције опште медицине

Српског лекарског друштва

Opsta medicina

is a medical journal of General Medicine Section

of Serbian Medical Society

Часопис излази

два пута годишње: мај - октобар

Почетна година 1995

Frequency semiannually

May - October

Starting year 1995

Чланци су доступни на:

Articles are available at:

<http://www.opstamedicina.org/default.asp?id=27>

СТАТУС / STATUS

Категорија часописа

PK52

Journal category

BIČ impakt faktor 5

0,045

JBR Impact Factor 5

Реферисан у SCIndex-у

Indexed by SCIndex

CrossRef/DOI - Центар за евалуацију у образовању и науци

Center for evaluation in education and science

ОСНОВНО / BASICS

eISSN 2217-3994

COBISS.SR-ID UDC 61

.....

Општа медицина - Тематска област

Часопис Општа медицина је часопис посвећен радовима из области медицине чланова Секције опште медицине Српског лекарског друштва, чланова других медицинских секција, као и радовима сродних струка које су од интереса за примарну здравствену заштиту, тј. општу медицину-породичну медицину.

Часопис Општа медицина објављује оригиналне, претходно необјављене радове:

- Оригинални научни (стручни) рад или Приказ случаја Под Оригиналним научним радом се подразумева рад у коме се први пут објављују резултати сопствених истраживања.
- Прегледни рад који садржи оригиналан, детаљан и критички приказ истраживачког проблема или подручја у коме је аутор већ остварио одређени допринос, приказан у виду аутоцитата.
- Кратко или претходно саопштење што подразумева оригинални научни рад пуног формата али мањег обима.
- Научна критика, односно полемика на одређену тему заснована на научној аргументацији, актуелне теме: савремена питања од теоријског и практичног значаја за струку.
- Изузетно: монографске студије, историјско-архивске, лексикографске, библиографске студије или прегледе података, за које важи правило да су у питању сажети подаци који раније нису били доступни јавности.

Уколико је рад део магистарске тезе, односно докторске дисертације, или је урађен у оквиру научног пројекта, то треба посебно назначити у напомени на крају текста. Такође, уколико је рад претходно саопштен на неком стручном састанку, навести званичан назив скупа, место и време.

Класификација:

А. Библиометријска
медицина - медицина,
наука о здрављу
В. *Frascati*, модификована
медицинске науке - медицина,
наука о здрављу

Кључне речи:

Општа медицина; Промоција
здравља; Превенција болести;
Управљање лечењем;
Организација и
администрација;
Едукација и истраживање

.....

Општа медицина - Уређивачка политика

.....

Рецензентски поступак

Рецензенти

Општа медицина примењује поступак двостраног анонимног рецензирања свих радова. Сваки рукопис рецензирају барем два рецензента. Рецензенти делују независно једни од других, а њихов идентитет је међусобно непознат. Рецензенти се бирају искључиво према томе да ли располажу одговарајућим знањима за оцену рукописа. Не смеју бити из исте институције као аутори рукописа, нити њихови коаутори у скорој прошлости. Евентуални предлози поименичних рецензента од стране аутора рукописа се не уважавају.

Циљ рецензије је да Уредништву помогне у доношењу одлуке о томе да ли рад треба прихватити или одбити. Циљ је такође да се у процесу комуникације с уредником, ауторима и другим рецензентима побољша квалитет рукописа.

Рецензентски процес

Рукописи се упућују на рецензију тек након иницијалне оцено да ли су, с обзиром на форму и тематски делокруг, подобни за објављивање у часопису. Посебна пажња се посвећује томе да иницијална оцена не траје дуже него што је неопходно.

У редовним околностима поступак рецензирања траје највише четири недеље, а само изузетно до три месеца. Период од пријема рада до његовог објављивања траје у просеку 90 дана.

Током поступка рецензије главни уредник може да захтева од аутора да доставе додатне информације, укључујући и примарне податке, ако су оне неопходне за доношење суда о рукопису. Уредник и рецензенти морају да чувају такве информације као поверљиве и не смеју их употребити у друге сврхе.

Разрешавање несагласности

У случају да аутори имају озбиљне и основане замерке на рачун рецензије, Уредништво проверава да ли је рецензија објективна и да ли задовољава академске стандарде. Ако се појави сумња у објективност или квалитет рецензије, уредник ангажује додатне рецензенте.

Додатни рецензенти се ангажују и у случају када су одлуке рецензента (одбити/прихватити) међусобно опречне или на други начин непомирљиве.

Коначну одлуку о прихватању рукописа за објављивање доноси искључиво главни уредник.

Одговорности

Одговорности аутора

Аутори гарантују да рукопис представља њихов оригиналан допринос, да није објављен раније и да се не разматра за објављивање на другом месту. Истовремено предавање истог рукописа у више часописа представља кршење етичких стандарда, што га искључује из даљег разматрања за објављивање у часопису. Рад који је већ објављен на неком другом месту, не може бити прештампан у часопису Општа медицина.

Аутори сnose сву одговорност за целокупан садржај рукописа. Рукопис не сме да садржи неосноване или незаконите тврдње, нити да крши права других лица.

Аутори су дужни да обезбеде да њихов ауторски тим, наведен у рукопису, обухвати сва и само она лица која су значајно допринела садржају рукописа. Ако су у битним аспектима истраживачког пројекта и припреме рукописа учествовала и друга лица, њихов допринос треба навести у фусноти или посебној напомени (Захвалница, *Acknowledgements*).

Обавеза је аутора да у напомени наведу назив и шифру научно-истраживачког пројекта у оквиру кога је рад настао, као и пун назив институције која финансира пројекат. У случају да је рад под истим или сличним насловом био изложен на неком скупу у виду усменог саопштења, детаљи о томе треба да буду наведени на истом месту.

Аутори су дужни да потпуно и правилно цитирају изворе који су значајно утицали на садржај истраживања и рукописа. Делови рукописа, укључујући текст, једначине, слике или табеле, који су дословно преузети из других радова, морају бити јасно означени посебном напоменом, нпр. знацима навода с прецизном ознаком места преузимања (броја странице) или, ако су обимнији, навести у засебном параграфу.

Пуне референце свих навода у тексту (цитата) морају бити наведене у засебном одељку (*Литература* или *Референце*) и то на једнообразан начин, у складу са цитатним стилом који часопис користи. У одељку *Литература* наводе се само цитирани, а не и остали извори коришћени приликом припреме рукописа.

У случају да аутори открију грешку у свом раду након његовог објављивања, дужни су да моментално о томе обавесте главног уредника (или издавача) и да сарађују на томе да се рад повуче или исправи.

Обавеза је аутора да у рукопису наведу да ли су у финансијском или било ком другом битном сукобу интереса, који би могао да утиче на њихове резултате или интерпретацију резултата.

Предавањем рукописа аутори се обавезују на поштовање уређивачке политике часописа Општа медицина.

Одговорности Уредништва

Главни уредник часописа доноси коначну одлуку о томе који ће се рукописи објавити. Одлуке се доносе искључиво на основу вредности рукописа и морају бити ослобођене расних, полних/родних, верских, етничких или политичких предрасуда. Приликом доношења одлуке о објављивању, главни уредник се руководи уређивачком политиком, водећи рачуна о законским прописима који се односе на клевету, кршења ауторских права и плагирање.

Чланови уредништва, укључујући главног уредника, не смеју бити у сукобу интереса у вези са рукописима које разматрају. Чланови за које се претпостави да би неко могао сматрати да су у сукобу интереса, не учествују у поступку одлучивања о одређеном рукопису.

Рукописи се чувају као поверљив материјал. Информације и идеје садржане у рукописима не смеју се користити у личне сврхе без изричите писане дозволе аутора.

Главни уредник и чланови Уредништва су дужни да предузму све разумне мере да аутори/рецензенти остану анонимни током и након критичке оценое рада у складу с процедуром у употреби.

Одговорности рецензената

Рецензенти су дужни да квалификовано и у задатим роковима доставе уреднику оценоу научне, односно стручне вредности рукописа. Рецензент води посебну бригу о стварном доприносу и оригиналности рукописа. Рецензија мора бити сасвим објективна. Суд рецензената мора бити јасан и поткрепљен аргументима.

Рецензенти оцењују рукописе у односу на усклађеност садржаја с профилем часописа, значај и корисност садржаја, адекватност примењених метода, научну вредност садржаних информација, стил излагања и опремљеност текста. Рецензија има стандардни формат који обухвата оценоу појединих димензија рада, општу оценоу и закључну препоруку.

Рецензент не сме бити у сукобу интереса са ауторима или финансијером истраживања. Уколико такав сукоб постоји, рецензент је дужан да о томе правовремено обавести уредника. Рецензент не прихвата на рецензију радове изван области за коју се сматра потпуно компетентним.

Рецензенти треба да упозоре главног уредника ако имају основану сумњу или сазнање о могућим повредама етичких стандарда од стране аутора рукописа. Такође, треба да препознају одговарајуће изворе који у раду нису узети у обзир. Могу да препоруче цитирање одређених референци, али не и да захтевају цитирање радова објављених у часопису Општа медицина или својих радова ако за то не постоји оправдање.

Од рецензената се очекује да својим сугестијама унапреде квалитет рукописа. Ако оценоу да рад заслужије објављивање уз корекције, дужни су да прецизирају начин на који то може да се оствари.

Рукописи који су послати рецензенту морају се сматрати поверљивим документима. Рецензенти не смеју да користе материјал из рукописа за своја истраживања без изричите писане дозволе аутора.

Етичност публиковања

Разрешавање неетичких поступака

Сваки појединац или институција могу да у било ком тренутку уреднику и/или Уредништву пријаве сазнања о кршењу етичких стандарда и другим неправилностима и да о томе доставе веродостојне информације/доказе ради покретања истраге.

Поступак провере изнетих доказа одвија се на следећи начин:

- главни уредник доноси одлуку о покретању истраге;
- током тог поступка сви докази се сматрају поверљивим материјалом и предочавају само оним лицима која су директно обухваћена случајем;
- лицима за које се претпоставља да су прекршили етичке стандарде, пружа се прилика да одговоре на изнете оптужбе;
- ако се утврди да је заиста дошло до неправилности, оцењује се да ли је реч о мањем прекршају или грубом кршењу етичких стандарда.

Мањи прекршаји, без последица по интегритет рада и часописа, на пример, када је реч о неразумевању или погрешној примени публицистичких стандарда,

разрешавају се у директној комуникацији с ауторима и рецензентима, без укључивања трећих лица, на неки од начина:

- ауторима и/или рецензентима се упућује писмо упозорења;
- објављује се исправка рада, на пример, у случају када се са списка референци изоставе извори који су у самом тексту цитирани на прописан начин;
- објављује се исправка (*Erratum*), на пример, ако се испостави да је грешка настала омашком Уредништва.

У случају грубог кршења етичких стандарда, главни уредник / Уредништво може да предузме различите мере:

- објављује саопштење или уводник у коме се случај описује;
- службено обавештава афилијативну организацију аутора/рецензента;
- повлачи објављени рад на начин описан под *Политика повлачења*;
- изриче забрану објављивања у часопису на одређени временски период;
- предочава случај надлежним организацијама и регулаторним телима ради предузимања мера из њихове надлежности.

Ове мере се могу примењивати појединачно или истовремено. У процесу разрешавања случаја, по потреби се консултују надлежне експертске организације, тела или појединци.

Приликом разрешавања етички спорних поступака, Уредништво се руководи смерницама *Комитета за етику публикација (COPE)*.

Спречавање плагијаризма

Општа медицина не објављује плагиране радове. Уредништво полази од става да је плагирање, односно преузимање туђих идеја, речи или других облика креативног доприноса и њихово представљање као своје, грубо кршење научне и издавачке етике. Плагирање може да укључује и кршење ауторских права, што је законом кажњиво.

Плагијаризам обухвата:

- дословно (реч по реч) или готово дословно преузимање, или смишљено, ради прикривања извора, парафразирање делова текстова других аутора без јасног назначавања извора, на начин описан под *Одговорности аутора*;
- копирање једначина, података или табела из других докумената без правилног назначавања извора и/или без дозволе изворног аутора или носиоца ауторског права.

Рукопис у коме се утврде јасне индикације плагијаризма биће аутоматски одбијен. У случају да се плагијаризам открије у већ објављеном раду, рад ће бити опозван (повучен) у складу са процедуром описаном под *Политика повлачења*.

Политика повлачења

У случају кршења права издавача, носилаца ауторских права или самих аутора, објављивање истог рукописа у више часописа, лажног ауторства, плагијата, манипулације подацима ради преваре или било које друге злоупотребе, објављени рад се мора опозвати.

Рад се може опозвати и да би се исправиле озбиљне и бројне омашке које није могуће обухватити објављивањем исправке. Опозив објављује главни уредник / Уредништво, аутор(и) или обе стране споразумно.

Опозив има облик засебног рада који се приказује у садржају свеске и уреднички класификује као Опозив или Ретракција. У *SCIndex*-у као матичној бази пуног текста успоставља се двосмерна веза (*HTML link*) између оригиналног рада и ретракције. Оригинални рад се и даље чува у неизмењеном облику, с тим да се воденим жигом на *PDF* документу на свакој страници означава да је чланак повучен.

Опозиви се публикују према захтевима *COPE*-а разрађеним од стране *CEON*-а као издавача базе у којој се часопис примарно индексира.

Отворени приступ

Политика отвореног приступа

Општа медицина се издаје у режиму тзв. *отвореног приступа*. Сав његов садржај доступан је корисницима бесплатно. Корисници могу да читају, преузимају, копирају, дистрибуирају, штампају, претражују пуни текст чланака, као и да успостављају *HTML* линкове ка њима, без обавезе да за то траже сагласност аутора или издавача.

Право да садржај користе без писане сагласности не ослобађа кориснике обавезе да цитирају садржај часописа на начин описан под *Лиценцирање*.

Архивирање дигиталне верзије

У складу са законом, све објављене свеске часописа архивирају се у дигитални депозит Народне библиотеке Србије и истовремено полажу у Репозиторијум *SCIndex*-а српског цитатног индекса као примарну базу пуног текста.

Наплата трошкова ауторима

Часопис Општа медицина не наплаћује *ASC* (*Article Submission Charge*) за ауторе из Србије, а за ауторе изван Србије наплаћује 100€. Аутори из иностранства носе трошкове приликом слања рада без обзира на исход рецензије. Аутори плаћају овај износ чак и када поново шаљу рукопис који је у часопису Општа медицина већ једном одбијен. Напомињемо да плаћање овог износа не гарантује прихватање рукописа и не утиче на исход рецензије.

Ако Уредништво процени да је рад од већег значаја за општу медицину-породичну медицину, аутор из иностранства може да се ослободи плаћања *ASC* (*Article Submission Charge*). Молбе за ослобађање од *ASC* се шаљу на адресу *ompm@bvcom.net*

Часопис не наплаћује *APC* (*Article Processing Charge*).

Ауторска права и лиценцирање

Ауторска права

Аутори задржавају ауторска права над објављеним чланцима, а издавачу дају неексклузивно право да чланак објави, да у случају даљег коришћења чланка буде наведен као његов први издавач, као и да дистрибуира чланак у свим облицима и медијима.

Лиценцирање

Објављени чланци дистрибуирају се у складу са лиценцом *Creative Commons* Ауторство – Делити под истим условима 4.0 *International (CC BY-SA)*. Допуштено је да се дело копира и дистрибуира у свим медијима и форматима, да се прерађује, мења и надограђује у било које сврхе, укључујући и комерцијалне, под условом да се на правилан начин цитирају његови првобитни аутори, постави линк ка оригиналној лиценци, назначи да ли је дело измењено и да се ново дело објави под истом лиценцом као и оригинално.

Корисници су при том дужни да наведу пун библиографски опис чланка објављеног у овом часопису (аутори, наслов рада, наслов часописа, волумен, свеска, пагинација), као и његову *DOI* ознаку. У случају објављивања у електронској форми такође су дужни да поставе *HTML link* како са оригиналним чланком објављеним у часопису Општа медицина, тако и са коришћеном лиценцом.

Аутори могу да ступају у засебне, уговорне аранжмане за неексклузивну дистрибуцију рада објављеног у часопису (нпр. постављање у институционални репозиторијум или објављивање у књизи), уз навођење да је рад првобитно објављен у овом часопису.

Политика самоархивирања

Ауторима је дозвољено да објављену верзију (*PDF*) рада депонују у институционални или тематски репозиторијум или да је објаве на личним *WEB* страницама (укључујући и профиле на друштвеним мрежама, као што су *ResearchGate*, *Academia.edu*, итд.), на сајту институције у којој су запослени, у било које време након објављивања у часопису.

Аутори су обавезни да при том наведу пун библиографски опис чланка објављеног у овом часопису (аутори, наслов рада, наслов часописа, волумен, свеска, пагинација) и поставе линк како на *DOI* ознаку тог чланка, тако и на коришћену лиценцу.

Одрицање од одговорности

Ставови изнети у објављеним радовима не изражавају ставове уредника и чланова Редакције часописа. Аутори преузимају правну и моралну одговорност за идеје изнете у својим радовима. Издавач неће сносити никакву одговорност у случају испостављања било каквих захтева за накнаду штете.

.....

General Practice - Aims and scope

.....

General Medicine is a medical journal of General Medicine Section of Serbian Medical Society. Journal will consider any original article that advances science and practice in the field of general/family medicine

Journal publishes original, previously unpublished articles:

- Original research article or Case report (an article is considered original research if it is the report of the study written by the researchers who actually did the study).
- Review paper that contains an original, detailed and critical review of the research problem, or of an area in which the author has already made a contribution, presented in the form of self quotations.
- Short or preliminary announcement which includes an original scientific paper of full format but in smaller volume.
- Scientific criticism, or controversies on a particular topic based on scientific arguments, current topics: contemporary issues of theoretical and practical importance for the profession.
- Monographic, historical, lexicographic, bibliographic studies or data survey, presented as summarized data that were previously unavailable to the public.

If the paper is part of a master's thesis or doctoral dissertation, or part of the research project, that fact should be specifically indicated in the note at the end of the text. Also, if the work has previously been presented at a scientific meeting, indicate the official name of the event, place and time.

Classification

A. Bibliometric

medicine - health sciences

B. Frascati, modified

medical and health sciences - health sciences

Keywords:

General Medicine;

Health Promotion;

Disease Prevention;

Treatment Management;

Organization and administration;

Education and Research

.....

Opšta medicina - Publication policy

.....

Reviewing procedure

Peer reviewers

Opšta medicina uses double-blind review system for all papers. Each manuscript is reviewed by at least two reviewers. The reviewers act independently and they are not aware of each other's identities. The reviewers are selected solely according to whether they have the relevant expertise for evaluating a manuscript. They must not be from the same institution as the author(s) of the manuscript, nor be their co-authors in the recent past. No suggestions of individual reviewers by the author(s) of the manuscript will be accepted.

The purpose of peer review is to assist the Editorial Board in making decision of whether to accept or reject a paper. The purpose is also to assist the author in improving papers.

Peer review process

Manuscripts are sent for review only if they pass the initial evaluation regarding their form and thematic scope. A special care is taken that the initial evaluation does not last more than necessary.

Under normal circumstances, the review process takes up to four weeks, and only exceptionally up to three months. The total period from the submission of a manuscript until its publication takes an average of 90 days.

During the review process the Editor-in-Chief may require authors to provide additional information (including raw data) if they are necessary for the evaluation of the manuscript. These materials shall be kept confidential and must not be used for any other purposes.

Resolving inconsistencies

In the case that the authors have serious and reasonable objections to the reviews, the Editorial Board makes an assessment of whether a review is objective and whether it meets academic standards. If there is a doubt about the objectivity or quality of review, the Editor-in-Chief will assign additional reviewer(s).

Additional reviewers may also be assigned when reviewers' decisions (accept or reject) are contrary to each other or otherwise substantially incompatible.

The final decision on the acceptance of the manuscript for publication rests solely with the Editor-in-Chief.

Responsibilities

Authors' responsibilities

Authors warrant that their manuscripts are their original works, that they have not been published before, and are not under consideration for publication elsewhere. Parallel

submission of the same paper to another journal constitutes a misconduct and eliminates the manuscript from further consideration. The work that has already been published elsewhere cannot be reprinted in the *Opšta medicina*.

Authors are exclusively responsible for the contents of their submissions. Authors affirm that the article contains no unfounded or unlawful statements and does not violate the rights of third parties.

Authors must make sure that their author team listed in the manuscript includes all and only those authors who have significantly contributed to the submitted manuscript. If persons other than authors were involved in important aspects of the research project and the preparation of the manuscript, their contribution should be acknowledged in a footnote or the Acknowledgments section.

It is the responsibility of the authors to specify the title and code label of the research project within which the work was created, as well as the full title of the funding institution. In case a submitted manuscript has been presented at a conference in the form of an oral presentation (under the same or similar title), detailed information about the conference shall be provided in the same place.

Authors are required to properly cite sources that have significantly influenced their research and their manuscript. Parts of the manuscript, including text, equations, pictures and tables that are taken verbatim from other works must be clearly marked, e.g. by quotation marks accompanied by their location in the original document (page number), or, if more extensive, given in a separate paragraph.

Full references of each quotation (in-text citation) must be listed in the separate section (Literature or References) in a uniform manner, according to the citation style used by the journal. References section should list only quoted/cited, and not all sources used for the preparation of a manuscript.

When authors discover a significant error or inaccuracy in their own published work, it is their obligation to promptly notify the Editor-in-Chief (or publisher) and cooperate with him/her to retract or correct the paper.

Authors should disclose in their manuscript any financial or other substantive conflict of interest that might have influenced the presented results or their interpretation.

By submitting a manuscript the authors agree to abide by the Editorial Policies of *Opšta medicina*.

Editorial responsibilities

The Editor-in-Chief is responsible for deciding which articles submitted to the journal will be published. The decisions are made based exclusively on the manuscript's merit. They must be free from any racial, gender, sexual, religious, ethnic, or political bias. When making decisions the Editor-in-Chief is also guided by the editorial policy and legal provisions relating to defamation, copyright infringement and plagiarism.

Members of the Editorial Board including the Editor-in-Chief must hold no conflict of interest with regard to the articles they consider for publication. Members who feel they might be perceived as being involved in such a conflict do not participate in the decision process for a particular manuscript.

The information and ideas presented in submitted manuscripts shall be kept confidential. Information and ideas contained in unpublished materials must not be used for personal gain without the written consent of the authors.

The Editor-in-Chief and the editorial staff shall take all reasonable measures to ensure that the authors/reviewers remain anonymous during and after the evaluation process in accordance with the type of reviewing in use.

Reviewers' responsibilities

Reviewers are required to provide the qualified and timely assessment of the scholarly merits of the manuscript. The reviewer takes special care of the real contribution and originality of the manuscript. The review must be fully objective. The judgment of the reviewers must be clear and substantiated by arguments.

The reviewers assess manuscript for the compliance with the profile of the journal, the relevance of the investigated topic and applied methods, the scientific relevance of information presented in the manuscript, the presentation style and scholarly apparatus. The review has a standard format.

The reviewer must not be in a conflict of interest with the authors or funders of research. If such a conflict exists, the reviewer is obliged to promptly notify the Editor-in-Chief. The reviewer shall not accept for reviewing papers beyond the field of his/her full competence.

Reviewers should alert the Editor-in-Chief to any well-founded suspicions or the knowledge of possible violations of ethical standards by the authors. Reviewers should recognize relevant published works that have not been considered in the manuscript. They may recommend specific references for citation, but shall not require to cite papers published in *Opšta medicina*, or their own papers, unless it is justified.

The reviewers are expected to improve the quality of the manuscript through their suggestions. If they recommend correction of the manuscript prior to publication, they are obliged to specify the manner in which this can be achieved.

Any manuscripts received for review must be treated as confidential documents. Reviewers must not use unpublished materials disclosed in submitted manuscripts without the express written consent of the authors.

Ethical publishing

Dealing with unethical behaviour

Anyone may inform the Editor-in-Chief / Editorial Board at any time of suspected unethical behaviour or any type of misconduct by giving the necessary credible information/evidence to start an investigation.

- Editor-in-Chief makes the decision regarding the initiation of an investigation.
- During an investigation, any evidence should be treated as confidential and only made available to those strictly involved in the process.
- The accused will always be given the chance to respond to any charges made against them.
- If it is judged at the end of the investigation that misconduct has occurred, then it will be classified as either minor or serious.

Minor misconduct (with no influence on the integrity of the paper and the journal, for example, when it comes to misunderstanding or wrong application of publishing standards) will be dealt directly with authors and reviewers without involving any other parties. Outcomes include:

- Sending a warning letter to authors and/or reviewers.
- Publishing correction of a paper, e.g. when sources properly quoted in the text are omitted from the reference list.
- Publishing an erratum, e.g. if the error was made by editorial staff.

In the case of major misconduct the Editor-in-Chief / Editorial Board may adopt different measures:

- Publication of a formal announcement or editorial describing the misconduct.
- Informing officially the author's/reviewer's affiliating institution.
- The formal, announced retraction of publications from the journal in accordance with the Retraction Policy .
- A ban on submissions from an individual for a defined period.
- Referring a case to a professional organization or legal authority for further investigation and action.

The above actions may be taken separately or jointly. If necessary, in the process of resolving the case relevant expert organizations, bodies, or individuals may be consulted.

When dealing with unethical behaviour, the Editorial Board will rely on the guidelines and recommendations provided by the Committee on Publication Ethics (COPE).

Plagiarism prevention

Opšta medicina does not publish plagiarised papers. The Editorial Board has adopted the stance that plagiarism, where someone assumes another's ideas, words, or other creative expression as one's own, is a clear violation of scientific ethics. Plagiarism may also involve a violation of copyright law, punishable by legal action.

Plagiarism includes the following:

- Verbatim (word for word), or almost verbatim copying, or purposely paraphrasing portions of another author's work without clearly indicating the source or marking the copied fragment (for example, using quotation marks) in a way described under Authors' responsibilities ;
- Copying equations, figures or tables from someone else's paper without properly citing the source and/or without permission from the original author or the copyright holder.

Any manuscript which shows obvious signs of plagiarism will be automatically rejected. In case plagiarism is discovered in a paper that has already been published by the journal, it will be retracted in accordance with the procedure described under Retraction policy .

Retraction policy

Legal limitations of the publisher, copyright holder or author(s), infringements of professional ethical codes, such as multiple submissions, bogus claims of authorship, plagiarism, fraudulent use of data or any major misconduct require retraction of an article.

Occasionally a retraction can be used to correct numerous serious errors, which cannot be covered by publishing corrections. A retraction may be published by the Editor-in-Chief / Editorial Board, the author(s), or both parties consensually.

The retraction takes the form of a separate item listed in the contents and labeled as "Retraction". In SCIndex, as the journals' primary full-text database, a two-way communication (HTML link) between the original work and the retraction is established. The original article is retained unchanged, except for a watermark on the PDF indicating on each page that it is "retracted".

Retractions are published according to the requirements of COPE operationalized by CEON/CEES as the journal indexer and aggregator.

Open access

Open access policy

Journal *Opšta medicina* is published under an Open Access licence. All its content is available free of charge. Users can read, download, copy, distribute, print, search the full text of articles, as well as to establish HTML links to them, without having to seek the consent of the author or publisher.

The right to use content without consent does not release the users from the obligation to give the credit to the journal and its content in a manner described under Licensing .

Archiving digital version

In accordance with law, digital copies of all published volumes are archived in the legal deposit library of the National Library of Serbia and concurrently in the Repository of SCIndeks - The Serbian Citation Index as the primary full text database.

Article processing charge

“General medicine” journal does not charge Article Submission Charge for authors from Serbia. For authors outside of Serbia Article Submission Charge is 100 €. Authors from abroad bear expenses of sending the paper regardless of the outcome of the review. Authors pay this amount even for re-submitted articles that were previously rejected. Please note that the payment of this amount does not guarantee the acceptance of the manuscript and does not affect the outcome of the reviews.

If the editorial board decide that the article is of major importance for general/family medicine, the author from abroad may be exempted from the payment of Article Submission Charge. Applications for exemption from Article Submission Charge should be sent to the address ompm@bvcom.net

The journal does not charge Article Processing Charge.

Copyright & Licensing

Copyright

Authors retain copyright of the published papers and grant to the publisher the non-exclusive right to publish the article, to be cited as its original publisher in case of reuse, and to distribute it in all forms and media.

Licensing

The published articles will be distributed under the Creative Commons Attribution ShareAlike 4.0 International license (CC BY-SA) . It is allowed to copy and redistribute the material in any medium or format, and remix, transform, and build upon it for any purpose, even commercially, as long as appropriate credit is given to the original author(s), a link to the license is provided, it is indicated if changes were made and the new work is distributed under the same license as the original.

Users are required to provide full bibliographic description of the original publication (authors, article title, journal title, volume, issue, pages), as well as its DOI code. In electronic publishing, users are also required to link the content with both the original article published in *Opšta medicina* and the licence used.

Authors are able to enter into separate, additional contractual arrangements for the non-exclusive distribution of the journal's published version of the work (e.g., post it to an institutional repository or publish it in a book), with an acknowledgement of its initial publication in this journal.

Self-archiving policy

Authors are permitted to publisher's version (PDF) of their work in an institutional repository, subject-based repository, author's personal website (including social networking sites, such as ResearchGate, Academia.edu, etc.), and/or departmental website at any time after publication.

Full bibliographic information (authors, article title, journal title, volume, issue, pages) about the original publication must be provided and links must be made to the article's DOI and the license.

Disclaimer

The views expressed in the published works do not express the views of the Editors and the Editorial Staff. The authors take legal and moral responsibility for the ideas expressed in the articles. Publisher shall have no liability in the event of issuance of any claims for damages. The Publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

.....

Општа медицина - Уређивачки одбор

Opšta medicina - Editorial board

.....



Главни и одговорни уредник

Сузана Станковић, Дом здравља Пирот, Србија

Editor-in-Chief

Suzana Stanković, Health Center Pirot, Serbia

Примаријус, Доктор медицинских наука, Академска специјализација породичне медицине, Специјалиста опште медицине. Предавач по позиву на Медицинском факултету у Фочи, аутор и коаутор 89 стручних и научних радова, неколико књига, уџбеника и практикума за рад у породичној медицини, члан уређивачког одбора часописа „Српски Архив“, „Билтена“ Асоцијације *GP-FM SEE*, „*Medicus*“ ЗЦ Пирот, Рецензент радова за часопис „Српски архив“, стручних и научних радова кандидата за добијање назива Примаријус. Члан научног одбора и главног одбора Асоцијације *GP-FM SEE*.

Primarius, Doctor of Medical Sciences, Academic specialization of family medicine, general medicine specialist. Visiting lecturer at the Faculty of Medicine in Foca, author and co-author of 89 professional and scientific articles, several books, textbooks and practicum for family medicine practice, member of the editorial board of the “Serbian Archives”, journal, of the “Bulletin” of the GP/FMSEE Association, of the “Medicus” magazine of the Health Centre Pirot. Reviewer of papers for the “Serbian Archives” journal, professional and scientific papers of the candidates for the title of Primarius. A member of the scientific committee and the central committee of the GP/FMSEE Association.

Заменик главног и одговорног уредника

Славољуб Живановић

Завод за хитну медицинску помоћ, Београд, Србија

Associate Editor in Chief

Slavoljub Živanović

Department of Emergency, Belgrade, Serbia

Чланови

Members

- Мирјана Мојковић, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија – у пензији
Mirjana Mojčović, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia - retired
- Милоранка Петров-Киурски, Дом здравља Зрењанин, Србија, у пензији
Miloranka Petrov-Kiurski, Health Center Zrenjanin, Serbia - retired
- Весна Јањушевић, Дом здравља “Стари град”, Београд, Србија
Vesna Janjušević, Health Center “Stari grad”, Belgrade, Serbia
- Нада Вукадиновић, Дом здравља Крушевац, Србија
Nada Vukadinović, Health Center Kruševac, Serbia
- Весна Стевић Гајић, Дом здравља Крушевац, Србија
Vesna Stević Gajić, Health Center Kruševac, Serbia

- Зорка Димитријевић, Дом здравља “Звездара”, Београд, Србија
Zorka Dimitrijević, Health Center “Zvezdara”, Belgrade, Serbia
- Снежана Јанковић, Дом здравља “Обреновац”, Београд, Србија
Snežana Janković, Health Center “Obrenovac”, Belgrade, Serbia
- Мирјана Лапчевић, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија
Mirjana Lapčević, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia
- Златка Марков, Дом здравља Нови Сад, Србија
Zlatka Markov, Health Center Novi Sad, Serbia
- Дејан Нешић, КЦ Србије, Институт за физиологију, Београд, Србија
Dejan Nešić, CC of Serbia, Institute of Physiology, Belgrade, Serbia
- Надежда Радисављевић, Дом здравља “Стари град”, Београд, Србија
Nadežda Radisavljević, Health Center “Stari grad”, Belgrade, Serbia
- Невенка Димитријевић, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија
Nevenka Dimitrijević, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia
- Петар Станојевић, Дом здравља “Др Симо Милошевић” - Чукарица, Београд, Србија
Petar Stanojević, Health Center “Dr Simo Milošević” - Čukarica, Belgrade, Serbia
- Илхами Унлуоглу, Османгази Универзитет, Катедра породичне медицине, Ескишер, Турска
Ilhami Unluoglu, Osmangazi University, Family medicine department, Eskisehir, Turkey
- Валентина Мацова, Универзитет “Христо Смирненску”, Факултет за јавно здравље, Катедра породичне медицине, Варна, Бугарска
Valentina Madžova, Medical University “Hristo Smirnenky”, Faculty of Public Health, Department of Family Medicine, Varna, Bulgaria
- Кармен Буснеог, Букурешт, Румунија
Karmen Busneog, Bucharest, Romania
- Маја Рачић, Универзитет у Источном Сарајеву, Медицински факултет Фоча, Катедра породичне медицине, Фоча, Република Српска, Босна и Херцеговина
Maja Račić, University of East Sarajevo, Faculty of Medicine Foča, Department Family Medicine, Foča, Republic Srpska, Bosnia and Herzegovina
- Азијада Беганлић, Универзитет у Тузли, Катедра за породичну медицину, Тузла, Босна и Херцеговина
Azijada Beganlić, University of Tuzla, Family Medicine Department, Tuzla, Bosnia and Herzegovina
- Бисерка Бергман Марковић, Медицински факултет, Универзитет у Загребу, Катедра за породичну медицину, Загреб, Хрватска
Biserka Bergman Marković, University of Zagreb, Faculty of Medicine, Family Medicine Department, Zagreb, Croatia
- Љубомир Киров, Медицински факултет, Универзитет у Софији, Софија, Бугарска
Ljubomir Kirov, University of Sofia, Faculty of medicine, Sofia, Bulgaria
- Оливера Батић-Мујановић, Универзитет у Тузли, Медицински факултет, Катедра за породичну медицину, Тузла, Босна и Херцеговина
Olivera Batić-Mujanović, University of Tuzla, Faculty of medicine, Department of Family Medicine, Tuzla, Bosnia and Herzegovina
- Катарина Ставрић, Центар за породичну медицину, Скопље, Македонија
Katarina Stavrić, Center for Family Medicine in Skopje, Macedonia
- Љубин Шукријев, Центар за породичну медицину, Скопље, Македонија
Ljubin Šukrijev, Center for Family Medicine in Skopje, Macedonia

- Снежана Стојановић Ристић, Завод за здравствену заштиту студената, Београд, Србија
Snežana Stojanović Ristić, Institute of student health protection, Belgrade, Serbia
- Драгана Трифуновић Балановић, Дом здравља “Звездара”, Београд, Србија
Dragana Trifunović Balanović, Health Center “Zvezdara”, Belgrade, Serbia
- Горан Читлучанин, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија
Goran Čitlučanin, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia
- Вера Пертот, Дом здравља Студеница, Краљево, Србија - у пензији
Vera Pertot, Health Center “Kraljevo”, Studenica, Serbia - retired
- Живка-Жижа Станојевић, лектор за српски језик, Београд, Србија
Živka-Žiža Stanojević, Serbian language editor, Belgrade, Serbia
- Дејан Димитријевић, лектор за енглески језик, Београд, Србија
Dejan Dimitrijević, English language editor, Belgrade, Serbia

Рецензенти Reviewers

- Мирјана Мојковић, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија – у пензији
Mirjana Mojković, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia - retired
- Весна Стевић Гајић, Дом здравља Крушевац, Србија
Vesna Stević Gajić, Health Center Kruševac, Serbia
- Зорка Димитријевић, Дом здравља “Звездара”, Београд, Србија
Zorka Dimitrijević, Health Center “Zvezdara”, Belgrade, Serbia
- Маја Рачић, Универзитет у Источном Сарајеву, Медицински факултет Фоча, Катедра породичне медицине, Фоча, Република Српска, Босна и Херцеговина
Maja Račić, University of East Sarajevo, Faculty of Medicine Foča, Department Family Medicine, Foča, Republic Srpska, Bosnia and Herzegovina
- Азијада Беганлић, Универзитет у Тузли, Катедра за породичну медицину, Тузла, Босна и Херцеговина
Azijada Beganlić, University of Tuzla, Family Medicine Department, Tuzla, Bosnia and Herzegovina
- Весна Марић, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија
Vesna Marić, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia
- Милош Протић, Дом здравља Зајечар, Београд, Србија
Miloš Protić, Health Center Zaječar, Belgrade, Serbia
- Драгица Акулов, Дом здравља Нови Београд, Београд, Србија - у пензији
Dragica Akulov, Health Center “Novi Beograd”, Belgrade, Serbia - retired
- Драгица Коси, Дом здравља Земун, Београд, Србија
Dragica Kosi, Health Center “Zemun”, Belgrade, Serbia
- Загорка Максимовић, Завод за хитну медицинску помоћ, Београд, Србија
Zagorka Maksimović, Department of Emergency, Belgrade, Serbia
- Татјана Прашевић Којић, Дом здравља “Врачар”, Београд, Србија
Tatjana Prašević Kojić, Health Center “Vračar”, Belgrade, Serbia
- Даринка Пуношевац, Дом здравља Крушевац, Србија
Darinka Punoševac, Health Center Kruševac, Belgrade, Serbia
- Милена Миљковић, Национални центар за фармаковигилансу, Београд, Србија
Milena Miljković, National Center for Pharmacovigilance, Belgrade, Serbia
- Ивана Јовић, Национални центар за фармаковигилансу, Београд, Србија
Ivana Jović, National Center for Pharmacovigilance, Belgrade, Serbia
- Жаклина Живковић, Дом здравља Чачак, Србија
Žaklina Živković, Health Center Čačak, Serbia

- Деса Вулетић, Завод за јавно здравље радника железнице Србије, Београд, Србија
Desa Vuletić, National Institute for Public Health Workers of Serbian Railways, Belgrade, Serbia
- Весна Мандрапа, Дом здравља “Стари град”, Београд, Србија
Vesna Mandrapa, Health Center “Stari grad”, Belgrade, Serbia
- Мира Киш Вељковић, Дом здравља Нови Београд, Београд, Србија
Mira Kiš Veljković, Health Center “Novi Beograd”, Belgrade, Serbia
- Снежана Стојановић Ристић, Завод за здравствену заштиту студената, Београд, Србија
Snežana Stojanović Ristić, Institute of student health protection, Belgrade, Serbia
- Милица Катунац, Дом здравља “Чукарица”, Београд, Србија
Milica Katunac, Health Center “Čukarica”, Belgrade, Serbia
- Славољуб Живановић, Завод за хитну медицинску помоћ, Београд, Србија
Slavoljub Živanović, Department of Emergency, Belgrade, Serbia
- Невенка Димитријевић, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија
Nevenka Dimitrijević, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia
- Горан Читлучанин, Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија
Goran Čitlučanin, Health Center “Voždovac”, Belgrade, Serbia
- Драгана Трифуновић Балановић, Дом здравља “Звездара”, Београд, Србија
Dragana Trifunović Balanović, Health Center “Zvezdara”, Belgrade, Serbia
- Надежда Кондић Ивановић, Дом здравља МУП, Београд, Србија
Nadežda Kondić Ivanović, Health Center MIF, Belgrade, Serbia
- Сенада Селмановић, Универзитет у Тузли, Катедра за породичну медицину, Тузла, Босна и Херцеговина
Senada Selmanović, University of Tuzla, Family Medicine Department, Tuzla, Bosnia and Herzegovina
- Снежана Ђорђевић, Дом здравља Ниш, Србија
Snežana Djordjević, Health Center Niš, Serbia
- Александар Ћирић, Општа болница Пирот, Србија
Aleksandar Ćirić, General Hospital Pirot, Serbia
- Сузана Станковић, Дом здравља Пирот, Србија
Suzana Stanković, Health Center Pirot, Serbia
- Данка Прванов, Дом здравља Панчево, Србија
Danka Prvanov, Health Center Pančevo, Serbia
- Милоранка Петров Киурски, Дом здравља Зрењанин, Србија - у пензији
Miloranka Petrov Kiurski, Health Center Zrenjanin, Serbia - retired

Општа медицина - Упутство ауторима

Врсте радова које се објављују у часопису:

- Оригинални научни (стручни) рад или Приказ случаја.
Под оригиналним научним радом се подразумева рад у коме се први пут објављују резултати сопствених истраживања.
- Прегледни рад који садржи оригиналан, детаљан и критички приказ истраживачког проблема или подручја у коме је аутор већ остварио одређени допринос, приказан у виду аутоцитата.
- Кратко или претходно саопштење, што подразумева оригинални научни рад пуног формата али мањег обима.
- Научна критика, односно полемика на одређену научну тему заснована на научној аргументацији.
- Изузетно: монографске студије, историјско-архивске, лексикографске, библиографске студије или прегледе података, за које важи правило да су у питању сумирани подаци који раније нису били доступни јавности.

Општа упутства

Текст рада куцати у програму за обраду текста *Word*, ћирилицом или латиницом, искључиво фонтом *Times New Roman* 12, на страници формата А4, с левим поравнањем и увлачењем пасуса за 1 таб, без дељења речи на слоге (хифенације). После сваког знака интерпункције ставити само један празан карактер. Ако се у тексту користе специјални знаци (симболи), користити фонт *Symbol*. Важно је да се у раду црвеном бојом означи фразе, називи, скраћенице итд. који ће остати у латиници, на пример, јединице мера, називи лекова, хемијске формуле, скраћенице које потичу од страних израза и слично. Имена страних аутора који се помињу у тексту превести на српски језик а у загради навести званично име, на пример, Блекберн (*Blackburn*), Гринич (*Greenwich*) итд. Странице нумерисати редом у оквиру доње десне маргине, почев од насловне стране. Подаци о коришћеној литератури у тексту означавају се арапским бројевима/индексима, на пример, дијабетес^{1,2} оним редоследом којим се појављују у тексту. Користити кратке и јасне реченице. Превод појмова из стране литературе треба да буде у духу српског језика. Све стране речи или синтагме за које постоји одговарајуће име у српском језику, заменити тим називом. За називе лекова користити искључиво генеричка имена. Уређаји (апарати) се означавају фабричким називима, а име и место произвођача навести у заградама. Уколико се у тексту користе ознаке које су спој слова и бројева, прецизно написати број који се јавља као експонент или као индекс, на пример, ^{99}Tc , IL-6 , O_2 , B_{12} , CD8 .

Ауторство. Све особе које су наведене као аутори рада треба да се квалификују за ауторство. Сваки аутор треба да учествује довољно у раду на рукопису како би могао да преузме одговорност за целокупан текст и резултате наведене у раду. Ауторство се заснива само на: значајном доприносу концепцији рада, добијању резултата или анализи и тумачењу резултата; планирању рукописа или његовој критичкој ревизији од знатног интелектуалног значаја у завршном дотеривању верзије рукописа који се припрема за штампање. Сакупљање података или генерално надгледање

истраживачке групе сами по себи не могу оправдати ауторство. Сви други који су допринели изради рада, а који нису аутори рукописа, требало би да буду наведени у захвалници с описом њиховог рада, наравно, уз писани пристанак. Уколико је рад део магистарске тезе, односно докторске дисертације, или је урађен у оквиру научног пројекта, треба посебно назначити у напомени на крају текста. Такође, уколико је рад претходно саопштен на неком стручном састанку, навести званичан назив скупа, место и време одржавања.

Захвалница. Навести све сараднике који су допринели стварању рада а не испуњавају мерила за ауторство, као што су особе које обезбеђују техничку помоћ, помоћ у писању рада или руководе одељењем које обезбеђује општу подршку. Финансијску и материјалну подршку у виду спонзорства, стипендија, поклона, опреме, лекова и друго, такође треба навести.

Пропратно писмо. Уз рукопис обавезно приложити писмо које су потписали сви аутори, а које треба да садржи: изјаву да рад претходно није публикован и да није истовремено поднет за објављивање у неком другом часопису, изјаву да су рукопис прочитали и одобрили сви аутори који испуњавају мерила ауторства. Такође је потребно доставити копије свих дозвола за: репродуковање претходно објављеног материјала, употребу илустрација и објављивање информација о познатим људима или именовање оних који су допринели изради рада.

Насловна страна. На првој страници рукописа навести следеће: наслов рада без скраћеница; пуна имена, средње слово и презимена аутора и коаутора (са титулама) индексирана арапским бројевима; званични назив установе у којој аутори раде, место и државу (редоследом који одговара индексираним бројевима аутора); на дну странице навести име и презиме, адресу за контакт, број телефона, факса и *e-mail* адресу аутора задуженог за кореспонденцију. Аутор прегледног рада мора да наведе најмање пет аутоцитата - референци публикованих у часописима са рецензијом где су били први аутори, а коаутори бар један аутоцитат радова публикованих у часописима са рецензијом.

Сажетак. Уз оригиналан рад, ревијалне радове, саопштење, приказ случаја приложити сажетак обима 150 - 250 речи. За оригиналне радове сажетак треба да има следећу структуру: Увод, Циљ рада, Метод, Резултати, Закључак; сваки од наведених сегмената писати као посебан пасус који почиње болдованом речи. Навести најважније резултате (нумеричке вредности), статистичке анализе и ниво значајности. За приказе случаја сажетак садржи следеће: Увод, Приказ случаја, Закључак; сегменте такође писати као посебан пасус који почиње болдованом речи. За остале типове радова сажетак нема посебну структуру.

Кључне речи. Испод сажетка навести три до шест кључних речи, које се не појављују у наслову.

Превод на енглески језик. На посебној страници навести наслов рада на енглеском језику, пуна имена, средње слово и презимена аутора индексирана бројевима, званичан назив установе на енглеском језику, место и државу. Упутство за Сажетак (*Abstract*) се односи и на превод са кључним речима (*Key words*), односно са следећом структуром: *Introduction, Objective, Method, Results, Conclusion*. За Приказ случаја је следећа структура: *Introduction, Case reporte, Conclusion*. Превести називе табела, графикана, слика, схема. Треба се придржавати језичког стандарда *British English*.

Структура рада. Наслови и поднаслови се пишу великим и малим словима и болдовано. Оригинални и Ревизијални радови садрже: Увод, Циљ рада, Метод, Резултати, Дискусија, Закључак, Литература. Приказ случаја садржи: Увод, Приказ случаја, Дискусија, Литература. Не треба користити имена болесника, иницијале или бројеве историја болести, нарочито у илустрацијама. Користити само стандардне скраћенице. Пун назив са скраћеницом у загради навести код првог помињања у тексту.

Увод садржи веома јасну хипотезу или посебан проблем који аутор истражује. Полази се од општепознатих ставова или знања, преко савремених сазнања и проблема, образлаже се шта је аутор одлучио да истражи и креће се од општих ка посебним чињеницама. Не износити опширна разматрања о предмету рада и не износити податке или закључке из рада о коме се извештава.

Циљ рада истраживања треба да има јасно дефинисану намеру аутора.

Метод треба да садржи дизајн и план истраживања, извор података, формирање узорка, време и место истраживања, инструменте и значај истраживања. Статистички методи који се користе у истраживању ради обраде резултата, треба да буду јасно дефинисани и наведени; не треба заборавити да су статистичке анализе само неопходан алат који није сам по себи циљ, већ служи извођењу доказа за ауторове претпоставке или тврдње.

Резултати су у функцији хипотезе или истраживања појединих проблема; добијена статистичка значајност треба да буде јасно истакнута. Приказати их логичким редоследом у тексту, табелама и илустрацијама. У тексту нагласити или сажети само значајна запажања. Децималне бројеве у тексту на српском језику писати са зарезом, а у тексту на енглеском, у табелама, на графиконима и другим прилозима, будући да се и у њима наводи и превод на енглеском језику, децималне бројеве писати са тачком (нпр. у тексту ће бити $12,5 \pm 3,8$ а у табели 12.5 ± 3.8). Кад год је то могуће, број заокружити на једну децималу.

Дискусија укључује процену вредности и интерпретацију добијених резултата у односу на циљ истраживања, као и поређење добијених резултата са већ публикованим, њихове теоријске и практичне импликације и сугестије за будућа истраживања. Потребно је истаћи шта је ново добијено истраживањем и установити повезаност са уводом и циљем истраживања. Дискусија, за разлику од Увода, тече од општег ка посебном закључивању и обезбеђује тумачење и значајност добијених резултата (анализа и синтеза); избегавати понављање добијених резултата.

Закључак треба да садржи јасне и образложене чињенице у краткој форми. Повезати их са циљевима рада, али избегавати тврдње и закључке које подаци из рада не подржавају у потпуности.

Графикони, схеме (цртежи). Графиконе израђивати у програму *Excel*, и приложити у оригиналном програму - фајлу са табелом из које се конструише графикон (не увозити и не линковати из других програма). Схеме радити у програму *Corel Draw H3* или ранијој верзији (не увозити и не линковати у *Corel Draw* из других програма), означити их арапским бројевима по редоследу појављивања у тексту и навести назив. Сви подаци куцају се у фонту *Times New Roman pt 12*. И графиконе и схеме доставити уз рад у електронском облику и наведеном формату, а у раду назначити место где графикони или схеме треба да буду (нпр. Графикон 1..., Схема 1... црвеним словима). Коришћене скраћенице објаснити у легенди испод графикана или схеме на српском и енглеском језику.

Табеле се означавају арапским бројевима по редоследу навођења у тексту са називом на српском и енглеском језику. Све табеле радити у програму *Word* (не увозити и не линковати у *Word* из других програма), са проредом 1 (*single*). И табеле доставити уз рад у електронском облику и наведеном формату, а у раду назначити место где табеле треба да буду (нпр. Табела 1) црвеним словима. Скраћенице у

табели објаснити фуснотом испод табеле (не у заглављу). Ако се користе туђи подаци, обавезно их навести као и сваки други податак из литературе. *Слике*. Означавају се арапским бројевима редоследом навођења у тексту (Слика 1) и са називом на српском и енглеском језику. Фотографије снимати дигиталним фотоапаратом или скенирати са резолуцијом 300 dpi, у довољној величини не мањој од 6 cm x 8 cm и приложити уз рад као посебан фајл, а у раду назначити место где слика-фотографија треба да буде (нпр. Слика 1, Фотографија... црвеним словима). Уколико је слика или фотографија већ негде објављена, цитирати извор. *Литература*. Референце означити арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. Референце треба да буду новијег датума и, ако је могуће, не старије од 5 година. Избежавати коришћење сажетака као референце. Поред страних, цитирати и домаће ауторе. Референце се цитирају према Ванкуверским правилима која је успоставио Међународни комитет уредника медицинских часописа (<http://www.icmje.102.org>). Примере навођења публикација чланака, књига и других монографија можете пронаћи на интернет страници: http://www.nlm.nih.gov/bds/uniform_requirements.html. Приликом навођења литературе веома је важно придржавати се поменутог стандарда, јер је то један од три најбитнија фактора за индексирање приликом класификације научних часописа.

Обим рукописа. Целокупан рукопис рада који чине насловна страна, кратак садржај, текст рада, списак литературе, сви прилози, односно потписи за њих и легенда (табеле, слике, графикони, схеме, цртежи), насловна страна и сажетак на енглеском језику - мора износити за Оригинални рад, Саопштење, Рад из историје медицине и Преглед литературе до 5.000 речи, а за Приказ случаја, Рад за праксу до 3.000 речи; радови за остале рубрике морају имати до 1.500 речи. Додатне информације могу се добити на телефоне 011/3245-149 и 011/3346- 963, односно на интернет страници Секције опште медицине Србије http://www.opstamedicina.org/om_ilustracija.asp Радове слати на e-mail адресу: ompm@bvcom.net са назнаком "за часопис Општа медицина".

Изјава аутора. Овим потврђујем да сам упознат/а са упутствима за ауторе и обавезама аутора дефинисаним у уређивачкој политици часописа, и да сам их се придржавао/ла приликом припреме чланка. Упознат/а сам и са политиком часописа у вези са повлачењем већ објављених радова. Рукопис који сам послао/ла часопису Општа медицина представља оригиналан рад који су написали и потписали наведени аутори и који није објављен раније на неком другом месту. Рукопис се не разматра за објављивање на другом месту и није истовремено послат на рецензију у друге часописе. Проверио/ла сам и одобрио/ла сам верзију рукописа која је послата часопису Општа медицина. Чланак и додатни материјали не садрже тврдње које би се могле сматрати клеветом или било какве незаконите тврдње и не садрже материјал који на било који начин угрожава лична или власничка права физичких или правних лица. Аутори чланка немају сукоб интереса који би могао да доведе у питање његов интегритет и веродостојност резултата који су у њему објављени. Добио/ла сам сагласност од носилаца ауторских права за коришћење свих извода из дела заштићених ауторским правима и других материјала заштићених ауторским правима који су коришћени у рукопису и навео/ла сам или навели смо изворе у рукопису и додатним материјалима. Ако се у рукопису користе детаљи или слике пацијената, предмета истраживања или других лица, то је учињено уз њихову сагласност која је добијена у складу са законом и уређивачком политиком. Обавестио/ла сам све коауторе о условима овог уговора. Коаутори знају да ћу потписати овај уговор у њихово име и са тиме су сагласни. Овим овлашћујем аутора задуженог за кореспонденцију да: води преписку са уредништвом, ревидира и коригује рукопис и пробни отисак, као и да потпише уговор о ауторским правима у моје име.

Потпис(и) свих аутора и њихови телефони и e-mail адресе.

.....

Opšta medicina - Instruction for authors

.....

Types of articles published in journal

- Original research article or Case report (an article is considered original research if it is the report of the study written by the researchers who actually did the study).
- Review article containing original, detailed and critical review of the research problem or an area in which the author has already made a contribution, presented in the form of self quotations.
- Short or preliminary announcement which includes original scientific work in full format, but in smaller volume.
- Scientific criticism, or controversy on a particular scientific topic, based on scientific argumentation.
- Exceptionally: monographic studies, historical archives, lexicographical and bibliographical studies, or data reviews, under the condition that that these are summarized data that were previously unavailable to the public.

General instructions

Text should be typed in “Word”® word processing program in Cyrillic or Latin letters, using Times New Roman font size 12 on A4 page size, with left justification and one tab indentation for the first line of paragraph. Do not hyphenate. For special characters use the Symbol font. It is important to indicate with the red colour phrases, names, abbreviations etc that will remain in Latin and must not be transliterated in Cyrillic alphabet, such as units, medicament names, chemical formulas, abbreviations of foreign phrases etc. The names of the authors mentioned in the text should be phonetized according to rules of Serbian language, and in brackets indicate the original name, for example, Blekbern (Blackburn), Grinič (Greenwich), etc. Pages should be numbered within the lower margin on the right, beginning with the title page. References from bibliography mark with Arabic numerals indexes, for example, dijabetes_{1,2} in the order in which they appear in the text. Use short and clear sentences. Translation of foreign terms should follow rules of Serbian language. All foreign words or phrases, for which there is an appropriate name in the Serbian language, should be replaced by that name. Use only generic names for medicaments. Equipment and devices are designated by factory names, with the name and location of the manufacturer stated in parentheses. If combination of letters and numbers are used in the text precisely denote superscript or subscript (e.g. ⁹⁹Tc, IL-6, O₂, B12, CD8. etc.)

Authors. All persons listed as authors of the paper should qualify for authorship. All persons listed as authors of the paper should qualify for authorship. Each author should participate sufficiently in the work on the manuscript to be able to take responsibility for the full text and for the results presented in this paper. Authorship are based solely on: essential contribution to the concept of work, obtaining results or analysis and interpretation of results, planning or critical revision of the manuscript that is of considerable intellectual importance in polishing the final version of the manuscript in preparation for printing. The collection of data or general supervision of the research group can not justify authorship by themselves. All others who contributed to the work, but are not the authors of the manuscript, should be listed in acknowledgements, with a description of their work, with

the written consent. If the paper is part of a master's thesis or doctoral dissertation, or part of the research project, that fact should be specifically indicated in the note at the end of the text. Also, if the work has previously been presented at a scientific meeting, indicate the official name of the event, place and time.

Acknowledgements. Indicate any associates who have contributed to the creation of paper, but do not meet the criteria for authorship, such as those that provide technical assistance, help with writing work or managing department which provides general support. Financial and material support in the form of sponsorships, scholarships, grants, equipment, drugs, etc., should be given.

Cover Letter. A letter signed by all authors, which includes: a statement that the work not previously published and is not simultaneously submitted for publication in another journal, and a statement that the manuscript has been read and approved by all the authors who meet the criteria of authorship must be attached to manuscript. You also need to submit copies of all permits for: reproduction of previously published material, use of illustrations and publication of personal information. Name the contributors to the research.

Front page. On the first page of the manuscript indicate the following: title of the paper without abbreviations; full names of all authors (with titles), indexed with Arabic numerals, the official name of the institution where the authors work, city and country (in the order corresponding to the indexed numbers of the authors). At the bottom of the page indicate the name, contact address, telephone number, fax number and e-mail address of the author responsible for correspondence. The author of the review work must indicate at least five self quotations - references that have been published in peer-reviewed journals where they were first authors. Co-authors should indicate at least one self quotation of papers published in peer-reviewed journals.

Abstract. Abstract of 150–250 words accompanies original researches, preliminary, announcement and case report. An abstract of the original work should have the following structure: Introduction, Aim, Method, Results and Conclusion. Each of these segments should be written as a separate paragraph that begins with a word in bold typeface. State the most relevant results (numerical values), statistical analysis and significance level. Abstract of case reports includes the following: Introduction, Case Report and Conclusion. Each of these segments should be written as a separate paragraph that begins with a word in bold typeface. For other types of articles summary has no particular structure.

Key words. After the abstract, specify three to six key words that do not appear in the title.

Translation to English. Separate page contains title of the paper in English, full names and titles of authors indexed with Arabic numerals, the official title of the institution in English, the city and state. Translated abstract should have the following structure: Introduction, Aim, Method, Results and Conclusion. Abstract of Case reports includes the following: Introduction, Case Report and Conclusion. Translate names of the tables, graphs, pictures, and schemes. Use British linguistic standard of English Language.

Structure of the article. Titles and subtitles should be written in capital and small letters and in bold typeface. Original and review papers include: Introduction, Aim, Method, Results, Discussion, Conclusion, References. Case reports include: Introduction, Case Report, Discussion and References. Do not use patient's name, initials or numbers of medical records, especially in the illustrations. Use only standard abbreviations. Indicate the full phrase and the abbreviation in parentheses when first mentioned in the text. *Introduction*

contains very clear hypothesis or special problem which the author explores. The starting point is generally known attitude or knowledge, and from there explains what the author has decided to investigate through modern information and problems and it moves from the general to the specific facts. Intention of the author should be clearly defined in the aim of the research. *Methods* should include the design and research plan, data source, forming a sample, time and place of research instruments and the importance of research. Statistical methods used in research in order to process the results should be clearly defined and stated. Do not forget that statistical analysis is only a tool that serves the presentation of evidence for the author's assumptions or claims, and not the goal by itself. *The results* are a function of hypotheses or studies on specific problems. Obtained statistical significance should be clearly marked. Display results in logical sequence in the text, tables and illustrations. In text emphasize or summarize only important observations. For decimal numbers use comma as a decimal mark in the text in Serbian language. In text in English language, in tables, charts and on other contributions, decimal mark is a point (e.g. in the text will be $12,5 \pm 3,8$ and in table 12.5 ± 3.8). Whenever possible, the number should be rounded to one decimal place. *Discussion* includes evaluation and interpretation of the results in the scope of the research objectives, and comparing of the results with results in the literature, their theoretical and practical implications and suggestions for future research. Emphasis should be on new knowledge gained by the research and fulfilment of the research objectives. Opposed to the introduction, discussion flows from general to particular conclusions and provides interpretation and importance of the results (analysis and synthesis). Do not repeat results in discussion. *The conclusion* should contain clear and substantiated facts in short form. Connect them with the goals of the work, but avoid arguments and conclusions that are not fully supported by the data. *Charts and diagrams (drawings)*- create charts in Excel, and attach the original program – a file with the table from which the graph was constructed (do not import and do not link from other programs). Create schemes in CorelDraw H3 program, or in earlier version of the program (do not import and do not link to the Corel Draw from other programs), mark them with Arabic numerals in order of appearance in the text and specify the name. For all data use font Times New Roman size 12. Charts and diagrams attach as separate file and in the text indicate the place for them (e.g. Figure 1... Scheme 1... in red letters). Explain abbreviations in the legend below the graph or scheme in Serbian and English language. *Tables* are numbered in Arabic numerals with the name in Serbian and English language (Table 1). For creation of tables use "MSWord" table tool. Do not import and do not link tables created in other programs to "MSWord". Use single spacing for tables. Tables attach to text as separate files, and in the text indicate the place for the tables in red letters. Explain abbreviations in the table footnote (not in the header). If you are using someone else's data, be sure to specify them as well as any other information from the literature. *Figures* are denoted with Arabic numerals in order of appearance in the text (Figure 1), with title in Serbian and English. Photos recorded with digital camera or scanned with resolution of 300 dpi in size not less than 6 cm x 8 cm attach to the text as separate file, and in the indicate the place for the photo (e.g. Figure 1, Photography... red letters). If the pictures or photos were already published, cite the source. *References*-Assign references with Arabic numerals in order of appearance in the text. References should be recent and, if possible, not older than 5 years. Avoid using abstracts as references. Citations of national authors are welcomed. References are cited according to the Vancouver Style, established by the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.102.org>). Examples of quoting the publications, articles, books and other monographs can be found on the website: http://www.nlm.nih.gov/bds/uniform_requirements.html. Quoting of literature must comply with the aforementioned standards, because it is one of the three most important factors for indexing in classification of scientific journals.

The volume of the manuscript. The entire manuscript with the title page, summary, text, list of references, all attachments and legends (tables, pictures, graphs, diagrams, drawings), with front page and abstract translated in English must not exceed 5,000 words for original research, announcement, article on history of medicine, or literature review. Maximal size for case presentation is up to 3,000 words, and for all other papers up to 1,500 words. Additional information is available by phone 38111/3245-149 and 38111/3346-963, and on the General Medicine Section website http://www.opstamedicina.org/om_ilustracija.asp. Papers should be sent to the e-mail address: ompm@bvcom.net with "General medicine Journal" in subject.

Declaration by the author. I hereby certify that I am aware of the instructions for authors and authors' obligations defined in the editorial policy of the journal, and I complied with the same in the preparation of the article. I am familiar with the journal policy in connection with the withdrawal of already published papers. The manuscript that I sent to General Medicine journal is an original work written by specified authors, and has not been published previously. The manuscript is not being considered for publication elsewhere neither sent for review to other newspapers at the same time. I have personally checked and approved the version of the manuscript that was sent to the General medicine journal. Article and the additional materials do not include statements that could be considered slander or any illegal statements and do not contain material which in any way endangers the personal or property rights. The authors have no conflict of interest that could jeopardize the integrity and credibility of the results that are published in it. I have permission from copyright holders for the use of all excerpts and other materials protected by copyright that have been used in this manuscript, and I have stated their source in manuscript and other materials. Except as specified in this Agreement, the manuscript is not subject to pre-emption rights. In the event that the institution where I work restricts my right to convey the rights that are hereby transferred to the publisher, I have a written agreement to convey these rights. Written details, or pictures of patients, research subjects, or others, are presented with their consent obtained in accordance with the law and editorial policy. I hereby authorize the author responsible for correspondence to: keep correspondence with the editorial board, revise and correct the manuscript and the proof sheet, and to sign agreement in my name.

Signature (s) of all authors and their phones and E-mail addresses:

Милоранка Ђ. Петров Киурски¹,
Виолета Т. Зубанов²,
Славољуб Р. Живановић³

¹ Републички фонд за здравствено осигурање, Зрењанин

² Факултет за спорт и туризам, Универзитет
у Новом Саду

³ Градски завод за хитну медицинску помоћ – Београд,
Србија

Вештине интерперсоналне комуникације у раду лекара опште медицине

Кључне речи:

вештине комуникације,
лекари опште медицине

Сажетак

Увод. Комуникација је процес слања и примања порука, сигнала и информација између две или више особа.

Циљ рада. Сагледати колико лекари у општој медицини знају о вештинама успешне комуникације и колико знају да примене стечена знања у свакодневном раду.

Метод. Инструмент истраживања је био Тест: *Комуникацијске вештине у раду лекара опште медицине*, са 50 питања. Тест су попунила 124 лекара. Поједина питања су имала два тачна одговора, а нека питања су дата у виду комуникацијских проблема. Анализирани су резултати теста обрађени методом дескриптивне статистике, коришћењем програмског пакета *SPSS11.0 for Windows*.

Резултати. За успешно решавање теста потребно је тачно одговорити на 30 питања. Код питања са два тачна одговора, заокруживање само једног је прихватано као тачно, па је просечно $39,75 \pm 2,88$ питања успешно решено и 123 лекара су положила тест. На 18 питања, која се односе на дефинисање комуникације и његове основне елементе (невербална и паравербална комуникација, емпатија, активно слушање, формална и неформална комуникација), било је више од 50% тачних одговора, а у решавању комуникацијских проблема било је мање од 10% тачних одговора. Проблем комуникације са незадовољним пацијентом правилно је решио само један лекар. На питања која су се односила на неverbалну комуникацију, 96% испитаника дало је тачне одговоре, а код питања у виду комуникацијског проблема 71% није знало колики је значај неverbалне комуникације.

Закључак. Резултати теста показују да лекари опште медицине имају довољно знања о вештинама добре комуникације, али и да је неопходно додатно усавршавање.

Увод

Суштина феномена комуницирања као сложене социјалне интеракције, огледа се у чињеници да је у питању процес слања, преношења и примања разноврсних порука, сигнала и информација између два или више лица. Овако схваћена, комуникација укључује не само понашање, већ и мисли, вредности и ставове свих оних који у том процесу учествују, па се тако у комуникацију, осим вербалних, убрајају и размена осмеха, енергије, емоције и сличних невербалних и паравербалних сигнала и порука¹. У литератури се наводи да у непосредној интерперсоналној комуникацији највећи део садржаја сваке поруке (70%–80%) чини невербална комуникација. Невербална комуникација се обично карактерише као искренија јер је, углавном, несвесна и као таква ван контроле нашег централног нервног система, а од великог значаја је код препознавања емоција. Успешно овладавање вештинама комуницирања је *sine qua non* медицинског позива и кључни фактор одговарајуће медицинске неге. Током процеса интеракције између лекара и пацијента, посебно је важно да лекар обрати пажњу на невербалну комуникацију саговорника и да на њу узврати (осмехом, посматрањем и слушањем), чиме је у значајној мери испуњена контактна функција процеса комуницирања. Новије студије посебно истичу значај невербалне комуникације професионалаца из области опште медицине са тешко болесним пацијентима, па се тако указује на значај правовременог реаговања (време као невербална категорија) чиме се код пацијената подстиче осећај сигурности и достојанства, а значајну етичку компоненту у том комуникационом односу представља невербални говор тела, као и позитивне емоције исказане адекватним тоном². И поред познате чињенице да неуспешна комуникација у највећем броју случајева доводи до лекарске грешке, комуникацијске вештине су веома мало присутне у наставним плановима и програмима како на основним, тако и на последипломским студијама медицине не само код нас, него и у свету³. У највећем броју случајева лекари су свесни чињенице да је за успешну комуникацију са пацијентом такође важно користити разумљив и јасан језик, како би порука пацијенту била што разумљивија. Међутим, често су недостатак времена, бројне обавезе, као и остали елементи комуникационог контекста узрок неспоразума у комуникацији и немогућности развијања присног односа. Неопходно је да лекари опште медицине током свих формалних видова образовања, али и кроз различите видове континуиране медицинске едукације (КМЕ), стичу систематична и савремена сазнања и вештине које су неопходне за још успешнију комуникацију са пацијентима. И у нашем, као и у истраживањима на која се позивамо, у одговорима испитаника појављују се исте категорије: задовољство пацијената^{4,5,6}, адекватан

одговор^{7,8,9,10}, повећање нивоа емпатије⁶, као и повећана употреба невербалних гестова⁶.

Циљ рада

Циљ рада је био да се сагледа колико лекари у општој медицини знају о вештинама успешне комуникације и колико умеју да примењују стечена знања у свом свакодневном раду.

Метод

На Шестом конгресу лекара опште медицине Србије одржаном 2015. године, реализована је акредитована едукација у виду теста: *Комуникацијске вештине у раду лекара опште медицине*. Тест је послужио као инструмент истраживања у овом раду. Анализирани су одговори на питања свих у потпуности попуњених тестова, како би се добио увид у знање лекара у општој медицини о вештинама успешне комуникације. Тест се састојао од 50 питања, а решаван је заокруживањем понуђених одговора. Поједина питања су имала два тачна одговора, а нека су била дата у виду постављених комуникацијских проблема. Анализирани су резултати теста како би се добио увид у знање лекара у општој медицини о вештинама успешне комуникације, као и колико су лекари у стању да, у свакодневној комуникацији са пацијентима, та знања и примене. Добијени подаци су обрађени методом дескриптивне статистике у програмском пакету *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.0 for Windows*.

Резултати

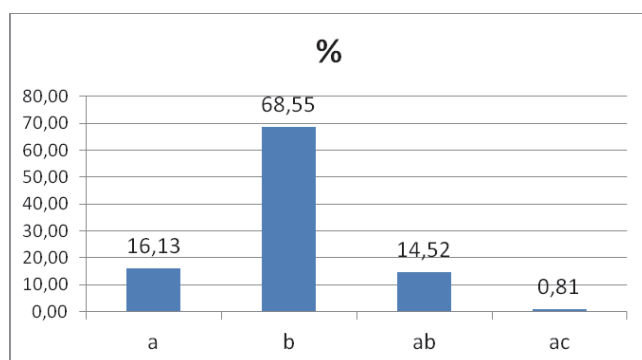
Тест је попунило 124 лекара. Више од 50% испитаника тачно је одговорило на 18 питања (36% питања), (Табела 1). Питања су се односила на дефинисање комуникације, основне елементе процеса комуницирања, разлике у односу на процес информисања, питања везана за невербалну и паравербалну комуникацију, емпатију, активно слушање, као и на формалну и неформалну комуникацију у радној организацији.

Табела 1. Тачни одговори
(тачно код више од 50% учесника на тесту)

Table 1. Correct answers
(correct answers by more than 50% of tested doctors)

Редни број питања	% тачних одговора	Редни број питања	% тачних одговора
1.	57,26	24.	69,35
2.	100	25.	51,65
3.	94,35	29.	90,32
10.	61,29	32.	93,55
11.	62,9	34.	82,26
12.	66,13	36.	87,9
14.	75	42.	75
16.	96,77	43.	53,23
23.	94,35	48.	98,39

Код питања са два тачна одговора (14 питања) било је и делимично тачних одговора (ДТ), односно лекар је заокружио само један тачан одговор, што је прихваћено као тачан одговор, па је тако 32 питања решило више од 50% лекара. Код 33. питања *о саопштавању лоших вести* (саопштити пацијенту да болује од тешког поремећаја дисања) само 14,52% лекара је тачно одговорило (*a* и *b*), али је зато њих 16,13% заокружило одговор под *a*, а 68,55% одговор под *b*, па је тиме на ово питање позитивно одговорило чак 99,20% лекара (Графикон 1).



Графикон 1. Како саопштити пацијенту да болује од тешког поремећаја дисањних путева (питање теста бр. 33)?

Graph 1. How to inform patients that he suffers from serious disturbance of airways (test question No 33)?

a) Рационално ћете се обратити болеснику и благонаклоно испољити свој став без обзира на драматичност ситуације.

b) Бојом гласа, интонацијом и пробраним речима ћете пацијенту саопштити своје налазе.

c) Нећете вербализовати ништа, али ћете покушати да му гестовима, погледом и изразом лица ставите до знања да нешто није у реду.

Табела 2. Делимично тачни одговори (делимично тачно код више од 50% учесника на тесту)

Table 2. Partially correct answers (partially correct answers by more than 50% of tested doctors)

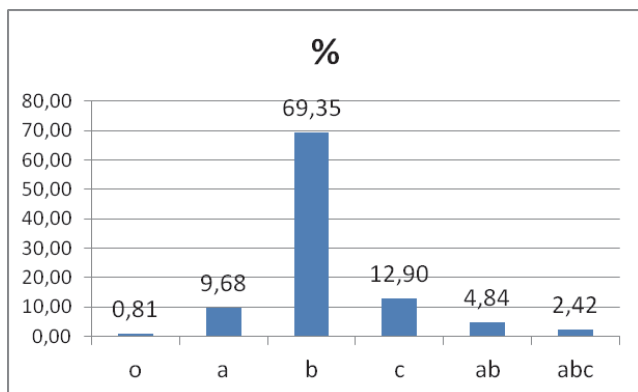
Редни број питања	% ДТ тачних одговора	Редни број питања	% ДТ тачних одговора
9.	$a = 50,87$	28.	$a = 78,23$
13.	$c = 58,06$	31.	$a = 58,06$
15.	$b = 50$	33.	$b = 68,55$
17.	$a = 79,03$	38.	$a = 58,06$
21.	$b = 83,06$	41.	$c = 65,32$
22.	$b = 69,35$	46.	$a = 51,61$
27.	$a = 62,10$	47.	$a = 58,87$

У тесту је 11 питања било у виду решавања комуникацијских проблема. Код оваквог типа питања било је мало тачних одговора, осим код 12. питања (66,13%).

Табела 3. Питања у виду решавања комуникацијских проблема
Table 3. Questions formulated as solving of communication problems

Редни број питања	% тачних одговора	Редни број питања	% тачних одговора
9.	29,03	37.	11,29
12.	66,13	39.	36,29
15.	29,03	41.	19,35
22.	0	44.	39,52
33.	14,52	46.	0,81
35.	21,77		

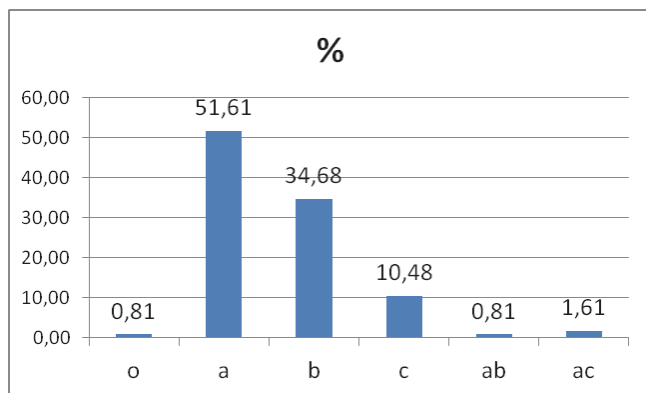
Нико није тачно одговорио на питање *о тумачењу невербалних знакова код пацијента* (питање бр. 22), а код питања бр. 46 – које се односило на то *како комуницирати са незадовољним пацијентом*, само је један испитаник тачно одговорио (*a*, *b*).



Графикон 2. Сумњате у тврдњу пацијента да редовно узима терапију, на шта указују невербални знаци пацијента (питање бр. 22)

Graph 2. Doubts about patient's statement of adhering to therapy, based on non-verbal signs of patient (question No 22)

- a) Микроекспресија лица је спорадична, повећава се учесталост једноставних покрета рукама.
b) Учестало рукама додирује лице, а број његових телесних покрета се повећава.
c) Уобичајене гестикулације рукама су ретке, пацијент најчешће одмахује руком.
o) Нема одговора.



Графикон 3. Како комуницирати са незадовољним супругом који сматра да сте његовој супрузи прописали погрешан лек (питање бр. 46)?

Graph 3. How to deal with unsatisfied patient's husband who believes that therapy for his spouse is wrong (question No 46)?

- a) Замолите мушкарца да мало сачека и кажете да ћете га примити одмах пошто завршите са пацијентом који је управо у Вашој ординацији.
b) Тихо са њим поразговарате, установите тачно о чему је реч и тек након тога донесете одлуку о свом даљем понашању.
c) Обратите се мушкарцу смијеним, али повишеним тоном и кажете му да има и хитнијих случајева, а да ћете га примити чим завршите те прегледе.
o) Нема одговора.

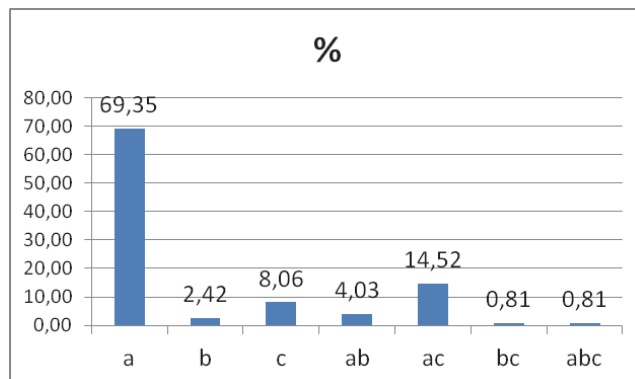
У попуњеним тестовима на поједина питања је мање од 10% тестираних лекара тачно одговорило (Табела 4).

Табела 4. Питања на која је мање од 10% лекара тачно одговорило

Table 4. Questions answered correctly by less than 10% of doctors

Редни број питања	% тачних одговора	Редни број питања	% тачних одговора
5.	9,68	28.	5,65
13.	3,23	30.	4,84
19.	0,81	31.	9,68
22.	0	46.	0,81
27.	1,61	49.	7,26

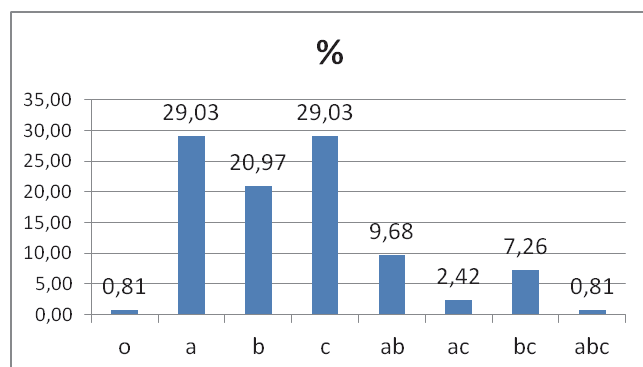
Код питања бр. 19 (*Избегавање погледа и гледање у очи се*, у директној комуникацији, најчешће повезује са:) тачно је одговорио само један лекар (*b* - непостојаним понашањем и *c* препреденошћу и непоштењем), а скоро 70% је дало погрешан одговор, одабрали су одговор под *a*: стидљивошћу и несигурношћу).



Графикон 4. Избегавање погледа и гледање у очи се, у директној комуникацији, најчешће повезује са (питање бр. 19):
Graph 4. Evasive eye contact in direct communication is most often connected with (question No 19)

- a) стидљивошћу и несигурношћу.
b) непостојаним понашањем.
c) препреденошћу и непоштењем.

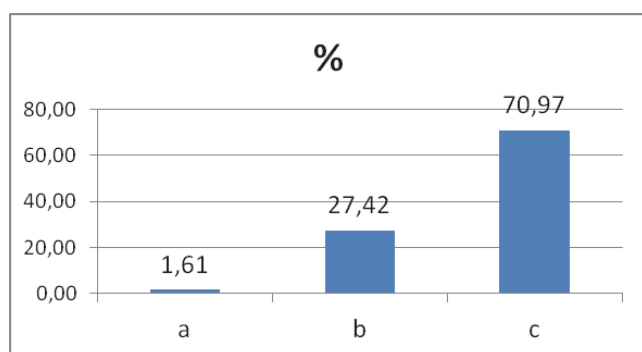
Интересантно је да је мали проценат лекара (9,68%) тачно одговорио на питање број 5: *Шта је суштина комуникацијског процеса*, а да су сви (100%) знали разлику између процеса информисања и процеса комуницирања (питање бр. 2.).



Графикон 5. Суштина комуникацијског процеса је у социјалној интеракцији која подразумева:
Graph. 5. The essence of communication process is social interaction that comprises...

- a) процес узајамног деловања двеју или више особа и међусобну условљеност њиховог понашања.
b) двосмерност и активан однос који доводи до промена у понашању код учесника у процесу комуницирања.
c) способност препознавања сопствених и туђих емоција и понашања у интерперсоналној комуникацији..
o) нема одговора.

Занимљиво је да је велика већина учесника тестирања дала тачне одговоре (преко 96% тачних и делимично тачних одговора) на питања која су се односила на невербалну комуникацију (питања бр. 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 22), а да код питања бр. 26, које се такође односи на значај невербалне комуникације, скоро 71% њих није знало колики је значај невербалне комуникације.



Графикон 6. У комуникацији лицем у лице (питање 26), највећи део сваке упућене поруке је:
Graph 6. In face-to-face communications (question 26), largest part of every message is...

- a) вербалан.
b) невербалан.
c) подједнако су заступљени и вербални и невербални елементи.

О суштини комуникацијског процеса, појму успешне комуникације, предрасудама у вези комуницирања, дефиницији интерперсоналне комуникације, невербалној комуникацији (питања бр. 4-8, 18-20, 26, 30, 49, 50), као и о комуникацији у тиму (35, 39, 40, 44, 45), мање од половине лекара је дало тачне одговоре.

Табела 5. Питања на која је мање од половине учесника теста дало тачне одговоре

Table 5. Questions answered correctly by less than half of tested doctors

Редни број питања	% тачних одговора	Редни број питања	% тачних одговора
4.	35,48	30.	4,84
5.	9,68	35.	21,77
6.	17,74	37.	11,29
7.	38,71	39.	36,29
8.	42,74	40.	45,16
18.	28,23	44.	39,52
19.	0,81	45.	26,61
20.	47,58	49.	7,26
26.	27,42	50.	24,19

Да би лекар успешно решио тест, било је потребно да тачно одговори на најмање 30 питања. Ако се узму у обзир само потпуно тачни одговори (Т), само је један лекар положио тест јер је тачно одговорио на 33 питања (Табела 6).

Табела 6. Успешност решавања теста појединачно, по учеснику

Table 6. Individual success in solving tests per doctor

Укупно тачних одговора по учеснику	Број учесника са тачним одговорима	Укупно тачних одговора по учеснику	Број учесника са тачним одговорима
12	3	22	10
13	4	23	9
14	4	24	8
15	7	25	4
16	10	26	7
17	10	27	2
18	5	28	6
19	9	29	3
20	10	33	1
21	14		

Највише испитаника, њих 14, имало је по 21 тачан одговор, а просечан број тачних одговора је $20,57 \pm 4,38$.

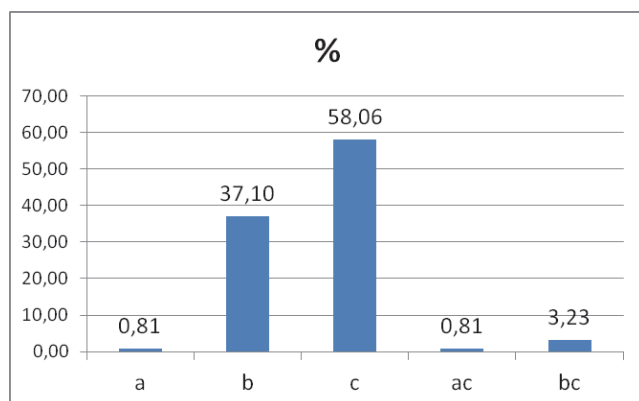
Код питања са два могућа тачна одговора неки испитаници су заокружили само један и то је прихваћено као тачно, што је повећало број успешно решених тестова.

Табела 7. Успешност решавања теста појединачно, по учеснику (ДТ)

Table 7 Individual success in solving tests per doctor (partially correct answers)

Укупно ДТ одговора по учеснику	Број учесника са ДТ одговорима	Укупно ДТ тачних одговора по учеснику	Број учесника са ДТ тачним одговорима
11	1	20	11
12	2	21	12
13	6	22	11
14	7	23	10
15	5	24	4
16	12	25	7
17	8	26	4
18	9	28	1
19	13	31	1

Код питања број 13 била су само 4 тачна одговора (3,23%), али је зато 95,16% учесника теста имало ДТ одговор.



Графикон 7. У ситуацији када постоји несагласност између невербалне и вербалне поруке, приоритет се даје:

Graph 7. In the situation where there is discrepancy between verbal and non verbal messages, priority is given to...

- a) ономе што је изговорено, вербалној поруци.
- b) невербалној поруци, јер је у највећем броју случајева несвесна.
- c) обе поруке су значајне, треба их тумачити као јединствену целину.

Табела 8. Укупни резултати решених тестова

Table 8. Total results of solved tests

Укупно Т и ДТ одговора по учеснику	Број учесника са Т и ДТ одговорима	Укупно Т и ДТ тачних одговора по учеснику	Број учесника са Т и ДТ тачним одговорима
29	1	39	22
32	1	40	16
33	2	41	13
34	1	42	12
35	5	43	18
36	4	44	4
37	8	45	2
38	14	46	1

Највећи број учесника теста успешно је одговорио на 39 питања од укупно 50 (78% питања у тесту), а просечно је позитивно решено $39,75 \pm 2,88$ питања. Пошто је за успешно положен тест било је потребно решити 30 питања, сходно томе 123 лекара су положила тест.

Дискусија

У овом раду анализирани су одговори лекара опште медицине из *Теста о комуникацији и комуникацијским вештинама*. У Тесту је било низ питања која су се односила на невербалну комуникацију. Често постоји несклад између вербалне и невербалне поруке¹¹. Иако је на питања која се односе на невербалну комуникацију (питања: 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 22) више од 96% испитиваних лекара дало тачне и делимично тачне одговоре, код 26. питања скоро 71% нису знали колики је значај невербалне комуникације, што показује да солидно исказано теоријско знање на тесту испитаници нису увек у стању да адекватно препознају у пракси.

Користи од добре и квалитетне комуникације су многоструке, а саопштавање лоших вести је међу најтежим комуникацијским задацима^{12,13}. Код 33. питања о *саопштавању лоших вести* само је 14,52% лекара тачно одговорило (a и b), али је њих 16,13% одабрало одговор под a, а 68,55% одговор под b, па се може закључити да је на ово питање тачно одговорило чак 99,20% лекара.

У комуникацијском процесу се често појаве и препреке које отежавају или пак и онемогућавају добру и ефикасну комуникацију. Од стране пацијента то могу бити: страх, анксиозност, нереална очекивања, а код лекара је на првом месту велика оптерећеност администрацијом, клиничким радом и недостатком времена^{12,14,15,16}. Све ово може довести до конфликта који повећавају не-

задовољство пацијената пруженом услугом, неповерења у лекара, беса и агресивног понашања, а код лекара се јавља осећај беспомоћности, несигурности, синдром “сагоревања” и незадовољство послом који обављају¹⁶. Добро познавање и одговарајућа и практична примена комуникацијских вештина помаже лекарима да превенирају ове синдроме и успешно управљају оваквим конфликтним ситуацијама^{12,13}. У Тесту је постављен и проблем који се односи на начин комуникације са пацијенткињом која је љута и агресивна, јер је по великој врућини морала да дође у амбуланту због погрешно написаног рецепта од стране лекара претходног дана. Љутњу је додатно појачало и некоректно понашање медицинске сестре, која, нервозна због бројних административних обавеза и велике гужве у чекаоници, није уважила њено здравствено стање, већ ју је оставила да чека; 94,35% испитиваних лекара је тачно одговорило: одговарајућом применом комуникацијских вештина, смирили би пацијенткињу. Медицинска сестра због оптерећености није ни саслушала пацијенткињу и није имала довољно емпатије да сагледа како је пацијенткињи да са здравственим проблемима и годинама старости дође у амбуланту по екстремним температурним условима. Некада се битне вештине комуницирања, као што су: слушање, емпатија, паравербална и невербална комуникација често запоставе, па порасте појава инцидената између здравствених радника и пацијената¹². За квалитетну комуникацију са пацијентом неопходно је активно слушање, које подразумева разумевање и вербалне и невербалне комуникације¹³, а поштовање и поверење пацијента се задобија јасним изражавањем емпатије¹⁷. Често је разлог за жалбе пацијената управо то што их лекари нису саслушали^{13,18}. Добра и ефикасна комуникација у свакодневном раду лекара у општој медицини има исти значај као и добро познавање клиничких вештина.

Болесници су често узнемирени, под стресом, па је неопходно да лекари успешно овладају вештинама комуницирања, као и да пронађу одговарајући стил комуникације који ће довести до успостављања најпримеренијег односа са пацијентом¹⁹. Лекар мора да има висок степен моралне, социјалне и медицинске одговорности како би стекао и сачувао поверење пацијента²⁰. У истраживању које је 2015. године у Холандији спровела *E. Paternotte* са сарадницима²¹, када је анализирано 39 снимљених комуникационих ситуација између лекара и пацијента, утврђено је да су у тим комуникацијама примењивани и *слушање* и *емпатија*. Одговори на питања у Тесту који су се односили на активно слушање (питање бр. 31) и емпатију (питање бр. 32), показали су да лекари имају довољно знања о овим вештинама комуникације. *Шта је активно слушање* - знало је да одговори 68,55% лекара, а *шта подразумева емпатија*, чак 93,55%.

Комуникација у здравству подразумева, на првом месту, успешну и ефикасну комуникацију у односима лекар-пацијент, али је битна и добра комуникација у здравственој установи а посебно унутар здравственог тима. Лоша комуникација у тиму доводи и до лошег здравственог исхода. Неодговарајућа комуникација може довести до низа неспоразума, који могу имати бројне непријатне последице и за пацијента и за здравственог радника²². Квалитетна комуникација међу члановима тима је **темељ** успешног лечења¹⁶. Добра комуникација у тиму обезбеђује бољи и виши квалитет здравствене заштите, ређе се јављају конфликти, а када и дође до конфликтних ситуација решавају се уз помоћ различитих стилова за управљање конфликтима²³.

На питања о суштини комуникацијског процеса, о појму успешне комуникације, предрасудама у вези комуникација, дефиницији интерперсоналне комуникације, невербалној комуникацији, као и на питања у вези комуникације у тиму, мање од половине лекара је дало тачне одговоре, што показује да за ове аспекте и вештине комуникацијског процеса лекари у општој медицини немају довољно знања, односно да постојеће знање није целовито и довољно систематично, те да су потребна даља континуирана усавршавања како би се свеукупност постојећег знања оснажила.

Унапређивање комуникацијских вештина је стаалан процес који траје током читавог радног века лекара. Комуникација у здравству је професионална потреба, а едукација из ове области би требало да почне још на факултету и мора се непрекидно усавршавати и побољшавати^{11,18,19,24,25}. У Аустралији је обавезна обука лекара о вештинама ефикасне комуникације¹⁹. Усавршавања из области комуникација сигурно доприносе унапређењу комуникација. Међутим, истраживање спроведено од стране *G. Essers*-а и сарадника²⁶, који су анализирали видео снимке 17 стварних комуникација у општој медицини у Холандији, показало је да комуникација у општој медицини има своје специфичности које проистичу из сложености, разноврсности и специфичности карактеристика и суштине опште медицине, што захтева од лекара у општој медицини велику флексибилност и креативност.

Анализа успешности решавања Теста је показала да је просечан број тачних одговора по учеснику $20,57 \pm 4,38$. Пошто је код питања са два тачна одговора заокруживање само једног прихваћено као тачно, просечно је $39,75 \pm 2,88$ питања успешно решено, па су 123 лекара положила тест. У истраживању које је спровео *BS Al-Zahrani* са сарадницима²⁷ 2009-2010. године у Саудијској Арабији међу лекарима опште медицине (70 лекара), један од циљева је био и да се утврди колики је ниво знања лекара о ефикасној комуникацији између лекара и пацијента. Инструмент истраживања је био Упитник, који се састојао од 4 дела, а у четвртм делу су била питања о вештинама

комуникације. Анализа резултата је показала да су лекари од максималних 60 бодова освојили $37,2 \pm 7,09$ (*max* 49, *min* 20).

Резултати овде представљеног истраживања у значајној мери се поклапају са наведеним налазима из литературе. Комуникација је кључна надлежност здравствених радника, а квалитет комуникације како у односима са пацијентом, тако и међу сарадницима у здравственој установи, одређује и квалитет пружене здравствене заштите.

Закључак

Резултати анализе овог теста показали су да лекари у општој медицини имају довољно знања о вештинама добре комуникације, али и да су нужна одређена побољшања. Мање од половине лекара је дало тачне одговоре

на питања о суштини комуникацијског процеса, појму успешне комуникације, предрасудама у вези комуникација, дефиницији интерперсоналне комуникације, невербалној комуникацији, као и на питања у вези комуникације у тиму. То може значити да постојеће знање није целовито и довољно систематично, те да су потребна даља континуирана усавршавања како би се укупност постојећег знања оснажила. Пошто је комуникација вештина која се учи, неопходно је континуирано едуковати лекаре у општој медицини, како би стекли сва релевантна и потребна знања и могли да у свакодневној пракси у потпуности владају вештинама успешне комуникације.

Miloranka Đ. Petrov Kiurski¹,
Violeta T. Zubanov²,
Slavoljub R. Živanović³

¹ Republic Health Insurance Fund, Zrenjanin

² Faculty of sport and tourism, University in Novi Sad

³ City Bureau for Emergency Medical Service Belgrade,
Serbia

Interpersonal communication skills in the general practitioners work

Key words:

communication skills,
general practitioners

Abstract

Introduction: Communication is a process of sending and receiving messages, signals and information, between two or more persons.

Objective: To assess knowledge of successful communication skills among general practitioners, and implementation of this knowledge in regular work.

Method: The research instrument was the test: “*Communication skills in the general practitioners work*” with 50 questions. 124 doctors were tested. Some questions had more than one correct answer, and some questions represented communication problems. Results of the test were analyzed with methods of descriptive statistics, using *SPSS11.0 for Windows* application.

Results: Test was considered as successful if correct answers were given for 30 or more questions. Questions with two correct answers were considered correct if only one correct answer was indicated.

In average, correct answers were given on 39.75 ± 2.88 questions per test, and 123 doctors passed the test successfully. Answers to questions regarding defining of communication and its principal elements (verbal and Para verbal communication, empathy, active listening, formal and non formal communication), were correct in more than 50 %. In communication problem solving answers were correct in less than 10% of cases. Only one doctor correctly solved problem of communication with unsatisfied patient. Questions regarding non verbal communication were answered correctly in 96% of cases, but in the question regarding communication problem, 71% of doctors couldn't tell the importance of nonverbal communication.

Conclusion: Results of the test show that general medicine doctors are skilled in communication, but that additional development is needed.

References Литература

1. Зубанов В. *Процеси комуникације са потрошачима*. Универзитет у Новом Саду, Факултет за спорт и туризам. 2015; стр. 259.
2. Timmermann C, Uhrenfeldt L, Birkelund R. (2017 Mar). *Ethics in the communicative encounter: seriously ill patients' experiences of health professionals' nonverbal communication*. Scand J Caring Sci. 2016;31(1):63-71. –
3. Gillis AE, Morris M C, Ridgway PF. *Communication skills assessment in the final postgraduate years to established practice: a systematic review*. Postgrad Med J. 2015 Jan;91(1071):13-21.
4. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, et al. *Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients*. J Am Coll Surg. 2007 Apr;204(4):533-40.
5. Lockyer J, Silver I, Oswald A et al. *Competence by Design: Reshaping Canadian Medical Education*. Ann R Coll Physicians Surg Can. [Internet]. 2014 Apr [cited 2017 Jan 14];75(3):130-141. Available from: [www.royal-college-competency-by-design-ebook-e%20\(3\).pdf](http://www.royal-college-competency-by-design-ebook-e%20(3).pdf).
6. Krajewski A, Rader C, Voytovich A, et al. *Improving Surgical Residents' Performance on written assessments of cultural competency*. J Surg Educ. 2008 July-August;65:263-9.
7. Kramer AWM, Dusman H, Tan LHC, et al. *Acquisition of communication skills in post graduate training for general practice*. Med Educ. 2004;38:158-67.
8. Frank, JR. (Ed). 2005. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: Ann R Coll Physicians Surg Can. [Internet]. [cited 2017 Jun 21] Available from: http://www.ub.edu/medicina_unitateducaciomedica/documentos/CanMeds.pdf
9. Lown BA, Sasson JP, Hinrichs P. *Patients as partners in radiology education: an innovative approach to teaching and assessing patient-centred communication*. Acad Radiol. 2008 Apr;15(4):425-32
10. Horwitz IB, Horwitz SK, Brandt ML, et al. *Assessment of communication skills of surgical residents using the Social Skills Inventory*. Am J Surg. 2007 Sep;194(3): 401-5.
11. Марковић Ј, Марковић Д, Месић Е, Арсић Д, Коста Арсић З, Арсић Ј. *Специфичности комуникацијских вештина у медицини*. ПОНС Медицински часопис. 2015;12(1):25-29.
12. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. *How can Doctors Improve their Communication Skills?* J Clin Diagn Res. 2015 Mar; 9(3):1-4.
13. Perera HJM. *Effective Communication Skills for Medical Practice*. JPGIM [Internet]. 2015 Nov. [cited 2017 Jan 16];3(4):213-7. 2015; 2: 1-7 Available from: <http://jpgim.sljol.info/articles/abstract/10.4038/jpgim.8082/>
14. Томић ВВ. *Здравствена психологија у медицинској пракси*. Приручник за здравствене раднике свих профила и сараднике Београд 2015. [Internet]. 2009 Apr [cited 2017 Jan 1-183]. Available from: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Zdravstvena%20psihologija.pdf>.
15. Радих С. *Комуникација пацијент-лекар у општој медицини*. Општа медицина Београд 2009;15(3-4):116-125.
16. Fong Ha J, Nancy L. *Doctor-Patient Communication: A Review*. Ochsner J. 2010 Spring; 10(1): 38-43.
17. Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. *Selected aspects of a professional doctor-patient communication – education and practice*. Ann Agric Environ Med. 2013;20(2):373-379.
18. Green M, Parrott T, Crook G. *Improving your communication skills*. BMJ Careers [Internet]. 2012 Jan [cited 2017 Jan 20];75(3):[about 3pp.]. Available from: http://careers.bmj.com/careers/advice/Improving_your_communication_skills.
19. Warnecke E. *The art of communication*. Aust Fam Physician. [Internet]. 2014 March [cited 2017 Jan 15];45(3):156-158 Available from: <http://www.racgp.org.au/afp/2014/march/art-of-communication/>
20. Fang NL. *Working toward the best doctor-patient communication*. Singapore Med J. 2011; 52(10):720-725.
21. Paternotte E et al. *Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills*. Perspect Med Educ 2016; 5(5):268-275.
22. Брклјачић М. *Етички аспекти комуникације у здравству*. Medicina fluminensis. 2013;49(2)136-143.
23. Брестовачки Б, Милутиновић Д, Цигић Т, Грујић В, Симин Д. *Конфликтни стилови лекара и медицинских сестара у здравственој организацији*. Мед Прегл. 201;64(5-6): 262-266.
24. Ђорђевић В, Браш М. *Основни појмови о комуникацији у медицини*. MEDIX [Internet]. 2011 feb mart [cited 2017 Jan 15];17(92), Suppl 1:12-14 Available from: <http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2011/03/012.pdf>.
25. Woodhead S, Lindsley I, Micallef C, Agius M. *The doctor patient relationship; what if communication skills are not used? A Maltese story*. Psychiatria Danubina. 2015;(27) Suppl 1:34-40.
26. Essers G, van Dulmen S, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. *Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice*. BMC Fam Pract. 2011;(13):12:138.
27. Al-Zahrani BS, Al-Misfer MF, Al-Hazmi AM. *Knowledge, Attitude, Practice And Barriers of Effective Communication Skills During Medical Consultation Among General Practitioners*. National Guard Primary Health Care Center, Riyadh, Saudi Arabia. Middle East Journal of Family Medicine 2015 June; 13(4):4-17 available from: <http://www.mejfm.com/June2015/KAP.pdf>.

Тест: Комуникацијске вештине у раду лекара опште медицине

1. Комуникација је:

- a. Вештина која се усавршава током читавог живота.**
- b. Сложена социјална интеракција која подразумева размену мисли, осећања и енергије.**
- c. Нешто што сви знају.

2. Процес информисања и процес комуницирања:

- a. Не разикују се, суштина оба процеса је у саопштавању одређених садржаја у форми поруке.
- b. Разлике су присутне – процес комуницирања је двосмеран и подразумева интеракцију, док је процес информисања једносмеран.**
- c. Суштина оба процеса је сазнајног карактера и не разликују се значајно.

3. Основни елементи процеса комуницирања су:

- a. Пошиљалац, порука, канал комуникације, прималац, фидбек.**
- b. Пошиљалац, порука, прималац, шум, интерпретација.
- c. Кодирање, порука, канал комуникације, прималац, фидбек

4. Предрасуде у вези комуникације су:

- a. Увек се комуницира само речима.**
- b. Комуникација је свесна и намерна активност.**
- c. Комуникација је процес саопштавања информација.

5. Суштина комуникационог процеса је у социјалној интеракцији која подразумева:

- a. Процес узајамног деловања двеју или више особа и међусобну условљеност њиховог понашања.
- b. Двосмерност и активан однос који доводи до промена у понашању код учесника у процесу комуницирања.**
- c. Способност препознавања сопствених и туђих емоција и понашања у интерперсоналној комуникацији.

6. Интерперсонална комуникација је:

- a. Интерперсонална комуникација лицем–у-лице.**
- b. Директна комуникација између две или више особа.**
- c. Комуникација у оквиру једне или између две и више група.

7. Сматра се да је комуникација успешна:

- a. Када је порука примљена.
- b. Када је порука схваћена у складу са намером пошиљача.**
- c. Када је фидбек успешан.**

8. Невербална комуникација:

- a. Није толико важна у директној комуникацији, она само добро допуњава вербалну.
- b. Чини највећи део сваке поруке у комуникацији лицем-у-лице.**
- c. Има значајну улогу у раду лекара опште медицине као додатни извор информација**

9. У комуникацији са пацијентом кога нисте раније виђали, покушавате да се понашате професионално неутрално и то демонстрирате кроз помало неодређено и безизражајно понашање. Пацијент ће овај недостатак јасних знакова, најчешће, протумачити као:

- a. Резервисаност и незаинтересованост.**
- b. Посумњаће да неку важну информацију не желите да му саопштите.**
- c. Неће обраћати пажњу на Ваше понашање.

10. Форме невербалне комуникације су:

- a. Говор тела, удаљеност између саговорника, боје и стил одевања, време, мириси.**
- b. Гестикулација и мимика.**
- c. Нејасни пратећи звукови који се јављају током конверзације.

11. Невербални знаци су:

- a. Универзални у највећем броју случајева и није их тешко дешифровати.
- b. У различитим културама имају различита значења.**
- c. Поткрепљење вербалној комуникацији и немају самостално значење.

12. Време које Вам је на располагању за рад са

- пацијентима је ограничено, и по Вашем мишљењу, недовољно. У ординацију Вам, по први пут, улази пацијент средњих година. У тренутку када започињете разговор, пацијенту зазвони мобилни телефон и уз нејасно промрљано извињење, он се јавља на телефон и разговор траје. Пошто Вам се не чини да се разговор приводи крају, Ви:
 - a. Љубазно га замолите да разговор прекине како бисте могли да наставите.**
 - b. Не говорите му ништа, него, само повремено упутите прекоран поглед и погледате на сат.
 - c. Претпостављате да је у питању нешто важно и не реагујете, већ чекате да се разговор заврши.

13. У ситуацијама када постоји несагласност између невербалне и вербалне поруке, приоритет се даје:
- Ономе што је изговорено, вербалној поруци.
 - Невербалној поруци, јер је у највећем броју случајева несвесна.**
 - Обе поруке су значајне, треба их тумачити као јединствену целину.
14. Паравербална комуникација се односи на:
- Невербалне сигнале који прате вербалну комуникацију.
 - Брзину, ритам, интонацију, боју гласа и артикулацију.**
 - Говор тела током излагања.
15. У ординацију улази пацијент средњих година, видно узнемирен и блед, чела обливена знојем. Погледом лута по просторији, повремено Вас погледа право у очи, одбија да седне, али му је тело потпуно окренуто ка Вама. Тврди да му „није ништа“, као и да су га чланови породице убедили да дође на преглед. На основу невербално упућених сигнала закључујете:
- Да се пацијент не осећа добро и да на тај начин показује страх.**
 - Пацијент не избегава комуникацију, већ тражи помоћ кроз невербално упућене поруке.**
 - Сложићете се са пацијентом и констатовати да нема потребе за прегледом.
16. Говор тела подразумева:
- Мимику (фацијалну експресију) и контакт очима.
 - Гестикулацију, додиривање и положај тела.
 - Све напред наведено.**
17. Самоуверену особу је најлакше препознати по следећим невербалним сигнаlima:
- Усправан положај тела, забачена рамена и поглед уперен у очи саговорника.**
 - Док говори, ова особа често подиже руку и додирује лице, повремено се почеше по глави и кратко се осмехује.
 - Особа стоји правих леђа, хода брзо и одсечно и током комуникације не скрива руке.**
18. Контакт очима је у нашој култури:
- Од изузетног значаја у директној комуникацији.**
 - Непристојно понашање и указује на непоштовање саговорника.
 - Значајан јер је успешна комуникација је у 60-70% случајева праћена контактом очима.**
19. Избегавање погледа и гледања у очи се у директној комуникацији, најчешће, повезује са:
- Стидљивошћу и несигурношћу.
 - Непостојаним понашањем.**
 - Препреденошћу и непоштењем.**
20. У свакодневној пракси лекара опште медицине, додир је значајан јер:
- То је уобичајени сегмент сваког рутинског прегледа.
 - Може да умањи страх и примири пацијента, као и да укаже на топао, људски приступ пацијенту.**
 - Често представља поткрепу ономе што је изречено и може да има позитивне ефекте на емоционално стање пацијента.**
21. Физичко растојање приликом комуникације *лицем-у-лице*:
- Није од посебног значаја.
 - Указује на степен блискости који постоји међу партнерима у процесу комуницирања.**
 - Указује на тенденцију да се са неким постане близак.**
22. На преглед Вам је дошао дугогодишњи пацијент коме се стање, и поред узимања редовне терапије, неочекивано погоршало. Након урађене анамнезе сумњате у тврдње пацијента да редовно узима терапију и да се придржава Ваших савета. Невербални знаци у понашању пацијента указују на то да сте у праву. Пацијент:
- Микроекспресија лица је спорадична, повећава се учесталост једноставних покрета рукама.
 - Учестало рукама додирује лице, а број његових телесних покрета се повећава.**
 - Уобичајене гестикулације рукама су ретке, пацијент најчешће одмахује руком.**
23. Приликом директне комуникације, нагињање ка саговорнику и гледање право у очи значи:
- Заинтересованост и жељу за зближавањем.**
 - Неваспитање и непоштовање саговорника.
 - То је несвесна реакција и зато није од посебног значаја.
24. Вербална комуникација може бити:
- Изговорена и написана.**
 - Невербална и паравербална.
 - Једносмерна и двосмерна.

25. Приликом изговорене вербалне комуникације важно је:
- а. Јасно говорити и пажљиво слушати саговорника.**
 - б. Употребљавати разумљив и јасан језик и једноставне речи.**
 - с. Указивати само на најважније чињенице услед недостатка времена.
26. У комуникације *лицем-у-лице* највећи део сваке упућене поруке је:
- а. Вербалан.
 - б. Невербалан.**
 - с. Подједнако су заступљени и вербални и невербални елементи.
27. Психологија боја указује на чињеницу да су боје снажно оруђе комуникације и да:
- а. Стимулишу на акцију, утичу на расположење и изазивају одређене психолошке реакције.**
 - б. Значај и ефекти боја у комуникацији су прецењени и имају краткотрајно дејство.
 - с. Опажање боја је субјективно, док постоје ефекти неких боја за које се сматра да имају универзално значење.**
28. Време као димензија невербалне комуникације:
- а. Често указује на третман особе и однос који постоји у комуникацији.**
 - б. Није од посебног значаја.
 - с. У различитим културама може бити извор неспоразума и двосмислености.
29. ХАЛО ефекат се односи на:
- а. Први утисак у телефонској комуникацији.
 - б. Први утисак у интерперсоналној комуникацији *лицем-у-лице*.**
 - с. Први утисак који производи боја гласа у телефонској комуникацији.
30. Током своје лекарске праксе, установили сте да уколико се пацијенту обраћате користећи позитивне речи (вербално), изговорене негативним тоном гласа (невербално), можете да постигнете:
- а. Најбоље ефекте у третману и лечењу, посебно оних пацијента који не схватају своје стање довољно озбиљно.**
 - б. Уместо да повећа степен задовољства, овакав начин комуникације само може збунити пацијента.
 - с. Овакво понашање оставља пуно бољи утисак јер се доживљава као показатељ озбиљности и заинтересованости.**
31. Активно слушање је:
- а. Слушање са истинским разумевањем, пажњом и емпатијом.**
 - б. Врста слушања која доприноси да се људи осећају боље, охрабрује их да причају и изразе своја осећања.**
 - с. Пажљиво слушање саговорника и активно постављање питања.
32. Емпатија је:
- а. Способност да на краће време напустимо своју позицију и „осетимо“ осећања саговорника.**
 - б. Врста симпатије која се јавља у процесу комуницирања.
 - с. Сентименталност и процењивање проблема саговорника.
33. Приликом прегледа сте установили да Ваш дугогодишњи пацијент болује од тешког поремећаја дисајних путева и то треба да му саопштите. Урадићете следеће:
- а. Рационално ћете се обратити болеснику и благонаклоно испољити свој став без обзира на драматичност ситуације.**
 - б. Бојом гласа, интонацијом и пробраним речима ћете пацијенту саопштити своје налазе.**
 - с. Нећете вербализовати ништа, али ћете покушати да му гестовима, погледом и изразима лица ставите до знања да нешто није у реду.
34. Комуникацијски шум настаје услед:
- а. Искључиво физичке буке која се јавља током процеса комуницирања.
 - б. Немогућности да се саговорник пажљиво саслуша.
 - с. Великог броја различитих ометајућих фактора психичке и физичке природе.**
35. У разговору са колегиницом информишете се о пацијенту који управо треба да дође код Вас на преглед, а који је на ред стигао „преко везе“ и поред велике гужве у чекаоници. Од Вас се очекује да му се посветите дуже од уобичајеног и да му максимално „изађете у сусрет“. Колегиници објашњавате:
- а. Да је ово за Вас пацијент као и сви остали и да не заслужује више пажње.**
 - б. Помало сте збуњени овим инсистирањем и правдате се недостатком времена и великим бројем унапред заказаних пацијената.
 - с. Желећи да избегнете могући конфликт и покажете колегијалност, уз осмех одговарате да ће „све бити у реду“.

36. Пажљиво слушање, непотцењивање предмета расправе, нескривање осећања и непрекидање саговорника су:
- Предуслови за превладавање баријера у процесу слушања.
 - Предуслови за избегавање комуникацијског шума.
 - Предуслови за успешну комуникацију.**
37. Управо сте прегледали човека средњих година, успешног у послу, врло комуникативног и самоувереног. Покушавате да му саопштите да је неопходно да иде на даље претраге, али он се прилично тврдоглаво држи онога што је о свом стању „сазнао са интернета“ и сматра да је, због тога што „нема времена“, ово што је од Вас сазнао сасвим довољно, тим пре што су резултати добри. Ви ћете:
- Нешто строжијим тоном пацијенту саопштити да површна информисаност није довољна и пробраним, афирмативним речима нсистирати на даљим анализама.**
 - Рећи му да сте сигурни да он одговорно ради свој посао, а да сте за његово лечење одговорни Ви и написати му без превише дискусије, потребне упуте.**
 - Услед недостатка времена прихватити његов став без обзира на његове погрешне интерпретације.
38. Комуникација у организацији представља:
- Облик социјалне интеракције и детерминанту групних односа.**
 - Фактор повезивања и заједништва и стицања нових сазнања.**
 - Чест узрок сукоба и неспоразума и често има такмичарски карактер.
39. Сестра на картотеци није довољно обратила пажњу на пацијента чији је спољашњи изглед сам по себи указивао на лош здравствени статус и оставила га је да сачека у чекаоници. Након неких 30-ак минута пацијент је колабирао, остали пацијенти су реаговали и након указане помоћи, констатовано је да пацијент хитно мора бити транспортован у болницу. Током свог радног искуства сте установили да Ви и Ваше колеге, остало медицинско особље, кроз тимски приступ здравственој нези, треба да:
- Комуницирате континуирано, доследно и искрено и међусобно се извештавате о ономе што је урађено.**
 - Кроз поверење, подршку и отворену комуникацију пружите оптималну негу пацијенту.**
 - Радите свој посао професионално, без обзира на то у каквим сте односима са осталима – ипак је свако јединка за себе.
40. Могуће препреке за успешну комуникацију у организацији су:
- Језик, људи и структура организације.**
 - Кратке и директне линије комуникације.
 - Прекидање линија комуникације и неустављање нових.**
41. Напољу су велике врућине. Старија пацијенткиња са уграђеним стентом, долази у Дом здравља да замени рецепт који је дан раније дежурни лекар погрешно попунио. Ординирајућа сестра је прилично нервозна због бројних административних обавеза и велике гужве у чекаоници и одмахујући руком показује пацијенткињи да сачека. Када коначно уђе код Вас у ординацију, пацијенткиња је љута и испољава негативно понашање. Ви:
- Обраћате јој се одмереним и благим тоном и објашњавате да не сме да се нервира јер то може угрозити њено здравствено стање.**
 - Кажете јој да није до Вас, да је колега вероватно у недостатку времена погрешно и да је само Ваша добра воља то што сте је примили и што ћете јој написати нови рецепт.
 - Осмехнете јој се, замолите да седне, измерите јој притисак и коректним тоном јој појасните ситуацију.**
42. Формални канали комуницирања у организацији су:
- Унапред прописане схеме комуницирања унутар организације.**
 - Мреже социјалних веза међу запосленима.
 - Канали који увек омогућавају слободан проток информација међу запосленима.
43. Неформална комуникација у организацији је:
- Увек присутна, али мање значајна од формалне.
 - Корисна, јер је увек могуће проверити извор и тачност информације.
 - Корисна, јер је често бољи извор информација од формалне комуникације.**
44. Управо сте сазнали да сте на распореду дежурстава и овог, трећег викенда заредом у месецу. Поприлично озлојеђени због немогућности да планирате своје време, одлазите код начелника. Љутито му саопштавате информације које сте управо сазнали, а он:
- Обавештава Вас о Вашим радним обавезама и закључује комуникацију.
 - Упозорава Вас да треба да обратите пажњу на понашање и подсећа на важећа правила формалне комуникације.**
 - Без речи Вас саслуша и покаже на врата.

45. Добра интерна комуникација:
- а. Указује на успешно пословање и добре међуљудске односе.**
 - б. Један је од предуслова за успешну екстерну комуникацију и позитиван имиџ.**
 - с. Најбољи је начин да се организација представи екстерној јавности.
46. У чекаоницу улази улази млађи мушкарац и гласно захтева да одмах види лекара који је његовој супрузи пре два дана преписао „погрешан лек“. Као разлог за то наводи дијареју коју је добила од лека. Каже да му је супруга је код куће са двоје мале деце, која су такође прехлађена. Присутни у чекаоници се комешају и међусобно погледају, а ординирајућа сестра није тренутно присутна. Пошто сте чули да се нешто дешава, излазите из своје ординације и:
- а. Замолите мушкарца да мало сачека и кажете да ћете га примити одмах пошто завршите са пацијентом који је управо у Вашој ординацији, а осталима који чекају, уз извињење, појасните ситуацију.**
 - б. Тихо са њим поразговарате, установите тачно о чему је реч и тек након тога донесете одлуку о свом даљем понашању.**
 - с. Обратите се мушкарцу, смиреним, али повишеним тоном и кажете му да има и хитнијих случајева, а да ћете га примити чим завршите те прегледе.
47. Екстерна комуникација је:
- а. Комуникација организације са јавношћу ван организације.**
 - б. Комуникација унутар организације.
 - с. Комуникација усмерена ка институцијама и медијима масовних комуникација.**
48. Хоризонтална комуникација у организацији је:
- а. Комуникација на истим хијерархијским нивоима, пријатељски интонирана.**
 - б. Комуникација везана за неки специфичан пројекат или радни задатак.
 - с. Комуникација подређених и надређених, повезана је са ауторитетом.
49. Да би се здравствена нега реализовала на прави начин, у комуникацији је неопходно:
- а. Познавати професионална правила и доследно их се придржавати.**
 - б. Знати слушати, постављати права питања и умети охрабрити пацијента на разговор.
 - с. Саопштавати потребне информације пацијенту на одмерен и коректан начин.
50. Комуникацијске вештине у суштини треба да:
- а. Омогуће самопоуздано и толерантно исказивање ставова и разумевање.**
 - б. Омогуће исказивање различитих мишљење о свему, у циљу конструктивних решења.
 - с. Омогуће преузимање контроле у свакој ситуацији и управљање другим људима.

Литература коришћена за израду Теста:

1. Чанак Н. (2011). *Комуникологија и тимски рад*. Универзитет у Новом Саду, Факултет за спорт и туризам.
2. Hartley P, Bruckmann C. (2007). *Business Communication*. London: Routledge
3. Hall, J. A. & Knapp, M. L. (2010). *Neverbalna komunikacija u ljudskoj interakciji*. Zagreb, Naklada Slap
4. Големан Д. (2007). *Емоционална интелигенција у послу*. Загреб, Мозаик књига
5. Томић З. (2003). *Комуникологија*. Београд, Чигоја штампа.

Примљен • Received: 22.09.2017.

Исправљен • Corrected:

Прихваћен • Accepted: 30.11.2017.

Тамара Љ. Павловић,
Славољуб Р. Живановић

Градски завод за хитну медицинску помоћ;
Београд, Србија

Територијална припадност пацијената амбуланте Хитне медицинске помоћи у Београду

Кључне речи:

основна здравствена заштита,
Хитна помоћ Београд,
амбуланта,
територијална припадност,
оптерећење послом,
београдске општине,
доступност здравственим услугама.

Сажетак

Увод. Градски завод за хитну медицинску помоћ Београд, Франше Д'Епереа 5, спада у установе примарне здравствене заштите и покрива 11 централних општина. Ради 24h дневно, 365 дана у години. Има амбуланту на простору општине Савски венац, као и две амбуланте, у Батајници и Сремчици, које раде само ноћу.

Циљ рада. Утврдити укупан број посета са простора градских општина које покрива ГЗХМП, из осталих градских и општина ван Београда, као и када је оптерећење амбуланте веће - дању или ноћу и која је повезаност са полном и старосном структуром.

Метод. Анализирани су подаци из рада једног лекара од 01. јануара. до 29. децембра 2015. године. Сви подаци су унети у *Access* базу, изведени у *Excel* програму и статистички обрађени.

Резултати. Укупно је обухваћено 2.365 пацијената, са територије Србије 98,44%, од тога 91,62% са територије Београда. Међу посетиоцима је било више жена (56%); највећи део пацијената је старости од 21 до 70 година, са максимумом од 51 до 60 година (19%). Најчешће посете су заступљене са простора централних општина Београда, од тога Вождовац са 27%. Пацијенти су били и са општина које су удаљене и до 51 km од ове амбуланте. Амбуланта Хитне помоћи има више посетилаца ноћу (52,5%) него дању.

Закључак. Амбуланта Градског завода за хитну медицинску помоћ - Београд збрињава, углавном, становнике Београда са централних општина, најчешће Вождовца и оптерећенија је ноћу.

Увод

Законом о здравственој заштити, члан 47, предвиђено је да се здравствене установе у државној својини оснивају у складу са *Уредбом о плану мреже здравствених установа* коју доноси Влада Р. Србије¹. После Закона о здравственој заштити, Уредба је најзначајнији програмско-плански акт којим се уређују врсте, број, структура, капацитети, као и оснивање и распоред здравствених установа и болничких постеља у државној својини¹. У Београду, ова Уредба важи за рад установа у дневним сменама, а током ноћи дежура Градски завод за хитну медицинску помоћ (ГЗХМП) Београд као установа примарне здравствене заштите, али и виши нивои здравствене службе - Клиничко болнички центри, као што су Клиничко болнички центар Земун, Клиничко болнички центар “Др Драгиша Мишовић” - Дедиње, Клиничко болнички центар “Бежанијска коса” и др. Постоје и приватне здравствене установе које, такође, раде 24h, пружају услуге из основног и виших нивоа здравствене заштите, раде и ноћу, али њихов распоред рада или територијални распоред нисмо истраживали.

Градски завод за хитну медицинску помоћ Београд спада у установе основне здравствене заштите и својим теренским екипама покрива око 1.300.000² становника на подручју 11 централних градских општина у области прехоспиталног збрињавања животно угрожавајућих стања, тешко повређених и озбиљно оболелих (према задњем попису било их је десет, а нова општина је Сурчин). Овај број становника које збрињава ГЗХМП Београд је нешто већи од податка у попису, због једног броја студената који су привремено у Београду, периодичних миграција и слично, пословних људи и туриста на пропутавању, итд. Периферне општине у Београду имају своје службе Хитне помоћи, као и своје амбуланте.

Услуге амбуланте Хитне помоћи могу да користе грађани без обзира на територијалну припадност или изабраног лекара. Градски завод за хитну медицинску помоћ (ГЗХМП) Београд се налази на аутопуту, улица Франше Д’Еперea 5, у функцији је 24h, 365 дана у години, и обухвата рад на терену и амбулантни рад. Амбуланта у Заводу ради 24h, а амбуланте у Батајници и Сремчици сваку ноћ од 19h до 07h. Удаљеност амбуланте Франше Д’Еперea 5 од одређених територија Београда је и више од 25 km³. У амбуланте ГЗХМП грађани могу да дођу из здравствених разлога, без здравствене књижице или личне карте и било каквог документа који би могао да их идентификује. У ову амбулатну долазе становници централних и периферних општина Београда⁴, целе Србије и из иностранства. Рад у амбуланти се одвија у 12-часовним сменама у турнусима дан и ноћ, у пет смена. У амбулантама Хитне помоћи раде, углавном, специјалисти опште и ургентне медицине.

Циљ рада

Циљ рада је био да се утврди територијална припадност пацијената који долазе у амбуланту ГЗХМП Београд, као и временско оптерећење амбуланте Хитне помоћи у односу на дневну и ноћну смену.

Метод

Коришћена је електронска база података пацијената једног лекара амбуланте Градски завод за хитну медицинску помоћ (ГЗХМП) Београд, Франше Д’Еперea 5 за период од 01.01.2015. до 29.12.2015. године. При упису пацијента у електронски медицински картон *Acces* база, уписују се подаци из здравствене књижице, личне карте, пасоша или ако пацијент нема документа, део података даје усмено (нпр. име и презиме, место и општина на којој живи). Подаци из *Acces* базе су извезени у *Excel* фајл и ту су сортирани.

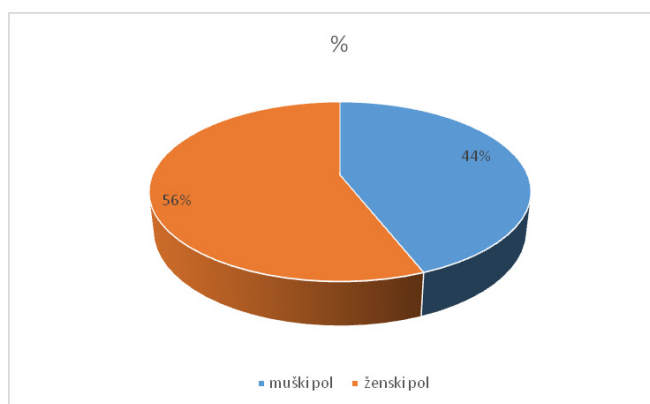
Резултати

Укупно је било 2.365 уписаних пацијената, а за 2.303 смо нашли податке о месту и општини становања.

Табела 1. Полна структура свих пацијената
Table 1. Distribution of patients by gender

Пол	број	%
Мушки пол	1.063	44,95
Женски пол	1.280	54,1
Непознато	22	0,93
Збир	2.365	99,98

Амбуланту чешће посећују особе женског пола, $\chi^2=6,21$; $p<0,01$.



Графикон 1. Полна структура 1.977 пацијената из централних општина Београда

Graph 1. Distribution of patients from central municipalities of Belgrade by gender

Женски пол чини статистички значајно већи број пацијената ове амбуланте.

Табела 2. Старосна структура свих пацијената
Table 2. Distribution of patients by gender

Године	%	број
1-10	0,169133	4
11-20	3,424947	81
21-30	14,24947	337
31-40	19,4926	461
41-50	14,75687	349
51-60	18,68922	442
61-70	16,9556	401
71-80	7,653277	181
81-91	2,959831	70
91-93	0,211416	5
Непознато	1,437632	34
Збир	100	2365

Табела 3. Старосна структура 1.977 пацијената централних београдских општина

Table 3. Distribution of patients from central municipalities of Belgrade by gender

Старосне категорије	Број испитаника	%
0-10 год	3	0.15
11-20 год	59	3.00
21-30 год	248	12.53
31-40 год	373	18.89
41-50 год	303	15.17
51-60 год	374	18.89
61- 70 год	367	18.69
71- 80год	175	8.91
81-90 год	66	3.36
91-100 год	4	0.20
Нема података	4	0.20
	1977	100.00

Према подацима са простора 11 централних општина које покрива Градски завод за хитну медицинску помоћ, било је 1.977 пацијената.

Старосна структура 1.977 пацијената је од 2 до 93 године. Највише је пацијената од 20 до 70 година (око 85%), а затим од 70 до 80 година (око 9%). Према попису, у Србији је најбројнија популација од 15 до 65 година (68,34%), док је старијих од 65 година 17,4%¹.

Табела 4. Број посетилаца са територије Србије и других држава.

Table 4. Number of patients residing in Serbia and patients residing in other countries

Територија	Укупан број посетилаца	%
Република Србија	2.267	98.44
Ван територије РС	36	1.56
Укупно	2.303	100.00

Од 2.303 пацијента за које смо нашли податке, 98.44% је са територије Републике Србије, док држављанство друге државе има 1,56%.

Табела 5. Број посета са територије града Београда и осталих места Р. Србије.

Table 5. Number of visits of patients residing in Belgrade and patients residing in Serbia out of Belgrade

Град	Укупан број посета	%
Београд	2.077	91.62
Ван Београда	190	8.38
Укупно	2.267	100.00

Највећи број посета је из Београда, односно 91.62% од свих посета са територије Србије, док је 8.38% од тог укупног броја из других места Србије.



Слика 1. Централне општине Београда које збрињава ГЗХМП Београд

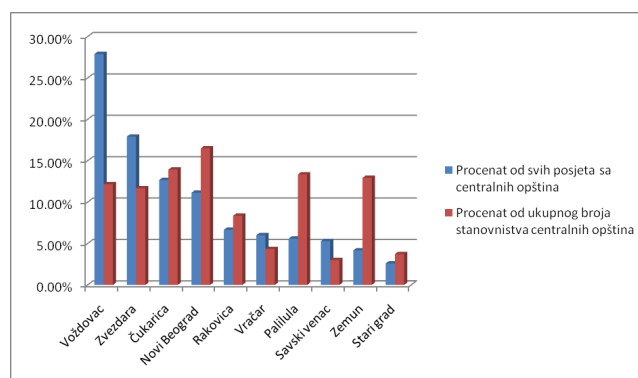
Figure 1. Distribution of patients from central municipalities of Belgrade by gender

На слици је бројевима означено 11 централних општина, као и околне општине које збрињава ГЗХП својим теренским екипама. Налази се на територији општине Савски венац. Општине Стари град и Врачар су најближе, а најудаљеније Земун и Раковица. Од општина које ГЗХМП Београд не покрива најближа је Обреновац, а најудаљеније су Лазаревац и Младеновац. Нова општина је Сурчин.

Табела 6: Број посетилаца по општинама
Table 6. Distribution of visits by municipalities

Општина	Број	Број посета %	Проценат од свих посета са територије Београда
Вождовац	548	27,71876	26,38421
Звездара	352	17,80475	16,94752
Чукарица	249	12,59484	11,98844
Нови Београд	219	11,077	10,54405
Раковица	131	6,626201	6,307174
Врачар	118	5,968639	5,681271
Палилула	110	5,563986	5,2961
Савски венац	104	5,260496	5,007222
Земун	82	4,147699	3,948002
Стари град	51	2,57966	2,455465
Сурчин	13	0,657562	0,625903
Укупно	1977	100	95,18536

Највише посетилаца је било са територије општина Вождовац (27,7%) и Звездара (17,8%) а најмање са територије општина Земун (4,15%) и Стари град (2,58%). Општина са највећим бројем посета је Вождовац а са најмањим бројем посета Стари град. Обухваћено је 1.977 пацијената са 11 централних београдских општина, 1.108 жена и 869 мушкараца. Постоји статистички високозначајна разлика по полу, $\chi^2 = 1.486$; $p < 0,01$.



Графикон 2. Колики број пацијената је са појединих централних општина, у поређењу са укупним бројем становника те општине.

Проценат свих посета и проценат укупног броја становника у централним општинама.

Graph 2. Number of patients residing in some of central city municipalities compared to number of citizens from that municipalities

Као што се види, највећи број посета је из општина Вождовац и Звездара, а најмањи из Земун и Старог града, која је уједно и општина са најмањим бројем становника. Нови Београд, Чукарица, Палилула и Земун имају највише становника. Највећи број становника је на општини Вождовац, одакле је и највећи број посетилаца ове амбуланте, потом Звездара, Чукарица и Нови Београд, што углавном одговара броју посетилаца ове амбуланте.

Табела 7. Припадност периферним београдским општинама које имају своје амбуланте Хитне помоћи

Table 7. Patients residing in peripheral municipalities in Belgrade that have its own emergency service

Општина	Укупан број посета	%	Проценат од свих посета са територије града Београда
Гроцка	60	60	2.89
Обреновац	14	14	0.67
Барајево	11	11	0.53
Сопот	8	8	0.39
Младеновац	4	4	0.19
Лазаревац	3	3	0.14
Укупно	100	100.00	4.81

Од укупног броја свих посета са територије Београда, око 5% посета је из периферних општина, $\chi^2 = 146,4$ (12,592-16,812), $p < 0,01$, тј. највећи број је из општине Гроцка а најмањи из општине Лазаревац.

Постоји статистички високозначајна разлика у броју посета између периферних општина.

Табела 8. Удаљеност неких општина од амбуланте ГЗХМП, мерено *Планом мреже здравствених установа*
Table 8. Distance of some municipalities from the office of City Bureau for Emergency Medical Service

Општина	Удаљеност од средишње тачке општине (km)
Земун	7,6
Раковица	6,4
Звездара	5,1
Вождовац	4,7
Нови Београд	4,6
Палилула	4,3
Чукарица	3,8
Врачар	5,17

Табела 9. Највећа удаљеност у километрима од амбуланте ГЗХМП Београд
Table 9. Greatest distance (in km) from the central office of City Bureau for Emergency Medical Service

Општина	km
Гроцка	29,4
Обреновац	29,7
Младеновац	51
Барајево	31
Сопот	42,6
Лазаревац	51

Табела 10. Оптерећеност једног лекара у раду амбуланте у Франше Д'Еперea од 08h до 20h, односно од 20h до 08h током 2015. године

Table 10. Workload of a doctor in central office of City Bureau for Emergency Medical Service during day and night shift

	Број пацијената
Дан	1.120
Ноћ	1.241
Непознато	5
Укупно	2.365

Од укупно 2.365 пацијената, за 2.361 је уписано време доласка у амбуланту. Постоји статистички значајна разлика у односу на дневно-ноћно оптерећење лекара, $\chi^2=6,217516$; $p<0,05$ (3,84-6,635),

Дискусија

Анализом резултата прегледаних пацијената (2.365) у амбуланти ГЗХМП Београд, више је жена $\chi^2=6,21$; $p<0,05$ (3,84-6,635), односно постоји статистичка разлика. Посматрајући и пацијенте са централних општина,

особе женског пола чине статистички високозначајно већи део посетилаца ове амбуланте (Графикон 1), $\chi^2=29,3$; $p<0,01$ (3,84-6,635).

У амбуланти ГЗХМП Београд убедљиво су најбројнији пацијенти из Београда, преко 90% (Табела 1), што је и логично јер је ова амбуланта и најближа, тј. најприступачнија је становницима града. Могуће је да ће се пацијенти са неке територије јавити у ову амбуланту а да, при том, није пресудна само близина амбуланте, већ да грађани знају за њу да постоји и да је лако доступна. Грађани општине Нови Београд, на пример, лако и брзо стигну, а један од праваца је и аутопут. Највећи број посета амбуланте Хитне помоћи у улици Франше Депереа из општина које имају своје службе Хитне помоћи, јесте са општине Гроцка, вероватно због близине насеља Калуђерица и добре комуникације аутопутем. Иако су географски веома близу амбуланте у Франше Д'Еперea, мањи је број посета са општина Стари град и Савски венац, али се из пописа 2011. године² види да оне спадају међу најстарије општине Београда. Према истраживању Обрадовића и сарадника⁵, старије особе доста често користе услуге домова здравља (44,6% има свог изабраног лекара у дому здравља, а 8,6% је користило услуге Хитне помоћи у току једне године).

Пошто је било веома мало посетилаца са општине Земун, мерено *Планом мреже здравствених установа*, видимо да су неки делови града удаљени од ове амбуланте и око 20-ак km, па претпостављамо да је удаљеност препрека њиховом доласку. Постоји амбуланта Градског завода за хитну медицинску помоћ у Батајници, општина Земун, која ради само ноћу, па пошто је мало посетилаца из Земуна, могуће је да један број грађана посећује ову амбуланту ноћу (Табела 6). Могуће је, такође, да грађани одлазе у дежурне Клиничко болничке центре Земун или Бежанијска Коса, мада број грађана који се јаве, на пример, амбулантама ургентних центара опада, али се зато повећава број кућних посета као и коришћење алтернативних могућности⁶. Са општине Чукарица у амбуланти ГЗХМП је већи број посета ноћу (чак 146), па се поставља питање због чега грађани чешће долазе у амбуланту у Франше Д'Еперea. Вероватно да већи део грађана и не зна да постоји ноћна амбуланта на територији општине Чукарица чим ноћу долазе у Франше Д'Еперea, или им је тако брже, поготову ако сматрају да је могуће да ће бити послати у неки од КБ центара који дежурају, а који би им били удаљенији ако би се јавили у амбуланту која ради на општини Чукарица, у Сремчици, што је још даље од средишта града. Било је чак 60 посета из београдских општина које имају своје амбуланте Хитне помоћи, тј. из делова града који су, као општина Сурчин, са најудаљенијим тачкама и више од 15,0 km, или више од 50 km, на пример, Лазаревац (Табела 9). Претпостављамо да су ови пацијентни у пролазу или раде у централним

општинама, да не знају за амбуланту у Батајници која им је ближа, или су у вожњи аутопутем где није битна удаљеност, већ време за које се стиже до лекара.

У истраживањима *Ke Yan* и сарадника⁷ у Кини, наглашено је да би амбуланте Хитне помоћи требало да буду постављене на 3 km у богатијим регионима, или обично на сваких 5 km. Поредили нашу ситуацију и користећи *План мреже здравствених установа*³ за мерење раздаљина међу општинама, измерили смо да је амбуланта у Франше Д'Епера (општина Савски венац) удаљена од 3.8 km – до 7,6 km од централне тачке општине, па можемо рећи да је код нас ситуација задовољавајућа. Истина је да су екипе Хитне помоћи стациониране у поменутим општинама да би биле ближе корисницима услуга, али се ту не обављају амбулантни прегледи иако раде и амбуланте у Батајници и Сремчици. Међутим, неке општине су доста веће од других, па су поједини њихови делови удаљенији више од 20 km од ове амбуланте, на пример, територија општине Вождовац - Рипањ, а неки његови делови су удаљени више од 25 km.

Тема удаљености установе здравствене заштите је врло значајна. У Канади постоје истраживања која кажу да су неке заједнице врло удаљене од извора здравствене заштите и из перспективе давалаца и корисника услуга. Чак и за даље путовање за оне здравствене потребе које нису хитне, постоји уопштено незадовољство. Често су здравствене потребе одложене или се касни у захтевима код акутних стања⁸.

Посетиоци доста често долазе у амбуланту ГЗХМП иако, по мишљењу лекара који раде у амбулатни, немају симптоме који указују на хитна стања. Мада се то свуда дешава, чак и у Ургентним центру⁹, односно хитним пријемима дежурних болница, очигледно је да постоје здравствене потребе грађана за које они сматрају да су озбиљне и плаше се да их одгоде за други дан или ујутру када раде домови здравља.

У Италији, социјални радници и други здравствени професионалци сарађују у давању услуга грађанству, што надлежнима у заједници дозвољава да објекте оваквих услуга држе отвореним 12h, а некада и 24h седам дана у недељи, са медицинском помоћи за хитна стања ноћу и током празника¹⁰.

У Канади, лекари примарне здравствене заштите традиционално нису обавезни за додатни рад, мада многе од владиних организација које раде захтевају новчане

стимулације за рад са регистрованим пацијентима после радног времена⁷. Такође, 48% лекара примарне здравствене заштите у Канади извештавају да имају договор са пацијентима да могу да посете лекара или сестру после радног времена⁸.

Анализирајући целокупну 2015. годину, без обзира на место и општину становања, видимо да је у ноћној смени (од 20h до 08h) било више посета ноћу, $\chi^2=6,53$; $p<0.01$; 3,84-6,635, односно постоји статистички значајна разлика у броју посета између ноћи и дана. Ноћу се грађани чешће јављају у ГЗХМП Београд него дану. Ова амбуланта је оптерећенија ноћу, и очигледно је да грађани имају здравствене потребе и ноћу за које сматрају да не би смели да одложе до јутра или не стижу да их реше у току дана.

Шта је рентабилније и организационо прихватљивије - већа или мања мрежа амбуланти примарне здравствене заштите које раде ноћу и близу су корисницима услуга, које организује држава, или коришћење високоспецијализованих установа – КБЦ-а.

Закључак

Највећи број пацијената који се јављају у амбуланту ГЗХМП је из Републике Србије, града Београда, из централних општина, општина Вождовац, Звездара и Чукарица, нешто чешће су то жене, и више је пацијената ноћу. Постоје неједнакости коришћења амбуланте Хитне помоћи између општина, пацијенти са простора неких општина много чешће долазе него са других. Неки делови територијално великих општина су много удаљенији од 5 km од ове амбуланте (односи се само на рад ноћу). Било би корисно приближити грађанима неопходне услуге из основне здравствене заштите, барем на неколико од центра града најудаљених тачака. Залажемо се за више амбуланти у основној здравственој заштити правилно распоређених по територији Београда, а које би биле ближе корисницима здравствених услуга током ноћних сати. У садашњем тренутку грађани због својих здравствених потреба консултују више и скупље нивое здравствене заштите у току ноћних сати, правећи тамо непотребне гужве.

Tamara Lj. Pavlović,
Slavoljub R. Živanović

City bureau for emergency medical service Belgrade
R. Serbia

Teritorial distribution of patients in office of City Bureau for Emergency Medical Service

Key words:

primary health care,
Emergency medical service Belgrade,
ambulance,
teritorial distribution,
working overload,
Belgrade communities,
health services availability

Abstract

Introduction: City bureau for emergency medical service Belgrade, Franche D'Eperea 5, is one of the primary health care institutions and covers 11 central municipalities. It is open 24/7 365 day a year. City bureau has its offices in Sremčica and Batajnica and these branches are open only at night.

Objective: 1) To determine a total number of patients from city municipalities and from the other municipalities in our medical offices; 2) To determine whether the offices are visited more often during nights or days.

Method: All collected data were entered into the Access database, exported to Excel file and statistically analyzed.

Results: Analyses covered 2365 patients examined by one doctor in the period from 01 January 2015. til 29 December 2015. Data on municipality residence exist for 2303 of them. 98.44% are from the territory of Republic of Serbia, of which 91.62% reside in the territory of Belgrade.

Conclusion: The highest number of visits is from the Republic Serbia, Belgrade, most often from Voždovac and Zvezdara municipalities. Visits were more frequent during night, and majority of patients are female. Service was frequently visited by patients who reside more than 25 kilometers away from the office.

References Литература

1. Закон "Службени гласник РС", број 107/05, Уредба о плану мреже здравствених установа, члан 47, страна 25. [Last accessed on 05 Feb 2017]. Available from: <http://tinyurl.com/zw4w157>.
2. Република Србија, Републички завод за статистику, попис у Србији 2011. године. [Last accessed on 05 Feb 2017]. Available from: http://popis2011.stat.rs/?page_id=2134.
3. Интернет програм План плус [Last accessed on 14 jun 2017]. available at <https://www.planplus.rs/>
4. Слика: Београдске општине интернет [Last accessed on 14 jun 2017]. Available from: <http://www.znanje.org/i/121/01iv02/01iv0218/OPSTINE1.htm>
5. Обрадовић М, Петровић Ј, Обрадовић М, Радовановић М, Тимотић А, Анђелски-Радичевић Б. Користи и здравствене заштите старих особа у дому здравља. Здравствена заштита. 2009;38(6):65-73.
6. Government of Canada. *Canada's Health Care System*. [Last accessed on 01 Jan 2018]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> [Last accessed on 10 aug 2017].
7. Ke Yan, Yi Jiang, Jingfu Qiu, Xiaoni Zhong, Yang Wang, Jing Deng, Jingxi Lian, Tingting Wang and, Cheng Cao. *The equity of China's emergency medical services from 2010–2014*; 2017. International Journal for Equity in Health 16: 10, Published online 2017 Jan 11.
8. Allin S, and Rudoler D. *The Canadian Health Care System*. Health System and Public/Private Insurance Role [Last accessed on 08 sep 2017]. Available from: <http://international.commonwealthfund.org/countries/canada/>.
9. Uscher-Pines L, Pines J Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. *Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions*. A Systematic Review of the Literature Am J Manag Care. 2013 Jan;19(1):47–59.
10. Salvador P. *Primary Care in Italy*. European forum for primary care. [Last accessed on 10 Nov 2017]. available from <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-italy>

Primljen • Received: 15.06.2017.
Ispravljen • Corrected: 10.10.2017.
Prihvaćen • Accepted: 20.10.2017.

Suzana M. Savić^{1,3},
Gordana R. Tešanović^{1,3},
Kosana D. Stanetić^{1,3},
Snježana M. Popović-Pejić^{2,3}

¹Primary Health Center Banja Luka,

²University Clinical Center Banja Luka,

³Faculty of Medicine, University of Banja Luka,
Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

The impact of lifestyle change on the parameters of glycemic control in type 2 diabetes

Key words:

changes in lifestyle,
individual counseling,
metabolic control,
type 2 diabetes.

Abstract

Introduction: Changes in lifestyle can significantly affect the management of good glycemic control and target values of blood pressure and lipids.

Objective: To determine the achievement of target values of glycated hemoglobin (HbA_{1c}), blood pressure and lipids, in participants with type 2 diabetes, who used a proper diet and controlled physical activity.

Method: The study was a prospective study, conducted on participants with type 2 diabetes, from 01 October 2012 until 31 October 2013, at the Primary Health Center Banja Luka, by 60 family medicine teams. At the beginning of the study, all participants had individual counseling on lifestyle changes, eating habits, and regulation of body weight.

Results: The study included 591 participants with the type 2 diabetes. At the beginning of the study, 49.92% of participants adhered to the proper diet, and at the end 76.65% of them ($p < 0.001$). Targeted value of HbA_{1c} $\leq 6.5\%$ was registered in 61.70% participants at the beginning of the study and at the end of the study in 86.62% participants ($p < 0.001$); the target value of blood pressure ($\leq 130/80$ mmHg) was registered in 56.21% at the beginning, and at the end in 79.91% ($p < 0.002$). Targeted value of total cholesterol was registered in 59.61% at the beginning of the study, and at the end of the study in 81.91% subjects ($p < 0.003$).

Conclusion: In patients with type 2 diabetes individual counseling about lifestyle changes helps to attain optimal values of HbA_{1c}, blood pressure, and serum lipid levels.



Introduction

Diabetes mellitus is a multifactorial disease, developing in genetically sensitive individuals under the influence of external factors¹. Therefore, beside genetic factors, equally important are environmental factors, and the way of life. Risk factors for the occurrence of the disease can be divided into two groups: unmodifiable (age, sex, genetic factors) and modifiable – environmental factors that can be potentially prevented^{1,2}. The non-genetic risk factors have a significant position in the emergence of type 2 diabetes, especially in people over 45 years of age. They are related to obesity (duration, degree of obesity and body fat distribution), a diet rich in fat and saturated fat, and insulin resistance¹⁻⁴. The American Association of Diabetes Educators lists seven important factors: physical activity, healthy diet, regular medication, blood glucose monitoring, self-care regarding to the problems of diabetes, reduction of the risk of acute and chronic complications and psychosocial aspects of living with diabetes, which provide a useful framework for assessing, monitoring and certification of diabetes. The differences in the behavior of patients, health beliefs and different cultures, and the patient's emotional response to the disease itself, may play an important role in the understanding, commitment and self-control of type 2 diabetes⁵. A meta-analysis of nine studies involving obese patients with type 2 diabetes indicated that a loss of 9.6%, of body weight in the six weeks period, resulted in reduction of glycemic load by 50% from baseline⁶. In 'The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study' was found that an increase in obesity in patients with type 2 diabetes, particularly abdominal, increased the risk of myocardial infarction by 23%, risk of heart failure by 35%, and general mortality by 17%⁷. Data released by Keymel and associates in 2011 indicate that diabetes, unless strictly controlled, leads to functional and structural vascular changes, accelerates the process of atherosclerosis and the onset of cardiovascular disease⁸. Meta-analysis by Boulé and associates indicated that the structured application of physical activity over eight weeks led to a reduction in HbA_{1c} from 8.31% to 7.65%, and significantly contributes to better glycemic control⁹. Regular physical activity of uniform intensity and duration, increases insulin sensitivity, leads to better metabolic regulation of glycemia, glycated hemoglobin and lipid profile, reduces other risks of cardiovascular diseases (elevated blood pressure, obesity, blood clotting disorders) and the onset of late complications of diabetes, and positively affects the mental state of people with diabetes¹⁰. Based on the available literature data, it has been established that diabetic patients need to conduct structured exercises that are the cornerstone for achieving good glycemic control and reducing cardiovascular risk. Patients should be stimulated to participate in specially adapted intervention programs, and more attention should be paid to the cardiovascular and osteo-

muscular system¹¹. The recommendations of the American Diabetes Association on Physical Activity, published in Diabetes Care 2016, argue that patients with diabetes should reduce the sedentary lifestyle, e.g. they should not spend more than 90 minutes in a sitting position (computer work, watching TV, etc.)¹², which is in line with the advices we provided during our study to our participants. Based on the data obtained by searching the databases: MEDLINE, COCHRANE-CENTRAL, EMBASS, CLINICALTRIALS.GOV, LILACS and SPORTDISCUS DATABASES, from January 1980 to February 2011 (synthesis of 4,191 articles with 8,538 subjects with diabetes), structured trainings/aerobic exercises (in 23 studies) were associated with a decrease in glycated hemoglobin level. This effect was not observed in subjects who did not perform physical activity. Structured exercise for more than 150 minutes per week was associated with a decrease in glycated hemoglobin by 0.89%, while exercise of less than 150 minutes per week was associated with a decrease in glycated hemoglobin by 0.36%. It has been proven that physical activity advices combined with dietary nutrition have been associated with lowering the value of glycated hemoglobin¹³, which was highlighted in our research.

Considering that in the Republic of Srpska similar researches were not conducted, the goal of our study was to determine the achievement of target values for glycated hemoglobin (HbA_{1c}), blood pressure and lipid levels in subjects with type 2 diabetes, which used the correct diet and controlled physical activity.

Objective

The aim of this study was to determine the achievement of target values of glycated hemoglobin (HbA_{1c}), blood pressure and lipids, in participants with type 2 diabetes, who used a proper diet and controlled physical activity.

Method

The study is a prospective-observational, descriptive exploratory study conducted in 591 patients with type 2 diabetes mellitus in the Health Center Banja Luka. The research was performed in the period from 01 October 2012 to 31 October 2013, with the written consent of the Director and the Ethics Committee of the institution. The study included patients of both sexes, more than 30 years old, who had type 2 diabetes more than two years. All patients with significant physical or mental health disorders were excluded from the study. The nurses/technicians, according to electronic records, contacted participants by telephone and scheduled appointments for medical examination. Family medicine teams involved in research organized education on proper

nutrition, as recommended by the guide for diabetes mellitus from 2010¹⁴ and the recommendations of the ADA/EASD¹⁵⁻¹⁹ for all participants. Education was organized during the last week in October 2012 in the form of small group work in family medicine, lasting 45 minutes. Each team educated 10 subjects with type 2 diabetes about the importance of proper and individually customized diet (caloric index of nutrients, the number of daily meals and the recommended daily intake of salt), adequate physical activity of aerobic type (walking, running, cycling, swimming)^{14,17,19,20}, and identification and techniques for giving up smoking^{14,17,20-22}. Family medicine teams continuously, every three months provided support to the subjects and promoted a healthy lifestyle as an integral part of modern treatment guidelines. Necessary biochemical blood tests were performed in Department for laboratory and biochemical diagnosis of Health Center Banja Luka.

Statistical data processing

Data obtained in the research were entered in the Excel database, and analyzed using IBM SPSS Statistics 19.0 program. In the processing of data, the following statistical

methods were used: Pearson's χ^2 test contingency, Student's t-test, Wilcoxon's W test, Mann-Whitney U test, Kolmogorov-Smirnov test for normal distribution. In all used statistical methods level of significance was at $p < 0.05$ and $p < 0.001$.

Results

The study included 591 patients with type 2 diabetes, 318 (52.45%) males and 281 (47.55%) females, from three age groups: younger than 55 (22.64%), 55 to 64 years old (40.27%) and older than 65 years (37.06%). The decrease in HbA_{1c} level, according to the gender structure of subjects during the 13 months study was statistically significant ($P\chi^2$: $p < 0.001$) (Table 1).

Table 1. Presentation of participants by gender and age

Табела 1. Састав испитаника према полу и старости

Variable	N		%	
Gender				
Male	318		52.45	
Female	281		47.55	
Age/years				
< 55	134		22.64	
55-64	238		40.27	
>65	219		37.06	
HbA _{1c} / October 2012.				
	Male		Female	
	n	%	n	%
<6.50%	56	18.06	38	13.52
6.51-7.00%	69	22.26	53	18.86
7.01-8.50%	113	36.45	110	39.15
>8.50%	72	23.23	80	28.47
HbA _{1c} / October 2013.				
<6.50%	170	54.84	129	45.91
6.51-7.00%	79	25.48	69	24.56
7.01-8.50%	60	19.35	79	28.11
>8.50%	1	0.32	4	1.42

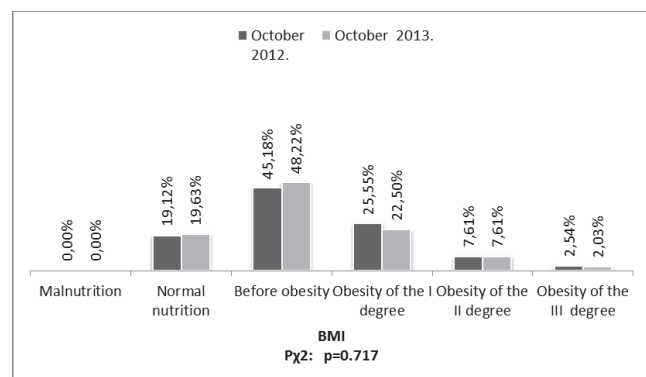
$P\chi^2$:
 $p < 0.001$

$P\chi^2$: $p < 0.001$

$P\chi^2$:
 $p < 0.001$

$P\chi^2$: $p < 0.001$

According to body mass index, the highest percentage of participants (above 45%) was overweight; more than 22% of subjects had the obesity of I degree, while normal nutrition accounted for about 19% of participants. BMI changes during the 13-months follow-up were not statistically significant ($P\chi^2$: $p = 0.717$) (Graph 1).

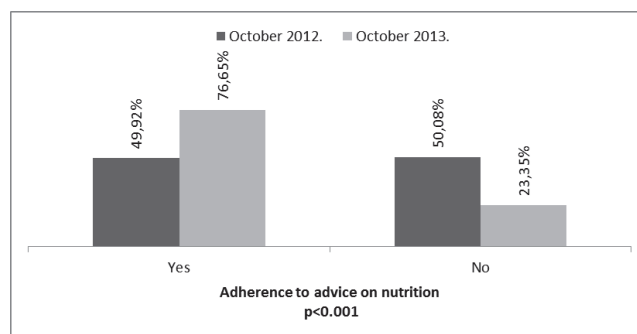


Graph 1. Presentation of the structure of participants according to BMI categories (%)

Графикон 1. Структура испитаника (%) према категоријама индекса телесне масе

At the beginning of the study 295 (49.92%) of the participants had a proper diet, while at the end of the study number of patients who adhered advices on proper nutrition

increased to 453 (76.65%) (Graph 2). These changes during the study were statistically significant ($P\chi^2$: $p < 0.001$).



Graph 2. Respondents display in relation to advice on proper nutrition

Графикон 2. Придржавање савета о правилној исхрани

The highest values of HbA_{1c} (> 8.50%), at the beginning of the study, were recorded in a group of participants who did not adhere to advices (67.76%). At the end of the study, the lowest HbA_{1c} values (≤6.50%) were present in the group of participants who have adhered to the advices (86.62%). Adherence to advices during our study was statistically significant on the reduction in HbA_{1c} ($P\chi^2$: $p < 0.001$) (Table 2).

Table 2. Level of glycated hemoglobin in correlation to adherence to advices about nutrition

Табела 2. Вредности гликозираног хемоглобина у корелацији са придржавањем савета о исхрани

	Adherence to advices on nutrition	Glycated hemoglobin								p
		< 6,50		6,51 - 7,00		7,01 - 8,50		> 8,50		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
October 2012.	Yes	58	61,70	71	58,20	117	52,47	49	32,24	< 0.001
	No	36	38,30	51	41,80	106	47,53	103	67,76	
	Total	94		122		223		152		
October 2013.	No	40	13,38	38	25,68	59	42,45	1	20,00	< 0.001
	Total	299		148		139		5		
	Yes	259	86.62	110	74.32	80	57.55	4	80.00	

Among patients who adhered to advices on healthy eating, percentage of those with blood pressure of 130/80 mm Hg and lower was significantly higher than with blood pressure above 130/80 mmHg (Table 3).

Table 3. Correlation of adherence to dietary advices and the values of blood pressure in type 2 diabetes

Табела 3. Корелација између придржавања савета о исхрани и вредности крвног притиска код дијабетеса тип 2

		Adherence to advice on nutrition	Blood pressure				p
			> 130/80		≤ 130/80		
			%	n	%		
October 2012.	Yes	132	43,85	163	56,21	0.003	
	No	169	56,15	127	43,79		
	Total	301		290			
October 2013.	Yes	107	67,72	346	79,91	0.002	
	No	51	32,28	87	20,09		
	Total	158		433			

Level of total cholesterol in the participants who did not adhere to advice about healthy eating was increased. This difference is statistically significant both in October 2012 ($P\chi^2$: $p = 0.049$) and in October 2013 ($P\chi^2$: $p = 0.003$). At the end

of the study, the highest percentage of participants (82.14%) who did adhere to dietary advice, had LDL cholesterol values ranging from 1.80 to 2.59 mmol/l, which is statistically significant ($P\chi^2$: $p=0.001$) (Table 4).

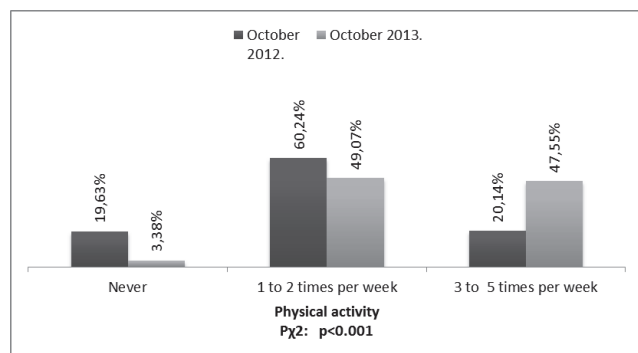
Table 4. Correlation of compliance with advice on nutrition and level of total and LDL cholesterol

Табела 4. Корелација између придржавања савета о исхрани и вредности укупног и LDL холестерола

	Adherence to advice on nutrition	Total cholesterol						p
		≤ 4.50		4.50 – 6.99		≥ 7.00		
		n	%	n	%	n	%	
October 2012.	Yes	65	59.63	209	48.49	21	41.18	0.049
	No	44	40.37	222	51.51	30	58.82	
	Total	109		431		51		
October 2013.	Yes	240	81.91	212	71.38	0	-	0.003
	No	53	18.09	85	28.62	0	-	
	Total	293		297		0		

LDL cholesterol										
October 2012.		< 1.80		1.80-2.59		2.60-4.99		≥ 5.00		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
		Yes	25	69.44	65	54.17	198	47.60	7	
	No	11	30.56	55	45.83	218	52.40	12	63.16	
	Total	36		120		416		18		
October 2013.	Yes	43	78.18	276	82.14	134	67.00	0	-	0.001
	No	12	21.82	60	17.86	66	33.00	0	-	
	Total	55		336		200		0		

At the beginning of the study 116 (19.63%) of participants did not have any physical activity, while at the end of the study the number of participants who did not have any physical activity was reduced to 20 (3.38%). Also, the increase in the percentage of participants who were engaged in physical activity 3 to 5 times per week was recorded (Graph 3). Increasing of physical activity in patients during 13 month study was statistically significant ($P\chi^2$: $p<0.001$).



Graph 3. Physical activity in participants

Графикон 3. Физичка активност испитаника

Impact of physical activity on HbA_{1c} values in our study is shown in Table 5. The highest values of HbA_{1c} ($>8.50\%$) at the beginning of the study were recorded in the group of subjects who 'never' engaged in physical activity (28.95%). At the end of the study, the lowest HbA_{1c} values ($\leq 6.50\%$) were present in the group of subjects who practiced physical activity 3 to 5 times per week (58.53%). Impact of Increased physical activity on decrease of the HbA_{1c} level during the 13-month study, was statistically significant ($P\chi^2$: $p<0.001$).

Table 5. Correlation between physical activity and level of glycosylated hemoglobin**Табела 5.** Корелација између физичке активности и нивоа гликозилираног хемоглобина

		Glycated hemoglobin								p
Physical activity		≤ 6,50		6,51 - 7,00		7,01 - 8,50		≥ 8,50		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
October 2012.	Never	15	15,96	14	11,48	43	19,28	44	28,95	<0.001
	1 to 2 times per week	48	51,06	71	58,20	139	62,33	98	64,47	
	3 to 5 times per week	31	32,98	37	30,33	41	18,39	10	6,58	
	Total	94		122		223		152		
October 2013.	Never	6	2,01	4	2,70	10	7,19	0	0,00	<0.001
	1 to 2 times per week	118	39,46	79	53,38	90	64,75	3	60,00	
	3 to 5 times per week	175	58,53	65	43,92	39	28,06	2	40,00	
	Total	299		148		139		5		

In the group of subjects who were not physically active, at the beginning of the study, elevated blood pressure (>130/80 mmHg) was present at 65 subjects (21.59%). At the end of the study, blood pressure values of ≤130/80 mmHg

were the most frequent in the group of subjects who applied 3 to 5 times per week physical activity (53.58%). The difference was statistically significant both in October 2012 and in October 2013 (Table 6).

Table 6. Correlation between physical activity and blood pressure**Табела 6.** Корелација између физичке активности и крвног притиска

	Physical activity	Blood pressure - diabetes				p
		> 130/80		≤ 130/80		
		n	%	n	%	
October 2012.	Never	65	21,59	51	17,59	<0.001
	1 to 2 times per week	201	66,78	155	53,45	
	3 to 5 times per week	35	11,63	84	28,97	
	Total	301		290		
October 2013.	Never	6	3,80	14	3,23	<0.001
	1 to 2 times per week	103	65,19	187	43,19	
	3 to 5 times per week	49	31,01	232	53,58	
	Total	158		433		

At the beginning of the study, no statistically significant influence of physical activity on the reduction of total and LDL cholesterol levels was observed. During the 13 months of physical activity, more than half of the participants who

practiced physical activity 3 to 5 times per week had a total cholesterol level <4.50 mmol/L (54.61%) ($P\chi^2$: $p=0.003$) and LDL Cholesterol level <1.80 mmol/L (50.91%) ($P\chi^2$: $p=0.028$) (Table 7).

Table 7. Influence of physical activity on level of total and LDL cholesterol at the beginning and at the end of the study
Табела 7. Корелација између физичке активности и нивоа укупног и *LDL* холестерола на почетку и на крају студије

Physical activity		Total cholesterol						p		
		≤ 4,50		4,50 – 6,99		≥ 7,00				
		n	%	n	%	n	%			
October 2012.	Never	23	21,10	86	19,95	7	13,73	0.051		
	1 to 2 times per week	57	52,29	260	60,32	39	76,47			
	3 to 5 times per week	29	26,61	85	19,72	5	9,80			
	Total	109		431		51				
October 2013.	Never	7	2,39	13	4,38	0	-	0.003		
	1 to 2 times per week	126	43,00	163	54,88	0	-			
	3 to 5 times per week	160	54,61	121	40,74	0	-			
	Total	293		297		0				
		LDL cholesterol								
		< 1.80		1.80-2.59		2.60-4.99			≥ 5.00	
		n	%	n	%	n	%		n	%
October 2012.	Never	6	16.67	21	17.50	84	20.19	5	26.32	0.817
	1 to 2 times per week	24	66.67	76	63.63	244	58.65	12	63.16	
	3 to 5 times per week	6	16.67	23	19.17	88	21.15	2	10.53	
	Total	36		120		416		19		
October 2013.	Never	2	3.64	12	3.57	6	3.00	0	-	0.028
	1 to 2 times per week	25	45.45	148	44.05	117	58.50	0	-	
	3 to 5 times per week	28	50.91	176	52.38	77	38.50	0	-	
	Total	55		336		200		0		

Discussion

By applying the recommendations of lifestyle change at the end of the 13 months of our study, the highest percentage (54.84%) of male patients achieved the ideal values of HbA1c (<6.50%), while percentage in women was slightly lower (45.91%) ($P\chi^2$: $p=0.001$). The results of a multicentric one-year study, conducted on 5,000 subjects, obese patients with type 2 diabetes, indicated that the application of educational programs on intensive lifestyle changes (the correct diet and individually adapted and regular physical activity) leads to a significant reduction in body weight (by 8.60%) and better glycemic control [reduction of HbA1c from 7.30% to 6.60% ($p<0.001$)], but also the reduction of all cardiovascular risk factors ($p<0.001$)²³.

At the beginning of our study (October 2012), 49.92% of participants practiced the correct diet recommendations (low caloric index food, the number of daily meals and the recommended daily salt intake), and at the end of the study (October 2013) their percentage was 76.65% ($P\chi^2$: $p=0.001$). Reduction in body weight was the most pronounced in subjects with first degree obesity, whose percentage decreased

from 25.55% (October 2012) to 22.50% (October 2013) ($P\chi^2$: $p=0.717$). At the beginning of the study, the highest percentage of participants who did not adhere to advice on nutrition (67.76%) had HbA1c >8.50%, while at the end of the study the highest percentage of participants who adhered to the advice on nutrition (86.62%) achieved ideal values of HbA1c (<6.50%) ($P\chi^2$: $p=0.001$). Shai and associates, during their research, followed three dietary regimes: a low-carb intake diet, a Mediterranean diet, and a low-fat diet, in 322 moderately obese subjects with diabetes, for a period of two years. Their research has shown that Mediterranean nutrition significantly improves glycemic load and prevents the onset of insulin resistance²⁴. At the start of the study, 163 (56.21%) of the participants who adhered to advices on nutrition had blood pressure of 130/80 mmHg or lower at the start of the study ($P\chi^2$: $p=0.003$), and at the end of the study percentage was higher 346 (79.91%) ($P\chi^2$: $p=0.002$).

The recommended level of total cholesterol (≤ 4.5 mmol/L) was present at 65 subjects (59.63%) at the start of the study, and at the end 240 (81.91%), while the recommended level of LDL cholesterol (<1.80 mmol/L) was measured in (69.44%) of participants, and finally at 43 participants (78.18%).

In Steno-2 Study of patients with type 2 diabetes on multi-intensive therapy, the level of HbA_{1c} below 6.5% was achieved in 15% of cases, while the total cholesterol level below 4.5 mmol/L and diastolic blood pressure below 80 mmHg, were achieved in 70% of cases. The study used combined therapeutic options and individually tailored programs to reduce cardiovascular risk factors, as well as motivation groups with the participation and support of spouses.

All of this required the empowerment of the role of doctors of the primary health care level and the application of educational and motivational processes. In the study, it is emphasized that intensive treatment of cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes significantly reduces the rate of cardiovascular complications²⁵.

At the beginning of the study, 44 (28.95%) of subjects who had never used physical activity had the highest values of HbA_{1c} (> 8.50%). Physical activity 3 to 5 times per week at the beginning of the study practiced 20.14% of subjects, and at the end 47.55% of subjects. In this group of patients percentage (58.53%) of the ideal HbA_{1c} values (<6.50%) was the highest. Conducting intense physical activity that involves demanding exercises (three series of exercises, three times a week) in patients with diabetes leads to a significant reduction in HbA_{1c} by 1.1–1.2%, and to the reduction of complications of diabetes²⁶.

At the beginning of the study, 155 (53.45%) participants who applied physical activity 1 to 2 times per week,

had a blood pressure of 130/80 mmHg or lower, and at the end of the study, blood pressure of 130/80 mm Hg was found in 232 (53.58%) ($P\chi^2$: $p < 0.001$) of the participants who had physical activity 3 to 5 times per week. The recommended level of total cholesterol (≤ 4.5 mmol/L) was present in 57 (52.29%) of participants who applied physical activity 1 to 2 times per week at the beginning of the study, and at the end, 160 (54.61%) of participants who applied physical activity 3 to 5 times per week had recommended level of total cholesterol, while the recommended level of LDL cholesterol (< 1.80 mmol/L) at the beginning of the study was present in 24 (66.67%) of the subjects who had a physical activity 1 to 2 times a week and at the end of the study in 28 (50.91%) of subjects who had physical activity “3 to 5 times per week” ($P\chi^2$: $p < 0.028$)

Conclusion

During our research, continuous and individual counseling of type 2 diabetes patients on the use of proper nutrition and engaging in regular physical activity led to a decrease in HbA_{1c}, blood pressure, and lipids. Recommendations on changing of the lifestyle need to be adjusted individually and brought in accordance with the patient with diabetes, taking into account.

Сузана Савић^{1,3}, Гордана Тешановић^{1,3},
Косана Станетић^{1,3},
Снјежана Поповић-Пејичић^{2,3}

¹Дом здравља Бања Лука,

²Универзитетски клинички центар Бања Лука,

³Медицински факултет, Универзитет у Бањој Луци,
Република Српска, Босна и Херцеговина

Утицај промена начина живота на параметре контроле гликемије пацијената са дијабетесом тип 2

Кључне ријечи:

промјена животног стила,
индивидуално савјетовање,
метаболичка контрола,
дијабетес тип 2.

Сажетак

Увод. Промјена стила живота (правилна исхрана, физичка активност) могу значајно утицати на постизање добре гликорегулације, циљних вриједности крвног притиска и параметара из липидног статуса.

Циљ рада. Утврдити постизање циљних вриједности гликозилираног хемоглобина (HbA_{1c}), крвног притиска и липида код испитаника са дијабетесом тип 2, који су примјењивали правилну исхрану и контролисану физичку активност.

Метод. Истраживање је проспективна студија, провођена у 60 тимова породичне медицине на испитаницима са дијабетесом тип 2, од 01. октобра 2012. до 31. октобра 2013, у Дому здравља Бања Лука. Сви испитаници су на почетку студије имали индивидуално савјетовање о исхрани, физичкој активности и прекиду пушења.

Резултати. Истраживањем је обухваћен 591 испитаник са дијабетесом тип 2. Правилан начин исхране на почетку студије примјењивало је 49,92%, а на крају студије 76,65% испитаника ($P\chi^2: p<0,001$). Циљну вриједност $HbA_{1c} \leq 6,5\%$ на почетку студије постигло је 61,70%, а на крају студије 86,62% ($P\chi^2: p<0,001$); циљну вриједност крвног притиска ($\leq 130/80 \text{ mmHg}$) постигло је на почетку студије 56,21%, а на крају студије 79,91% ($P\chi^2: p<0,002$); циљну вриједност укупног холестерола на почетку студије постигло је 59,61%, а на крају студије 81,91% ($P\chi^2: p<0,003$).

Закључак. Индивидуално савјетовање обољелих од дијабетеса тип 2 о промјени начина живота, помаже у постизању оптималне вриједности HbA_{1c} , крвног притиска и липида.

References Литература

1. Popović-Pejičić S. *Prevenција i kontrola dijabetesa*. U: Vulić D, Babić NV, urednici. Hronične nezarazne bolesti. Banja Luka: Narodna i univerzitetska biblioteka Republike Srpske; 2011. str.159–74.
2. Savić S. *Efekte primjene kliničkog vodiča u liječenju pacijenata sa dijabetes melitusom tip 2* [doktorska disertacija]. Banja Luka (RS): Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci, 2016.
3. Tešanović G, i sar. *Porodična medicina*. Banja Luka: Medicinski fakultet, Narodna i univerzitetska biblioteka Republike Srpske, 2014.
4. Stanetić K. *Prevenција u radu porodičnog ljekara*. Banja Luka: Medicinski fakultet, Narodna i univerzitetska biblioteka Republike Srpske, 2015.
5. Haas L, Maryniuk M, Beck J, et al. *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. Diabetes Care 2014; 37 Suppl 1: S144–S53.
6. Anderson JW, Kendall CW, Jenkins DJ. *Importance of weight management in type 2 diabetes: review with meta-analysis of clinical studies*. J Am Coll Nutr 2003;22:331-9.
7. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. *Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease*. Am Heart J 2005;149(1):54-60.
8. Keymel S, Heinen Y, Balzer J, Rassaf T, et al. *Characterization of macro- and microvascular function and structure in patients with type 2 diabetes mellitus*. Am J Cardiovasc Dis 2011;1(1): 68-75.
9. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. *Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials*. JAMA 2001;286:1218–27.
10. Vrcba Botica M, Pavlić-Rena I i sar. *Šećerna bolest u odraslih*. Zagreb: Školska knjiga; 2012. Stephan FE, Luc JC. *Exercise therapy in Type 2 diabetes*. Acta Diabetol 2009;46:263-78.
11. Stephan FE, Luc JC. *Exercise therapy in Type 2 diabetes*. Acta Diabetol 2009;46: 263-78.
12. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. Foundations of Care and Comprehensive Medical Evaluation*. Diabetes Care 2016; 39 Suppl 1: S23–S35. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/site/misc/2016-Standards-of-Care.pdf>
13. Umpierre D, Ribeiro PAB, Kramer CK, Leitão CB, et al. *Physical Activity Advice Only or Structured Exercise Training and Association with HbA_{1c} Levels in Type 2 Diabetes*. JAMA 2011; 305(17):1790–9.
14. Pejičić-Popović S, Stojisavljević-Šatara S, Tešanović G, Bukara-Radujković B, Stanetić K, Vuković B. *Bolesti žlijezda sa unutrašnjim lučenjem, ishrane i metabolizma – Dijabetes melitus, Vodič za kliničku praksu*. Banja Luka, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske; 2010.
15. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. Foundations of Care and Comprehensive Medical Evaluation*. Diabetes Care 2016; 39 Suppl 1: S23–S35. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/site/misc/2016-Standards-of-Care.pdf>
16. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes 2012*. Position statement. Diabetes Care 2012; 35 Suppl 1: S11–S63.
17. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes 2013*. Position statement. Diabetes Care 2013; 36 Suppl 1: S11–S66.
18. Inzucchi SE, Bergenstal R, Buse JB, et al. *Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach*. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012;35:1364-79.
19. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes – 2015*. Diabetes Care 2015; 38 Suppl 1: S49–S57.
20. Lalić MN, Zamklar M, Pudar G, Kocić R, Antić S, Pešić M, i sar. *Nacionalni vodič kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje dijabetesa melitusa*. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju Vodiča dobre kliničke prakse. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2012.
21. Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske. *Stručno uputstvo za otkrivanje i redukciju rizičnih faktora i rano otkrivanje oboljenja iz Programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti u Republici Srpskoj* i Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske. Banja Luka: FZO RS; 2003.
22. Kvaternik M, Perone SA, Perone N. *Vodič za odvikavanje od pušenja*. Banja Luka/Doboj: Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske; 2006.
23. Look AHEAD Research Group. *Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the Look AHEAD trial*. Diabetes Care 2007; 30(6):1374–83.
24. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, et al. *Dietary Intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT) Group. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean or low-fat diet*. N Engl J Med 2008; 359(3): 229–41.
25. Rujiz J. *Intensive care of type 2 diabetes: what does the STENO 2 study teach us*. Rev Med Suisse Romande 2004; 124 (3): 125-7.
26. Dunstan DW, Daly RM, Owen N, Jolley D, de Courten M, Shaw J, Zimmet P. *High-intensity resistance training improves glycemic control in older persons with type 2 diabetes*. Diabetes Care 2002;25: 1729-35.

Primljen • Received: 21.06.2017.

Ispravljen • Corrected: 20.12.2017.

Prihvaćen • Accepted: 22.12.2017.

Милена Љ. Костић¹,
Олга Д. Радосављевић²,
Маја С. Вучковић³

¹Дом здравља „Др Ђорђе Ковачевић“, Лазаревац, Србија

²Дом здравља „Др Бошко Вребалов“, Зрењанин, Србија

³Дом здравља Младеновац, Србија

Значај процене когнитивног статуса пацијената у амбуланти опште медицине

Кључне речи:

когниција,
старење,
општа медицина

Сажетак

Увод. Растући тренд старења становништва и оболевања од деменције, с једне стране, а непостојање препоруке о примени неселективног скрининга деменције у општој популацији старијих пацијената, с друге стране, навели су нас на наше истраживање.

Циљ рада. Испитати могућности и значај процене и праћења когнитивног статуса пацијената старијих од 50 година живота у ординацији лекара опште медицине.

Метод. За процену когнитивног статуса пацијената коришћен је мини-ментал тест (*Mini Mental State Examination - MMSE*). Иницијално тестирање је обављено код 120 пацијената старијих од 50 година. Пацијенти са граничним и нижим скором *MMSE* укључени су у даље испитивање (лабораторијско, ултразвучно, радиолошко) и упућивани су психијатру и/или неурологу уз праћење скором *MMSE* током наредне две године. Поређене су вредности скором *MMSE* иницијалног тестирања и тестирања након годину дана.

Резултати. Вредности граничног скором *MMSE* и ниже имало је 34,2% свих испитаника. На крају испитивања дијагностиковани су депресија, деменција и благи когнитивни поремећај (БКП) код по 24,4% пацијената. Код 14,6% пацијената откривен је други супклинички поремећај, чије лечење је довело до нормализације *MMSE*. Ман-Витнијев У-тест (*Mann-Whitney U-test*) је показао статистички значајну разлику ($Z=-1,986$; $p=0,048$) у скоровима *MMSE* годину дана након започете терапије између две групе пацијената оболелих од соматске болести или депресије и оних са БКП или деменцијом.

Закључак. Наше истраживање доказује вишеструки значај процене когнитивног статуса пацијената старијег животног доба. Могуће је применити *MMSE* у ординацији лекара опште медицине за иницијалну процену и праћење когнитивног статуса пацијената са различитим здравственим поремећајима, као и праћење ефекта лечења соматских болести и депресије.



Увод

Основна одлика опште медицине јесте свеобухватан приступ због разноврсности поремећаја код пацијената који се свом изабраном лекару обраћају за помоћ¹. Веома често пацијенти нису свесни свог здравственог стања и/или не умеју да изразе своју тегобу. Ово могу бити неки од разлога касног откривања здравственог поремећаја, што је нарочито изражено код пацијената са нарушеним когнитивним статусом². Један од тестова који би се могао применити у свакодневном раду јесте мини-ментал тест (*Mini Mental State Examination - MMSE*)^{3,4}, као тест процене когнитивног статуса пацијента. Когнитивна дисфункција може бити одраз различитих здравствених поремећаја. Са старосћу организма опадају когнитивне функције⁵. Сматра се да око 6% до 10% опште популације старије од 65 година оболи од деменције⁶. Будући да је старост најзначајнији непроменљиви фактор ризика за настанак деменције, посебно њеног најчешћег облика - Алцхајмерове (*Alzheimer*) болести⁷, као и општа склоност старења опште популације (према последњем попису из 2011. године, у Србији је било 17,7% старијих од 65 година), све је већи значај раног откривања и контроле оболелих од деменције⁶. Ово је посебно важно због породице и неговатеља оболелих од деменције, јер могу проћи кроз значајан период патње од првих тегоба њихових ближњих до постављања дијагнозе, као и касније током неге оболелих^{7,8}. Значајан број пацијената у развоју деменције пролази кроз фазу благог когнитивног поремећаја – БКП (*Mild Cognitive Impairment - MCI*). Овај поремећај се дефинише као когнитивно оштећење, амнезијско или неамнезијско, уз очувану функционалност у свакодневном животу, а у одсуству критеријума за дијагнозу деменције^{6,9}. Значај БКП је у томе што открива пацијенте са раним когнитивним испадом, од којих ће многи развити Алцхајмерову болест. То је период у развоју болести када се може радити на успоравању когнитивног поремећаја утврђивањем фактора ризика и њиховом корекцијом^{9,10}. За сада не постоји специфично и успешно лечење БКП применом испитиваних лекова^{11,12}. Утолико је важније истаћи могућност деловања на заједничке факторе ризика за БКП и деменцију, као што су шећерна болест, хипертензија, хиперхолестеролемија, хипотиреоидизам, анемија, апнеа у сну, недостатак појединих витамина, депресија - у лечењу и контроли ових поремећаја^{13,14}. Поремећај когнитивних функција, нарочито нагло насталих, може бити први знак неке соматске болести. У акутним стањима у ординацији лекара опште медицине често смо први сведоци оваквих дешавања, а тежина насталог когнитивног поремећаја нам помаже у одлуци о даљем третману пацијента^{15,16}. Код одређених хроничних болести и стања која се постепено развијају, а од којих су нека: анемије, поремећаји функције тиро-

идне жлезде, јетре и бубрежна слабост, кардиомиопатије, Паркинсонова болест и когнитивни поремећај - настају постепено^{17,18,19,20,21}. Сличан развој когнитивног поремећаја може се срести и код депресије. Постоји значајна повезаност депресије, деменције и БКП. Процењује се да је учесталост депресије код Алцхајмерове болести и БКП око 25%²². Процена когнитивног статуса пацијента, нарочито старијег од 50 година, код кога се чешће срећу различити хронични поремећаји, могла би послужити као полазна тачка у раном откривању а, потом, и праћењу свих поменутих здравствених поремећаја.

Циљ рада

Испитати могућности и значај процене и праћења когнитивног статуса пацијената старијих од 50 година живота у ординацији лекара опште медицине

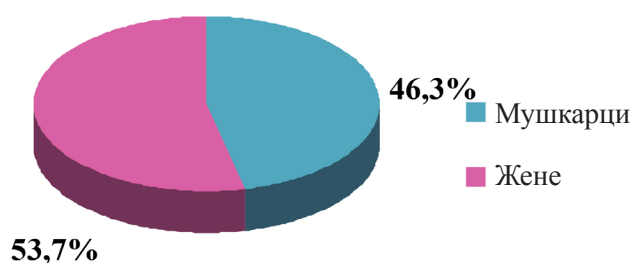
Метод

Испитивање је спроведено у амбуланти Степојевац Дома здравља Лазаревац, од стране једног лекара опште медицине. За процену когнитивног статуса пацијената коришћен је *MMSE*. Овај тест кроз 11 задатака испитује когнитивне функције: оријентацију у времену и простору, пажњу и концентрацију, именовање, краткотрајно памћење и присећање, разумевање и извршавање комплексних наредби, спонтано писање и цртање. Максималан број бодова теста је 30. Као гранични скор *MMSE* који указује на когнитивни поремећај за високообразоване користили смо 27, за пацијенте са средњим образовањем 24, а за оне са основним образовањем 21⁶. Иницијално тестирање обављено је у периоду октобар-децембар 2014. године код 120 пацијената старијих од 50 година, који су посетили свог изабраног лекара из различитих разлога. У испитивање нису укључени неписмени, слепи и пацијенти са значајним оштећењем слуха. Пацијенти са граничним и нижим скором *MMSE* укључени су наредних година дана (јануар 2015-фебруар 2016) у даље испитивање (лабораторијско, ултразвучно, радиолошко) и упућивани психијатру и/или неурологу, уз праћење скорa *MMSE*. Одређени број ових пацијената није био мотивисан за даље испитивање у смислу деменције, али су сви били мотивисани за упућивање на додатно лабораторијско испитивање и праћење когнитивног статуса применом *MMSE* од стране изабраног лекара. Обавезне лабораторијске анализе учињене код свих пацијената биле су: седиментација еритроцита, комплетна крвна слика, серумско гвожђе, гликемија, уреа, креатинин, хепатограм, липидограм, основни електролитни статус, алкална фосфатаза, функција штитасте жлезде, урин. Пацијентима упућеним на даљу дијагностику учињена је мултислајсна компју-

теризована томографија (*MSCT*) главе, а код већине и колор доплер (*CDS*) магистралних артерија врата. Великом броју пацијената учињена је радиографија срца и плућа, значајном броју ултрасонографија абдомена и штитасте жлезде, ултрасонографија срца, и ниво витамина B_{12} у крви код мањег броја пацијената. Учињени су и одређени специфични прегледи индиковани искључиво од стране лекара секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, и обављени су у тим установама. Током периода праћења укључени су и чланови породице ради добијања хетероanamнестичких података. Вредности скорa *MMSE* које су поређене јесу вредности иницијалног тестирања и тестирања након годину дана. Пацијенти са иницијално граничним и нижим скором *MMSE* праћени су још годину дана (март 2016-фебруар 2017) уз поновљена тестирања когнитивног статуса, а последње на истеку друге године праћења уз праћење и контролу других здравствених поремећаја. Подаци су статистички анализирани у програму *SPSS 20*, коришћени су *Mann-Whitney U-test*, *Wilcoxon Signed Ranks Test*, *McNemar Test*.

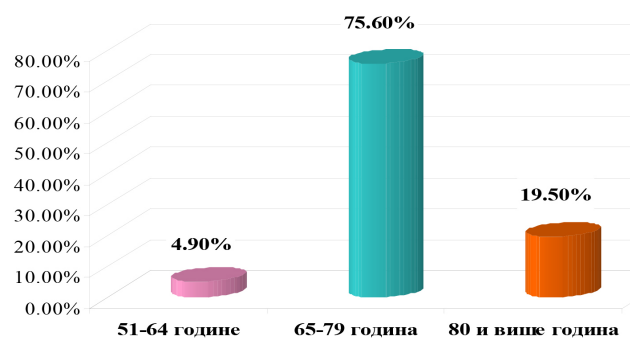
Резултати

Иницијалним испитивањем когнитивног статуса обухваћено је 120 пацијената старијих од 50 година, 61 жена (50,8%) и 59 мушкараца (49,2%). Највише пацијената је припадало старосној групи од 65 до 79 година (68,3%); основно образовање имала су 59,2% пацијената. Испитивањем когнитивног статуса, граничну и нижу вредност *MMSE* скорa за степен образовања показао је 41 (34,2%) испитаник. Пацијенти са нижим вредностима *MMSE* скорa од предвиђених, укључени су у даље испитивање и праћење.



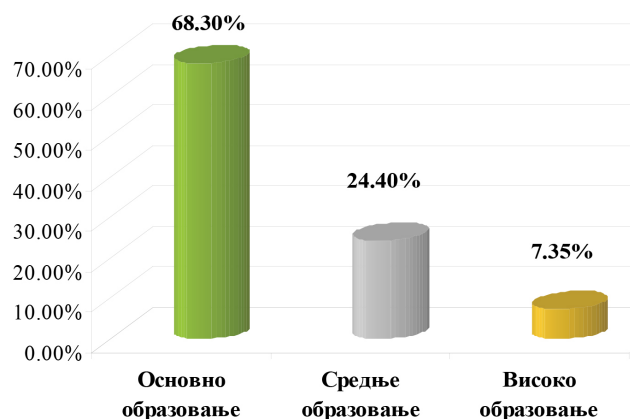
Графикон 1. Полна структура испитаника упућених на даље прегледе након иницијалног тестирања применом *MMSE*
Graph 1. Gender structure of patients referred to additional diagnostic procedures after initial *MMSE*

Анализом пацијената који су упућени на даљу дијагностику, увидели смо да је приближно уједначена полна структура (53,7% жена и 46,3% мушкараца).



Графикон 2. Старосна структура испитаника упућених на даље прегледе након иницијалног тестирања применом *MMSE*
Graph 2. Age structure of patients referred to additional diagnostic procedures after initial *MMSE*

У старосној групи од 65 до 79 година било је 75,6% пацијената. Најстарији пацијент је имао 93 године. Такође, анализом резултата нашег узорка дошли смо до податка да је више од 50% пацијената старијих од 80 година имало гранични и нижи *MMSE* скор.



Графикон 3. Структура испитаника упућених на даље прегледе након иницијалног тестирања применом *MMSE* према степену образовања
Graph 3. Educational structure of patients referred to additional diagnostic procedures after initial *MMSE*

Више од половине пацијената упућених на детаљнију неуролошку, неуропсихолошку и радиолошку обраду имало је само основно образовање (68,3%).

Табела 1. Резултати и исход спроведеног испитивања код пацијената са иницијално граничним и нижим скором *MMSE*
Table 1. Results and outcomes of additional testing of patients with borderline and lower score on *MMSE*

Дијагноза Исход испитивања	Пацијенти са граничним и нижим скором <i>MMSE</i>	Интервенција	Измене <i>MMSE</i> након годину дана од иницијалног <i>MMSE</i>
Деменција	6 (14,6%)	Започето лечење	Различно
Депресија	8 (19,5%)	Започето лечење	Да
Малокрвност	1 (2,4%)	Започето лечење	Да
Поремећај функције штитасте жлезде	1 (2,4%)	Започето лечење	Да
Бубрежна слабост	1 (2,4%)	Започето лечење	Да
Паркинсонова болест	1 (2,4%)	Започето лечење	Да
Други доминантни здравствени поремећај настао у међувремену	4 (9,8%)	Није завршено испитивање у смислу деменције	Да (код 3)
Без дијагнозе Препоручено праћење (Благи когнитивни поремећај)	12 (29,3%)	Без терапије	Не
Без дијагнозе Млађи функционални Стари стари	7 (17,1%)	Није спроведено даље испитивање (без мотивације)	Не
Укупно	41		

Резултати показују да 17,1% пацијената није желео да се подвргне даљим прегледима осим комплетним лабораторијским анализама и праћењу скором *MMSE* од стране изабраног лекара. Углавном су то били пацијенти са граничним скором *MMSE* који живе сами и добро функционишу у свакодневним активностима, или стари пацијенти који, као и њихова родбина-пратиоци, нису сматрали неопходним даље тестирање. Код 6 пацијената (14,6%) је дијагностикована деменција и започето лечење; код 8 пацијената (19,5%) је дијагностикована депресија и започето лечење; код 4 пацијента (9,8%) није завршено испитивање у смислу деменције због, у међувремену, насталог другог здравственог поремећаја као доминантног. Код по једног пацијента (2,4%) су као највероватнији узрок когнитивног поремећаја дијагностиковани малокрвност, поремећај функције штитасте жлезде, бубрежна слабост и Паркинсонова болест. Код

12 пацијената (29,3%) након обављених прегледа није било критеријума за дијагнозу деменције, препоручено је њихово интензивно праћење као пацијената са благим когнитивним поремећајем. Уочене промене скором *MMSE* након годину дана од иницијалног испитивања, навеле су нас да испитамо статистичку значајност ових разлика (Табела 2).

Табела 2. Промене скором *MMSE* након годину дана од иницијалног тестирања

Table 2. Changes in *MMSE* score one year after initial testing

Група пацијената		N	Mean	SD	Med	Min	Maks
Деменција или благи когнитивни поремећај	Скор пре	18	20,50	3,468	20,00	13	27
	Скор после	18	19,94	3,963	20,50	11	26
Депресија или соматска болест	Скор пре	15	19,40	1,993	19,00	17	23
	Скор после	15	22,40	2,131	22,00	19	26
Укупно	Скор пре	33	20,00	2,905	20,00	13	27
	Скор после	33	21,06	3,445	21,00	11	26

Поредили смо скорове пацијената са депресијом и соматским болестима као највероватнијим узроцима иницијално утврђеног когнитивног поремећаја, с једне стране, и пацијената са деменцијом и благим когнитивним поремећајем, с друге стране. Ман-Витнијевим У-тестом (*Mann-Whitney U-test*) није добијена статистички значајна разлика у скоровима између група пацијената пре започете терапије, тј. приликом иницијалног тестирања ($Z=-1,093$; $p=0,290$), док је после терапије, након годину дана, добијена статистички значајна разлика у скоровима између група ($Z=-1,986$; $p=0,048$). Већи просечан скор након годину дана је био у групи пацијената оболелих од депресије или соматске болести (22,40) него у групи оболелих од деменције или са благим когнитивним поремећајем (19,94). Вилкоксоним тестом еквивалентних парова (*Wilcoxon Signed Ranks Test*) добијени су исти резултати, тачније, добијена је високостатистички значајна разлика у групи оболелих од депресије или соматске болести ($Z=-3,106$; $p=0,002$), која не постоји у групи оболелих од деменције или са БКП ($Z=-1,631$; $p=0,103$) у погледу скором *MMSE* након годину дана од иницијалног тестирања. Резултати и исход испитивања након укупног периода праћења пацијената (две године) приказани су у Табели 3.

Табела 3. Резултати и исход испитивања пацијената након укупног периода праћења пацијената са граничним и нижим скором *MMSE*

Table 3. Results and outcomes of testing of patients with borderline and lower score on *MMSE*, after follow-up period

Дијагноза	Праћени пацијенти са иницијално нижим и граничним скором <i>MMSE</i> -укупно 41(%)	Интервенција Исход
Деменција	8 (19,5%)	Започето лечење код новооткривених пацијената Наставак већ започетог лечења 2 смртна исхода (4,9%)
Депресија	8 (19,5%)	Започето лечење Наставак већ започетог лечења
Деменција и депресија	2 (4,9%)	Започето лечење
Други новооткривени поремећај чије је лечење довело до нормализације <i>MMSE</i>	6 (14,6%)	Даље праћење
Без дијагнозе као узрока когнитивног поремећаја (Благог когнитивни поремећај)	10 (24,4%)	Без терапије Даље праћење Едукација породице
Без дијагнозе Млађи функционални Стари стари (и даље незаинтересовани за испитивање, добро самостално функционишу)	7 (17,1%)	Без терапије Даље праћење Едукација пацијента и породице

Током друге године праћења деменција је дијагностикована код још четири а депресија код још два пацијента, тако да је након две године од иницијалног *MMSE* било по 10 пацијената (по 24,4% упућених на даље прегледе) оболелих од деменције и депресије, при чему су код два пацијента дијагностикована оба обољења. На самом крају укупног периода праћења забележена су два смртна исхода оболелих од деменције, обе пацијенткиње са дугогодишњим кардиометаболичким коморбидитетима; код једне је дијагностикована узнапредовала деменција (иницијални *MMSE*=11). Код 6 пацијената (14,6%) је дошло до нормализације скорa *MMSE*, у питању су већ поменути пацијенти са малокрвношћу, хипотиреозом, бубрежном слабошћу и Паркинсоновом болешћу, као и два пацијента која су лечена због погоршања хроничне кардиомиопатије.

Четири новооткривена пацијента оболела од деменције у другој години праћења, били су: две пацијенткиње

код којих је у првој години дијагностикована депресија, један пацијент са БКП и пацијент лечен због катаракте. Желећи да испитамо статистичку значајност броја новооткривених пацијената оболелих од деменције у другој години праћења у односу на број оболелих дијагностикованих након годину дана, користили смо Мекнемаров тест (*McNemar Test*), при чему није добијена статистички значајна разлика ($p=0,125$). Промене скорa *MMSE*, сем код неколико пацијената, на крају укупног периода праћења у односу на прву годину није било, тако да оне нису статистички тестиране. Треба напоменути да су, поред праћења когнитивног статуса праћени и сви други за сваког испитиваног пацијента битни показатељи здравственог стања. Такође, из Табеле 4 се види да је 17,1% пацијената доследно својој првобитној одлуци о неприхватању детаљног комплетног препорученог испитивања, и они су без промена у скору *MMSE*. Иначе, мањи број пацијената са БКП на крају друге године (24,4% у односу на 29,3% на крају прве године праћења) односи се на три пацијента са БКП на крају прве године, који наш укупни период праћења од две године завршавају као оболели од депресије (2 пацијента) и деменције (1 пацијент). Измена дијагноза на крају друге у односу на прву годину праћења приказана је у Табели 4.

Табела 4. Измена дијагноза на крају друге године праћења у односу на првих годину дана

Table 4. Changes of diagnosis after second year of follow-up compared to the first year of follow-up

Дијагноза након прве године	Дијагноза након друге године	Број пацијената (%)
БКП	Деменција	1 (2,4%)
БКП	Депресија	2 (4,9%)
Депресија	Депресија и Деменција	2 (4,9%)
Без дијагнозе (операција катаракте)	Деменција	1 (2,4%)
Без дијагнозе (лечење хроничне кардиомиопатије)	БКП	1 (2,4%)

Дискусија

Растући тренд оболевања од деменције, с једне стране, и непостојање препоруке о примени неселективног скрининга деменције у општој популацији старијих пацијената⁶, с друге стране, навели су нас на то да и сами испитамо какве су могућности и значај тестирања когнитивног статуса пацијената у амбуланти опште медицине. Будући да смо *MMSE* користили за процену когнитивног статуса пацијената током две године, у свакодневном раду, без утрошка додатног времена, простора и кадра, потврђујемо једноставност примене овог теста у амбу-

ланти опште медицине. Бројна досадашња истраживања потврђују његову сензитивност и специфичност у основној процени и праћењу когнитивног поремећаја^{4,23,24}. Наше истраживање потврђује старост и нижи ниво образовања као факторе ризика за когнитивни поремећај. Половина пацијената старости 80 и више година иницијално испитаних имала је гранични и нижи скор *MMSE*, а 9,1% пацијената млађих од 65 година, док је 68,3% пацијената упућених на даље прегледе имало основно образовање. Будући да је 95,1% пацијената упућених на даље прегледе (са граничним и нижим иницијалним скором *MMSE*) било старости 65 и више година, а деменција до краја истраживања дијагностикована код само једног пацијента млађег од 65 година (0,8% свих иницијално испитаних), не можемо сматрати посебно корисним рутинско тестирање когнитивног статуса пацијената млађих од 65 година.

Континуитет праћења пацијената се показао значајним. Нарочито је то изражено код пацијената са БКП и депресијом. Наиме, код 8,3% пацијената са БКП дијагностикованих након прве године праћења, током наредне године дијагностикована је деменција. Ови резултати су у складу са резултатима досадашњих студија, по којима је процењени ризик оболевања од деменције особа са БКП на годишњем нивоу 5%-10%^{9,25}. Код 16,7% пацијената са БКП на крају прве године праћења, током наредне године дијагностикована је депресија, а код 25% пацијената са депресијом дијагностикованом након прве године праћења, током наредне године дијагностикована је и деменција. Ови резултати потврђују досадашња сазнања о повезаности депресије, деменције и БКП. Тако су Ричард (*Richard*) и сарадници²⁶ у свом истраживању закључили да постоји повезаност депресије са БКП и прогресијом БКП у деменцију, али не и са настанком БКП, што би значило да депресија прати, али не обавезно, и да претходи БКП. Мета-анализа 20 студија из периода 2005-2011. године (*Barnes, Yaffe*), показала је значајно већи ризик оболевања од деменције код пацијената који су оболели од депресије, у односу на оне који нису оболели од депресије, те да би се смањењем броја оболелих од депресије могао смањити број оболелих од деменције²⁷. Значај континуитета праћења пацијената потврђују и следећи резултати. Наиме, Мекнемаровим тестом није показана статистички значајна разлика у броју новооткривених пацијената оболелих од деменције на крају друге године праћења, у односу на прву (24,4% у односу на 14,6% од свих упућених на даље прегледе), али не можемо занемарити значај дијагностиковања сваког од тих пацијената. Осим тога, тек број оболелих од деменције на крају испитивања (8,3% од свих испитаника) у односу на број оболелих од деменције код којих је дијагностикована на крају прве године праћења (5% свих испитаника), одговара до сада познатој процењеној учесталости деменције у општој популацији старијих од 65 година од 6% до 10%.

Све ово потврђује колико је вештине и доследности потребно лекару опште медицине за откривање оболелих од деменције.

Захваљујући иницијалном испитивању когнитивног статуса пацијената, откривени су пацијенти са малокрвношћу, хипотиреозом, бубрежном слабошћу, Паркинсоновом болешћу, као и у погоршању хроничне кардиомиопатије, што значи да нам *MMSE* може помоћи и у откривању пацијената са соматским болестима. Будући да је статистичким тестирањем утврђена значајна разлика у скоровима *MMSE* након започете терапије код пацијената са поменутих соматским обољењима и депресијом, у односу на пацијенте са деменцијом и БКП, можемо закључити да нам *MMSE* тестирање може послужити и за праћење оболелих од соматских болести и депресије. До истих резултата дошли су и наши аутори, Потић и сарадници²⁸, у погледу процене и праћења терапије соматских болести у геријатријској популацији. Колико је значајна процена когнитивног статуса у различитим стањима говори и истраживање Ристића и сарадника²⁹ код пацијената са преломом кука, који закључују да је код ових пацијената најјачи предиктор морталитета био когнитивни поремећај. Колико је снажан утицај соматског поремећаја на когнитивни статус говори и студија праћења пацијената који су преживели срчани застој доживљен ван болнице, при чему је каснији когнитивни поремећај повезан са кашњењем у започињању кардиопулмоналне реанимације, а боље когнитивно функционисање повезано са одсуством потребе за вишом кардиопулмоналном животном подршком³⁰. Што се тиче хроничне бубрежне слабости, мета-анализа студија до јануара 2012. године указује да је овај поремећај значајан и независан соматски фактор ризика за развој когнитивног пада³¹. Студије истраживања повезаности хипотиреоидизма и когнитивне функције су различите, али свакако указују на комплексне утицаје хормона штитасте жлезде на когнитивне процесе³². Когнитивни поремећај је, такође, препознат као један од симптома Паркинсонове болести³³, као што је био случај и са једним од наших испитаника.

Обе пацијенткиње код којих је дошло до смртог исхода су имале коморбидитете, кардиоваскуларне и дијабетес мелитус, и код једне од њих дијагностикована је узнапредовала деменција. Ови резултати указују на значај контроле и измене променљивих фактора ризика за развој деменције, као и потребу процене когнитивног статуса пацијената оболелих од кардиоваскуларних болести и дијабетес мелитуса. Тако Тараги (*Taraghi*) и сарадници³⁴ у свом истраживању закључују да је скрининг когнитивног оштећења старијих пацијената са срчаном слабошћу неопходан, док Базил (*Basile*) и сарадници³⁵ потврђују да је дијабетес мелитус чешћи код старијих пацијената хоспитализованих због срчане слабости са негативним утицајем на когнитивне функције, те је код ових пацијената

неопходна свеобухватна геријатријска процена. Горлик (*Gorelick*) и сарадници³⁶ у својој студији закључују да би откривање и контрола традиционалних фактора ризика за шлог и кардиоваскуларне болести могли бити ефикасни у превенцији васкуларног когнитивног оштећења чак и код старијих људи.

Потенцијал поверења наших пацијената у свог изабраног лекара (17,1% прихвата само лабораторијско испитивање и праћење *MMSE* од стране изабраног лекара) требало би искористити будући да Ланга (*Langa*) и Левин (*Levine*) у свом истраживању закључују да ће лекари у примарној здравственој заштити морати да развију вештине у откривању и вођењу кроз здравствени систем пацијената са БКП³⁷. Колики је значај лекара у примарној здравственој заштити у контроли когнитивних поремећаја говори и последњи извештај Међународног удружења за Алцхајмерову болест за 2016. годину, по коме су лекари у примарној здравственој заштити оцењени и виђени у будућности као носиоци контроле оболелих од Алцхајмерове болести³⁸.

Закључак

Наше истраживање доказује вишеструки значај процене когнитивног статуса пацијената старијег животног доба, док се рутинско тестирање когнитивног статуса пацијената млађих од 65 година није показало посебно корисним. Тестирање когнитивног статуса се у ординацији лекара опште медицине може на једноставан начин спровести применом *MMSE* како за иницијалну процену, тако и за праћење пацијената. Захваљујући овом тестирању могу се открити пацијенти са различитим супклиничким поремећајима и започети њихово лечење. Лечењем соматских болести и депресије као узрока когнитивног пада долази до значајног побољшања скорa *MMSE*, који може да послужи за праћење ефекта лечења ових болести.

С обзиром на нове препоруке о водећој улози лекара примарне здравствене заштите у вођењу пацијента оболелог од Алцхајмерове болести кроз здравствени систем, сматрамо значајним овладавање лекара опште медицине вештинама процене когнитивног статуса пацијената старијег животног доба и вештинама комуникације са оболелима од Алцхајмерове болести и члановима њихове породице.

Milena Lj. Kostić M.D.¹,
Olga D. Radosavljević M.D.²,
Maja S. Vučković M.D.³

¹Health Center "Dr Đorđe Kovačević", Lazarevac, Serbia

²Health Center "Dr Boško Vrebalov", Zrenjanin, Serbia

³Health Center Mladenovac, Serbia

The importance of assessing the cognitive status of patients in the general medicine practice

Key words:

cognition, aging,
general practitioners

Abstract

Introduction: The rising trend of population aging and dementia, on the one hand, and the lack of recommendation on the application of non-selective dementia screening in the general population of elderly patients, on the other hand, led us to our research.

Objective: Examine the possibilities and significance of assessing and monitoring the cognitive status of patients older than 50 years of age in the practice of general practitioners.

Method: A Mini Mental State Examination (MMSE) was used to assess the cognitive status of patients. Initial testing was performed in 120 patients older than 50 years of age. Patients with borderline and lower scores on MMSE were included in further testing (laboratory, ultrasound, radiological) and were referred to a psychiatrist and/or neurologist, with the follow-up of MMSE over the next two years. The values of the MMSE initial inspection, and testing scores were compared after one year.

Results: Borderline and lower values at the MMSE were present in 34.2% of all respondents. At the end of the study, depression, dementia and mild cognitive impairment (MCI) were diagnosed in 24.4% of patients. In 14.6% of patients, a second subclinical disorder was found, whose treatment led to the normalization of MMSE. The Mann-Whitney U-test showed a statistically significant difference ($Z = -1.986$; $p = 0.048$) in the MMSE scores a year after initiating therapy between two groups of patients suffering from somatic illness or depression and those with MCI or dementia.

Conclusion: Our research proves the multiple importance of assessing the cognitive status of elderly patients. It is possible to apply MMSE in the practice of general practitioners for initial assessment and monitoring of the cognitive status of patients with various medical disorders, as well as monitoring of the effects of somatic illness and depression treatment.

References Литература

- Wonca Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine- Edition 2011. [cited 2017 july 26]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>.
- Павловић Д. *Дијагностички тестови у неуропсихологији*. Београд, издање аутора, 2003.
- Pernecky R, Wagenpfeil S, Komossa K, Grimmer T, Diehl J, Kurz A. *Mapping Scores Onto Stages: Mini-Mental State Examination and Clinical Dementia Rating*. Am J Geriatr Psychiatry. 2006; 14(2): 139-44.
- Brodsky H, Connors MH, Loy C, Teixeira-Pinto A, Stocks N, Gunn J, Mate KE, Pond CD. *Screening for Dementia in Primary Care: A Comparison of the GPCOG and the MMSE*. Dement Geriatr Cogn Disord. 2016; 42(5-6):323-30.
- Павловић Д. *Деменције, неуролошки и психолошки проблем*. Београд; 2008.
- Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе. *Алцхајмерова болест*. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2013.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care*. Leicester (UK): British Psychological Society, 2007.
- Lwi SJ, Ford BQ, Casey JJ, Miller BL, Levenson RW. *Poor caregiver mental health predicts mortality of patients with neurodegenerative disease*. Proc Natl Acad Sci USA. 2017; 114(28):7319-24.
- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. *The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*. Alzheimers Dement. 2011; 7(3):270-9.
- Павловић ДМ, Павловић АМ. *Благо когнитивно оштећење*. Срп Арх Целок Лек. 2009; 137(7-8):434-9.
- Raschetti R, Albanese E, Vanacore N, Maggini M. *Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: a systematic review of randomised trials*. PLoS Med. 2007; 4(11):e338.
- Birks J, Flicker L. *Donepezil for mild cognitive impairment*. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (3):CD006104.
- Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttila T, Popescu BO, Rektorova I, Sorbi S, Scheltens P. EFNS Scientist Panel on Dementia. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. Eur J Neurol. 2010; 17(10): 1236-48.
- Levey A, Lah J, Goldstein F, Steenland K, Bliwise D. *Mild cognitive impairment: an opportunity to identify patients at high risk for progression to Alzheimer's disease*. Clin Ther. 2006; 28(7):991-1001.
- Републичка стручна комисија за израду и имплементацију Водича добре клиничке праксе. *Прехоспитално збрињавање хитних стања*. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2013.
- Ganti L, Daneshvar Y, Ayala S, Bodhit AN, Peters KR. *The value of neurocognitive testing for acute outcomes after mild traumatic brain injury*. Mil Med Res. 2016; 3:23.
- Vadiveloo T, Donnan PT, Cochrane L, Leese GP. *The Thyroid Epidemiology, Audit, and Research Study (TEARS): morbidity in patients with endogenous subclinical hyperthyroidism*. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96(5):1344-51.
- Fatourechi V. *Subclinical hypothyroidism: an update for primary care physicians*. Mayo Clin Proc. 2009; 84(1):65-71.
- Seifter JL, Samuels MA. *Uremic encephalopathy and other brain disorders associated with renal failure*. Semin Neurol. 2011; 31(2):139-43.
- Hocker SE. *Renal Disease and Neurology*. Continuum (Minneapolis, Minn). 2017; 23(3, Neurology of Systemic Disease):722-43.
- Павић С, Швиртглих Н, Делић Д, Радовановић-Шпурнић А. *Симптоми депресије и когнитивне дисфункције код болесника с хроничним хепатитисом Б*. Срп Арх Целок Лек. 2015; 143(1-2):6-11.
- Rosenberg PB, Johnston D, Lyketsos CG. *A clinical approach to mild cognitive impairment*. Am J Psychiatry. 2006; 163(11):1884-90.
- Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. *Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations*. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 13(1):CD011145.
- Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué I Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. *Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with Mild Cognitive Impairment (MCI)*. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (3):CD010783.
- Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Luppa M, Luck T, et al. *Prognosis of Mild Cognitive Impairment in General Practice: Results of the German AgeCoDe Study*. Ann Fam Med. 2014; 12(2):158-165.
- Richard E, Reitz C, Honig LS, Schupf N, Tang MX, Manly JJ, et al. *Late Life Depression, Mild Cognitive Impairment and Dementia*. JAMA Neurol. 2013; 70(3):374-382.
- Barnes DE, Yaffe K. *The projected impact of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence*. Lancet Neurol. 2011; 10(9):819-828.
- Потић Б, Давидовић М, Милошевић Д, Ерцег П. *Евалуација ефекта терапије соматских болести и когнитивног оштећења код геријатријских болесника*. Медицински преглед. 2009; 62(11-12):513-516.
- Ристић Б, Игњатовић Ристић Д, Миличић Б, Обрадовић З. *Фактори који утичу на постоперативни морталитет код болесника са преломам кука*. Војносанитетски преглед. 2006; 63(1):49-53.
- Van Alem AP, Waalewijn RA, Koster RW, de Vos R. *Assessment of quality of life and cognitive function after out-of-hospital cardiac arrest with successful resuscitation*. Am J Cardiol. 2004; 93(2):131-5.
- Etgen T, Chonchol M, Förstl H, Sander D. *Chronic kidney disease and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis*. Am J Nephrol. 2012; 35(5): 474-82.
- Chavanne D, Constans T, Petit A, Mondon K, Hommet C. *Hypothyroidism and cognition in the elderly*. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011; 9(4):477-89.
- O'Callaghan C, Lewis SJG. *Cognition in Parkinson's Disease*. Int Rev Neurobiol. 2017; 133:557-583.

34. Taraghi Z, Akbari Kamrani AA, Foroughan M, Yazdani J, Mahdavi A, Baghernejad SK. *Cognitive Impairment Among Elderly Patients With Chronic Heart Failure and Related Factors*. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2016; 10(2):e4500..
35. Basile G, Crucitti A, Cucinotta MD, Figliomeni P, Lacquaniti A, Catalano A, et al. *Impact of diabetes on cognitive impairment and disability in elderly hospitalized patients with heart failure*. Geriatr Gerontol Int. 2013;13(4):1035-42.
36. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, et al. *Vascular Contribution to Cognitive Impairment and Dementia: A Statement for Health Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke. 2011; 42(9):2672-2713.
37. Langa KM, Levine DA. *The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review*. JAMA. 2014;312(23):2551-61.
38. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016. *Improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future*. [cited 2017 august 28]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2016sheet.pdf>

Primljen • Received: 17.09. 2017.

Ispravljen • Corrected: 23.12.2017.

Prihvaćen • Accepted: 27.12.2017.

*Драган Б. Маринковић*Здравствени центар, Служба за заштиту здравља
одраслог становништва, Неготин, Србија

Конзервативно лечење дијабетесног стопала

Кључне речи:

дијабетес,
дијабетесно стопало,
гангрена

Сажетак

Увод. Дијабетесно стопало са појавом улцерација, настанком гангрена и последичним ампутацијама представља хроничну компликацију дијабетес мелитуса, која због своје учесталости значајно доприноси укупном морбидитету, инвалидитету и морталитету код оболелих од дијабетеса. Квалитет живота пацијената са већ постојећим хроничним компликацијама дијабетес мелитуса са настанком гангрена постаје знатно низак, лечење је комплексно и дуготрајно.

Приказ случаја. Лечење пацијенткиње старе 73 године са гангреном десног стопала, дијабетичара на инсулинотерапији. Пацијенткиња је дијабетичар на пероралној терапији од 1996. године, док се на инсулинотерапију преводи у августу 2005. године. Присутна гангрена десног стопала, дубоки декубитални улкуси обе глутеалне регије, секундарна анемија. У терапију се уводи цефалоспорински антибиотик широког спектра парентерално у интравенској инфузији два пута дневно, препарат тиоктинске киселине парентерално у интравенској инфузији једанпут дневно по терапијском протоколу и у трајању од седам дана. Након парентералне терапије, уводи се алфалипоинска киселина као перорална терапија, те периферни вазодилататор пентоксифилин. Приступа се лечењу гангренозне ране на десном стопалу, декубиталним улкусима и тек насталој улцерацији на левој пети, најпре свакодневним чишћењем ране са редовним превијањем, као и применом двослојне силиконске полиуретанске прекривке за превијање. Некротично ткиво је остало присутно на дисталном делу другог прста десног стопала, остављајући могућност за хируршку интервенцију само на другом прсту десног стопала и без потребе извођења велике ампутације гангреном захваћеног екстремитета. Применом терапије, постиже се смањење, заостајење и епителизација гангренозне ране на десном стопалу.



Увод

Дијабетесно стопало је хронична компликација дијабетес мелитуса са којом се лекари опште медицине у примарној здравственој заштити често сусрећу. У основи има три патогенетска механизма - неуропатију са губитком протективног сензибилитета, васкулопатију са исхемијом ткива, и инфекцију са појавом улцерација а затим гангрене и некрозе ткива са ампутацијом захваћеног екстремитета. Учесталост ове компликације значајно доприноси укупном морбидитету, инвалидитету и морталитету код пацијената оболелих од дијабетеса¹. Светска здравствена организација (СЗО) дефинише дијабетесно стопало као *стопало које је нарушеног функционалног интегритета због инфекције, рана и разарања ткива, те оштећење живаца и болести крвних судова ногу*². Такође, СЗО наводи да је широм света у периоду од 1980. до 2014. године број оболелих од дијабетеса скоро четвороструко увећан, са 108 милиона оболелих на 422 милиона становника. Стопа ампутација је десет до двадесет пута већа у популацији са дијагностикованим дијабетесом, чинећи тиме озбиљан медицински, социјални и економски проблем са којим се сусрећу савремена друштва³. Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" прецизира да у Србији од дијабетеса болује приближно 710.000 лица, односно 12,4% одраслог становништва, при чему је број оболелих од дијабетеса тип 2 многоструко већи (95%) у односу на особе са дијабетесом тип 1. Преваленција дијабетеса расте са годинама старости, те се процењује да је половина оболелих старија од 65 година, док од дијабетеса у Србији годишње умре 2.500 особа⁴.

Дијабетесно стопало се дели на два типа: *неуропатско стопало* са доминантном неуропатијом и још увек задовољавајућом циркулацијом, и *неуроисхемично стопало* са неуропатијом и инсуфицијентном циркулацијом. Неуропатија, која се дели на периферну и аутономну, резултат је микроангиопатије крвних судова који исхрањују нерве, као и нагомилавањем сорбитола у Швановим ћелијама и нервима, узрокујући атрофију, демјелинизацију и дегенерацију нервних влакана. Све ове промене имају као последицу успоравање проводљивости кроз сензитивни, моторни и аутономни нервни систем. Губитак протективног сензибилитета а самим тим и перцепције осећаја за бол у оквиру периферне неуропатије, узрок је повреда стопала код болесника са дијабетесом, затим појаве улцерација, гангрене и некрозе. Аутономна неуропатија се манифестује најпре вазомоторним поремећајима на кожи, доводећи до сувоће коже, локализованог знојења и промену температуре. Клинички се дијабетесно стопало манифестује хроничним отоком стопала и потколенице, бледом и сувом кожом са одсуством педалних пулсева, деформитетом стопала, клаудикационим боловима, појавом

улцерација, некрозом и гангреном као најтежом манифестацијом неуроисхемијских промена којој често претходи флегмона. Оштећење периферних нерава се најпре манифестује утрнулошћу, осећајем жарења и пецкања у прстима и стопалима, хладноћом и болом у екстремитетима као доминантним знаком. Бол се јавља при мировању и нарочито је интензиван ноћу, кретање умањује интензитет бола. Губитак сензибилитета подразумева и смањени осећај на вибрације, бол и температуру. Настанак гангрене условљава ограничену покретљивост пацијента, везаност за постељу, настанак декубиталних улкуса, чини пацијента анксиозним и депресивним, тако да квалитет живота пацијената са овом компликацијом постаје знатно низак.

Фактори ризика су многобројни: старосно доба, трајање дијабетеса дуже од десет година, хронично лоша гликоурегијација, атеросклероза, пушење, ношење неадекватне обуће. Клиничке манифестације дијабетесног стопала се јављају раније уколико постоји удруженост више предиспонирајућих фактора.

Лечење дијабетесног стопала је мултидисциплинарно, комплексно и дуготрајно, обавља се у највећој мери на примарном нивоу здравствене заштите, те укључује читав низ мера и поступака укључујући и хипербаричну оксигенацију. Алфалипоинска киселина заузима значајно место у лечењу дијабетесне неуропатије, спречавајући даље оштећење периферних нерава.

Појава улцерација отвара пут инфекцији која је, најчешће, полимикробна. Обимна инфекција, настанак гангрене и некрозе ткива превазилази могућности лечења на нивоу примарне здравствене заштите, захтевајући ангажовање хируршких дисциплина. Лечење улцерација захтева редовно чишћење, односно дебридман ране са применом одговарајућих прекривки које обезбеђују адекватну заштиту ране, затим лечење инфекције антибиотикима широког спектра према биограму и антибиограму. Употреба савремених средстава у дебридману гангренозне ране, као што је семиоклузивна двослојна прекривка, омогућава аутолитички дебридман ране чинећи процес зарастања и епителизације ране знатно бржим и успешнијим⁵.

Хируршки захвати се примењују у случају проширене инфекције, односно гангрене и подразумевају инцизије, дренаже, мање ампутационе захвате, али и веће ампутације дела стопала или потколенице. У случају развијене периферне артеријске оклузивне болести, примењују се хируршки реваскуларизациони захвати¹. Успешно лечење захтева тимски рад лекара различитих специјалности. У лечењу пацијенткиње биле су неопходне консултације лекара специјалиста конзервативних грана, као и специјалисте опште хирургије. За све здравствене системе како економски развијених земаља а поготову земаља у развоју, трошкови лечења ове компликације, узи-

мајући у обзир и инвалидност услед ампутације оболелог екстремитета, представљају значајно оптерећење. Инфекција већ постојећих улцерација дијабетесног стопала често је последица животних навика пацијената, незадовољавајуће хигијене самог стопала, те се као најбоље решење намеће превенција ове тешке компликације дијабетес мелитуса.

Приказ случаја

Пацијенткињу стару 73 год., из руралне средине, у тешком општем здравственом стању са гангреном десног стопала, октобра 2015. године породица смешта у Дом за старе. На пријему је свесна и оријентисана у простору, времену и према личностима, афебрилна, еупноична, пасивно покретна, нормалне остеоускуларне грађе и ухрањености, у постели заузима пасиван став. Кожа хладна, смањене влажности, боја коже и слузница бледа, смањеног тургора, одаје утисак тешког болесника. Глава нормалне конфигурације, без болних тачака, врат симетричан, смањене активне и пасивне покретљивости, не запажа се препуњеност и пулсације крвих судова врата, каротидни пулс палпабилан. Штитаста жлезда нормалне величине, положаја и конзистенције, покретљива при гутању. Грудни кош цилиндричан, обострано симетрично респираторно покретан, аускултаторно над плућима ослабљено везикуларно дисање без пропратних шума. Срчана акција аритмична, тонови мукли, на иктусу систолни шум, $TA\ 140/80\ mmHg$, фреквенција $88/min$. Абдомен у равни са грудним кошем, палпаторно осетљив у епигастријуму, лумбалне ложе неосетљиве на грубу перкусију. У карличном појасу на обе глутеалне регије постоји локализовано оштећење коже и поткожног ткива услед декубиталних улкуса трећег и четвртог степена. Потколенице су едематозне, на левој пети мања улцерација, док су кожа и поткожно ткиво дорзалне стране предњег дела десног стопала, као и делом медијалне стране ледирани гангренозним процесом, дистални део другог прста десног стопала некротичан. Присутан је интензиван непријатан мирис ране. Од 1996. године лечи дијабетес оралним антидијабетицима, дериватима сулфониуреје а затим и метформином, док се на инсулинотерапију хуманим инсулинима средње дугог и кратког дејства преводи у августу 2005. године. Од 2011. године у терапију шећерне болести уводе се инсулски аналози. Артеријску хипертензију лечи селективним бетаблокаторима и ACE инхибиторима, док се услед развоја исхемијске болести срца крајем 2006. године у терапију уводе нитрати. Пацијенткиња се на пријему жали на болове у епигастријуму праћене мучнином и повраћањем, општу слабост, те болове у десном стопалу и потколеници. Пре доласка у Дом за старе контролни HbA_{1c} је био 7,8%, гликемија $14,5\ mmol/l$. Претходне лабораторијске вредности

показују хронично високе вредности гликемије већ годинама упркос интензивирању инсулинској терапији, чему доприносе животне навике пацијенткиње.

Због присутне обимне инфекције и гангрене десног стопала, у терапију се најпре уводи цефалоспорински антибиотик широког спектра (цефтријаксон) парентерално у интравенској инфузији два пута дневно, те препарат тиоктинске (алфалипоинске) киселине парентерално у интравенској инфузији једанпут дневно по терапијском протоколу и у трајању од седам дана. Одмах након парентералне терапије, у дози од $600\ mg$, уводи се алфалипоинска киселина као перорална терапија једанпут дневно ујутру, те периферни вазодилатор пентоксифилин у дози од $400\ mg$ три пута дневно. Услед развијених декубиталних улкуса, гангрене и раширене инфекције, наставља се са парентералном антибиотском терапијом (клиндамицин $600\ mg$) два пута дневно и пентоксифилином парентералним путем у инфузионим растворима два пута дневно и у трајању од седам дана. Свакодневне диспептичне тегобе су лечене инхибиторима протонске пумпе, а потом се у терапију уводе и дигестивни ензими панкреаса због присутне малдигестије и воденасте столице. Сидеропенијска анемија се лечи оралним препаратима гвожђа, уринарна инфекција пероралном терапијом левофлоксацином, а по резултатима добијеним прегледом урина.

Одмах по увођењу медикаментне терапије приступа се лечењу гангренозне ране на десном стопалу, декубиталним улкусима и тек насталој улцерацији на левој пети. Лечење се спроводи свакодневним чишћењем ране са редовним преврћањем, уз примену двослојне силиконске полиуретанске прекривке. Специфичност ове прекривке се огледа у њеној двослојној структури - доњој која апсорбује ексудат и одржава влажност ране, и горњој која је пропустљива за кисеоник чиме је омогућена размена гасова а истовремено је непропустљива за воду. Размена гасова је неопходна за нормалну ткивну оксигенацију и постизање епителизације, као и за адекватан одговор имуног система на бактеријску инфекцију.

Симптоматска антидолоозна терапија се за све време лечења примењује парентералним путем.

Примена савремених средстава у лечењу хроничних рана, као што је двослојна семиоклузивна полиуретанска прекривка, омогућује концепт "влажног зарастања ране" који се данас сматра стандардом у лечењу хроничних рана⁵. "Контролисана влажност ране", која је у лечењу пацијенткиње постигнута применом полиуретанске прекривке са осталим савременим средствима за лечење хроничних рана (алгинати, хидрогелови, филм и пенасте облоге, хидроколоиди) омогућује аутолитички дебридман, зарастање и епителизацију ране^{5,6,7,8,9}. Атрауматско преврћање, брже зарастање ране а тиме и краће време лечења, само су неке од предности које се остварују применом наведених средстава.



Слика 1. Дебридман гангренозне ране
Figure 1. Debridment of the gangrenous wound

30.10.2015. год. Дебридман гангренозне ране уз примену двослојне силиконске полиуретанске прекривке започиње крајем октобра 2015. године уз истовремену примену медикаментне терапије.



Слика 2. Едематозно стопало
Figure 2. Edema of the foot

03.11.2015. год. Прве две фотографије од 30.10.2015. год. и 03.11.2015.год., приказују едематозно стопало са широко распрострањеном инфекцијом и гангренозним процесом са захватањем ткива дорзалне и делом медијалне стране десног стопала, те некротичним дисталним делом другог прста десног стопала. Некротично ткиво на дисталном делу другог прста десног стопала је јасно ограничено од околног ткива – сува гангрена другог прста десног стопала



Слика 3. Терапеутски ефекат прекривке на гангренозnoj рани
Figure 3. Healing effect of the gangrenous wound dressing

03.11.2015. год. Фотографија илуструје терапеутски ефекат прекривке на гангренозnoj рани са обимним пурулентним ексудатом услед инфекције и запаљења. Унутрашња компонента прекривке апсорбује ексудат док је спољашња непропустљива за течност и истовремено пропустљива за кисеоник, омогућајући тиме размену гасова и антимикуробну заштиту.



Слика 4. Секундарно зарастање ране
Figure 4. Healing of the wound by secondary intention

23.11.2015.год. Секундарно зарастање ране са присутним гранулационим ткивом уз пролиферацију везивног ткива



Слика 5. Синтеза везивног ткива након шестонедељног дебридмана
Figure 5. Proliferation of connective tissue after six weeks of debridment

26.11.2015. Синтеза везивног ткива након шестонедељног дебридмана ране са применом полиуретанске прекривке и медикаментном терапијом



Слика 6. Зарастање ране на медијалној ивици десног стопала уз регресију девитализованог ткива (07.12.2015.)
Figure 6. Closure of the wound on medial site of the right foot with regression of devitalized tissue



Слика 7. Епителизација ране на дорзалној страни десног стопала
Figure 7. Epithelization of the wound on dorsum of the right foot

08.02.2016. Епителизација ране на дорзалној страни десног стопала. Новоформирани епител је тањи и мање пигментован у односу на епител ткива неоштећеног гангренозним процесом.



Слика 8. Епителизација ране на медијалној ивици десног стопала (08.02.2016.)
Figure 8. Epithelization of the wound on medial side of the right foot



Слика 9. Дебридман ране са прекривком која обезбеђује влажност ране и заштиту од утицаја спољашње средине
Figure 9. Debridment of the wound with dressing providing humidity and protection from environmental influences

Дебридман ране са прекривком која обезбеђује влажност ране и заштиту од утицаја спољашње средине омогућава ширење епителијалних ћелија по њиховим површинама чинећи сам процес зарастања знатно бржим. У лечењу пацијенткиње са гангреном десног стопала континуираним тромесечним дебридманом са полиуретанском прекривком, врши се одстрањивање ексудата и некротичног ткива и постиже епителизација и зарастање гангренозне ране

Закључак

Стрпљивим радом у примарној здравственој заштити, применом медикаментне терапије антибиотцима широког спектра, препаратима алфалипоинске киселине и периферним вазодилаторима, као у локалном обрадом промена, постигнута је санација гангрене.

Dragan B. Marinkovic

Health center Negotin, Department for adult health care,
Negotin, Serbia

Conservative treatment of diabetic foot syndrome

Key words:

diabetes mellitus,
diabetic foot syndrome,
gangrene.

Abstract

Introduction: Diabetic foot syndrome, with ulcers, gangrene development and consequent amputation, represents a chronic complication of diabetes mellitus. Because of the high incidence it significantly contributes to the overall morbidity, disability and mortality of the patients suffering from diabetes. Patient's quality of life, already low with preexisting chronic complications of diabetes, extremely deteriorates with development of gangrene. Treatment is complex and prolonged.

Objective: Case presentation of gangrene treatment in a 73 year old female patient with diabetes, on insulin therapy. The treatment included thioctic (alpha lipoic) acid containing medication, antibiotics, peripheral vasodilators, double layered silicone polyurethane wound dressings for bandaging of gangrenous wound on the patient's right foot.

Results: The result of this treatment was regression, healing and epithelialization of the gangrenous wound of the foot.

Discussion: Diabetic foot is a chronic complication of diabetes mellitus which is frequently encountered by general practitioners and often is treated in primary health care. The appearance of ulcerations and gangrene makes treatment more complex, demanding regular surgical debridement procedures of the wound, and treatment of infection with wide spectrum antibiotics. Patients with pre-developed gangrene of the foot achieve faster healing and epithelialization of the gangrenous wound by using double layered silicone polyurethane wound dressing and medicamentous therapy, instead of classic wound dressing.

Conclusion: A faster healing of the gangrenous wound is achieved by using double layered silicone polyurethane wound dressing and medical treatment with medicaments containing alpha lipoic acid, peripheral vasodilators and wide spectrum antibiotics. Early diagnosis of diabetes mellitus with adequate and prompt treatment of the disease and its complications as well as patients education, reduces the risk of gangrene as the most serious manifestation of the diabetic foot condition with amputation as a consequence.

References Литература

1. Антић С. *Хроничне компликације дијабетеса*. У: Интерна медицина (проф. др Илић С. гл. ур.), друго издање. Медицински факултет Универзитета у Нишу, 2009;стр. 990-997.
2. *Guidelines for prevention, management and care of diabetes mellitus; Chronic complications of diabetes – Neuropathic foot*, World Health Organisation 2006 [cited 2017 April 23]; 69-70. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119799/1/dsa664.pdf>.
3. *Global Report on Diabetes 2016; Complications of diabetes, Economic impact of diabetes, Lower extremity amputations*; World Health Organisation 2016 [cited 2017 April 23]; 13-31 Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119799/1/dsa664.pdf>
4. *Инциденција и морталитет од дијабетеса у Србији 2014*. Институт за јавно здравље “Др Милан Јовановић Батут”. [cited 2017 April 23]; 14. Available from: <http://www.batut.org.rs/download/publicacije/2014IzvestajDijabetes.pdf>
5. Мандић Б. *Савремено лечење хроничних рана*. У: Лечење хроничних рана уредници мр сци. мед. Саша Боровић, проф. др Чедомир С. Вучетић, доц. др Милан М., Завод за уџбенике Београд 2014;47-82
6. Чобелић Р. *Модеран приступ у лечењу декубиталних улкуса код пацијената са лезијом кичмене мождине – приказ случаја*. Часопис Српског удружења за лечење рана “Ране”. јун 2008. [cited 2017 July 21]; 2(1) : 19-21. Available from: <http://www.lecenjerana.com/Rane3.pdf>.
7. Čavka V, Šitum M, Poduje S, Brtan A, Mandušić N, Čubrilović Ž. *Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Klinika za kožne i spolne bolesti, Zagreb, Hrvatska, Pyoderma gangrenosum – prikaz bolesnika*. Acta Med Croatica listopad 2012. [cited 2017 July 21]; 66 (Supl. 1) : 25 – 28. Available from: <http://www.amzh.hr/amc/pdf/2012%20-%20Vol%2066%20-%20Supplement%201.pdf>.
8. Xu R, Xia H, He W, Li Z, Zhao J, Liu B, Wang Y, Lei Q, Kong Y, Bai Y, Yao Z, Yan R, Li H, Zhan R, Yang S, Luo G, Wu J. *Controlled water vapor transmission rate promotes wound healing via wound reepithelialization and contraction enhancement*. Sci Rep. 2016 Apr; 1-12.
9. Kavitha KV, Tiwari S, Purandare VB, Khedkar S, Bhosale SS, Unnikrishnan AG. *Choice of wound care in diabetic foot ulcer: A practical approach*. World J Diabetes. 2014 Aug 15;5(4):546-556.
10. Shojaiefard A, Khorgami Z, Larijani B. *Septic Diabetic Foot is Not Necessarily an indication for Amputation*. In: The Journal of Foot and Ankle Surgery, 2008; 47(5):419-423.
11. Małecki R, Rosiński K, Adamiec R. *Etiological factors of infections in diabetic foot syndrome – attempt to define optimal empirical therapy*. Adv Clin Exp Med. 2014 Jan-Feb;23(1):39-48.

Лабораторијске вредности пре почетка терапије као и прве контролне вредности лабораторијског испитивања приказане су у следећим табелама

Налаз 1 / Finding 1 - 02.11.2015.

Test item
WBC 10 ⁹ /L 11,66
Neu % 73,3
Lym % 18,5
Mon % 6,9
Eos % 1,1
Bas % 0,2
RBC 10 ¹² /L 3,53
HGB g/L 96
HCT% 31,1
PLT 10 ⁹ /L 393
MCV fL 88,0
MCH pg 27,2
MCHC g/l 309
Se mm/h 33
S - gvožđe μmol/l 3,11
S - glukoza mmol/L 12,4

Налаз 2 / Finding 2 - 10.12.2015.

Test item
WBC 10 ⁹ /L 7,87
Neu % 65,4
Lym % 23,0
Mon % 9,1
Eos % 1,9
Bas % 0,6
RBC 10 ¹² /L 3,78
HGB g/L 98
HCT % 31,9
PLT 10 ⁹ /L 443
MCV fL 84,5
MCH pg 25,9
MCHC g/l 307
Se mm/h 18
S - gvožđe μmol/l 6,3
S - glukoza mmol/L 10,7

Primljen • Received: 14.01.2017.
Ispravljen • Corrected: 01.08.2017.
Prihvaćen • Accepted: 05.09.2017

Златка М. Марков

Дом здравља Нови Сад, Р. Србија

Асертивност - стил добре комуникације, вештина ефикасног заузимања за себе и развијања квалитетних односа са другим људима

Кључне речи:

асертивност,
асертивна права,
асертивне технике

Сажетак

Човек је друштвено биће за чији су оптимални раст и развој важни одговарајући међуљудски односи, чији квалитет зависи од комуникацијских вештина личности. Једна од добрих и позитивних комуникација је *асертивна комуникација*. Асертивност у енглеском језику означава спремност појединца да потврди, заштити или одбрани своја права, да иступи самоуверено и заузме став. Асертивност се најчешће појашњава у контексту два квалитативно другачија облика међуљудског понашања – пасивног и агресивног. Предности асертивне комуникације су: појединац се осећа добро у односу сам са собом и у односу на друге, повећање самопоштовања, помаже у постизању циљева, смањује анксиозност, пружа могућност слободног избора у животу, омогућава изражавање свим каналима комуникације, помаже бољем управљању стресом. Основно право у асертивности је да личност има право да се изрази и заузме за себе. Из овог права су изведена друга права. Постоји више типова асертивности: базична, емпатична, ескалирајућа, конфронтирајућа и др. Асертивна комуникација се може научити на асертивним тренинзима који подразумевају примену различитих техника, као и стицањем и развијањем асертивних вештина кроз праксу. Важно је знати: *не рађамо се са геном за асертивност*, већ је то вештина која се учи и стиче. То је и облик понашања у друштвеним интеракцијама у којима изражавамо своје мишљење, жеље и осећања. Помаже нам да боље функционишемо у свим сферама живота, да смањимо стрес, да изразимо своје неслагање а да не “западнемо” у неконструктивне конфликте, да се снађемо у неугодним ситуацијама и изађемо на крај са “тешким” људима, да избегнемо манипулацију. Асертивност је питање избора појединца.



Опште информације и појмови о асертивности

Човек је друштвено биће за чији су оптимални раст и развој важни одговарајући међуљудски односи, чији квалитет зависи од комуникацијских вештина личности. Добра комуникација је социјална вештина која повећава способност прилагођавања и позитивног понашања људи и тиме им омогућава да се боље носе са захтевним ситуацијама и изазовима у свакодневном животу и раду. Комуникација је сложен процес који поред преношења информација подразумева и понашање, мишљење и ставове које имамо о онима који у том процесу учествују. Сложаност у понашању људи се огледа у томе што постоје три облика интерперсоналних стилова понашања (сваки појединац комбинује три модела понашања), које појединци свакодневно користе: агресиван, пасиван и асертиван. Асертивност се најчешће и појашњава у контексту та два квалитативно другачија облика међуљудског понашања – пасивног и агресивног, при чему се асертивност налази између ових екстрема. Асертивност (енг. *assertiveness*) спада међу »уведенe« психолошке појмове, непреводиве једном речју на српски језик. Асертивност у енглеском језику означава спремност појединца да потврди, заштити или одбрани своја права, да иступи самоуверено и заузме став. Поред тога, овим појмом се описује *упорна, самосвестна и самопоуздана особа*. Овај термин је код нас у општој употреби у изворном облику, а паралелно се користе изрази *самопотврђујуће понашање, заузимање за себе, самопоуздано изражавање*¹.

При настојању да се јасно дефинише појам асертивности наилази се на потешкоће, јер га различити аутори понекад одређују као *понашање, способност или вештину*, некад као *став или особину личности*. Аутори Ланг (*Lange*) и Јакубовски (*Jakubowski*), који су заслужни за доследну примену и промоцију тренинга асертивности као когнитивно-бихевиоралне процедуре, асертивност дефинишу као *изражавање мисли, осећања и уверења на директан, искрен и адекватан начин без угрожавања права друге личности*². Најчешће се појам асертивности појашњава у контексту два квалитативно другачија облика социјалног понашања – неасертивног (пасивног, дефанзивног, субмисивног) и агресивног¹. Асертивност је облик понашања у социјалним интеракцијама којим се боримо за своја права, у коме изражавамо своје жеље и осећања, те одбијамо неразумне захтеве на начин да не наносимо психолошку или физичку штету другим лицима³.

Карактеристике и предности асертивне комуникације

Асертивност је облик понашања у коме доминира самопоуздање, важна и позитивна комуникацијска вештина. То је стил комуникације који подразумева самопоштовање и поштовање других, вештина заузимања за своја права, начин развијања квалитетних односа са другим људима. Асертивност искључује снисходљивост, пасивно међуљудско понашање, као и заузимање за себе у социјалној ситуацији на социјално неадекватан и агресиван начин. Опште карактеристике асертивне комуникације представљене су на Слици 1.



Слика 1. Основне карактеристике асертивне комуникације
Figure 1. Principal characteristics of assertive communication

Асертивност помаже да особа успостави/задржи свој интегритет, да јасно и сигурно искаже своје мисли и осећања, да чува интегритет других, односно да не угрожава њихова права и омогућава двосмерну комуникацију^{4,5}.

Асертивна личност уме активно да слуша, поштује друге и то тражи и за себе - јасно, конкретно и директно говори, не околиши, исказује своја очекивања и осећања, позитивно изриче приговоре (критику), уме да похвали друге, преузима одговорност за своје речи и дела, спреман/на је да се извини кад погреши, уме да контролише своје негативне осећаје, гледа у очи и показује осећања, глас је прилагођен ситуацији⁴.

Бројна истраживања указују да асертивно понашање води бољој интеракцији са другим људима, јер омогућава ефикасније задовољење сопствених жеља и остварење сопствених циљева уз паралелно развијање одговорности за своје поступке и поштовање асертивних права других људи. Асертивно понашање појачава контролу над собом у односу на контролу над другим људима захваљујући томе што оно појачава самопоштовање које је самоусмерено, а не директно везано за друге¹.

Захваљујући препознавању међуљудских односа као значајног фактора за самовредновање и квалитет живота личности, седамдесетих година прошлог века асертивни тренинг излази из оквира клиничке праксе, где је прво нашао своју примену⁶. Данас има широку примену од раз-

личитих превентивних психолошких програма, клиничке примене (терапијска примена), едукативних програма за менаџере, школских ментално-хигијенских програма до модула за развој социјалних и специфичних комуникацијских вештина различитих корисника и др.^{1,4,7,8}

Последње две деценије се фокус истраживања померио на могућност примене асертивних тренинга у превенцији и третману различитих поремећаја вулнерабилне популације како у клиничким, тако и у ванклиничким условима. Тренинг се примењује у виду самосталних програма или у оквиру мултикомпонентних програма ради развијања социјалних вештина, социјалне компетентности и одговарајућег међуљудског понашања, редуковања социјалне анксиозности, социјалних фобија и слично^{1,9}.

Асертивност у контексту пасивног и агресивног стила понашања

Асертивност је равнотежа између пасивног и агресивног стила понашања, као што је представљено у Табели 1. Невербална комуникација је значајан део асертивности. На приказаним сликама, уз пропратни текст у Табели 2, приказане су и описане невербалне компоненте асертивног, пасивног и агресивног понашања.

Табела 1. Однос пасивног, агресивног и асертивног понашања¹⁰

Table 1. Relations between passive, aggressive and assertive behavior¹⁰.

	Пасивно	Асертивно	Агресивно
Обележје понашања	Жеље, мисли и емоције се не изражавају или су самопотцењујуће. Намера: Удовољити другима	Жеље, мисли и емоције се отворено изражавају на прикладан начин. Намера: Комуницирати	Жеље, мисли и емоције се изражавају на штету других. Намера: Доминирати другима или их понизити
Ваша осећања кад тако реагујете	Узнемиреност, незадовољство, љутња и замерање другима	Самопоуздање, задовољство собом	Самозадовољност, посрамљење
Шта људи осећају према вама	Иритираност, сажалење	Уважавање и поштовање	Љутња, жеља за осветом
Исход	Не добијате оно што желите, а други су љути на вас	Често добијате оно што желите	Често добијате оно што желите, али преко "туђих леђа"
Дугорочне последице	Избегавање неугодних ситуација, конфликта, напетост конфронтација	Осећај да вас други уважавају, самопоштовање, унапређење односа	Ослобађање љутње

Табела 2. Компоненте основних стилова понашања
Table 2. Components of principal styles of behavior

	Код асертивног понашања невербално понашање је у складу са вербалном поруком, подржава га, јача и наглашава важност оног што је речено. Контакт очима је постојан (али није упоран и дрзак), гестови прате садржај реченог и висину гласа, особа говори течно, без неодлучности, изражајно, јасно, уз истицање кључних речи.
	Код пасивног понашања особа избегава контакт очима, говор је неодлучан, са паузама, глас монотон или претерано мек, мимика указује на "згргченост", узнемиреност, телесни став је одбрамбен.
	Код агресивног понашања невербалним понашањем се изражава доминација над другом особом или наглашава супериорност (нпр. уношење у лице, угрожавање личног простора друге особе). Особа упорно и оштро гледа у очи саговорника, глас је непримерено јак или продоран, тон је саркастичан, снисходљив или "родитељски" ^{4,11} .

Сва три облика се манифестују кроз начин комуникације и понашања. Асертивност је и уљудна енергичност и пристојна одлучност. Темелји се на људским правима и животној позицији „Ја сам ОК – Ти си ОК“.

Асертивна порука се изражава свим каналима комуникације

Како постати асертиван?

За промену ка асертивном начину комуникације, потребна су три увида:

1. Људи често сами себе чине анксиозним, несигурним, љутим и уплашеним ирационалним уверењима која придају ситуацији или догађају.
2. Људи могу променити свој начин размишљања
3. **Људи могу (и важно је) да активно и континуирано раде у правцу промене**

Узроци и препреке асертивном понашању могу бити: недостатак знања и вештина, анксиозност, скромност, феномен “доброг пријатеља”, обавезивање - обавеза да се помогне другом и на своју штету, полна улога - онако како социјално окружење очекује, важност и величина проблема - некад је ризично борити се за своја права и појединац одређује да се не понаша асертивно^{10,12}.

Предности асертивне комуникације: помаже да се особа осећа добро у односу сама са собом и у односу на друге, води ка развијању обостраног поштовања,

повећава самопоштовање, помаже у постизању циљева, смањује отуђивање међу људима, смањује анксиозност, пружа могућност доношења одлука и прављења слободног избора у животу, омогућава изражавање свим каналима комуникације, помаже бољем управљању стресом...

Мане асертивне комуникације: могуће је да други не прихвате овај стил комуникације; здрав поглед на туђа права не значи да ће се увек добити оно што се жели, може се догодити и да ставови који се заступају нису исправни, што се ретко коме допада.

Важно је знати да асертивна комуникација укључује ризик да други можда неће разумети и зато неће ни прихватити овај стил комуницирања. Асертивност је и избор и одлука да не желимо бити асертивни у неким ситуацијама: ако нам неке ствари нису важне или ако се догађају ретко, ако је особа с којом комуницирамо тешко болесна, узрујана, ако су присутне изразито снажне емоције - треба причекати да се интензитет емоција смањи.

Асертивна права

Основно право у асертивности је да појединац може, односно има право да се изрази и заузме за себе. Из овог су изведена и друга права¹.

Претходно поменути аутори Ланг и Јакубовски одређују суштинске разлике између различитих социјалних понашања према начину на који се личност односи према својим правима, правима друге личности и какав комуникацијски циљ имају. Ови аутори нагласак стављају на кооперативност, међусобно подстицање, отворену комуникацију и уважавање себе и других. Најопштији циљ асертивности је хуманистички. Јакубовски предлаже термин "одговорна асертивност", која подразумева самопоштовање и поштовање других уз остваривање здравих и квалитетних међуљудских односа.

Циљ асертивности није лични успех у постизању резултата нити искључива борба само за лична права, нити постизање предности у односу на друге људе. Постоји и "Упутство за употребу права", које подразумева: *право = одговорност* и *моје право = право друге особе*. Листа асертивних права се стално проширује, али ће десет најзначајнијих у овом раду бити детаљније објашњени.

- 1. Право на самоодговорност/Право на сопствени избор.** Самоодговорност је камен темељац асертивности. Подразумева право на самостално процењивање сопственог понашања, мисли и емоција и преузимања одговорности за њих и за последице које оне имају по нас. Поборници асертивности сматрају да користећи ово право дајемо себи слободу избора, не пристајемо да радимо по вољи других, не размишљамо на начин

других (нисмо пасивни) и не кривимо друге људе за то како се ми осећамо или понашамо. Људи могу себи да одузимају ово право из више разлога: због традиције у васпитању, или да током процеса социјализације усвоје ставове да у детињству нису у стању да доносе одлуке, касније да су неискусни, још касније да нису компетентни и, на крају, да су стари и болесни за доношење сопствених одлука и прављење свог избора. Некад мисле да су пристајањем да други доносе одлуке за њих сигурнији и да на такав начин избегавају разне страхове (од одбацивања, од критике, неуспеха, страх од отуђивања и др.). У медицинској пракси је чест случај да је пацијенту лакше да доктор донесе одлуку за њега него да преузме одговорност за своје здравље.

- 2. Право на неправдање.** Проистиче из претходног права и подразумева право да не дајемо разлоге или изговоре којима бисмо оправдали своје понашање. Од овог права одустајемо када настојимо да задовољимо друге или желимо да наше понашање и наши ставови буду прихваћени од стране других по сваку цену, или желимо да се не замеримо другим људима.
- 3. Право на границе:** право да појединац сам суди о томе да ли је одговоран за решавање проблема других људи. Пре него што донесе одлуку о помагању или "решавању" њихових проблема, важно је да има на уму да су и други људи самоодговорни за своје поступке. Ако се не користи ово право, људи често буду у ситуацији да су изманипулисани, тако да „туђи“ проблеми буду њихови. Неопходно је стално имати на уму да је свако биће чувар својих граница.
- 4. Право на промене:** право да се личност предомисли (*предомисља*), односно да има право на одрастање. Ово право проистиче из чињенице да свако људско биће има право да промени своје мишљење, ставове и уверења услед нових околности или новог погледа на те исте околности (учење из ситуација, тј. на основу искуства), јер то доприноси његовом одрастању, развоју и сазревању. Не треба заборавити да то уједно значи и да уме да мисли. Од овог права људи често одустају због крутог мишљења, социјалне анксиозности (страх да ће их други гледати као недоследне, превртљиве особе слабог карактера и сл.) и због отпора других према другачијем мишљењу. Важно је да човек зна да је промена мишљења развојна нужност, а не његова "неисправност".

- 5. Право на грешку – “Тачно, погрешно/ла сам”:** право да се погрешити и да појединац за то буде одговоран. Како би се користило ово право, важно је имати на уму аксиом да су људи *погрешиви* а најчешћа категорија која не користи ово право јесу *перфекционисти*. Код њих не постоји опција: “Нисам био/ла у праву. Погрешно сам проценио/ла ситуацију, моја грешка!” Зато неки од њих радије одустају од активности и опредељују се да буду пасивни како би избегли могућност да не успеју или погреше. Други се, на супрот томе, стално ангажују и труде (за сваки задатак троше превише времена) како би спречили сваку могућу грешку, заборављајући да је *перфектно непријатељ доброг*. С друге стране, кад направе грешку уместо одговорности имају осећај кривице, правдају се и често пребацују одговорност на друге (упадају у манипулативне “игре без граница”). Друга категорија људи која не користи ово право јесу они који изједначавају грешку са сопственом личношћу: *погрешно сам = ја сам погрешан*. Ако појединац погрешити, не значи да му је то трајна карактеристика. За сваку личност је важно да себи допусти право на грешку, а затим да призна грешку и за њу преузме одговорност, јер је то први корак ка промени и слободи избора.
- 6. Право на незнање и сазнавање - право да се каже: “не знам”.** Човек је биолошки ограничен да би могао знати *све*. Његов интелектуални развој је условљен стицањем нових знања и сазнавања. Први корак на овом путу је да свака личност себи допусти право на “не знам”. Тиме избегава могућност смицалица и контроле од стране других, јер је свесна да не може увек бити 100% сигурна у своје знање и могућност да увек предвиди све могуће последице својих будућих акција.
- 7. Право да се не удовољава другима - Право да се не допадне.** Људи се међусобно разликују и имају различите стандарде за поједине ствари, тако да је готово немогуће да појединачни поступци и понашање буду по свачијем „укусу“ и да се свима допадају или чак и само једној особи, нарочито ако је она дијаметрално различита. Када се ово има у виду, важно је узети у обзир да се јединка не мора допадати свима или некој одређеној особи из свог окружења, као и да се неће лоше осећати због тога, па и да неће себе „подешавати“ (своје мишљење и поступке) како би се по сваку цену неком допала да би

задобила нечију наклоност, љубав, пажњу и спречила неприхватање или одбацивање. Људи који не користе ово право троше доста времена и енергије како би своје понашање прилагодили другима да би им се допали и задобили њихову пажњу. Позитивну слику о себи најчешће граде кроз туђу позитивну процену и тако постају оно што други мисле да они треба да буду.

- 8. Право на сопствену логику.** “Логика је један од спољних стандарда који многи људи користе да би судили о мом као и о вашем понашању... као доказ да смо ми погрешили”, тако да се у литератури наводи да је (зло)употреба логики у сврху манипулације моћна и честа. Систем уверења једне личности не мора бити логичан другој, што не значи да не треба да поступа на основу својих уверења. Понекад се догоди да поступци нису логични ни самом појединцу, јер му се преплићу различити мотиви, јер су му жеље противречне, и из низа сличних разлога. Али, без обзира на то, у таквој ситуацији неопходно је да се одабере сопствени избор, процењујући значај оног чему се тежи по сопственој логици, и тиме преузима одговорност за сопствени избор.
- 9. Право да “не разумем”.** Сваки човек има право да каже: “не разумем”, “није ми јасно” и сл. Користећи ово право, он избегава смицалице од стране других појединаца који очекују да буде “читач” њихових мисли, да препознаје њихове жеље, очекивања и потребе. С друге стране, може се сазнати шта други мисле и желе ако то директно саопште. На тај начин се једино и могу боље разумети, односно може се разумети њихов унутрашњи свет. Ово важи и за сваког појединца да би га други људи схватили и знали шта мисли, жели и очекује од њих. Да би се та веза успоставила, потребно је да се саопшти одређено мишљење. Идеја да ће други људи сами разумети шта неко лице жели, психолози називају *логичком грешком у комуникацију (mind reading)*. Ако неко лице нешто не разуме и није му јасно у вези друге особе, треба то да јој каже позивајући се на отворен дијалог. На тај начин заједно долазе до бољег разумевања. Тиме се избегава ситуација да се једна особа осећа лоше уколико се друга осећа повређеном, узнемиреном, бесном и незадовољном што нису препознате њене жеље и потребе да другима то саопшти.

10. Право на несавршеност - Имаш право да будеш сопствени судија и кажеш: "баш ме брига". Ово право укључује примену многих права заједно. Када се оно користи, човек се осећа добро јер сматра да су међуљудски односи по „личној мери“. Поред тога, такво понашање није по мери људи из околине и наспрам њихових очекивања, али одбија да буде пасивна креација околине. Такво понашање му дозвољава да се осећа добро, јер није непотребно прихватио одговорност за себе, за оно што мисли, говори и чини.

На крају, треба истаћи да су асертивна права универзална људска права која су независна од пола, националности, боје коже и религијских уверења. Сваки човек има право на њих, проблем је једино умеће њиховог коришћења. Њихова примена је изузетно важна за очување самопоштовања и поштовања других људи^{1,4,12}.

Типови асертивности

Ланг и Јакубовски сматрају да асертивност укључује одбрану личних права, испољавање мисли, осећања и веровања на директан, поштен и прикладан начин, који не спречава друге у остварењу њихових права. Они разликују следеће врсте асертивности:

- **Базична асертивност** – односи се на једноставно испољавање заузимања за лична права, веровања, осећаје или мишљења. Не укључује друге социјалне вештине, као што су емпатија, конфронтација и уверавање.
- **Емпатична асертивност** – односи се на изражавање сензитивности према другој особи при изношењу властитих осећања или потреба.
- **Ескалирајућа асертивност** – започиње с минималним асертивним одговором који обично може постићи циљ особе са минималним напором и негативним емоцијама, те малом вероватноћом негативних последица. Уколико саговорник не одговори на минималну асертивност и настави да нарушава туђа права, особа постепено повећава асертивност и постаје врло чврста у ставу без имало агресивности.
- **Конфронтирајућа асертивност** - користи се када су речи друге особе у контрадикцији с поступцима. Овај тип асертивности укључује објективно описивање шта је друга особа рекла да треба направити, шта је заиста направила, након чега се изјасни о личним жељама.
- **Асертивност коришћењем, „ја“ језика** – овај језик је јако користан када људи асертивно изражавају тешке негативне емоције. Асертив-

ност кроз „ја“ поруке се заснива на раду Томаса Гордона (*Thomas Gordon*)¹³. „Ја“ порука је наведена и приказана у делу Технике асертивне комуникације.

Развијање асертивних техника кроз праксу / Асертивни тренинг и технике асертивне комуникације

Асертивно понашање је за многе идеализовано и мисле да му није место у пракси, те оно за њих остаје само на папиру¹⁴. Они који верују да је место асертивности у пракси, то могу постићи на следећи начин:

- открити у којим су ситуацијама неасертивни (пасивни или агресивни), јер камен темељац за промену је отклањање идеја, мисли и уверења која ометају и спречавају асертивно понашање.
- вежбањем у машти (ситуација / особа)
- вежбањем с пријатељима
- покушавањем у стварној животној ситуацији (почети од мање важних)
- не одустати код првог неуспеха.

Асертивни тренинг, односно увежбавање самопоуздања подразумева примену различитих техника којима је заједнички циљ јачање асертивности, тј. стицање и развој асертивних вештина кроз праксу⁴.

Циљ асертивног тренинга је: прихватање својих асертивних права и асертивних права других људи, отклањање идеја, мисли и уверења која ометају или спречавају асертивно понашање, ограничавање пасивног и агресивног понашања у корист асертивног, развијање комуникацијских и социјалних вештина, јачање самопоуздања у односима са другим људима за превазилажење психолошких сметњи код осетљивих социјалних група, развијање веће осетљивости и разумевања за друге људе, развијање способности за асертивно понашање у конфликтним ситуацијама, отварање могућности за психички саморазвој¹⁵.

Могућност примене асертивног тренинга, поред клиничке примене, је и у свакодневном животу, школама, спортским клубовима, радним колективима и где год је препозната потреба за унапређење комуникације, међуљудских односа и система.

Технике асертивне комуникације



1. Ја-говор - техника комуницирања. Ја-говор се изражава у ја-порукама или реченицама (реченица не мора имати у себи заменицу ЈА). Ја-говор отвара комуникацију, показује нашу спремност за разговор. Јасно и отворено изражавамо своје мишљење, став и наше доживљавање. Нагласак је на *опису* стања или проблема *без вредновања друге особе*. Ми заступамо сами себе и своје потребе^{16,17}.

Проба понашања - дословно представља увежбавање онога како желите да изгледате и да звучите. Ово је веома корисна техника када се жели да се користе **Ја-реченице**.

Помаже да растерате било коју емоцију повезану са искуством и дозвољава да се прецизно идентификује понашање коме жели да се супротстави.

Ја-поруке

Формула:

1. **Када Ти** (опис понашања друге особе)
2. **Осећам се** (моје емоције, ако је прикладно)
3. **Јер** (зашто је понашање друге особе проблем)
4. **Желео/ла бих** (шта желим да се догоди)



Опис понашања, без пресуђивања

Пример:

- *Приметио/ла сам да не разговараш са мном од суботе* - интерпретација и наше тумачење
- *Чини ми се да ме избегаваш* - изражавање осећања
- *Збуњен/а сам јер не знам шта се догађа* - изрицање жеља и потреба
- *Желим да поразговарам* - будуће акције
- *Доћи ћу поподне до тебе*

Асертивни стил добре комуникације и развијања квалитетних односа са другим људима подразумева и асертивно упућивање и прихватање похвале и критике. Суштина изражавања позитивног мишљења и похвале је: концентрисање на позитивне аспекте друге особе и истицање и поткрепљивање оних особина и понашања која сматрамо лепим, одговарајућим или позитивним у односу на нас. Неадекватан начин давања похвале је: када се укида своја компетентност и када је саркастична, неискрена и непоштена. Неадекватан начин примања похвале је: уз стид и неверицу, бумеранг (узвраћање похвалом) и одбацивање похвале.

Асертивно примање похвале подразумева да:

- не будете лажно скромни (*није то ништа*)
- гледате особу у очи, насмешите се
- кажете име особе и захвалите се (*нпр. Хвала, колегинице Ана*)
- прихватите похвалу ако се слажете (*нпр. Хвала, и ја сам задовољан/на ...*)
- ако се не слажете, захвалите се и кажете зашто се не слажете (*нпр. Хвала, али то није само моја заслуга...*)

Асертивна критика одражава наше (субјективно) мишљење, речено јасно, гласно и без двоумљења, уз уважавање личности. Односи се **на понашање**, а не на личност. Асертивно прихватање критике може бити: слагање - ако сматрамо да је на месту, делимично слагање - кад се не слажемо у потпуности, желимо га ублажити и остати у комуникацији.

Схема асертивно упућене критике:

Асертивни увод - Ана, желела бих да разговарамо.

Плус на личност - Ти си веома духовита особа...

Минус на понашање - ...али ми се не допада кад се шалиш на мој рачун пред колегама и пацијентима.

Конструктивни предлог - Оставимо шалу за слободно време.

Провера - Да ли је то у реду?

Покварена плоча: подразумева да се саговорнику стави јасно до знања да смо га чули и разумели и да не дозволимо да центар пажње буде померен на другу страну. Понављамо жељену опцију без удаљавања, скраћивања или проширивања, тј. фокусирамо се и усмеримо се на кратак и јасан садржај (текст) покварене плоче и истрајавамо у томе. Ако је потребно, саговорнику јасно ставити до знања, 'скренули смо са главне теме, скренули смо у прошлост, мени се чини да си сада незадовољан', али не дозвољавамо да процес комуникације скреће, позивамо га на одговорност и сарадњу. На овај начин избегавамо смицалице и 'не пецамо се'.

Осврт на то шта све може бити манипулација у комуникацији: лична увреда, директна претња, исмевање у којем је предмет шале личност а не понашање, порицање (нисам ја то урадио, погрешно си ме схватио), оптуживање за постојање проблема (да ти ниси, ја не бих; ти си крива), агресивно „зашто“ запиткивање, дебата или расправа (ма одложи то, то није тако важно), пасивно понашање, одлагање (ево сад ћу, само још да...), самосажаљење, улагивање^{14,18,19,23}.

Пример:

Колегиница покушава да наговори Ану да иду заједно у куповину без обзира што зна да Ана има обавезе.

Ана: - Не, не могу ићи у куповину са тобом.

Колегиница: - О... молим те, пођи са мном у куповину, неће трајати дуго.

Ана: - Жао ми је, данас имам обавезе.

Колегиница: - О... молим те, хајде, стигла је нова колекција одеће.

Ана: - Жао ми је, данас имам обавезе.

Колегиница: - О... молим те, хајде, сигурно ћеш наћи нешто и са себе..

Ана: - Жао ми је, данас имам обавезе.

Како асертивно рећи НЕ?

Када желимо да одбијемо нечији захтев у томе треба бити одлучан. Довољно је рећи не, објаснити своје разлоге (врло кратко) и затим поновљати одлучно – **не**.

- јасно реците **не** и укратко разлог
- немојте превише тумачити и извињавати се
- понудите друго решење ако постоји
- не пребацујте одговорност на друге
- код посебно упорних применити технику “покварене грамофонске плоче”

Не је оруђе којим чувамо *своје време и енергију* за ствари које су нам важније. “**Не**” је и најмоћнија реч у “*time management-y*”²⁰. Важно је имати на уму и знати да асертивно рећи **не** не значи пребацити одговорност на друге!

Изводљив компромис: кад осетите и препознате да ваше самопоштовање није угрожено, размотрите могућност изводљивог компромиса са другом особом (увек се можете цењкати око ваших циљева).

Пример:

Лекар полази на паузу и о томе обавештава пацијенте који чекају. Један пацијент га зауставља и инсистира да га прими у то време јер није заказао преглед, а изашао је са посла за време своје паузе како би добио упут за контролу.

Пацијент: - Молим Вас да ме примите, немам заказано, треба ми само један упут за контролу код кардиолога, идем за пет дана.

Лекар: - Примићу Вас иако нисте заказани, после паузе.

Пацијент: - Молим Вас да ме сада примите, ја сам изашао за време паузе да узем само тај упут.

Лекар: - Разумем ваше разлоге али је ово време за моју паузу.

Пацијент: - Како не разумете кад нећете да ми напишете само тај упут?

Лекар: - Заиста Вас разумем али желим да искористим своју паузу, а Вама нудим да закажете преглед или дођете сутра ујутру први и ја ћу вас примити.

Пацијент: - Па, у реду доћи ћу сутра ујутру.

Ако крајњи циљ укључује питање Вашег угледа и самопоштовања, ту не може бити компромиса.

Пример:

Лекар: – Разумем да имате потребу да ми покажете нови каталог медицинске опреме, а ја морам да завршим ово шта радим. Шта мислите о томе да се нађемо за два сата?

Техника парадоксалног одговора

Пример:

Мама: – Да ли си могао/ла да останеш дуже у изласку?”

Ћћи/син: – Нисам, затворили су кафић.“

Шта асертивност није?

Успех и отвореност по сваку цену (“**Дођох, видех, победих**”), јер циљ асертивности није да друга особа попусти. Асертивност је облик комуникације с другим људима ради изражавања себе, својих жеља, тј. остваривања једнакости са другима по питању поштовања и фер-плеја. Асертивно понашање не гарантује 100%-тно остварење циљева, намера или жеља.

Отвореност по сваку цену (“**Што на уму, то на друму**”) - што значи да асертивност не подразумева изражавање по сваку цену и свега што мислимо. Важно је да знамо “јачину” асертивног одговора и њену увременост. Вољно одлагање асертивности није пасивност.

Доследност и истрајност по сваку цену (“**Баба шумом деда друмом**”) - што подразумева да је потребно и важно током комуникације чути аргумент друге стране, стећи више увида у потребе и жеље нашег саговорника, те у складу с тим рedefинисати своје потребе, жеље,

мишљење и ставове. Све ово не значи да смо пасивни, већ да је то наш вољни чин и наша одлука наспрам реалне ситуације^{20,21}.

Последњих неколико деценија све више се истиче да је за здравствене раднике, поред одговарајућег научног и клиничког знања и вештина, потребно и стицање знања и вештина из области комуникације²².

Уместо закључка

Не рађамо се са геном за асертивност

Асертивност је важна и позитивна, самопоуздана ко-

муникација која се учи и искуствено усавршава. То је и облик понашања у социјалним интеракцијама у којима изражавамо своје мишљење, жеље и осећања. Помаже нам да боље функционисемо у свим сферама живота, да смањимо стрес, да изразимо своје неслагање а да не "западнемо" у неконструктивне конфликте, да се снађемо у неугодним ситуацијама и изађемо на крај са „тешким“ људима, да избегнемо манипулацију. Асертивност је питање избора појединца.

Zlatka M. Markov

Health center Novi Sad, Serbia

Assertiveness - the style of good communication, the skill of standing up for oneself and of developing quality interpersonal relationships

Key words:

assertiveness,
assertive rights,
assertive techniques

Abstract

Man is a social being, and interpersonal relationships are important for his optimal growth and development. Quality of relationships depends on the communication skills of a person. One good and positive communication is assertive communication. Assertiveness in English means the readiness of an individual to confirm, protect, or defend his or her rights, to act confidentially and to take a stand. Assertiveness is most often clarified in the context of two qualitatively different forms of interpersonal behavior - passive and aggressive. The advantages of assertive communication are: the person feels good in relation to himself and in relation to others, self-esteem increases, it helps to achieve goals, reduces anxiety, provides the possibility of free choice in life, enables expression of all channels of communication, and helps to better manage the stress. The basic right for assertiveness is that a person has the right to express himself and take it for himself. Other rights have been derived from this right. There are several types of assertiveness: basic, empathic, escalating, confrontational, and so on. Assertive communication can be learned at assertive trainings that involve the application of different techniques, as well as by acquiring and developing assertive skills through practice. It is important to know: "We are not born with the gene for assertiveness," but it is a skill that is learned and acquired. It is also a form of behavior in social interactions in which we express our thoughts, desires and feelings. It helps us to function better in all spheres of life, to reduce stress, to express our disagreement without "falling into" nonconstructive conflicts, to deal with unfavorable situations and to deal with "hard" people to avoid manipulation. Assertiveness is the question of individual choice.

References

Литература

- Товиловић С. *Асертивни тренинг: ефекти третмана, одрживост промена и удео терапеута у терапијском исходу*. Психологија, 2005;38(1):35-54.
- Lange AJ, Jakobowski P. *Responsible assertive behavior: cognitive / behavioral procedures for trainers*. Champaign: Research Press, 1976.
- Товиловић С, Окановић П, Крстић Т. *Процена асертивности*. У: Биро М, Смедеревац С, Нововић З (ур). *Процена психолошких и психопатолошких феномена*. Друштво психолога Србије, Београд, 2009; стр. 63-72.
- Влаховић С, Попић М. *Приручник за вођење тренинга асертивности са родитељима деце са сметњама у развоју*. Савез МНРО Србије, Београд, 2012; стр. 5-46.
- Лакићевић Стојачић С, Почуч М, Нешић С. *Водич за запошљавање*. Секретаријат за рад запошљавање и равноправност полова Војводине, Нови Сад, 2007; стр. 51-55.
- Чернелич Бизјак М. *Асертивност ин здравство*. Обзор Здр Н. 2009;43(1): 31-36.
- Данелштен Д, Муњиза М, Прерадовић Т, Станић С. *Асертивност као показатељ терапијског успјеха у третману хероинске зависности*. Медицинска истраживања, 2009;43(3):23-30.
- Поповић М, Дакић Т, Чолаковић Ј. *Водич добре праксе за медицинске раднике/це у раду са ЛГБТ особама*. Јувентас, 2010; стр. 52-53.
- Huppert JD, Roth DA, Foa EB. *Cognitive-behavioral treatment of social phobia: new advances*. Current Psychiatry Reports, 2003; 5(4):289-296.
- Селесковић А, Хукић С. *Гендер, млади и медији - Тренинг приручник за тренере*. Харфо-граф д.о.о., Тузла, 2010; стр. 32-35.
- Ставрић С. *Личност и ауторитарни поглед на свет припадника различитих професија*. Мастер рад, Универзитет у Нишу, Филозофски факултет, Одсек за психологију, 2013; стр 14-15.
- Миленковић А, Хаџи-Пешић М. *Повезаност васпитних стилова родитеља, екстраверзије-интроверзије и асертивности*. Годишњак за психологију, 2006;4(4-5):89-108.
- Визлер Ј. *Повезаност перцепције родитељског понашања и срамежљивости, и асертивности школске дјеце*. Дипломски рад, Филозофски факултет, Свеучилиште у Загребу, Одсек за психологију, Загреб, 2004; стр. 18-23.
- Мирковић А. *Асертивно понашање*. http://www.profitmagazin.com/izdanja/broj_6.56.html
- Крнетић,С.;ПСК_Извод из приручника за асертивни тренинг, http://www.krnetic.com/download/PSK_Извод из приручника за асертивни тренинг.pdf
- Ајдуковић Д. *Ајдуковић М, Цесар С, Каменов Ж, Löw А, Сушац Н. Превенција насиља у младеначким везама*. Приручник за водитеље програма, Друштво за психолошку помоћ, Загреб, 2011; стр. 36-42.
- ЦПЗВ, *Култура комуникације међу младима*. Приручник за вршњачке едукаторе, 2013.. <https://www.scribd.com/document/178647291/Radionice-pdf>.
- Иси У. *Вршњачка медијација*. Приручник за родитеље и наставнике. Мисија ОСЦЕ-а у Босни и Херцеговини, 2010; стр. 37-43.
- Kavaš M. *Asertivna komunikacija*. Diplomsko delo višješolskega strokovnega študija, B B Višja strokovna šola, Kranj, 2011; стр. 7-20 .
- Markov Z. *Time as an important resource in life*. 4th Conference of Association of Family physicians , 04.– 06. juni 2015; стр. 30.
- Center for Career Development, Radionica *Asertivna komunikacija*, http://www.razvoj-karijere.com/media/files/Asertivnost_-_prezentacija_CCD.pdf
- Марков З и сар. *Умирање и смрт није само медицински, него и шири научни и друштвени проблем*. Општа медицина, 2013;19(1-2):31-38.
- Марков З. *Социјалномедицински аспекти тешких физичких и менталних хендикепираности у Војводини*. Магистарски рад, Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет, 1993.

Primljen • Received: 22.01.2017.

Ispravljen • Corrected: 27.08.2017

Prihvaćen • Accepted: 10.09.2017.

Од Уредништва – *Erratum*

.....

У часопису Општа медицина 2017;23(3-4):67–77,
http://www.opstamedicina.org/OM_naslov.asp?naslov=210&casopis=29

у раду

**Препреке код здравствених радника за откривање
више жена жртава насиља у породици**
Снежана Б. Кнежевић и сар.

омашком је у штампи учињена словна грешка у презимену ауторке
у Сажетку на енглеском језику:

одштампано је: Кнжевић
а треба: Кнежевић.

Грешку је уочила ауторка.

Извињавамо се др С. Кнежевић и надамо се наставку сарадње.

С поштовањем,
Уредништво часописа Општа медицина

