

UDC 61

e-issn 2217-3994

ОПШТА МЕДИЦИНА

ОСНОВАН 1995.

Волумен 22
Број 1-2

MAJ 2016.

MAY 2016.

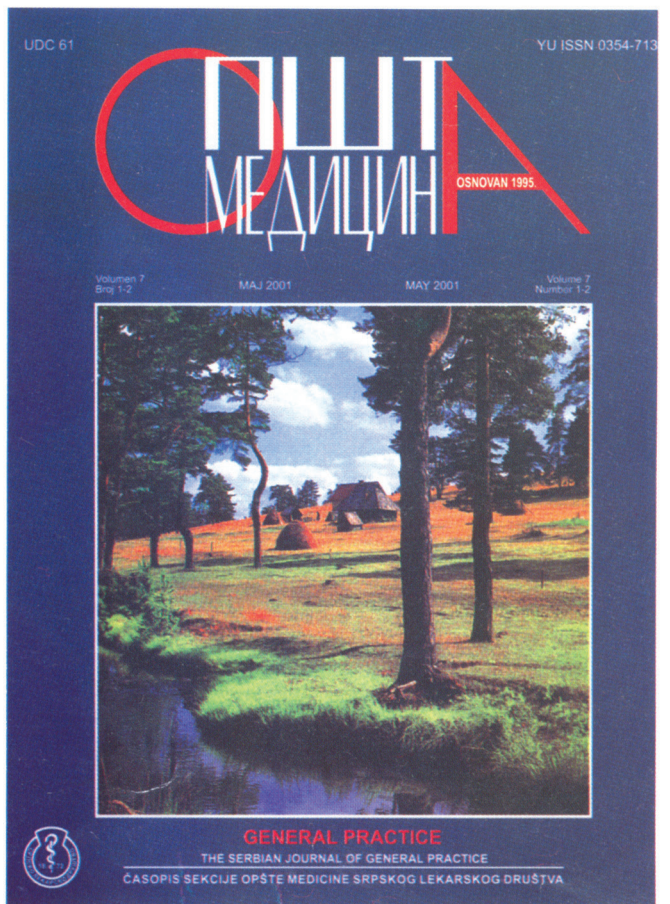
Volume 22
Number 1-2



GENERAL PRACTICE

THE SERBIAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE

ЧАСОПИС СЕКЦИЈЕ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗА НАУКУ И
ТЕХНОЛОГИЈУ
Број: 451-03-3229/96-01
4.12.1996. године
Београд

Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗА НАУКУ
И ТЕХНОЛОГИЈУ
Број: 413-00-358/96-01
12.04.96. године
Београд

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

Министарство за науку и технологију даје следеће:

МИШЛЕНЕ

МИШЛЕНЕ

Часописи: "Стоматолошки гласник", "Гастроентерохепатолошки архив", "Кардиологија", "Радиолошки архив Србије", "Општа медицина", "Информатор" и лист "Лекар" групе аутора у издању: су публикације од посебног интереса за науку.

Приликом стављања у промет, на ове публикације од посебног интереса за науку се не плаћа општи порез на промет производа у смислу Уредбе о примени стопе пореза на промет одређених производа и пореских ослобођења.

ЧАСОПИС "ОПШТА МЕДИЦИНА"
АУТОРА: ГРУПЕ АУТОРА

у издању: СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА ИЗ БЕОГРАДА, МИЛЕНТИЈА ПОПОВИЋА 9
је публикација од посебног интереса за науку.

Приликом стављања у промет, на ову публикацију од посебног интереса за науку се не плаћа општи порез на промет производа у смислу Закона о акцизама и порезу на промет.



ЗАМЕНИК МИНИСТРА
Владимир Давидовић



ЗАМЕНИК МИНИСТРА
Академик Душан Кандаић
Душан Кандаић

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. Џорџа Вашингтона бр. 19

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

Главни и одговорни уредник: прим. др мед. сци Дане Жигић, са пребивалиштем у Београду, ул. Пајсијева бр. 3.

О насталим променама података из овог решења или о престанку излажења 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 условљено 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,

који на основу истог члана води ово Министарство.

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

МИНИСТАР
Душан Кандаић

Садржај

Contents

Уређивачки одбор	6
<i>Editorial Board</i>	

Међународни уређивачки одбор	7
<i>International Editorial Board</i>	

Оригинални радови

Original articles

Насиље над лекарима опште медицине	9
<i>Милоранка Петров-Киурски, Славољуб Живановић</i>	
Agression and Violence Directed Toward General Medecine Physicians	
<i>Miloranka Petrov-Kiurski, Slavoljub Živanović</i>	
Репродуктивно здравље младих – усмереност ка заједници	25
<i>Александра Цветковић</i>	
Reproductive health of the young – orientation toward community	
<i>Aleksandra Cvetkovic</i>	

Едукативни чланци

Educational Articles

Онколошка заштита и предлог стандарда рада на примарном нивоу	36
<i>Дејан Константиновић¹, Зора Нешковић-Константиновић, Драгица Спасић</i>	
Oncologic prevention and suggested working standards in primary health care	
<i>Dejan Konstantinovic, Zora Neskovic-Konstantinovic, Dragica Spasic</i>	

Приказ случаја

Case Report

A Case of Mumps Orchitis and Pancreatitis in 25 Years Old Man Hospitalized in Clinic of Infectious Diseases – Varna	47
<i>Dimitrichka Bliznakova¹, Margarita Gospodinova², Iliyan Todorov²</i>	
Случај мумпс орхитиса и панкреатитиса код мушкарца старог 25 година, хоспитализованог на Клиници за инфективне болести у Варни	
<i>Dimitrichka Bliznakova, Margarita Gospodinova, Iliyan Todorov</i>	

Годишња награда “Др Дане Жигћ”

Конкурс за доделу Годишње награде “Др Дане Жигћ”	51
Правилник о оснивању и додели Годишње награде “Др Дане Жигћ”	52

Упутство ауторима	53
<i>Instruction for Autors</i>	

.....

Часопис Општа медицина *Journal of General Medicine*

.....

Издавач

Publisher

Секција опште медицине Српског лекарског друштва

Department of General Medicine of Serbian Medical Society

11000 Београд, Цорџа Вашингтона 19,

+ 381 (0)11 3234 261

ompm@bvcom.net

Часопис излази два пута годишње: мај – октобар

Journal is published two times per year: may - october

Чланци су у потпуности доступни на:

The articles are completely available to:

www.opstamedicina.org

www.sld.org.rs

Лектор за српски језик

Живка-Жижа Станојевић

Serbian language editor

Živka-Žiža Stanojević

Лектор за енглески језик

Др Дејан Димитријевић

English language editor

Dejan Dimitrijević, MD

Графичка обрада и прелом

Зоран Мирић

Layout & Prepress

Zoran Mirić

Штампа

Published by

COPY PLANET

11000 Београд, Царице Милице 7

011/3036 545, 011/3036 546

Print@copyplanet.rs

Часопис Општа медицина

(ISSN 0654-7132, e-issn ISSN 2217-3994,

COBISS.SR-ID, UDC 61 је званична публикација

Секције опште медицине Српског лекарског друштва

Journal General practice

COBISS.SR-ID, UDC 61 is an official publication

Department of General Medicine of Serbian Medical Society

.....

Уређивачки одбор
Editorial Board

Главни и одговорни уредник
Editor in Chief

Прим. др сц. мед. Сузана Станковић, Пирот, Србија
Prim. Suzana Stanković, MD, PhD, Pirot, Serbia

Заменик главног и одговорног уредника и технички секретар
Associate and Technical Editor

Прим. др мед. Славољуб Живановић, Београд, Србија
Prim. Slavoljub Živanović, MD, Belgrade, Serbia

Чланови
Members

- Прим. др мед. Мирјана Мојковић, Београд, Србија
Prim. Mirjana Mojkić, MD, Belgrade, Serbia
- Прим. др мед. Вера Пертот, Краљево, Студеница, Србија
Prim. Vera Pertot, MD, Kraljevo, Studenica, Serbia
- Прим. мр сц. мед. Милоранка Петров-Киурски
Prim. Miloranka Petrov-Kiurski, MD, MSc, Zrenjanin, Serbia
- Прим. др мед. Весна Јањушевић, Београд, Србија
Prim. Vesna Janjušević, MD, Belgrade, Serbia
- Прим мр сц. мед. Нада Вукадиновић, Крушевац, Србија
Prim. Nada Vukadinović, MD, MSc, Kruševac, Serbia
- Мр сц. мед. Љиљана Балош-Секулоски, Београд, Србија
Ljiljana Baloš-Sekuloski, MD, MSc, Belgrade, Serbia
- Прим. мр сц. мед. Весна Стевић-Гајић, Крушевац, Србија
Prim. Vesna Stević-Gajić, MD, MSc, Kruševac, Serbia
- Прим. мр сц. мед. Зорка Димитријевић, Београд, Србија
Prim. Zorka Dimitrijević, MD, MSc, Belgrade, Serbia
- Прим. др мед. Снежана Јанковић, Обреновац, Београд, Србија
Prim. Snežana Janković, MD, Obrenovac, Belgrade, Serbia
- Прим. др мед. Мирјана Лапчевић, Београд, Србија
Prim. Mirjana Lapčević, MD, Belgrade, Serbia
- Прим. мр сц. мед. Златка Марков, Нови Сад, Србија
Prim. Zlatka Markov, MD, MSc, Novi Sad, Serbia
- Доц. др сц. мед. Дејан Нешић, Београд, Србија
Assist Prof. Dejan Nešić, MD, PhD, Belgrade, Serbia
- Мр сц. мед. Данка Прванов, Панчево, Србија
Danka Prvanov, MD, MSc, Pančevo, Serbia
- Прим. др мед. Петар Станојевић, Београд, Србија
Prim. Petar Stanojević, MD, Belgrade, Serbia
- Прим. др мед. Невенка Димитријевић, Београд, Србија
Prim. Nevenka Dimitrijević, MD, Belgrade, Serbia
- Прим. мр сц. мед. Снежана Стојановић-Ристић, Београд, Србија
Prim. Snežana Stojanović-Ristić, MD, MSc, Belgrade, Serbia
- Прим. др мед. Драгана Трифуновић-Балановић, Београд, Србија
Prim. Dragana Trifunović-Balanović, MD, Belgrade, Serbia
- Прим. мр сц. мед. Горан Читлучанин, Београд, Србија
Prim. Goran Čitlučanin, MD, MSc, Belgrade, Serbia

.....

Међународни уређивачки одбор *International Editorial Board*

Проф. др Илхами Унлуоглу, Турска

Prof. Ilhami Unluoglu, MD, PhD, Turkey

Проф. др Валентина Христова Мађова, Варна, Бугарска

Prof. Valentina Christova Madjova, MD, PhD, Varna, Bulgaria

Др сц. мед. Кармен Буснеог, Букурешт, Румунија

Karmen Busneog, MD, PhD, Bucharest, Romania

Доц. др сц. мед. Маја Рачић, Источно Сарајево, Република Српска, Босна и Херцеговина

Assist. Prof. Maja Račić, MD, PhD, East Sarajevo, Republic Srpska, Bosnia and Herzegovina

Проф. др Азијада Беганлић, Тузла, Босна и Херцеговина

Prof. Azijada Beganlić, MD, PhD, Tuzla, Bosnia and Herzegovina

Проф. др Бисерка Бергман Марковић, Загреб, Хрватска

Prof. Biserka Bergman Marković, MD, PhD, Zagreb, Croatia

Доц. др сц. мед. Љубомир Киров, Софија, Бугарска

Assist. Prof. Ljubomir Kirov, MD, PhD, Sofia, Bulgaria

Проф. др Оливера Батић-Мујановић, Тузла, Босна и Херцеговина

Prof. Olivera Batić-Mujanović, MD, PhD, Tuzla, Bosnia and Herzegovina

Доц. др сц. мед. Катарина Ставрић, Скопље, Македонија

Assist. Prof. Katarina Stavrić, MD, PhD, Skopje, Makedonia

Др сц. мед. Сенада Селмановић, Тузла, Босна и Херцеговина

Senada Selmanović, MD, PhD, Tuzla, Bosnia and Herzegovina





Милоранка Петров-Киурски
Славољуб Живановић

Дом здравља "Др Бошко Вребалов",
Зрењанин, Србија
Градски завод за хитну медицинску помоћ,
Београд, Србија

Насиље над лекарима опште медицине

Кључне речи:

насиље, лекари опште медицине

Сажетак

Циљ рада. Утврдити заступљеност насиља, узроке и последице на професионални рад лекара и које би биле мере превенције.

Метод. Упитник је подељен лекарима који су присуствовали обучавању 28-29. марта 2015. у Београду.

Резултати. Обухваћено је 411 лекара опште медицине, оба пола, 86,37% жена. Највише испитаника је старости 51-60 год. (45,25%), просечне старости $49,27 \pm 9,32$ година, просечни стаж $21,10 \pm 9,87$ год. Највише је специјалиста опште медицине (ОМ) - 62,30%. Током стажа 85,40% лекара је доживело неки вид насиља и нема разлике у односу на пол и квалификацију. У претходној години је 62,3% испитаника доживело насиље - вербално 82,97% а физичко 8,83%. Нема статистички значајне разлике у односу на пол ($p=0,859$), радно место ($p=0,097$), дужину стажа ($p=0,640$) и специјалност ($p=0,537$). Починиоци насиља су у 83,2% случаја пацијенти, а у 40,2% чланови њихових породица. У случајевима насиља, лекаре најчешће нико није заштитио (44,2%), чешће мушкарце ($p=0,05$). Најчешћи повод је незадовољство пацијената - 60,4%, потом дуго чекање на прегледе (37,0%) и када је пацијент под дејством алкохола или опојних дрога (35,0%). Најчешћа последица је смањено задовољство послом који обављају (53,6%).

Мере за превенцију насиља: мања преоптерећеност бројем прегледа (56,0%), увођење статуса службеног лица за здравствене раднике (55,60%), физичко обезбеђење (49,3%) и оштрије казне за прекршиоце (50,0%).

Закључак. Насиље над лекарима је веома заступљено, најчешће је вербално, починиоци су најчешће пацијенти, узрок је незадовољство пацијента због неиспуњених жеља, а најчешћа последица је смањено задовољство послом који обављају.

Увод

Професионално насиље је свеприсутни, вишедимензионални проблем који захвата све делатности укључујући и здравство¹.

Живимо у несигурном времену, несигурност живљења, економски и политички, са превеликим очекивањима пацијената која није могуће испунити. Насиље као израз незадовољства животом и друштвом, па и здравственим системом: дуго чекају на прегледе, сумња да скупа истраживања више користе лекарима него пацијентима, сумња у везу лекара и фармацеутске индустрије, тако да пацијенти и њихове породице можда у насиљу виде једину могућност да изразе незадовољство здравственим системом уопште и према појединачном доктору³. Велики број лекара у својој каријери искуси насиље од стране својих пацијената или њихових породица, вербални и физички напади чак и киднаповања и убиства, а и сексуалне нападе^{2,4}. Инциденти насиља су особено чести у лекарској пракси, чак 85% уопште или 63% у задњих 12 месеци. Насиље на радном месту је често и у општој медицини. Више од половине лекара опште медицине је искусило бар неки вид насиља и агресије⁵. Резултати различитих студија показују да је насиље према лекарима очигледно уобичајена ствар^{2,6}. И давне 1892. год. у часопису ЈАМА је написано да лекар, ма колико савестан и пажљив био, може да каже да било ког дана или сата може да буде објектат незаслуженог напада, злонамерног оптуживања, уцене или тужен због штете. Чак 66% жена и 34% мушкараца се не осећају сигурно током кућних посета својим пацијентима, али се већина осећа сигурно у својим ординацијама. Насиље над лекарима је учестало у претходних десет година⁸.

Светска медицинска асоцијација је озбиљно забринута због растућег насиља према лекарима широм света, од физичког напада чак до киднаповања и убиства⁹. Једна од најтежих ситуација са којом се лекар сусреће је да доживи насиље обављајући свој редован посао. И то није неуобичајен проблем¹⁰. Различити су видови насиља: вербално насиље, интимизација, физичко насиље, и сексуални напади⁵. У истраживању насиља над лекарима опште медицине у Аустралији, нађено је да је оно често удружено с пацијентима који су под утицајем дрога и алкохола и психијатријским проблемима¹¹. Насиљу над лекарима се не посвећује довољна пажња осим ако је у питању смртни исход. А медији у Србији су пуни вести: “Насиље над лекарима све учесталије”, “Ескалација насиља над здравственим радницима”, “Насиље над лекарима учестало, вербални сукоби свакодневни”, “Све више лекара трпи насиље на радном месту”. У Немачкој се теми напада и насиља над лекарима не посвећује никаква пажња и није заступљена у медицинском образовању и континуираној медицинској едукацији (КМЕ) иако

појединачни аутори претпостављају да је насиље над лекарима у прошлих десет година учестало^{12,13}. У свом раду Флоријан В (*Florian V*)⁴ и сар. кажу да лекари опште медицине у Немачкој треба да се припреме на чињеницу да ће се у свом послу вероватно суочити с неким облицима агресије. У Аустралији је 2009. године представљен програм заштите у примарној здравственој заштити - од стварања сигурног физичког окружења до подршке тиму ОМ после претрпљеног насиља. Стратегије за минимализовање насиља треба да се усредсреде на размештање ресурса, културне промене... а систем праћења насиља је приоритет¹⁴. Како ће лекар добро да ради ако је незадовољан, о томе мора да се води рачуна. Ву Д (*Wu D*) и сар. сматрају да су неопходне “здравствене реформе, смањење оптерећења лекара, делимично и одобравање одговарајуће употребе примарне здравствене заштите, као и повећање зараде” - да би се изашло на крај с насиљем пацијената према лекарима¹⁵. Број радова о овој теми расте у свету, али на нашем језику нема истраживања на ову тему. Због тога је Научни одбор Секције опште медицине СЛД осмислио истраживање о овој проблематици и формирао свој Упитник као инструмент истраживања.

Циљ истраживања

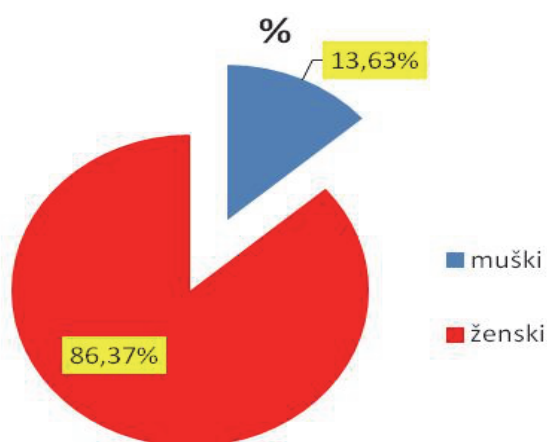
1. Да се утврди заступљеност насиља/злостављања над лекарима опште медицине од стране пацијената и чланова њихових породица.
2. Да се сагледа који су непосредни узроци (према мишљењима лекара) за такво насилничко понашање.
3. Какве последице имају овакви случајеви насилничког понашања на даљи професионални рад лекара.
4. Које мере би могле да спрече насиље/злостављање над лекарима опште медицине?

Метод

За ово истраживање дизајниран је Упитник - Насиље над лекарима у општој медицини, који је подељен свим лекарима који су присуствовали образовном скупу *Дани опште медицине*, одржаном 28-29. марта 2015. године у Београду. Коректно попуњени Упитници су статистички обрађени у програмском пакету *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.0 for Windows* и у оквиру њега: χ^2 -тест независности и Једнофакторска анализа *ANOVA* (веза између једне независне променљиве са 3 или више група), са 95% интервалом поверења.

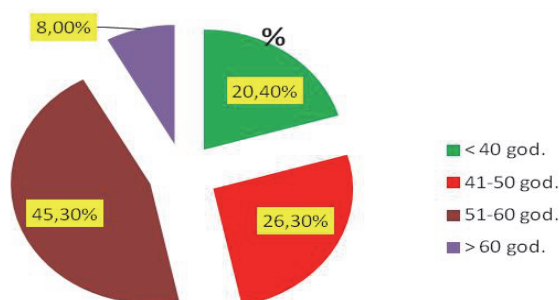
Резултати

У оквиру истраживања лекарима је подељено 950 упитника, а попуњено и враћено је 424, од чега је коректно попуњено (са свим одговорима на постављена питања) 411, који су потом и статистички обрађени. Упитник је попунило 56 особа мушког и 355 женског пола.



Графикон 1. Полна структура испитаника

Највећи број испитаника био је старости 51-60 год – 45,25%, а такође и посматрано укупно у односу на пол (мушки 32,14%, женски 47,32%). Посматрајући појединачно старосне групације у односу на пол, било је значајно више мушкараца до 40 година (30,36%) старости у односу на жене (18,87%). Просечна старост испитаника износила је 49,27±9,32 година.

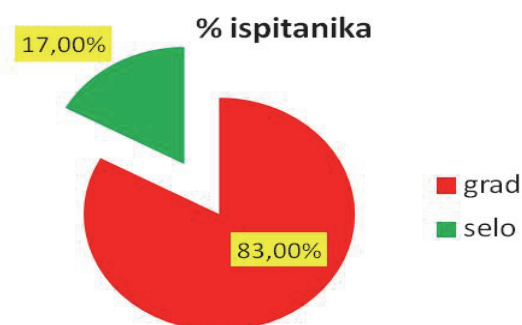


Графикон 2. Старосна структура испитаника

Табела 1. Старосна структура испитаника у односу на пол

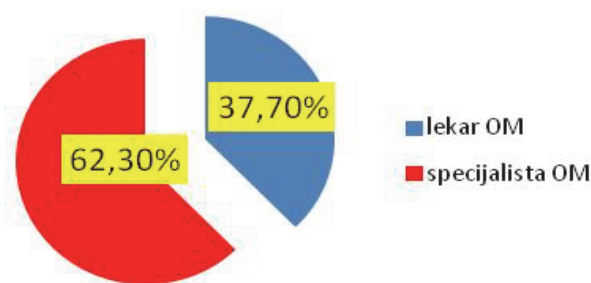
Пол	Старост испитаника				Укупно
	< 40 год.	41-50 год.	51-60 год.	>60 год.	
Мушки	30.36%	21.43%	32.14%	16.07%	13.63%
Женски	18.87%	27.04%	47.32%	6.76%	86.37%
Укупно	20.44%	26.28%	45.25%	8.03%	100%

Највише лекара је радило у градској средини - 83,0%, а овакав однос постоји и посматрано у односу на полну структуру и нема статистички значајне разлике ($p=0,576$).

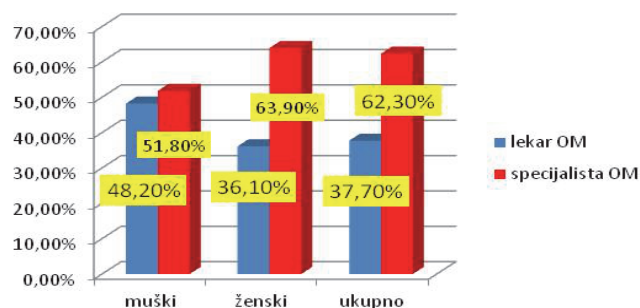


Графикон 3. Дистрибуција испитаника у односу на радно место

Међу испитаницима је највише специјалиста ОМ - 62,30%, а посматрано у односу на пол, међу мушкарцима је приближно подједнака заступљеност лекара опште медицине и специјалиста опште медицине.

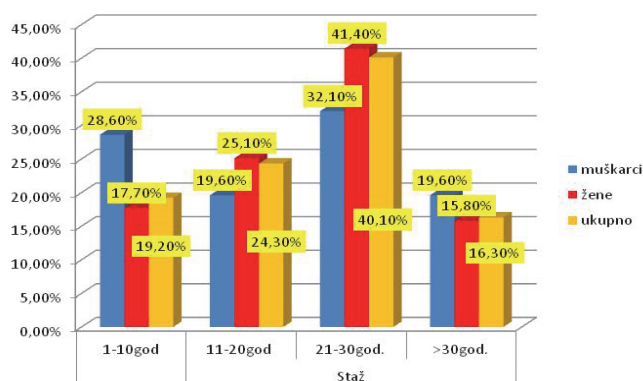


Графикон 4. Квалификациона структура испитаника



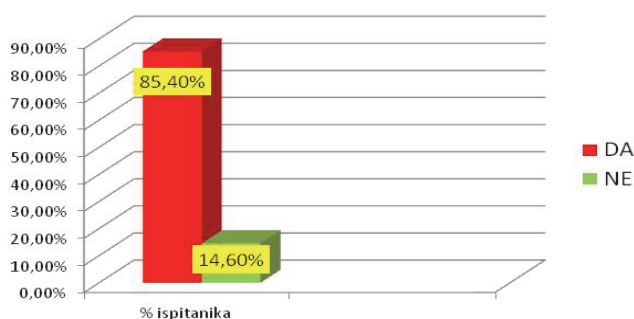
Графикон 5. Квалификациона структура испитаника у односу на пол

Посматрајући дужину лекарског стажа, највише је испитаника са 21-30 година (40,10%) и нема значајне разлике у односу на пол ($p=0,303$). Код испитаника са стажом до 10 година статистички значајно је више мушкараца ($p=0,047$).



Графикон 6. Структура испитаника у односу на дужину радног стажа

Од укупног броја анкетираних лекара, 85,40% је у току радног стажа доживело неки вид злостављања и нема разлике у односу на полну структуру ($p=0,459$). Посматрајући насиље у односу на место рада, насиље је доживело њих 86,20% који раде у граду, а 81,40% оних који раде на селу, али разлика није статистички значајна ($p=0,301$).

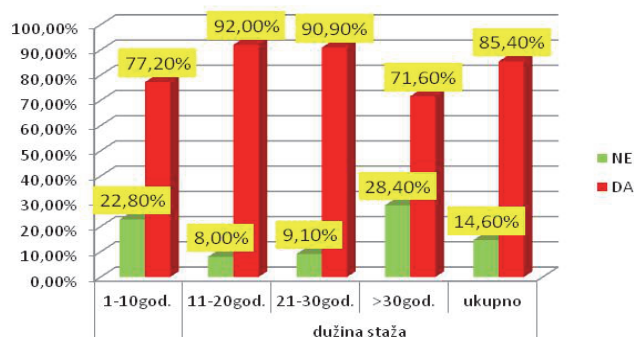


Графикон 7. Заступљеност насиља у испитиваној популацији

У току свог радног стажа 82,6% испитиваних лекара ОМ је доживело неки вид насиља на радном месту, а 87,1% специјалиста ОМ, али разлика није статистички значајна ($p=0,208$).

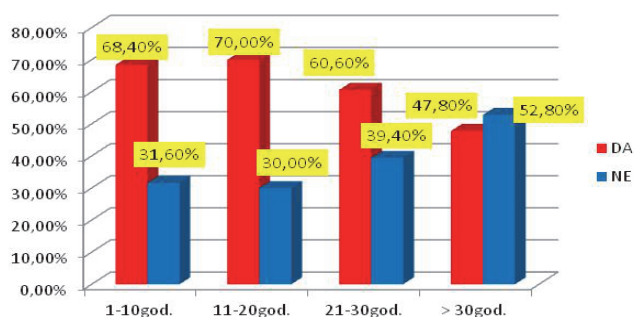
Анализирајући насиље над лекарима у односу на дужину радног стажа, највећи проценат испитаника који су доживели неки вид насиља је у групи са стажом од 11 до 20 година – 92%, а скоро исто толико и код лекара са стажом од 21 до 30 година – 90,90%. У односу на дужину

радног стажа, испитаници са стажом до десет година и они са дужином радног стажа више од 30 година, статистички су значајно мање доживели насилничко понашање ($p=0,024$, $p=0,021$ и $p=0,001$, $p=0,001$).



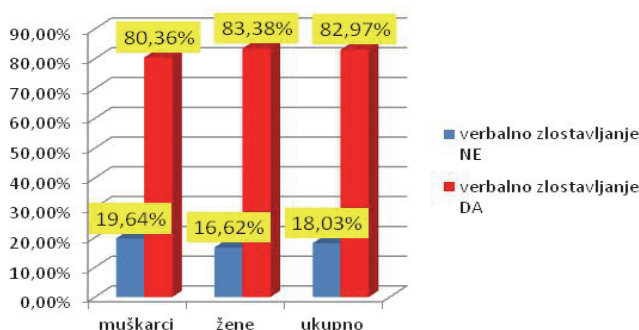
Графикон 8. Заступљеност насиља у испитиваној популацији у односу на дужину радног стажа

У току претходне године 62,3% испитаних лекара доживело је неки вид насиља. Нема статистички значајне разлике у односу на пол ($p=0,577$), радно место ($p=0,665$) и квалификацију испитаника ($p=0,468$). Статистички значајно ређе су лекари са радним стажом дужим од 30 година доживели насиље у претходној години од лекара са стажом до 10 година ($p=0,05$) и оних са стажом од 11 до 20 година ($p=0,019$).



Графикон 9. Заступљеност насиља у току претходне године у односу на дужину стажа испитаника

Вербално насиље је доживело укупно 82,97% испитаника и нема статистички значајне разлике у односу на пол ($p=0,196$).



Графикон 10. Заступљеност и учесталост вербалног насиља код испитаника који су доживели насиље у односу на пол

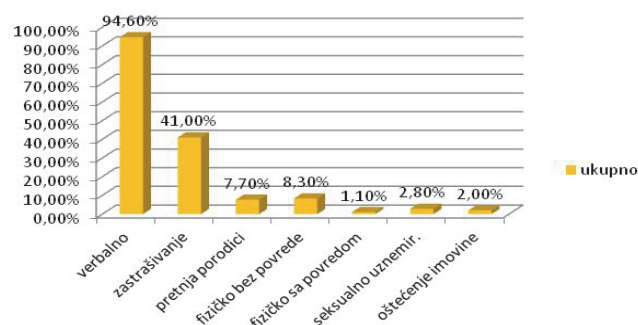
Нема статистички значајне разлике у односу на место рада ($p=0,694$), лекара ОМ и специјалисте ОМ ($p=0,303$), као и у односу на дужину радног стажа ($p=0,415$). Када се анализира број насиља, већи број специјалиста ОМ је у току свог радног стажа доживео вербално насиље од 6 до 15 пута ($p=0,014$) од лекара ОМ.

Физичко насиље у току радног стажа доживело је укупно 8,83% испитаника. Нема статистички значајне разлике нити у односу на пол ($p=0,859$), радно место ($p=0,097$), дужину стажа ($p=0,640$) нити у односу на специјалност ($p=0,537$)

Табела 2. Заступљеност физичког насиља у испитиваној популацији

Пол	Физичко насиље – колико пута?							Укупно
	0	1	2	3	4	5	6	
Мушки	86.96%	8.70%	2.17%			2.17%		13.04%
Женски	91.82%	4.26%	1.64%	0.66%	0.33%	0.98%	0.33%	8.20%
Укупно	91.17%	4.84%	1.71%	0.57%	0.28%	0.85%	0.28%	8.83%

Убедљиво најзаступљенији вид насиља је вербално насиље са 94,6%, потом застрашивање са 41,0%.



Графикон 11. Заступљеност појединих видова насиља код испитиване популације

Анализа заступљености појединих видова насиља показала је да нема статистички значајне разлике у односу на пол, радно место, квалификацију и дужину радног стажа.

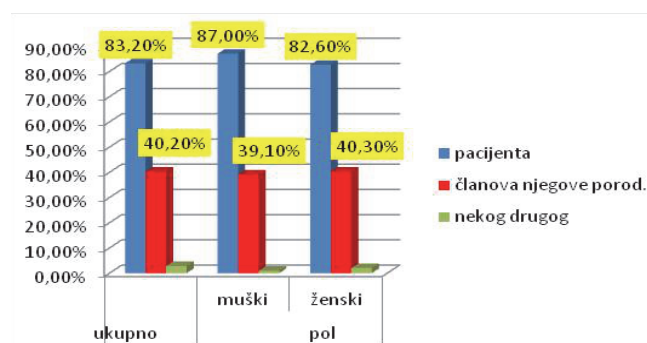
Табела 3. Статистичка значајност разлике појединих видова насиља у односу на пол, радно место, квалификацију и дужину радног стажа (95% интервал поверења)

Vidovi nasilja	pol	grad/selo	OM/SOM	staž
verbalno	$p=0,291$	$p=0,221$	$p=0,649$	$p=0,719$
zastašivanje	$p=0,314$	$p=0,442$	$p=0,575$	$p=0,088$
pretnja porodici	$p=0,386$	$p=0,738$	$p=0,189$	$p=0,163$
fiz. Bez povrede	$p=0,066$	$p=0,879$	$p=0,817$	$p=0,910$
fiz.sa povredom	$p=0,478$	$p=0,066$	$p=0,572$	$p=0,769$
seks.uznem.	$p=0,512$	$p=0,231$	$p=0,367$	$p=0,652$
oštećenje imovine	$p=0,299$	$p=0,887$	$p=0,251$	$p=0,427$

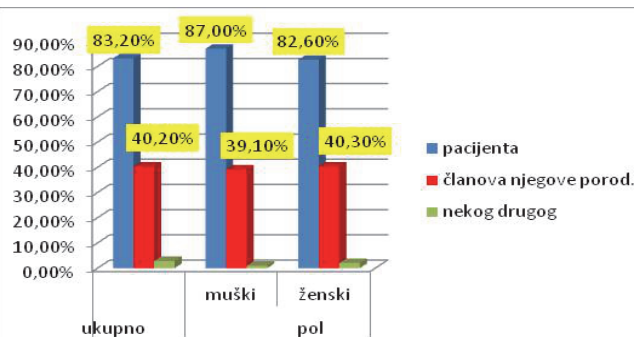
Лекари су у 83,2% случаја доживели насиље од стране пацијената, а у двоструко мање случајева (40,2%) од чланова њихових породица. Нема статистички значајне разлике у односу на пол, специјалност и дужину радног стажа.

Табела 4. Статистичка значајност разлике појединих починилаца насиља у односу на пол, радно место, квалификацију и дужину радног стажа (95% интервал поверења)

Počinioci nasilja	pol	Grad/selo	OM/SOM	Dduž. staža
pacijent	$P=0,464$	$P=0,822$	$P=0,653$	$P=0,827$
Porodica pacijenta	$P=0,877$	$P=0,250$	$P=0,721$	$P=0,634$
Neko drugi	$P=0,108$	$P=0,039$	$P=0,117$	$P=0,203$



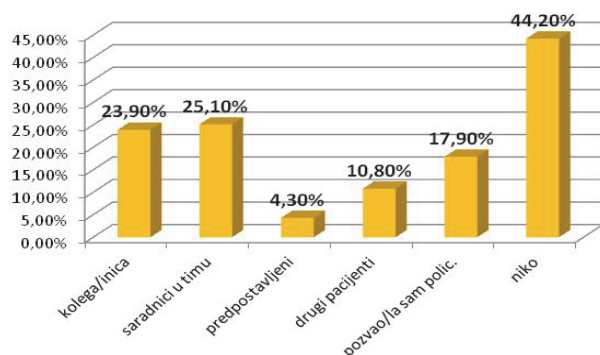
Графикон 12. Починиоци насиља над испитиваним лекарима у односу на пол



Графикон 13. Починиоци насиља над испитиваним лекарима у односу на радно место

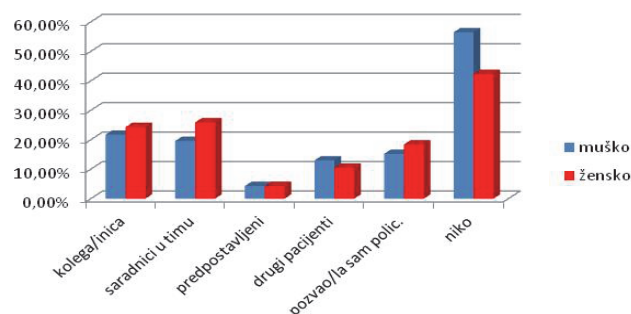
Статистички, лекари у сеоским амбулантама су знатно чешће ($p=0,039$) од оних у граду, доживели насиље од неког другог: комшија, пријатељ, рођак.

У случајевима насиља, лекаре најчешће није нико заштитио (44,2%), а најређе су то били претпостављени, у само 4,3% случајева.



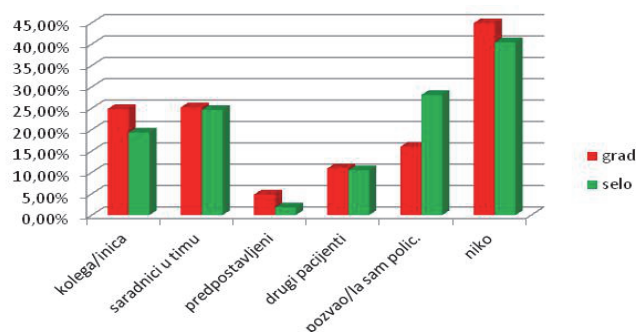
Графикон 14. Ко је заштитио лекаре у случајевима насиља?

Посматрано у односу на пол, статистички значајно чешће мушкарце није нико заштитио ($p=0,05$).



Графикон 15. Ко је заштитио лекаре у случајевима насиља – у односу на пол?

У погледу пак радног места, лекари на селу су у случају насиља чешће позивали полицију него лекари у градским амбулантама ($p=0,03$).



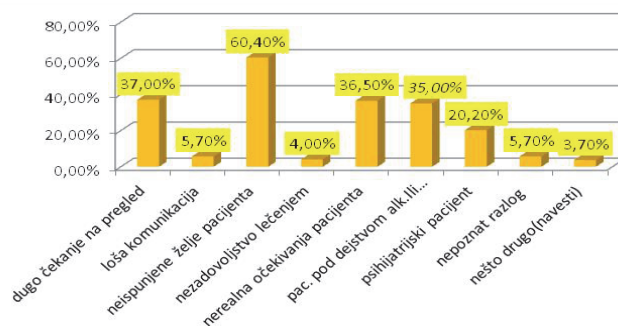
Графикон 16. Ко је заштитио лекаре у случајевима насиља – у односу на радно место?

У односу на квалификацију и дужину радног стажа није било статистички значајне разлике.

Табела 5. Статистичка значајност разлике појединих елемената заштите од насиља у односу на квалификацију и дужину радног стажа (95% интервал поверења)

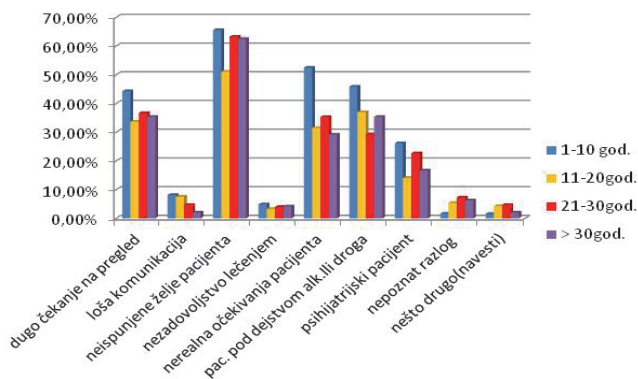
Ko je zaštitiо lekare u slučajevima nasilja?	Lekar OM/ specijalista OM	Dužina radnog staža
Kolege	P= 0,098	P= 0,472
Saradnici u timu	P= 0,429	P= 0,123
Predpostavljeni	P= 0,771	P= 0,454
Drugi pacijenti	P= 0,760	P= 0,373
Pozvao/la sam policiju	P= 0,390	P= 0,068
Niko	P= 0,907	P= 0,426

Постоји читав низ повода за доживљено насиље, а најчешћи разлог је незадовољство пацијента због његових неиспуњених жеља, чак у 60,4% случајева, а у трећини случајева разлог је: дуго чекање на преглед (37,0%), нереална очекивања пацијента и његове породице (36,5%), и када је пацијент под дејством алкохола или опојних дрога (35,0%).



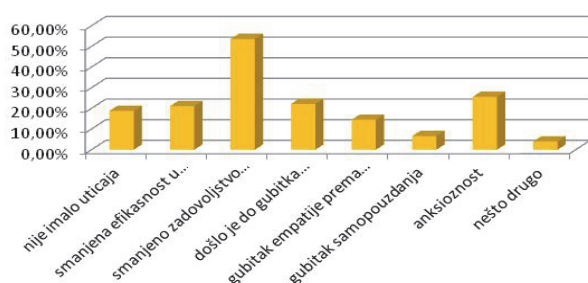
Графикон 17. Непосредни повод за насиље над лекарима

У односу на пол, радно место и квалификацију испитаника нема статистички значајне разлике, једино су лекари са стажом до 10 година статистички значајно чешће наводили као непосредни повод за насиље нереална очекивања пацијената у односу на лекаре са више од 30 година радног стажа ($p=0,031$).



Графикон 18. Непосредан повод за насиље над лекарима у односу на дужину радног стажа

Доживљено насиље над лекарима није имало утицаја на даљи професионални рад само код 18,8%, а најчешће последице, код половине њих (53,6%) су: смањено задовољство послом који обављају; 4,0% лекара је као последицу навело пораст крвног притиска, главобољу, поремећај расположења у породици, а што је занимљиво и повећање самокритичности у даљем раду.

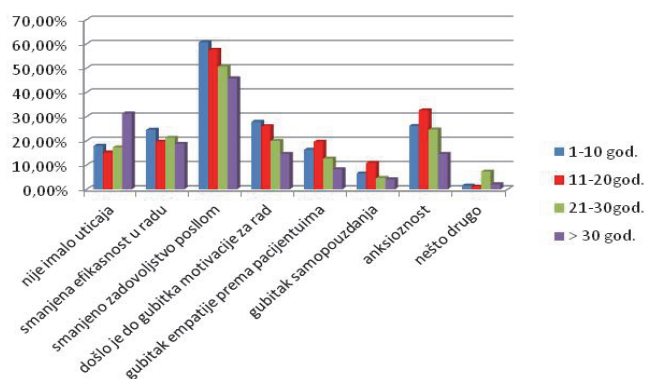


Графикон 19. Последице насиља на даљи професионални рад лекара.

У односу на пол, радно место и квалификацију није било статистички значајне разлике, једино су лекари са стажом од 21 до 30 година чешће наводили и друге последице (пораст крвног притиска, главобољу, поремећај расположења у породици, повећање самокритичности у даљем раду), насиља на свој даљи, професионални рад од оних са радним стажом до 10 година ($p=0,05$).

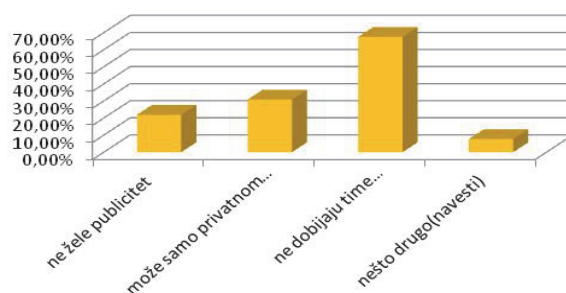
Табела 6. Статистичка значајност разлике појединих непосредних повода за насиље у односу на пол, радно место и квалификацију (95% интервал поверења)

Neposredni povod za nasilje	pol	Radno mesto	Lekar OM/spec.OM
Dugo čekanje na pregled	P= 0,520	P= 0,126	P= 0,434
Loša komunikacija	P= 0,347	P= 0,436	P= 0,195
Neispunjene želje pacijenta	p= 0,122	P= 0,190	P= 0,453
Nezadovoljstvo lečenjem	P= 0,138	P= 0,202	P= 0,612
Nerealna očekivanja pacijenta	P= 0,362	P= 0,813	P= 0,941
Pac. pod dejstvom alkoh. i droga	P= 0,533	P= 0,756	P= 0,232
Psihijatrijski pacijent	P= 0,607	P= 0,849	P= 0,976
Nepoznat razlog	P= 0,796	P= 0,877	P= 0,536
Nešto drugo	P= 0,278	P= 0,932	P= 0,307



Графикон 20. Последице насиља на даљи професионални рад лекара, посматрано у односу на дужину радног стажа

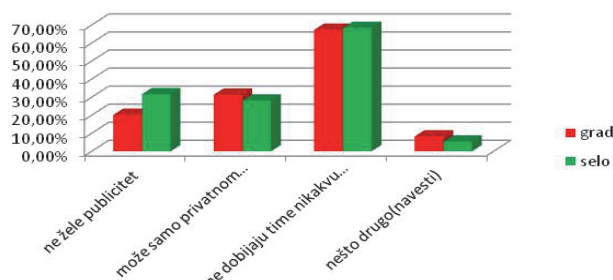
Често лекари не пријављују доживљено насиље полицији, а као најчешћи разлог за то 67,5% је навело да с тим ништа не добијају, никакву заштиту; 30,8% је као разлог навело да законско задовољење могу добити само приватном парницом, која изискује време у дуготрајним процесима.



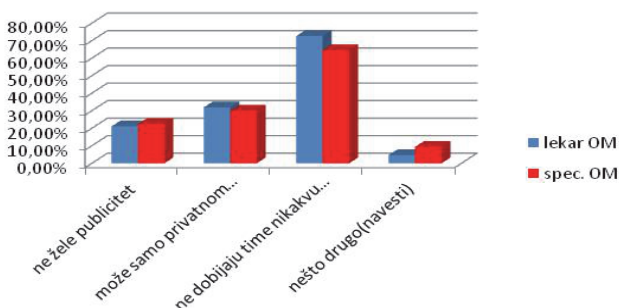
Графикон 21. Разлози за непријављивање насиља полицији

Лекари који раде у сеоским амбулантама чешће не пријављују случај насиља полицији у односу на оне у

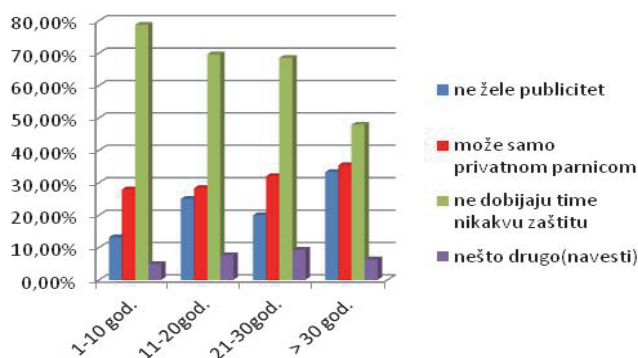
граду, јер не желе публицитет ($p=0,015$), а специјалисти ОМ чешће од лекара ОМ наводе неке друге разлоге за непријављивање: недостатак времена, неефикасност државних органа, пацијенти се информишу путем медија само о својим правима, али не и о обавезама; уз укоренено правило “пацијент је увек у праву”, пријављивање нема никакав ефекат ($p=0,038$). Лекари са више од 30 година радног стажа у значајно мањем проценту мисле да је разлог за непријављивање насиља то што се тиме не добија никаква заштита, као што сматрају и лекари са мањим стажом ($p=0,007$).



Графикон 22. Разлози за непријављивање насиља полицији у односу на радно место

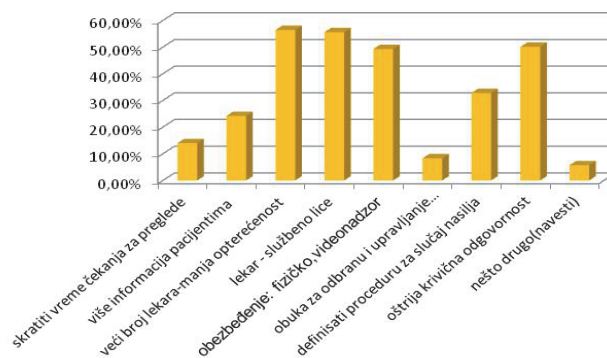


Графикон 23. Разлози за непријављивање насиља полицији у односу на квалификацију



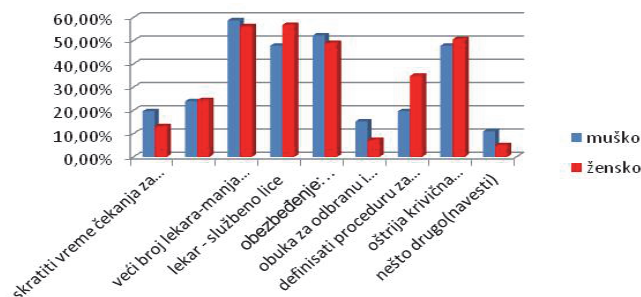
Графикон 24. Разлози за непријављивање насиља полицији у односу на дужину радног стажа

Од понуђених предлога за превенцију насиља над лекарима опште медицине, половина испитаника сматра да би томе допринела мања преоптерећеност бројем прегледа (56,0%), увођењем статуса *службеног лица* за здравствене раднике (55,60%), увођењем физичког обезбеђења и видео надзора (49,3%) и увођењем оштрије кривичне одговорности/казне за прекршиоце (50,0%).

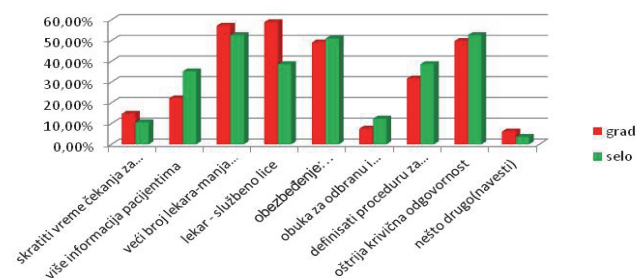


Графикон 25. Мере превенције против насиља

У односу на пол, жене у значајно већем проценту од мушкараца сматрају да би дефинисање процедуре за случај насиља над лекарима на време спречило насиље ($p=0,006$).

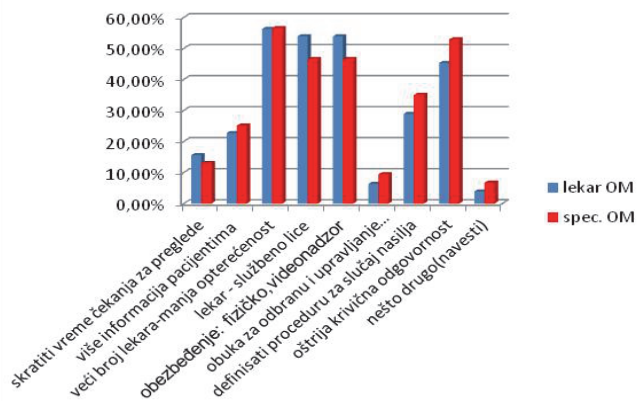


Графикон 26. Мере превенције против насиља у односу на пол



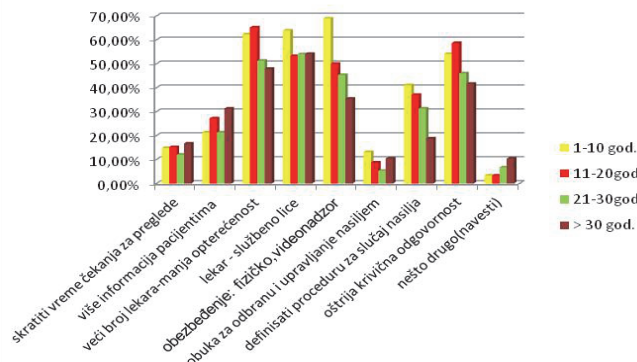
Графикон 27. Мере превенције против насиља у односу на радно место

Лекари који раде у граду чешће као меру превенције насиља наводе увођење статуса *службено лице* ($p=0,005$) за лекаре, а лекари пак у сеоским амбулантама су чешће мишљења да је важна мера превенције - пружање више информација пацијентима и њиховим породицама ($p=0,018$).



Графикон 28. Мере превенције против насиља у односу на квалификацију

Лекари специјалисти ОМ значајно чешће него лекари ОМ, као меру за превенцију насиља наводе увођење оштрије кривичне одговорности/казне за извршиоце насиља ($p=0,026$).



Графикон 29. Мере превенције против насиља у односу на дужину радног стажа

У односу на дужину радног стажа, лекари са стажом дужим од 30 година статистички значајно ређе мисле да би увођење техничке заштите допринело превенцији насиља над лекарима опште медицине ($p=0,016$).

Дискусија

Последњих деценија порасли су сви облици насиља над здравственим радницима од стране пацијената и чланова њихових породица, попримивши димензије епидемије, па је зато и 1996. год. проглашена за јавноздравствени проблем¹⁶. У оквиру истраживања подељено је 950 упитника, а враћено је 411 - стопа одговора је 43,26%. У студијама у свету стопа одговора варира, па је у националној студији у Аустралији¹⁷ износила 26,3%, у студији у Канади¹⁸ - 20,4%, у В. Британији¹⁹ - 78%, а у истраживању у Израелу²⁰ стопа одговора износила је чак 88,5%. Заступљеност насиља посматрана је у току целокупног радног стажа, као и у студији из Канаде¹⁸, мада је већина истраживача посматрала појаву насилничких догађаја у последњих 12 месеци^{19,21,17,22,23,24,25}. У истраживању спроведеном у Јапану²⁶ посматрана је појава насиља над лекарима у последњих 6 месеци, у Канади² у последњих месец дана, а у Мароку²⁷ у последње две недеље.

Наши испитаници су у току свог радног стажа доживели неки вид насиља у високом проценту - 85,4%, а у истраживању *B. Miedema*² и сарадника спроведеном у Канади 2010. проценат је износио чак 97,9%. У претходној години неки вид насиља доживело је 62,3% наших испитаника, док је у истраживању спроведеном 2013. год. у Пакистану²² тај проценат износио 73,8%. У истраживању које су спровели 2006. *Chambers F* и *Kelly M*, у Ирској²⁸ је 62% а у Аустралијској студији *S. Koritsas* и сарадника из 2007. год.⁵ је 57%, док је у студији спроведеној у Немачкој²³ чак 92,2% испитаника доживело неки вид насиља у протеклих годину дана. Најчешћи вид насиља у испитиваној популацији било је вербално насиље (94,6% испитаника), што се поклапа и с резултатима из литературе^{29,16,28,19,17,30,22,23,31,32}. У истраживању *Gale C.* и сарадника на Новом Зеланду проценат вербалног злостављања био је знатно нижи - 15,4%, у истраживању *Mayuri A.* и сарадника 2008. у Јапану²⁶ је 24,1%. Није мали проценат ни оних који су у оквиру насиља доживели застрашивање (41%), док је у истраживању у Ирској износио 31%, у истраживању на Новом Зеланду²¹ - 11,5%, у Кини³³ - 27,72%, а у Мароку²⁷ - 30% испитаника. Физичко насиље је било заступљено код 8,83% испитаника, нешто више код особа мушког пола. Заступљеност физичког насиља била је приближна као и у другим истраживањима. У Јапану²⁶ је проценат физичког насиља био најмањи и износио је 2,1%, у В. Британији¹⁹ - 4%, у Канади² - 8%. Нисмо нашли статистички значајну разлику у заступљености вербалног и физичког насиља у односу на пол, радно место, специјалност и дужину радног стажа, мада су у Аустралијском истраживању⁵ лекари с краћим радним стажом чешће доживели вербално злостављање и застрашивање, као и у студији коју је спровео *Magin*

са сарадницима³⁴, где су лекари са дужим радним стажом имали мањи обим свих облика насиља. У истраживању које је спровео *Jankowiak B.* са сарадницима у Пољској³¹ жене су чешће доживљавале застрашивање и сексуално узнемиравање, а мушкарци вребално и физичко злостављање, а лекари у граду су имали мањи проценат насиља у односу на оне у приградским насељима и мањим местима.

У нашем истраживању лекари су доживели најчешће насиље од стране својих пацијената – 83,2%, а потом рођака пацијената – 43,2%. Пацијенти су и у већини истраживања били у високом проценту извршиоци насиља над лекарима^{28,21,35,2,23,18} мада је *Imran N.* са сарадницима у истраживању спроведеном 2013. год. у Пакистану²², нашао да су починиоци насиља најчешће (у 71% случајева) били рођаци пацијената. У Канадској студији¹⁸ починиоци насиља у 90% случајева су били пацијенти, али су код 70% извршиоци насиља били и чланови породице пацијената.

У случајевима насиља лекаре најчешће није нико заштитио (44,2%), а у приближно четвртини случајева насиља заштитили су их колеге и други сарадници у тиму. У истраживању *Miedema BB* и сарадника у Канади², 76% лекара који су доживели насиље није нико заштитио, а у студији *Simone F.* у Немачкој²³ 83,6% испитаника су најважнију социјалну подршку и помоћ имали од колега и сарадника на послу.

Према мишљењу лекара у нашем истраживању, најчешћи узрок за насилничко понашање је незадовољство пацијента због неиспуњавања његових жеља од стране лекара (60,4%), потом дуго чекање на преглед (37%) и нереална очекивања пацијената (36,5%). У подацима из литературе, најчешћи узрок насилничком понашању према лекарима је дуго чекање на прегледе, ограничени ресурси и незадовољство пруженом услугом^{16,18,20,27}, а неки аутори наводе као узрок алкохолисаност пацијената или да су под дејством опојних дрога^{27,25}.

Насиље оставља последице на физичко и психичко здравље лекара и њихов даљи професионални рад. У нашем истраживању као најчешћу последицу испитаници су наводили смањено задовољство послом који обављају (53,6%), а потом анксиозност и смањену ефикасност у раду. У бројним истраживањима такође је утврђен значајан утицај насиља на добробит лекара, смањено је задовољство послом који обављају^{29,33,30,24}, јавља се несигурност и сумња у сопствене способности и квалитете^{29,17,23}, што доводи и до смањеног радног учинка^{17,30,23}, смањен је квалитет живота лекара^{33,20,31,24} а у неким истраживањима утврђено је да вербално насиље има веће последице од других облика насиља^{29,33,17}.

У оквиру мера за превенцију насиља над лекарима опште медицине, више од половине наших испитаника је навело смањење оптерећености лекара бројем прегледа (56,0%), проглашењем лекара за службено лице (55,60%),

увођењем физичког обезбеђења (49,3%) и увођењем оштрије кривичне одговорности/казне за прекршиоце (50,0%). *Morken T.* и сарадници³⁶ у свом раду наводе да би давање више информација пацијентима - боља комуникација, већа подршка од стране менаџмента, обука здравствених радника за решавање и превенцију насиља, увођење техничке заштите, помогло да се у значајној мери ова појава смањи. Давање више информација пацијентима подржавају у свом раду и *Carmi-Iluz T.* са сарадницима²⁰ а *Forrest L.* и сарадници у свом истраживању наводе да физичко обезбеђење може да смањи само физичко насиље и сексуалне нападе, али да то неће спречити пацијенте и остале починиоце насиља над лекарима да спроведу друге облике насиља¹⁶. У истраживању у Аустралији колеге имају утисак да је насиље над лекарима у порасту³⁷, што је и наш утисак.

Закључак

1. У испитиваној популацији насиље над лекарима је заступљено у високом проценту и нема статистички значајне разлике у односу на пол, радно место, квалификацију лекара и дужину радног стажа.

2. Вербално насиље најчешћи је вид насиља/злостављања. Статистички значајно више специјалиста ОМ је доживело 6-15 пута вербално насиље него лекари ОМ.

3. Лекари су у највећем броју случајева насиље доживели од пацијената.

4. У случају насиља лекаре најчешће није нико заштитио, а у случају пружене заштите то су најчешће били друге колеге и сарадници у тиму.

5. Најчешћи непосредни повод за насиље је незадовољство пацијента због његових неиспуњених жеља, а потом дуго чекање на преглед, нереална очекивања пацијената и његове породице и када је пацијент под дејством алкохола или опојних дрога.

6. Доживљено насиље најчешће је доводило до смањеног задовољства послом који обављају.

7. Најчешћи разлог за непријављивање насиља полицији је што тиме не добијају ништа, никакву заштиту.

8. Као мере за превенцију насиља над лекарима, половина испитаника сматра да би оне могле да се постигну мањом преоптерећеношћу бројем прегледа, увођењем за здравствене раднике, увођењем техничке заштите и увођењем оштрије кривичне одговорности/казне за прекршиоце.

Ограничења

Ово су први резултати о проблему насиља над лекарима у општој медицини у нашој земљи. Треба нагласити да постоје броја ограничења, тако да не можемо рећи да су ово национални подаци јер узорак није стандардизован и релативно је мала стопа одговора,

што је показала и метаанализа студија о овом проблему у Аустралији². Такође је могуће да је насиље последица необразовања и необавештености пацијената, а не може се занемарити ни лоша комуникација лекар-пацијент.

Miloranka Petrov-Kiurski
Slavoljub Živanović

Health Center "Dr Boško Vrebalov", Zrenjanin, Serbia
Emergency medical service, Belgrade, Serbia

Key words:

aggression, violence, general
medicine physicians

Aggression and Violence Directed Toward General Medicine Physicians

Abstract

Objective: To explore the extent of aggression (verbal abuse) and violence (physical abuse) directed toward General Medicine physicians by their patients, to identify causes and consequences of such behaviour on physicians' professional work and to establish prevention measures.

Method: All general medicine physicians who attended an educational seminar from 28 to 29 February 2015 in Belgrade were given the questionnaire and asked to complete it.

Results: 411 general medicine physicians have completed the questionnaire. Both genders were included: 86.37% of them were women. Majority of the participants were in the age group of 51-60 years (45.25%), mean age was 49.27±9.32. Mean number of years in practice was 21.10±9.87. Most of them specialized in General Medicine (62.30%). 85.40% of physicians have encountered some kind of abuse during their work and there was no significant difference regarding physicians' gender or qualifications. In the preceding year 62.3% of participants have encountered aggression or violence in their workplace. Aggression was reported by 82.97% and violence by 8.83% of participants. There were no statistically significant differences in terms of physicians' gender ($p=0.859$), type of workplace ($p=0.097$), number of years in practice ($p=0.640$) and specialty ($p=0.537$).

In 83.2% of cases acts of aggression or violence have been committed by patients and in 40.2% by members of their families. In 44.2% of these cases nobody tried to assist the physicians and even less so if they were male doctors ($p=0.05$).

The most common causes were: patients' dissatisfaction (60.4%), long waiting time for examination (37.0%) and patient's alcohol or drug intoxication (35.0%). The most common consequence of this on physicians was decreased satisfaction with their job (53.6%).

Prevention measures for this issue would be: decreasing of the number of consultations per day (56.0%), introduction of a new 'in line of duty' status for healthcare workers (55.60%), providing security personnel (49.3%) and stricter punishments for such offences (50.0%).

Conclusion: Aggression and violence directed toward physicians are largely present, predominantly in the form of aggression. The most often offenders are patients, the cause is patients' dissatisfaction with their unfulfilled expectations and the most common consequence on physicians is decreased satisfaction with the job they are doing.

ИСТРАЖИВАЊЕ

“НАСИЉЕ/ЗЛОСТАВЉАЊЕ НАД ЛЕКАРИМА У ОПШТОЈ МЕДИЦИНИ”

Према резултатима бројних истраживања која су спроведена у свету, потврђује се значајан проценат злостављања, насиља и насилничког понашања пацијената и чланова њихових породица према лекарима, а нарочито према лекарима опште/породичне медицине. Посебно забрињава повећање преваленције оваквих догађаја последњих неколико година. Наши лекари такође нису поштеђени оваквих нежељених инцидената, али истраживања о величини овог проблема нису спроведена, те не постоје национални подаци о насиљу/злостављању лекара. Као неопходни предуслови истраживања морају се дефинисати појмови чија се појава истражује, па у складу с тим: “вербално насиље” се може дефинисати као покушај да се нападне друго лице путем оштрих речи, псовања, агресивног начина говора, претњи, или на било који други начин комуникације који није прихватљив, али не доводи до физичког контакта и повреде. “Физичко насиље” се може дефинисати као било који облик напада који има компоненту непосредног насилног контакта.

Циљ истраживања. 1. Да се утврди заступљеност насиља/злостављања над лекарима опште медицине од стране пацијената и чланова њихових породица.

2. Да се сагледа који су непосредни узроци (према мишљењима лекара) за такво насилничко понашање.

3. Каква је последица оваквих инцидената на професионални рад лекара.

4. Које би мере могле да превенирају насиље/злостављање над лекарима опште медицине?

Метод истраживања. Инструмент истраживања је анониман, дизајниран *on-line* упитник који би се понудио лекарима опште медицине на њихове имејл адресе да га попуне, а такође и преко актива опште медицине у оквиру подружница СЛД и ДЛВ, са циљем да што већи оброј лекара опште медицине буде укључен у истраживање. Упитником добијени подаци ће бити статистички обрађени, а резултати истраживања биће објављени у часопису Општа медицина.

УПИТНИК

“НАСИЉЕ/ЗЛОСТАВЉАЊЕ НАД ЛЕКАРИМА У ОПШТОЈ МЕДИЦИНИ”

1. **Пол:** мушки женски

2. **Старост (у годинама):**

3. **Радно место:** град село

4. **Специјалност:** лекар опште медицине спец. опште медицине

5. **Дужина радног стажа (у годинама):**

6. **Да ли сте доживели неки вид насиља/злостављања од стране пацијената или чланова њихових породица?**

ДА НЕ

7. Колико пута сте до сада (у току радног стажа) доживели насиље/злостављање?

- вербално насиље/злостављање
- физичко насиље злостављање

8. Да ли сте у току претходне године доживели насиље/злостављање?

ДА НЕ

9. Који вид насиља/злостављања сте доживели:

- вербално насиље
- застрашивање
- претња породици
- физичко насиље без повреде
- физичко насиље са повредом
- сексуално узнемиравање
- оштећење имовине

10. Насиље/злостављање сте доживели од:

- пацијента
- чланова његове породице
- неког другог (навести) _____

11. Да ли Вас је неко заштитио?

- колеге
- сарадници у тиму
- претпостављени
- други пацијенти
- позвао/ла сам полицију
- нико

12. Који је био непосредни повод за насиље/злостављање које сте доживели?

- дуго чекање на преглед
- незадовољство односом у комуникацији
- немогућност да се испуне пацијентове жеље у погледу дијагностике и лечења
- незадовољство постигнутим резултатима у процесу лечења и праћења пацијента
- нереална очекивања пацијента и његове породице

- пацијент под дејством алкохола или опојних дрога
- психијатријски пацијент
- непознат разлог
- нешто друго (навести) _____

13. Како је насиље/злостављање утицало на Ваш даљи професионални рад?

- није имало утицаја
- смањена ефикасност у раду
- смањено задовољство послом
- дошло је до губитка мотивације за рад
- дошло је до губитка емпатије према пацијентима
- губитак самопоуздања
- анксиозност
- нешто друго (навести) _____

14. Зашто, по Вашем мишљењу, лекари не пријављују насиље полицији?

- не желе публицитет
- законско задовољење могу остварити само путем привате парнице
- не добијају тиме никакву заштиту
- нешто друго (навести) _____

15. Које би биле, по Вашем мишљењу, мере превенције против насиља/злостављања лекара ?

- скраћење времена чекања пацијената на преглед
- пружање више информација пацијентима и њиховим породицама
- већи број лекара, а тиме и мања преоптерећеност клиничким радом
- лекар-службено лице
- обезбеђење: физичко, видео-надзор
- обука за самоодбрану и управљању насиљем
- у установи дефинисати процедуру у случају насиља/злостављања над здравственим професионалцима
- оштрија кривична одговорност/казна за прекршиоца
- друго (навести) _____

ХВАЛА ВАМ НА ИЗДВОЈЕНОМ ВРЕМЕНУ ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ОВОГ УПИТНИКА.

Literatura References

- Alexander C, Fraser J. *Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers*. J Healthc Manag. 2004 Nov-Dec; 49(6):377-90.
- Miedema BB, Hamilton R, Tatemichi S, Lambert-Lanning A, Lemire F, Manca D, Ramsden VR. *Monthly incidence rates of abusive encounters for canadian family physicians by patients and their families*. Int J Family Med. 2010;387202.
- Violence against doctors: Why China? Why now? What next?* Editorial. The Lancet 2014 Mar [cited 2015 Jun 16]; 22:383(9922):1013 available from: <http://middleeast.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2960501-8/fulltext>.
- Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. *Aggression and Violence Against Primary Care Physicians. Nationwide Questionnaire Survey*. Dtsch Arztebl Int. 2015 Mar; 112(10):159-65.
- Koritsas D, Coles J, Boyle M, Stanley J. *Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study*. Br J Gen Pract. 2007 Dec 1;57(545):967-970.
- J Ness GJ, Allan House A, Ness AR. *Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England* BMJ. 2000 May 27;320(7247):1447-1448.
- Assaults Upon Medical Men. JAMA. 1892;18:399-400.
- Mäulen B. *An ever increasing incidence of violence against physicians*. MMW Fortschr Med. 2013 Mar 21; 155(5): 21; 155(5):14-6, 18, 20.
- Grave concern about the growing incidence of violence against doctors across the globe has been expressed by the World Medical Association. [cited 2015 Jun 10]; available from: [http://www.wma.net/en/40news/20archives/2015/2015_16/\(17.04.2015\)](http://www.wma.net/en/40news/20archives/2015/2015_16/(17.04.2015)).
- Morrison JL, John D Lantos, Wendy Levinson W. *Aggression and Violence Directed Toward Physicians*. J Gen Intern Med. 1998 Aug [cited 2014 Jun]; 13(8):556-561 available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497004/>.
- Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. *Rural general practitioner experience of work-related violence in australia*. Aust J Rural Health. 2003 Oct;11(5):231-6.
- Mäulen B. *Vorsicht Patient! Immer mehr schwere Gewaltdelikte gegen Ärzte*. MMW Fortschr Med. 2013; 155:14-20.
- Püschel K, Cordes O. *Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko*. Dtsch Arztebl. 2001; 98:A153-A157.
- Rowe L Royal. General practice - a safe place: tips and tools. Australian College of General Practitioners (RACGP) [Internet]. [cited 2015 Jun 16] Available from: <http://www.racgp.org.au/your-practice/business/tools/safetyprivacy/gpsafeplace>.
- Wu D, Wang Y, Lam KF, Hesketh T. *Health system reforms, violence against doctors and job satisfaction in the medical profession: a cross-sectional survey in Zhejiang Province, Eastern China*. BMJ Open. 2014 Dec 31;4.
- Laura f, Rhian P, Kelsey H, Hagen T. Patient Initiated Aggression and Violence in Australian General Practice [online]. Aust Fam Physician, 2010 May; [cited 2015 Jun 10] 39(5): 323-326 Available from: <http://www.racgp.org.au/afp/201005/37135>
- Forrest LE, Herath PM, McRae IS, Parker RM. *A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia*. Med J Aust 2011;194(11):605-608.
- Miedema B, Hamilton R, Tatemichi SR, Lemire F. *Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. A minor, major, or severe problem?* Can Fam Physician. 2010 Mar; 56(3):e101-e108.
- Dixon CAJ, Tompkins CNE, Allgar VL, et al. *Abusive behaviour experienced by primary care receptionists: a cross-sectional survey*. Fam Pract 2004; 21:137-139.
- Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. *Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study*. BMC Health Serv Res. 2005;5:54.
- Gale C, Arroll B, Coverdale J. *Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: One-year prevalence*. N Z Med J. 2006;119:1-7.
- Imran N, Pervez MH, Farooq R, Asghar AR. *Aggression and violence towards medical doctors and nurses in a public health care facility in Lahore, Pakistan: A preliminary investigation*. Khyber Med Univ J. 2013; 5(4):179-184.
- Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. *Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey*. BMC Health Services Research 2010; 10:51.
- Magdalena Guggenheim M, Soltermann B, Hänsel a, wolf A, Langewitz WA, Zemp Stutz E. *Aggressions by patients against medical doctors in Switzerland*. ASA | SVV Suchterkrankungen, Medinfo 2009;2:62-75.
- Torill Skibeli J, Morken T. *Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study*. Scand J Prim Health Care, 2012; 30:55-60.
- Arimatsu M, Wada K, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Aizawa J, Higashi T. *An Epidemiological Study of Work-related Violence Experienced by Physicians who Graduated from a Medical School in Japan*. J Occup Health 2008;50:357-361.
- Jihane Belayachi, Kamal Berrechid, Fatiha Amlaiky, Aicha Zekraoui, Redouane Abouqal. *Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact*. Belayachi et al. J Occup Med Toxicol. 2010[cited 2015 Jun 16]; 5:27 Available from: <http://www.occup-med.com/content/5/1/27>
- Chambers F, Kelly M. *Violence at work: the experience of general practice receptionists*. Ir Med J. 2006 Jun; 99(6):169-71.
- Herath P, Forrest L, McRae I, Parker R. *Patient initiated aggression - prevalence and impact for general practice staff*. Aust Fam Physician 2011 Jun;40(6):415-8.
- Parker Magin, Terry Joyce, Jon Adams, Susan Goode, Georgina Cotter *Receptionists' experiences of occupational violence in general practice: a qualitative study*. Br J Gen Pract. 2009 August 1;59(565):578-583.
- Jankowiak B, Kowalczyk K, Krajewska-Kulak E, Sierakowska M, Lewko J, Klimaszewska K. *Exposure the doctors to aggression in the workplace*. Adv Med Sci. 2007; 52(Suppl 1):89-92.
- Miedema B, Easley J, Fortin P, Hamilton R, Tatemichi S. *Disrespect, harassment, and abuse. All in a day's work for family physicians*. Can Fam Physician 2009 Mar;55(3):279-85.

33. Jianwei Shi, Sheng Wang, Ping Zhou, Leiyu Shi, Yu Zhang, Fei Bai, Di Xue, and Xinkai Zhang, *The Frequency of Patient-Initiated Violence and Its Psychological Impact on Physicians in China: A Cross-Sectional Study*. PLoS One 2015;10(6): e0128394.
34. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, et al. *Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs*. Med J Aust. 2005;183(7):352–356.
35. Kowalczyk K, Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Van Damme-Ostapowicz K, Kowalewska B. *Comparison of the level of aggression towards healthcare workers within Podlaskie Voivodeship*. Int J Occup Med Environ Health 2011 Sep; 24(3): 267-74.
36. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. *Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study*. BMC Fam Pract. 2015 May 1; 16:51.
37. Magin PJ, May J, McElduff P, Goode SM, Adams J, Cotter GL. *Occupational violence in general practice: a whole-of-practice problem*. Results of a cross-sectional study. Aust Health Rev. 2011 Feb; 35(1):75-80.

Primljen • Received: 01/02/2016
Ispravljen • Corrected -
Prihvaćen • Accepted: 10/03/2016

Александра Цветковић

Дом здравља Земун, Београд, Србија

Репродуктивно здравље младих – усмереност ка заједници

Кључне речи:

репродуктивно здравље,
контрацепција, здравствено
васпитање, млади

Сажетак

Увод. Дом здравља Земун је спровео пројекат „Млади у ризику! Добар савет здравља вреди“ у сарадњи са општином Земун и Земунском гимназијом. Сви ученици школе прошли су обуку - предавања и радионице које су се односиле на репродуктивно здравље младих и самопреглед дојки као вид превенције рака дојки.

Циљ рада. Указати на проблем недовољне свести и знања младих о проблемима у вези са репродуктивним здрављем младих.

Метод. Анонимна анкета о репродуктивном здрављу младих.

Резултати. Анкетирано је 1.200 ученика Земунске гимназије

- 59% су биле девојке, а 41% младићи;
- 25% њих су већ имали сексуално искуство;
- 31% је прво сексуално искуство имало са 16 година, а 26% са 15 година;
- 50% је први сексуални однос имало из љубави, 19% из страсти, 17% из радозналости, 0,44% је имало присилан сексуални однос (1 девојка);
- 49% ученика који су имали сексуални однос има сталног партнера.
- Од оних који су се изјаснили да су имали више партнера, 55% њих је имало два партнера, 20% три, 25% четири.
- Контрацептивну заштиту користи 56,50% - стално, 26% - понекад, а 17% не користи контрацептивну заштиту.
- 93% користи кондом као контрацептивну заштиту.
- Скоро 5% је имало полно преносиву инфекцију;
- 0,44% је имало нежељену трудноћу (1 девојка)
- 16% девојака има гинеколога, од којих 11% иде на редовне гинеколошке прегледе.
- На питање о потреби увођења сексуалног или здравственог васпитања у школи, 59% је сматрало да је потребно увести здравствено васпитање, а у оквиру њега и сексуално васпитање.
- На питање ко би требало да држи предавања, 60% анкетираних сматра да би требало више професија да буде укључено у предавања.
- 46% анкетираних сматра да настава треба да буде комбинација предавања и радионица.

Закључак. Због значајног броја младих који рано ступају у сексуалне односе, а недовољног коришћења контрацепције и недовољног нивоа свести о потреби посета гинекологу, намеће се потреба заједничког ангажовања заједнице, школа и здравственог система ради повећања свести и смањења нежељених последица. Ову потребу осећају и млади, а то потврђује и жеља младих за здравственим васпитањем у школама.

Увод

Репродуктивно здравље подразумева не само одсуство болести, већ и усклађено и нормално одвијање физичких, менталних и социјалних процеса који се, пре свега, односе на репродуктивни систем и његово оптимално функционисање (*WHO*, 2001)¹.

Репродуктивно здравље подразумева да су људи у могућности да имају задовољавајући и безбедан полни живот и способност да имају потомство, као и слободу да одлучују да ли ће га имати, када и колико често. Саставни део овога је и право мушкараца и жена да буду информисани, да имају приступ безбедним, ефективним, доступним и прихватљивим методама планирања породице по свом избору, и право на адекватне услуге здравствене заштите који жени омогућавају безбедну трудноћу и порођај.

У нашој земљи постоји низак ниво рађања – испод нивоа прости репродукције, па су млади носиоци репродукције становништва у непосредној будућности.

Важно је да млади људи разумеју сопствено тело и начин на који функционише, да прихвате и стекну позитиван став о сопственој сексуалности, што им може помоћи да себе сагледају у позитивном светлу и да поштују себе као сексуално биће – ово је основа за будуће искрено и одговорно ангажовање у личним везама.

Једно од обележја савремених друштава је пораст сексуалне активности међу младима. Манифестује се растућим уделом адолесцената који су сексуално активни, све већим бројем оних који прво полно искуство доживљавају у раној адолесценцији (пре 16 година живота) и снижавањем просечног узраста када се први полни однос остварује².

Кроз систем образовања требало би да се спроведе обука младих, која би спречила прерано и незаштићено ступање у сексуалне односе, бројне нежељене последице незнања и предрасуда, различите форме сексуалног искоришћавања, злостављања и насиља, и да допринесе развоју толерантних и на поштовању заснованих и квалитетних односа међу половима и међу људима уопште.

Дом здравља Земун је спровео пројекат *Млади у ризику! Дobar савет здравља вреди* у сарадњи са општином Земун и Земунском гимназијом. Реализација пројекта у школама је почела 18.10.2013. године и трајала до 01.11.2013. године; одржано је укупно 12 предавања и радионица (предавања и радионице за сваку групу одржавале су се у истом дану). Предавања је држала др Надежда Стефановић Миловановић, специјалиста гинекологије и акушерства Дома здравља „Земун“, док су радионице реализоване у сарадњи са Канцеларијом за младе Градске општине Земун, преко волонтера.

Сви ученици школе (40 разреда – 1.200 ученика) прошли су - предавања и радионице које су се односиле на репродуктивно здравље младих (уз претходно спроведену анонимну анкету међу ученицима, непосредно пре почетка предавања), и предавања и радионице у вези са самопрегледом дојки, као вид превенције рака дојки.

Циљ рада

Истражити сексуално понашање адолесцената Земунске гимназије и сагледати њихова знања у вези с репродуктивним здрављем.

Утврдити шта мисле о увођењу здравственог или сексуалног образовања у школама. Циљ пројекта је био и да се на дужи период образовањем спречи прерано и незаштићено ступање у сексуалне односе, бројне нежељене последице незнања и предрасуда, различите форме сексуалног искоришћавања, злостављања и насиља, и да се укаже на проблем недовољне свести и знања младих о проблемима у вези с репродуктивним здрављем.

Метод

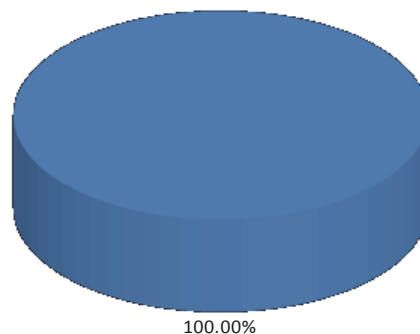
Анонимна анкета о репродуктивном здрављу младих, одобрена од стране Градског завода за јавно здравље и Министарства здравља – анкета у вези с репродуктивним здрављем младих, спроведена међу ученицима Земунске гимназије.

Анкетирано је 1.200 ученика Земунске гимназије узраста 15-19 година (од првог до четвртог разреда - 40 разреда).

Резултати

Питање 1. Занимање

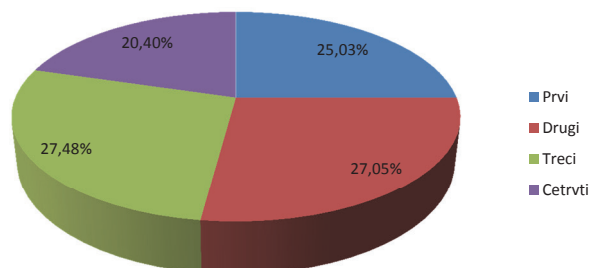
100.00% Ученик
0.00% Наставник
0.00% Психолог



- Од свих анкетираних ученика 59% су биле девојке, а 41% младићи.

Питање 2. Разред?

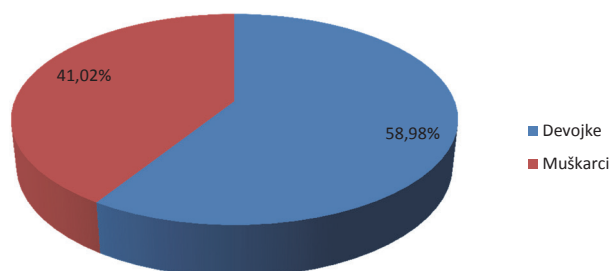
25.03% први
27.05% други
27.48% трећи
20.40% четврти



- 25% анкетираних су већ имали сексуално искуство, односно 34% мушкарца и 18% девојака.

Питање 3. Пол?

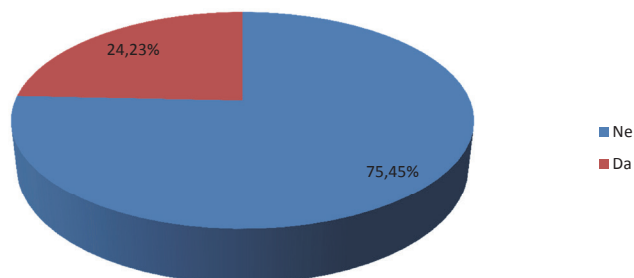
58.98% Девојке
41.02% Мушкарци



- Највећи број њих је прво сексуално искуство имало у 16 години – 31%, а 26% у петнаестој години.

Питање 4. Да ли сте имали сексуално искуство?

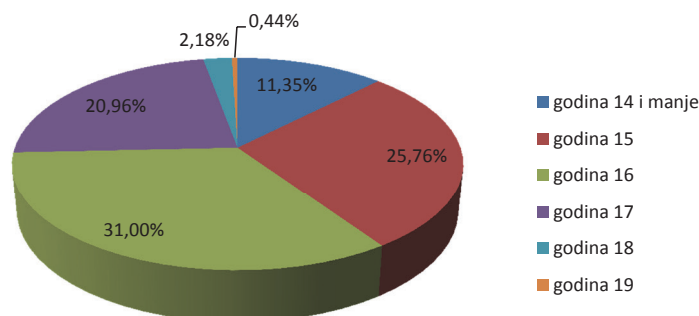
75.45% Не
24.23% Да



- 25% анкетираних је већ имало сексуално искуство, односно 34% мушкарца и 18% девојака.

Питање 5. Уколико јесте, са колико година је било прво сексуално искуство?

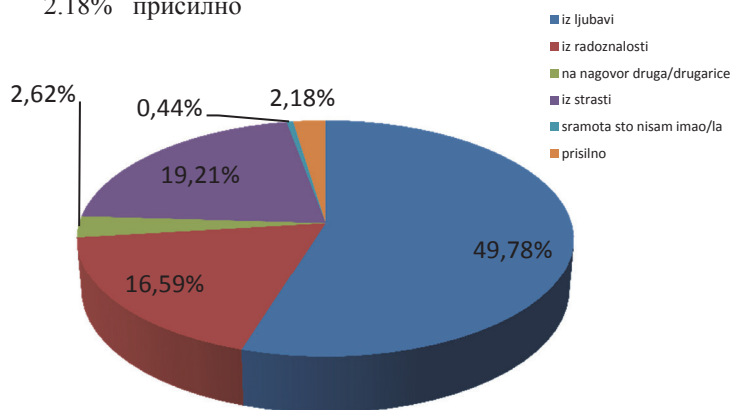
11.35% година 14 и мање
25.76% година 15
31.00% година 16
20.96% година 17
2.18% година 18
0.44% година 19



- Највећи број њих је прво сексуално искуство имало у 16. години – 31%, а 26% у петнаестој години.

Питање 6. Разлог због ког сам ушао/ушла у сексуални однос?

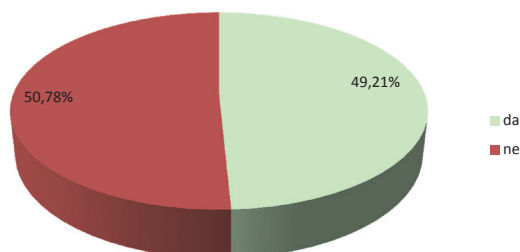
49.78% из љубави
16.59% из радозналости
2.62% на наговор друга/другарице
19.21% из страсти
0.44% срамота сто нисам имао/ла
2.18% присилно



- 50% је први сексуални однос имало из љубави, 19% из страсти, а 17% из радозналости, 02,18% је имало присилан сексуални однос (1 девојка).

Питање 7. Да ли имате сталног партнера?

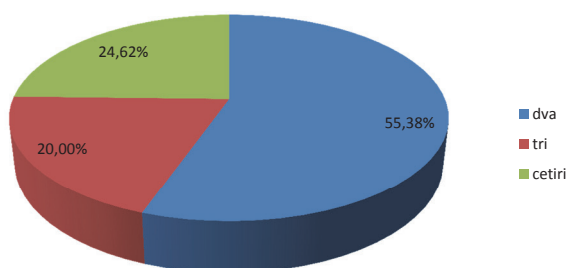
49.21% да
50.78% не



- 49% ученика који су имали сексуални однос има сталног партнера

Питање 8. Уколико је одговор на претходно питање не, колико сте до сада имали различитих партнера?

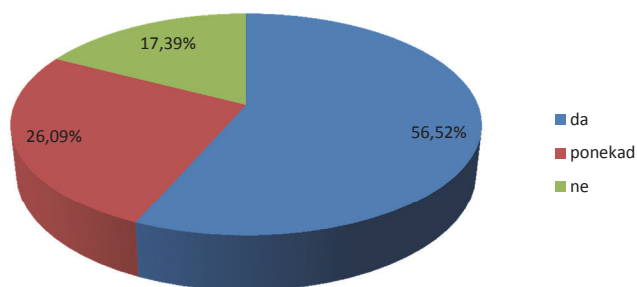
55.38% два
20.00% три
24.62% четири



- Од анкетираних ученика који су се изјаснили да су имали више партнера 55% њих је имало 2 партнера, 20% три, 25% четири.

Питање 9. Да ли користите контрацептивну заштиту?

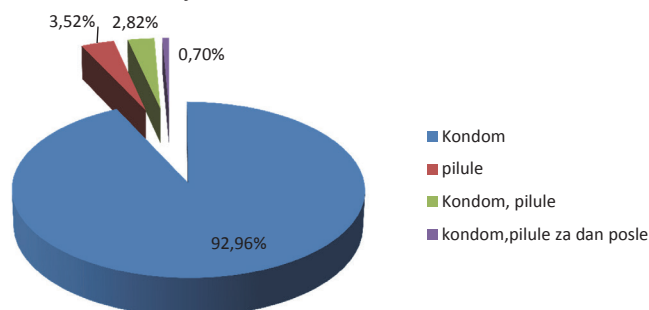
56.52% да
26.09% понекад
17.39% не



- Контрацептивну заштиту користи 56,50% - стално, 26% - понекад, а 17% не користи контрацептивну заштиту.

Питање 10. Уколико је Ваш одговор на претходно питање под а) и б), коју контрацептивну заштиту користите?

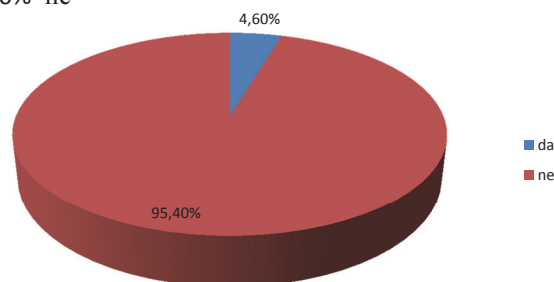
92.96% кондом
3.52% пилуле
2.82% кондом, пилуле
0.70% кондом, пилуле за дан после



- 93% анкетираних користи кондом као контрацептивну заштиту

Питање 11. Да ли сте имали бар једну полно преносиву инфекцију?

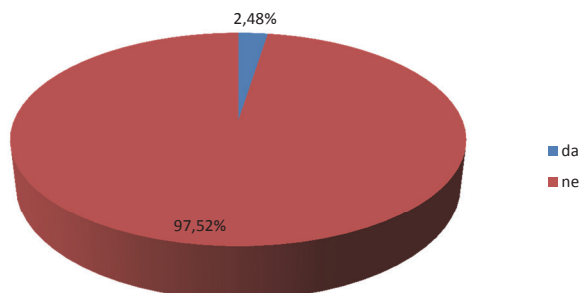
4.60% да
5.40% не



- Скоро 5% анкетираних је имало полно преносиву болест

Питање 12. Да ли сте имале нежељену трудноћу / да ли је ваша девојка имала нежељену трудноћу?

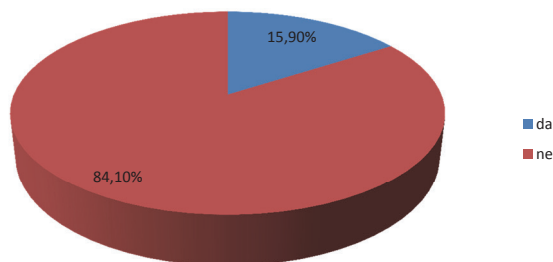
2.48% да
97.52% не



- 2,48% је имало нежељену трудноћу или му је девојка имала нежељену трудноћу (1 девојка) – од укупно 229 анкетираних адолесцената који су имали сексуални однос (98 девојака и 131 младић).

Питање 13. Да ли имате свог изабраног гинеколога (за девојке)?

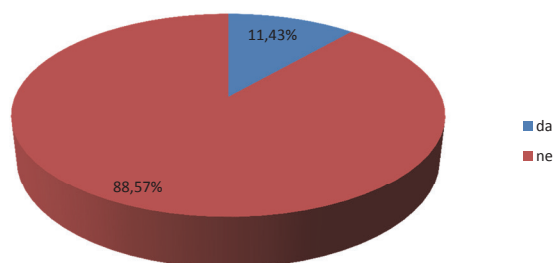
15.90% да
84.10% не



- 16% девојака има свог изабраног гинеколога, од којих 11% иде на редовне гинеколошке прегледе

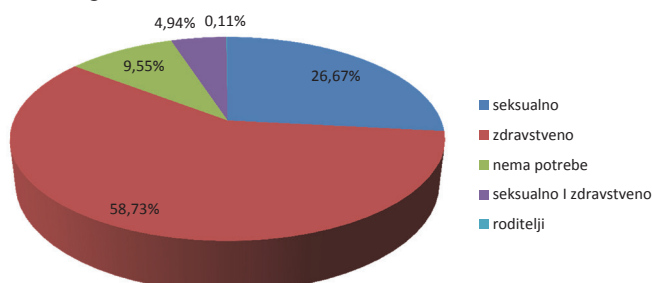
Питање 14. Да ли редовно идете на гинеколошке прегледе (за девојке)?

11.43% да
88.57% не



Питање 15. Да ли мислите да је потребно увести сексуално или здравствено васпитање у школе?

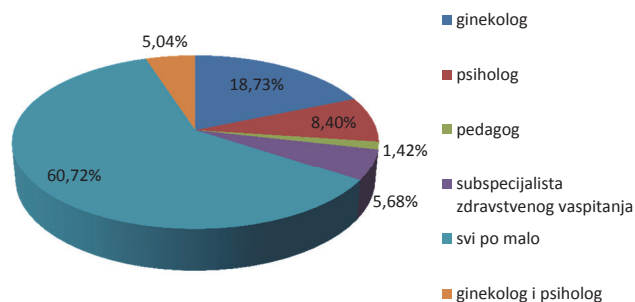
26.67% сексуално
58.73% здравствено
9.55% нема потребе
4.94% сексуално и здравствено
0.11% родитељи



- На питање о потреби увођења сексуалног или здравственог васпитања у школи, 59% анкетираних је сматрало да је потребно увести здравствено васпитање а, у оквиру њега, и сексуално васпитање.

Питање 16. Ко би по Вама требало да Вам држи та предавања - уколико је одговор на претходно питање било под а) или б)?

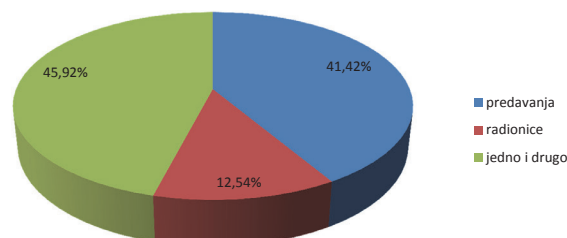
18.73% гинеколог
8.40% психолог
1.42% педагог
5.68% супспецијалиста здравственог васпитања
60.72% сви помало
5.04% гинеколог и психолог



- На питање ко би требало да држи предавања, 60% анкетираних сматра да би требало више професија да буде укључено у предавања.

Питање 17. Да ли сматрате да треба организовати:

41.42% предавања
12.54% радионице
45.92% и једно и друго



- 46% анкетираних сматра да настава треба да буде организована у виду комбинације предавања и радионица.

Дискусија

Последњих година јавља се велики број истраживања која се односе на сексуалну активност младих. Разлог је све већа сексуална активност младих, односно адолесцената од 1964. године до данас.

У најновијем истраживању здравља становника Србије (Институт за јавно здравље Србије „Др Милан

Јовановић–Батут“)³, спроведеном 2013. године, 18,9% становника Србије узраста 15-17 година имало је сексуалне односе.

Према овом истраживању, у нашој земљи прво сексуално искуство младићи имају у 15-16 година, а девојке у 16-17 година; само 25% адолесцената користи контрацептивну заштиту, 20%-30% адолесцената има бар једну полно преносиву инфекцију, свака шеста девојка од 19 година имала је искуство бар једне нежељене трудноће. У Србији се региструје 16 000 нежељених адолесцентских трудноћа, од тога 90% нежељених.

У истраживању спроведеном у Новом Саду 1964, 1980 и 2000. године⁴, дошло се до податка да се у посматраном периоду проценат сексуално активних адолесценткиња повећавао од 2% у 1964. години, преко 9% у 1980. години до 26% у 2000. години⁵. Истраживање које је спроведено у Земунској гимназији, показало је да је данас сексуално активно 25% адолесцената.

Преурањена сексуална активност младих пре достизања физичке и психосоцијалне зрелости, представља велики ризик који може угрозити њихово репродуктивно здравље – полно преносиве инфекције или трудноћа. Како су у адолесценцији трудноће најчешће нежељене, оне се углавном завршавају абортусом⁶.

У поменутом истраживању у Новом Саду, разлози првог ступања у сексуалне односе су заљубљеност – код девојака око 75%, код младића 55,2%, док је у истраживању у Земуну из заљубљености, односно љубави у први сексуални однос ступило 50%. Због физичке привлачности (страсти) је у истраживању у Новом Саду ступило 58,7% девојака и 55,2% младића, док је у Земуну из страсти ступило у први сексуални однос 19%.

У истраживању у Новом Саду просечан број досадашњих сексуалних партнера је 2,5; у Земуну је 55% адолесцената имало сексуалне односе са 2 партнера, 20% са 3 партнера, и 25% са 4 партнера.

Само трећина (34,4%) сексуално активних адолесцената у Новом Саду увек користи контрацепцију, док је у Земуну тај проценат 56,5%; у Новом Саду никад не користи контрацепцију 8,2%, а у Земуну је тај проценат већи и износи 17%. Најчешће коришћено контрацептивно средство у оба истраживања је кондом.

Друго истраживање је спроведено међу студентима Медицинског и Економског факултета у Крагујевцу октобра 2008. године - 615 испитаника, где је анализирано сексуално понашање студената оба пола⁷. Резултати овог истраживања су показали да 41,6% анкетираних студената има сексуалне односе. Код 50,4% разлог ступања у први сексуални однос била је љубав према партнеру.

Кондом као контрацептивно средство у истраживању у Крагујевцу при првом сексуалном контакту користи 80% студената, док више од половине испитаника (51,6%) при сексуалном односу не користи увек контрацептивна средства.

Студенти који имају сексуалне односе у 71,9% одржавају сексуалне односе само са једним партнером.

Још једно истраживање међу ученицима првог и четвртог разреда три гимназије у Београду, спроведено од 01. до 15. фебруара 2008. године, обухватило је 292 ученика⁸; 33,6% испитаних адолесцената било је сексуално активно, док је у истраживању у Земуну тај проценат 25%. Просечан узраст ступања у сексуалне односе за девојке је био 16,5 година, а за младиће 15,7 година; 83,7% испитаника који су имали сексуални однос користи контрацептивна средства, док је тај проценат у истраживању у Земуну 93%.

Истраживање спроведено у Нишу међу 1.101 адолесцентом узраста између 13 и 25 година (472 мушког и 629 женског пола), сагледавало је актуелне склоности у сексуалном понашању младих⁹. Истраживање је показало да је 84% адолесцената и 65% адолесценткиња имало сексуално искуство. Посебно забрињава податак да је свака двадесета адолесценткиња силована, или је сексуални однос доживела као силовање, при чему је силоватељ најчешће био стални партнер. У овом истраживању резултати сугеришу потребу за системским променом у области обуке младих људи о сексуалности и заштите од ризичног сексуалног понашања.

Према резултатима Интернационалне студије о фертилитету и породици, контрацепцију је током првог полног односа користило 55% младих узраста 20-24 године у Пољској, Мађарској и Летонији, док је у развијеним земљама, као што су Француска, Шпанија и Белгија три четвртине младих истог узраста користило контрацепцију при првом полном односу¹⁰. У нашем истраживању 56,5% испитаника користи контрацепцију при сексуалном односу.

Касније ступање у сексуалне односе, смањење броја сексуалних партнера и повећана употреба кондома, представљају начине да се смањи учесталост сексуално преносивих инфекција и нежељене трудноће код тинејџерки¹¹.

На тему увођења здравственог, односно сексуалног васпитања у школама, као и дискусија на тему ко би требало да води ту наставу, у претраженој литератури нисам дошла до података. Једино постоји податак Покрајинског секретаријата за спорт и омладину о пројекту „Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу“.

Ђаци скоро свих војвођанских средњих школа већ трећу годину слушају ваннаставна предавања на тему репродуктивног здравља. Предмет се назива „Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу“. Предавања воде посебно обучени предавачи, а Радна група састављена од еминентних стручњака из области гинекологије, урологије, психологије, епидемиологије и омладинског рада пажљиво је осмислила програм и приручник намењен средњошколцима.

Ученици, професори, директори, школски одбори, а пре свега родитељи, препознали су значај оваквог пројекта који се спроводи у средњим школама Војводине, па је сваке године све већи број школа укључен у пројекат. Прве године је на конкурс Покрајинског секретаријата за спорт и омладину учествовало само 10 школа, и око 1.000 ученика, а ове године је укључена 71 средња школа.

Закључак

Због све већег броја младих који рано ступају у сексуалне односе, недовољног коришћења контрацепције и недовољног нивоа знања о полнопрениосивим болестима, као и о последицама ризичног понашања у вези са сексуалним односима, указује се потреба заједничког ангажовања заједнице, невладиног сектора, школа и здравственог система ради повећања свести младих о значају превенције, а тиме и смањења нежељених последица. Ову потребу осећају и млади, а то потврђује и жеља младих за здравственим васпитањем у школама.

Aleksandra Cvetkovic

Health Center Zemun, Belgrade, Serbia

Reproductive health of the young – orientation toward community

Key words:

Reproductive health, contraception,
health education, young

Abstract

Introduction: Health Center Zemun, in collaboration with Zemun municipality and Zemun Senior High School, carried out the project: “Young Under Risk! Good Advice is worth your health.” All students received training (lectures and workshops) about reproductive health of the young and breast self-exam, as screening method in prevention of breast cancer.

Objective: to demonstrate the problem of insufficient awareness and knowledge about reproductive health in young population.

Method: anonymous questionnaire regarding reproductive health of the young.

Results: 1200 students of Zemun Senior High School were interviewed.

- 59% were girls, and 41% were young men.
- 25% were sexually active.
- 31% and 26% of them had the first sexual experience in age of 16 and 17 years respectively.
- The ground for the first sexual relationship was love in 50%, passion in 19%, curiosity in 17% of cases, and 0.44% (one girl) was raped.
- 49% of sexually active students have exclusive sexual partner.
- In group of the students with multiple sexual partners, 55% of them had two partners, 20% three, and 25% four partners.
- 56.5% of sexually active students are using contraception always, 26% occasionally, and 17% do not use contraception.
- Condom is method of contraception in 93% of students.
- 5% had a sexually transmitted infection.
- 0.44% (one girl) had unwanted pregnancy
- 16% of the girls have visited gynecologist, and 11% have regular gynecologic exams.
- 59% of students believe that health education with sexual education as it constituent should be introduced in curriculum
- 60% of students suppose that different experts should be involved in teaching the health education.
- 46% of students think that health education should combine lectures and workshops.

Conclusion: Increasing number of adolescents who are involved in sexual relationships combined with scarce use of contraceptives and insufficient awareness of importance of gynecological check-ups are imposing the need to include community, schools and healthcare in order to increase awareness and to decrease unwanted consequences. This need is recognized by adolescents, as confirmed by their wish to include health education into high school curriculum.

Literatura References

1. Regional strategy on sexual and reproductive health Copenhagen, Denmark, WHO, Regional Office for Europe, 2001.
2. Седлецки К. Понашање и ставови адолесцената релевантни за репродуктивно здравље. Становништво 2001;39:91-117.
3. Истраживање здравља становника Србије. Министарство здравља Републике Србије, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић–Батут“, Београд, 2013.
4. Мијатовић-Јовановић В и сар. Сексуално понашање адолесцената. Институт за заштиту здравља, Нови Сад.
5. Капор-Стануловић Н, Капамација А. Follow-up - студија о знању и понашању младих у регулацији фертилитета (1964-1980-2000), Социјална мисао, 2000;3-4:149-154.
6. Станковић Б. У сусрет промоцији репродуктивног здравља младих, Београд. Зборник Института за педагошка истраживања, 2007.
7. Радовановић С, Коцић С, Шорак М, Милић Ч. (2008): Ставови и понашање студената у вези са репродуктивним здрављем. Med Pregl 2010;58(11-12):859-862.
8. Кисић-Тепавчевић Д, Штерић М, Кисић В, Поповић А, Пекмезовић Т. Знања, ставови и понашање адолесцената Београда у вези с репродуктивним здрављем. Срп арх целок лек. 2010 Мар-Апр;138(3-4):214-218.
9. Stanković M, Miljković S, Grbeša G, Višnjić A. General Characteristics of Adolescent Sexual Behaviour: National Survey. Srp Arh Celok Lek. 2009 Jul-Aug;137(7-8):409-415.
10. UNICEF Innocenti Research Centre. Young people in changing societies. Florence, Regional Monitoring Reports 2000;7.
11. Бјекић М, Влајинац Х, Шипетић С, Маринковић Ј. Карактеристике сексуалног понашања тинејџера у Београду. Мед прегл 2004;57(11-12):592-596.

Primljen • Received: 12/01/2015
Ispravljen • Corrected: 12/01/2016
Prihvaćen • Accepted: 10/02/2016

Захвалница

Пројекат „Млади у ризику! Добар савет здравља вреди“ реализован је уз помоћ партнера којима бих овом приликом желела да се захвалим, и то:

1. Дому здравља „Земун“ који ми је указао поверење као аутору и координатору пројекта и стао иза овог пројекта
2. Градској општини Земун као партнеру у овом пројекту (и у другим пројектима који смо реализовали), који је учествовао – финансијски (у натури - простором, опремом и другим) и преко својих представника – **Канцеларије за младе Општине Земун**, који су непосредно учествовали у пројекту – радионицама (вршњачка едукација).
3. Невладиним организацијама - „Пријатељи деце Земунa“ и Удружењу „Родитељ“ који су, као и у претходним пројектима који су се односили на децу и младе, подржавали пројекат и актуелности на пројекту приказивали на свом сајту.

Координатор и аутор пројекта,
Др Александра Цветковић

ПРОЈЕКАТ „МЛАДИ У РИЗИКУ! ДОБАР САВЕТ ЗДРАВЉА ВРЕДИ“ ДОМ ЗДРАВЉА ЗЕМУН

АНОНИМНИ УПИТНИК

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1) Занимање: | | 6) Разлог због ког сам ушао/ла у сексуални однос? | |
| а) ученик | ☐ | а) из љубави | ☐ |
| б) наставник | ☐ | б) из радозналости | ☐ |
| в) психолог | ☐ | в) на наговор друга/другарице | ☐ |
| | | г) из страсти | ☐ |
| 2) Разред: | | д) било ме је срамота што само ја нисам имао/ла сексуално искуство | ☐ |
| а) први | ☐ | ђ) присилно | ☐ |
| б) други | ☐ | Да ли сте некоме то пријавили: да или не (заокружити) | |
| в) трећи | ☐ | | |
| г) четврти | ☐ | | |
| 3) Пол: | | 7) Да ли имате сталног партнера? | |
| а) женски | ☐ | а) да | ☐ |
| б) мушки | ☐ | б) не | ☐ |
| 4) Да ли сте имали сексуално искуство ? | | 8) Уколико је одговор на претходно питање не , колико сте до сада имали различитих партнера? | |
| а) не | ☐ | а) 2 | ☐ |
| б) да | ☐ | б) 3 | ☐ |
| 5) Уколико јесте са колико година је било прво сексуално искуство? | | в) 4 | ☐ |
| а) 14 | ☐ | г) друго _____ (навести) | |
| б) 15 | ☐ | | |
| в) 16 | ☐ | 9) Да ли користите контрацептивну заштиту? | |
| г) 17 | ☐ | а) д | ☐ |
| д) друго _____ (навести) | | б) понекад | ☐ |
| | | в) не | ☐ |

10) Уколико је одговор на претходно питање под а) и б), коју контрацептивну заштиту сте користили?
_____ (навести)

11) Да ли сте имали бар једну полно преносиву инфекцију?

- а) да ☐
б) не ☐

12) Да ли сте имале нежељену трудноћу / да ли је ваша девојка имала нежељену трудноћу?

- а) да ☐
б) не ☐

13) Да ли имате свог изабраног гинеколога (за девојке)?

- а) да ☐
б) не ☐

14) Да ли редовно идете на гинеколошке прегледе (за девојке)?

- а) да ☐
б) не ☐

15) Да ли мислите да је потребно увести сексуално или здравствено васпитање у школе?

- а) сексуално ☐
б) здравствено
(па у оквиру њега и сексуално) ☐
в) нема потребе ни једно ни друго – навести
зашто _____

16) Ко би по вама требао да вам држи та предавања - уколико је одговор на претходно питање под а) и б)?

- а) гинеколог ☐
б) психолог ☐
в) педагог ☐
г) субспецијалиста
здравственог васпитања ☐
д) сви помало ☐
друго _____ (навести)

17) Да ли сматрате да треба организовати:

- а) предавања ☐
б) радионице ☐
в) и једно и друго ☐

Хвала на сарадњи

Дејан Константиновић¹,
Зора Нешиковић-Константиновић²,
Драгица Спасић³

¹Дом здравља Нови Београд, Београд, Србија - у пензији

²Институт за онкологију у радиологију Србије,
Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

³Дом здравља Нови Београд, Београд, Србија

Онколошка заштита и предлог стандарда рада на примарном нивоу

Кључне речи:

стандарди, канцерогени,
малигнитет, превенција, скрининг,
туморски маркери,
палијативна терапија

Сажетак

На основу доступних података, у раду се приказује величина проблема оболевања од малигнитета у централној Србији и најчешћи, до сада откривени, канцерогени. Објашњавају се: подела канцерогена, канцерогенеза и ток обољења, рано откривање малигнома и палијативна терапија, туморски маркери. Приказује се улога и могућности лекара у примарној здравственој заштити у третману пацијената код којих постоји сумња на малигнитет. Аутори предлажу стандарде медицинског рада и савремене принципе приступу пацијентима оболелим од малигнитета за свакодневну праксу лекара опште медицине

Увод

Улога и задаци изабраног лекара у онколошкој заштити на примарном нивоу су веома значајни, захтевају брзо деловање, одређено знање из ове области и поштовање хијерархије нивоа онколошке заштите, као и познавање палијативне терапије онколошког болесника у кућним условима, коме се здравствено стање често динамично и драматично мења. Инциденција и морталитет од малигних болести последњих деценија у Србији се нагло повећавају (епидемијског су карактера), што се бележи и у другим земљама света и региона.

Ширењем малигних болести захваћени су људи свих узраста, али све је више младих. Улога и задаци изабраног лекара у онколошкој заштити на примарном нивоу су веома значајни захтевају брзо деловање, одређено знање из ове области и поштовање хијерархије нивоа онколошке заштите, као и познавање палијативне терапије онколошког болесника у кућним условима, коме се здравствено стање често динамично и драматично мења. Поступци изабраног лекара у онколошкој заштити морају бити јасно дефинисани и адекватно примењени, засновани на савременим принципима онколошке заштите како би се постигла стандардизација на нивоу примарне здравствене заштите ради постизања

основног циља: скраћења изгубљеног времена током дијагностичког поступка до добијања патохистолошке дијагнозе, у већини случајева и добијања конзилијарне одлуке

Циљ рада

Циљ рада је био да се прикаже величина проблема оболевања од малигнитета у централној Србији:

- да се прикажу најчешћи до сада откривени канцерогени,
- да се прикаже канцерогенеза,
- да се скрене пажња на улогу и могућности лекара у примарној здравственој заштити, како би изабрани лекари испунили своје задатке у превенцији, скринингу и палијативном лечењу.

Метод

Метод рада се заснива на епидемиолошким подацима добијеним из Републичког и Градског *Регистра за рак*, а теоријска основа добијена је из иновираних специјалистичких предавања аутора и доступне литературе.

Морбидитет и морталитет од малигнитета у централној Србији

Стандардизована стопа инциденције оболевања од малигнитета за централну Србију 2011. године износила је за оба пола 26.949, односно код мушкараца 18.592 а код жена 8.357. Другим речима, у периоду **1990-2011**, за 22 године¹ дошло је до значајних промена у инциденцији и морталитету оболевања од малигних болести.

Од почетка до краја посматраног периода:

- повећан је број умрлих оба пола у централној Србији са 9.814 годишње на 14.924 годишње, тј. морталитет је повећан 1,52 пута.
- од почетка до краја посматраног периода инциденција оболевања је повећана са 5.110 на 9.814 или 1,92 пута.

Водеће локализације у оболевању од малигних тумора у односу на пол у централној Србији¹

Табела 1. Водеће локализације у оболевању од малигнома код мушкараца:

1.	Карцином плућа и бронха	20,2%
2.	Колоректални карцином	12,8%
3.	Простата	11,0%

Табела 2. Водеће локализације у оболевању од малигнома код жена:

1.	Дојка	20,2 %
2.	Колоректални карцином	9,0 %
3.	Карцином плућа и бронха	8,6 %
4.	Грлић материце	6,9 %
5.	Материца	5,6 %

Морталитет од малигних болести у централној Србији 1990–2011

Повећање стопе морталитета у периоду 1990-2011. износи 66,7% или 1,5 пута. Детаљан приказ морталитета од малигнитета у периоду од 1990. до 2011. године у централној Србији, приказан је на Табели 3.

Табела 3. Број умрлих особа од малигнитета према полу, централна Србија, 1990-2011. године¹

	Године (1990-2011)																					
Pol (Sex)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Мушкарци (Males)	5612	5658	6083	6146	6287	6488	6736	6874	6962	7206	7149	7496	7655	7728	7858	7968	8200	8338	8506	8605	8562	
Жене (Females)	4202	4303	4544	4581	4569	4607	4619	5052	5269	5330	5447	5553	5571	5632	5980	6142	6146	6283	6317	6536	6449	6332
Укупно (Total)	9814	9961	10627	10727	10856	11094	11407	11788	12162	12536	12589	13043	13227	13360	13838	14114	14343	14621	15042	15053	14924	

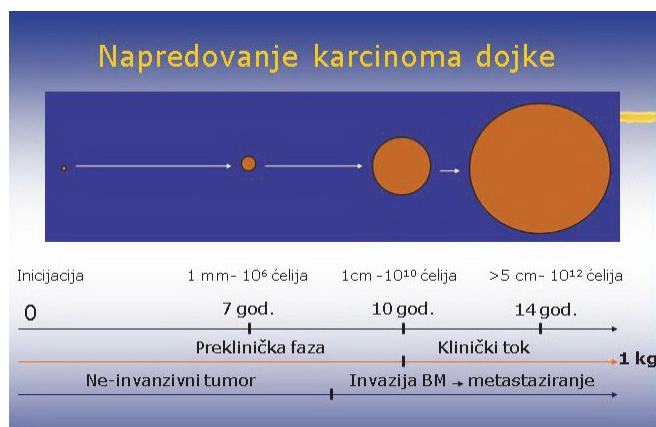
Канцерогенеза²

Канцерогенеза је процес формирања малигне ћелије под утицајем наслеђа, канцерогена и повољних услова домаћина. Сматра се да овај процес траје од 7 до 10 година и протиче кроз фазе иницијације, промоције и прогресије.

У **иницијацији**, прва створена малигна ћелија преноси генетски дефект на ћерке ћелије које измичу физиолошким механизмима контроле раста ћелија, стичу нове мутације и митотичке грешке, и стварају селективну предност у расту под повољним условима домаћина. Током **промоције** такве ћелије стабилизују своје новостечене особине и преносе их на клонове ћерки ћелија, које постају доминантне у поређењу са околним ћелијама, док се у **прогресији** малигне ћелије одликују потпуно новим особинама и поседују способност:

- повећаног капацитета за деобу, раст и пролиферацију
- инвазивност
- метастатичност и
- аутономност

Природни ток малигне болести¹¹ (Карцином дојке)



Слика 1. Напредовање карцинома дојке

Како у преклиничком, тако и у клиничком периоду постоји латентни период до појаве малигног тумора, који представља повољан период за интервенцију у смислу раног откривања. Овај период треба искористити за активне мере скрининга.

Канцерогени^{2,3,4}

Канцерогени су штетни фактори – фактори ризика за настанак малигне болести, јер су узрочно-последично

повезани са експозицијом овим агенсима и појавом карцинома.

Канцерогени воде порекло:

- од наслеђа,
- из контаминиране хране,
- из контаминиране воде,
- из ваздуха (аерозагађење)
- из индустријских процеса и
- од штетних навика

У питању су **фактори ризика** за које је наука поуздано утврдила да дуготрајна експозиција овим агенсима може довести до појаве малигног тумора. С обзиром на то које локализације малигних тумора изазивају, сви канцерогени могу се поделити на следећи начин:

а) пушачки рак коме, као главни фактор, доприноси дувански дим и његови састојци, који директним или индиректним – **системским** дејством проузрокује малигноме ван респираторног тракта хемијским дејством тако што се његови састојци ресорбују у крвоток.

Директним дејством, механичким и хемијским, узрокују карциноме усне дупље, орофаринкса, ларинкса и бронха а и параназалних шупљина.

Индиректним дејством узрокују карциноме једњака, желуца, панкреаса, уротракта, цервикса и леукемије.

Канцерогени одговорни за појаву наведених карцинома:

- нитрозамини
- 2-нафтил амини
- 4 аминоксифенил
- нитротолуидин
- ортотолуидин
- бензен и
- радиоактивни полонијум

Малигноми проузроковани пушењем (допринос у процентима)

- Плућа 90%
- Усна дупља 90%
- Мокраћна бешика 50%
- Уроепител 50%

б) нутритивни малигнитет

Адитиви и састојци хране:

- нитрити
- цикламат
- алфатоксини

- хормони из хране
- антибиотици пореклом из хране
- пестициди
- хербициди
- прекомерна употреба алкохола
- хиперкалоријска исхрана (жучна кеса, тело утеруса, дојка, простата)
- исхрана богата мастима (дојка, колоректални карцином)

Адитиви - вештачки заслађивачи, аспартан, хормони и други састојци и додаци храни проузрокују малигнитет јетре

- усне дупље.
- ларинкса и
- мокраћне бешике.
- говеђи хормон раста који се убризгава крвама ради боље лактације; према последњем извештају *FDO*, узрокује карцином колона и простате.

Протективни фактори за нутритивни малигнитет:

- Бета каротени и каротеноиди
- Аскорбинска киселина
- Индол из круцифера (карфиол, кељ, купус)
- Витамин *D* и калцијум (колон и дојка)
- Витамин *E*, селен, фолна киселина и антиоксиданси.

Важно је напоменути да и неправилна припрема хране на високим температурама ствара канцерогене: полицикличне хидрокарбонате и хетероцикличне ароматичне аminer.

в) сексуално репродуктивни малигнитет

- Херпес вируси
- Папилома вируси
- Хормонска супституциона терапија
- Хроничне инфекције
- Промискуитет
- Рано рађање
- Рани сексуални живот
- Чести побачаји

Карцином дојке

- рана менарха пре 11. године
- касни полни однос после 25. године
- касно прво рађање после 30. године
- мали број рођене деце
- недојење
- касна менопауза после 55. године
- хиперестрогенија и
- естрогена супституциона терапија.

Грлић материце

- касна менарха после 15. године
- рани први полни однос пре 16. године
- рано рађање пре 17. године
- већи број рођене деце
- рана менопауза пре 45. године
- пушење цигарета
- већи број сексуалних партнера и
- папилома вируси

г) вируси

- Хепатитис В и С
- Епштајн Баров вирус (назофарингеални карцином)
- Хумани папилома вируси тип 16 и 18 (грлић, вулва, пенис)
- Хумани Т ћелијски лимфотропни вирус тип 2 (леукемије)
- Хумани Т ћелијски лимфотропни вирус (лимфоми)
- Вирус Капосијевог саркома
- Вирус Хоџкинове болести

д) зрачење

Извори зрачења

- понављана или јатрогена X зрачења
- јонизујуће зрачење
- УВ зрачење: УВ соларни ултравиолетни спектар 290-320 nm, професионална изложеност – **рак коже** (кумулативни ефекат сунчања или **малигни меланом** због прекомерног рекреативног сунчања).
- Циљна ткива за радиоактивно зрачење су: коштане срж, плућа, штитаста жлезда и дојка. Латентни период код деце је 2–4 године а код одраслих 5–10 година и ишчезава после 25 година.

Извори зрачења – угроженост

- јатрогена
- професионална или акцидентална

Електромагнетно зрачење (ЕМЗ)⁴ води порекло из природног или локалног окружења а потиче: из космоса, испод земљине коре (геопатогена зрачења) или од разних електричних уређаја и електронских уређаја у човековој околини.

Њихова патогеност зависи од близине извора ЕМЗ, снаге и фреквенције коју емитује.

ђ) наслеђе

- ретинобластом
- неуробластом
- феохромоцитом
- Вилмсов синдром

- породична полипоза колона
- лимфоретикуларна обољења
- женске особе које носе ген *Brcal* имају већу склоност за добијање рака дојке и оваријума.

ж) професионални малигнитет

Радници који су професионално изложени хемикалијама, групама хемикалија и комплексним микстурама или индустријским процесима са листа А и В према *IARC (International Agency For Research Of Cancer-USA)*.

з) лекови³

- хемотерапијска средства
- хормони,
- фенацетин,
- феназопиридин,
- фенитоин,
- пропилтиоурацил,
- селенов сулфид,
- хлорамфеникол,
- стрептозоцин.

и) старост

Старост се може узети у обзир као факултативни, доприносиоћи фактор ризика, јер је учесталост малигнома у старости већа вероватно због оштећења имунолошких механизма и слабљења механизма генски контролисане апоптозе (п-53) и дужине експозиције канцерогенима.

ј) загађење из радне и животне средине

- продукти сагоревања нафте и бензена (плућа),
- полициклични хидрокарбонати (плућа),
- азбест и зеолит (мезотелиом плеуре);
- радонски гасови, уљна испарења и продукти из отворених ложишта,
- халогени елементи,
- близина далековода,
- честа *RTG* снимања,
- близина нуклеарних електрана,
- земљишта богата ураном (радонска еманија).

Општепознато је да су превентивне мере темељ рада изабраног доктора. Од суштинске је важности стална едукација лекара опште медицине у погледу новооткривених фактора ризика и преношење тих знања пацијентима, који су с појавом доступних, тачних и нетачних информација често у недоумици или заблуди, као и скретање пажње, буђење свести о самозаштити од канцерогена.

Генетски модификовани производи за исхрану

Последњих деценија на тржишту хране појавили су се генетски модификовани производи за исхрану (ГМО), производи пре свега биљног порекла, ради унапређења производње али и због зараде.

Паралелно са њиховом појавом, започела су научна мултицентрична истраживања о утицају на људско здраље при њиховој употреби у исхрани, која су изнедрила више контроверзних закључака, тако да и данас не постоји јединствен став о овом питању и зависи од државе до државе и од континента до континента.

Једина сагласност која је постигнута у већини држава јесте да их је потребно посебно обележити у широкој продаји.

У нашој земљи ГМО производи су забрањени.

Навешћемо последњи извештај америчке Агенције за храну и лекове (*FDA - Food and drug administration*), која саопштава следеће ставове на основу озбиљних научних истраживања:

- ГМО утичу на услове деоба ћелија
- храњење експерименталних мишева генетски модификованим кромпиром доводи до прегревања њихове желудачне сузокоже и
- примена говеђег хормона раста на кравама ради повећања лактације доводи до запаљења вимена, а млеко тих крава може проузроковати карцином дебелог црева и простате.

Реч је о истом произвођачу ГМО и говеђег хормона раста (*FDA*, 2014).

Светска здравствена организација (СЗО) је прошле године забранила продају и употребу електронских цигарета и свих хербицида који садрже састојке *липотоина* који се користи у заштити засада ГМО соје.

Улога и значај изабраног лекара у онколошкој заштити

Пошто пацијент има централно место у нашем здравственом систему, тако и његов изабрани лекар има централно место у свим здравственим активностима на свим нивоима; најзначајнији је у оквиру преклиничке фазе малигне болести мада се његова улога у свим фазама малигнома не сме занемарити.

Изабрани лекар пацијента са сумњом на малигнитет уводи у систем здравствене заштите и води кроз нивое онколошке заштите, све до конзилијарне одлуке и патохистолошке дијагнозе која је одлучујућа у дијагностичком процесу.

Нивои онколошке заштите

Дом здравља

- детаљан клинички преглед уз детаљну личну и породичну анамнезу усмерену на малигна обољења у породици
- рутинско циљано биохемијско испитивање уз друге
- *RTG* ултразвук
- серумски тумор-маркери

Клиничко болнички центар

- допунска софистицирана дијагностика

Онколошка установа

- конзилијарна одлука
- патохистолошка дијагноза
- специфично лечење.

Задаци дома здравља у онколошкој заштити

- Примарна превенција малигних болести
- Секундарна превенција: рано откривање
- Палијативно збрињавање: амбулантно и кућно лечење,
- Одржавање онкокурабилног статуса,
- Побољшање квалитета живота и продужење животног века
- Психосоцијална рехабилитација.

Задаци изабраног лекара

Основни задаци изабраног лекара су:

- да користи сваки преглед ради откривања премалигних или малигних лезија,
- да скрати или елиминише изгубљено време до постављања дијагнозе и отпочињања специфичног начина лечења према конзилијарној одлуци,
- да спречи експозицију канцерогенима едукацијом својих пацијената,
- да скрати време од првих симптома до обраћања лекару,
- да скрати време од обраћања лекару до успостављања дијагнозе
- да утиче на скраћење времена од успостављања дијагнозе до почетка специфичног лечења по конзилијарној одлуци.
- да поштује хијерархију успостављања дијагнозе

Дијагноза малигног обољења²

АЛГОРИТАМ ДИЈАГНОЗЕ МАЛИГНОГ ОБОЉЕЊА



Слика 2. Алгоритам дијагнозе малигног обољења

Дијагноза карцинома поставља се при:

- рутинском прегледу,
- систематском прегледу или
- организованом скринингу ризичног дела популације.

Преглед онколошког болесника код изабраног доктора²

Приступ онколошком болеснику

- Евалуација здравственог стања
- Глобална прогноза малигне болести
- Евалуација компликација малигне болести
- Евалуација компликација специфичне терапије
- Евалуација терапијског одговора

а) Евалуација здравственог стања онколошког болесника

Ова евалуација обавља се на основу следећих елемената:

- историје болести и личне и породичне анамнезе
- клиничког налаза
- лабораторијских анализа
- RTG налаза
- ЕКГ снимка
- компјутеризоване томографије
- нуклеарне магнетне резонанције
- ултразвучне дијагностике
- серумских туморских маркера
- скинтиграфије
- патохистолошке дијагнозе и ТНМ класификације.
- стања функционалног капацитета - Карнофски индекса
- стања исхране
- степена смањења BMI (није пожељно смањење ТМ преко 10%)

- стања болног синдрома – мерен визуелном аналогном скалом
- присуства специфичних органских синдрома,
- генетског тестирања чланова ризичних породица
- промене иницијалних параметара.

б) Стање функционалног капацитета – Карнофски индекс²

Стање функционалног (радног) капацитета изражава се у процентима, одражава опште стање пацијента и служи изабраном доктору за праћење болести, комуникацију с другим докторима и прогнозу болести.

Карнофски индекс подразумева једну од 10 наведених класа:

- 100% – без знакова обољења
- 90% – уобичајена активност без симптома
- 80% – уобичајена активност са напором
- 70% – неспособан за уобичајене активности
- 60% – задовољава већину својих потреба
- 50% – потребна је знатна помоћ и честа медицинска помоћ
- 40% – неспособан, потребна је специфична помоћ и нега
- 30% – потпуно немоћан, потребно је хоспитално или кућно лечење
- 20% – врло болестан и захтева активно лечење
- 10% – умирући болесник.

После детаљне личне и породичне анамнезе усмерене на малигнитет у породици, анамнезе о употреби дувана (пушачки стаж и број попушених цигарета на дан), професионалне анамнезе и детаљног клиничког прегледа који подразумева инспекцију и палпацију коже, видљиве слузокоже, скелета, дојки, гинеколошког прегледа уз цитолошки преглед грлића материце, палпацију доступних органа, аускултацију плућа и RTG снимак плућа, ЕКГ, дигитални преглед ректума и простате, хемокулт-тест и евентуално одређивање серумских туморских маркера, изабрани доктор је дужан да употпуни стандардне поступке прегледа **специфичним поступцима клиничког прегледа**, које захтева онколошки болесник или пацијент за кога се сумња да болује од малигне болести, који подразумевају:

- квантификацију болног синдрома помоћу визуелне аналогне скале,
- класификацију пацијентовог функционалног капацитета према Карнофски индексу радног капацитета и
- одређивању BMI (односа ТМ и ТВ) који има дијагностички и прогностички значај.

Шта је визуелна аналогна скала ?

Визуелна аналогна скала је дуж од 10 *cm* (0–10 *cm*), где 0 означава одсуство бола, а 10 означава неиздржљив бол и која служи трансформацији сензитивног осећаја у нумерички израз тако што ће пацијент наношењем вертикалне црте на понуђену дуж изразити јачину свог бола.

Када посумња на малигну болест, изабрани доктор опште медицине прави план за доказивање дијагнозе како по хоризонталу, тако и по вертикали организовања онколошке заштите, а иницијално примењује доступне **рутинске процедуре** помоћних дијагностичких метода: хематолошке и биохемијске лабораторијске анализе, *RTG* снимања, ултразвучну дијагностику и специјалистичку консултацију а потом планира употребу **специфичне дијагностичке методе која подразумева:** одређивање серумских туморских маркера, компјутеризовану томографију, 3D мамографију или мамографију, нуклеарну магнетну резонанцију, ендоскопске методе, биопсију и патохистолошку дијагнозу која је пресудна за дијагнозу малигне болести.

Серумски туморски маркери^{6, 11}

Клиничка примена, скрининг, дијагноза, прогноза, терапијски одговор и праћење

Туморски маркери су супстанције, најчешће протеинског састава, мање или више специфичне за малигне туморе, које туморске ћелије синтетишу и садрже у себи или на својој површини, или их понекад отпуштају у своју околину и телесне течности. Дакле, то су или нове супстанције, које не постоје у нормалним условима у организму, или чешће – нормални продукти организма, али који се стварају у туморским ћелијама или под њиховим утицајем у органима где се нормално не налазе (ектопично), или се стварају у ненормално великим количинама (оверпродукција или прекомерна продукција).

У практичном смислу, маркери се најчешће деле на ткивне и серумске, у зависности од тога да ли се одређују у ткиву или у серуму, иако је јасно да су то увек продукти активности малигних ћелија.

Ткивни маркери одређују се по правилу у ткиву малигног тумора, а њихов значај је огроман не само у постављању дијагнозе, већ и у процени даљег тока (прогнозе) болести и предвиђању специфичног терапијског одговора на различите лекове (предикцији).

Насупрот томе, серумски туморски маркери се могу sukcesивно одређивати неограничени број пута. На тај начин може се пратити динамика њиховог стварања,

односно понашање малигне болести током дужег времена.

Примена туморских маркера у онкологији

Циљ примене туморских маркера у онкологији може бити различит у различитим ситуацијама. Најчешће је то праћење раста или смањења укупне туморске масе у организму, предвиђање или праћење терапијског одговора тумора, и појаве рекурентне болести после извесног периода без тумора кад је иницијално лечење завршено. Понекад се маркери користе као додатни тест при постављању дијагнозе. Знатно ређе, маркери се користе у диференцијалној дијагнози врсте малигнитета, када се утврди постојање метастатске болести а није познат примарни тумор.

Подела серумских туморских маркера

Према биолошким карактеристикама, серумски туморски маркери могу бити хормони, ензими, онко-фетални протеини, тумор асоцирани антигени, и разне друге протеинске супстанције.

Ипак, у клиничкој пракси маркери се чешће деле на оне који се користе у појединим малигним болестима, на пример, у карциному дојке, јажника, простате итд.

Групи такозваних тумор-асоцираних антигена припада *CA 15-3*. Иако је специфичан за карцином дојке, повишене вредности нађене су и у жена са карциномом оваријума и, ређе, код других малигнитета.

Постоји довољно података о улози *CA 15-3* у следећим ситуацијама:

Скрининг и дијагноза раног карцинома дојке

Сензитивност и специфичност *CA 15-3* у скринингу и дијагнози раног карцинома дојке је ниска. Мали карциноми дојке веома ретко дају повишен *CA 15-3*, а негативне вредности не могу да искључе присуство неоткривеног малигног тумора, или малигну природу уоченог палпабилног малог тумора у дојци. Због тога се не препоручује рутинско тестирање у оквиру скрининга ни код малих тумора дојке.

Праћење маркера после иницијалног лечења операбилних тумора ради раног откривања релапса болести

Главни разлог зашто се контролишу болеснице којима је уклоњен примарни тумор, јесте рано откривање првог релапса болести. Међутим, претпоставка да рано

откривање метастатске болести утиче на целокупни исход болести (дужину укупног преживљавања) није никада са сигурношћу доказана. Доказано је да се тиме продужава укупни период лечења метастатске болести, јер се лечење раније отпочиње, што може имати неповољан психолошки ефекат. Само праћење (клиничко одређивање маркера) у кратким временским интервалима може повећавати анксиозност, страх од болести и смрти, тако да се воде велике полемике око тога колико често је потребно контролисати ове болеснице. С друге стране, познато је да рано откривање локалног рецидива или метастатске болести понекад омогућава много бољу дуготрајну контролу болести. Одмах треба рећи да туморски маркери *SA 15-3* и *SEA* немају значајну улогу у откривању локалног рецидива: локални рецидиви су ретко праћени повишеним маркерима, а лако се откривају прегледом и другим методима визуализације.

СА 125 у карциному јајника

Иако се обично посматра као јединствена болест, карцином јајника у ствари представља групу обољења која обухвата потпуно различите ентитете, као што су епителијални тумори, тумори герминативног епитела, стромални тумори итд. Најчешћи су епителијални тумори, који чине око 90% свих малигнитета јајника; деле се на неколико хистолошких типова, и повишен серумски ниво *СА 125* налази се код пацијената са епителијалним карциномима јајника у 69%-88% случајева, зависно од хистолошког типа.

Карцином јајника се због своје неспецифичне симптоматологије и недоступности органа једноставном прегледу, за разлику од карцинома дојке, по правилу открива у одмаклим стадијумима.

Гликопротеин велике молекуларне тежине - *СА 125* се доказује моноклонским антителима. Повишене вредности нађене су код око 80%-90% болесница са карциномом јајника, али знатно чешће у одмаклим него у раним стадијумима. Тако је код тумора у стадијуму II маркер повишен код око 50% болесница, док је у стадијумима *FIGO* II, III и IV повишен код 90%, 92% и 94% болесница. Повишен *СА 125* налази се код многих аденокарцинома другог порекла, осим јајника, као што су карцином дојке, плућа, колоректума, панкреаса, ендометријума, цервикса, Фалопијеве тубе, и нарочито у одмаклим стадијумима. Осим тога, повишен маркер се налази у неким бенигним обољењима гинеколошких и негинеколошких органа: ендометриози, миоматози утеруса, акутном и хроничном салпингитису и другим инфламаторним процесима у малој карлици, затим код цирозе јетре, активног хроничног хепатитиса, панкреатитиса, инфламаторним процесима перитонеума, плеуре, перикарда итд. Пушење, конзумирање кофеина и

хистеректомија могу да доведу до снижавања серумског *СА 15-3*, док трудноћа може бити праћена десетоструким повећањем *СА 125*, нарочито у првом тромесечју. Повишен *СА 125* се налази у ћелијама већине нормалних ткива, гинеколошких органа, као што су ендометријум, ендоцервикс, тубе, али и колоне, бубрега, жучне кесице, панкреаса, серозних опни и, наравно, нормалног јајника. Код здравих особа, вредности изнад 35 *kU/L* налазе се свега у 1% случајева, па је та вредност прихваћена као горња граница нормале. У оквиру нормалних вредности, нађено је да пременопаузне жене имају нешто више нивое серумског маркера, а такође око 5% пременопаузних жена има повишене вредности у време менструације и то изгледа чешће у овулаторним него у неовулаторним циклусима.

Примена СА 125 у диференцијалној дијагнози

Примена *СА 125* може бити веома корисна у диференцирању великих пелвичних тумора, у смислу разграничења између бенигних и малигних, и оваријалних и неоваријалних тумора, нарочито прецизно код постменопаузних жена.

СА 19-9 и CEA у карциномима дигестивног тракта

СА 19-9 је тумор-асоцирани антиген, који је откривен моноклонским антителом које ствара посебна врста хибридних ћелија, имунизованих ћелијском линијом хуманог колоректалног карцинома. Касније се показало да се он налази као део антигена који одређује неке ређе крвне групе, као и у серуму код пацијената са многим малигним туморима, али и оних са инфламаторним и другим бенигним обољењима и стањима. Многа испитивања су вршена да се установи вредност *СА 19-9* у колоректалним карциномима. Ипак, користећи исте методе - анализу објављених испитивања о улози овог маркера, *ASCO* - Америчко удружење клиничких онколога је закључило да нема довољно доказа о корисности овог маркера у скринингу, дијагнози, стажирању, праћењу пацијената и праћењу терапијског одговора у пацијената са колоректалним карциномима.

PSA у карциному простате

Карцином простате је најчешћи малигнитет у мушкараца у већини западних земаља. Отуда је серумски антиген специфичан за простату (простата-специфични антиген, *PSA*) као најбољи маркер у овој болести, вероватно један од највише испитиваних и коришћених серумских маркера уопште.

PSA у скринингу раног карцинома простате

Од свих серумских маркера, *PSA* је вероватно најшире коришћен у скринингу због своје високе сензитивности у присуству локализованог тумора и веће комфорности за асимптоматске пацијенте, у поређењу са физикалним прегледом. Сматра се да *PSA* може да омогући откривање карцинома простате од 10 до 12 година пре клиничке детекције. Ипак, маркер није повишен код свих пацијената са карциномом простате, а повишене серумске вредности *PSA* нису апсолутно специфичне за карцином, пре би се могло рећи да је *PSA* ткивно-специфичан. Ниво *PSA* зависи од година старости, величине простате, присуства хиперплазије простате и других инфламаторних промена. Најзад, неки дијагностички поступци могу пролазно да повећају *PSA*. Осим у скринингу, *PSA* се препоручује у диференцијалној дијагнози не само тумора простате, него и исходишта метастатских тумора са непознатим примарним тумором код мушкараца. *PSA* се такође препоручује за праћење пацијената у постоперативном току, када може да укаже било на резидуалну болест, на локалну рекурентну болест или на удаљене метастазе.

***β*-хумани хориогонадотропин (*β*-HCG) у хорио-карциному, тератомима и туморима тестиса и јајника**

Хориогонадотропин, гликопротеински хормон плаценте, не ствара се у нормалном организму. *β*-HCG је повишен практично код 100% жена са гестационом трофобластном болешћу, 80% пацијената са несеминомским туморима тестиса (уз повишен алфафетопротеин, АФП) и мање од 30% семиномских тумора тестиса. Зато је Европско удружење медицинских онколога препоручило у свом водичу да *β*-HCG, АФП (уз *PSA*) треба да се одреди у свим случајевима метастатског карцинома без познате примарне локализације тумора код мушкараца, док код жена *β*-HCG и АФП треба да се одреде у свим случајевима медијастиналног тумора.

Закључак - у оптимално збрињавање различитих малигнитета данас су обавезно укључени и серумски туморски маркери. Одређивање је релативно јефтино и једноставно. Улога, вредност и значај појединачних маркера се међусобно разликују, али се генерално може рећи да је њихово масовно одређивање у општој здравој популацији непотребно и погрешно, било због слабе специфичности за ране стадијуме малигнитета или због ниске преваленције одговарајуће малигне болести.

Изабрани лекар, пре свега, треба да буде едукован о значају и примени туморских маркера, како би их, евентуално, правилно укључио у скрининг или дијагностиковање малигне болести, као и у праћење развоја малигне болести.

Рано откривање карцинома простате^{7,8,10}

За рано откривање малигних обољења служе скрининг програми који су погодни како за појединце, тако и за широку примену у ризичним деловима популације.

Табела 4. Садржаји скрининг програма

Тест	Пол	Старост	Учесталост прегледа
Сигмоидоколоно-скопија	М и Ж	преко 50 година	сваких 3-5 година након 2 негативна резултата, 1 годишње
хемокулт-тест	М и Ж	преко 50 година	сваке године
Дигитални ректални преглед	М и Ж	преко 40 година	сваке године
Папаниколау преглед	Ж	све жене старије од 18 година или оне које су сексуално активне	сваке године
Преглед мале кадице (Ултразвучни преглед)	Ж	све жене старије од 18 година или оне које су сексуално активне	сваке године
Биопсија ендометријума	Ж	жене с високим ризиком, или су у менопаузи а користе естрогене препарате	сваке године
Самопреглед дојке	Ж	преко 20 година	сваког месеца
Преглед дојке	Ж	20-40 година преко 40 година	сваке 3 године сваке године
Мамографија	Ж	35-39 година	сваке године
Здравствено саветовање	М и Ж	преко 20 година	сваке 3 године

Примарна превенција малигних обољења

Превенција малигних болести је најважији корак у медицини уопште, а нарочито када су у питању малигна обољења, и та активност поред здравствених радника обухвата и:

- државну законодавну делатност,
- стандардизацију канцерогена у животној и радној средини,
- инспекцију и перманентни надзор хране, воде,

ваздуха и индустријских процеса у циљу перманентне идентификације канцерогена и мерење њихове концентрације и предузимање одговарајућих мера ради отклањања ризика,

- едукација становништва у циљу здравог понашања и отклањања онколошког ризика путем уклањања експозиције канцерогенима који су већ наведени у претходном тексту.

Садржаји програма примарне превенције рака

- Сузбијање активног и пасивног пушења,
- Контрола намирница,
- Правилна исхрана,
- Сузбијање прекомерног уношења алкохола,
- Контрола процеса производње,
- Контрола УВ и јонизујућег зрачења,
- Контрола вирусних инфекција,
- Сузбијање венеричних обољења,
- Забрана употребе појединих лекова
- Контрола особа са генетским оштећењима.

Палијативна терапија и нега болесника^{2, 9, 11}

Палијативна терапија се примењује као комбинована терапија током специфичне терапије, али и као моно-терапија у ситуацији када су исцрпљене могућности специфичног начина лечења: хируршко, хемотерапијско или зрачном терапијом, или комбинацијом све три врсте лечења.

У односу на стадијум болести, најчешће се примењује у узнапредовалом и терминиалном стадијуму малигне болести.

Синоним за палијацију је термин „ублажавање“, што другим речима представља симптоматску терапију клиничких синдрома удружених с малигном болести било због компликација саме болести или због компликација специфичног начина лечења.

Најчешћи клинички синдроми који захтевају интензиван палијативни третман су:

- болни синдром,
- малнутриција,
- кахексија,
- дехидрација,
- повишен интракранијални притисак,
- диспнеја,
- опструктивна уропатија,
- постирадијациони пнеумонитис,
- постхемотерапијска миокардиопатија најчешће проузрокована антрациклином.

Пацијентима који су на палијативном третману, потребна је парентерална алиментарна подршка и други облици супортивне или супституционе терапије.

Поред наведеног, палијативна терапија обухвата и негу стома, катетера, канила, упутства за општу и специфичну негу болесника, превенцију декубитуса и лечење придружених обољења.

Изабрани доктор је дужан да организује кућно лечење таквог пацијента и да активно учествује у кућном лечењу, да оствари контакт са родбином, онколошком и социјалном установом или, у случају потребе, са сервисима за кућну помоћ и негу и патронажном службом матичног дома здравља.

Закључак

Малигна болест је, према досадашњим научним сазнањима, мултифакторијална болест у чијој генези значајно учествују наслеђе и фактори ризика за ову врсту обољења – канцерогени. Паралелно са развојем технологије и индустрије њихов број се стално повећава јер је профит стављен у први план, док се утицај на здравље популације разматра у малој мери или никако, или се скрива од науке и широке јавности. Врсте канцерогена се непрекидно научно доказују и законски се елиминишу из еколошког окружења, али су ти резултати за сада недовољни, јер се експанзија малигнома прогресивно повећава скоро у свим земљама света. Нарочито је опасан синергизам канцерогена, често присутан у свим земљама света, као и утицај јонизујућег, односно радиоактивног зрачења.

Предлог мера

Неопходно је обновити и усавршити рад онколошких диспанзера, који треба да постоје у сваком дому здравља, и да на тај начин пружају подршку и негу пацијентима као и подстицај становништву да се на лако доступан начин информишу, прегледају и саветују са стручњаком.

Паралелно с тим задатком, у први план треба поставити едукацију свих доктора опште медицине и свих медицинских радника као и становништва, како би се зауставила појава повећања инциденције оболевања. У том смислу, потребно је развити појединачне стандарде рада на примарном нивоу, који би били од помоћи докторима у процесу превенције, раног откривања и лечења малигнитета. Ово је посебно важно за Службе кућног лечења, чија је улога у палијативној нези изузетно значајна не само ради растеређивања болница, већ и због могућности да пацијенти буду збринуте у познатом и пријатном окружењу, код куће.

Dejan Konstantinovic¹,
Zora Neskovic-Konstantinovic²,
Dragica Spasic³

¹Health center Novi Beograd, retired general
medicine specialist

²Institute of Oncology and Radiology of Serbia, School of
Medicine, University of Belgrade, Serbia

³Health center Novi Beograd, Belgrade, Serbia

Oncologic prevention and suggested working standards in primary health care

Key words:

tandards, carcinogens, malignity,
prevention, screening, tumor markers,
palliative management

Abstract

On the ground of the available data, this paper presents the problem of malignant diseases in Central Serbia, and most common carcinogens. Division of carcinogens, cancerogenesis and natural history of disease, early detection of cancer and palliative management are explained. The role and capacities of primary health care doctors in treatment of patients with suspect malignant disease are presented. Authors are suggesting standards for medical tasks and contemporary principles in approach to patients with malignant diseases in everyday practice

Literatura References

1. Регистар за рак у централној Србији, Институт за јавно здравље Србије „Др Јован Јовановић Батут“. Извештај бр. 13, Београд, 2013.
2. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA,. (Eds) DeVita, Hellman and Rosenbergs. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 10th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2014.
3. Константиновић Д. *Онкологијска заштита на примарном нивоу*. Едукативни интерактивни *CD-Rom*, Београд, 2008. рецензент: др Сениша Радуловић, онколог.
4. Ждрале З. *Утицај електромагнетног зрачења на здравље људи*. У: Рак, часопис Друштва Србије за борбу против рака, Београд, децембар 2014; стр. 9.
5. *Рак у Србији* - редакцијски чланак. У: Рак, часопис Друштва Србије за борбу против рака, Београд, децембар 2014; стр. 22-29.
6. Nešković-Konstantinović Z, Lukić V. *Serum tumor markers*. In: Laboratory analyses: selection and interpretation. Monography. Ed: Ljubica Đukanović. Serbian Medical Association, Academy of Medical Science, Belgrade, 2007;1: 111-134.
7. Pentheroudakis G, Cardoso F, Arnold D, Sessa C, et al. On behalf of the ESMO Guidelines Committee. The ESMO guideline strategy: an identity statement and reflections on improvement. *Ann Oncol*. 2015;26(5):v1-v7.
8. Fizari K, Greco F A, Pavlidis N et al. *Cancers of Unknown Primary Site*: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2015;26(suppl 5):v133-v138.
9. Kloeke M, Cherny N. *Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients*: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2015;26 (suppl 5): v169-v173
10. Национални водич добре клиничке праксе за дијагнозу и лечење рака дојке. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе, Београд, 2013.
11. Џодић Р, Нешковић-Константиновић З, Гудурић Б. *Рак дојке*. Завод за уџбенике. Београд, 2014.

Примљен • Received: 04/02/2016
Исправљен • Corrected: 07/03/2016
Прихваћен • Accepted: 10/03/2016

Dimitrichka Bliznakova¹,
Margarita Gospodinova², Iliyan Todorov²

¹ Department of Pediatrics and Medical Genetics,
Medical University, Varna, Bulgaria

² Department of Infectious Diseases, Epidemiology and
Tropical Medicine, Medical University Varna, Bulgaria

A Case of Mumps Orchitis and Pancreatitis in 25 Years Old Man Hospitalized in Clinic of Infectious Diseases – Varna

Key words:

mumps, orchitis, pancreatitis,
multi-organ involvement

Abstract

Introduction: Mumps is an acute infectious disease caused by mumps virus. The main pathologic feature is serofibrinous inflammation of the salivary glands, resulting in their swelling. In pre-puberty children the course of illness is usually benign, and approximately one third of the cases remain subclinical. Extrasalivary gland involvement, such as orchitis, meningitis, pancreatitis is possible. The inflammation of pancreas takes an auspicious course and lasting sequels, such as diabetes mellitus or pancreatic cancer, do not occur. Orchitis occurs in 15-40% of postpubertal males with mumps, and without treatment 30-50% of them develop testicular atrophy, which is associated with male infertility. The testicular atrophy after recovery from mumps orchitis is linked as a predisposing factor for testicular cancer.

Objective: To present a case report of patient with multi-organ localization of mumps virus and to analyze the severity of the specific organ form of the disease.

Case report: We present a case report of mumps, in combination with mumps orchitis and mumps pancreatitis in 25 years old man, hospitalized in the Clinic of infectious diseases – Varna. Diagnosis was established on the basis of clinical features of disease, epidemiological, biochemical and serological data, realized through the relevant laboratories in the St. Marina Hospital – Varna.

Results: In the presented case, the disease started as a moderate form of mumps affecting both parotid glands, and 3 days after the onset of the symptoms, pancreatitis and orchitis occurred.

Conclusion: multi-organ involvement in the clinical course of mumps, taking its with is usual manifestation of the disease. In spite of the multiple organ involvement in this case, the patient recovered without lasting sequels.

Introduction

Mumps or epidemic parotitis is an acute, vaccine-preventable, self-limiting, air-borne viral contagious disease, characterized by aseptic inflammation and swelling of one or more salivary glands, primarily affecting parotid glands^{1,3,4,5,7,8}. People are the only known carriers of the causative agent. The infection is a result of inhalation by the susceptible person of the contaminated respiratory droplets, produced by the source of infection during the physiologic and pathologic processes,

such as talking, laughing, sneezing, coughing or crying^{1,2,3,7}. Direct transmission of the virus is possible, according to contemporary data^{8,10}. The disease classically occurs among children aged between 5-15 years, but nowadays, as a result of the effective vaccination, mumps predominantly affects young adults, because of exhausted post vaccinal immunity. About 20-30% of the infected patients develop typical clinical symptoms of the disease, and the severity of disease is dependent on patient's age¹². In most of the cases soft swelling of the parotid glands develops, which takes benign course and

Correspondence to:

Dimitrichka Bliznakova
Department of Pediatrics and Medical Genetics,
Medical University, Varna, Bulgaria

the complete recovery appears after 8-10 days. Involvement of other organs, such as orchitis, meningitis, or pancreatitis is possible^{1,3,4,8}. Mumps pancreatitis is characterized by auspicious prognosis, without occurrence of long-lasting sequels, such as diabetes mellitus^{1,2,3,4,8}. Orchitis is presented in 15-40% of males infected in the puberty^{1,2,3,4,5,6,7} and some 30-50% of the affected and untreated people, develop testicular atrophy, leading to male infertility^{9,10}. Testicular atrophy after recovery from mumps orchitis is linked as a predisposing factor for testicular cancer^{7,9}. In the course of clinical investigations which included 5500 persons diagnosed with testicular tumor, history of mumps orchitis was positive in 24 of them, and the mean period between orchitis and appearance of the tumor was about 12 years^{7,11}.

Objective

We present the case report of patient with multi-organ localization of mumps virus and analyze the severity of the multiple organ involvement form of epidemic parotitis.

Case report

We introduce a case report of previously healthy man, hospitalized in Clinic of Infectious Diseases – Varna, diagnosed as mumps, in combination with mumps orchitis and mumps pancreatitis. Diagnosis was made on the base of typical clinical symptoms, epidemiological, biochemical and serological data, realized in the relevant laboratories in the St. Marina Hospital – Varna. A chronologic reconstruction of the case is introduced below:

A previously healthy, 25 years old man (A.B.T.) was hospitalized in the Clinic of Infectious Diseases, Varna on the date of 28.04.2013. He complained of fever about 38°C, consecutively, painless swelling of the both parotid glands and dull abdominal pain. Symptoms appeared on 25.04.2013. A day before the hospitalization, headache, nausea, weakness and feeling of “stretching” and discomfort in the right testis occurred. Epidemiological data about contact with mumps diagnosed patients during the last 20 days were positive. In the conversation with the patient, he was sure that his immunization status was normal, without missing any of the recommended vaccines, including measles-mumps-rubella.

On the first contact with the patient he was conscious and adequate, intoxicated and febrile to 39,2°C. A swelling of the both parotid glands was present, with soft – elastic consistence and moderate painfulness. Lymph nodes enlargement was not developed. The throat was mildly hyperemic, without coatings on the tonsils, and the tongue was dry and furred. Examination of the oral cavity, revealed ulcerated and red ducts of parotid glands. Auscultation of the lungs did not reveal any abnormalities. On examination of abdomen spon-

taneous epigastric pain increasing on palpation, physiologic peristalsis, and normal size of liver and lien were found.

The right testis was swelled without redness of the scrotum. The central nervous system examination was normal.

The changes in the laboratory analyzes were consistent to acute inflammatory process (see table 1). Amylase in the sera was mildly elevated, while amylase in the urine was about 12 times the upper limit of normal.

Table 1. Laboratory changes in the presented patient

Laboratory investigations	Value
Hemoglobin, g/l	155
Hematocrit, l/l	0.46
Erythrocytes, x 10 ¹² /l	5.37
Leucocytes, x 10 ⁹ /l	10.7
Neutrophils, %	76.1
Eosinophils, %	0.8
Monocytes, %	6.9
Lymphocytes, %	14
Basophils, %	0.6
Platelets, x 10 ⁹ /l	210
Amylase in the sera, ME	979
Amylase in the urine, ME	9284

The diagnosis was confirmed by the serologic investigation №2306 (29.04.2013.) which introduced high level of the specific class M anti mumps virus immunoglobulins.

During the inpatient period (9 days) treatment by rehydration, methylprednisolone, vitamin C, antipyretics, analgesics and bed rest were implemented.

Results

During the first days of the hospitalization of our patient, the most common complaints were weakness, intoxication, fever, nausea, epigastric and testicular pain. At the fourth day after initiation of the treatment, body temperature was normal, the swelling of the parotid glands gradually fade down, abdominal pain, dyspeptic complaints and changes in the right testis disappeared. The control analyzes of the serum and urine amylase enzymes were in the normal range, 707 ME and 151 ME respectively. On the basis of anamnesis, epidemiologic data, biochemical and serologic examinations, we accepted the diagnosis of epidemic parotitis (mumps) accompanied by multi organ involvement (pancreatitis and orchitis). The patient was discharged from the hospital in good condition with recommendation for consultation with

urologist after three months – for full sperm examination and checking of the fertile function.

Conclusion

Mumps with multi organ involvement is common clinical sign of the disease. There is no typical order in the inflam-

matory involvement of the glandular structures in the organism – pancreatitis and orchitis may occur as early symptoms of the disease. In spite of the multi organ involvement in the presented patient, the outcome of the disease was auspicious, with usual duration of the symptoms and without permanent consequences.

Димитричка Близнакова¹,
Маргарита Господинова²,
Илиан Тодоров²

¹Одељење за педијатрију и медицинску генетику
Медицинског факултета Варна

²Одељење за инфективне болести, епидемиологију
и тропску медицину Медицинског факултета
Варна, Бугарска

Случај мумпс орхитиса и панкреатитиса код мушкарца старог 25 година, хоспитализованог на Клиници за инфективне болести у Варни

Кључне речи:

мумпс, орхитис, панкреатитис,
мултиорганска болест

Сажетак

Увод. Мумпс је акутна инфективна болест коју изазива мумпс вирус. Главни патолошки супстрат је серофibriнозно запаљење пљувачних жлезда, које узрокује њихово увећање. Ток болести је код деце пре пубертета обично бениган и приближно трећина случајева има супклинички облик. Могућно је да болест захвати и друге органе осим пљувачних жлезда и манифестује се као орхитис, менингитис или панкреатитис. Запаљење панкреаса има повољан ток и не оставља трајне последице, као што су дијабетес мелитус или канцер панкреаса. Код 15%-40% мушкараца који оболе после пубертета јавља се орхитис, који без лечења у 30%-50% случајева доводи до атрофије тестиса која је повезана с мушким инфертилитетом. Атрофија тестиса после прележаног мумпс-орхитиса представља предиспонирајући фактор за тестикуларни канцер

Циљ рада. Приказ случаја пацијента са мултиорганском локализацијом мумпс вируса и анализа тежине случајева у којима су болешћу захваћени специфични органи.

Приказ случаја. Приказ случаја мумпса комбинованог са мумпс-орхитисом и мумпс-панкреатитисом код мушкарца старог 25 година, хоспитализованог на Клиници за инфективне болести – Варна. Дијагноза је постављена на основу клиничких карактеристика болести, епидемиолошких података и биохемијских и серолошких анализа, које су рађене у релевантним лабораторијама у “Ст. Марина” болници у Варни.

Резултати. У приказаном случају болест је почела као умерен облик мумпса који је захватио обе паротидне жлезде, а трећег дана од избијања симптома дошло је до панкреатитиса и орхитиса.

Закључак. Захваћеност више органа представља честу манифестацију клиничког тока мумпс вирусне инфекције. Упркос томе што је болешћу било захваћено више органа, у овом случају пацијент се опоравио без трајних последица болести.

References

Литература

1. Господинова М, Ганчева Т, Ненова М. *Особености на епидемичния процес и клиничните прояви на епидемичен паротит в град Варна и региона. 1997-1998*, сп. „Инфектология”, 1999;3:9-12.
2. Илиев Б, Митов Г, Радев М. *Инфектология*. София, 2001;167-73.
3. Anonymous. *A retrospective survey of the complications of mumps*. J R Coll Gen Pract 1974;24:552-6.
4. Bannister B, Gillespie St, Jones J. *Infection Microbiology and Management*. Third edition, UK, 2006:11;243-44.
5. Beard CM, Benson RC Jr, Kelalis PP, Elveback LR, Kurland LT. *The incidence and outcome of mumps orchitis in Rochester, Minnesota, 1935-74*. Mayo Clin Proc 1977;52:3-7.
6. Candel S. *Epididymitis in mumps, including orchitis: further clinical studies and comments*. Ann Intern Med 1951;34:20-36.
7. Gilbert JB. *Tumors of testes following mumps orchitis. Case report and review of 24 cases*. J Urol 1944;51:296-300.
8. Jong E, Stevens D, Netter's Inf Dis, 2012, Section 1, Chapter 11, 47-50.
9. Kaufman JJ, Bruce PT. *Testicular atrophy following mumps. A cause of testis tumour?* Br J Urol 1963;35:67-9.
10. Local Health Department Guidelines for the Epidemiological Investigation and Control of Mumps, Maryland Department of Health and Mental Hygiene, Infectious Disease and Environmental Health Administration, Center for Immunization, July 2012.
11. Senanayake SN. *Mumps: a resurgent disease with protean manifestations*. Med J Aust 2008;189:456-9.
12. Shanley JD. *The resurgence of mumps in young adults and adolescents*. Cleve Clin J Med. Jan 2007;74(1):42-4, 47-8.

Primljen • Received: 18/03/2015
Ispravljen • Corrected: 17/11/2015
Prihvaćen • Accepted: 20/11/2016

Конкурс за доделу Годишње награде “Др Дане Жигић” за 2016. годину

На основу члана 4 и 7 Правилника о оснивању и додели
Годишње награде “Др Дане Жигић”, расписује се

Конкурс

за пријем научних радова, студија и текстова објављених у стручној и научној периодици, монографија, као и публикованих научних и стручних радова током 2016. године, као и предлога за ангажовање у раду Секције на плану предлога и реализације образовних програма, мултидисциплинарних студија и истраживања, као и на допринос унапређењу опште медицине-породичне медицине

Рок за доставу радова је: 28. фебруар 2017. год.

Радове послати на адресу:

Српско лекарско друштво

Секција опште медицине

Џорџа Вашингтона 19/І, 11000 Београд, Србија

Тел. 011 3234 261- лок. 111

ompm@bvcom.net

са знаком: за Годишњу награду “Др Дане Жигић” за 2016. годину

Председник Научног одбора

Секције опште медицине СЛД,

Прим. мр сц. Милоранка Петров-Киурски

Председник

Секције опште медицине СЛД,

Прим. др Мирјана Мојковић

Правилник о оснивању и додели Годишње награде “Др Дане Жигић”

Члан 1

Годишња награда “Др Дане Жигић” оснива се с циљем да подстиче, развија и афирмише научни, стручни и практични рад у области опште медицине у Србији.

Члан 2

Оснивач Награде је Секција опште медицине Српског лекарског друштва.

Члан 3

Научни одбор Председништва Секције опште медицине именује жири за доделу Награде и одлучује о свим питањима и активностима у вези са доделом Награде.

Члан 4

Годишња награда “Др Дане Жигић” додељује се за објављене публикације наведене у члану 7 Правилника.

Члан 5

Предлог за годишњу награду “Др Дане Жигић” жирију могу упутити: Председништво Секције опште медицине Српског лекарског друштва, Научни одбор Секције, установе и појединци.

Члан 6

Жири за доделу Годишње награде “Др Дане Жигић” именује се из реда истакнутих специјалиста опште медицине, чланова Секције опште медицине Српског лекарског друштва.

Жири чине: председник и два члана са мандатом од годину дана.

Члан 7

Жири за доделу Награде прати научне радове, студије, текстове објављене у стручној и научној периодици, монографије, као и публиковане научне или стручне радове током године за коју се Награда додељује, затим ангажовање у раду Секције на плану предлога и реализације образовних програма, мултидисциплинарних студија и истраживања, као и на допринос унапређењу опште медицине-породичне медицине. Предлози за награду из члана 5 овог Правилника достављају се жирију закључно до 28. фебруара наредне године.

Члан 8

Одлука о Награди доноси се већином гласова чланова жирија. Жири задржава право да Награду не додели уколико приспели радови не задовољавају критеријуме.

Члан 9

Жири доноси одлуку најкасније до тридесетпрвог марта за претходну годину.

Члан 10

Одлука Жирија се саопштава изабраном кандидату и кандидатима који су конкурисали за Награду, најкасније до петнаестог априла исте године.

Члан 11

Приговор на одлуку жирија се упућује Научном одбору Секције опште медицине Српског лекарског друштва у року од петнаест дана. Научни одбор доноси одлуку о приговору у року од месец дана од пријема приговора. Одлука Научног одбора је коначна.

Члан 12

Чланови жирија за време свог мандата не могу конкурисати за Награду

Члан 13

Награда се састоји из два дела: признање у виду Повеље и новачног износа. Новчани износ обезбеђује Секција опште медицине Српског лекарског друштва из својих прихода и донација.

Члан 14

Награда се добитнику додељује на стручним конференцијама Секције опште медицине Србије, увек за претходну годину.

Члан 15

Правилник ступа на снагу даном доношења.

Председник Секције опште медицине
Српског лекарског друштва,
Примаријус др Мирјана Мојковић

Општа медицина је научни часопис Српског лекарског друштва. У часопису се објављују радови чланова Секције опште медицине СЛД, чланова других секција медицинских и сродних струка које су од интереса за примарну здравствену заштиту.

Часопис објављује оригиналне радове, саопштења, ревијалне радове, прегледне чланке, едукативне чланке, приказ случајева, приказе књига, радове из историје медицине, коментаре и писма Уредништву, и друге прилоге.

Објављују се радови који нису публиковани, што аутори гарантују потписом. 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. Приспеле рукописе Уредништво шаље рецензентима ради стручне процене.

Општа упутства. Текст рада куцати у програму за обраду текста *Word*, ћирилицом или латиницом, искључиво фонтом *Times New Roman*, на страници формата А4, са 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 стати 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 индексира, 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 нашем 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, 99Tc, IL-6, O2, B12, CD8.

Изјава о сукобу интереса. Уз рад се доставља изјава свих аутора којом се изјашњавају о сваком

могућем интересу или изјаву да немају сукоб интереса. За информације видети www.wame.org у делу - Политика изјаве о сукобу интереса -

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 изнесене у раду. Ауторство се заснива само на: битном 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, што 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, те 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 и презимена аутора и коаутора (са титулама) индексирана 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 болесника приложити сажетак обима 200 - 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 болесника сажетак садржи следеће: Увод, Приказ болесника, 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 и презимена аутора (са титулама) индексирана бројевима, званичан назива установа 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 приказе болесника 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 ревијални радови садрже: Увод, Циљ рада, Метод, Резултати, Дискусија, Закључак, Литература.

Приказ болесника садржи: Увод, Приказ болесника, 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. Статистичке методе који се користе у истраживању ради обраде резултата, треба јасно дефинисати и навести; 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 сигнификантност треба да буде јасно истакнута. Приказати их логичким редоследом у тексту, табелама и илустрацијама. У тексту нагласити или сумирати 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*. 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. Табеле се означавају арапским бројевима по редоследу навођења у тексту са називом на српском и енглеском језику (*Table*). 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.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. Целокупни 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 болесника, рад за праксу, едукативни чланак 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 Опште медицине Србије <http://www.opstamedicina.org>

Радове слати на e-mail адресу: ompm@bvcom.net са назнаком <> за часопис Општа медицина».

Листа за проверу

Општа упутства

- ☐ *Word*
- ☐ *Times New Roman*
- ☐ страница A4
- ☐ лево поравнање
- ☐ увлачење пасуса 1 таб.
- ☐ литература у тексту индексирана (^{1,2...})

Прва страница

- ☐ Наслов рада без скраћеница
- ☐ Пуна имена и презимена аутора
- ☐ Званичан назив установа, место, држава
- ☐ Контакт-адреса, телефон, *e-mail*

Посебна страница

Кратак садржај (200-250 речи)

Оригиналан рад:

- ☐ Увод
- ☐ Циљ рада
- ☐ Метод рада
- ☐ Резултати
- ☐ Закључак
- ☐ Кључне речи (3-6)

Приказ болесника:

- ☐ Увод
- ☐ Приказ болесника
- ☐ Закључак
- ☐ Кључне речи (3-6)

Остали типови радова:

- ☐ нема сегмената

Текст рада

Оригиналан рад (до 5.000 речи):

- ☐ Увод
- ☐ Циљ рада
- ☐ Метод рада
- ☐ Резултати
- ☐ Дискусија
- ☐ Закључак
- ☐ (Захвалница)
- ☐ Литература (Ванкуверски стил)

Приказ болесника (до 3.000 речи):

- ☐ Увод
- ☐ Приказ болесника
- ☐ Дискусија
- ☐ (Захвалница)
- ☐ Литература (Ванкуверски стил)

Преглед литературе, саопштење, рад из историје медицине (до 5.000 речи):

- ☐ Увод
- ☐ Одговарајући поднаслови
- ☐ Закључак
- ☐ (Захвалница)
- ☐ Литература (Ванкуверски стил, пет аутоцитата)

Посебна страница

- ☐ Наслов рада на енглеском
- ☐ Пуна имена и презимена аутора
- ☐ Званичан назив установа на енглеском, место, држава

Посебна страница

Summary (200-250 words)

Original article:

- ☐ Introduction
- ☐ Objective
- ☐ Methods
- ☐ Results
- ☐ Conclusion
- ☐ Keywords (3-6)

Case report:

- ☐ Introduction
- ☐ Case outline
- ☐ Conclusion
- ☐ Keywords (3-6)

Articles for other columns:

- ☐ нема сегмената

Прилози

Табеле (*Word*):

- ☐ Табела 1. (српски)
- ☐ Table 1. (English)

Графикони (Excel, линк у Word):

- ☐ Графикон 1. (српски)
- ☐ Graph 1. (English)

Слике (оригинал, скенирано)

- ☐ Слика 1. (српски)
- ☐ Figure 1 (English)

Схеме (*CorelDraw* или *Adobe Illustrator*)

- ☐ Схема 1. (српски)
- ☐ Scheme 1. (English)

Остало

- ☐ скраћенице у латиници подвући и означити црвеним фонтом

- ☐ децимални бројеви у српском тексту са зарезом, у енглеском и

прилозима са тачком

Слање рада

- ☐ email; ompm@bvcom.net
- ☐ изјаве с потписима свих аутора
- ☐ опис доприноса у раду свих аутора
- ☐ пропратно писмо

Instructions for Authors

General Practice is a scientific journal of the Departement of General Practice/Family Medicine of Serbian Medical Society. Journal considers articles on all aspects of primary health care, written by doctors engaged in General practice/Family medicine and other health and health-related professionals. Journal publishes Original articles, Proceedings, Reviews articles, Educative articles, Case reports, History of medicine, Comments and letters to the Editor and other articles.

Authors are required to confirm that article is unpublished previously.

All papers published in *General Practice* are subject to peer review.

General instructions: Authors should submit their papers in electronic form, as Word (.doc) file in Serbian or in English language.

Technical requirements: Paper size A4 in portrait orientation; all margins 25 mm; font *Times New Roman*, size 12, text alignment left; first line indented by 10 mm; without hyphenation. For special characters use symbol font.

The pages of the main text should be numbered consecutively, (including title page), in the footer. Sentences should be brief and clear. For medicaments only use non-proprietary names. For designation of devices use manufacturer's designation. Manufacturer and his location should be bracketed. Special expressions and symbols should be written clearly, with appropriate use of subscript and superscript. Use widely accepted symbols and abbreviations. Abbreviations should be preceded by the full text at the first appearance.

All measures should be reported in SI units.

Title page: The first page of the manuscript should provide as follows: Title of the study (without abbreviations); Full names and titles of the author and co-authors, with indexes. Institution, city and country of residence for authors and co-authors, indexed accordingly to name indexes. Full name, contact address, phone/fax number and e-mail of the corresponding author.

Abstract: Abstracts are required as addition to original articles, proceedings, reviews articles, and case reports. Abstract should not exceed 200 - 250 words

Abstracts to original researches should be organized as follows: Introduction; Objective; Methods; Results; Conclusion, Key words.

Include the most important numerical values, applied statistical analyses and significance level, in detail sufficient to support the conclusions;

Each segment should be written as separate paragraph, with the first word written bold

Abstract to case reports should be organized as follows: Introduction, Case report, Conclusion.

Key words: At the end of the abstract authors are asked to provide 3-10 key words defining the essential content of the manuscript.

The other types of papers do not require specific organization of the abstract

Structure of the manuscript. Original Articles and Reviews Articles should be organized as follows: Introduction, Objective, Methods, Results, Discussion, Conclusion, References.

Case reports should be organized as follows: Introduction; Case report; Conclusion, References. Do not use name or initials of the patient.

Introduction: Clearly explains the hypothesis, or defines the problem that is the subject of the research. Do not use the data or conclusions of your research in this part of the paper.

Objective: Objective should be defined precisely and clearly.

Method: Explains design and plan of the research, sources of data, organizing of the sample, time and place of the researching, instruments and significance of the research

Applied statistical analyses should be clearly cited and defined. Keep in mind that statistical analysis is no more than a tool for proving of the author's hypothesis.

Results: Results should be presented within the frame of the hypothesis or research of the problem. They should be presented as logical sequence, preferably in the form of tables or charts, with emphasized statistical significance. Only the most important observations should be presented or summarized in the text

Discussion: Discussion comprises interpretation and evaluation of the research, by comparing of the data with already published ones, and theoretical and practical implications and suggestions for the future researches. Emphasis should be on the originality of the data and contribution to the general knowledge and linking with introduction and the objective.

Conclusion: Presents clear and explained facts of research in short and connects them with the aim of the research. Conclusion must be supported by the data obtained in the research

Illustrations, tables and photos. Preferable program for creating *charts* is *PowerPoint*, and for creating *figures*, we recommend *Corel Draw* program. *Tables* should be created in *MSWord*, using single spacing. Preferable resolution for *photos* is *300 dpi*, in *.jpg* format. Each item should be numbered according the order they appear in the text. Legends for charts, figures, tables and photos should be written using *Times New Roman* font. All used abbreviations should be explained in the legend. In the main text, mark the place for inserting illustrations and tables in font color red (i.e. Table 1 etc)

References should be cited according to the Vancouver style in the order made in the text and numbered accordingly. These numbers should be inserted in superscript on each occasion a reference is cited. Numbered references should

appear in separate page at the end of the paper. All measures should be reported in SI units. Sample references are available at http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. This standard is one of the three most important factors for indexing in classification of scientific journals

Deadlines for manuscript submission
January 15th for volume released in May
March 31st for volume released in September

Submission deadline cannot be postponed
Articles should be submitted at ompm@bvcom.net

СРП - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

61

ОПШТА медицина : часопис Секције
опште медицине Српског лекарског друштва
= General practice : the Serbian Journal of
general practice / главни и одговорни уредник
Сузана Станковић. - Вол. 1, бр. 1 (1995)- . -
Београд : Секција опште медицине Српског
лекарског друштва, 1995- (Београд : Сору
Planet). - 28 cm

Полугодишње. - Текст на срп. и енгл. језику.
ISSN 0354-7132 = Општа медицина
COBISS.SR-ID 102575879

