



UVODNIK

Gost urednik:
Rudika Gmajnić

IZVORNI RADOVI

Utjecaj boli i komorbiditetnih kroničnih bolesti na kvalitetu života bolesnika s astmom i dijabetesom

Rizici koji utječu na kvalitetu življenja nakon infarkta miokarda

Odziv na preventivne mamografske preglede žena seoskog područja Osječko-baranjske županije.

Uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju pacijenata u terminalnoj fazi bolesti

OBNOVIMO ZNANJE

Program istraživanja za opću/obiteljsku medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu u Europi

OSVRTI

Putevima kongresa obiteljske medicine-putopisna reportaža



IZDAVAČ

HRVATSKA UDRUŽBA OBITELJSKE MEDICINE
CROATIAN ASSOCIATION OF FAMILY MEDICINE
Zagreb 10000, Rockefellerova 4

VIJEĆE ČASOPISA – EDITORIAL COUNCIL
MEDICINA FAMILIARIS CROATICA

Zdravko Ebling, Davor Ivanković,
Želimir Jakšić, Milica Katić, Eris Materljan,
Mirjana Rumboldt, Mladenka Vrcić-Keglević

GLAVNI UREDNIK – EDITOR IN CHIEF

Rajka Šimunović
10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509
tel. +385 (034) 271 494,
fax. +385 (034) 312 285
E-mail:branko.simunovic1@po.t-com.hr

TAJNIK-SECRETARY

Zlata Ožvačić Adžić
10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509
tel. +385 (01) 2902 495, fax. +385 (01) 2902 495

**UREĐIVAČKI ODBOR -
EDITORIAL BOARD**

Ljiljanka Jurković, Suzana Kumbrija,
Dragomir Petric, Mirica Rapić, Hrvoje Tiljak,
Nevenka Vinter Repalust, Davorka Vrdoljak

**GRAFIČKI UREDNIK –
GRAPHICAL EDITOR**

Alma Šimunec-Jović

**UMJETNIČKI SAVJETNIK –
ART CONSULTANT**

Hrvoje Vuković

FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI

Norman Žegarac

Časopis izlazi 2 puta godišnje. Radovi se šalju na adresu
Uredništva:

Medicina familiaris Croatica,
Zagreb, P.P. 509, 10001 Zagreb

Journal is published in two times a year.

Articles for submission should be sent to:
Medicina familiaris Croatica, P.P. 509, 10001 Zagreb

Godišnja pretplata za časopis iznosi: 150 kuna
(pojedinačna cijena izdanja 75 kuna)

Broj žiro računa: 2360000-1101478397

Broj deviznog računa kod Zagrebačke banke:
30101-620-16 2343006959

Godišnja članarina HUOMA (uključivo pretplatu časopisa)
iznosi: 200 kuna

Matični broj izdavača –HUOM-a: 0179515

web site: www.huom.hr

Rješenjem Ministarstva znanosti i tehnologije. Ur. Broj 533-
08-96-2/96 časopis je priznat kao znanstvena i stručna
publikacija na području obiteljske medicine.

UVODNIK

Gost urednik: Rudika Gmajnić 2

IZVORNI RADOVI

Utjecaj boli i komorbiditetnih kroničnih bolesti na kvalitetu
života bolesnika s astmom i dijabetesom
Svijetlana Pečurlija Đurđević, Đurđica Lazić 5

Rizici koji utječu na kvalitetu življenja nakon infarkta miokarda
*Amra Zalihić, Mirela Mabić, Mirjana Rumboldt,
Dino Zalihić* 18

Odziv na preventivne mamografske preglede žena seoskog
područja Osječko-baranjske županije
Sanda Pribić 24

Uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju pacijenata u
terminalnoj fazi bolesti
Vedrana Čosić, Sanda Pribić, Monika Jeđud, Ivan Čosić 33

Izrazito visoke vrijednosti kolesterola i triglicerida
u 51-godišnjeg pacijenta
Monika Jeđud, Vedrana Čosić, Ana Birtić, Martina Vuković 36

OBNOVIMO ZNANJE

Program istraživanja za opću/obiteljsku medicinu i
primarnu zdravstvenu zaštitu u Europi
Pripremila Đurđica Kašuba Lazić 39

OSVRTI

Putevima kongresa obiteljske medicine-putopisna reportaža
Pripremio Hrvoje Tiljak 44

PROVJERIMO SVOJE ZNANJE

Pripremila: *Suzana Kumbrija* 49

IZVJEŠĆA

Izvješće sa sastanka UEMO-a, 12.-13. studenoga 2010.
Porto, Portugal 51

Izvješće sa sastanka UEMO-a, 4.-5. lipnja 2010.
Luzern, Švicarska 52

UPUTE AUTORIMA 55

“Slavonac ljubi tu svoju hrastovu šumu nada sve; on je u njoj kao u svojoj kući, njemu nema veće slasti nego s marhom bezbrižno basati ispod sjenovitog hrašća; on pozna svako drvo, svaku pticu, svaki glas; on se s tom šumom razgovara, kao sa svojom materom. Ona je njemu odvajkada bila nepresušivim blagom; stanove si on podigo ukraj šume, posagradio staje i štagljeve, posadio voćnjake i šljivike, pa je više na stanu nego na selu.... Pa tko ju ne bi volio, tko ne bi čeznuo za njom?”

Josip Kozarac



Dragi čitatelji, kolegice i kolege!

Smatrao sam sasvim uobičajenom dužnošću, profesionalnom obvezom i čašću prihvatiti se funkcije i titule *gosta urednika* jedinog stručnog časopisa obiteljskih doktora. Uostalom to je i „opis posla“ predsjednika Katedre obiteljske medicine Medicinskog fakulteta. Ali... Glavna urednica sugerira kako bi ovaj broj trebao biti Slavonko-baranjski obojen, prožet stručnom pisanom riječju specifičnom za naš dio prelijepe nam domovine.

Na koji način predstaviti Slavoniju i Baranju? Kako se mi Slavonci želimo okarakterizirati i kako nas doživljavaju drugi? Što su istine, mitovi, realnosti, stare i nove vrijednosti? Umjesto jednoznačnog opisa Slavonije i Baranje i njegovih stanovnika, odjednom poleti oluja asocijacija: neprekidna polja žita sa žeteocima, moćni slavonski hrastovi, slavonska metropola Osijek, parkovi i katedrala, rijeka Drava, ratom razrušeni vukovarski vodotoranj, široki šorovi slavonskih sela, konji Lipicanci, Kopački rit, Đakovačka biskupija, plugovi u osječkoj ljevaonici, razigrano kolo rumenih djevojaka ukrašenih dukatima, Slavonac – baja zaokružen od kulena, slanine i šljivovice, mirni ljudi usporeni i dobroćudni, heroji Vukovara....

Oluja daje odgovor: sve je to Slavonija i Baranja, sve su to ljudi koji ovdje žive i kojima se svakodnevno bavimo u svom profesionalnom radu, s kojima

dijelimo svakodnevnice i koje smo naučili da smo njihovi doktori i prijatelji uvijek i svagdje, dan i noć, petkom i svetkom.

Zasigurno sam dosadan mladim kolegama kada opisujem uobičajenu kućnu posjetu s početka moje karijere (ne tako davno, pred Domovinski rat): negdje oko 2 do 3 sata noću pod prozorom čujem ropotanje starog *Ursus* traktora koji nadjačava pljusak. Dok čizma udara u pločnik već grabim trenerku i majicu koje su uredno složene kod kreveta (tik koji ni danas nisam izgubio), lupanje u vrata. Polako, djeca spavaju. Hitno, baka Kata pala šlagirala se valjda od tlaka. Probijamo se lugar Mirko, *Ursus* i ja do pustare „Pomoći“. To je 5 – 6 kuća ljudi koji rade na obližnjim farmama stoke i IPK-a imanjsima. Traktor staje, blato preveliko. Mirko vadi kabanicu i čizme pa hajd’ još tristotinjak metara. Mirko nosi liječničku torbu kao bebu u naručju, da ne pokisne. U kući uobičajeno: slaba žarulja, svi u jednoj sobi, baki Kati tlak tuče preko dvjesto. Lasix ide u venu, čekamo, nudi se prezalogajiti, rakija obavezno. Dok čekamo pad tlaka zazivam budućnost u kojoj će biti i cesta i telefona i mobitela i hitne pomoći.

Kolege vrte glavom i pitaju bih li dobio kabanicu i traktor za put kući da je kojim slučajem baka preminula. Zanimljivo i teško pitanje. Ali, to je Slavonija!

Prisjetimo se moja stalna pratilja sestra Ruža i ja (dva mapetovca s balkona) i bezbrojnih iščupanih noktiju u kućama, noćnih promjena katetera ili djeda kojemu prije početka rada u ambulanti ubodemo priručni troakar i u obični amper puštamo ascites, jer je u terminalnoj fazi. Završimo ambulantu, snaha pazi da se ništa ne zakomplicira, osam litara u amperu, djeda ne boli, mi u fiću i dalje poslom. I to je Slavonija!

Pričamo mi to kolegama koji su Medicinski fakultet završili u sveučilišnom gradu Osijeku. Redovito su išli u HNK, proputovali svijeta, odlično govore engleski. Mnogi od njih kroz sela su jedva i proputovali od kada nam stigao autoput. Industrije nema, konja i krava nigdje. Najčešće liječe umirovljenike, trgovce i studente. Sve znaju o HZZO-u, CEZIH-u, glavarinama i koncesijama. I to je Slavonija, moderna, urbana, europska!

O ZNG-ama, HV-u, Vukovaru, nevidljivim i nepriznatim herojima, PTSP-u, braniteljima i mirovinama ne mogu niti pričati. Previše tjeskobe, grča u želucu, bijesa. Ali, i to je Slavonija!

Često me pitaju: "Kako bi ti uredio Hrvatski zdravstveni sustav, ta imaš puno iskustva i spoznaja, poznaješ „zvijer“ iznutra, mogao bi znati kako je obuzdati i zauzdati da služi narodu?" Čini mi se da bi Hrvatskoj trebali zasebni sustavi za gradove, za sela, za otoke, za slabo naseljene krajeve, za područja od posebne državne skrbi. Ono što se danas događa je čudan kompromis koji nikome ne odgovara. Selu ne treba urbana i kompjuterizirana medicina, otocima malo znače CT-i i daleke klinike. Područja od posebne državne skrbi pretvaraju se u područja od posljednje skrbi.

U cijelom ovom košmaru medicina Slavonije i Baranje mora se prilagoditi slijedećim realitetima:

- slavonsko selo, često udaljeno od središta, slabo prometno povezano
- gradska metropola Osijek
- razvoj struke i znanosti unutar Medicinskog fakulteta
- razvoj Kliničkog bolničkog centra

- tri različite susjedne države na manje od pedeset kilometara
- poplave, komarci, ambrozija
- zaustavljeno poratno vrijeme i međuljudski odnosi koje ni tri generacije neće riješiti.

Živimo u stalnom procijepu i balansiranju vremena i događaja:

Prošlost: bogati slavonski seljak, zauzdane vode, mir i spokoj. Srednjeeuropski gradovi prepuni renesanse i secesije. Gimnazija kakvu svijet ne pamti. Učila u njoj dva nobelovca, Lavoslav Ružička i Vladimir Prelog i najpoznatiji naš biskup Josip Juraj Strossmayer. U istim klupama sjedilo i dvjestotinjak liječnika, sva sila intelektualaca. Povijest vojnih bolnica, javnog zdravstva i seoske medicine Štamparovog doba udarilo je snažne temelje brige o zdravlju vlastitog naroda. Hrabrost, inat i ustrajnost ratne medicine čini mi se nikada neće biti dovoljno ispričana niti shvaćena. Dr. Juraj Njavro umro, dr. Vesnu Bosanac tuže, a nas ostalih sjećaju se samo naši ranjenici.

Sadašnjost: gradovi prijepodne tužni i očajni, poslijepodne prepuni shopping centri šetača i promatrača. Noću veselice – da se zaboravi. Selo bez seljaka, roditelji bez djece. Doktore tuže. Preko nišana se gledaju kolege. Primarci i kliničari jedva da zajedno na balu liječnika zapjevaju (dok je bala bilo). Od moje sestre Ruže žele napraviti moga neprijatelja.

Budućnost: bude li imalo pameti bit će i budućnosti!

Što u svemu tome može i što radi obiteljska medicina? Na što smo posebno ponosni i što mislimo da je naš *brand*?

- tradicija kućnih posjeta. Dr. Ante Vuković i dr. Matija Dragila smislili su COM-ove prije četrdeset godina i primjenjivali ih savršeno,
- prevencija najčešćih sijela raka. Prof. Zdravko Ebling izradio je Nacionalne programe petnaest godina prije Ministarstva. Dr. Sanda Pribić je

doktorirala, a dr. Vedrana Ćosić i dr. Nikola Kraljik nastavljaju stručnu tradiciju iz toga područja. Liga protiv raka Osijek vjerojatno je najorganiziranija gradska liga u Hrvatskoj,

- dostupnost PZZ. Sagrađene i obnovljene ambulante gdje god ima naših ljudi, pa i u selima od dvjesto do tristo stanovnika,
- palijativna skrb. Organiziran prvi Centar palijativne skrbi u PZZ s ambulantom, pred otvaranjem prvi kreveti za hospicij. Dr. Branka Kandić- Splavski profesionalno se bavi palijativnom skrbi
- znanstveni napredak kroz brzorastuću Katedru obiteljske medicine koja je stekla adekvatan status i ugled u akademskoj zajednici.

Teška i velika je zadaća obiteljskih doktora raditi u opisanim uvjetima. No, to je bit života i rada obiteljskih doktora. Ništa i nikada nije jednostavno. Povijest i sadašnjost pokazuju da nas je veza s narodom održala, a svaka slabost u odnosu između kolega nas urušava. Kada bi sebi bili dobri desetinu onoga što pružamo svome narodu gdje bi nam bio kraj?!

Ispričavam se cijenjenom čitateljstvu na možebitnom (pre)lirskom opisu, ali, čovjeka ponesu emocije. Za kraj, uz šokačke pozdrave, okrenimo se sebi, budućnosti, struci. Budimo zadovoljni sve dok nas više veseli svaki naš pacijent kojemu smo pomogli. Nikakav paragraf ne može biti veći i jači od široke duše i osmjeha čovjeka kojemu je doktor potreban. S tom mišlju čitajmo ovaj broj časopisa.

Prof. dr. sc. Rudika Gmajnić,
spec.obiteljske medicine

Predsjednik Katedre obiteljske medicine
Medicinskog fakulteta u Osijeku

Josip Kozarac:

Sa prozora opet vire ona stara dobra lica
ma, ne zna se sto je šire ili duša il' ravnica

Ovdje vrijeme ko da stoj i kao da sve duže traje
otkad pamte stari moji odlazi se, a ostaje

Još se pamte s puno žara riječi moga starog dide
jadan onaj koji vara nemoj da se tvoji stide

Inati se, Slavonijo, ljepota nek tvoja boli
nema onog ko te ne zna, ko te ne zna, a ne voli



UTJECAJ BOLI I KOMORBIDITETNIH KRONIČNIH BOLESTI NA KVALITETU ŽIVOTA BOLESNIKA S ASTMOM I DIJABETESOM

INFLUENCE OF PAIN AND CO-MORBID CHRONIC DISEASES ON LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH ASTHMA AND DIABETES

Svijetlana Perčulija Đurđević, Đurđica Lazić

Sažetak

Uvod: Dijabetes i astma su učestale, za pacijenta neugodne kronične bolesti obilježene potrebom za trajnom skrbi i samokontrolom bolesti. Sa starenjem raste udio komorbiditetnih bolesti koje su razlogom uzimanja dodatnih lijekova. Nadalje, bol je jedan od najčešćih neugodnih simptoma. Prisutnost boli i komorbiditetnih bolesti može utjecati na samoskrb o osnovnoj bolesti, te na kvalitetu života bolesnika.

Cilj istraživanja: Istražiti učestalost boli i kroničnih komorbiditetnih „simptomatskih“ bolesti te njihov utjecaj na kvalitetu života bolesnika koji boluju od astme i dijabetesa.

Ispitanici i metode: Ispitanike su činila 134 bolesnika s dijabetesom te 70 bolesnika s astmom. U prvoj fazi istraživanja liječnik obiteljske medicine (LOM) je iz zdravstvenih kartona bolesnika i iz registra kroničnih pacijenata prikupio podatke o sociodemografskim karakteristikama i svim kroničnim komorbiditetnim bolestima označenim šiframa prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti,

X revizija (MKBX) bolesnika koji imaju dijagnozu dijabetes i astma. U drugom dijelu istraživanja ispunjeni su upitnici kojima se procjenjivala prisutnost i intenzitet boli u posljednjih šest mjeseci te kvaliteta života ispitanika. Za analizu procjene kvalitete života bolesnika koristili smo testirani strukturirani upitnik. Za procjenu intenziteta boli korištena je metoda Vizualne analogne skale. Podaci su obrađeni deskriptivnom statističkom metodom.

Rezultati: U ispitanika s dijabetesom prosječne dobi 64,8 godina i ispitanika s astmom, prosječne dobi 54,4 godine bilo je više žena nego muškaraca. Kroničnih „simptomatskih“ komorbiditetnih bolesti bilo je prosječno po bolesniku u skupini „Dijabetes“ 3,0, u skupini „Astma“ 2,9. Bolesnici oboljeli od dijabetesa češće su imali prisutnu bol u posljednjih 6 mjeseci, ali su rjeđe uzimali lijekove za suzbijanje boli od onih s dijagnozom astme. Samo 9,7% bolesnika s dijabetesom i 20,0% bolesnika s astmom nisu imali bolove. U većine

Svijetlana Perčulija Đurđević, dr.med., Ordinacija obiteljske medicine Dom zdravlja Zagreb-Istok (Health Center Zagreb-East)

Prim.dr.sc. Đurđica Lazić, dr.med., Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Rockefellerova 4 (Medical Faculty, University of Zagreb, Andrija Štampar School of Public Health, Rockefellerova str. 4)

bolesnika s dijabetesom i astmom prisutnost boli i kroničnih komorbiditetnih stanja imala je utjecaja na kvalitetu života.

Zaključak: LOM pružajući kontinuiranu skrb bolesnicima koji boluju od astme i dijabetesa, imajući u vidu osjetljivost takve specifične populacije, u mogućnosti je umanjiti negativni utjecaj komorbiditetne bolesti i kroničnih bolnih stanja na disfunkciju pacijenata. Skrb LOM-a o oboljelima od dijabetesa i astme zahtijeva bolesniku usmjerenu skrb kako bi se unaprijedila kontrola osnovne bolesti i poboljšala kvaliteta života bolesnika.

Ključne riječi: dijabetes, astma, komorbiditetne bolesti, bol, kvaliteta života

Summary

Introduction: Diabetes and asthma are frequent and unpleasant chronic diseases requiring permanent care and self-control. With aging, there is an increase in the ratio of co-morbidities requiring the administration of additional medicines. Additionally, pain is one of the most common unpleasant symptoms. Pain and co-morbidities may influence self-care with regard to the basic disease and quality of life of the patients.

Aim: To analyse the frequency of pain and chronic symptomatic co-morbidities and their influence on the quality of life of asthmatic and diabetic patients.

Subjects and methods: The study comprised 134 diabetic and 70 asthmatic patients. In the first phase of the study, family medicine physician collected information on socio-demographic characteristics and all chronic co-morbidities (designated according to the International Classification of Diseases, 10th revision (MKB-10) of diabetic and asthmatic patients from patient charts and from the register of chronic patients. The other part of the study comprised the completion of questionnaires about pain presence and its intensity

over the last six months and the quality of life of studied subjects. Life quality analysis estimation a structured question mark has been used for the patients. The Method of Visual Analogue Scale was used for pain evaluation. Descriptive statistics was used for data processing.

Results: There were more women than men among diabetic patients 64.8 years old on an average and among asthmatic patients 54.4 years old on an average. The average number of chronic symptomatic co-morbidities per patient was 3.0 in Diabetes Group, and 2.9 in Asthma Group. The incidence of pain over the last six months was higher in diabetic patients, but they took analgesics more rarely than asthmatic patients. Only 9.7% of diabetic patients and 20.0% of asthmatic patients did not experience any pain. In the majority of diabetic and asthmatic patients, pain and chronic co-morbidities affected the quality of life.

Conclusion: By taking continuous care of asthmatic and diabetic patients, and taking into account the sensitivity of these specific population groups, family medicine physicians can reduce the negative influence of co-morbidities and chronic painful conditions on their disfunction. Family medicine physicians should apply a patient focused approach to the treatment of diabetic and asthmatic patients in order to enhance the control of the basic disease and improve their quality of life.

Key words: diabetes, asthma, co-morbidities, pain, quality of life

Uvod

Kronične bolesti su one bolesti koje često počinju neprimjetno do pojave simptoma, koji se potom pojavljuju i vraćaju u određenim vremenskim periodima ili kontinuirano traju kroz čitav život bolesnika. (grč. hronos = vrijeme).

Dijabetes i astma su učestale kronične bolesti koje su zbog simptoma, kompleksne kontrole bolesti i liječenja, te zbog posljedica koje ostavljaju na

organizmu i na kvaliteti života oboljelog i vrlo neugodne za oboljelog. U općoj populaciji učestalost astme iznosi 2-9% u odrasloj dobi, a 3-10% u dječjoj dobi (1), dok je učestalost dijabetesa od 6,1% u dobi 18 do 65 godina, a u starijih od 15% do 20% (2).

Danas, postoje preporuke i smjernice za liječenje i samoregulaciju obje bolesti koje su provedive i za bolesnika i za liječnika. Međutim, u prisutnosti drugih kroničnih stanja, a posebice u prisutnosti bolnih akutnih ili kroničnih stanja, provedba preporuka kao i postizanje ciljeva dobre kontrole dijabetesa ili astme može biti teže ostvariva.

Najčešći razlog dolaska bolesnika kod liječnika su njegove aktualne tegobe, a jedna od najčešćih tegoba je bol. Nerijetko bol postane kronična pa takvi bolesnici razviju kronični bolni sindrom (KBS) (3). KBS je kompleksno stanje primarno karakterizirano s umjerenom do intenzivnom boli, onesposobljenošću i psihosocijalnim poteškoćama stoga može jako utjecati na opće stanje bolesnika s dijabetesom ili astmom (psihološko, tjelesno i socijalno) (4).

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije 21.5 % bolesnika koji se liječe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pate od srednje jake do jake kronične boli. Kronična bol u gotovo petine bolesnika ograničava njihove aktivnosti. Najveći dio bolnih stanja uzrokovan je bolestima lokomotornog sustava. Kod bolesnika koji imaju promijenjeno psihičko stanje kao posljedicu ili uzrok kronične boli, neophodno je sveobuhvatno liječiti i psihičko stanje i somatsku bol, jer su kod takovih bolesnika samo analgetskom terapijom željeni rezultati kontrole boli teže će biti dostižni (3). Istraživanja su pokazala da bolesnici oboljeli od dijabetesa imaju dvostruko veću incidenciju depresije od opće populacije (5).

Kronične bolesti često su u komorbiditetu s drugim bolestima, od kojih su neke simptomatske, neke asimptomatske. Bolesnici su posebno osjetljivi na simptomatska stanja i bolesti i njima daju prioritet u

liječenju što utječe i na reguliranost asimptomatskih kroničnih bolesti kao što je dijabetes (5,6).

Istraživanja multimorbiditeta kroničnih bolesti pokazala su visok stupanj komorbiditeta nekih skupina kroničnih bolesti: endokrinih bolesti s kardiovaskularnim i muskuloskeletnim, te kroničnih bolesti dišnih putova s kardiovaskularnim bolestima.

Nadalje, neka istraživanja identificirala su prepreke koje oboljelima od dijabetesa otežavaju adekvatnu samokontrolu bolesti. Među njima se ističe prisutnost multimorbiditeta kroničnih bolesti, primjena većeg broja lijekova, te bol (8). Do sada nije potpuno istraženo da li kronična bol utječe na bolesnika s dijabetesom kao kompletirajući čimbenik. Također nije jasno do koje mjere kronična bol predstavlja prepreku za provedbu preporučenih mjera samoskrbi za dijabetes i astmu, te koliko kronična bol utječe na funkcioniranje pacijenta unutar obitelji i zajednice. Stoga je cilj ovog istraživanja bio istražiti prisutnost drugih kroničnih stanja i bolesti u bolesnika s dijabetesom i astmom te procijeniti njihov utjecaj na provođenje skrbi od strane liječnika i na samozbrinjavanje osnovne bolesti od strane bolesnika.

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je analizirati učestalost boli i kroničnih komorbiditetnih „simptomatskih“ bolesti kod bolesnika koji boluju od astme i dijabetesa, te istražiti utjecaj intenziteta boli i nekih komorbiditetnih kroničnih bolesti na kvalitetu života bolesnika s dijabetesom i astmom.

Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno u seoskoj ambulanti u Rasinji u Koprivničko-križevačkoj županiji. Ukupno 1711 pacijenata je u skrbi liječnika opće medicine od 2002. godine. Uzorak su činili svi pacijenti koji su do 01.07.2008. godine imali u zdravstveni karton ubilježenu šifrom dijagnozu

dijabetesa (E10, E11, R73) ili astme (J45), prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10. revizija (9). Pomoć kod formiranja uzorka bili su registri kroničnih bolesnika i elektronski vođeni kartoni.

Uzorak je formiran od 220 pacijenata s dijagnozom dijabetesa i/ili astme definiranih u registru kroničnih bolesnika. Za četrnaest bolesnika liječnik je imao podatak o smrti ili promjeni liječnika u periodu istraživanja. Ispitanika s dijagnozom šećerne bolesti bilo je 134 (7,8%), a bolesnika s dijagnozom bronhalne astme bilo je 70 (4%). Stopa odgovora bila je 92,7%.

U skupini „Dijabetes“ uključen je i dio onih pacijenata koji su imali ubilježenu dijagnozu intolerancije glukoze, što opravdava visoku prevalenciju dijabetičara u ambulanti.

U prvoj fazi istraživanja iz zdravstvenih kartona ispitanika s ubilježenom dijagnozom dijabetesa i astme prikupljeni su podaci o sociodemografskim karakteristikama (dob, spol i stručna sprema), o dužini trajanja bolesti od godine postavljanja dijagnoze, sve dijagnoze „simptomatskih“ kroničnih komorbiditetnih bolesti svrstanih u skupine, nazivi lijekova koje bolesnik koristi za sve kronične bolesti, broj lijekova i broj ukupnih i pojedinačnih aplikacija lijekova za dijabetes i astmu.

U drugoj fazi istraživanja, a prilikom dolaska na redovite kontrolne preglede ili po lijekove ispitanici su zamoljeni da ispune upitnik koji je sadržavao pitanja o tome koji je za njih najznačajniji aktualni zdravstveni problem, o učestalosti i intenzitetu bolova tijekom posljednjih 6 mjeseci, o učestalosti uzimanja lijekova za bolove, te o procjeni pacijenta koliko isti utječu na kvalitetu njihovog života. Oni pacijenti koji tijekom ispitivanog perioda nisu osobno došli u ambulantu, intervjuirani su telefonom ili su podaci prikupljeni uz pomoć patronažne službe. U procjeni intenziteta boli korištena je metoda Vizualne analogne skale (VAS) dok je za procjenu kvalitete života bolesnika korišten testirani strukturirani upitnik.

U analizi utjecaja kroničnih komorbiditetnih bolesti na tjelesno, psihičko i socijalno funkcioniranje bolesnika izdvojene su samo one skupine kroničnih bolesti koje se odlikuju s kronično prisutnim simptomima koje bolesnici doživljavaju kao bol, pečenje, ograničenost kretanja, psihičku nestabilnost, vrtoglavice, dispneju (duševne bolesti i poremećaji ponašanja, neurološke bolesti, slabovidnost i naglušnost koje se ne mogu korigirati, preboljeli srčani i moždani infarkti, amputacije ekstremiteta kao posljedica dijabetesa, kronični ulkusi, muskuloskeletne bolesti, bolesti probave, bolesti urogenitalnog trakta, nespecificirana simptomatska stanja, maligne bolesti). Prikupljeni podaci statistički su obrađeni deskriptivnom statistikom, te prikazani tablicama.

Rezultati

Istraživanjem je obuhvaćeno 134 bolesnika koji boluju od dijabetesa i 70 bolesnika koji boluju od astme. Prosječna dob oboljelih od dijabetesa bila je 64,8 godina, a onih oboljelih od astme 54,4 godine. U skupini „Dijabetes“ 0,75% ispitanika bilo je u dobnoj skupini do 18 godina. Najveći broj ispitanika pripadao je starijim dobnim skupinama. Polovina od ukupnog broja bolesnika s dijabetesom bilo je starije od 66 godina. U skupini „Astma“ 18,57% ispitanika pripadalo je dobnoj skupini do 18 godina dok je 41,43% ispitanika bilo u starijoj dobnoj skupini (>65 godina). U obje skupine bilo je više žena. Ispitanici se nisu značajno razlikovali prema stručnoj spreml. Najviše je bilo onih s nižom stručnom spremom (70%). U više od polovine ispitanika označeno je trajanje bolesti pet godina i manje.

Prisutnosti kroničnih „simptomatskih“ komorbiditetnih bolesti, udio bolesnih od pojedinih KB od ukupnog broja ispitanika svake skupine kao i zbirni udio u komorbiditetnim simptomatskim stanjima (KSS), prema poglavljima MKB-10 prikazan je na tablici 1.

Tablica 1. Broj i učestalost simptomatskih komorbiditetnih kroničnih bolesti kod ispitanika u svakoj skupini i udio komorbiditetnih bolesti u ukupnom komorbiditetu**Table 1.** Number and frequency of symptomatic comorbid chronic diseases among the patients in each group and share of comorbid diseases in total comorbidity

Šifra skupine komorbiditetne kronične bolesti	N bolesnika iz skupine „Dijabetes“ s pojedinim komorbiditetom / % oboljelih u uk. br. ispitanika	N bolesnika iz skupine „Astma“ s pojedinim komorbiditetom /% oboljelih u ukupnom br. ispitanika	Ukupno bolesnika iz skupine „Dijabetes“ komorbiditetom prema MKB sku-pinama /% ukupnog broja KSS	Ukupno bolesnika iz skupine „Astma“ s komorbiditetom prema MKB skupinama /% ukupnog broja KSS
F0 (organski i simptom. duševni poremećaji)	19 / 14,2	12 / 17,1	123 / 31,0	69 / 33,6
F1 (duš. por. uzrokovani uzimanjem psihoakt. tvari)	14 / 10,4	2 / 2,9		
F2 (shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji)	1 / 0,7	0 / 0,0		
F3 (afektivni poremećaji)	27 / 20,1	19 / 27,1		
F4 (neurotski poremećaji, vezani za stres)	60 / 44,8	36 / 51,4		
F7 (duševna zaostalost)	2 / 1,5	0 / 0,0		
G0 (neurološke bolesti)	5 / 3,7	4 / 5,7	5 / 1,2	4 / 2,0
H0 (slabovidnost koja se ne može korigirati)	11 / 8,2	4 / 5,7	11 / 2,7	4 / 2,0
H1 (naglušost)	9 / 6,7	11 / 15,7	9 / 2,2	11 / 5,4
I0 (preboljeli srčani infarkt/nest. Angina)	7 / 5,2	2 / 2,9	15 / 3,7	4 / 2,0
I1 (preboljeli moždani infarkt)	6 / 4,5	0 / 0,0		
I2 (amputirani ekstremiteti kao posljedica bolesti k. žila)	0 / 0,0	0 / 0,0		
I3 (ulkus dulji od 6 mjeseci)	2 / 1,5	2 / 2,9		
MO (infektivne artropatije)	0 / 0,0	0 / 0,0	133 / 33,1	65 / 31,7
M1 (upalne poliartropatije)	4 / 3,0	2 / 2,9		
M2 (artroze)	31 / 23,1	17 / 24,3		
M3 (stečene deformacije)	14 / 10,4	4 / 5,7		
M4 (bolesti sistemnog vezivnog tkiva)	3 / 2,2	1 / 1,4		
M5 (dorzopatije)	75 / 56,0	36 / 51,4		
M6 (bolesti mekih tkiva)	5 / 3,7	3 / 4,3		
M7 (osteopatije i hondropatije)	1 / 0,7	2 / 2,9		
K0 (bolovi zbog stanja u abdomenu)	27 / 20,1	11 / 15,7	47 / 11,7	21 / 10,2
N0 (bolovi zbog uroloških / ginek. kb)	20 / 14,9	10 / 14,3		
R0 (nespecificirana simptomatska stanja-bolovi)	27 / 20,1	11 / 15,7	53 / 13,2	19 / 9,3
R1 (nespecificirana simptomatska stanja –vrtoglavice)	26 / 19,4	8 / 11,4		
C0 (maligne bolesti)	6 / 4,5	4 / 5,7	6 / 1,5	4 / 2,0
Ukupno komorbidnih bolesti	402/100	201/100	402/100	201/100

U skupini „Dijabetes“ zabilježena su 402 „simptomatska“ komorbiditetna stanja (3,0 po bolesniku), a u skupini „Astma“ 201 (2,9 po bolesniku). Kod ispitanika obje skupine najučestalije komorbiditetne KB bile su iz skupine muskuloskeletnih i skupine duševnih bolesti i poremećaja.

U ispitanika skupine „Dijabetes“ značajno je veći udio evidentiranih oboljelih od alkoholizma (10,4% vrs. 2,9%), veći je broj ispitanika prebolio moždani udar (4,5% vrs. 0,0%), veći udio pacijenata ima stečene deformacije udova (10,4% vrs. 5,7%) i bolna stanja kralježnice (56,0% vrs. 51,4%), bolna stanja probavnog trakta (20,1% vrs. 15,7%), češća su

nespecificirana simptomatska stanja; prekordijalni bolovi (20,1% vrs. 15,7%) i vrtoglavice (19,4% vrs. 11,4%).

Kod ispitanika iz skupine „Astma“ češće su zastupljeni jedino afektivni (27,1% vrs. 20,1%) i neurotski (51,4% vrs. 44,8%) duševni poremećaji, te naglušost (15,7% vrs. 6,7%).

Kronični bolesnici, a posebice oni koji boluju od astme i dijabetesa za uspješnu kontrolu svoje osnovne bolesti često koriste veći broj lijekova, u više dnevnih doza. Također ti bolesnici koriste i lijekove za kontrolu drugih KB u komorbiditetu (tablica 2).

Tablica 2. Prosječan, maksimalan i minimalan broj lijekova i broj dnevnih aplikacija lijekova u obje skupine ispitanika

Table 2. Average, maximal and minimal number of medications and number of daily medication application in both groups of examinees

	Skupina „DIJABETES“	Skupina „ASTMA“
Prosječan broj lijekova	4,5	3,8
Max. broj lijekova	11	9
Min. broj lijekova	0	0
Prosječan broj dnevnih aplikacija	6,6	6,4
Max. broj aplikacija	17	16
Min. broj aplikacija	0	0
Prosječan broj APL1* za glavnu bolest	1,9	3,3

*U zadnjem redu „prosječan broj APL1“ dan je prosječan broj aplikacija lijekova za **glavnu bolest** svake skupine ispitanika (Astma ili Dijabetes)

Ispitanici koji boluju od dijabetesa koristili su prosječno 4,5 različitih lijekova, a oni oboljeli od astme prosječno 3,8 lijekova. Nije nađena razlika prema prosječnom broju aplikacija lijekova među skupinama iako su ispitanici s astmom za kontrolu osnovne bolesti koristili prosječno 3,3 aplikacije

lijeka na dan, a oni oboljeli od dijabetesa 1,9 dnevnih aplikacija lijeka.

Nadalje, s obzirom da je bol čest simptom prisutan u čovjeka, namjera je bila istražiti njihovu učestalost i intenzitet kod ispitanika u posljednjih 6 mjeseci (tablica 3).

Tablica 3. Učestalost i intenzitet bolova kod ispitanika obje skupine bolesnika**Table 3.** Frequency and intensity of pain in the both groups of examinees

Je li pacijent imao bolove zbog kojih je uzimao lijekove u zadnjih šest mjeseci?	„DIJABETES“	DA = 109 (81,3%)										
		NE = 23 (17,2%)										
	„ASTMA“	DA = 54 (77,1%)										
		NE = 16 (22,9%)										
Bol u tom periodu bila je po učestalosti	„DIJABETES“	STALNA										42 (31,3%)
		POVREMENA										79 (58,9%)
		BEZ BOLOVA										13 (9,7%)
	„ASTMA“	STALNA										16 (22,9%)
		POVREMENA										40 (57,1%)
		BEZ BOLOVA										14 (20,00%)
Intenzitet boli po ljestvici VAS *		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Udio pacijenata sa određenim intenzitetom prema njihovoj procjeni Skupina „DIJABETES“		10	3	8	16	18	7	14	10	7	5	2
Udio pacijenata sa određenim intenzitetom prema njihovoj procjeni Skupina „ASTMA“		20	1	9	11	16	7	13	9	10	1	3
Učestalost primjene analgetika prema skupinama	„DIJABETES“	STALNO (1)										26 (19%)
		POVREMENO (2)										34 (25%)
		NIJE UZIMAO (3)										73 (54%)
	„ASTMA“	STALNO (1)										17 (24%)
		POVREMENO (2)										17 (24%)
		NIJE UZIMAO (3)										36 (51%)

*VAS- vizualna analogna skala

Ispitanici skupine „Dijabetes“ češće su imali bolove u zadnjih šest mjeseci, ali su ispitanici rjeđe uzimali lijekove za bolove od ispitanika skupine „Astma“.

Od ukupnog broja ispitanika svega 9,7% onih sa dijabetesom i 20 % onih sa astmom nisu imali bolove u zadnjih šest mjeseci. Stalnu bol je u skupini „Dijabetes“ imalo 31% ispitanika, a u skupini „Astma“ 22% ispitanika.

U skupini „Astma“ 24% ispitanika lijekove protiv bolova uzima povremeno, a jednako toliko stalno. U skupini „Dijabetes“ ispitanici rjeđe uzimaju lijekove stalno (19%) nego povremeno (25%). U obje skupine više od 50 % ispitanika izjasnilo se da nije uzimalo lijekove za bolove.

Nadalje smo analizirali prisutnost različitog intenziteta boli, u zadnjih 6 mjeseci, u ispitanika obje skupine (tablica 4).

Tablica 4. Broj ispitanika bez boli ili s bolovima različitog intenziteta u obje skupine

	Bez bolova	Blaga bol	Srednje jaka bol	Jaka bol
Skupina „Dijabetes“	13 (9,7%)	36 (26,9%)	66 (49,3%)	19 (14,2%)
Skupina „Astma“	14 (20,0%)	15 (21,4%)	30 (42,9%)	11 (15,7%)

Najveći broj ispitanika je trpio srednje jaku bol. Poznato je da bolovi u značajnoj mjeri utječu na kvalitetu života čovjeka. U ovom istraživanju procijenili smo utjecaj boli na društvene kontakte, brigu o kućanstvu i skrb o vlastitoj bolesti (tab 5-7).

Table 4. Number of examinees with no pain or with pain of various intensity in both groups**Tablica 5.** Utjecaj bolova na socijalni kontakt u obje skupine**Table 5.** Influence of pain on social contact in both groups

			„Dijabetes“	„Astma“
Utjecaj bolova na socijalni kontakt u obje skupine (svi pacijenti)	broj pacijenata bez posljedica	0	50 (37%)	33 (47%)
	broj pacijenata s 1 posljedicom	1	38 (28%)	13 (19%)
	broj pacijenata s 2 posljedice	2	22(16%)	9 (13%)
	broj pacijenata s 3 posljedice	3	24 (18%)	15 (21%)

37% ispitanika skupine „Dijabetes“ i 47% ispitanika skupine „Astma“ je procijenilo da im bol ne utječe na socijalne kontakte. Petina pacijenata obje skupine ima pozitivan odgovor na sve tri pitanja vezano za procjenu narušenih socijalnih kontakata.

Tablica 6. Utjecaj bolova na brigu o kućanstvu u obje skupine**Table 6.** Influence of pain on household care in both groups

			„Dijabetes“	„Astma“
Utjecaj bolova na brigu o kućanstvu u obje skupine (svi pacijenti)	broj pacijenata bez posljedica	0	67 (50%)	34 (49%)
	broj pacijenata s 1 posljedicom	1	37 (28%)	13 (19%)
	broj pacijenata s 2 posljedice	2	14(10%)	8 (11%)
	broj pacijenata s 3 posljedice	3	16 (12%)	15 (21%)

Utjecaj bolova na disfunkciju bolesnika u kućanstvu vidljiv je u obje skupine ispitanika podjednako, ali kod ispitanika u skupini „Astma“ intenzitet disfunkcije je veći.

Tablica 7. Utjecaj bolova na skrb o bolesti u obje skupine**Table 7.** Influence of pain on care for disease in both groups

			„Dijabetes“	„Astma“
Utjecaj bolova na skrb o bolesti u obje skupine (svi pacijenti)	broj pacijenata bez posljedica	0	44 (33%)	27 (38%)
	broj pacijenata s 1 posljedicom	1	70 (52%)	38 (54%)
	broj pacijenata s 2 posljedice	2	8 (6%)	2 (3%)
	broj pacijenata s 3 posljedice	3	7 (5%)	3 (4%)

Više od 50% ispitanika iz obje skupine je blago onesposobljeno sa skrb o svojoj bolesti. Mali broj pacijenata (4-5%) nije u većoj mjeri sposobna skrbiti o vlastitoj bolesti.

Tablica 8. prikazuje rezultate utjecaja intenziteta boli na tri ispitivana segmenta kvalitete života. Skala utjecaja se tako kreće od 0,00 do mogućih

3,00 zavisno o prosječnom broju zaokruženih ponuđenih odgovora koji opisuju narušenu ili očuvanu kvalitetu života u pojedinom segmentu.

Tablica 8. Utjecaj bolova na kvalitetu života ispitanika

Table 8. Influence of pain on life quality of examinees

	Dijabetes	Astma
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente bez boli (0)	0,14	0,00
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente sa slabom boli (1-3)	0,64	0,73
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente sa srednjom boli (4-7)	1,42	1,32
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente sa jakom boli (8-10)	1,95	2,40
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente bez boli (0)	0,21	0,00
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente sa slabom boli (1-3)	0,33	0,33
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente sa srednjom boli (4-7)	1,08	1,74
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente sa jakom boli (8-10)	1,47	1,50
Utjecaj na skrb o bolesti za pac. bez boli (0)	0,14	0,00
Utjecaj na skrb o bolesti za pac. sa slabom boli (1-3)	0,67	0,60
Utjecaj na skrb o bolesti za pac. sa srednjom boli (4-7)	1,00	0,97
Utjecaj na skrb o bolesti za pac. sa jakom boli (8-10)	1,37	1,20

Pacijenti bez bolova imali su značajno manju narušenu kvalitetu života od onih s bolovima. Klasificirajući intenzitet boli mjeren VAS-om na tri intenziteta u tablici je numerički prikazan progresivan utjecaj porasta intenziteta boli na pojavu invaliditeta. Najznačajniji je utjecaj boli i njegova intenziteta u obje skupine na socijalne kontakte, zatim na brigu o kućanstvu, a najmanji utjecaj je izražen na skrb o vlastitoj bolesti.

Tablica 9. prikazuje utjecaj najučestalijih dijagnoza kod ispitanika na pojedine segmente kvalitete života. Skala utjecaja ponovno se kreće od 0,00 do mogućih 3,00 zavisno o prosječnom broju zaokruženih ponuđenih odgovora.

Najveći utjecaj na kvalitetu života bolesnika prema procjeni ispitanika u obje skupine imale su muskuloskeletne i duševne bolesti.

Rasprava

Podaci ovog istraživanja pokazali su da su bol i druge komorbiditetne kronične bolesti u velikoj mjeri prisutne u bolesnika s astmom i dijabetesom te da one imaju utjecaj na kvalitetu života bolesnika. To je posebno vidljivo u broju lijekova i u broju dnevnih aplikacija lijekova koje oboljeli od astme i dijabetesa uzimaju za komorbiditetne kronične bolesti. Bolesnici s dijabetesom prosječno su uzimali 4,5 različitih lijekova u 6,6 pojedinačnih aplikacija dnevno za različite bolesti te 1,9 aplikacija lijekova za dijabetes. Bolesnici s astmom uzimali su prosječno 3,8 različitih lijekova podijeljenih u 6,4 pojedinačnih aplikacija lijekova te 3,3 aplikacije lijekova za osnovnu bolest (tablica 2). Također je u obje skupine bolesnika bila velika učestalost boli. U skupini „Dijabetes“ ispitanici su češće imali stalne

Tablica 9. Utjecaj učestalijih dijagnoza na kvalitetu života ispitanika**Table 9.** Influence of more frequent diagnoses on life quality of examinees

	Dijabetes	Astma
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente s barem jednom F dijagnozom	1,32	1,33
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente bez F dijagnoze	0,57	0,39
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente s barem jednom F dijagnozom	0,97	1,12
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente bez F dijagnoze	0,40	0,89
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente s barem jednom F dijagnozom	0,92	0,81
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente bez F dijagnoze	0,70	0,50
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente s barem jednom I dijagnozom	1,07	2,50
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente bez I dijagnoze	1,16	1,00
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente s barem jednom I dijagnozom	1,20	1,50
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente bez I dijagnoze	0,80	1,03
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente s barem jednom I dijagnozom	1,13	1,50
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente bez I dijagnoze	0,84	0,68
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente s barem jednom M dijagnozom	1,18	1,38
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente bez M dijagnoze	1,09	0,76
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente s barem jednom M dijagnozom	0,98	1,62
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente bez M dijagnoze	0,57	0,42
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente s barem jednom M dijagnozom	0,99	0,92
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente bez M dijagnoze	0,64	0,52
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente s barem jednom K ili N dijagnozom	1,14	1,56
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente bez K ili N dijagnoze	1,17	0,92
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente s barem jednom K ili N dijagnozom	0,73	1,28
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente bez K ili N dijagnoze	0,90	0,98
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente s barem jednom K ili N dijagnozom	0,80	0,94
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente bez K ili N dijagnoze	0,91	0,65
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente s barem jednom R dijagnozom	1,45	1,13
Utjecaj na socijalne kontakte za pacijente bez R dijagnoze	1,01	1,07
Utjecaj na brigu o kućanstvu za pacijente s barem jednom R dijagnozom	0,86	1,20
Utjecaj na za brigu o kućanstvu pacijente bez R dijagnoze	0,84	1,02
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente s barem jednom R dijagnozom	0,90	0,67
Utjecaj na skrb o bolesti za pacijente bez R dijagnoze	0,86	0,75

bolove blažeg ili srednjeg intenziteta (31%), dok je u skupini „Astma“ 22,9% ispitanika zabilježilo prisutnost stalne boli. Podaci su u suprotnosti sa podacima o učestalosti uzimanja lijekova za bolove, po kojima ispitanici s dijabetesom rjeđe uzimaju iste od ispitanika iz skupine „Astma“ (tablica 2). Pojavu povremene boli imalo je 59% ispitanika s dijabetesom i 57% ispitanika s astmom. Ovaj podatak vjerojatno je povezan s patofiziologijom pojave boli kao komplikacije osnovne bolesti u bolesnika s dijabetesom. Stalnu bol je zahtjevnije liječiti i od strane liječnika i od strane pacijenta, te ona zahtijeva veći broj aplikacija lijeka na dan. S obzirom na podatke dobivene istraživanjem o većem prosječnom broju lijekova u ispitanika skupine „Dijabetes“ u odnosu na ispitanike skupine „Astma“, većem broju različitih komorbidnih bolesti i bolesti gastrointestinalnog trakta u skupini „Dijabetes“ te većem broju pojedinačnih dnevnih aplikacija za sva komorbidna stanja moglo bi se pretpostaviti da ispitanicima skupine „Dijabetes“ dodatni lijekovi za bolove mogu predstavljati i veće opterećenje.

Rezultati ovog istraživanja također ukazuju i na negativan učinak bolnih stanja na sve ispitivane segmente kvalitete života. Blaža disfunkcija u socijalnom kontaktu je češća kod ispitanika skupine „Dijabetes“, a značajnija disfunkcija je češće zabilježena kod ispitanika u skupini „Astma“ (tablica 5). Mogući razlog toj razlici mogao bi se tumačiti većim postotkom oboljelih od neuroza i afektivnih poremećaja oboljelih od astme (tablica 8). Pored toga, kod polovine ispitanika u obje skupine bol je u većoj ili manjoj mjeri remetila skrb o kućanstvu.

Poznato je da je skrb o bolesti važan segment života na koji bol često ima veliki utjecaj. U ovom je istraživanju utjecaj boli prisutan sa slabijim procjenjenim intenzitetom (tablica 8).

Istraživanjem je potvrđena najjasnije veza između porasta intenziteta boli i smanjenja kvalitete života. Različita bolna stanja učestalo su prisutna kod ispitanika ovom istraživanju. Tko npr. više od 50%

ispitanika obje skupine imalo je u zdravstvenom kartonu ubilježena kronična bolna stanja kralježnice, više od 23% ispitanika obje skupine imlo je ubilježenu dijagnozu dekompenziranih degenerativnih promjena velikih zglobova. Ovako visok postotak degenerativnih bolnih stanja lokomotornog sustava vjerojatno je posljedica više životne dobi ispitanika i velikih tjelesnih opterećenja koja istraživana seoska populacija ima svakodnevno tijekom života.

Premda je zabilježen velik prosječan broj „simptomatskih“ kroničnih bolesti, nije zabilježena značajna razlika među skupinama ispitanika. Ispitanici skupine „Dijabetes“ imali su prosječno 3,0, a ispitanici skupine „Astma“ 2,9 „simptomatskih“ komorbiditetnih bolesti/stanja. Kod ispitanika obje skupine najučestalije komorbiditetne KB bile su iz skupine muskuloskeletnih (artropatije, spondiloze) i skupine duševnih bolesti i poremećaja (afektivni, neurotski, organski poremećaji) te im je udio u ukupnom komorbiditetu oko 30% u obje skupine.

Utjecaj „asimptomatskih“ kroničnih bolesti i stanja u ovom istraživanju nije detaljnije evaluiran. On je zapažen jedino u utjecaju broja lijekova i pojedinačnih aplikacija lijekova koje bolesnici uzimaju. Zabilježeno je da za podjednak prosječan broj komorbidnih bolesti po ispitaniku, bolesnici s dijabetesom uzimaju značajno veći broj lijekova što je rezultat i drugih istraživanja (9). Rezultati ovog istraživanja ukazuju da su pacijenti oboljeli od astme i dijabetesa vrlo vulnerabilna skupina koja zahtijeva dovoljno vremena, znanja i vještina od liječnika obiteljske medicine.

Analizom utjecaja „simptomatskih“ komorbidnih kroničnih bolesti pokazano je da one značajno narušavaju kvalitetu života ispitanika (tablica 9). Kardiovaskularni komorbiditet s komplikacijama pokazao je veliki utjecaj na kvalitetu života ispitanika naročito u skupini oboljelih od astme (tablica 9). Nadalje, nespecificirana simptomatska stanja u komorbiditetu nešto su češće zabilježena kod oboljelih od dijabetesa i to kod svakog osmog ispitanika. Također su kod njih bila učestalije

ubilježena i simptomatska stanja zbog bolova u abdomenu.

Zanimljivo je da ispitanici s dijabetesom u komorbiditetu s bolestima abdomena nisu imali lošiju kvalitetu života od ispitanika s dijabetesom koji nemaju bolesti abdomena. Različito tome, ispitanici oboljeli od astme zbog komorbiditeta bolesti probavnog sustava označili su kvalitetu života lošijom. Poznato je da je astma pripadnik skupine psihosomatskih bolesti, a također i neki poremećaji probavnog sustava što donekle objašnjava ove rezultate. Psihičke bolesti također su bile učestalo ubilježene u ispitanika. U 51% oboljelih od astme i 45% oboljelih od dijabetesa bila je ubilježena dijagnoza neurotskih poremećaja. U zdravstvenim kartonima istraživane populacije zabilježenih afektivnih poremećaja bilo je manje nego neurotskih, međutim ipak značajno više nego u općoj populaciji. Gotovo trećina ispitanika (27%) s astmom i 20% ispitanika s dijabetesom liječena je zbog afektivnih poremećaja. Rezultati drugih istraživanja pokazali su da je učestalost depresije u oboljelih od dijabetesa visoka, te se ovisno o metodama procjene kreće se 9% do 26% (5). Zanimljiv rezultat je i učestalost dijagnoze naglušnosti koji je zabilježen češće kod ispitanika skupine „Astma“ nego kod ispitanika skupine „Dijabetes“, što bi se moglo dovesti u vezu s patofiziologijom same bolesti.

Kod bolesnika oboljelih od dijabetesa u komorbiditetu su češće zabilježena simptomatska kardiovaskularna stanja, nespecifični bolovi u prsištu, te bolesti vezane za probavni sustav nego li kod oboljelih od astme. Međutim ispitanici oboljeli od astme izrazili su da su osjetljiviji na utjecaj komorbiditeta „simptomatskih“ kroničnih bolesti na kvalitetu života od bolesnika s dijabetesom.

Bolni sindromi i druga „simptomatska“ komorbidna stanja su u ordinaciji obiteljske medicine sveprisutni, različiti za svakog pacijenta po intenzitetu, subjektivnom doživljaju, značenju i posljedicama. U njihovom rješavanju nužan je individualan pristup, kontinuitet praćenja, sveobuhvatni pristup

pacijentu i dobar *compliance* pacijenta. Za svakog pacijenta potrebno je osigurati vrijeme, dostupnost liječnika obiteljske medicine, dijagnostike i konzultanata, timski pristup radu s pacijentom, a za svakog člana tima potrebnu edukaciju i organizaciju službe. Takav kompleksan način rada osigurava mogućnost rješavanja pacijentovog problema koji je za pacijenta od najveće važnosti i kratkoročno i dugoročno. Sve navedeno ukazuje na nužnost pažljivog registriranja pacijenata s astmom i dijabetesom zbog redovnog praćenja (12), osiguranja kontinuiteta i kvalitete konzultacija i skrbi oboljelih pacijenata kod njihovog liječnika obiteljske medicine kako bi se postigli ciljevi dobre regulacije osnovne bolesti te adekvatne skrbi za sva „simptomatska“ komorbiditetna stanja. Također iz podataka ovoga istraživanja važno bi bilo kontinuirano procjenjivati utjecaj komorbiditetnih bolesti na onesposobljenost bolesnika da se skrbi o svojoj bolesti i biti svjestan utjecaja istih na kvalitetu života bolesnika. (13).

Zaključci

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je prisutnost boli kao i komorbidnih „simptomatskih“ kroničnih bolesti u velikoj mjeri imala utjecaj na smanjenje kvalitete života bolesnika oboljelih od dijabetesa i astme. Kako bi se postigli ciljevi adekvatne skrbi za oboljele od astme i dijabetesa takve je bolesnike neophodno promatrati s aspekta sveukupnog tjelesnog, psihičkog i socijalnog funkcioniranja, a posebice u kontekstu prisutnih komorbiditetnih stanja i bolesti.

Bolesnici su u ovom istraživanju ocijenili utjecaj intenziteta boli izrazito važnim u smanjenju kvalitete života kroz utjecaj na socijalne kontakte, te je bol izdvojena kao važan čimbenik koji otežava bolesnicima skrb o osnovnoj bolesti. Bolesnici oboljeli od dijabetesa češće su imali prisutnu bol u posljednjih 6 mjeseci, ali su rjeđe zbog toga uzimali lijekove od onih s dijagnozom astme. Tim su ispitanicima dodatni lijekovi za bolove predstavljali i veće opterećenje u samobrizi.

Bolesnici s dijabetesom prosječno su uzimali nešto više lijekova od bolesnika s astmom (4,5 vrs 3,8), dok je broj aplikacija bio podjednak (6,6 vrs. 6,4). Međutim, oboljeli od dijabetesa uzimali su prosječno manji broj lijekova za osnovnu bolest od onih oboljelih od astme (1,9 vrs. 3,3). Sve navedeno ukazuje na važnost pažljivog pristupa liječenju bolesnika pridajući posebnu pažnju broju lijekova i broju dnevnih aplikacija istih.

Od svih „simptomatskih“ komorbidnih stanja duševne bolesti i poremećaji, te bolesti lokomotornog sustava najznačajnije su utjecale na kvalitetu života ispitanika kod gotovo trećine ispitanika.

Prisutnost nespecificiranih simptomatskih stanja nije pokazala niti u jednoj skupini utjecaj na kvalitetu života bolesnika što ukazuje da za pacijenta zdravstvena stanja koja LOM obilježava „R“ šifrom prema MKB 10 nemaju velikog značaja, te se vjerojatno radi o nezavršenom dijagnostičkom postupku LOM-a kod somatizacije ili se radilo o prolaznim simptomima koji nisu imali značajnijeg utjecaja na pacijenta.

Literatura

1. Budak A i suradnici. Obiteljska medicina. Zagreb: Gandalf; 2000. Str.199-210.
2. Metelko Ž, Pavlić-Renar I, Poljičanin T, Szivovicza L, Turek S. The first national prevalence survey in Croatia: unexpectedly high prevalence. *Diabetes*. 2004;53(Suppl 2):A1021.
3. Demarin V i suradnici. Priručnik iz neurologije. Bjelovar: Prosvjeta; 1998. Str.493-4.
4. Krein SL, Heisler S, Piette JD, Makki F, Kerr EA. The effect of chronic pain on diabetes patient self-management. *Diabetes Care*. 2005;28:65-70.
5. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2001;24:1069-78.
6. Baune BT, Caniato RN, Garcia-Alcaraz MA, Berger K. Combined effect of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general adult population. *Pain*. 2008;138:310-7.
7. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*. 2006;15:83-91.
8. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self – care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med*. 2003;1:15-21.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. Knj. 1. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
10. Cindrić-Bošnjak M, Grabant L, Stojanović Špehar S, Blažeković-Milaković S. Depresija i komorbiditetne bolesti. Dijagnosticiranje po preporuci SZO-pilot istraživanje u ordinacijama obiteljske medicine. *Med Fam Croat* 2007;15:3-10.
11. Jakšić Ž, Budak A, Blažeković-Milaković S, urednici. *Obitelj i zdravlje..* Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995. Str. 21.
12. Vrca Botica M, Pavlić Renar I, Poljičanin T, Balint I, Rapić M, Lončar J. CroDiab GP - praćenje zaštite dijabetičkih bolesnika u obiteljskoj medicini. *Acta Med Croat* 2007;61:19-24.
13. Rakel RE. Osnove obiteljske medicine. Zagreb: Naklada Ljevak; 2005. Str.110-112

RIZICI KOJI UTJEČU NA KVALITETU ŽIVLJENJA NAKON INFARKTA MIOKARDA

INFLUENCE OF RISKS ON LIFE QUALITY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Amra Zalihić, Mirela Mabić, Mirjana Rumboldt, Dino Zalihić

Sažetak

Kvaliteta življenja je umanjena u bolesnika koji prežive srčani infarkt. Sve se više pažnje poklanja kvaliteti življenja kao aspektu stupnja ozdravljenja. Cilj ove studije je istražiti čimbenike koji utječu na kvalitetu življenja nakon preživjelog srčanog udara. U istraživanju je korišten upitnik WHOQOL-Bref, a ispitanici su promatrani u odnosu na spol, dob, stupanj edukacije, duljinu bolesti broj članova obitelji s kojima žive. Istraživanje je pokazalo da na kvalitetu življenja značajno utječu spol i stupanj edukacije, a na zadovoljstvo zdravljem spol i dob. Iako su istraživani nepromjenjivi čimbenici rizika, studija upozorava na važnost kako fizičkog, tako i psihičkog zdravlja da bi se kvaliteta življenja popravila.

Ključne riječi: Kvaliteta življenja, srčani udar, spol, dob, stupanj edukacije

Summary

Quality of life impaired in patients who survived heart attacks. Increasingly attention was paid to the quality of life as a level of healing. The aim of this study was to investigate factors affecting the quality of life after surviving heart attack. We used the WHOQOL-Bref questionnaire in the study. The subjects were observed in relation to gender, age, level of education, length of illness of family members with whom they lived. Research showed that the quality of life was significantly influenced by gender and level of education, health satisfaction in sex and age. Although immutable risk factors were investigated, the study emphasized the importance of physical and mental health in the improvement of life quality.

Key words: Quality of life, Myocardial infarction, gender, age, level of education.

Dr.sc. Amra Zalihić, Dom zdravlja Mostar, Hrvatskih branitelja bb Mostar, Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bijeli Brijeg bb Mostar

Mirela Mabić, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Matice Hrvatske bb Mostar

Prof.dr.sc.Mirjana Rumboldt, Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bijeli Brijeg bb Mostar

Mr.sc.Dino Zalihić, Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Bijeli Brijeg bb Mostar

Uvod

Srčani infarkt je najdramatičnija manifestacija ishemijske bolesti srca (1) i među vodećim je uzrocima smrti (1, 2), a predstavlja značajno opterećenje za zdravstveni sustav i društvo u cijelini (2). Također, srčani infarkt ima jasan utjecaj na oboljelog i zahtjeva promjene životnog stila (3). Mjerenja zdravstvenog ishoda nakon srčanog infarkta je tradicionalno bila usmjerena na klinički ishod kao što je opstanak i event-free životni vijek. Zadnjih godina procjena kvalitete življenja se više koristi u medicinskim istraživanjima i prihvaćena je od strane liječnika kao odgovarajuća mjera medicinske učinkovitosti (2).

Cilj studije je utvrditi čimbenike koji utječu na kvalitetu življenja u bolesnika nakon srčanog infarkta.

Metode

Anketirano je 176 ispitanika nakon srčanog infarkta pomoću WHOQOL-Bref upitnika. Rezultati su analizirani u odnosu na spol, dob (<50 godina; 50 – 64; ≥ 65 godina), stupanj obrazovanja (dužina školovanja ≤ 12 godina; ili >12 godina, duljinu bolesti (godinu ili kraće; tri godine ili duže) i broj članova obitelji s kojima je oboljeli živio (A1 – samci, A2 – živi s jednim članom obitelji; B1 – u višečlanoj obitelji; B2 – u kolektivnom smještaju).

Upitnik kvalitete življenja Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL) (4) koristi se za procjenu kvalitete življenja na opću populaciju i ne odnosi se na neku određenu bolest. On obuhvaća veći broj područja kvalitete življenja, imaju najširu upotrebu i koristi se kod različitih bolesti, ali i kod zdrave populacije i ispituje demografske i međukulturalne razlike u kvaliteti življenja. WHOQOL uključuje subjektivnu procjenu kvalitete življenja u okvirima kulture, socijalne okoline i okruženja u kojem pojedinac živi. Upitnik sadrži ukupno 26 pitanja. Prva dva pitanja o samoprocjeni kvalitete življenja i zadovoljstva vlastitim zdravljem se analiziraju

odvojeno, dok se od ostalih pitanja, koristeći formule priložene uz upitnik, formiraju određene domene:

- domena 1 – fizičko zdravlje,
- domena 2 – psihološko zdravlje,
- domena 3 – društveni odnosi i
- domena 4 – okruženje.

Zadovoljstvo kvalitetom življenja i zadovoljstvo zdravljem se ocjenjuju ocjenama od 1 do 5 kojima ispitanik opisuje vlastiti doživljaj kvalitete življenja / zadovoljstva zdravljem. Značenje ocjena je sljedeće:

- ocjena 1 - vrlo loše,
- ocjena 2 - prilično loše,
- ocjena 3 - ni dobrim ni lošim,
- ocjena 4 - prilično dobrim,
- ocjena 5 - vrlo dobrim.

Prikupljeni podaci su statistički obrađeni pomoću metoda deskriptivne statistike (aritmetička sredina - M, standardna devijacija - SD, medijan - ME, interkvartilni raspon - IR, raspon - R) te su izvršena potrebna testiranja kako bi se provjerile postavljene hipoteze (t-test, χ^2 test, Fisherov egzaktni test, ANOVA, (Tukeyev test, Dunnettov C test). Kao razina signifikantnosti uzeta je $p < 0,05$. P vrijednosti koje se ne mogu iskazati do najviše tri decimalna mjesta, prikazana su kao $p < 0,001$ (5).

Rezultati

U studiju su bila uključena 123 (69,9%) muškaraca i 53 (30,1%) žene. Prosječna starost je bila 64 ± 16 (medijan=interkvartilni raspon) godina. Najmlađi ispitanik je imao 35, a najstariji 87 godina. Raspon godina je (max-min) 52. Mlađih od 50 je bilo 16 (9,1%), između 50 i 64 je bilo 71 (40,3%), a sa 65 godina i starijih je bilo 89 (50,6%) ispitanika. Najveći broj anketiranih je imao završen srednji stupanj obrazovanja – 76 (43,2%). Bez obrazovanja je bilo 5 (2,8%) ispitanika, sa završenom četiri razreda osnovne škole 22 (12,5%), 21 (11,9%) sa završenom osnovnom školom, 30 (17,0%) s višom stručnom

spromom, 21 (11,9%) s visokom i jedno (0,6%) sa završenim poslijediplomskim studijem. Radi lakše obrade podataka ispitanici su podijeljeni u dvije skupine prema dužini školovanja: 12 godina ili kraće - 124 (70,5%) ispitanika, i duže od 12 godina - 52 (29,5%) ispitanika.

U odnosu na bračni status, oženjenih /udatih je bilo 131 (74,4), razvedenih 7 (4%), udovaca/ica je

bilo 28 (15,9%), jedan ispitanik (0,6%) je živio u izvanbračnoj zajednici, dok je 9 ispitanika (5,1%) reklo da žive sami. U odnosu na broj članova zajednice u kojoj su živjeli ispitanici su podijeljeni u četiri skupine: A1 – samci; A2 – ispitanici koji žive s jednim članom domaćinstva; B1 – ispitanici koji žive s više članova domaćinstva i B2 – kolektivni smještaj. Skupina A1 je brojala 22 (12,5%)

Tablica 1. Srednja ocjena kvalitete življenja i zadovoljstva zdravljem prema promatranim parametrima.

Table 1. Mean rating of life quality and health satisfaction according to observed parameters

		M±SD					
		Kvaliteta življenja	Zadovoljstvo zdravljem	fizičko zdravlje	psihološko zdravlje	društveni odnosi	okruženje
Spol	Muški	3,6±0,7	3,5±0,8	66,7±16,3	67,2±15,4	69,6±15,9	66,9±15,4
	Ženski	3,3±0,9	3,0±1,0	57,0±19,3	56,9±19,4	69,5±20,7	57,5±18,4
		t=2,485; p=0,014	t=2,185; p=0,002	t=3,400; p=0,001	t=3,427; p=0,001	t=0,037; p=0,971	t=3,489; p=0,001
Dobne skupine (godine)	<50	3,8±0,6	3,8±0,8	72,3±17,9	70,9±19,3	73,9±14,0	70,6±19,0
	50 - 64	3,6±0,6	3,5±0,8	68,0±14,7	66,3±15,5	70,3±14,4	66,6±16,1
	≥65	3,4±0,9	3,1±0,9	58,8±18,6	61,1±17,8	68,3±20,0	60,9±16,6
		F=2,252; p=0,108	F=5,372; p=0,005	F=7,920; p=0,001*	F=3,285; p=0,040†	F=0,795; p=0,453	F=3,658; p=0,028*
Duljina školovanja (godine)	≤12	3,4±0,8	3,3±0,9	61,8±19,0	61,4±18,4	67,6±18,8	60,8±17,1
	>12	3,8±0,6	3,5±0,7	68,4±13,4	70,6±12,4	74,4±12,5	72,0±13,6
		t=-4,120; p=0,001	t=-1,884; p=0,061	t=-2,604; p=0,010	t=-3,867; p=0,001	t=-2,799; p=0,006	t=-4,602; p=0,001
Dužina bolesti (godine)	≤1	3,6±0,8	3,4±0,8	66,4±17,8	65,8±17,9	72,0±16,2	65,1±16,6
	≥3	3,5±0,8	3,2±0,9	61,3±17,4	62,5±16,6	67,4±18,3	63,2±17,2
		t=0,684; p=0,495	t=1,739; p=0,084	t=1,922; p=0,056	t=1,282; p=0,201	t=1,756; p=0,081	t=0,775; p=0,440
Broj članova obitelji	A1	3,5±0,7	3,1±0,9	63,0±17,2	62,0±18,9	73,1±18,7	61,9±18,8
	A2	3,6±0,9	3,4±0,9	64,9±18,4	66,8±16,2	70,3±19,6	67,0±15,9
	B1	3,5±0,8	3,3±0,8	63,6±17,5	63,2±17,7	68,4±15,6	63,0±17,0
	B2	3,0±0,0	2,7±0,6	50,0±15,7	50,0±8,0	66,7±14,4	53,3±13,4
			F=0,807; p=0,492	F=1,447; p=0,231	F=0,704; p=0,551	F=1,372; p=0,253	F=0,502; p=0,681

A1 samci; A2 s jednim članom; B1 u zajednici-obitelji; B2 kolektiv (starački dom)

*Nađena je razlika između <50 i ≥65, te između 50 – 64 i ≥65

†Nađena je razlika između sve tri skupine

ispitanika, a skupina A2 62 (35,2%) ispitanika, skupina B1 89 (50,6%), a B2 3 (1,7%) ispitanika nakon srčanog infarkta.

Najveći broj ispitanika je kvalitetu življenja označio prilično dobrom (tablica 1). Srednja ocjena kvalitete življenja je 3,5 (SD=0,8), a zadovoljstva zdravljem 3,3 (SD=0,9). U odnosu na promatrane parametre razlika se pokazala značajnom u srednjoj ocjeni za kvalitetu življenja u odnosu na spol i duljinu školovanja, a za zadovoljstvo zdravljem u odnosu

na spol i dob. Značajna razlika je nađena u odnosu na spol, dob i duljinu školovanja u promatranim domenama kvalitete življenja (tablica 1).

Pri procjeni kvalitete življenja statistička značajnost je nađena u odnosu na spol i duljinu školovanja (tablica 2), dok po ostalim promatranim parametrima nije uočena statistička značajnost. U procjeni zadovoljstva zdravljem statistička značajnost se pokazala jedino u odnosu na spol (tablica 3).

Tablica 2. Ocjena kvalitete življenja prema promatranim parametrima

Table 2. Rating of living quality according to observed parameters

		Ocjena kvalitete življenja - broj (%) ispitanika					Ukupno
		1	2	3	4	5	
Spol	Muški	1 (0,8)	3 (2,4)	48 (39,0)	61 (49,6)	10 (8,1)	123 (100)
	Ženski	2 (3,8)	6 (11,3)	23 (43,4)	18 (34,0)	4 (7,5)	53 (100)
$\chi^2=9,826$; $df=4$; $p=0,043$							
Dob	<50	0	0	5 (31,3)	10 (62,5)	1 (6,3)	16 (100)
	50 - 64	0	1 (1,4)	30 (42,3)	35 (49,3)	5 (7,0)	71 (100)
	≥64	3 (3,4)	8 (9,0)	36 (40,4)	34 (38,2)	8 (9,0)	89 (100)
$\chi^2=11,215$; $df=8$; $p=0,190$							
Duljina školovanja (godine)	≤12	3 (2,4)	9 (7,3)	57 (46,0)	47 (37,9)	8 (6,5)	124 (100)
	>12	0	0	14 (26,9)	32 (61,5)	6 (11,5)	52 (100)
$\chi^2=14,077$; $df=4$; $p=0,007$							
Duljina bolesti (godine)	≤1	1 (1,2)	5 (5,9)	32 (37,6)	39 (45,9)	8 (9,4)	85 (100)
	≥3	2 (2,2)	4 (4,4)	39 (42,9)	40 (44,0)	6 (6,6)	91 (100)
$\chi^2=1,230$; $df=4$; $p=0,873$							
Broj članova obitelji	A1	0	2 (9,1)	8 (36,4)	12 (54,5)	0	22 (100)
	A2	2 (3,2)	1 (1,6)	24 (38,7)	27 (43,5)	8 (12,9)	62 (100)
	B1	1 (1,1)	6 (6,7)	36 (40,4)	40 (44,9)	6 (6,7)	89 (100)
	B2	0	0	3 (100)	0	0	3 (100)
$\chi^2=12,890$; $df=12$; $p=0,377$							

1 – Vrlo loša; 2 – Prilično loša; 3 – Ni dobra ni loša; 4 – Prilično dobra; 5 – Vrlo dobra;

A1 samci; A2 s jednim članom; B1 u zajednici-obitelj; B2 kolektiv (starački dom)

Tablica 3. Ocjena zadovoljstva zdravljem prema promatranim parametrima**Table 3.** Rating of health satisfaction according to observed parameters

		Ocjena zadovoljstva zdravljem - broj (%) ispitanika					
		1	2	3	4	5	Ukupno
Spol	Muški	1 (0,8)	12 (9,8)	47 (38,2)	55 (44,7)	8 (6,5)	123 (100)
	Ženski	3 (5,7)	12 (22,6)	22 (41,5)	13 (24,5)	3 (5,7)	53 (100)
$\chi^2=12,391$; $df=4$; $p=0,015$							
Dobne skupine (godine)	<50	0	0	6 (37,5)	7 (43,8)	3 (18,8)	16 (100)
	50 - 64	0	7 (9,9)	29 (40,8)	31 (43,7)	4 (5,6)	71 (100)
	≥64	4 (4,5)	17 (19,1)	34 (38,2)	30 (33,7)	4 (4,5)	89 (100)
$\chi^2=14,481$; $df=8$; $p=0,070$							
Duljina školovanja (godine)	≤12	4 (3,2)	20 (16,1)	50 (40,3)	41 (33,1)	9 (7,3)	124 (100)
	>12	0	4 (7,7)	19 (36,5)	27 (51,9)	2 (3,8)	52 (100)
$\chi^2=7,778$; $df=4$; $p=0,100$							
Duljina bolesti (godine)	≤1	1 (1,2)	8 (9,4)	34 (40,0)	36 (42,4)	6 (7,1)	85 (100)
	≥3	3 (3,3)	16 (17,6)	35 (38,5)	32 (35,2)	5 (5,5)	91 (100)
$v^2=3,807$; $df=4$; $p=0,433$							
Broj članova obitelji	A1	0	6 (27,3)	9 (40,9)	6 (27,3)	1 (4,5)	22 (100)
	A2	2 (3,2)	7 (11,3)	20 (32,3)	28 (45,2)	5 (8,1)	62 (100)
	B1	2 (2,2)	10 (11,2)	38 (42,7)	34 (38,2)	5 (5,6)	89 (100)
	B2	0	1 (33,3)	2 (66,7)	0	0	3 (100)
$\chi^2=10,187$; $df=12$; $p=0,600$							

1 – Vrlo nezadovoljan; 2 – Prilično zadovoljan; 3 – Ni zadovoljan ni nezadovoljan;

4 – Prilično zadovoljan; 5 – Vrlo zadovoljan

A1 samci; A2 s jednim članom; B1 u zajednici-obiljež; B2 kolektiv (starački dom)

Rasprava

U našem istraživanju kvaliteta življenja oboljelih od srčanog infarkta ocijenjena je prilično dobrom, kao i zadovoljstvo zdravljem. Muškarci su značajno zadovoljniji kvalitetom življenja i zadovoljstvom zdravljem u odnosu na žene. Također, muškarci su imali bolje rezultate u fizičkoj, psihološkoj i domeni okruženja. Ovo se može objasniti većom fizičkom snagom muškaraca, kao i boljom percepcijom fizičkog zdravlja (6), te većoj incidenciji obolijevanja od depresije što značajno može utjecati na QoL. Do sada objavljene studije pokazuju slične rezultate (7, 8). Ispitanici s većim stupnjem edukacije su također ocijenili QoL značajno boljom. Mnoge do

sada objavljene publikacije podržavaju obrnutu povezanost socioekonomskog statusa i kardio/cerebrovaskularnih oboljenja (9). Stupanj edukacije niži od srednjeg stupnja obrazovanja ima povećan rizik za sve fatalne ishode moždanog udara, a također, povećava rizik od srčanog udara, bez obzira na strosnu dob pacijenta (10). To se može objasniti većom upotrebom nikotinskih i alkoholnih pripravaka, lošijim ili nikakvim navikama tjelesne aktivnosti, poviješću šećerne bolesti, te povišenim vrijednostima krvnog tlaka (9). Niži edukativni status starijih pacijenata zahtijeva više napora u njihovoj zdravstvenoj promociji i edukaciji (11).

Zadovoljstvo zdravljem su bolje ocijenili mlađi ispitanici, što je bilo i za očekivati, obzirom na bolje fizičko zdravlje prije obolijevanja i manje komorbidite.

Promatrani su uglavnom nepromjenjivi čimbenici rizika, što možemo shvatiti kao nedostatak studije, ali bez obzira na to rezultati ukazuju da se trebamo truditi jačati kako fizičko, tako i psihičko zdravlje čime ćemo utjecati na QoL, poboljšavajući je. Neophodno je hrabriti posebno mlađe pacijente na edukaciju kako bi utjecali na kvalitetu življenja.

Literatura

1. Jezewski T, Konopa B, Tarchalski J, Kasprzak JD. Comparison of clinical results and life quality after myocardial infarction therapy with primary percutaneous coronary intervention and fibrinolytic agents. *Pol Arch Med Wewn.* 2009;119:26-31.
2. Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König HH, Gapp O, Holle R. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *Eur Heart J.* 2009;30:436-43.
3. Bergman E, Malm D, Karlsson JE, Berterö C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart Lung.* 2009;38:129-40.
4. Pibernik-Okanović M. Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes Res Clin Pract* 2001;51:133-43.
5. Petrovečki M. Statistički temelji znanstvenoistraživačkog rada. U: Marušić M, Petrovečki M, Petrak J, Marušić A, urednici. *Uvod u znanstveni rad u medicini.* Zagreb: Medicinska naklada; 2000. Str. 75-88.
6. Nogueira CR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PB, Nakano T, Fernandes F, et al. Quality of life after on-pump and off-pump coronary artery bypass grafting surgery. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91:217-22, 238-44.
7. Norekvál TM, Wahl AK, Fridlund B, Nordrehaug JE, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR. Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 5:58.
8. Pettersen KI, Reikvam A, Rollag A, Stavem K. Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2008;130:449-56.
9. Gillum RF, Mussolino ME. Education, poverty, and stroke incidence in whites and blacks: the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:188-95.
10. Qureshi AI, Suri MF, Saad M, Hopkins LN. Educational attainment and risk of stroke and myocardial infarction. *Med Sci Monit.* 2003;9:466-73.
11. Lee AC, Tang SW, Leung SS, Yu GK, Cheung RT. Depression literacy among Chinese stroke survivors. *Aging Ment Health.* 2009;13:349-56.



ODZIV NA PREVENTIVNE MAMOGRAFSKE PREGLEDE ŽENA SEOSKOG PODRUČJA OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE

RESPONSE TO PREVENTIVE MAMMOGRAPHY EXAMINATIONS OF WOMEN IN RURAL AREAS OF OSIJEČKO- BARANJSKA COUNTY

Sanda Pribić

Sažetak

Uvod: Preventivne aktivnosti osnovno su obilježje rada tima obiteljskih doktora. Kao liječnik prvog kontakta za sve pojedince i obitelji, obiteljski doktor izuzetno je zainteresiran da sve preventivne aktivnosti provede sustavno, kontinuirano i sa vidljivim rezultatima. Prevencija raka dojke, koja se provodi u sklopu Nacionalnog programa, je projekt kojega obiteljski doktori podupiru i u kojem mogu svojim aktivnostima pomoći da se ostvare bolji rezultati.

Cilj: Ispitati odziv na preventivne mamografske preglede žena seoskog područja i proučiti razloge neodazivanja na preglede.

Metode: Analiziran je odziv žena seoskog područja Osječko-baranjske županije pozvanih na mamografske preglede tijekom 2009.godine. Žene su pozvane prema godištima: rođene 1937., 1938., 1957. i 1958.godine.

Rezultati: Prosječan odziv žena na mamografske preglede je 63,01%. Žene seoskog područja zabilježile su manji odziv: prosječno 58,96%, a najmanji u godištu 1937. – 55,44%. Razlozi neodazivanja karakteristični za seosko područje su uglavnom strah od saznanja da boluju od teške bolesti ili nemogućnost plaćanja prijevoza do mjesta pregleda.

Rasprava i zaključci: Žene seoskog područja pokazuju značajna odstupanja u odzivu, kao i u razlozima odziva i neodazivanja na preventivne mamografske preglede.

Stoga je nužno osmisliti specifične metode intervencije za seosku populaciju. Organiziranje timova obiteljske medicine, patronažne službe i mogućnost primjene mobilnog mamografa postupci su koji značajno utječu na odziv žena seoske populacije.

Ključne riječi: mamografija, rak dojke

Sanda Pribić, Medicinski fakultet Osijek

Summary

Introduction: Prevention activities are the hallmarks of a team of family doctors. As a doctor of first contact for all individuals and families, a family doctor is very interested in all preventive activities carried out systematically, continuously and with visible results. Prevention of breast cancer, which is conducted within the National programme, is a project to support family doctors in their activities which can help to achieve better results.

Goal: To examine the response to preventive mammographic examinations of women of rural areas and the reasons for failure to respond to the surveys.

Methods: We analyzed the responses of women from rural areas of Osječko-baranjska county invited to mammographic examinations during 2009. Women were invited according to the year of their birth: those born in 1937, 1938, 1957 and 1958.

Results: The average response of women to mammographic examinations was 63.01%. Women from rural areas recorded lower turnout, approximately 58.96%. The lowest was in the age group born in 1937 – 55.44%. Reasons for not answering in typical rural area were generally fear of knowledge that they were suffering from a serious illness or inability to pay for the transport to the place of inspection.

Discussion and conclusion: Women from rural areas showed significant variation in response, as well as the reasons for response and failure to respond to preventive mammographic examinations.

It is therefore necessary to devise specific methods of intervention for the rural population.

Organizing teams of family medicine, community health services and the possibility of using mobile mammography procedures could significantly affect response of female rural population.

Key words: mammography, breast cancer

Uvod

Preventiva je integralni dio rada liječnika obiteljske medicine. Kroz Europsku definiciju opće/obiteljske medicine (European Definition of General Practice/Family Medicine) iz 2002. godine koju je izradila Europska akademija nastavnika opće/obiteljske medicine (European Academy of Teachers in General Practice –EURACT) opisani su zadaci liječnika obiteljske medicine (1, 2). Obiteljski liječnik je u pravilu liječnik prvog kontakta za svakog pojedinca bez obzira na dob, spol ili zdravstveni problem. Osigurava efikasno korištenje zdravstvenog ustava kroz primjereno stručno „vođenje” bolesnika, zastupanje interesa bolesnika te suradnju s kolegama u drugim razinama zdravstvene zaštite (3). Liječnik obiteljske medicine je u položaju liječnika prvog kontakta za većinu populacije te čuvara ulaza (gate-keeper) u zdravstveni sustav u privilegiranom položaju za provođenje preventivnih aktivnosti. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2005.godine u službi obiteljske medicine radilo je 2547 timova liječnika obiteljske medicine koji su skrbrili za 3 995 606 osoba odnosno 89% ukupnog stanovništva Republike Hrvatske (4). Nadalje liječnik kroz dugotrajan kontakt s populacijom ima mogućnost poznavanja zdravstvenih potreba populacije koju skrbi. Većina osoba registriranih na listi liječnika obiteljske medicine posjeti liječnika barem jednom u tri godine, a 70 % populacije svake godine. Osim toga, dugotrajan rad sa istom populacijom liječniku daje mogućnost uvida u rezultate i korist preventivnog rada za populaciju koju skrbi. Mnogi od kontakata liječnika i bolesnika nude mogućnost primarne prevencije kao što su davanje savjeta, izobrazba o zdravim stilovima života, ili provođenje cijepljenja (5, 6).

Obiteljski doktori u nedostatku vremena, znanja i stimulacije vrlo često ne koriste dovoljno svoje prednosti u provođenju najrazličitijih preventivnih mjera. Preventivni programi su područje zdravstvenog djelovanja u kojemu obiteljska medicina može postići najbolje rezultate u zaštiti

zdravlja pojedinaca, obitelji i naroda u cjelini (7, 8, 9, 10).

U Hrvatskoj je rak drugi najznačajniji uzrok smrti od kojega umire gotovo svaki četvrti stanovnik. U Hrvatskoj su u porastu i incidencija i mortalitet od raka. Broj novooboljelih porastao je samo od 1978. do 2004. godine za 58% (sa 12.071 na 19.128), a broj umrlih od 1978. do 2005. godine za 59% (sa 7.965 na 12.640) (11, 12, 13, 14).

Porast stopa incidencija iznosio je 64%, a stopa mortaliteta 65%.

Svjetsko iskustvo, kao i neko hrvatsko, govore da pojedinačni naponi udruga, društava, zajednice, klinika i sl. nisu dovoljno učinkoviti da bi polučili rezultate na nacionalnoj razini. Stoga su Nacionalni programi prevencije raka dokazani kao najučinkovitija metoda prevencije i ranog otkrivanja raka (15, 16, 17, 18).

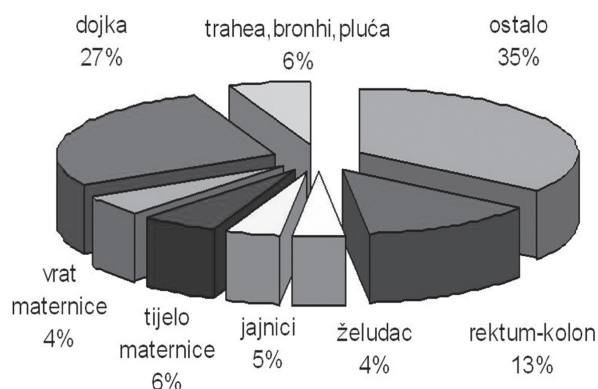
Mamografijom, koja se preporučuje kao metoda za probir, može se otkriti rak dojke do dvije godine prije nego što tumor postane dovoljno velik da se može napipati.

Probir raka dojke mamografijom istraživao je u mnogobrojnim randomiziranim pokusima (18, 19, 20, 24). Podaci upućuju na smanjenje mortaliteta od raka dojke za 30% među ženama u dobi 50 – 69 godina koje su bile podvrgnute probiru. Najnoviji podaci upućuju na smanjenje mortaliteta i u skupini žena od 40 – 49 godina, ali nema jasnog dokaza o cijeni i isplativosti. U posljednjih 20 godina skupljeno je dovoljno dokaza o tome u nekoliko zemalja – Švedskoj, Nizozemskoj, Velikoj Britaniji i Finskoj, koje provode nacionalne programe. Tu je još i nacionalni program Luksemburga, Francuske i Irske. Mnoge zemlje imaju probire na regionalnoj razini (25, 26, 27, 28)

Slika 1. prikazuje incidenciju raka kod žena, iz koje je vidljiva veličina problema i potreba da se smanji broj žena oboljelih od raka dojke.

Mamografija je vrlo specifična, osjetljiva i najčešća pomoćna metoda pri dijagnosticiranju bolesti dojke.

Prema preporuci američke udruge za borbu protiv raka, prvu bi mamografiju žena morala učiniti u 35 godini života, a do 40. godine žene bi morale načiniti jednu mamografiju u dvije godine, a one starije od 50 godina, jedanput na godinu (75, 76).



Slika 1. Novooboljeli od raka u 2009.god. prema spolu, dobi te primarnom sjel – žene

Figure 1. New cases of cancer in 2009 according to sex, age and primary sites - women

Cilj istraživanja

Istražiti i provjeriti odziv na preventivne mamografske preglede žena seoskog područja Osječko-baranjske županije. Proučiti i analizirati razloge odziva i neodazivanja iste populacije.

Materijal i metode

Nacionalni program prevencije i ranog otkrivanja raka dojke predviđa pozivanje stanovništva na preventivne preglede prema godištima u kohortnim skupinama. Kompletanu tehničku pripremu i pozivanje na mamografske preglede s popratnim materijalom radi Županijski Zavod za javno zdravstvo.

Analiziran je odziv žena seoskog područja Osječko-baranjske županije pozvanih na mamografske preglede u jednu mamografsku jedinicu tijekom 2009. godine. Žene su pozvane prema kohortama, određena su godišta rođenja: 1937, 1938, 1957. i 1958.

Rezultati

Tablica 1. Odziv na mamografske preglede prema Nacionalnom programu – skupni podaci

Godište	Pozvano	Odziv	%
1937.	212	121	57,07
1938.	231	139	60,01
1957.	266	178	66,91
1958.	288	196	68,05
UKUPNO	997	634	63,01

Zabilježene su razlike u odzivu žena sa gradskog područja: prosječno 67,96% u odnosu na seosko područje: prosječan odziv 58,96% ($p > 0,005$). U obje populacije, dobna struktura utječe na odziv, ali je zabilježena manja razlika na seoskom području (60,91%/56,35%)

Table 1. Response to mammography examinations according to the National program – total data

od one u gradskom (73,87%/ 60,71%). Promatramo li sve ispitivane skupine, rezultati pokazuju da ukupno najmanji odziv imaju žene seoskog područja 1937. godište: 55,44%, a najveći odziv žene gradskog područja 1958. godište: 75,69

Tablica 2. Odziv na mamografske preglede prema Nacionalnom programu – gradsko područje

Godište	Pozvano	Odziv	%
1937.	111	65	58,56
1938.	121	76	62,81
1957.	136	98	72,06
1958.	144	109	75,69
UKUPNO	512	348	67,96

Table 2. Response to mammography examinations according to the National program – urban area

Tablica 3. Odziv na mamografske preglede prema Nacionalnom programu – seosko područje

Godište	Pozvano	Odziv	%
1937.	101	56	55,44
1938.	110	63	57,27
1957.	130	80	61,54
1958.	144	87	60,42
UKUPNO	485	286	58,96

Table 3. Response to mammography examinations according to the National program – rural area

Tablica 4. Razlozi neodazivanja na mamografske preglede pozvanim prema Nacionalnom programu – skupni podaci

Godište	Netočna adresa	Umrli	Ne žive u RH	Obavile mamogr. u poslj.g.	Bolest dojke	Ostalo	
1937.	1	-	-	21	6	63	91
1938.	2	1	-	23	9	58	92
1957.	6	-	2	15	5	60	88
1958.	4	-	1	13	4	70	92
UKUPNO	13	1	3	72	24	250	363

Table 4. Reasons for not responding to mammography examinations of those invited according to the National program – total data

Tablica 5. i 6. pokazuju razloge i karakteristike ne odaziva na mamografske preglede obzirom na mjesto stanovanja. Tehničkih razloga je podjednako, a uočljiv je podjednak broj onih koje su obavile mamografske preglede u posljednjoj godini, a dolaze iz gradske populacije: 36 (21,95%) u odnosu na seosku populaciju: 36 (18,95%) .

Tablica 5. Razlozi neodazivanja na mamografske preglede pozvanim prema Nacionalnom programu – gradsko područje

	Netočna adresa	Umrli	Ne žive u RH	Obavile mamogr. u poslj.g.	Bolest dojke	Ostalo	Ukupno
1937.	-	-	-	9	4	33	46
1938.	2	1	-	12	6	24	45
1957.	1	-	-	8	3	26	38
1958.	2	-	1	7	2	23	35
UKUPNO	5	1	1	36	15	106	164

Stoga su razlozi klasificirani kao „ostalo“ češći u seoskoj populaciji. Promatrajući zbirno, mlađe dobne skupine iz gradskog područja imaju veći broj obavljenih mamografskih pregleda i prije Nacionalnog programa. Ista skupina pokazuje i najveći broj trenutno dijagnosticiranih bolesti dojke (u rasponu od 4,92% - 6,28%).

Table 5. Reasons for not responding to mammography examinations of those invited according to the National program – urban area

Tablica 6. Razlozi neodazivanja na mamografske preglede pozvanim prema Nacionalnom programu – seosko područje

Godište	Netočna adresa	Umrli	Ne žive u RH	Obavile mamogr. u poslj.g.	Bolest dojke	Ostalo	Ukupno
1937.	1	-	-	12	2	30	45
1938.	-	-	-	9	3	35	47
1957.	5	-	1	7	2	35	50
1958.	2	-	1	8	2	44	57
UKUPNO	8	-	2	36	9	144	199

Table 6. Reasons for not responding to mammography examinations of those invited according to the National program – rural area

U skupini ispitanika tehnički razlozi neodazivanja slični su kontrolnoj skupini. Medicinski razlozi: obavljene mamografije i trenutna bolest dojke, također ne pokazuju bitne razlike: 72–19,83%. Razliku u apsolutnom broju (250/115) i postocima (68,87%/52,75%) čini kategorija razloga svrstana pod „ostalo“.

Promatrajući razlike između gradskog i seoskog područja u kontrolnoj skupini uočavaju se značajne razlike u svim parametrima. 1,39% ispitanika sa sela misli da program nema vrijednosti, dok isto smatra 13,20% gradskih ispitanika. Promjenu kompliciranost (2,83%) i nemogućnost plaćanja prijevoza (7,55%) navode značajno manji dio gradske populacije od seoske (23,39%) prometne komplikacije i (4,58%) onih koji ne mogu platiti prijevoz do mjesta mamografske jedinice .

Tablica 7. Razlozi neodazivanja na mamografske preglede pozvanih prema Nacionalnom programu : svrstanih pod „ostali razlozi“ – skupni podaci

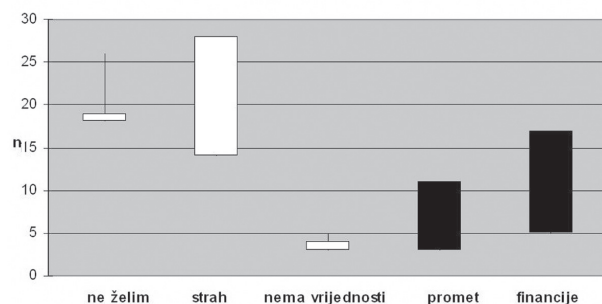
Godište	Ne želim	Bojim se rezult.	Progr. nema nikakvu stvarnu vrijednost	Prometno je kompl.	Ne mogu platiti prijevoz	UKUPNO
1937.	18	14	3	12	17	64
1938.	21	16	4	8	14	63
1957.	26	22	5	4	7	64
1958.	19	28	4	3	5	59
UKUPNO	84	80	16	27	43	250

Table 7. Reasons for not responding to mammography examinations of those invited according to the National program – grouped under “other reasons” – total data

Table 8. Reasons for not responding to mammography examinations of those invited according to the National program – grouped under “other reasons” – urban area

Godište	Ne želim	Bojim se rezult.	Progr. nema nikakvu stvarnu vrijednost	Prometno je kompl.	Ne mogu platiti prijevoz	UKUPNO
1937.	6	5	2	2	3	18
1938.	7	5	4	1	2	19
1957.	9	8	5	-	1	23
1958.	8	11	3	-	2	24
UKUPNO	30	29	14	3	8	106

Tablica 8. Razlozi neodazivanja na mamografske preglede pozvanih prema Nacionalnom programu : svrstanih pod „ostali razlozi“ – gradsko područje



Slika 2. Ostali razlozi neodziva – gradsko područje

Figure 2. Other reasons for not responding – urban area

Zabilježen je mali broj onih koji pregled ne žele ili misle da nema vrijednosti. Najveći raspon razloga

zabilježen je u kategoriji „strah od bolesti“ i „financijski razlozi“. Mlađe dobne skupine iskazuju više straha i manje financijskih problema. Značajno veći raspon zabilježen je u kategoriji straha od teške bolesti zbog izjava mlađe dobne skupine, a mlađima manji problem predstavlja prijevoz.

U seoskoj populaciji 72,91% ispitanika ili ne želi obaviti pregled ili se boji rezultata, a 40,97% ispitanika nije se odazvalo na pregled zbog problema sa prometnom povezanošću ili mogućnošću plaćanja prijevoza. Značajno je istaći da podaci za starije dobne skupine govore o većim problemima s mogućnošću dolaska do mamografske jedinice (18,89% / 9,21%) i mogućnosti plaćanja prijevoza (28,89% / 11,84%) u odnosu na mlađe dobne skupine. Naročito ove probleme ističe skupina 1937. godišta.

Tablica 9. Razlozi neodazivanja na mamografske preglede pozvanih prema Nacionalnom programu: svrstanih pod „ostali razlozi“ – seosko područje

Godište	Ne želim	Bojim se rezult.	Progr. nema nikakvu stvarnu vrijednost	Prometno je kompl.	Ne mogu platiti prijevoz	UKUPNO
1937.	12	9	1	10	14	46
1938.	14	11	-	7	12	44
1957.	17	14	-	4	6	41
1958.	11	17	1	3	3	35
UKUPNO	54	51	2	24	35	144

Table 9. Reasons for not responding to mammography examinations of those invited according to the National program – grouped under “other reasons” – rural areas

U skupini ispitanika mali broj smatra da program nema stvarnu vrijednost: 13–5,96% i to u puno većoj mjeri sa gradskog područja u odnosu na seosko: 10–10,63%/3-2,42%. U odnosu na kontrolnu skupinu značajnije je manji broj onih koji ne žele (4,58%) pretragu ili se boje rezultata (11,47%). Probleme s prometnom povezanošću i nemogućnosti plaćanja prijevoza skupina ispitanika ističe kao ključne. Zbirno oni čine 77,98% razloga za neodazivanje na mamografske preventivne preglede.

Rasprava i zaključci

Unatoč brojnim tehničkim, dijagnostičkim i farmaceutskim postignućima rak je i dalje značajan uzrok oboljenja i smrti u populaciji. Podaci za 2008.godinu govore da je u svijetu evidentirano gotovo dvanaest milijuna novih slučajeva raka, a da je umrlo gotovo osam milijuna ljudi. Kada bi se takav trend nastavio, za deset godina bi se broj umrlih od raka udvostručio.

U Hrvatskoj se tek nekoliko posljednjih godina značajnije pristupa programima primarne prevencije raka. Podatak o preko 20.000 oboljelih i preko 13.000 umrlih dovoljno je snažan argument da se Nacionalnim programima sustavno prevenira rak i na taj način se pokušava Hrvatsku pomaknuti s donjeg dijela ljestvice europskih zemalja po uspješnosti u prevenciji i borbi protiv raka.

Nisu sva sijela raka pogodna za aktivnosti široke, nacionalne prevencije. Potrebno je izabrati ona sijela koja je moguće obuhvatiti primarnom prevencijom s obzirom na dostupnost metoda, njihovu učinkovitost, osjetljivost i cijenu. Sijela raka pogodna za Nacionalne programe su: rak pluća, rak dojke, rak debelog crijeva, rak vrata maternice, rak prostate, rak kože. Za sada se u Hrvatskoj provode Nacionalni programi prevencije raka dojke i raka debelog crijeva, a u pripremi su programi prevencije raka prostate i raka vrata maternice.

Moderni zdravstveni sustavi Nacionalne programe koncipiraju tako da u njih uključuju timove obiteljske medicine, jer oni najlakše i najučinkovitije dopiru do populacije i utječu na stavove i ponašanja.

Žene seoskog područja pokazuju značajna odstupanja u odzivu, kao i u razlozima odziva i neodazivanja na preventivne mamografske preglede.

Stoga je nužno osmisliti specifične metode intervencije za seosku populaciju. Organiziranje timova obiteljske medicine, patronažne službe i mogućnost primjene mobilnog mamografa postupci su koji značajno utječu na odziv žena seoske populacije.

Literatura

1. Dobrossy L, compiler and editor. Prevention in primary care. Recommendation for promoting good practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994.
2. Hutchison B, Birch S, Evans CE, Goldsmith LJ, Markham B, Frank J, et al. Screening for hypercholesterolemia in primary care: randomised controlled trial of postal questionnaire appraising risk of coronary heart disease. *BMJ*. 1998;316: 1208-13.
3. Katić M, Jureša V, Orešković S. Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges *Croat Med J*. 2004; 45:543-9.
4. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2006.
5. Katić M, Jureša V, Bergman-Marković B, urednici. Preventivni program kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini. Priručnik Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu; 2003.
6. Katić M, Pavlović J, Jurković Lj, Vinter-Repalust N, Lemaić Z, Budak A. Obiteljski liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece predškolske dobi – prikaz rada Savjetovaništa za zdravu djecu u dvije ordinacije obiteljske medicine. *Lijec Vjesn*. 2000;122:56-60 .
7. Ebling Z, Kovačić L, Strnad M, Šerić V, et al. Sadašnje stanje i mogućnosti napretka prevencije i ranog otkrivanja raka. U: Šamija M, Juretić A, urednici. Zbornik radova 1. kongresa Hrvatskog onkološkog društva. Zagreb: Hrvatsko onkološko društvo HLZ, Klinika za tumore, Klinička bolnica "Sestre milosrdnice"; 2001. Str. 4-11
8. Ebling Z, Šamija M, Strnad M. Prijedlog programa prevencije i ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj. U: Hodžić D, urednik. Zbornik radova stručnog simpozija – Prevencija zloćudnih bolesti žena. Požega: Hrvatska liga protiv raka, Hrvatski liječnički zbor, Podružnica Požega; 2004. Str. 5-12.
9. Strnad M. Početak Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke, Hrvatski časopis za javno zdravstvo [časopis na Internetu]. 2006 [citiran 28.4.2011.];2(8):[oko 3 str.]. Dostupan na: <http://www.hzjz.hr/pr.php?id=13071>
10. Ebling Z. Znanstveni projekt: „Model ranog otkrivanja raka integriran u praksu obiteljske medicine“ (br. Projekta 21-1061871-2087). [Plan projekta]. [Osijek: Medicinski fakultet u Osijeku; 2007]
11. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. *NN* 2002;(30)
12. Katić M, Petric D, Jureša V, Mazzi B, Bakar Ž, Stevanović R, Soldo D, Katić V. Zašto i kako promijeniti sustav plaćanja službe obiteljske medicine. U: Mazzi B, urednik. Zbornik radova. 4. kongres Društva obiteljskih doktora H.L.Z. Rovinj, 2004. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora; 2004. Str. 31-42.
13. Katić M, Jureša V, Orešković S. Family medicine in Croatia: past, present and forthcoming challenges. *Croat Med J*. 2004;45:543-49.
14. Katić M, Soldo D, Ozvačić Z, Blažeković-Milaković S, Vrcić-Keglević M, Bergman-Marković B, et al. Informational systems and electronic health record in primary health care. U: Bryden JS, de Lusignan S, Blobel B, Petrovečki M, editors. Medical informatics in enlarged Europe. Proceedings of the European Federation for Medical Informatics. Special Topic Conference 2007. Brijuni, 2007. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH; 2007. Str. 31-6.
15. Katić M, Mazzi B, Petric D. Uloga liječnika obiteljske medicine u provedbi nacionalnog programa prevencije i ranog otkrivanja raka. U: Šamija M, Strnad M, Ebling Z, urednici. Kako spriječiti i rano otkriti rak? Zagreb: Medicinska naklada; 2007. Str. 77-82.
16. Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2001.
17. Šamija, M, Strnad M, Ebling Z, editors. How to prevent and detect cancer early? Draft national program. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
18. Šamija, M, Strnad M, Ebling Z, editors. How to prevent and detect cancer early? Draft national program. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
19. Libutti SK, Saltz LB, Rustgi AK, Tepper JE. Cancer of the colon. U: DeVita VT Jr, Hellman

- S, Rosenberg SA, editors. Cancer: principles and practice of oncology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Str.. 1063.
20. Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin.* 2005;55:10–30.
21. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. (IARC Cancer Base No. 5. Version 2.0) Lyon: IARC Press, 2004.
22. The surveillance, epidemiology, and end results program, 1973-1999. Bethesda, MD: Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute; 2002.
23. Henschke CI, Naidich DP, Yankelevitz DF, McGinness M, McCanley DI, Smith JP, et al. Early lung cancer action project. Initial findings on repeat screening. *Cancer.* 2001;92:153–9.
24. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Breast Cancer. Dostupno na: <http://www.medscape.com/viewarticle/715307>
25. Vogel VG, editor. Management of patients at high risk for breast cancer. Malden, Mass: Blackwell Science, Inc.; 2001.
26. Gui GP, Hogben RK, Walsh, G, A'Hern J, Eeles R. The incidence of breast cancer from screening women according to predicted family history risk. Does annual clinical examination add to mammography? *Eur J Cancer.* 2001;37:1668-73.
27. Kataja V, Castiglione M. Primary breast cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2009;20(suppl 4):iv10–iv14.
28. Grunfeld E, Hodgson DC, Del Giudice ME, Moineddin R. Population-based longitudinal study of follow-up care for breast cancer survivors *J Oncol Pract.* 2010;6:174-81.
29. Kriege M, Brekelmans CT, Boetes C, Besnard PE, Zonderland HM, Obdeijn IM, et al. Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. *N Engl J Med.* 2004;351:427-37.



ULOGA LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE U LIJEČENJU PACIJENTA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI - PRIKAZ SLUČAJA

ROLE OF GENERAL PRACTITIONER IN THE TREATMENT OF PATIENTS IN TERMINAL PHASE OF THEIR LIFE - CASE REPORT

Vedrana Ćosić, Sanda Pribić, Monika Jeđud, Ivan Ćosić

Sažetak

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) palijativna skrb je pristup koji poboljšava kakvoću života bolesnika i njihovih obitelji u suočavanju sa problemima vezanim uz bolest koja prijeti životu.

Uključuje potpurnu i terminalnu skrb. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u 2007. godini 12,853 bolesnika umrlo je od raka. U tih bolesnika najveća je potreba za palijativnim liječenjem. Pacijenti oboljeli od karcinoma više od 90% vremena svoje posljednje godine života provode u svojim domovima i u skrbi su liječnika obiteljske medicine i njegovog tima.

Ključne riječi: palijativna skrb, liječnik obiteljske medicine

Summary

According to the World Health Organization palliative care is an approach which improves quality of patient's life and life of his family in facing with problems related to disease which is life threatening. It includes terminal and support care. According to the figures of the Croatian National Institute of Public Health in 2007. 12.853 people died of cancer. These patients needed palliative care the most. Patients with cancer in their last year of life spend more than 90% of their time in homes and are in care of general practitioner.

Key words: palliative care, general practitioner

Vedrana Ćosić, Dom zdravlja Osijek

Sanda Pribić, Dom zdravlja Osijek

Monika Jeđud, Dom zdravlja Osijek

Ivan Ćosić, Klinički bolnički centar Osijek

Cilj

Pokazati što uključuje skrb terminalnog pacijenta u okviru djelokruga rada obiteljskog doktora.

Metode

Izabrali smo pacijenta iz tima o kojem smo skrbrili u terminalnoj fazi njegove bolesti, čiji opis može zorno prikazati sve faze liječenja.

Prikaz slučaja

Pacijent I.I. (65), umirovljenik, oženjen, otac jednog djeteta, po zanimanju viši tekstilni tehničar. Do tada nije teže bolovao, niti ima podataka o težim bolestima u obiteljskoj anamnezi. Alkoholna pića konzumira prigodno, nikada nije pušio. Javlja se u ambulantu nakon što je noć ranije pregledan u HMP zbog povišenog krvnog tlaka i edema lica. U HMP primio intravenski fursemid i upućen da se javi svom liječniku obiteljske medicine. Iz razgovora saznajemo da pacijent do tada nije imao nikakvih tegoba. Fizikalni pregled srca, pluća te abdomena uredan, izmjereni RR 170/100. Prema algoritmu pretraga za arterijsku hipertenziju učinjeni su mu kompletni laboratorijski nalazi, RTG s/p, te UZV abdomena. U laboratorijskim nalazima KKS uredna, bilirubin 15, AST 20, ALT 18, GGt 24, urea 7,0, kreatinin 98, kompletna analiza urina uredna. RTG s/p pokazao je uredan plućni parenhim, dok srčana sjena pokazuje hipertoničku konfiguraciju. UZV abdomena pokazao je tumor veličine 13 cm na desnom jetrenom režnju, karfiolastog izgleda. Ultrazvučna analiza ostalih dostupnih organa bila je uredna. Pacijentu je uvedena antihipertenzivna terapija. Nakon učinjenih hitnih pretraga postavlja se radna dijagnoza tumora jetre. Pacijent je upućen gastroenterologu te se učini hitan CT abdomena gdje se potvrdi uputna dijagnoza tumora jetre bez diseminacije. Učinjena biopsija tumora pokazala je da se radi o hepatocelularnom karcinomu. Konzultira se abdominalni kirurg koji savjetuje konzultaciju radiologa u KBC Dubrava radi mogućnosti kemoembolizacije tumora. Pacijentu je u

7 navrata učinjena kemoembolizacija tumora nakon koje je učinjena evaluacija nalaza te se utvrdilo da je preostala tumorska masa smanjena na 5 cm. S obzirom na postignute rezultate pacijent se ponovno upućuje abdominalnom kirurgu u KBC Osijek koji sa stručnim konzilijem otklanja mogućnost operativnog liječenja. Pacijent dolazi u ambulantu s pitanjem ima li pravo na drugo mišljenje i sa željom da to bude KBC Dubrava. Nakon učinjene konzultacije na kojoj je pacijentu ukazano na sve moguće komplikacije operativnog zahvata, te komplikacije vezane uz preostalu funkciju jetre pacijent se odlučuje na operativno liječenje. Učinjena mu je resekcija desnog režnja jetre s djelomičnom resekcijom lijevog režnja. Operativni tijek prolazi uredno kao i postoperativni oporavak. Pacijentu se uvodi terapija s ciljem preveniranja portalne encefalopatije te pripremi za dodatak prehrani s ciljem preveniranja kaheksije. Također su pacijent i njegova obitelj savjetovani o dijeti koja će smanjiti mogućnost nastanka portalne hipertenzije. Iduće četiri godine pacijent je obavljao redovite kontrolne preglede uključujući kompletan laboratorij s biokemijskim parametrima, UZV i CT abdomena, kontrole kirurga. Na jednoj takvoj kontrolni uočen je recidiv tumora na preostalom dijelu lijevog jetrenog režnja veličine 13 cm. Učini se laboratorijski nalaz te se dobivaju povećane vrijednosti AST 150, ALT 200, GGT 880, ukupni bilirubin 32.

Konzultiran je radiolog koji je provodio kemoembolizaciju. Prikazao je slučaj na onkološkom konziliju te se ne odlučuju na daljnje onkološko liječenje. Dvije godine nakon pojave recidiva kod pacijenta se javlja gubitak apetita, mučnine, učestalo povraćanje. U kućnoj posjeti utvrdi se izrazito žutilo kože i bjeloočnica, poremećaj stanja svijesti, nemogućnost hranjenja, poremećaj pražnjenja crijeva, pojačana bol u trbuhu na palpaciju. S obzirom na vrlo otežano gutanje pacijentu se uvode analgetici u obliku transdermalnog naljepka, angažirana je ustanova za provođenje zdravstvene njege u kući radi provođenja parenteralne terapije. Također je u kućnoj posjeti savjetovana obitelj o načinu na koji će se brinuti za

pacijenta i prevenirati nastanak dekubitusa. Nakon nekoliko dana u ponovljenoj kućnoj posjeti na poziv obitelji uvodi se trajni kateter zbog kompletne retencije urina (pacijent nije mokrio 24 h). U suradnji sa sestrom iz ustanove za zdravstvenu njegu u kući učini se pražnjenje debelog crijeva putem klizme. Slijedeća dva dana pacijentovo stanje je u stalnom pogoršanju te je pacijent preminuo u krugu svoje obitelji.

Rasprava i zaključak

Ovim prikazom slučaja htjeli smo pokazati veliku ulogu liječnika obiteljske medicine i njegovog tima u liječenju pacijenata u terminalnoj fazi. I doista zaštita onkoloških pacijenata i palijativna skrb dio su zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj koji se najviše oslanja na timove obiteljske medicine i tzv kućno liječenje. Palijativna i potporna skrb o onkološkim pacijentima kao i pomoć njihovim obiteljima mora se institucionalizirati i učiniti obveznim dijelom svakodnevne prakse u radu tima obiteljske medicine, što se može postići promjenom sustava vrijednosti i plaćanjem izvršenih aktivnosti.



Literatura

1. Katić M. Palijativna skrb-izazov liječnicima obiteljske medicine. U: Zbornik.XII. Kongres obiteljske medicine. Zadar, 2005. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2005. Str. 26-40.
2. Kušen D, Ebling Z. Gradska liga protiv raka. 40 godina. Osijek: Gradska liga protiv raka Osijek; 2007. Str. 71.
3. Ebling Z. Sekundarna prevencija raka. U: Šamija M. i sur. Onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2000. Str. 449-54.
4. Ebling Z, Katić M, Gmajnić R. Uloga obiteljskog liječnika i liječenju onkološkog bolesnika i skrbi o njemu. U: Šamija M, Nemet D. i sur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada; 2010. Str. 467-74.

IZRAZITO VISOKE VRIJEDNOSTI KOLESTEROLA I TRIGLICERIDA U 51-GODIŠNJEG PACIJENTA - PRIKAZ SLUČAJA

VERY HIGH LEVELS OF CHOLESTEROL AND TRIGLYCERIDES IN 51-YEARS OLD MAN - CASE REPORT

Monika Jeđud, Vedrana Ćosić, Ana Birtić, Martina Vuković

Sažetak

Prikazan je slučaj bolesnika s vrlo visokim vrijednostima ukupnog kolesterola i triglicerida te povećanim vrijednostima šećera na tašte koji je za mjesec dana uz potpunu promjenu prehrane, dijetu, povećanu fizičku aktivnost, svakodnevnu tjelovježbu i potpunu promjenu stila života bez ikakve farmakoterapije izgubio 9 kg, a laboratorijski nalazi kolesterola i triglicerida su dovedeni u referentne granice.

Ključne riječi: vrlo visoka razina triglicerida i kolesterola, fizička aktivnost

Summary

Case study of the patient with a very high cholesterol and triglycerides levels and increased sugar levels is presented, all measured on an empty stomach. This patient combined diet, complete nutrition change, increased physical activity, everyday exercise and a total lifestyle change. As a result, the patient lost 9 kilos in one month and all cholesterol and

triglycerides levels dropped within normal values, without any drug therapy.

Key words: very high levels triglycerides and cholesterol, physical activity.

Uvod

Hiperlipoproteinemija se može očitovati hiperkolesterolemijom, izoliranom hipertrigliceridemijom ili na oba načina.

Iz stručne literature poznato nam je da izolirana hiperkolesterolemija može nastati kao posljedica obiteljske opterećenosti-nasljedja, obiteljskog defekta apo B100 te poligenske hiperkolesterolemije. Izolirana hipertrigliceridemija može nastati zbog nasljedja obiteljskog manjka apo CII. Kombiniranoj hiperlipidemiji također uzrok može biti naslijeđeni poremećaj koji se nađe u 1/200 osoba ili disbetalioproteinemija koja je vrlo rijetka, povezana je s homozigotnošću za apoE2, a razvitak bolesti zahtijeva dodatne vanjske ili genetske faktore.

Kod obiteljske kombinirane hiperlipidemije ubrzana je ateroskleroza te sve ranije obolijevanje od kardiovaskularnih bolesti. Obično je asimptomatska dok se ne razvije vaskularna bolest.

Diabetes mellitus, pretilost, konzumiranje alkohola, oralni kontraceptivi, bubrežna bolest, jetrena bolest, hipotireoza mogu uzrokovati sekundarnu hiperlipoproteinemiju ili pogoršati osnovna hiperlipoproteinemična stanja.

Hipertrigliceridemija i hiperkolesterolemija su u Slavoniji svakodnevne dijagnoze koje susrećemo u svojim ambulantomama i nažalost u stalnom porastu u sve mlađoj životnoj dobi.

Više od polovice svih odraslih osoba u SAD-u nema dovoljnu količinu fizičke aktivnosti koja se preporučuje dnevno. American Heart Association preporučuje 30-60 min aerobnih vježbi nekoliko dana u tjednu.

Najčešće fizičke aktivnosti su hodanje, plivanje, ples, biciklizam ili u novije vrijeme posebno čemu su skloni „ne-vježbači“ jedna aerobna aktivnost tzv. slow-motion vježbe koju mogu koristiti i oni s malo ili nimalo iskustva s vježbanjem. Radi se o umjerenoj aerobnoj tjelovježbi koja ne zahtijeva posebnu odjeću ili opremu, pogodna je za starije osobe koje se ne identificiraju kao „vježbači“, a jako je korisna za kardiovaskularni i muskuloskeletni sustav.

Mlađa populacija vrlo lako shvati sve preporuke o prehrani, dijeti, fizičkoj aktivnosti, tjelovježbi ali ih se uglavnom ne pridržavaju (zbog posla, brzog tempa života, uvjeta rada), dok srednja i starija populacija teže shvati upute o higijensko-dijetetskim mjerama, ali su spremniji pokušati ih provesti.

Cilj

Cilj rada je pokazati suradnju obiteljskog liječnika i pacijenta u zajedničkom cilju promjene životnih navika, stila života, načina prehrane i redovitoj tjelovježbi te kontinuirano pružanje podrške i potpore u doživotnom liječenju koje može pružiti samo obiteljski liječnik.

Metode rada

Izabran je pacijent iz opredijeljene populacije i prikazan kao prikaz slučaja.

Prikaz slučaja

Muškarac, 51 godinu, umirovljenik, tjelesne visine 175 cm, tjelesne težine 93 kg, BMI 30, pušač, alkohol konzumira prigodno, nije bio značajnije bolestan osim povremenih bolova u slabinskoj kralježnici.

U obitelji s majčine strane većina članova ima povišene vrijednosti lipida u krvi i hipertenziju.

Zbog poznate obiteljske hiperlipoproteinemije (3 x godišnje) je kontrolirao vrijednosti kolesterola, triglicerida i šećera u krvi koje su bile blago povišene te se zbog toga povremeno držao hipolipemijske dijetae.

Prilikom jedne od rutinskih kontrola lipida i šećera u krvi nalazimo enormno povišene vrijednosti triglicerida i kolesterola.

Ukupni kolesterol 13, LDL kolesterol 5,08, trigliceridi 27, GUK 8,7, transaminaze blago povišene, urea i kreatinin uredni, amilaze u serumu i urinu uredne, hormoni štitnjače uredni, EKG uredan, RR 140/80.

Uplašen takvim vrijednostima bolesnik se odlučuje na drastične higijensko-dijetetske mjere i dalje uporno odbijajući medikamentnu terapiju.

Potpuno mijenja životne navike, prestaje pušiti, pješači po nekoliko kilometara dnevno, strogo se drži hipolipemijske dijetae, prestao je konzumirati alkohol, svakodnevno po 2 sata provodi tjelovježbu.

Nakon **mjesec dana** dolazi na kontrolu i tada mu nalazimo: Ukupni kolesterol 3,7, LDL kolesterol 1,01, trigliceridi 1,3, GUK 6,3, OGTT uredan, transaminaze, urea i kreatinin uredni, amilaze u serumu i urinu uredne, RR 150/80. UZV abdomena uredan osim steatoze jetre.

Za **2 mjeseca** bolesnik ponovo dolazi na kontrolu kada nalazimo ove vrijednosti: Ukupni kolesterol 5,6, LDL kolesterol 1,00, trigliceridi 3,1, GUK 6,1, transaminaze, urea i kreatinin uredni, RR 130/80.

U literaturi je navedeno da osobe s jako visokim vrijednostima triglicerida u krvi (iznad 56,5 mmol/L) mogu imati ponavljajuće epizode akutnog pankreatitisa, a osobe s trigliceridima između 22,6-56,5 mmol/L mogu imati ponavljajuće epizode bolova u stomaku (bol u epigastriju, kao i u grudima i leđima), mučninu, povraćanje i dispneu.

Naš pacijent na sreću do sada nije imao niti jedan od mogućih simptoma koje mogu uzrokovati povišene vrijednosti triglicerida i kolesterola u krvi, a uz redovite kontrole obiteljskog liječnika, kontrole lipida u krvi, redovitu tjelovježbu koju svakodnevno i dalje provodi nadamo se da niti neće.

Najveća barikada na putu je bio POČETAK, koju smo zajednički uspješno uklonili!

Rasprava i zaključak

Prednost kontinuiranog praćenja pacijenta koji ima samo obiteljski liječnik stavlja nas u položaj da svojim savjetima, potporom i pozitivnim utjecajem na životne navike pacijenta, kod njega ostvarujemo autoritet koji cijeni i uvažava te olakšava zajedničku suradnju.

Literatura

- Freiberg JJ, Tybjęrg-Hansen A, Jensen JS, Nordestgaard BG. Nonfasting triglycerides and risk of ischemic stroke in the general population. *JAMA*. 2008;300:2142-52.
- Nordestgaard BG, Benn M, Schnohr P, Tybjęrg-Hansen A. Nonfasting triglycerides and risk of myocardial infarction, ischemic heart disease, and death in men and women. *JAMA*. 2007;298:299-308.
- Lindenstrom E, Boysen G, Nyboe J. Influence of total cholesterol, high density lipoprotein cholesterol, and triglycerides on risk of cerebrovascular disease: the Copenhagen City Heart Study. *BMJ*. 1994;309:11-5.
- Pocock SJ, Shaper AG, Phillips AN. Concentrations of high density lipoprotein cholesterol, triglycerides, and total cholesterol in ischaemic heart disease. *BMJ*. 1989;298:998-1002
- Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ*. 1989;298:784-8
- Cruickshank AM. Triglyceride concentration and coronary heart disease High concentrations need treatment. *BMJ*. 1994;309:668.
- Hargreaves AD, Logan RL, Thomson M, Elton RA, Oliver MF, Riemersma RA. Total cholesterol, low density lipoprotein cholesterol, and high density lipoprotein cholesterol and coronary heart disease in Scotland. *BMJ*. 1991;303:678-81.
- Lewis B, Chait A, Oakley CM, Wootton ID, Krikler DM, Onitiri A, et al. Serum lipoprotein abnormalities in patients with ischaemic heart disease: comparisons with a control population. *BMJ*. 1974;3:489-93.
- Garber AM, Avins AL. Triglyceride concentration and coronary heart disease. *BMJ*. 1995;310:259-60.
- Rivellese AA, Auletta P, Marotta G, Saldalamicchia G, Giacoco A, Mastrilli V, et al. Long term metabolic effects of two dietary methods of treating hyperlipidaemia. *BMJ*. 1994;308:227-31.
- Day JL, Metcalfe J, Simpson CN. Adrenergic mechanisms in control of plasma lipid concentrations. *BMJ (Clin Res Ed)* 1982;284:1145-8.
- Cox C, Mann J, Sutherland W, Ball M. Individual variation in plasma cholesterol response to dietary saturated fat. *BMJ*. 1995;311:1260-4.

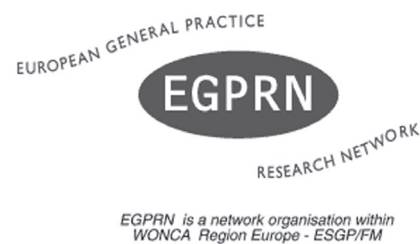
Program istraživanja za opću/obiteljsku medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu u Europi

Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe

Authori: Eva Hummers-Pradier, et al., Research Agenda for general Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe, EGPRN, Maastricht 2009

Potpuna verzija teksta je dostupna na www.egprn.org, EGPRN, Maastricht, Hannover 2010.

S engleskog prevela doc.dr.sc. Đurđica Kašuba Lazić, dr.med., primarijus, nacionalni predstavnik za istraživanja u European General Practice Research Network (EGPRN)



Opća / obiteljska medicina – General Practice /Family Medicine

Opća/obiteljska medicina (OM) ključna je disciplina u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i temelj mnogih zdravstvenih sustava u Europi. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) nedavno je slijedećim riječima istaknula važnost rada liječnika opće/obiteljske medicine (LOM): snažna primarna zdravstvena zaštita unapređuje sveukupne indikatore kvalitete zdravstvene skrbi kao što su niski mortalitet novorođenčadi, te pridonosi većoj pravičnosti u zdravlju raspoređenu među populacijom. Ona učinkovito koristi sredstva namijenjena za zdravstvenu zaštitu i umanjuje nastanak štete koji bi bio uzrokovan nepotrebnim hospitalizacijama i neracionalnom dijagnostikom. Većina građana Europe redovito konzultira LOM-a. Više od 80% svih pacijentovih žalbi i bolesti može se zbrinuti u OM, posebice kronični problemi koji će u budućnosti predstavljati veliki teret za društvo u cjelini. Snažna europska primarna zdravstvena zaštita osigurava laku dostupnost koordiniranoj

zdravstvenoj zaštiti rastućem broju ljudi s kroničnim zdravstvenim problemima, sprečava fragmentaciju zdravstvene zaštite, a to je od posebne važnosti u svjetlu starenja Europske populacije te za one koji pružaju zdravstvene usluge.

Program istraživanja za Europu – The Research Agenda for Europe

Program istraživanja za opću/obiteljsku medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu u Europi sveobuhvatan je prikaz istraživanja u općoj/obiteljskoj medicini. Nastao je na zahtjev Svjetskog udruženja liječnika obiteljske medicine, europskog ogranka (World Family Doctors Caring for Peoples, Europe - WONCA Europe), a u svezi s **Europskom definicijom Opće/obiteljske medicine (2002,2005)**. Program istraživanja sažima sadašnje znanstvene činjenice koje se odnose na temeljne kompetencije i karakteristike OM, a koje su temeljene na nekoliko ključnih elaborata i na **sveobuhvatnom prikazu** znanstvene literature. Program ukazuje na potrebe za istraživanjima te pokazuje korake koje je potrebno

poduzeti kako za zdravlje tako i u istraživačkoj politici.

1. Vođenje primarne zaštite - Primary care management

U slijedećem će desetljeću za europske pacijente, s njihovim različitim potrebama, vođenje primarne zdravstvene zaštite obuhvaćati široke, integrirane i različite važne koncepte kao što su:

- **dostupnost zdravstvene zaštite**, organizacija, provođenje i pružanje učinkovite zaštite, korištenje zdravstvene zaštite i olakšavanje provođenja službe
- **koordinaciju između primarne zaštite i drugih nivoa (zdravstvene) zaštite**, s drugim profesionalcima u primarnoj zaštiti, kao i s medicinskim specijalistima drugih disciplina
- **različite modele organizacije zaštite** (npr. programe skrbi za pojedinu bolest, model podijeljene zaštite, timski rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti)
- **pitanja kliničke kompetentnosti** kao što je rad s neselektiranim problemima dok se istovremeno zbrinjava široki spektar drugih zdravstvenih problema.

Dostupnost zdravstvenoj zaštiti i suradnja između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite različito je organizirana diljem Europe. Istraživanja su pokazala da su, općenito, pacijenti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti vrlo zadovoljni, i potvrdila su neke **prednosti zdravstvenog sustava koji se oslanja na primarnu zdravstvenu zaštitu i opću medicinu** u usporedbi s onim sustavima koji njeguju slobodan pristup specijalistima kao što su: bolji zdravstveni ishodi u populaciji, unapređenje pravičnosti, dostupnost i kontinuitet, te niži troškovi. Dakako, ne zna se puno do sada o posljedicama razlika među organizacijama zdravstvenih sustava u Europi. Komparativna istraživanja različitih **modela provođenja primarne zdravstvene zaštite i intervencijama** u njoj, mogla bi osvijetliti taj važan

problem te informirati europsku javnost o istome. Buduća istraživanja trebaju uključiti metodološka istraživanja i istraživanja instrumenata. Obecavajući je budući razvoj epidemioloških istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti temeljenih na elektronskom zdravstvenom kartonu, posebno s obzirom na istraživanja o pacijentu usmjerenom zdravlju i na pokazatelje kvalitete života.

Pitanja koja se odnose na provođenje zaštite (npr. sestra kao praktičar, posjete izvan ordinacije, dužina konzultacije, intervencije, upućivanja), na modele organizacije i provođenja primarne zdravstvene zaštite, pitanja o održivosti rezultata zaštite te ona o uspješnosti kontinuiranog profesionalnog razvoja mogla bi dobiti odgovore temeljene na opservacijskim ili intervencijskim studijama korištenjem kvalitativnih, kvantitativnih i kombiniranih metoda.

2. Zaštita usmjerena osobi – Person-centred care

Zaštita usmjerena osobi definira se kao **pristup** u radu usmjeren pacijentu i njegovim problemima. Pod time se podrazumijeva učinkovit odnos pacijent – liječnik, te komunikacija koja uvažava pacijenta kao aktivno uključenog autonomnog partnera, **zajedničko postavljanje prioriteta i donošenje odluke**, također **longitudinalni kontinuitet** skrbi. Usmjerenost osobi ili pacijentu smatra se središnjom vrijednosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a koja je vrednovana od oboje, i od pacijenta i liječnika, a posebice je temeljena na kontinuitetu zaštite i **na dobroj komunikaciji među njima**. Mnogi pacijenti, no ne i svi, žele biti aktivno uključeni u donošenje odluka.

Pacijentu usmjerena skrb danas je široko prihvaćena i u medicinskoj edukaciji. Dakako, podaci istraživanja koji bi poduprli taj koncept su još uvijek nedostatni. Ovaj koncept zahtijeva daljnje teoretsko i empirijsko razjašnjenje, kako u pogledu intervencije tako i u pogledu ishoda.

Iako neki aspekti usmjerenosti pacijentu (osnaženje pacijenta za brigu o svojoj bolesti nakon konzultacije s liječnikom, zadovoljstvo, sudjelovanje) mogu biti

mjerljivi i dalje treba razvijati instrumente kojima bi se u cijelosti procijenio kompleksan koncept zaštite usmjerene pacijentu.

U namjeri boljeg razumijevanja implikacija usmjerenosti osobi, kako s aspekta intervencije tako i s aspekta ishoda, potrebno je dobiti više podataka o pacijentu usmjerenog pristupa s obzirom na relevantne zdravstvene ishode i kvalitetu njegovog života, a također su potrebna i istraživanja o učinkovitim metodama poučavanja i njihovoj održivosti.

3. Specifične vještine rješavanja problema – Specific problem solving skills

Rad u općoj/obiteljskoj medicini zahtijeva specifične vještine rješavanja problema. One se temelje na osobitostima primarne zaštite kao što su donošenje odluka:

- u odnosu na **prevalenciju** pojedine bolesti u populaciji
- o često **nespecifičnim znakovima i simptomima** u ranom stadiju bolesti
- u situaciji **nesigurnosti** s čestim i samolimitirajućim poremećajima s jedne strane i potrebom rane detekcije rijetkih, ali životno ugrožavajućih stanja s druge strane, te zahtjevom za pažljivim i učinkovitim korištenjem dijagnostičkih i terapijskih resursa, uključujući i oprezno čekanje, na prihvatljiv način
- o istovremeno prisutnim **višestrukim problemima i bolestima**, posebno u starijih osoba
- o bolesniku usmjerenom zaštiti, temeljenoj na često detaljnom poznavanju pacijentovog života, koji respektira **individualne pacijentove sklonosti**
- o potrebi sistematskog vođenja zdravstvenog kartona i izmjene informacija

Složen je zadatak prepoznavanje posebnog doprinosa istraživanja u općoj medicini, naspram neizmjernog području medicine. Postoje već značajni rezultati

istraživanja koji se odnose na skrb za akutne i kronične bolesti, te na ishode unapređenja kvalitete rada u općoj medicini.

Dakako, klinička se istraživanja uobičajeno provode u bolničkim uvjetima i uvelike su ograničena na populacije pacijenata s visoko specifičnim problemima, na usko definirane bolesti ili na strategije liječenja, tehničkog pristupa ili primjene novih lijekova.

Liječnici opće medicine kao i njihovi pacijenti, trebaju rezultate sistematičnih istraživanja u općoj medicini, koja uvažavaju specifična obilježja OM prethodno već spomenuta. Dakako, istraživanja tih problema zahtijevaju specifične metode (npr. provođenje velikog broja pokusa na različitim sustavima, istraživačke mreže, definicije adekvatnih kontrolnih skupina te specifične statističke metode).

Teme istraživanja obuhvaćaju:

- **dijagnostičke i prognostičke postupke**, postupke optimiziranja prediktivne vrijednosti, procjene prediktivne vrijednosti optimiziranja rizika
- **terapiju**, uključujući sistematične randomizirane kontrolirane studije o lijekovima i oblicima liječenja, probleme sigurnosti lijeka, čimbenike vezane za pacijente kao što je pridržavanje uputa dobivenih od liječnika. Sistematični randomizirani kontrolirani klinički pokusi u općoj medicini mogli bi dati odgovore o **učinkovitosti** relativno svakodnevnih **pristupa liječenju** i relevantnosti novih lijekova ili preporuka koje se odnose na područje primarne zdravstvene zaštite.
- specifične vještine/**pristupe u OM (npr. palijativna skrb, zaštita kroničnog bolesnika, genetika) te unapređenje kvalitete**
- utjecaj rezultata istraživanja u primarnom zdravstvenom zaštiti na različite nivoe zdravstvene zaštite i na edukaciju

- epidemiologiju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u **dugoročnoj perspektivi** s ciljem dobivanja važnih osnovnih informacija, a također i informacija o **održivosti** učinka.

Istraživanja o edukaciji pokazuju da rano iskustvo u primarnoj zaštiti pomaže studentu medicine da stekne profesionalne stavove i utječe na izbor karijere. Dobro usklađene, specifične edukacijske intervencije pridonose prijenosu i implementaciji inovacija.

4. Sveobuhvatna zaštita – Comprehensive approach

Gotovo sva postojeća istraživanja o sveobuhvatnoj zaštiti, definirana kao vođenje višebrojnih bolesti i stanja, a koja uključuju i akutne i kronične probleme te unapređenje zdravlja, bila su presječna istraživanja ili istraživanja samo s kratkim periodom praćenja. Premda su ta istraživanja dala nejasan pogled za neke vrlo specifične situacije, nisu dala odgovor na koncept sveobuhvatne zaštite. Također, rijetka su visokokvalitetna istraživanja o prevenciji, a često su minoran učinak pokazale i intervencije vezane za promjenu životnog stila.

Nastavkom na tu temu, nedostaju dobra longitudinalna istraživanja s relevantnim ishodom i dugotrajnim utjecajem. Starfildov indikator „nivo do kojeg zdravstveni profesionalac prepoznaje pacijentove potrebe kada se pojave i predlaže razne usluge kako bi se riješile“ rijetko je korišten.

Sveobuhvatnost zaštite čini se «kišobranom» koncepta koji obuhvaća sve druge temeljne kompetencije liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kvalitativna istraživanja mogla bi potaknuti razumijevanje koncepta sveobuhvatnog pristupa iz liječnikovog i pacijentovog kuta gledanja. Miješane metode istraživanja kao i longitudinalna i intervencijska istraživanja mogla bi mjeriti učinak i održivost sveobuhvatne zaštite. Nadalje, potrebno je definirati specifične istraživačke alate i prikladne mjere.

5. Usmjerenost zajednici – Community orientation

Usmjerenost zajednici obuhvaća koncept individualnih potreba za zdravljem unutar konteksta osobnog okružja, a također i općenito zdravstvene potrebe zajednice. Koncept zajednice uključuje oboje, i male grupe kao što je obitelj kao i veće subjekte kao što su škola, grad ili država. Usmjerenost zajednici podrazumijeva specifične vrste donošenja odluka kao i suradnju s drugim profesionalcima i agencijama unutar zajednice. Mnogi znanstveni članci ovaj su koncept definirali u narativnom obliku. Neka su istraživanja temeljena na specifičnom modelu zvanom zajednici usmjerena primarna zaštita (Community Orientation Primary Care), druga su fokusirana na specifičnim bolestima (česte kronične bolesti), uslugama (prevencija) ili populacijskim grupama (stariji ljudi, majke, novorođenčad, manjine). Ona opisuju pristup vođenju zaštite koji uključuje kooperaciju između primarne zaštite i institucija zajednice, kolaborativnu zaštitu, upućivanje LOM-a u programe zajednice.

Buduća istraživanja trebala bi se usmjeriti na usporedbu različitih modela organizacije primarne zdravstvene zaštite u zajednici, te afirmirati snagu suradnje između zdravstvene zaštite i usluga u zajednici. Ona se također moraju usmjeriti na budućnost informacijske tehnologije u tom kontekstu, te na edukaciju profesionalaca i interesnih grupa za orijentaciju zajednici te na specifična područja kao što su palijativna skrb, programi za liječenje ovisnosti i sl. Potrebno je razvijati istraživačke instrumente i mjere ishoda koji će reflektirati različite aspekte orijentacije zajednici i njihovo zbližavanje.

6. Holistički pristup – Holistic approach

Holistički pristup uključuje korištenje **bio-psiho-socijalnog modela**, uzimajući u obzir **kulturalne i egzistencijalne dimenzije**, tako da dominira briga za cijelu osobu u kontekstu njegovih vrijednosti, obiteljskih vjerovanja, sustava obitelji, kulture

i socio-ekološke situacije unutar šire zajednice. Holistički pristup ima polazište u tome da su ljudi kompleksna živa bića, a ne skupina pojedinačnih organa, te da sve bolesti imaju svoju dinamiku i razvoj. Također razmatra činjenicu da individua, organizacija, socijalna skupina i zajednica imaju karakteristike **kompleksnog adaptivnog sustava**, koji uvijek ne reagira na načine kako se očekuje. To je posebice važno uzeti u obzir kada se planira i interpretira istraživanje. **Etičke značajke** su važna komponenta holističkog pristupa zdravlju i zdravstvenoj zaštiti.

Holistički pristup naširoko je poštovan kao važan, vrijedan i neophodan za široki koncept zdravlja. Dakako, nedostaju istraživanja i empirijski dokazi o tome.

Buduća istraživanja trebala bi:

- istražiti koje su potrebe sadržane u skladu s holističkom zaštitom, te koji su zahtjevi za komplementarnom medicinom
- razumjeti utjecaj socijalnih, kulturnih i okolinskih čimbenika na zdravlje
- evaluirati učinkovitost holističkog pristupa te specifične kulturne osobitosti i bio-psiho-socijalni model zaštite, u odnosu na zadovoljstvo pacijenta i na zdravstvene ishode.
- procijeniti vrijednost edukacije za holistički pristupi kulturne kompetentnosti u svezi sa socijalnim problemima.
- Buduća istraživanja trebaju razviti prikladne instrumente i mjere ishoda.

Program za buduća istraživanja u primarnoj zaštiti – Agenda for future primary care research

1. Razvoj i evaluacija budućih **generičkih** (osobi orijentiran, bio-psiho-socijalno, komprehenzivno ili zajednici orijentirano) modela ili strategija
2. Osnajiti **komparativna istraživanja** u populaciji s različitim kulturnim, socijalnim ili geografskim obilježjima i različitim zdravstvenim sustavom
3. Promoviranje i podržavanje **longitudinalnih kohortnih istraživanja** kako bi se evaluirala **prognoza i postavile odrednice** zdravlja i bolesti
4. Promoviranje i podrška intervencijskih istraživanja i **randomiziranih** kontroliranih studija koje uzimaju u obzir široki spektar čimbenika kao što su preferencije, multimorbiditet, kvaliteta skrbi te čimbenike socijalne sredine i okoline
5. Osnajiti istraživanja koja se usmjeravaju na **dijagnostičke strategije i zaključivanje**
6. Promovirati istraživanja koja procjenjuju **efikasnost i efektivnost** svakodnevne zaštite
7. Razviti i vrednovati u istraživanju upotrebu funkcionalnih i generičkih **instrumenata i mjera ishoda** u zaštiti koju provodi opća/obiteljska medicina

Putevima kongresa obiteljske medicine – putopisna reportaža

Hrvoje Tiljak

Moje ime je Hrvoje Tiljak. Od 1993. do 2000. sudjelovao sam na svim kongresima obiteljske medicine Europe i na par svjetskih kongresa WONCA-e. Od 2000. godine do sada organizirao sam brojne stručne skupove, od predavanja i tečajeva do velikih kongresa. Broj sudionika tih stručnih skupova je bio od skromnih 10 do 20, sve do velikog kongresa od 1500 sudionika.

U svojoj karijeri mnogo sam putovao, svašta vidio i svašta radio. Ipak, ono što sam doživio prošle godine je nadmašilo moje bogato iskustvo. Naime, prošle godine sam se otisnuo na zanimljivo putovanje koje se može nazvati “putovima hrvatskih kongresa obiteljske medicine“. Doživljaje s tog jedinstvenog putovanja odlučio sam opisati u ovoj putopisnoj reportaži.

Prvi kongres koji sam posjetio je Prvi kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine u organizaciji Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM). Održan je u Zagrebu u hotelu Antunović od 18. do 20. ožujka 2010. Glavna stručna tema kongresa je bila „Zbrinjavanje bolesnika s najčešćim psihičkim poremećajima u obiteljskoj medicini“. Kongresni materijal se sastojao od zbornika radova s 15 priloga na 201 stranici i CD zapisa dijela predavanja. Broj sudionika je bio između 100 i 200. Program skupa se sastojao od naručenih predavanja i radionica u kojima su se kao predavači i voditelji radionica prvenstveno predstavili nastavnici obiteljske medicine sa domaćih medicinskih fakulteta. Kao gost predavač nastupio je i predsjednik europske WONCA-e i nastavnik obiteljske medicine iz Slovenije. Skup je završio okruglim stolom na glavnu

temu kongresa. Uz specijaliste obiteljske medicine nastupilo je i nekoliko predavača i voditelja radionica drugih struka: javnog zdravstva, psihijatrije, endokrinologije i dr.

Teme predavanja i radionica su bile zanimljive i korisne za svakog liječnika obiteljske medicine. Najveći dio organiziran je po principu obnove znanja i proširivanje znanja novim znanstvenim i stručnim spoznajama. Specifične vještine uvježbavane u radionicama upotpunjene su predavljanjem slučajeva iz prakse i s tim u vezi vježbanjem rješavanja kliničkih problema u praksi. U dijelu predavanja predstavljena su istraživanja domaćih autora koji su prezentirali recentna istraživanja koja su sami proveli. Predavači su se razlikovali po nastavnom iskustvu od vrlo mladih do vrlo iskusnih (čak do umirovljenika) što se moglo osjetiti u formi prezentacije i izboru sadržaja predavanja. Ukupno predavanja su bila vrlo dobro pripremljena, a ukupna organizacija skupa je osigurala ugodnu atmosferu uz kvalitetan stručan rad.

Ostala je nedorečena podjela vrsta predavanja na edukativne i istraživačke, što pomalo čudi kada se zna da su kongres pripremali iskusni nastavnici. Nije bilo niti jasnog odvajanja sponzoriranih predavanja od ostalog dijela stručnog programa, pa se u nekim predavanjima i radionicama moglo primijetiti jedva zamjetno odstupanje od principa davanja nezavisnih informacija.

Osobni dojam i preporuka organizatoru:

Skup je bio na visokom profesionalnom i stručnom nivou, s dobrim izborom tema koje su kvalitetno obrađene. Neiskustvo organizatora utjecalo je na početničke greške vezane za suradnju sa sponzorima, što je moguće popraviti korištenjem stečenog iskustva.

Ne vidim zašto bi se skup sa 100 do 200 sudionika morao organizirati u hotelu, ako je prirodno okruženje Društva nastavnika obiteljske medicine Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ koja nudi mogućnost organizacije skupova do 200 sudionika. Vjerujem da taj broj sudionika osigurava

tek graničnu isplativost skupa, pa bi premještanje skupa u ŠNZ oslobodilo skup dijela financijskog tereta. ŠNZ pri tome može osigurati odgovarajuću organizacijsku podršku što se tiče prostora, opreme i osoblja.

Drugi kongres koji sam posjetio je bio Prvi kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) u organizaciji istoimenog udruženja. Kongres je održan u istom prostoru kao i prethodni – u zagrebačkom hotelu Antunović od 16. do 17. travnja 2010. Misao vodilja skupa je bila „Manje teorije više prakse“. Kongresni materijal se sastojao od CD-a na kojem je 95 slikovnih i govornih zapisa predavanja i radionica. Na kongresu je sudjelovalo 300-400 sudionika.

Program je sačinjavao niz predavanja u jednom prostoru i obilje radionica koje su se paralelno održavale u nekoliko pratećih prostora. Predavače je predstavljala raznolika grupa stručnjaka iz različitog područja: financijskih stručnjaka, pravnika, knjigovođa, liječnika različitih specijalnosti. Radionice su mahom vodili liječnici obiteljske medicine pri čemu je izbor voditelja bio usmjeren više na prethodno stručno iskustvo, a manje na edukativnu osposobljenost voditelja radionica. Tako su se kao voditelji radionica po prvi put okušali neki liječnici obiteljske medicine sa specifičnim radnim iskustvom. Uz brojnost radionica s velikim izborom zanimljivih tema korisnih za svakog liječnika obiteljske medicine, originalnost pristupa i nova imena na edukativnoj sceni glavni su aduti ovog stručnog skupa. Predavanja i radionice su ispunile edukativni zadatak na pomoći sudionicima u rješavanju praktičnih zadataka, bez pretenzija da se bave istraživanjem i teorijom obiteljske medicine. Sponzorirana predavanja i radionice su predstavljale dio programa skupa. Iako su jasno najavljene i označene u programu skupa sponzorirane aktivnosti su se dobro uklopile u ukupni program stvarajući dojam jedinstvene edukativne cjeline. I u kongresnim materijalima zabilježenim na CD-u reklame se isprepleću s edukativnim materijalom što utječe na

obilje ponuđenog.

Skup je završio plenarnom prezentacijom razmjene iskustava s kolegama uz drugih država koja je organizirana korištenjem moderne multimedijske i internetske tehnologije. Zainteresiranost sudionika za sva događanja tijekom skupa stvorilo je toplu atmosferu kolegijalnosti koja se provlačila kroz stručni rad i neformalno druženje.

Koliko god su nova imena doprinijela proširivanju tematike koju je skup pokrio, neiskustvo rada na edukativnim zadacima pojedinih voditelja radionica je utjecalo na organizaciju i sadržaj radionica. Isto je učinilo da je pri prezentiranju pojedinih tema *pobjegla* koja netočna informacija, odnosno da je propušteno naglasiti važan podatak.

Manjak organizacijskog iskustva i veliki broj sudionika na velikom broju radnih mjesta stvorio je povremene zastoje i neusklađenosti u tijeku skupa koje nisu rješavane na najbolji način.

Osobni dojam i preporuka organizatoru:

Spontanost, neformalnost i kolegijalnost učinilo je skup idiličnim do mjere da je ličilo na okupljanje u domu organizatora. Kao da su Mario i Vjeka u papučama dočekali goste povelili ih u svoj dnevni boravak uz uputu „Uhvati slobodnu stolicu i sjedi, pa ćemo raspraviti zajedno kako riješiti jedan problem“. Koliko god to izgledalo dopadljivo i ma koliko sam se odlično osjećao u tom okruženju, to je kongresu donijelo dašak nestručnosti. U budućnosti bi o tome trebalo voditi računa, pomnije birati predavače i voditelje radionica. Također, trebalo bi osigurati veći broj ljudi na raspolaganju za tekuće probleme koji se neminovno javljaju kad se toliko ljudi skupi na jednom mjestu. Podjela na sponzorirane i nezavisne poruke je dobro naglašena u programu, ali neprimjereno u materijalima zabilježenim na CD-u. Skup je vizualno predstavljen na originalni način istaknuvši medijsku spretnost organizatora. Za svaku pohvalu je korištenje novih tehnoloških rješenja u organiziranju skupa i proboj novih formi edukacija. Iz toga bih izuzeo odustajanje od zbornika radova

koji ipak predstavlja standardni dokaz postignuća jednog stručnog skupa u medicinskoj djelatnosti. Relativno slaba publicistika obiteljske medicine bi se postojanjem zbornika dodatno unaprijedila.

Treći kongres koji sam posjetio je bio 17. kongres obiteljske medicine u organizaciji Hrvatske udruge obiteljske medicine, a koji je održan u Zadru samo tjedan dana nakon prethodnog. Skup je organiziran u prostorima sportske dvorane Višnjik u Zadru od 26. do 28. travnja 2010. Glavne stručne teme skupa su bile „Liječnik kao lijek“ i „Plućne bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. Kongresni materijal se sastojao od zbornika radova s 31 prilogom na 287 stranica. Kongres je posjetilo više stotina sudionika, s preko 700 plaćenih kotizacija.

Program kongresa se sastojao od ograničenog broja uvodnih predavanja pozvanih predavača na tematiku glavnih stručnih tema. Glavninu programa kongresa ispunili su kratki prikazi istraživanja, prikazi kliničkih zapažanja i drugih priopćenja koje su pripremili liječnici obiteljske medicine. Orijehtacija na izvorne i originalne nastupe liječnika obiteljske medicine razlikovalo je ovaj skup od prethodnih, pa se time ovaj skup kvalificirao za svojevrsni forum liječnika obiteljske medicine na polju istraživanja. Nije nedostajalo niti zanimljivih radionica, ali zbog vremenskog preklapanja sa ostalim programom skupa stvorila se tenzija konkurencije između takozvanog glavnog programa skupa i pratećih radionica. Sponzorirane aktivnosti bile su jasno odijeljenje od „nezavisnog“ stručnog programa, što je polaznicima omogućavalo jednostavan odabir dijela programa u kojem žele sudjelovati. Posljednji dan kongresa bio je posvećen slobodnim temama, a zaključak kongresa plenarnom predavljanju aktualne problematike organizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj. Plenum je zaključen u disonantnim tonovima, a rasprava je završena bez dogovora u planiranom roku.

Ukupna organizacija skupa je odisala iskustvom organizatora: dobar izbor tema, predavljanje najboljega od istraživanja u obiteljskoj medicini,

odjeljivanje sponzoriranih aktivnosti, raskošan prateći izložbeni prostor, radionice i drugo.

Istovremeno, takav ustroj je utjecao na glavno ograničenje skupa. Kao i sve što je „tradicionalno kvalitetno“, skup je izgubio na spontanosti, kolegijalnosti i osjećaju zajedničke pripadnosti. Tome su doprinijeli i sponzori koji utječu na sudbinu skupa plaćanjem pretežitog broja kotizacija. Većina ih, na toj osnovi, koristi pravo usmjeravati sudionike koje su doveli na skup na odabrane aktivnosti kongresa prema interesu sponzora. Rezultat je daljnja podjela sudionika skupa na različite „interesne grupe“, odnosno produblivanje osjećaja podjele među kolegama.

Osobni dojam i preporuka organizatoru:

Kongres organiziran u maniri europskih kongresa WONCA-a kao uhodani stroj strogo definirane forme i dugogodišnje tradicije (17. kongres). Koliko god to dokazuje ozbiljnost i organizacijsku stručnost organizatora, za dio hrvatske populacije liječnika obiteljske medicine to je pretjerano zahtjevno. Stroga kontrola ulaza, pridržavanje rasporeda predavanja, stroga forma priloga u zborniku i ograničavanje broja sudionika radionica nisu vrline kongresa koje će većinu sudionika oduševiti. Štoviše, publiku koja nije naučila na taj dio kongresne discipline će takav pristup naljutiti i ukupno kreirati dojam zatvorenosti skupa. O problemu krutosti skupa organizator će u budućnosti morati povesti više računa iako temeljnu formu skupa ne treba mijenjati.

Prednost skupa u odnosu na druge je bolje odjeljivanje sponzorirane aktivnosti od nezavisne edukacije, ali skup se svejedno ne uspijeva otrgnuti finom ali jakom utjecaju sponzora. Moguće bi se smanjenjem broja sudionika kongresa više dobilo nego izgubilo: smanjio bi se skriveni utjecaj sponzora na tijek skupa i povećala kohezija sudionika skupa.

S druge strane, kongres sa uvjerljivo najvećim brojem sudionika pretendira biti glavno godišnje okupljanje liječnika obiteljske medicine. Zanimljivom ponudom stručnih novina kongres stvara podlogu da

preraste u mjesto gdje se definira strategija razvoja struke. Ako opredjeljenje ostane na masovnosti i opisanoj stručnoj orijentaciji, onda organizatori moraju ozbiljno poraditi na formuli koja bi povećala ukupnu isprepletenost aktivnosti i suradnju sudionika skupa. U tom bi se pogledu mogli ugledati i iskoristiti iskustvo kongresa KoHOM-a.

Nakon ljetne pauze posjetio sam četvrti skup - 10. kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora. Skup se održao u Rovinju, točnije na otoku Sveti Andrija u hotelu Istra od 30. rujna do 02. listopada 2010. Glavne teme skupa su bile: „Obiteljski doktor i zdravstvena zaštita turista“, „Farmakoterapijske novosti u obiteljskoj medicini“ i „Bolesti ovisnosti u našim ordinacijama“. Kongresni materijal se sastojao od zbornika radova s 15 priloga na 183 stranice. Kongres je posjetilo oko stotinjak sudionika.

Program kongresa se sastojao od manjeg broja predavanja edukativnog i istraživačkog karaktera koje su predstavili predavači različitih medicinskih specijalnosti. Iako se to iz programa skupa ne može uvidjeti, šarolikost tema i različitost izvorišta predavača otvara mogućnost da je jedan dio predavanja rezultat poziva organizatora. Program skupa upotpunjen je predkongresnim događanjima vezanim za skupštinu stručnog Društva, jednom radionicom, te završnim okruglim stolom. Sudionici okruglog stola na temu „Utjecaj organizacije zdravstva na kvalitetu rada obiteljskog doktora“ bili su eminentni stručnjaci organizacije zdravstva u Hrvatskoj iz redova različitih stručnih društava, članova županijskih ureda za zdravstvo i edukativnih ustanova. Okupljanje stručnjaka različitog profila i mogućnost šire rasprave dužeg trajanja pretvorili su skup u izvanredno mjesto za stručnu raspravu o aktualnostima obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite. Doprinos tome dali su svi sudionici skupa aktivno se uključivši u sve aktivnosti. Relativno mali broj sudionika omogućio je adekvatno vrijeme za raspravu, iako bi isto bilo moguće i uz veći broj sudionika.

Prethodni održani skupovi su vjerojatno oteli dio publike ovom skupu s dugogodišnjom tradicijom. Ograničavanje sredstava tijekom krizne godine u svim segmentima zdravstvene djelatnosti također je utjecalo na slabiju posjećenost skupa organiziranog u drugom dijelu godine.

Manji broj sudionika, uz značajnije sudjelovanje stručnjaka drugih profila na trenutke je udaljivao misao vodilju skupa od glavne ideje, odnosno vodećih tijekom misli obiteljske medicine Hrvatske. Iako je godilo čuti druga mišljenja, povremeno je podij bio iskorišten za plasiranje stavova koji „ne bi mogli proći“ na prethodnim skupovima - pred velikim brojem liječnika obiteljske medicine.

Osobni dojam i preporuka organizatoru:

Obzirom na upitnu isplativost skupa s tako malim brojem sudionika otvara se pitanje daljnje sudbine, odnosno opravdanja postojanja ovog skupa. Budući se radi o 10. kongresu, skup ima određenu tradiciju koju vrijedi zadržati. Valja napomenuti da se taj skup naslanja na tradiciju „Dana primarne zdravstvene zaštite“, skupa koji se na godišnjoj bazi organizirao u Rapcu tijekom gotovo dva desetljeća. Zlatne dane s više stotina sudionika „Dani PZZ-a“ broje početkom devedesetih godina prošlog stoljeća, a kongres HDOD-a početkom prvog desetljeća ovog stoljeća. Zlatnu tradiciju oba skupa čini dijalog stručnjaka različitih profila koji djeluju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na tom temelju počiva opravdanost zadržavanja ovog skupa: potreban je dogovor i usklađivanje stručnog rada između djelatnosti koje djeluju u PZZ-u. Kongres HDOD-a predstavlja jedinstveno mjesto na kojem se otvara mogućnost tog dogovora. Budućnost ovog skupa organizatori bi trebali temeljiti na tom tragu i poraditi na motiviranju većeg broja predstavnika različitih struka koje djeluju unutar PZZ za aktivno sudjelovanje na skupu. Učeći od prethodnika (rabačkih dana PZZ u najboljem izdanju) ne bi trebalo zaboraviti na stomatologe i ljekarnike kao suradnike liječnika na zadacima PZZ-a, te zdravstvene političare i osiguravatelje iz djelatnosti zdravstvenog osiguranja.

Zaključni osvrt

Svaki od skupova je našao svoju publiku i time opravdao svoje postojanje. Moglo bi se reći da profesija može podnijeti i/ili treba četiri skupa godišnje.

Začudoje ipak sličnost skupova. Čak tri kongresa (kongresi DNOOM-a, HUOM-a i HDOD-a) imaju istu formulu: kombinacija pozivnih predavanja, istraživanja i radionica. Gotovo svi zadržavaju sponzorirana predavanja u nekom obliku. Dva skupa (kongresi DNOOM-a i HUOM-a imaju gotovo iste glavne teme: duševno zdravlje. Dva kongresa se održavaju na istom mjestu (kongres DNOOM-a i kongres koHOM-a): hotel „Antunović“ u Zagrebu. U vremenskom razmaku od šest tjedna se održavaju čak tri kongresa: kongres DNOOM-a, kongres KoHOM-a i kongres HUOM-a). Konačno, tu je i naziv: svi skupovi nose naziv kongres što čini četiri kongresa iste grupacije u istoj godini!?

Sve to stvara okruženje konkurencije – borbe za istu publiku, publiku istog interesa, publiku koje ima slobodu izostanaka s posla u istom vremenskom periodu i publiku koja se opredjeljuje za sudjelovanje u istom obliku edukacije. A to se čini nepotrebnim.

Skupovi bi slobodno mogli odabrati formulu edukacije koju nude te podijeliti vrijeme i mjesto održavanja skupa bez gubitka publike.

Primjerice:

Skup koji organizira DNOOM mogao bi se sastojati od naručenih edukativnih predavanja nastavnika obiteljske medicine s naših medicinskih fakulteta. Mogao bi se održavati na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ u Zagrebu s planiranim brojem od 200 do 300 sudionika. Isti skup u potpunosti ili djelomično bi se mogao ponavljati na terenu i/ili u prostorima fakulteta u Rijeci, Splitu i Osijeku.

Skup koji organizira KoHOM bi se mogao usmjeriti na radionice i predavanja po principu „iz prakse u praksu“ s predavačima praktičarima obiteljske medicine. Mogao bi zadržati stalno mjesto održavanja u Zagrebu, u hotelu „Antunović“ koji je tradicijski i emotivno vezan za početke KoHOM-a.

Skup u organizaciji HUOM-a mogao bi se usmjeriti na predstavljanje istraživačke djelatnosti unutar obiteljske medicine, jer je taj zadatak do sada odlično obavljao. Mjesto održavanja može mijenjati po postojećoj formuli. Skupovi KoHOM-a i HUOM-a bi mogli uključivati jasno odvojena sponzorirana predavanja i druge sponzorirane aktivnosti, jer su se pokazali popularnim skupovima s većim brojem sudionika (što sponzorima postaje sve važnije i predstavlja temeljni uvjet za sponzoriranje skupa).

Skup u organizaciji HDOD-a HLZ-a može naći svoje mjesto kao svojevrsni forum različitih stručnjaka sa usmjerenjem na tematiku organizacije primarne zdravstvene zaštite. Organizacijom na unaprijed određenom mjestu u isto vrijeme mogao bi stvoriti uvjete da preraste u konferenciju o uvjetima ugovaranja primarne zdravstvene zaštite u idućoj godini (turističko pogodno mjesto na kraju godine odgovara i po atmosferi koje sudionicima može osigurati i po vremenu planiranja uvjeta ugovaranja).

Određeni dogovor između organizatora skupova mogao bi se postići na planu određivanja termina i mjesta održavanja skupova, te svakako na planu suradnje oko sponzoriranja skupova („manje isplative“ skupove bi mogli pomoći skupovi koji ostvare veću korist od sponzoriranja). Dogovor na planu naziva skupa je također potreban, a shodno opisanoj shemi podjele forme skupa nude se naslovi: simpozij, kongres, konferencija. Kako naziv osigurava određeni broj bodova za relicenciranje, možda će biti potrebno procijeniti mogućnost usklađivanja pratećih aktivnosti skupa kako bi se ujednačila atraktivnost sudjelovanja na pojedinim skupovima.

Riječju, raduje šarolikost ponude domaćih stručnih skupova koja po sadržaju i formi odgovara europskom nivou. Procjenjujem da bi se dogovorom između organizatora skupa i racionalnom podjelom orijentacije pojedinih skupova dobilo na atraktivnosti i korisnosti svih skupova. Također, time bi se profesiju obiteljske medicine pred stručnim medicinskom krugovima i pred javnošću predstavilo kao ozbiljnu struku visokog europskog standarda.

PROVJERIMO SVOJE ZNANJE

1. Među najčešće nuspojave NSAR-a ubrajamo (jedan odgovor nije točan)

- a) gastrointestinalne smetnje
- b) šum u ušima
- c) porast tlaka zbog povećane retencije natrija
- d) abnormalnosti trombocita
- e) kašalj

2. Većina NSAR-a pretežno se izlučuje bubrezima, a stolicom se pretežno izlučuje? (jedan odgovor je točan)

- a) ibuprofen
- b) diklofenak
- c) piroksikam
- d) ketoprofen
- e) meloksikam

3. Hrana stimulira želučanu sekreciju i usporava pražnjenje želučanog sadržaja. Kojem lijeku se povećava biološka raspoloživost ako se uzima sa hranom? (jedan odgovor je točan)

- a) penicilin
- b) diazepam
- c) ampicilin
- d) teofilin
- e) lupocet

4. Kojem lijeku se uz hranu smanjuje biološka raspoloživost? (jedan odgovor je točan)

- a) doksiciklin
- b) lorazepam
- c) nitrofurantoin
- d) ibuprofen
- e) oksazepam

5. Profilaktička primjena antimikrobnih lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti opravdana je (jedan odgovor nije točan)

- a) u recidivirajućim infekcijama urinarnog trakta žena generativne dobi
- b) u sekundarnoj profilaksi reumatske groznice
- c) kliconoštva B hemolitičkog streptokoka
- d) za proljev na putovanju
- e) u profilaksi endokarditisa u bolesnika sa stečenom ili prirođenom srčanom greškom pri stomatološkom zahvatu

6. U racionalnoj primjeni benzodiazepina bitno je (jedan odgovor nije točan)

- a) benzodiazepine treba propisivati što je moguće u manjoj dozi ali koja je djelotvorna i u što kraćem razdoblju
- b) nakon duže upotrebe dolazi do stvaranja tolerancije i razvijanja ovisnosti
- c) nakon dugotrajne upotrebe potrebno ih je postepeno isključivati
- d) radi kvalitetnijeg liječenja i postizanja anksiolitičkog i hipnotičkog učinka potrebno ih je kombinirati
- e) treba ih propisivati samo onda kada za to postoje jasni razlozi: nelagoda, strah, napetost i anksioznost

7. Osobitosti farmakokinetike benzodiazepina jako je važna za upotrebu istih kod starih ljudi. Benzodiazepin bez aktivnih metabolita i kratkog T1/2, a stoga i izbor kod starih ljudi je (jedan odgovor je točan):

- a) diazepam
- b) alprazolam
- c) oksazepam
- d) klordiazepoksid
- e) flurazepam

8. U terapiji boli ne koriste se (jedan odgovor je točan)

- a) inhibitori sinteze prostaglandina
- b) triciklički antidepresivi
- c) antiepileptici
- d) opioidni analgetici
- e) antiparkinsonici

9. U terapiji reumatoidnog artritisa rabe se lijekovi s ozbiljnim nuspojavama na koje treba obratiti pozornost. Koji od lijekova se ne koristi u terapiji RA (jedan odgovor je točan).

- a) metotreksat-hepatotoksičnost, citopenija
- b) salazopirin-agranulocitoza, hepatotoksičnost, pseudolupus
- c) klorokin-retinopatija, depoziti na rožnici, miopatija
- d) lamotrigin-idiosinkratične kožne reakcije, insomnija, tremor
- e) azatioprin-agranulocitoza, hepatotoksičnost, hipogamaglobulinemija

10. Veliku opasnost od venskih tromboza imamo u stanjima (jedan odgovor nije točan)

- a) imobilizacija
- b) trudnoća
- c) zloćudne bolesti
- d) hipertenzija
- e) varikoziteti vena nogu u pretilih osoba

Pripremila: Suzana Kumbrija

Točni odgovori: 1-E, 2-B, 3-B, 4-A, 5-C, 6-D, 7-C, 8-E, 9-D, 10-D

Izvješće sa sastanka UEMO-a

Porto, Portugal, 12-13. studenoga 2010.

Mjesto i vrijeme jesenskog sastanaka UEMO-a je bilo jasno određeno događanjima u UEMO-u. Kao što je prije godinu dana odlučeno, predsjedništvo UEMO-a preuzima delegacija Mađarske od dosadašnjih voditelja – delegacije Portugala. Kako je ovaj sastanak posljednji u organizaciji portugalske delegacije na njihov zahtjev oproštajni sastanak je dogovorno održan na njima domaćem terenu. Cijeli sastanak u Portu je u tom duhu bio sentimentalno obojan, ali to nije značilo da se nije vrijedno radilo.

Isabeli Caixeiro, dosadašnja predsjednica UEMO kratko je predstavila rad i postignuća UEMO-a posljednjih godina. Pri tome je u naglasila usvajanje novog statuta kojim su riješena brojna otvorena pitanja koja su duže vrijeme opterećivala rad UEMO-a, a osobito otvaranje probnog perioda za glasovanje po principu usklađene vrijednosti glasa. Na planu uređenja statusa UEMO-a učinjen je također veliki iskorak time što je UEMO kao nezavisna organizacija registrirana prema Belgijskom zakonu. S tim u vezi valja napomenuti da je u osnivanju sudjelovala i Hrvatska liječnička komora pa se u svim dokumentima definira kao jedna od osnivačkih stranaka, što joj daje i posebna prava. Veliki doprinos portugalske delegacije funkcioniranju UEMO-a višekratno podržali svi prisutni na sastanku.

U uvodnom dijelu sastanka predstavili su se dr. Jose Robalo predsjednik Portugalske asocijacije obiteljskih doktora i dr. Pedro Nunes predsjednik Portugalskog udruženja liječnika koji je dobro poznat UEMO-u zbog aktivnog sudjelovanja na prethodnim sastancima. Obojica su se zahvalila Isabeli Caixeiro na uspješnom vođenju UEMO-a i portugalskoj delegaciji na velikom poslu koji su obavili u posljednje četiri godine. Dr. Manuel Pizarro, internist na funkciji državnog sekretara

za zdravstvo, pozdravio je skup i naglasio aktualnu orijentiranost portugalskog ministarstva zdravstva na promoviranje primarne zdravstvene zaštite kao glavne karike zdravstva. On je također pohvalio doprinos portugalske delegacije radu UEMO-a, ali i zahvalio svima prisutnim delegacijama na suradnju koja je učinila da UEMO dobro funkcionira u proteklom razdoblju. Zaželio je puni uspjeh UEMO-u u daljnjem radu pod predsjedavanju mađarske delegacije. Podršku i zahvalu portugalskoj delegaciji i UEMO-u kao važnom tijelu europske primarne zdravstvene zaštite svojim prisustvom osigurali su i Pedro Mmoreira Da Silva i Joao Sequiera Carlos, važne osobe zdravstvenog sustava u regiji.

Veliki dio rada u radnim grupama i rasprave tijekom Generalne skupštine posvećen je unaprjeđenju rada UEMO-a. S tim u vezi doneseno je više zaključaka kojima se novom predsjedništvu iz Mađarske predlažu mogućnosti promjene sustava rada UEMO-a.

UEMO podržava ideju Domus medica kao zajedničkog mjesta za sve medicinske profesionalne organizacije. U međuvremenu se dalje radi na suradnji između europskih medicinskih profesionalnih organizacija i unaprjeđenju suradnje sa svim nacionalnim medicinskim organizacijama. U tom duhu se preporučuje redovito sastajanje s drugim profesionalnim organizacijama što je i predviđeno odobrenim planiranim budžetom za 2011. U svrhu poboljšanja interne suradnje i eksterne transparentnosti UEMO-a se odlučio za pokretanje UEMO newsletter-a s uredništvom koje je fazi formiranja.

Za daljnji rad su važne aktivnosti u dva oblika: proaktivna linija i reaktivna linija. Proaktivna linija znači da se stalno radi na temeljnim zadacima kao što su prepoznavanje važnosti profesije, definiranje CME/CPD i slično. Reaktivna linija znači rješavanje novonastalih problema i aktivnosti koje iniciraju drugi partneri tražeći angažman UEMO-a, npr. zahtjev za mišljenje UEMO-a o određenim temama. Zbog toga bi radne grupe trebale biti organizirane kroz 3 tipa:

- dugodjelujuće grupe za stalne probleme (audit nakon 2 godine),
- kratkotrajne radne grupe za rad do dvije godine na specifičnom problemu (do rezultat najkasnije u 2 godine)
- vrlo brze „leteće“ radne grupe za brzo odgovaranje i rješavanje hitnih problema.

Važno je da sve aktivnosti uključujući referiranje stalnih radnih grupa i kratko djelujućih grupa, procjene uspjeha rada grupa, kao i formiranje posebni grupa za specifične zadatke nadgleda i potiče predsjedništvo UEMO-a. Predsjedništvo mora imati pregled što koja grupa radi, ima mandat da delegira pojedince za rad na određenom zadatku i procjeni uspješnost rada grupe. Iniciranje pitanja od strane nacionalnih organizacija mora ići preko nacionalnog delegata prema predsjedništvu UEMO-a, a dalje po odluci predsjedništva. Inicirati problem može i angažirano lobističko tijelo koje stalno radi u Bruxellesu, a koje osigurava i pravnu pomoć predsjedništvu. Lobisti se također obraćaju predsjedništvu UEMO-a upozoravajući na probleme, a UEMO predsjedništvo upućuje lobiste na radne grupe i obrnuto. Tako predsjedništvo može ponuditi pravnu pomoć lobista pojedinim radnim grupama.

UEMO predlaže nacionalnim organizacijama da pokušaju osigurati više delegata iz iste zemlje kako bi se osigurala bolja informiranost i angažiranost zemalja članica UEMO.

U rješavanju nekih zadataka UEMO se može snažnije osloniti na WONCA-u i njena stručna tijela, odnosno delegirati neke zadatke u potpunosti na radne grupe WONCA-e uz suglasnost WONCA-e i zainteresiranih radnih grupa.

Od važnih rezultata ovog sastanka treba istaći da je odobren dokument „Towards transparency on quality of care in general practice -UEMO statement“ (UEMO doc 2010/065 rev1) koji predstavlja temeljni dokument za definiranje procesa osiguranja kvalitete rada u obiteljskoj medicini u Europi. Do-

kument je izvorno oslonjen na prethodni dokument UEMO iz 1994, te je obnovljene naporom radne grupe UEMO-a koja je od 2008. godine do sada radila na tom zadatku. U kreiranju dokumenta radna grupa UEMO-a se oslonila na aktualne dokumente WONCA-e, EQuiP-a i EURACT-a.

Uz predaju dužnosti novom predsjedništvu mađarske delegacije na čelu sa dr. Ferenc Hajnalom, izabran je novi dopredsjednik UEMO-a dr. Joseph Portelli Demajo, liječnik obiteljske medicine s Malte koji ima bogato iskustvo u radu UEMO-a i međunarodnoj suradnji.

Iz izvještaja drugih organizacija koje su se mogle čuti na sastanku valja istaknuti podatke iz izvještaja FEMS koji govori da u Europi nedostaje ukupno dva milijuna zdravstvenih radnika i da postoji stalna potreba da se taj problem ističe kako u svjetlu kvalitete zaštite tako i u svjetlu utjecaja tog problema na sigurnosti pacijenta.

Sastanci UEMO-a u 2011. su planirani za lipanj u Budimpešti (Mađarska) i studeni u Torinu (Italija).

Delegat Hrvatske medicinske komore u UEMO-u:
Hrvoje Tiljak

Zagreb, 14. studenog 2010.

Izvješće sa sastanka UEMO-a

Luzern, Švicarska, 4. -5. lipnja 2010.

Nakon što je Daniel Widmar, dr.med, voditelj švicarske delegacije otvorio skup, gđa. Therese Meyer-Kaelin, zastupnica u skupštini i predsjednica Komiteta socijalne sigurnosti i javnog zdravstva Federalne skupštine Švicarske predstavila je tijek reforme švicarskog zdravstva. Predstavila je više projekata i u reformi zdravstva koji su uobličeni u prijedloge zakona i pravilnika. Zanimljivo je da je samo dio prihvaćen, drugi su još u raspravi, a dio je

odbačen. Objasnila je da reforma u cjelini ide dalje, a značajne promjene su već na snazi. Sadržajno reforma ima slične polazne točke kao i reforma zdravstva u Hrvatskoj. Temelji se na reformi plaćanja bolnica oslonjenoj na DTS metodologiji, integriranju i sustavnom planiranju zaštite u spoju primarne i bolničke zaštite, te se zalaže na gubitku monopola bilo koje strane u zdravstvu. Pri tome se podjednako vodi računa o interesu pacijenta, medicinskih profesionalaca i financijera zdravstva. Za razliku od naše reforme više prijedloga zakona i podzakonskih akata nije prihvaćena nakon rasprave u skupštini. Dio je vraćen na doradu, a neki prijedlozi su trajno odbačeni.

U nastavku uvodnog dijela sastanka Mr. Pierre-Yves Maillard, predsjednik Švicarske konferencije kantonalnih direktora za zdravlje (CDS) dao je pogled reforme na regionalnom nivou. Istakao je pomak obraćanja pacijenta prema bolničkim hitnim prijemima (a ne prema liječnicima PZZ) zbog inzistiranja reforme na nestajanju monopola bilo koje službe. Gubitkom slojevitog principa protoka pacijenta, odnosno prestankom ograničavanja obraćanja po pojedinim službama dovelo je do „zaobilaženja“ liječnika obiteljske medicine i većeg opterećenja hitnih bolničkih prijema. Pokazalo se nedovoljnim poštovati redovito radno vrijeme u ordinacijama obiteljske medicine, jer pacijenti žele imati uvijek na raspolaganju zdravstvenu uslugu. To nude jedino hitni prijemi u bolnici.

Ujedno je taj pomak umanjio zaradu liječnika PZZ-a jer se reformom uvelo plaćanje prema usluzi kao osnovni princip plaćanja zdravstvenih usluga. U zaključku se suprotstavio izlaganju prethodnice navodeći da nije siguran da će sve strane imati jednako pravo u zdravstvu – teško je izbjeći monopol jačega.

Jacques de Haller, dr.med je liječnik obiteljske medicine koji je prije 7 godina izabran za predsjednika Švicarske medicinske asocijacije govorio o funkciji liječnika obiteljske medicine u novom okruženju zdravstvenog sustava. Koristeći tipični švicarski

rječnik turizma, on je ulogu liječnika obiteljske medicine usporedio sa concoulirom u suprotnosti prema cariniku koji točnije odgovara dosadašnjem opisu „gatekeeper-a“. Concoulier u hotelu zna riješiti svaki problem, ali zna i ljude koji to rješavaju; zna gdje treba ići da se dobije odgovarajuća usluga, ali zna i kako do tamo najbrže stići; ima odgovarajuće rješenje za djecu, ali i za ostarjele osobe itd. To sve je i zadatak liječnika obiteljske medicine u modernom sustavu zdravstva.

Mrs. Catharine Gaser, BAG voditeljica divizije zdravstvenih profesionalaca Federalnog ureda javnog zdravstva je govorila o švicarskoj konfederaciji edukacije obiteljskih doktora. U švicarskoj djeluje poslijediplomska edukacija na federalnom nivou uz obavezu akreditacija svih poslijediplomskih studija. Federalni ured je nadležan za stjecanje naslova specijalista za sve profesionalce u zdravstvu što uključuje i obavezu akreditacije za sve samostojeće (samo-uposlene) doktore.

U specijalističkoj edukaciji na nivou obiteljske medicine uvedene su značajne promjene. Ukinute su specijalizacija obiteljske medicine u trajanju 5 godina i 3 godine, te specijalizacija interne medicine u trajanju 5 godina koja daje mogućnost rada u obiteljskoj medicini. Uvedena je nova specijalizacija kojom se stječe naslov opće interne medicine. Edukacija je organizirana modularno kroz 5 godina, ali tako da kandidat koji izabere rad u vanbolničkim zdravstvu, posljednje dvije godine specijalizacije slijedi program karakterističan za specijalizaciju obiteljske medicine. U bolničkim uvjetima ostaju raditi kandidati koji po završetku tog programa stječu naslov općeg interniste i nastavljaju sa subspecijalističkim usavršavanjem.

Takvo rješenje specijalističke edukacije za obiteljsku medicinu odudara od uobičajenih europskih programa specijalizacije iz obiteljske medicine. Zbog toga je dr. Francois Heritier, predsjednica društva liječnika opće medicine (GP) i podpredsjednica Obiteljskih doktora Švicarske SSMG objasnila što se dobilo uvođenjem novog programa specijalističkog usavršavanja.

Prema njenim riječima konačno je riješen problem prepoznavanja specijalizacije obiteljske medicine kao jedne od ravnopravnih specijalizacija. Različiti programi dosadašnjeg specijalizantskog staža, (različite dužine trajanja i različitog sadržaja), te nedovoljna strukturiranost programa specijalizacije iz obiteljske medicine stvarala su situaciju u kojoj se toj specijalizaciji nije davala jednaka vrijednost kao drugima medicinskim specijalnostima. To je ovim rješenjem izbjegnuto.

Drugo, postavljeni su uvjeti za bolju integraciju zaštite temeljene na zajedničkom radom liječnika tijekom specijalizacije, a što osigurava bolju suradnju u unaprjeđenju timskog rada. Treće, postignuta je veća popularnost specijalizacije kod izbora profesionalne karijere među mladim liječnicima. Konačno, izjednačeni su uvjeti specijaliziranja i usuglašeni su strukturirani programi edukacije koji podjednako opterećuju i osposobljavaju buduće specijaliste.

Postojanje dosadašnjeg programa specijalizacije obiteljske medicine u trajanju 3 godine kojim su se ispunjavali europski uvjeti za slobodan protok kadrova u obiteljskoj medicini je unaprijeđeno programom edukacije kojim se ti uvjeti i nadalje ispunjavaju, ali se dobivaju usklađeniji odnosi specijalizacija unutar Švicarske.

U zaključku je dr. Heritier napomenula da je zajednički rad liječnika obiteljske medicine, vanbolničkih internista, pedijatara i drugih liječnika koji rade u vanbolničkim uvjetima unutar jedne profesionalne organizacije bio izvor dogovora oko ove teme. Također se osvrnula na staro Darwinovo pravilo koje kaže: "Ne preživljavaju najjači i najpametniji, nego oni koji se nabolje uspiju adaptirati".

Sastanak je nastavljen radom u radnim grupama. U radnoj grupi za kvalitetu raspravljalo se o novom dokumentu UEMO-a o kvaliteti za koji se predviđa da će biti spreman za objavu na idućem sastanku u jesen 2010. Zanimljiva rasprava je vođena na temu kvalitete rada samog UEMO-a, a u zaključku je naglašena potreba bolje suradnje i podjele posla

između UEMO i WONCE, posebice radnih grupa unutar WONCE Europe: Equip-a, EURACT-a i dr. Više delegacija se založilo za bolju prezentaciju rada UEMO-a, smatrajući da se nedovoljno zna što UEMO radi. To dovodi do nesporazuma, pa bi trebalo razvidno prikazati rad UEMO na političkom nivou u usporedbi sa radom WONCE koja je usmjerena na stručni rad

Iz rada *ad-hoc* radne grupe o problemu radne snage u obiteljskoj medicini zanimljivo je uočiti različitost rješenja kojima se u zemljama Europe ispunjava obaveza rada izvan redovnog radnog vremena. Moguće je prepoznati više sustavnih rješenja i prijedloga rješavanja tog problema: (1) plaćati rad izvan radnog vremena značajno više; (2) organizirati rad kroz grupne prakse; (3) stvarati posebne "leteće" grupe doktora samo za zamjene (engleski locum sustav); (4) koristiti IT tehnologije s otvaranjem dijela e-kartona za hitne službe; (5) organizirati centralno dežurstvo na većem području između liječnika obiteljske medicine; (6) ne raditi uopće izvan redovitog radnog vremena kad postoje dežurne bolnice.

U završnoj plenarnoj skupštini uvedena je novina kojom je svaka delegacija u kratkom pet-minutnom izvještaju iznijela najvažnija događanja u djelatnosti obiteljske medicine u svojoj zemlji. Ta praksa se pokazala vrlo korisnom, pa se istim načinom rada planira nastaviti i na idućim sastancima. Idući sastanak se planira za jesen u Portugalu kao posljednji sastanak koji vodi portugalska delegacija. Predsjedništvo UEMO se u idućoj godini seli u Mađarsku shodno rezultatima izbora koji su provedeni na prethodnom sastanku, a kojim predsjedništvo u iduće četiri godine preuzima mađarska delegacija.

Delegat Hrvatske u UEMO-u:

Hrvoje Tiljak

Zagreb, 20. listopada 2010.

Upute autorima

Medicina familiaris Croatica je glasilo Hrvatske udružbe obiteljske medicine. Objavljuje stručne i znanstvene radove, preglede, prikaze bolesnika, znanstvena i stručna priopćenja, edukativne prikaze, prikaze knjiga, rasprave iz područja obiteljske medicine. Uvjet je da radovi nisu već objavljeni u drugim časopisima i knjigama. Radovi se objavljuju na hrvatskom i engleskom jeziku.

Oprema radova

Rad i prilozi šalju se e-mailom. Na jednoj stranici može biti najviše 28 redaka pisanih u *Times New Roman-u* veličine 12. Pregledni i izvorni radovi sa priložima (tablice, grafikoni i slike) mogu imati najviše 15 stranica a prikazi bolesnika do 8 stranica.

Rad treba sadržavati:

- Naslov rada (kratak i jasan) na hrvatskom i engleskom jeziku te imena autora, njihove akademske titule i ustanove ili ordinacije u kojima rade. Ispod toga navesti adresu jednog autora koja će biti objavljena u članku kao kontakt adresa. Istu adresu koristit će uredništvo za kontakt s autorima.
- Sažetak na hrvatskom i engleskom jeziku u kojem su navedene sve bitne činjenice iznesene u radu, cilj rada, metode, glavne rezultate i osnovne zaključke. Može sadržavati 15-17 redaka.
- Ključne riječi (2-5) na hrvatskom i engleskom jeziku iz kojih se članak može identificirati.
- Uvod, kratak i jasan, s prikazom bitnog problema i svrhe istraživanja.
- Primijenjene metode treba prikazati kratko i jasno, razumljivo da ih drugi autori mogu ponoviti. Lijekovi se navode generičkim imenima. Treba opisati primijenjene statističke metode.
- Rezultate treba jasno prikazati. Značajnost rezultata treba statistički obraditi. Treba se služiti SI jedinicama.
- Rasprava treba protumačiti rezultate i usporediti ih s postojećim spoznajama na tom području. Iz rasprave treba izvući kratke i jasne zaključke.
- Tablice trebaju imati naslov i tekstualni dio na hrvatskom i engleskom jeziku
- Slike priložiti s naslovom na hrvatskom i engleskom jeziku. Objavljivat će se crno-bijele slike i grafikoni.

- Literatura se numerira prema redoslijedu citata u tekstu (prvi citat označava se brojem 1). Citat u tekstu označava se brojem koji ga povezuje s popisom literature.

Ako rad ima šest ili manje autora, treba navesti sve autore. Ako ih je sedam ili više navodi se prvih šest i doda et al. Naslove časopisa treba prikazivati kraticom koju upotrebljava Indeks Medicus. Kod citiranja članaka iz časopisa treba uz autore, naslov i časopis navesti godinu objavljivanja, broj sveska te početnu i završnu stranicu rada. Kod citiranja knjige navode se autori ili urednici knjige, naslov, izdanje (ako nije prvo), mjesto nakladnika, nakladnik, god. izdanja te stranica ukoliko se navodi određena stranica ili poglavlje.

Nepublicirana zapažanja ne smiju se uvrštavati u popis literature. Citiranje sažetaka treba izbjegavati. Kod članaka koji još nisu objavljeni, ali su prihvaćeni za tisak, dodaje se u zagradama "u tisku".

Autor je dužan svaki citirani rad verificirati prema originalu.

Primjeri citiranja literature:

a) članak iz časopisa

Zelić-Havić I, Tiljak H. Specifičnosti korištenja zdravstvene zaštite u pridruženoj ambulanti opće medicine. *Liječ Vjesn* 2000;122:56-60.

b) knjiga

Balint M. The doctor, his patient and the illness (Millennium reprint of 2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000, str 215-229.

c) poglavlje iz knjiga (kad ima vlastitog autora)

Vrcić-Keglević M. Komunikacija između liječnika opće/obiteljske medicine i bolesnika. U: Budak A i sur. *Obiteljska medicina*. Zagreb: Gandalf; 2000, str. 77-89.

Prema International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. *New Engl J Med* 1997; 336:309-15.

Detaljne upute: Teuber M. Citiranje literature – Vancouveri stil. *Med Fam Croat* 1999;7:41-4.

Prispjele radove Uredivački odbor šalje rad na dvije anonimne recenzije. Ako recenzent predloži izmjene, rad se vraća autoru s kopijom recenzije, bez imena recenzentata. Autor donosi odluku o ispravci teksta i vraćanju rada.