

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/265378910>

Qualia javnog zdravstva

Book · January 2013

DOI: 10.13140/2.1.5020.4484

CITATIONS

0

READS

777

1 author:



Silvije Vuletić

University of Zagreb

117 PUBLICATIONS 635 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Phenomenology of the public health profession [View project](#)



Guidelines for development and improvement of EHR [View project](#)

Danijela
Sonja
Elena
Silvana
Vesna
Sandra
Dunja
Renata
Elizabetha
Diana
Ankica
Matija
Marino
Mato
Marko
Senka
Marija
Ljilja
Ivana
Marija
Margareta
Adriana
Gorka
Daniela
Marjeta
Vesna
Vera
Aleksandar
Tea
Goranka
Nevenka
Milica
Lucija
Neda
Selma
Silvije
Josipa
Dario
Marta
Rajko
Karmen
Inge
Mira
Miroslav



Silvije Vuletić

Qualia javnog zdravstva

Urednik: Silvije Vuletić
QUALIA JAVNOG ZDRAVSTVA

Izdavač:
Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet
Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"

Urednik:
dr. sc. Silvije Vuletić, prof. emer.

Oblikovanje i priprema:
Nenad Jović

Ilustracije:
Alma Šimunec-Jović

Tisak:
Medicinska naklada

Recenzenti:
prof. dr. sc. Davor Ivanković
prof. dr. sc. Luka Kovačić
prof. dr. sc. Darko Ropac
prof. dr. sc. Lijana Zaletel Kragelj

CIP zapis dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i
sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 847665

ISBN 978-953-6255-55-9

Urednik
Silvije Vuletić

QUALIA JAVNOG ZDRAVSTVA

Zagreb, 2013.

*Znanost u javnom zdravstvu nije izvorno događanje istine,
nego je svagda izgradnja već otvorenog područja istine,
te shvaćanjem i obrazloženjem onoga što se u okružju tog
područja pokazuje mogućim i nužno ispravnim.*

*Kad i ako znanost povrh onog ispravnog dođe do istine,
a to znači do bitnog razotkrivanja bića kao takvog,
tad je ona filozofija.*

Heidegger paraphrasis

Zašto pišemo knjigu o javnom zdravstvu?

Javno zdravstvo je pojam koji različito shvaćamo. Svaka struka i metoda koja se primjenjuje u zdravstvenim istraživanjima proglašava se javnozdravstvenom strukom i metodom. Postoji stav po kojem javno zdravstvo i epidemiologija čine jedinstvenu disciplinu. Prema drugom stavu radi se o zasebnim specijalizacijama. Postoji i stav prema kojem sve preventivne specijalizacije (školska medicina, medicina rada, zdravstvena ekologija) potпадaju pod jedinstveni pojam - javno zdravstvo. Specijalizaciju, kao pojam, definira područje interesa i tipologija problema te prevladajuća paradiigma, tj. skup pravila i metoda koje opisuju neku disciplinu.

Metodološka paradiigma javnog zdravstva je sustavno promatranje problema kao procesa, koji su eksplikite definirani i uspostavljeni ideologijom i zakonima ili implicite nastaju kao samoorganizirani sustavi u organizacijama i populacijskim skupinama. Suvremeno je shvaćanje kako je javno zdravstvo razdružena znanstvena disciplina zbog funkcija koje ono obavlja u društvenim zajednicama.

Javno zdravstvo čine vještine, umijeća i znanost o sprečavanju bolesti, produženju očekivanog trajanja života te o unapređenju mentalnog i fizičkog života unutar složenih društveno-političkih procesa u zajednici. Riječ je o vještinama i umijeću koja iziskuju kreativnost u promatranju i razumijevanju složenih procesa u zdravstvu. Glavno usmjerenje je preventiva. Svoje ciljeve ostvaruje putem složenih društveno-političkih procesa, unutar ideologije i politike, koji vladaju u određenom razdoblju evolucije zdravstvene zaštite neke zemlje i/ili zajednice.

Specifično radajavnog zdravstva određuje i definira metodologiju javnozdravstvenih istraživanja koju opisuju tri činjenice: javno zdravstvo je složeni dinamični sustav (SDS), stalno se prikupljaju brojni empirijski materijali, od javnozdravstvenog istraživača (JaZIs) traže se vještine prikupljanja, obrade i analize podataka, interpretacije, evaluacije

te prezentacije rješenja zdravstvenih problema zajednice. Qualia se odnosi na svrhu i vrednovanje javnozdravstvenih istraživanja.

Svaka znanstvena disciplina ima '*Quantificatio*', svoj mjerač količine, kvantuma i '*Qualificatio*', određivanje vrijednosti, mjerilo kakvoće. *Quantificatio* javnog zdravstva su epidemiološka i statistička metodologija, *Qualificatio* javnog zdravstva je fenomenološko-naturalistički dizajn promatranja zdravstvenih problema u populaciji, sustavima i organizacijama.

Tražeći termin koji naglašava kvalitativno u javnom zdravstvu, nazvali smo ovu knjigu „*Qualia javnog zdravstva*“. *Qualia* je filozofski pojam koji ne možemo sazeti jednom riječju (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2012). Ta riječ, (latinski *qualia*, plural od *qualis*, označava kakav, kakvog soja, kakve naravi) predstavlja model kako istraživati javnozdravstvene probleme, model koji smo razvili zadnjih deset godina u okviru projekta 'Rukovodjenje i upravljanje zdravljem zajednice', poznat pod imenom Zdrava županija.

Knjigu čine tri dijela: prvi, u kojem prikazujemo teorijske osnove javnozdravstvene metodologije, drugi, u kojem su prikazani radovi i primjeri primjene kvalitativno-naturalističkog istraživanja u nas i treći, koji predstavlja stav, kako usmjeriti kvalitativna istraživanja na današnjoj hrvatskoj javnozdravstvenoj sceni.

Knjiga nije udžbenik. To su tekstovi koje stavljamo pred javnozdravstvene profesionalce, one koji žele i koje zanima primjena kvalitativne metodologije u javnom radu i istraživanjima. Objavljujemo rezultate aktualnih i teško rješivih kvalitativno-naturalističkih javnozdravstvenih problema naše zdravstvene današnjice, i, kako bi Selimović rekao: „Ono što nije zapisano, ne postoji; bilo pa umrlo“.

Urednik

Sadržaj

Predgovor	5	Alkohol u adolescenata <i>Senka Samardžić</i>	83
Dio I. Paradigme kvalitativne metodologije javnog zdravstva	9	Kvalitativno istraživanje o zdravstvenim i socijalnim potrebama starijih samih osoba u Dubrovačkom primorju <i>Marija Mašanović</i>	87
Dio II. Tendencije kvalitativnih istraživanja u suvremenom javnom zdravstvu	29	Genealogija slavonske obitelji SZ <i>Senka Samardžić</i>	96
Dio III. Metodski primjeri kvalitativnih javnozdravstvenih istraživanja	35	„Srca mala-kažu hvala“ <i>Ljilja Balorda, Ivana Haberle</i>	99
Zdravstvene potrebe starijih osoba koje žive s odraslim nesamostalnim djetetom na Bužeštini (brdsko-planinsko granično područje) <i>Danijela Lazarić-Zec, Sonja Grožić-Živolić, Elena Grah Ciliga, Silvana Pavletić, Vesna Grubišić-Juhas, Sandra Čakić-Kuhar, Dunja Račić</i>	37	Program primarne prevencije „Trening životnih vještina“ <i>Marija Škrgratić, Margareta Mesić</i>	101
Kvalitativno istraživanje zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije u procesu izrade Županijske slike zdravlja te odabira prioriteta i izrade Strateškog okvira županijskog Plana za zdravlje 2004. <i>Renata Kutnjak Kiš, Elizabeta Najman Hižman</i>	45	Kvalitativna analiza kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika odrasle hrvatske populacije <i>Adriana Andrić</i>	125
Mladi i alkohol - prikaz rezultata kvalitativnog istraživanja pijenja alkohola među djecom i mladima Međimurske županije <i>Diana Uvodić Đurić</i>	57	Transtoretski model promjene zdravstveno rizičnog ponašanja <i>Gorka Vuletić Mavrinac, Daniela Šincek</i>	132
Primjena kvalitativne metode istraživanja u javnozdravstvenom pristupu ranog pijenja alkohola među djecom i mladima u Dubrovačko-neretvanskoj županiji <i>Ankica Džono Boban, Matija Čale Mratović</i> ..	73	Rizično ponašanje izoliranog ruralnog područja <i>Marjeta Majer, Aleksandar Džakula, Vesna Jureša, Vera Musil</i>	139
Istraživanje zdravstvenih potreba i prioriteta Dubrovačko-neretvanske županije <i>Marino Torić, Matija Čale-Mratović, Ankica Džono-Boban, Mato Lakić, Marko Grgurović</i> ..	81	Hrvatska kvalitativna empirija. Razvoj mjernog instrumenta za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima <i>Tea Vukušić Rukavina</i>	143
		Prepreke s kojima se bolesnici od šećerne bolesti tip 2 susreću pri provođenju preporuka i savjeta za liječenje <i>Goranka Petriček, Nevenka Vinter Rapalust, Milica Katić</i>	168

Oči u oči sa pacijentom – profesionalna ospobljenost liječnika obiteljske medicine za etičke probleme
Lucija Murgić 180

Kvalitativna analiza eseja liječnika o motivima pristupanju tečaju „Umijeće medicinske nastave“
Neda Pjevač 186

Skrivene ideologije hrvatskog sustava zdravstvene zaštite
Aleksandar Džakula, Silvije Vuletić 193

Opis metode brze procjene zdravstvenih potreba i načina na koji smo je koristili u Hrvatskoj
Selma Šogorić, Silvije Vuletić, Josipa Kern 197

Od riječi do broja
Josipa Kern, Selma Šogorić, Silvije Vuletić 201

Izrada Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.: Prikaz kvalitativne metodologije
Dario Sambuljak, Aleksandar Džakula, Marta Čiviljak, Rajko Ostojić 211

Problemi u bolničkim službama naručivanja
Karmen Lončarek 217

Prikaz načina života devedesetogodišnjaka i stogodišnjaka u Hrvatskoj - mješoviti model
Inge Heim, Mira Hercigonja Szekeres, Miroslav Hromadko 224

Opservacijska istraživanja u epidemiologiji: kvantitativni i kvalitativni pristup
Mira Hercigonja Szekeres 231

Dio I.

Paradigme kvalitativne metodologije javnog zdravstva

Silvije Vuletić

Svaka metodologija uključuje precizno određivanje semantickih pojmove i ukazuje na logičnu primjenu tih pojmove u praksi javnozdravstvenih istraživanja

Uvod

Javno zdravstvo je vještina i znanost o sprečavanju bolesti, unapređivanju zdravlja i produženju životnog vijeka populacije. Objekt istraživanja javnog zdravstva su populacijske skupine i organizacija zdravstvene i socijalne zaštite. Javno zdravstvo (JZ) ostvaruje svoje ciljeve putem složenih društveno-političkih procesa u zajednici. Dosljedno tome JZ nije samo biomedicinska, nego i humanistička, društvena i kulturnoška disciplina.

Pedesetih godina prošlog stoljeća pod utjecajem anglosaksonskih teoretičara i istraživača u javnozdravstvenim istraživanjima, posebno epidemiologiji, razvila se kvantitativna statistička paradigma biomedicinskih istraživanja. Procjene povezanosti raka bronha i pušenja te kolesterola i nezdrave prehrane s kardiovaskularnim bolestima, rezultati su takvih istraživanja (Armitage & Dol, 1954). Metodološki, radi se o post-pozitivizmu za koje je karakteristično redukcionističko, logično i empirijsko tumačenje uzroka i posljedica. Literatura o takvim istraživanjima vrlo je brojna i široko prezentirana u znanstvenim časopisima.

U zadnjih dvadesetak godina razvila se nova metodološka kvalitativna paradigma koja drukčije definira realitet istraživanja te načine i interpretaciju rezultata istraživanja. Literatura o takvim istraživanjima također je brojna i široko prezentirana u znanstvenim časopisima. Međutim, radi se o dvjema znanstvenim zajednicama koje se

debatno sukobljavaju, iako jedna drugoj zapravo osnažuju interpretaciju neke pojave i istine.

U našoj javnozdravstvenoj i epidemiološkoj zajednici dominira kvantitativno-post-pozitivistički koncept istraživanja, dok je kvalitativno-naturalistički koncept zanemaren. Svrha je ovog teksta predstaviti kvalitativnu paradigmu u javnozdravstvenim istraživanjima kako bi se popunila i obogatila preventivna istraživanja koje provodi javnozdravstvena profesija.

Javnozdravstvena istraživanja – kvalitativna paradigma

Javnozdravstvena istraživanja (JaZI) usmjeravaju se prema svim oblicima zdravstvenog i društvenog života populacije. Javnozdravstveni istraživač (JaZIs) promatra zdravstvene probleme kao kompleksnost (engl. *complexity*) tj. kao složeni sustav koji se sastoji od velikog broja komponenti s različitim tipovima međusobno povezanih i zavisnih ponašanja, koji se teško mijere ili se uopće ne mogu mjeriti.

Dok kvantitativna-statistička paradigma počinje s hipotezama, zatim inzistira na reprezentativnosti uzorka, rigoroznoj i često sofisticiranoj statistici, procjeni parametara, ocjeni grešaka i statističke signifikantnosti, kvalitativna naturalistička paradigma postavlja proces istraživanja u dvjema fazama (Creswell, 2013): prva faza u kojoj se preispituju

vlastita i druga mišljenja i stavovi o danom istraživačkom problemu, etičnost istraživanja, te druga faza, u kojoj istraživač postavlja teorijske prepostavke, na kojima će usmjeravati prikupljanje i analizu podataka. Guba (1990) je to izrazio jednostavno, na način kako istraživač unosi u svoja propitivanja stajalište izraženo kao: "A basic set of beliefs that guides action".

Filozofske prepostavke kvalitativnih istraživanja

Posljednjih dvadeset godina u literaturi kvalitativnih istraživanja, nalazimo brojne publikacije objavljene u obliku priručnika (SAGE Publications, Available at: <http://www.sagepub.com/productSearch.nav?siteIdsage-us&prodTypes=Textbooks&q=qualitative>). Creswell (2013) govori o ontološkim, epistemološkim, aksiološkim i metodološkim filozofskim prepostavkama na osnovu kojih razni autori provode svoja znanstvena istraživanja. *Ontološko* govori o prirodi realiteta i njegovim karakteristikama, *epistemološko* govori o značenju i odnosu između istraživača i onog što se istražuje. *Aksiološko* znači davanje vrijednosnog suda o istraživačkom problemu, a *metodološko* govori o procesu i jeziku istraživanja. Značenje spomenutih filozofskih prepostavki za JaZIs, prikazano je u Tablici 1.

Kao primjer navodim, kako bi JaZIs pristupio istraživanju problema organizacije primarne zdravstvene zaštite koji su nastali nakon novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Ontološki, JaZIs vidi multiplu realnost u činjenicama kako u primarnoj zdravstvenoj zaštiti postoji mnogo sudionika (aktera): obiteljski liječnici, specijalisti, ambulantne sestre, patronažne sestre, administratori, menadžeri, HZZO i brojni drugi, koji zajedno čine složenu zajednicu međusobno povezanu i zavisnu te čine kompleksnost. Glavna varijabla istraživanja je ponašanje aktera koje je određeno zakonom i uredbama, ali i samoorganiziranošću aktera kao reakciji, u ovom slučaju, na zdravstvenu reformu. JaZIs vidi da je bit istraživanja kompleksno međusobno ponašanje pojedinih aktera sustava, bilo zbog konfliktnih situacija koje stvara sama reforma zdravstva, bilo zbog partikularnih interesa pojedinih aktera. To je multipla realnost problema izazvana reformom zdravstva.

Epistemološki, JaZIs određuje značenje, istraživanjem djelovanja svih aktera sustava. Naturalistički ispituje realitet (engl. reality oriented inquiry) u društvenom kontekstu, a skloniji je interpretaciji uvjetovanosti ponašanja negoli uzročnosti.

Aksiološki, JaZIs vrednuje ponašanja s različitim idejnim pozicijama, u ovom slučaju, vrednuje li s pozicije Štamparove ideologije integralne medicine, ideologije neoliberalizma u zdravstvu ili pak s tehnoško-scientističke personalne medicine.

Na kraju, metodološki, JaZIs razmatra što je mjerljivo, a što nije mjerljivo u ponašanju aktera sustava. Planira što i kada će istraživati, koristeći naturalističko kvalitativnu paradigmu - uputiti se u kvantifikaciju problema, s odabirom statističkih

Tablica 1. Filozofske prepostavke javnozdravstvenih istraživanja

ONTOLOŠKA (ontos - ono što jest; bit istraživanja)	Realnost je multipla, stvarana (konstruirana), holistična, vodi razumijevanju procesa u populaciji ili organizaciji, nema predikcije/kontrole
EPISTEMOLOŠKA (episteme - značenje; istina o problemu)	Istraživač participira u rješavanju problema, sudjeluje u terenskim akcijama, istraživač je 'INSIDER', a ne 'OUTSIDER'
AKSIOLOŠKA (aksia - vrijednost; moralno-etički aspekt)	Otvoreno se razmatra vrijednost istraživanja s različitim aspekata, istraživač i objekt istraživanja su u interakciji
METODOLOŠKA (methodos - traženje; istraživanje)	Procesi i jezik u istraživanju; kvantitativno – statistički, ili kvalitativno -naturalistički

modela analiza. *JaZIs najprije kvalificira, a potom kvantificira istraživački problem.*

Kvalitativno-fenomenološko vs. kvantitativno-epidemiološko

Danas u JaZI imamo dvije metodološke paradigme, jednu kvantitativnu epidemiološku, koja dominira u istraživanjima i kvalitativno fenomenološku, koja je izrazito zanemarena u javnozdravstvenoj publicistički. Štoviše, epidemiološka se paradigmata smatra znanstvenom, a kvalitativna je primjer „neznanstvene“ metodologije radi interakcije istraživača s objektom istraživanja. Radi usporedbe, u Tablici 2. prikazane su karakteristike obiju metodoloških paradigmata.

Jedan vid ponašanja koji se u nas stalno ponavlja u planiranju javnozdravstvenih istraživanja odvija se ovako: tipični istraživač ima neku sliku, često stereotipnu sliku problema koju želi istražiti. Na primjer, istraživač ima svoju sliku o pušenju, konzumaciji alkohola, problemu u organizaciji zdravstvene zaštite ili nekog drugog problema zdravstvenog ponašanja. Međutim, to ne mora biti slika uzorka koji on želi istražiti, već jedna

stereotipija. Svoju stereotipnu sliku istraživač koristi u interpretaciji rezultata, premda možda uopće ne odgovara slici problema uzorka koji je istraživao. U praksi JaZI zapaža se pojava koja se opisuje kao „signifikantnost je fetiš, a primjena statističkog modela analize je znanstveni dokaz“.

U određivanju onog što i kako treba mjeriti, koje dimenzije i kategorije problema treba prepoznati, preduvjet je provedenost kvalitativno-fenomenološkog ispitivanja.

Prema osnovnom pravilu javnozdravstvenih istraživanja, odabir statističkih metoda dolazi nakon što je izvršena kvalitativna naturalistička analiza.

Standard vrednovanja javnozdravstvenih istraživanja

Osnovna su pitanja koje postavljamo: jesu li rezultati istraživanja istiniti i pouzdani tako da se istraživanje može ponoviti i dobiti iste rezultate; mogu li se rezultati generalizirati, te je li prepoznat zakon pojavljivanja odredene pojave? To su obavezna pitanja koja postavljamo u istraživanjima. Dva su pojma koje koristimo, valjanost (engl. *validity*) što

Tablica 2. Karakteristike kvalitativno-fenomenološke i kvantitativno-epidemiološke paradigmе

Karakteristika	Kvalitativno-fenomenološka	Kvantitativno-epidemiološka
Kako promatrati problem	Fenomenološko naturalistički, promatra procese unutar sustava	Pozitivistički, osnova su činjenice znanstveno biomedicinski dokazive
Priroda podataka	Ideografska: traži cjelovitu sliku problema, bazira se na posebnom, individualnom, sirovina analize su riječi (engl. <i>emic perspectives</i>)	Statistička: sirovina obrade je brojčana vrijednost na skali, pravilo aditivnosti i ordinalnosti, (engl. <i>etic scientific perspectives</i>)
Definiranje problema	Polazi od problema definiranog unutar sustava kao zagonetnog stanja, konflikata zbog alternativa i nepoželjnih situacija	Polazi od neke tvrdnje, hipoteze, traži se zakonitost (nomotetička paradigmata)
Uzorkovanje	Inzistira na namjernom uzorku bogatom informacijama; prenosivost rezultata (generalizacija/transferabilnost)	Inzistira na reprezentativnosti, statističkim ocjenama parametara; (generalizacija)
Teorijski koncept	Teorija procesa; istraživanje u kojoj promatramo događanja, rezultate i ishode kao Input-Output procese	Teorija vjerojatnosti; distribucija slučajnih varijabli, stohastika, zakon velikih brojeva, statistički modeli analize

znači da je rezultat zasnovan na istini ili činjenicama, te pouzdanost (engl. *reliability*) što znači da su ponovljivi. Ako su valjani, mogu se generalizirati, a ako su pouzdani onda nam mogu služiti mijenjanju realiteta. Kvalitativno-naturalistička i kvantitativno-epidemiološka paradigmne nemaju jednake kriterije ocjena *valjanosti rezultata istraživanja*. Prva je razvila svoj način validacije, tj. postupak praktične ili teorijske valjanosti istraživanja, druga slijedi standardne tradicionalne znanstvene kriterije ocjenjivanja istine.

Kriteriji određivanja istine kvalitativnih istraživanja

U kriterijima određivanja istine bitno je pitanje determinizma. Prirodne znanosti mogu se okarakterizirati kao istraživanja pojava kojima vladaju zakonitosti. Nasuprot tome humanističke znanosti su istraživanja pojava kojima 'vladaju' društvene ustanove i pravila. U prirodnim znanostima determinističke ideje su povezane s idejama sveopće pravilnosti, ponovljivosti i eksperimentalne kontrole. U humanističkim znanostima one su vezane s idejama, motivacijama i društvenim pritiskom, potrebama, cjeloshodnosti i intencionalnosti (von Wright, 1971). Za javno zdravstvo kao humanističku znanost, primjenjiv je tip determinizma društvenog pritiska i intencionalnosti. U našem suvremenom sustavu zdravstvene zaštite vladaju i kohabitiraju tri ideje društvenih pritisaka: Štamparova ideja integralnog zdravstva, nova kapitalistička ideja ekonomskog liberalizma i nadolazeća, scijento-tehnološka ideja. Sve tri ideje

susrećemo u tekstovima zakona i uredaba. Svaka ideja posebno određuje strukturu organizacije zdravstvene zaštite, a svaka posebno rezultira s različitim profesionalnim ponašanjima u praksi te svaka ima svoje istine.

Istina je himera. Kriteriji određivanja istine variraju. Faucault (1972) je formulirao problem kriterija istine: „*Svako društvo ima svoj režim istine - to je generalna politika istine; to je tip diskursa koji je prihvatljiv i funkcioniра kao istina; to je mehanizam razlikovanja istinite od lažne tvrdnje, način kako nešto odobravamo; tehnike i procedure vrednovanja istine; status onih od kojih tražimo da kažu što se ubraja u istinu*“.

U javnom zdravstvu koje je i društveno-politička disciplina puna konfliktata, zagonetnih situacija, različitih interesa i vrednovanja, Faucaultova misao se čini vrlo primjenjivom u razmatranju odrednica ponašanja suvremenog zdravstvenog sustava.

Guba i Lincoln (1989) primjenjujući princip konstrukcionizma formuliraju evaluaciju istraživačkog rada ovako:

- Istina je stvar konsenzusa informiranih i sofisticiranih stvaralaca, a ne slaganje s objektivnim realitetom,
- Činjenica nema vrijednost osim unutar vrijednog okvira, prema tome ne može biti objektivna procjena bilo koje prepostavke,
- Uzrok i efekt ne postoje osim ako pripisujemo nešto nečemu/nekomu,

Tablica 3. Kriteriji određivanja istine

Kvalitativni	Kvantitativni	Procjenjuje
Vjerodostojnost (engl. <i>credibility</i>)	Interna valjanost (engl. <i>internal validity</i>)	Postojanost primjene
Autentičnost (engl. <i>authenticity</i>)	Eksterna valjanost (engl. <i>external validity</i>)	Varijabilnost primjene na druga ispitivanja/rezultate
Prenosivost (engl. <i>transferability</i>)	Pouzdanost (engl. <i>reliability</i>)	Prenosivost s jednog ispitivanja na druga ispitivanja
Potvrđnost (engl. <i>confirmity</i>)	Objektivnost (engl. <i>objectivity</i>)	Posvjedočiti točnost onoga što je istraživano

- Pojava se može razumjeti samo unutar konteksta proučavanja; kontekstualne činjenice ne mogu se generalizirati; niti problem, niti rješenje ne mogu se generalizirati s jednog skupa na drugi,
- Podaci koji su konstruirani raspitivanjem (engl. *qualitative inquiry*) nemaju specijalan status niti legitimnost; oni jednostavno predstavljaju drugu konstrukciju koju koristimo prema stvaranju konsenzusa.

Lincoln i Guba (1985) u Tablici 3. predstavili su naturalističke ekvivalentne tradicionalnim znanstvenim kriterijima valjanosti i pouzdanosti.

Po svršetku naturalističko-kvalitativnog istraživanja obilujemo brojnim tekstnim i audiovizualnim podacima. Osnovni je problem: što je interpretativna valjanost, a što osigurava sam čin prosudbe:

- *Dokumentiranost postupka.* Sva razmišljanja i definicije, sve metode i modifikacije moraju biti strogo evidentirane i dokumentirane, kako bi drugi nezavisni istraživači mogli provjeriti cijeli postupak.
- *Argumentiranost interpretacije.* U kvantitativnim istraživanjima interpretacije se verificiraju statističko-matematičkim postupcima. Naturalističko-kvalitativna interpretacija usmjeđrava se na pojedine segmente tekstnih podataka. Potrebno je istražiti i provjeriti alternativna tumačenja. Opovrgavanje ili dokazivanje negativnih slučajeva važan je argument i pokazatelj valjanosti interpretacije.
- *Sistematičnost postupka.* Svaka činjenica se sustavno obrađuje. Analiza se provodi korak po korak, materijal se raspoređuje u smislene kategorije. Istraživač je uronjen u dnevni život istraživanja.
- *Komunikativna valjanost.* Finalni rezultati prezentiraju se sudionicima istraživanja kako bi se o njima kritički raspravljalo (Kluver, 1979). Interpretacija mora biti povezana sa socio-kulturnim aspektom i ideologijom određene zajednice.
- *Triangulacija.* U svim dijelovima istraživanja primjenjujemo triangulaciju. Istraživač koristi multiple i različite vrste izvora podataka, s različitim teorijskim stajališta. On triangulira svaku

informaciju i procjenjuje njezinu valjanost. U principu trebamo primijeniti nekoliko različitih metoda i usporediti rezultate. Konačni cilj je sinteza metoda, eventualno meta-metoda.



Slika 1. Triangularni analitički model

Znanstveno utemeljeno javno zdravstvo (engl. *Evidence Based Public Health*) definira se kao razvoj, implementacija i evaluacija učinkovitih programa i politike u javnom zdravstvu kroz primjenu načela znanstvenog rasuđivanja, sustavno uključujući uporabu podataka i informacijske sustave kao i teoriju bihevioralnih znanosti i modele planiranja (Brownson et al., 2003).



Slika 2. Triangularno razumijevanje fenomeno-naturalistički pristup

Kvalitativni dizajn i prikupljanje podataka

U početku bijaše RIJEČ, i RIJEČ bijaše u BOGA... sve po njoj postalo, i bez nje ništa nije postalo...u njoj bijaše život, i život bijaše Svetlost ljudima...

(Evangelje po Ivanu, Glava prva)

Riječi - sirovina kvalitativne analize

Kvantitativni istraživači slijede Galilea Galilea: „Sve što je moguće mjeriti, mjeri, što nije moguće mjeriti, učini mjerljivim“. Alternativa Galileu je izreka Alberta Einsteina: „Ne prebrojavati sve što je prebrojivo, sve što se prebrojava nije prebrojivo“. (*Not everything that be counted counts, and not everything that counts, can be counted.*) „Ne postoje kvalitativni podaci, sve je binarno, 1 ili 0“ (Berg 1989), a Cambell (1974) primjećuje „Sva naša istraživanja na kraju krajeva su kvalitativna“. Na 477 stranica Darwinovog djela Poriyeklo vrsta nema ni jednog jedinog broja, niti jedne jedine tablice, a tekst je ipak postao osnova teorije evolucije.

Promatrati i istraživati svijet, a zatim ga *riječima opisati*, prva je tekovina i vrednota u evoluciji intelekta vrste *Homo sapiens*. Tek kasnije čovjek počinje *prebrojavati* dijelove i objekte koje promatra, a još kasnije počeo je *računati*. Može se reći, prema našem iskustvu, svakom opažanju pridružujemo *riječi* ili *brojeve*. Naracija, čin pripovijedanja, iznošenje činjenica, izvještavanje različitih dokumenata u kojima se brojčani rezultati interpretiraju. Postavljanje znanstvenih tvrdnji iskazuјemo riječima kao smislene tekstove. *Tekst je produkt kvalitativno-naturalističkog izražaja i istraživanja*.

JaZIs je hermeneutičar (*hermeneuein* - razumjeti, interpretirati), jer mu hermeneutika daje teorijski okvir za interpretativno razumijevanje s posebnim osvrtom na kontekst i ciljeve istraživanja.

Faze javnozdravstvenog kvalitativnog istraživanja

Faze kvalitativnog istraživanja sastoje se od opservacije, prikupljanja, analiziranja i interpretiranja podataka tijekom javnozdravstvenog istraživanja. Kao

svaka metodologija i ona ima svoje specifičnosti. Ta specifičnost jest *ne srljaj odmah u procese mjerenja pojave koju istražuješ*. Prije mjerjenja provedi vlastito naturalističko propitivanje problema koji je pred tobom.

Naturalističko propitivanje realnog problema

Nema općih pravila (algoritam) kako se rade naturalističko-kvalitativna istraživanja. Razvojni put izvođenja kvalitativnog istraživanja prikazan je na Slici 3.

Istraživanje počinje sveobuhvatnim razmišljanjem o *danom javnozdravstvenom problemu*, što uključuje prikupljanje svih vrsta informacija o problemu: literarnih, verbalnih i audiovizualnih, anegdota i priča koja kolaju u populaciji pa sve do raznih dokumenata koji postoje radi regulacije tog problema. Na temelju tih informacija stvaramo prvu sliku problema. U ovoj fazi istraživač prelazi iz ‘ja ne znam što ne znam’ o tom problemu, u stanje sada ‘ja znam što ne znam’ o tom problemu. To je prva interpretacija danog javnozdravstvenog problema.

Analizirajući prikupljene informacije kroz prizmu socijalne organizacije i strukture problema JaZIs prepoznaje aktere, sudionike sustava/problema, njihove interakcije i povezanosti, te gdje i kada se taj problem odigrava. Razmatra se tko su akteri tog javnozdravstvenog problema, kakvi su njihovi međusobni odnosi te naročito njihovo djelovanje u sustavu u kojem se nalaze. U stvarnosti, sudionici i njihovo djelovanje i međusobni odnosi predstavljaju mali svijet koji se samostalno organizira u mreži društvenih sustava zaštite, socijalnih, pravnih i drugih problema i pritisaka u zajednici. Zar fenomen opijanja mladih u fazi svog društvenog odrastanja ne predstavlja mali *samoorganizirani svijet* i suvremeni javnozdravstveni problem koji se odigrava vikendima po parkovima i disko-klubovima? Otkriti i razumjeti takav svijet važan je dio naturalističkog propitivanja realnog problema.

Slijedi prepoznavanje *usmjerenih snaga i energije* koje se šire zajednicom, a koje pretvaraju neku sku-pinu ljudi u zajednicu u skupinu s jasnim obrascem ponašanja. Ta energija su zakoni, ideologije i ideje, interesi i vjerovanja koji podržavaju određeni obrazac ponašanja. To pak generira neku

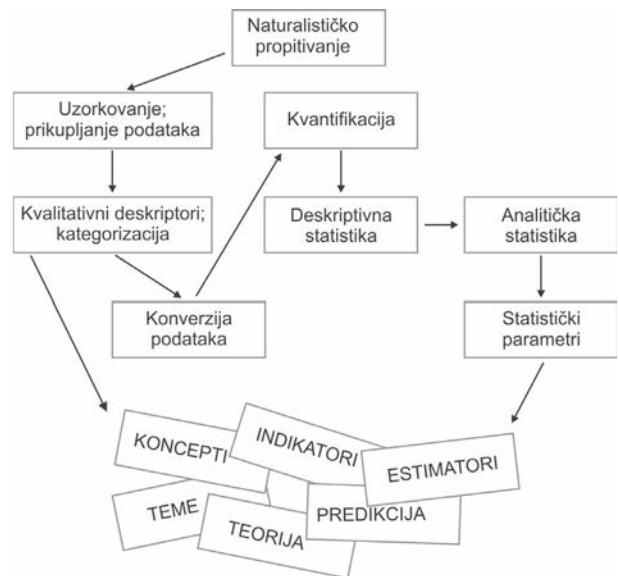
pojavnost ili problem u zajednici. Snage mogu biti vrlo privlačne i mogu navoditi aktere sustava/problema na određena ponašanja. Takve snage zovemo *atraktorima sustava*. Treba istaknuti da se atraktor u zajednici ne širi po zajednici *slučajno*. Naprotiv, širi se određenim kanalima koji mogu biti teže prepoznatljivi i mogu biti srž nekog zdravstvenog problema, npr. atraktor ovisnosti o drogama u nekoj zajednici ili populacijskoj skupini. Atraktori imaju rasutu dinamičku strukturu, oni troše energiju ovisnika kako bi egzistirali. Uspješna intervencija na atraktor dovodi do toga da se atraktor smanjuje, skuplja i pomalo nestaje. Osmišljavanje takve intervencije bitna je komponenta planiranja intervencija.

U hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite vladaju tri atraktora organizacije primarne zdravstvene zaštite: Štamparova ideologija integralnog zdravstva, neoliberalna kapitalistička i na pomolu je scijentotehnološka orientirana personalnom zdravlju. Elemente svih triju ideologija naći ćemo u postojećim zakonima, uredbama i priručnicima. Svaka posebno zahtijeva svoju strukturu organizacije zaštite i dovedi do svog specifičnog profesionalnog ponašanja. Ta je situacija dovela do prestrukturiranja domova zdravlja, nestajanje njihovih prvotnih funkcija, i čini specifičan javnozdravstveni i organizacijski problem koji se nastoji riješiti zdravstvenom reformom.

Na kraju kvalitativnog raspitanja (engl. *qualitative inquiry*) istražuje se postoji li *generatori problema* u danoj zajednici, npr. je li slobodna prodaja alkohola mladeži jedan od važnijih generatora opijanja mladeži vikendom ili, slobodna prodaja marihuane generator kasnijeg razvoja tvrdih droga, ili, je li novi zakon o ugovornim obiteljskim liječnicima generator potpunog kurativnog oblika primarne zdravstvene zaštite.

Stvaranje prve slike javnozdravstvenog problema je holističko raspitanje o problemu, važna karika, kada se u kasnijim fazama istraživanja prelazi na kvantitativne modele analize. *To je ključan uvodni korak javnozdravstvenih istraživanja.* Tim postupkom izbjegavamo stereotipni pristup rješavanju problema. Naime, često susrećemo istraživanja koja od samog početka slijede neki poznati linearno-kauzalni smjer zanemarujući složenu i holističku sliku javnozdravstvenog problema.

Javno zdravstvo ima jaku komponentu društvenog i humanističkog. Mnoge se pojave teško ili uopće ne mogu mjeriti. Stoga se istraživanje provodi najprije kvalitativnom metodologijom (Slika 3).



Slika 3. Tijek istraživanja javnozdravstvenog problema

Nakon naturalističkog propitivanja istraživač je spreman definirati uzorak istraživanja, kao i načine prikupljanja podataka. U pravilu, radi se o namjernom uzorku bogatom informacijama za dano istraživanje. Primjenjujući intervjue i/ili multivjue dobivamo tekstove koji su sirovina za prvu obradu u kvalitativnom istraživanju. Rade se kvalitativni deskriptori teksta tj. prepoznavanje karakterističnih riječi/rečenica te kategorija i supkategorija, koji karakteriziraju istraživani problem. Na osnovu kategorizacije i detektualizacije razrađujemo koncepte/teme istraživanja i na kraju ukoliko su uvjeti zadovoljeni razvijamo teoriju o nastajanju i razumijevanju problema koji smo istraživali.

Sada, nakon što je problem istraživanja obrađen i opisan kvalitativno jasno, vidi se u čemu je problem pa istraživanje možemo nastaviti postupkom kvantificiranja kategorija i samog problema. U pravilu se radi o primjeni statističkih modela obrade i analize podataka. Slijed obrade kreće od konverzije kvalitativnih podataka koji su pojmovi i kategorije, u kvantifikaciju, kako bi se dobile varijable za statističku analizu. Obrada se nastavlja deskriptivnom i analitičkom statistikom koje

rezultiraju procjenama statističkih parametara, *pokazatelja (indikatora)* tj. pokazuju frekvenciju obilježja/pojma u populaciji, ili su pak *procjenitelji (estimatori)* koji procjenjuju vjerojatnost događanja obilježja/pojma u populaciji, ili su prediktori koji procjenjuju buduća događanja u javno zdravstvenom problemu koji se istražuje.

Postupak kvalitativnog istraživanja

Dva su osnovna pitanja u praksi prikupljanja informacija o problemu koji se istražuje. Jedan je, kako prikupiti podatke i informacije – pitanje uzorkovanja, a drugi, kojim tehnikama prikupiti informacije – pitanje terenskih opservacija, intervjuja i multivjua.

Uzorkovanje

U kvantitativnim istraživanjima nastojimo postići što bolju statističku reprezentativnost uzorka kako bi procjene bile pouzdane i precizne. Norma takvog uzorka je slučajni uzorak (engl. *random sample*). U kvalitativnim istraživanjima rijetko se opredjeljujemo za slučajni uzorak. Norma kvalitativnog uzorka je namjerni uzorak (engl. *purposeful sample*). U namjernom uzorku ne tražimo statističku reprezentativnost niti procjenjujemo granice pouzdanosti. U kvalitativnom uzorkovanju nije važna statistička reprezentativnost, već bogatstvo informacija o danom problemu na osnovi kojih planiramo intervenciju. U javnozdravstvenim istraživanjima obično kombiniramo oba tipa uzorkovanja; započinjemo kvalitativno uzorkovanje, a onda, kada smo u stanju ograničiti problem prostorno i vremenski, opredjeljujemo se za neku formu slučajnog uzorkovanja.

U kvalitativnom uzorkovanju postoji samo jedno jedino pravilo: izabrani ispitanici moraju biti bogati informacijama o problemu koji istražujemo. Sve ostalo ovisi o tome koje karakteristike uzorka želimo postići. Želimo li rezultate prenositi na druga istraživanja istog tipa, uzorak se bira uz određeni kriterij, npr. u istraživanju trovanja alkoholom mladeži, uzet ćemo za uzorak samo one koji su dovedeni vikendom na hitnu pomoć. To osigurava homogenost. Samo trovanje ima slične slike pa ono što opisemo na nekoliko slučajeva možemo prenijeti na druga akutna trovanja alkoholom u mladeži. Takav uzorak zovemo *kriterijski uzorak*. Uključivanjem ispitanika s najčešćim karakteristikama dobiva

se *tipični uzorak*. Uključivanjem ispitanika koji odudaraju od prosjeka, od tipične slike problema, dobiva se *devijantni uzorak*. Tip uzorka istraživač sam definira, a koji će izabrat ovisi o tipu ispitanika koji najviše odgovara istraživanju. Imamo onoliko vrsta uzorka koliko tipova ispitanika trebamo u istraživanju. Na taj način zadovoljiti ćemo princip zalihosti (redundancije) - situacije kada se nakon desetaka intervjuja informacije počinju ponavljati pa intervjuiranje prekidamo.

Veličina uzorka. Najčešće pitanje koje istraživači postavljaju na početku istraživanja je koliko mi treba ispitanika. U kvantitativnim istraživanjima to je funkcija veličine populacije iz koje uzimamo uzorak, izbora metoda koje planiramo primijeniti i željenih granica pouzdanosti u procjeni parametara. U kvalitativnim istraživanjima nema posebnih pravila.

Piaget je doprinio problemu ‘kako djeca razmišljaju’ na uzorku od dva ispitanika, Freud je razvio psihoanalitičku teoriju na manje od 10 analiza, a Clair Claiborne Park na jednom jedinom slučaju autizma prateći ga 40 godina. O čemu se tu radi?

U namjernim uzorcima tražimo bogatstvo realnih informacija koje služe ciljevima istraživanja, programima zaštite i intervencija. Desetak primjera ponašanja alkoholizirane mladeži, ako se radi o tipičnom uzorku, dostatno je za razumijevanje problema i poduzimanje prvi mjera intervencije. Slučajni uzorak rijetko je potreban u kvalitativnim istraživanjima.

Tehnike i načini ispitivanja uzorka

U kvalitativnim javnozdravstvenim istraživanjima koristimo razne načine prikupljanja podataka. To mogu biti terenske opservacije, čitanje raznih dokumenta i izvještaja o problemima i akcijama, anketiranje te intervjuiranje. Svaka ima svoje posebnosti.

Terenske opservacije

Dnevna opažanja koja neprestano provodimo izrazito su selektivna i orijentirana snalaženju u danoj situaciji. Ona ovise o kulturi pojedinca, uvjerenjima, interesima i pristranosti. Mnogi se smatraju odličnim opažačima, smatraju kako im je to

urođeno te nemaju potrebu uvježbavati načine kako se opaža neki problem u nekoj situaciji. Međutim, u javnozdravstvenim istraživanjima vježbanjem treba usavršiti svoju veću ili manju sposobnost opažanja i promatranja problema.



Slika 4. Opservacija

Uvježbati treba sljedeće sposobnosti (Patton, 2002):

- *Naučiti kako usmjeravati pozornost na pojedine probleme: koje sudionike, koje međuovisnosti, vidjeti i čuti što je ovdje, a što ondje u realnom prostoru problema;*
- *Naučiti tekstno opisati situaciju i probleme;*
- *Steći disciplinu i voditi terenske bilješke/dnevničke*
- *Naučiti odvojiti detalje od trivijalnosti; oprez, da trivijalnost ne prevlada u opisivanju problema;*

- *Čuvati se stereotipije koja vrlo lako prevlada u opisivanju problema;*
- *Utvrđiti teorijsku i praktičnu valjanost opažanja;*
- *Inzistirati na rigoroznosti svih postupaka koje koristimo promatranjem;*
- *Uočiti jake i slabe strane opažanja nekog problema, spoznati razinu znanja o problemu opažanja.*

Često u javnozdravstvenim istraživanjima zanemaruјemo fazu opservacije, odmah se srlja u statistička planiranja čime se vrlo lako upada u stereotipiju i trivijalnost.

U javnozdravstvenim opservacijama treba pronaći relaciju *pojam-događaj-ponašanje*. Ako je pojam ekscesno ponašanje mladeži vikendom, onda treba uočiti gdje se odigrava taj događaj (u diskoparkovima, parkovima...), te kakvi su oblici ponašanja (opijanje, pristupanje drugom spolu). Ako je pojam neracionalno propisivanje antibiotika, onda treba uočiti u kojim zdravstvenim profesijama se javlja taj problem, te u kojim situacijama to postaje dominantno ponašanje. Tako dugo dok se ne uvježba kako treba opažati, dobro je držati se pravila opažanja unutar četiri koordinate: *sudionici (akteri), njihova ponašanja i međusobne zavisnosti, te mjesto i vrijeme gdje se problem događa.*

Intervjuiranje

Intervju je nešto poput braka; svako zna što je to, većina stupa u bračne veze, a ipak iza zatvorenih vrata, postoji svijet tajni.

(Oakly, 1981)

Tablica 4. Jakosti i slabosti intervjuiranja

Tip intervjuja	Jakost	Slabosti
Slobodan razgovor	Dubinske informacije	Organizacija i obrada podataka
Vođeni intervju	Postizanje cilja ispitivanja	Gubitak informacija
Standardni otvoreni intervju	Usporedivost intervjuja	Smanjena fleksibilnost pitanja
Intervju/ anketa sa zatvorenim odgovorima	Laka kategorizacija odgovora, vrijeme ispitivanja, veći uzorak i statistička analiza	Formiranje grupa i kategorija odgovora unaprijed

Intervjuiramo jer ne možemo opservacijom saznati bitne stvari. Intervjuiranje traži znanje i praktično iskustvo, to je *razgovor dviju osoba koje izmjenjuju informacije i znanje o nekom problemu, a na kraju intervjuja obje su osobe bogatije informacijama i znanjem*. U javnozdravstvenim istraživanjima koristimo četiri standardna tipa intervjuiranja, Tablica 4.



Slika 5. Intervju i multivju

Možemo pretpostaviti skalu na kojoj je jedan ekstrem, visoko strukturirani i problemski orijentirani intervju, a drugi, posve nestrukturirano i nestandardizirano prikupljanje informacija prema situaciji problema. Koji tip primijeniti ovisi o istraživačkom problemu i cilju istraživanja.

Problemski intervju

Problemski intervju često se primjenjuje u javnozdravstvenim istraživanjima. Definiramo ga s tri obavezna ‘mora se’ tijekom intervjuiranja:

- Spoznati realni problem zajednice,
- Utvrditi uvjetovanja koja vladaju u životu zajednice, i
- Istraživati s ciljem promjene postojeće situacije

Za problemski intervju trebamo se pripremiti, biti svjesni da razgovor mora biti dvosmjeren. Intervjuer se mora kloniti bilo kakvog autorativnog nastupa.

Narativni intervju

Narativno intervjuiranje je postupak kada sudionika izravno ne suočavamo sa standardiziranim pitanjima, već ga puštamo slobodno pripovijedati. Cilj je dobiti životnu priču (engl. *life story*). Vođenje narativnog intervjuja ponekad zahtijeva posebni talent i sposobnosti. Prvo se ne može razviti jer je to prirodno svojstvo svakog čovjeka, a drugo se može naučiti.

Postoji i tzv. *evolucijski postupak*. Taj postupak zahtijeva analitičko-kronološko prikupljanje podataka. Cilj je prepoznati razvoj nekog problema ili problemske situacije, npr. razvoj delikventnog ponašanja mladeži ili napuštanje preventivnog aspekta zdravstvene zaštite, te razvoj bilo kakve promjene u zdravstvenom i organizacijskom životu populacije.

Vođenje intervjuja je kreativan postupak, nekima odgovara više, a nekima manje. Bitna je empatija, tj. sposobnost razumijevanja emocija i ponašanja osobe koju intervjuiramo. Velika je greška ako intervjuer uleti u jednosmjerno ispitivanje poput policijskog inspektora.

Intervju kao varijanta dubinskog ispitivanja ima oblik lijevka, a provodimo ga u tri faze (Halmi, 2005):

- *Sondiranjem pitanja: postavljaju se općenita pitanja pomoću kojih postepeno ulazimo u problem intervjeta. U početku intervjuer ne zna što ne zna o problemu, da bi sondiranjem pitanja i eksploracijom došao do toga, da sada može reći, sada znam što me zanima o tom problemu i prelazim na tematska pitanja*
- *Tematska pitanja s kojima ulazimo u suštinu problema, tj. pitanja sve više usmjeravamo i zaoštravamo prema temi i cilju intervjuiranja te provodimo vjerodostojne zabilješke*
- *Vjerodostojne zabilješke koje sadrže visok stupanj pouzdanosti i valjanosti, te davanjem vrijednosnog suda dobivenog teksta intervjeta.*

Postoji nekoliko savjeta na što treba paziti prilikom intervjuiranja (Patton, 2002):

- Počni općim pitanjima, ne ‘smrzavaj’ viziju intervjuja
- Možeš početi intervju s nejasnim pitanjima (engl. foggy questions), ali u dalnjem tijeku ne zaboravi da ih razjasniš (engl. defogging)
- Previše pitanja vodi u nepredvidive poteškoće, ali isto tako i premalo pitanja. Nema generalnog recepta. Za jedan pojam dozvoljeno je desetak pitanja
- Budi siguran da te u složenim studijama (engl. multiple site study) svatko razumije
- Razmisli je li svako pitanje istraživački iskoristivo
- Katkad formuliraj okvir pitanja, a onda postavljam pojedina pitanja
- Kontroliraj se tijekom razgovora, drži zabilješke/pitanja u ruci

Multivju, grupno intervjuiranje

Multivju je posebna kategorija intervjuiranja koju koristimo u javnozdravstvenim istraživanjima, a poznata je pod imenom fokus grupa. Mnoge subjektivne strukture i determinante osoba čvrsto su utkane u sociopsihološki kontekst danog javnozdravstvenog problema. Grupne diskusije omogućuju probijanje psiholoških barijera kako bi se došlo do grupnih stavova i ideja. Postoje razna mišljenja, ali svi se slažu da u pravilu postoje dva osnovna tipa grupnog ispitivanja: jedan, u kojem se u skupini od oko šest osoba vodi dublji i iskreniji razgovor, i drugi, u kojem se postiže nepersonalni kontakt s nekoliko desetaka osoba okupljenih u nekom auditoriju u kojem slušaju i gledaju neku audiovizualnu prezentaciju ili dobivaju tekstni materijal. Nakon toga ih se intervjuira u manjim skupinama.

Anketiranje

Javnozdravstveni istraživači vole koristiti ankete sa slobodnim odgovorima. U pravilu se primjenjuju zatvoreni odgovori, ali kada se nađemo u situaciji, u kojoj ne možemo predvidjeti kategorije odgovora, a pitanja se smatraju važnima, onda u anketi ostavljamo nekoliko pitanja sa slobodnim odgovorima. To omogućuje dobivanje informacije o stavovima i mišljenjima većih skupina ispitanika. Slobodni odgovori takvih ispitivanja obrađuju se tekstno-statističkim metodama.



Slika 6. Anketiranje

Obrada, analiza i interpretacija tekstnog materijala

Riječ ne označava pojedine predmete koji u konkretnosti mogu imati različita svojstva, nego generalizirane predodžbe, ideje.

(Ferdinand de Saussure)

Kvalitativno raspitivanje (engl. qualitative inquiry) je način prikupljanja, obrade i interpretacije tekstnih i/ili verbalnih podataka. To je jedna od niza vještina koje javnozdravstveni radnik mora savladati. Bez obzira kojim tehnikama i na koji način prikupljamo empirijske materijale, sirovina analize su riječi i riječi, najrazličitiji tekstni oblici. Riječi su sirovina kvalitativnih istraživanja, brojčane vrijednosti su sirovina kvantitativnih istraživanja.

Različite su vrste kvalitativnih podataka u javnom zdravstvu: intervjuji ljudi/ispitanika, opservacije dogadanja, dokumenti, tekstovi o raznolikosti rada i života organizacija i ustanova, programi i deklaracije, često pravnog i društveno-političkog karaktera. Najčešće se radi o socio-antropološkim istraživanjima, posebno o komunikacijskim i organizacijskim istraživanjima. Svaki tekst javnozdravstvenog istraživanja, bez obzira kojeg porijekla, sirovina je kvalitativno-naturalističkog istraživanja.

Analiza teksta nije linearni postupak, nego spiralni s mnogo zavoja oko osi teksta (Slika 7) proizvodeći jednostavne, mikro-kategorije, preko sve složenijih kategorija, kako bi završili spiralu s teorijom baziranom na vlastitim empirijskim podacima. Govorimo o logičnom nizu: manji, jednostavni pojmovi (kodovi) -> veći i složeniji pojmovi (teme) -> teorija temeljena na empiriji.

Tablica 5. Relacija tekst-mikropojam-kategorija

Tekst	Mikropojam	Kategorija
...naime, potužila se kako otkad je kći bolesna, ljudi u selu gledaju drugačije na nju. Gledaju je pomalo sa prezriom kao da ima zaraznu bolest. Osjeća da ju ne shvaćaju i to joj teško pada. Shvaća da je to nešto s čime mora živjeti, ali ima osjećaj da je sredina neće prihvati...	bolesna kći drukčije gledanje neshvaćanje teško joj pada sredina je ne prihvaca	stigma bolesti

Osnovni postupak je prepoznavanje pojmova koje sadrži određeni smisleni tekst. Pojam je misaona sinteza bitnih, zajedničkih obilježja istovrsnih predmeta koja ima opseg i sadržaj (Hrvatski enciklopedijski rječnik, 2002). Postupak prepoznavanja pojmova u nekom tekstu, jednostavnih i složenih, zovemo dekonstrukcija teksta.

Dekonstrukcijska analiza

Dekonstrukcija teksta počinje s prepoznavanjem i izvlačenjem karakterističnih riječi, misli, kratkih rečenica i stvaranjem popisa karakterističnih riječi. Te riječi su zapravo osnovni pojmovi koje prepoznajemo u tekstu i nazivamo ih *mikropojmovima*. Kako se na mikropojmovima grade daljnji nadređeni pojmovi, neki ih autori nazivaju mikropojam kodovima, šiframa, prvim konstruktima i slično.

Daljnji korak dekonstrukcije teksta je definiranje nadređenih pojmovi na osnovu mikropojmova, tzv. *makropojmova*, a termin koji se najčešće upotrebljava jest kategorija. Kategorija je fundamentalni pojam koji sadrži najopćenitija svojstva, veze i odnose postojanja i mišljenja, to je osnovni element svake analize teksta. U Tablici 5. prikazan je jedan odlomak teksta s pripadajućim mikropojmovima i kategorijama (Saldana, 2009).

Kategorizacija je bit kvalitativno-naturalističke analize. To je *prvi ciklus* tekstne analize. U tekstu prepoznajemo socijalni kontekst, socijalnu organizaciju, tj. sudionike, aktere događanja, njihove povezanosti i ovisnosti u određenom prostoru i vremenu.

Kategoriziramo tako da prepoznajemo u tekstu:

- Kognitivne aspekte ili značenje sudionika/aktera (npr. ideologije, pravila, osobni koncepti...)

- Emocionalne aspekte ili osjećaje sudionika/aktera (empatije, simpatije, zadovoljstvo, ljutnja..)
- Hijerarhijske aspekte, nejednakosti sudionika/aktera (društvene, edukacijske, bračne, političke..)

Relacija *tekst-mikropojam-kategorija* je osnovna relacija kvalitativne analize. Neki autori uvode pored kategorije pojam sub-kategorije. Vješti analitičari direktno iz teksta definiraju kategorije, rade prvo čitanje i u drugom čitanju kategoriziraju. Radi usporedivosti s drugim istraživanjima i tekstovima treba se držati osnovne relacije tekst-mikropojam-kategorija. Pravilo je da bar dva istraživača nezavisno rade analizu teksta. Komparacija je obavezna, a prezentacija je sinteza i usuglašavanje istraživača koji su sudjelovali u procesu analize teksta.

U analizama teksta često tražimo bipolarne pojmove koji u sebi sadrže oprečna svojstva, tendencije ili nazore, npr. prema spolu, tipu zdravstvene zaštite, kurativno ili preventivno, ili nekih drugih pojmovnih karakteristika. Neki pojam može se javljati s većom frekvencijom pa govorimo o dominantnom pojmu. U složenim tekstovima možemo prikazati distribuciju frekvencija pojmove, prelazeći u domenu kvantitativne analize.

Navodim primjer analize nasilja u školske djece (Saldana, 2006). U toj analizi izvučena je široka paleta mikropojmova kao što su zadirkivanje, udaranje, ismijavanje, vrijedanje i mnogi drugi. Izdvojena su dva makropojma, dvije kategorije nasilja: nasilje koje koristi snagu i ranjava napadnutoga, prvenstveno kod dječaka i *nasilje koje djeluje na emocije*, vrijeda osobnost, koje je zapaženo prvenstveno kod djevojčica.

Tematiziranje teksta

Tema je glavna misao, predmet, osnova nekog teksta koji analiziramo. Tekst može sadržavati i više tema. Tema je ishod prepoznavanja mikropojmova i kategorija i sama po sebi nije pojam. Tema se usredotočuje na bitnost sadržaja teksta, najvažnije dijelove neke pojave. Ponekad se usredotočujemo na marginalne pojave u nekoj pojavi pa sistematski tražimo i obrađujemo marginalna stanja neke pojave. Mikropojam, kategorija i tema ne pokazuju disjunktnost. Može se dogoditi u analizi da se mikropojam razvije u temu. Takav pojam izvire iz sadržaja kao nešto bitno, postaje makropojam koji traži da ga se analizira, da se na njega usredotoči. Na primjer, već u ranoj fazi analize prepoznajemo pojam *maloljetničko nasilje* koji postaje glavna tema teksta.

Kao i kod procesa kategoriziranja i u pronalaženju tema nema striktnih pravila. Svaki suvisli i informacijama bogati tekst može se svesti na jednu ili više glavnih tema, na važnije i manje važne teme, pa govorimo o *makro- i mikro-temama*. Od interesa mogu biti i događanja na marginama pojave pa govorimo o *marginalnim temama*. U analizi nekog zakona o zdravstvu glavna tema može biti poštivanje zakonitosti s više mikro-tema s obzirom na razne socijalne slojeve društva koji različito tumače zakon. Svaka tema se analizira s aspekta značenja teme u populaciji ispitanika: imali značenje za planiranje intervencije, predstavlja li opasnost, npr. opasnost HIV- pozitivnih nalaza u nekoj, prema istom ili suprotnom spolu orientiranoj skupini ispitanika.

Teoretiziranje tema

Hoćemo li tijekom tekstne analize doći u fazu sustavnog razmišljanja o danoj temi, uopćiti znanje koje smo stekli na vlastitim podacima i na vlastitoj naturalističkoj empiriji, konačno je pitanje svake ozbiljnije tekstne analize. Drugim riječima, hoćemo li se upustiti u teoretiziranje tema koje smo definirali kao bitnost istraživanja pojave?

U pravilu, u kvalitativnoj javnozdravstvenoj metodologiji tražimo pravila ponašanja, uvjetovanost, rijetko zakonitost pojave koju istražujemo. Dakle, ne nomotetički, nego ideografski: pitamo se o smislu pojedinačnih događanja u nekoj pojavi, o razumi-

jevanju, što se događa, i shvaćanju zašto se nešto/ netko događa u istraživanom fenomenu. U ovom kontekstu teoretiziranje se svodi na tzv. podatkovno utemeljenu teoriju - PUT (*Grounded theory*).

Narativno istraživanje usredotočuje se na fenomenologiju istraživačkog problema, na djelovanje pojedinih aktera problema, naročito na njihovu povezanost i zavisnost. *Podatkovno utemeljena teorija* nadilazi deskripciju, ona predstavlja jedinstveni teorijski izričaj o procesima koji nastaju i reguliraju istraživani problem. Na osnovi pojedinačnih ponašanja aktera/sudionika PUT stvara uopćeno znanje o ponašanju istraživane pojave i problema. PUT se ograničava na procese i akcije/djelovanje i njihovo fazno odigravanje tijekom vremena.

Teoretiziranje rezultata kvalitativnih istraživanja rijetko se opaža u praksi istraživanja. Teoretiziranje zahtijeva duboku terensku empiriju, suočavanje s problemom. Mnoga istraživanja ne dospiju ni do tematiziranja. U drugom dijelu knjige ‘Naša iskustva u kvalitativnim istraživanjima’, neki autori razmatraju i teorijske aspekte svojih istraživanja.

Evaluacija i naturalistička generalizacija

Evaluacija je vrednovanje nečega ili nekoga, Ona zahtijeva sistematsko prikupljanje informacija iz raznih faza istraživanja. Svako veće kvalitativno-naturalističko istraživanje obiluje nizom kategorija, na osnovi kojih se istraživanje tematizira. Ako sadržaj dopušta, javnozdravstveni istraživač se radi razumijevanja i objašnjenja problema, upušta u teoretiziranje rezultata istraživanja. Najčešće istraživač razglaba jedno ili par teorijskih pitanja. Rjede se stvara teorija kako i zašto se razvija određeni problem u populaciji. Odgovorimo li na teorijska pitanja znači kako smo razumjeli i objasnili istraživački problem te smo sposobni definirati intervenciju i rješavanje istraživačkog problema.

Pragmatički kriterij svakog istraživanja pa i kvalitativnog je: Što sam to dobio, kako mogu dobivene rezultate vrednovati? Sljedeće je pitanje generalizacija: Postoji li naturalistička generalizacija? To se svodi na pitanje partikularizacije i generalizacije, može li se partikularno iskustvo generalizirati kao nešto sveobuhvatno i sveopće. Odgovoriti na to pitanje srž je kvalitativne evaluacije.

Evaluacija je i pitanje kulture istraživača i ispitanika. Istraživač i ispitanici nalaze se u kros-kulturnoj situaciji, oni su u kros-kulturnom dijalogu. Radi se o participativnom istraživanju, istraživanju koje je potpuno udaljeno od eksperimentalnog dizajna biomedicinskih istraživanja.

Kvalitativnajavnozdravstvenaistraživanjaspecifično su vezana na određene populacijske skupine i na funkcioniranje sustava i organizacija. U takvim istraživanjima važna je *partikulacija problema*. Generalizacija rezultata, onako kako se tumači u epidemiološkim i statističkim istraživanjima nije primjenjiva. Znanje o posebnom koje dobivamo u kvalitativno-naturalističkim istraživanjima jedna je forma generalizacije. Znanje koje steknemo u namjernom uzorku, u ne više od desetak ispitanika, ako su zadovoljene sve kautele i norme naturalističkih istraživanja u kojima su prepoznate sve veze među akterima u vremenu i prostoru, to znanje i empirija je primjer naturalističke generalizacije.

Guba i Lincoln (1981) naglašavaju da je virtualno nemoguće zamisliti kako bi se bilo koja ljudska ponašanja koja su usko vezana s kontekstom i prirodom naturalističkih istraživanja, mogla generalizirati. Oni uvode novi termin *prenosivost* (engl *transferability*) na druga kvalitativna istraživanja. Ako su konteksti dvaju istraživanja kongruentni, tj. podudarni po naravi, obliku i problemu, onda govorimo o logičnoj i problemskoj ekstrapolaciji rezul-

tata. Takvu ekstrapolaciju rezultata kvalitativno-naturalističkih istraživanja također zovemo naturalistička generalizacija.

Naturalistička istraživanja imaju određenu snagu koja se sastoji u tome kako je proces istraživanja proživljen. Istraživač je u stalnoj interakciji s objektom ispitivanja. Na sva pitanja je odgovoren, ali isto tako otvorena su nova pitanja, koja tjeraju istraživača na sve dublja i dublja razmatranja problema jer konačnih odgovora nema.

Kvalitativno istraživanje zajednice

Podaci su bit stvari kojoj se nadamo, činjenice o stvarima koje ne vidimo.

(Data is substance of thing hoped for, the evidence of the things not seen)

King James

Kvalitativno istraživanje zajednice spada u najsloženija i najizazovnija zdravstvena istraživanja. Zajednica je ukupnost jedinki povezanih u cjelinu, u kompaktnu skupinu (Hrvatski enciklopedijski rječnik, 2002). Zajednica je mreža ljudskih odnosa i međusobnog djelovanja na nekom prostoru i u nekom vremenu. Ona je zajednica zdravih i bolesnih, najrazličitijih zanimanja, ideja, zakonskih i prirodnih obrazaca ponašanja. U njoj su brojni mali svjetovi, legalnih i ilegalnih aktivnosti. To je područje gdje

Tablica 6. Analitički proces stvaranje podatkovno utemeljene teorije

Faza/ciklus kategoriziranja	Opis i karakteristike
I. Inicijalno kategoriziranje teksta	Izvlačenje mikro-pojmova (mikro-kategorija; primarnih kodova): karakterističnih riječi, rečenica, stanja, događaja
II. Aksijalno kodiranje, dimenzioniranje kategorija	Stvaranje makro-kategorija koje se nalaze oko zamišljene centralne osi teksta: kategorije obrazaca ponašanja, tijeka u vremenu, fokusiranja oko nečega
III. Selektivno kodiranje, imenovanje kategorija	Povezivanje i inter-relacije među kategorijama; imenovanje kategorija, npr. duševni mobing, finansijski krah
IV. Teorijski koncepti, teorija	Promišljeno i uopćeno znanje o razvoju istraživanog problema

nastaju i razvijaju se zdravstveni problemi. To je fronta javnozdravstvenog djelovanja.

Terminološki govorimo o zajednici županija, ali i o malim zajednicama, malom svijetu. Na primjer govorimo o mlađeži ovisnoj o drogi koja je u isprepletenim odnosima i zavisnostima s dilerima, nastavnicima, roditeljima, policijom, konobarima i drugim akterima problema. Zajednice se određuju eksplizitno, npr. sustav školske medicine, no razvijaju se u populaciji i implicitno. Prvi zadatak je prepoznavanje malih problemskih svjetova u nekoj populaciji. Takve zajednice su objekti kvalitativno-naturalističkih istraživanja u javnom zdravstvu.

Postojanje malih problemskih zajednica je izazov za zdravstvenog radnika koji želi razviti u populaciji nove oblike ponašanja, novu zdravstvenu zaštitu. Prioritet je razumjeti ponašanje zajednice. Želiš li uvesti nove ideje, onda najprije procijeni s kakvim idejama ta populacija živi. Želiš li rješavati neki zdravstveni problem, onda najprije pogledaj kako oni rješavaju taj isti problem.

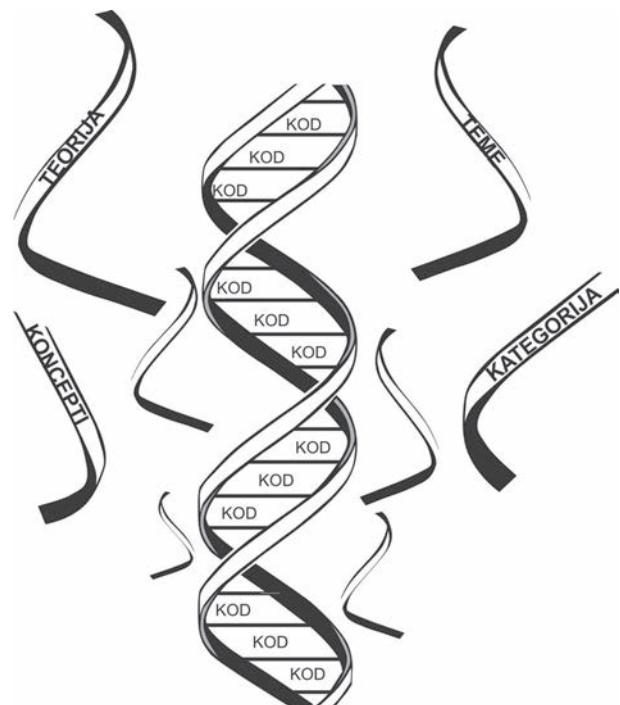
Tehnike i načini istraživanja zajednice

Metodologija istraživanja zajednice sastoji se u združivanju dvaju pristupa, podatkovno utemuljena teorija i etnografski pristup (engl. *ethnographic approach*) istraživanju života zajednice.

Podatkovno utemuljena teorija - PUT

PUT nam omogućuje stvaranje teorijskih objašnjenja pojave i događanja koje istražujemo. PUT je naročito potrebna teorija ako istraživanje nastavljamo određenom intervencijom u populaciji. Sa PUT-om upoznajemo procese i interakcije koji se odigravaju u populaciji. Bez PUT-a intervenciju poduzimamo naslijepo.

PUT zahtijeva obično veći broj intervjuiranja, više fokusa, što rezultira s većim i složenijim tekstovima. Dekonstrukcija takvih tekstova, radi stvaranja većeg broja kategorija, zahtijeva mnogo vremena. Bit je dekonstrukcije teksta postići saturaciju kategorija, tj. postići onu točku u analizi, kada se javlja zalihost (redundancija) kategorija, kada smo iscrpili sve potencijalne kategorije. Tablica 6. prikazuje proces saturacije kategorija i stvaranje teorije temeljem podataka (Saldana, 2009).



Slika 7. Spirale analize teksta,

Etnografski pristup

Etnografski pristup u kontekstu javnozdravstvenih istraživanja uključuje proučavanje materijalne, zdravstvene i duhovne elemente kulture za koje možemo smatrati da se prenose u zajednici negenskim putem, dakle ponašanjem (memetika). Fokus je na socio-kulturalnim grupama ljudi u zajednici, njihovim vrednovanjima i vrednotama, kao i načinima zdravstvenog života. Zdrav život u suvremenim zajednicama promatramo u okvirima *informacijsko-socio-tehnološkog sustava*.

Također nas interesira repertoar priča koje kolaju u zajednici: aktualnih i prošlih, legalnih i ilegalnih, privatnih i javnih. Te su priče u skladu s normama ponašanja zajednice. One utječu na procese odlučivanja i mogu izazvati poremećaje u komunikaciji među stanovnicima.

U etno pristupu koristimo se tri matrica prikupljanja informacija: opservacijom, intervjuiranjem, čitanjem dokumenata i raznih tekstnih materijala, te pregledavanjem video materijala. Za intervjuiranje je bitno izabrati ključne osobe (engl. *key informants*), te nadzornika (engl. *gate keeper*) iz političkog, ekonomskog, crkvenog i drugog života na osnovi kojih stvaramo etno-sliku zajed-

nice. Nadalje, sliku zajednice možemo prikazati realno, poštujući participativnost i objektivnost, ali i kritički, s obzirom na to da se ne slažemo s nekim idejama i ponašanjima koje vladaju u toj zajednici (npr. načini prehrane). Konačno, istraživač mora biti empatičan, sudjelujući i uronjen u život zajednice. Svako distanciranje prema nekim oblicima života zajednice neminovno dovodi do iskrivljene etno-slike zajednice.

Istražujući zdravstvene probleme zajednice intuitivno koristimo oba pristupa. Koristimo razne metode, kompleksno razmišljamo između induktivnog i deduktivnog, usredotočujemo se na razne populacijske grupe, te uvek promatramo i analiziramo probleme s različitih aspekata, kako teorijskih tako i metodoloških (triangulacija). Kontekst istraživanja je participativan, socijalan i političko povijestan. U Tablici 7. prikazana je multifokalnost istraživanja zajednice.

Svaka zajednica ima svoj društveni profil. Ona je entitet i kao entitet se treba analizirati. Navodim kao primjer osam standardnih pitanja u intervjuiranju koja su primjenjena u proučavanju jedne marginalne ruralne zajednice.

Standardna pitanja u opisu ruralne zajednice

1. Kakva je kultura naselja, materijalna i duhovna, koje su etičke i društvene vrijednosti?

2. Kako stanovnici stvaraju svoj realni život, što je za njih istina, koja je percepcija svijeta te zajednice?
3. Smislenost dnevnih zdravstvenih ponašanja, njihova društvena prihvatljivost?
4. Koje i kakve priče prošlosti kolaju u zajednici, koje su nove, suvremene priče?
5. Što se svakodnevno događa u populaciji zajednice?
6. Kakav je odnos individualnog ponašanja ljudi prema društvenoj okolini?
7. Funkcionira li naselje, zajednica kao cjelina, kakva je fraktalna struktura zajednice?
8. Ima li zajednica nadanja i planove za budućnost?

Kvalitativna procesna evaluacija

Kvalitativna procesna evaluacija (KPE) je određivanje kvalitete i vrijednosti bilo kojeg javno-zdravstvenog djelovanja, programa, istraživanja, politike, intervencija, akcija i mnogih drugih aktivnosti koje spadaju u područje javnog zdravstva. KPE je instrument poboljšanja kvalitete i informiranosti svega onoga što u javnom zdravstvu radimo i istražujemo, interakcija između onoga koji evaluuira (evaluator) i ljudi i događanja koji su objekt evaluiranja (*evaluand*).

Tablica 7. Fokusi istraživanja zajednice

Pristup studiji	Opis, karakteristike, primjer
Narativni (engl. <i>narrative study</i>)	Portret pojedinca, malih kulturnih grupa
Studij slučaja (engl. <i>case study</i>)	Slučaj/događaj od posebne važnosti: npr. malodobna prostitutka, osoba s HIV infekcijom,
Fenomenološki (engl. <i>phenomenological</i>)	Razumijevanje života, iskustva u nekom fenomenu: npr. imigracija Roma u zajednicu; emigracija radnika
Teorijski (engl. <i>theoretical</i>)	Provjera uklapanja uzorka u neku teoriju: npr. neoliberalizam, integrirane zdravstvene zaštite
Etnografski (engl. <i>ethnographic</i>)	Ponašanje i kultura grupa, kulturni koncepti: npr. mediteranska kultura prehrane

Ono što evaluiramo je sukcesija, niz događanja nekog javnozdravstvenog djelovanja, istraživačkog problema tijekom vremena, životna priča (engl. *life story*) nekog projekta. Evaluaciju radimo induktivno tražeći obrasce (engl. *emergent pattern*) unutar procesa tijekom izvršenja programa, djelovanja i istraživanja. Metode koje primjenjujemo su uobičajene tehnike opserviranja, intervjuiranja i analize tekstnih podataka i dokumenata.

Faze evaluacijskog procesa

Svaki proces (istraživanje) koji je uspostavljen idejama i programom, možemo promatrati kroz četiri faze:

- **Faza uvođenja (INPUT):** Što se želi postići; ciljevi, ideje, hipoteze, namjere; tko su korisnici, sudionici, resursi, materijalni i idejni, ukratko intelektualna energija s kojom želimo program pokrenuti.
- **Faza izlaznog dobitka (OUTPUT):** Kako je program i istraživanje prenijeto na objekt, reakcije okružja, ispitanika, sudionika, ukratko prve reakcije objekta, npr. kakav je bio odaziv na sistematske pregledne, uplata sredstava itd.
- **Faza ishoda (OUTCOME):** Rane promjene u objektu, prve promjene ponašanja objekta (korisnika, sudionika itd.)
- **Faza učinka (IMPACT):** Kasne i trajne promjene u objektu, konačni učinak, npr. grupa ispitanika je prestala pušiti i slično.

Evaluaciju provodimo kontinuirano od samog početka kao formativnu evaluaciju. Tijekom formativne evaluacije prikupljaju se informacije o tijeku procesa: kako napreduje, kako ojačava aktivnosti. Sumativnom evaluacijom vrednujemo konačni učinak, trajne posljedice koje su se zadržale i održale u objektu.

Evaluacija podržava razvoj kvalitete onoga što evaluiramo, ona je dobrovoljna zajednička škola unapređivanja kvalitete za evaluatore, sudionike i korisnike programa istraživanja.

Evaluaciju provodi nezavisna osoba, grupa evaluadora, iako je čest slučaj da istraživačka ekipa formira unutar svojih istraživača nezavisnu grupu evaluatora, koji su stalni opserveri i procjenitelji svih procesa programa istraživanja i djelovanja.

Po svršetku programa, evaluator je obvezan prikazati tri parametra, tri veličine koje govore o uspješnosti programa:

- **Učinkovitost** (engl. *effectiveness*): Ocjena da li su ciljevi programa ostvareni. Ako da zašto da, ako ne zašto ne, je li intervencija logično bila ostvariva?
- **Djelotvornost** (engl. *efficiency*): Ocjena je li se INPUT programa ostvario u OUTPUT i OUT-COME programa istraživanja. Je li inicijativa programa hvale vrijedna te jesu li se postigli najbolji rezultati? Ako da zašto da, ako ne zašto ne.
- **Korisnost** (engl. *efficacy*): Opravdavaju li uložena sredstva, materijalna i mentalna, postigнуте ciljeve programa. Je li inicijativa programa vrijedna očekivanja?



Slika 8. Evaluacijski proces

Bit kvalitativne evaluacije jest procjena raznih obrazaca koji izviru tijekom izvođenja programa (engl. *emergent patterns*). *Evaluacija je zadnja karika logičnog javnozdravstvenog niza: najprije kvalificiramo problem, zatim provodimo kvantifikaciju onih kategorija koje smo prepoznali u kvalitativnoj analizi bitnim, slijede opravdane intervencije koje dovode do pozitivnih promjena, kako bi analizu završili davanjem vrijednosnog suda i mišljenja da je akcijski program imao smisla.*

Kvalitativni dizajn javnog zdravstva

Javno zdravstvo je izrazito fraktalna struktura, a možemo očekivati da će se fraktnost i dalje račvati na daljnje sve manje i manje grane. Te grane razvijaju svoje metodološke paradigme i postaju nove discipline. To se dogodilo s tradicionalnim granama kao što su školska higijena koja se zatim realizirala kao školska medicina, koja bi danas u našem sistemu bila javnozdravstvena disciplina. Nešto slično se događalo i s medicinom rada, a higijena se razvila u niz zdravstveno ekoloških grana. Paralelno prodiru u područje javnog zdravstva nove metode i tehnologije u kojima vidimo račvanje epidemioloških, statističkih, informatičkih i brojnih drugih tema. Fraktnost javnog zdravstva je razumljiva jer proizlazi iz povijesne definicije javnog zdravstva koju je definirao Winslow 1920. Teško je zamisliti suvremeniju definiciju javnog zdravstva. Javno zdravstvo je zdravstvena, ali i društveno-politička profesija, a njezin je objekt istraživanje i djelovanje u zajednici.

U poglavljima prvog dijela ove knjige, kao i u drugom dijelu ‘Naša iskustva u kvalitativnim istraživanjima’, pokušali smo predstaviti što je specifikum javnozdravstvene metodologije koji je primjenjiv u svim granama i račvanjima područja javnog zdravstva.

Umjesto zaključka navodim što je qualia javnozdravstvenog istraživanja.

Qualia javnozdravstvenog istraživanja:

- Na metodološkom kontinuumu, gdje je jedan ekstrem „dvostruko slijepi klinički pokus“, a na drugom „otvoreno, participativno, naturalističko ispitivanje“, javnozdravstveni istraživač teži prema ekstremu participativnog i otvorenog istraživanja. JaZIs provodi svoja istraživanja u prirodnom okružju zajednice, populacijske skupine i organizacije,
- Tehnika JaZIs-a su opservacije, intervju i nartivne analize tekstova, dokumenata i video-materijala na osnovi kojih radi detekstualizaciju, kategoriziranje, tematiziranje i podatkovno ute-meljenu teoriju,
- JaZIs rezonira induktivnom i deduktivnom logikom: od posebnog k općem, i od općeg ka posebnom,

- JaZIs-ovo istraživanje je emergentni dizajn (engl. *emergent design*), što će reći da se analiza ne može unaprijed predvidjeti: svaka nova faza analize ovisi o rezultatu prethodne analize, analitički prostupci se mijenjaju,
- Filozofski, JaZIs je hermeneutičar: cjelovito razumijevanje čovjeka u jedinstvu s njegovim okružjem, jezik (riječi) kao smisao i način do-spjevanja do općeljudskog, individualnog iz cjeline i cjeline u individualnom, stvarajući hermeneutički krug razumijevanja
- JaZIs vodi politički diskurs sa zdravstvenim i socijalnim zakonima boreći se za jednakost zdravstvene zaštite i demokratska načela.



Slika 8. Od naturalizma do eksperimenta

Narativno javno zdravstvo

Kvalitativno raspitivanje je način prikupljanja i interpretiranja verbalnih i/ili tekstnih podataka. Kao što je prije bilo opisano kvalitativno raspitivanje provodimo trima tehnikama: opserviranjem, intervjuiranjem i analizom tekstova i dokumenata koji opisuju raznolikost rada i života organizacija, ustanova, populacijskih skupina, programa, deklaracija, često pravnog i političkog karaktera.

Zadnjih godina u razvoju kvalitativne metodologije pojavio se novi termin, narativno raspitivanje (engl. *narrative inquiry*). Narativno raspitivanje je poseban oblik kvalitativnog raspitivanja koji je nastao u suvremenim antropološkim i sociološkim ispitivanjima, posebno u komunikacijskim te organizacijskim istraživanjima. Možemo reći da je narativno raspitivanje amalgam raznih

pristupa, prvenstveno onih socijalnih koji istražuju fenomene promjena u društvu i organizacijama. Narativno raspitivanje odstupa od tradicionalne orientacije prema analizama tema, te se orijentira prema prepoznavanju poruka (engl. *voices*), koje prepoznajemo u procesu raspitivanja između naratora i objekta raspitivanja.

Termin narator (lat. *narro, narrare*, obznaniti, pripovijedati, izvještavati, kazivati), te *tekstualna ili verbalna naracija*, najbolje opisujemo kao raspitivanje koristeći „različite naočale“, različitim pristupima i slušanjem različitih glasova koje prepoznajemo tijekom naturalističkih procesa istraživanja (Czarniawska, 2004). To osluškivanje i prepoznavanje glasova, koje susrećemo u kvalitativno-naturalističkim javnozdravstvenim istraživanjima možemo nazvati *narativno javno zdravstvo*. Zadnjih godina, tijekom provedbe nove reforme zdravstva u Hrvatskoj, čuju su brojni šumovi i glasovi, da ne kažem i buka koji su objekt interesa i istraživanja suvremenog nartivnog javnog zdravstva.

U zdravstvenom životu populacije stalno izviru sve nova i nova događanja, incidenti, rasprave o listama čekanja, pretrpanim ordinacijama, novim uredbama i zakonima koji reguliraju ponašanja liječnika, sestara, pacijenata i brojnih drugih profesija koji su

involvirani u zdravstveni život populacije. Sve prisutni Homo narrans očituje se i oblikuje riječima i jezikom formirajući *narativnu interpretaciju događanja* koje podliježe narativnoj analizi.

Narativna interpretacija javnozdravstvenih događanja svodi se na prepoznavanje priča koje nastaju i kolaju u nekoj zdravstvenoj organizaciji ili nekoj skupini u tijeku razvoja određenog zdravstvenog problema, npr. uvodenje informatičke tehnologije u sustav zdravstvene zaštite, u ordinaciju obiteljskog liječnika ili primjena reforme u zdravstvenoj djelatnosti. Osnovno analitičko pitanje koje postavljamo u narativnoj interpretaciji je: Što te priče, ta naracija otkriva o organizaciji gdje su te priče nastale, je li to jedna jedina makro-priča (*makrostoria*) ili postoje brojne male priče (*mikrostoria*), postoji li bipolarnost stavova, koliko je jak glas suprotstavljanja i konačno tražimo kauzalnost takvih priča, u biti uvjete ponašanja organizacije. U tablici 8. prikazano je pet načina dobivanja informacija koje primjenjujemo u JaZI-u.

Analiza narativne interpretacije vrlo je važna u evaluacijskim procesima javnozdravstvenih akcija i djelovanja. Mnoge intervencije propadaju jednostavno zato, što nije učinjena analiza narativne interpretacije. Ona je sastavni dio formativne

Tablica 8. Načini dobivanja informacija u kvalitativnim istraživanjima

Normiranost	Usporedivost	Obradivost	Informiranost	Objašnjenje i razumijevanje	Namjere, intencije
Otvoreni, slobodni razgovor, nema norma	Slaba, ograničena na individualno	Hermeneutička	Jaka i bez granica	Maksimalno dubinsko, esejičko	Individualna, terapijska, neograničena
Voden razgovor prema cilju, nema norme	Slaba, teško usporediva	Hermeneutička unutar normi	Velika, ograničena ciljem	Pragmatsko o cilju	Individualno ograničena ciljem
Standardizirani razgovor, normirani	Dobra, ista pitanja, redoslijed i cilj	Kvalitativna i kvantitativna	Smanjena normama	Unutar danih normi	Grupna intervencionistička
Zatvoreni razgovor, anketa, Puna norma	Nominalno i ordinalno ograničena na usporedbu grupa	Kvantitativna, statistička, generalizacija	Individualno mala, ograničena zatvorenosću	Zatvorena unutar kategorija	Populacijska, intervencijska

procesne evaluacije. Kao što je čovjek konglomerat jedne svoje makrostorije i brojnih mikrostorija, tako i svaka organizacija ima svoju makrostoriju i brojne mikrostorije. Nema uspješnog menadžera bez poznavanja priča organizacije kojom upravlja.

Referencije

- Armitage, P & Doll, R 1954, 'The Distribution of cancer and multistage theory of carcinogenesis', Br J Cancer, vol 8, 1-2, in Int J Epidemiol 2004, vol. 33, pp.183-84
- Berg, B 1989, Qualitative Research for the Social Science, Boston, Allyn & Bacon.
- Campbell, DT 1974, August-September, Qualitative Knowing in Action Research, Libra.msna Publications.
- Cresswell, JW 2013, Qualitative Inquiry & Research Design, Choosing among Five Approaches. SAGE Publications
- Czarniawska, B 2004, Narratives in Social Science Redsearch. SAGE Publication.London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Corbin, J & Strauss A 2007, Basic of Qualitative Research: Techniques and procedures for Developing Grounded Theory (3rd ed). Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Denzin, NK & Lincoln, YS 2010, Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research, Handbook of Qualitative Research 4th Ed. SAGE Publications
- Faucault, M 1972, The Archeology of Knowledge and Discourse in Language. New York, Pantheon.
- Guba, EG & Yvonna, SL 1989, Fourth Generation Evaluation, New Bury Park, SAGE Publications
- Guba, EG 1990, The Alternative Paradigm Dialog, in Guba, EG (ed), The Paradigm Dialog. New Bury Park, CA:SAGE.
- Halmi, A 2004, Strategija Kvalitativnih istraživanja u primjenjenim društvenim znanostima, Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu, SLAP.
- Lawrence, WG, Robert, AH 2009, Behavioural determinants of health and disease, in Detels, Beaglehole R, Lansang MA, Gulliford (eds), Oxford Textbook of Public Health
- Lincoln, YS & Guba, EG 1985, Naturalistic Inquiry, SAGE Publications
- Patton, QP 2002, Qualitative Research & Evaluation Methods, SAGE Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Saldana, J 2009, Coding Manual for Qualitative Researchers. SAGE Publications.
- Saussure, F 2010, Tečaj opće lingvistike u Žmegač, V, Prošlost i budućnost 20. stoljeća, Matica Hrvatska.
- Wright, 1975, Objasnjenje i razumjevanje, Nolit Beograd.

Dio II.

Tendencije kvalitativnih istraživanja u suvremenom javnom zdravstvu

Silvije Vuletić

Bez obzira na ograničenost znanja o ponašanju, njegovim moralnim i drugim normama, ono ostaje neprikosnovena varijabla na etiološkom putu razvoja zdravlja, te učestalosti i proširenosti bolesnih stanja u populaciji.

Lawrence W.G & Robert A.Q. H.

Kvalitativna naturalistička istraživanja znače „štostvo“, ono što jest, što može biti, što nije izvorno događanje istine nego shvaćanje i obrazloženje onoga što se u okružju istraživanog problema pokazuje mogućim i nužno ispravnim.

Heidegger M (parafrazirano)

Usmjerenost javnozdravstvenih istraživanja

Hrvatska je tranzicijska zemlja. Posljedično, javno zdravstvo doživljava intenzivne promjene u ideologijama, stavovima i organizaciji. S obzirom na to da su promjene bolne ni zdravstveni dionici ni populacija ne prihvataju ih lako.

Promjene možemo svesti na pet makro-kategorija:

1. Promjena iz socijalističkog u kapitalističko društvo i naznaka postepenog ulaska u postkapitalističko društvo,
2. Fraktalnost organizacije zdravstvene zaštite se povećava,
3. Zdravstveno rizično ponašanje populacije se povećava,
4. Jak razvoj novih tehnologija, posebno informacijskih i razvoj novog koncepta zdravstvene zaštite, tzv. ‘personalizirana medicina’,

5. Ljudske zajednice traže nova značenja starih pojmova.

To je kompleksan proces, bezbroj vrsta informacija kruže u sustavu zdravstvene zaštite. Za javnozdravstvenog istraživača (JaZIs) to predstavlja izazov, kako metodološki tako i u definiranju problema. JaZIs je:

- „Majstor za sve“ (fr. *bricoleur*), istraživač koji iz grubih činjenica stvara očevidne vrijednosti iz mase svih informacija stvara jedinstvenu cjelinu, (Denzin & Lincoln, 2008),
- U istraživačkom procesu komunicira sa svim dionicima zdravstvene zaštite,
- U istraživanjima koristi naturalističku metodu propitivanja (engl. *naturalistic inquiry*) (Lincoln & Guba, 1998) jer fenomenološko-naturalistički pristup predstavlja odgovarajuću metodologiju za opisivanje, analizu, razumijevanje intervencija u javno zdravstvenim sustavima.

Kvalitativni istraživač (*Qualis*) se nalazi u velikim tenzijama i kontradikcijama postojećeg sustava zdravstvene zaštite. Od njega se traži razumjeti što se u danom zdravstvenom sustavu događa, objasniti zašto se pojava odigrava upravo tako kako se na tom mjestu u tom trenutku odigrava. Qualisov objekt istraživanja su interakcije ljudi i aktera u sveobuhvatnoj kauzalnosti javnozdravstvenih problema.

Ključna varijabla Qualisa je ponašanje grupa, ponašanje koje je ekstragensko i ekstrasomatsko, ponašanje koje nazivamo kulturom (engl. *cultural behaviour*). To su ponašanja koja se nasljeđuju tradicijom i adaptacijom na okolnosti koje grupa susreće u svojoj dinamici s utjecajima okoline. Ta ponašanja nisu vezana za društvene okolnosti, to su ponašanja per se, koja su duboko pohranjena u osobnosti grupe. Tradicionalna kultura prehrane, stilovi i načini konzumacije alkohola koji su geografski i etnografski specifični, ponašanja kao marginalne kulture, sve su to primjeri ponašanja, koji su ponekad, čvrsto povezani s razvojem raznovrsne patologije stanovništva. Današnja mladež u svojem odrastanju razvija različite obrasce ponašanja. Ta se ponašanja često manifestiraju kao zdravstveno rizična ponašanja.

Qualis se ne ograničava na kauzalnost nekog fenomena u zdravstvu, nego na uvjetovanost tj. okolnosti, osobito onih koje utječu na funkciranje danog zdravstvenog problema sustava. Filozofski rečeno, Qualis prepoznaje **QUALIA** nekog javnozdravstvenog problema.

Qualia je filozofski termin koji se ne prevodi jednom riječju, nego se definira u kontekstu problema, (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2012).: *QUALIA su kvalitativna predočenja realnog objekta, njegova „kakovost“ i čini svjesno subjektivno iskustvo, odnosno razumijevanje realnog problema. Qualia su način na koji naš um doživljava stvarnost. Qualia su intrinzična svojstva i iskustva istraživača.* U kontekstu ove knjige Qualia predstavljaju iskustvo, doživljavanje našeg javnozdravstvenog svijeta.

Tri su aktualna područja istraživanja u javnom zdravstvu koja zahtijevaju naturalističko propitivanje:

- Organizacijsko ponašanje zdravstvenih ustanova,

- Raznovrsnost zdravstvenih rizika populacijskih skupina
- Javni diskurs (engl. *public discourses*) koji se intenzivno odigrava među dionicima i korisnicima zdravstvene zaštite.

Organizacija i ponašanje u sustavu zdravstva

Zdravstveni sustavi su složeni dinamični sustavi (engl. *complex dynamic systems*) u kojima su brojni akteri (engl. *agents*) u mreži međusobnih interakcija koje se naročito pojačavaju u vrijeme reforma društva, posebno zdravstva. Problemi koji nastaju svode se na nova *zagonetna stanja* po provođenju reforma, *konfliktna stanja* zbog alternativnih rješenja te *nepovoljna ponašanja* struke zbog nesređenog, često kaotičnog stanja u sustavu zdravstvene zaštite. Svaka javnozdravstvena akcija, odnosno intervencija izaziva procese promjena ponašanja kako organizacija tako i korisnika zdravstvene zaštite.

Danas se u hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite vode intenzivne rasprave i poduzimaju akcije radi uspostavljanja novog javnog zdravstva kao osnovnog modela zdravstvene zaštite. Međutim, ideologija neoliberalnog kapitalizma se sukobljava s idejnim konceptima novog javnog zdravstva. Primjena novog zakona dovodi do raznovrsnih konfliktnih ponašanja struke prilikom organiziranja primarne zdravstvene zaštite. *Organizacija i ponašanje aktualni su objekti kvalitativnih istraživanja.* I organizacija i ponašanje vrlo su složene pojave. Koliko god su regulirane zakonima i ideologijama, toliko predstavljaju i samoorganiziran proces koji nastaje u danim povijesnim i socijalnim okvirima nekog trenutka razvoja zdravstva. Stoga timovi županijskih zavoda za javno zdravstvo trebaju kao svoj prvi cilj provesti kvalitativno propitivanje organizacije i ponašanja na županijskoj razini zdravstvene zaštite.

Rizično ponašanje populacijskih skupina

Hrvatska je i epidemiološki gledano tranzicijska zemlja. Stvara se nova okolina u kojoj nestaju tradicionalni kulturni okvirni. Nastaje kultura obilja, javlja se povišeni šećer u krvi, arterijski tlak se povećava, a nekad jača pokretljivost i fizička aktivnost pretvara

se u sedentarni tip života. Ta rizična okolina u srazu s nasljednom osjetljivošću populacije dovodi do povećane incidencije kardio- i cerebrovaskularnih bolesti. Ispitanik je ‘ko-autor’ razvoja vlastitih patoloških stanja. U Hrvatskoj je rizičnost zdravstva u intenzivnom porastu te predstavlja akutni javno-zdravstveni problem, za koji nemamo populacijski jasno definirane djelotvorne intervencije. Populacija je rezistentna na pozitivne promjene ponašanja, a zdravstvena profesija na preventivno djelovanje u populaciji. Zdravstveno rizično ponašanje populacije je kumulativni čimbenik razvoja kardio- i cerebrovaskularnih bolesti, dijabetesa, malignih neoplazmi, pulmonalne kronične opstruktivne bolesti, infektivnih bolesti, HIV infekcija, patologija koje prevladavaju u suvremenoj javnozdravstvenoj problematici. Opisanu problematiku istražujemo uglavnom kvantitativnim epidemiološkim modelima. No dosadašnja istraživanja otvaraju sve više pitanja o složenoj dinamici populacijskih procesa ponašanja. Ta činjenica zahtijeva *uvođenje u istraživanje naturalističko-kvalitativnih modela istraživanja*.

Javni diskurs u sustavu zdravstvene zaštite

U hrvatskom zdravstvu intenzivno se odigrava žestok javni diskurs o zdravstvenim problemima, posebno oko intervencija i organizacije zdravstvene zaštite. Radi se o pregovaranjima, suprotstavljanjima kako verbalnim tako i neverbalnim, a u zajednici nastaju priče (engl. *stories*) koje su legitimne, u skladu s normama ponašanja zajednice. Takve priče, odnosno diskurs koji se odvija među dionicima odličan su pokazatelj kako se prihvataju zdravstveni zakoni te kako dionici i korisnici zdravstvene zaštite reagiraju na preporučene promjene ponašanja. Na primjer, rezistentnost na preventivno djelovanje nekih zdravstvenih profesija i teško usvajanje zdravih navika populacije dvije su standardne priče javnozdravstvene scene.

U teoriji kvalitativnih istraživanja razvio se model istraživanja koje nazivamo *narativno raspitivanje u društvenim komunikacijskim istraživanjima* (Czarnawska, 2004). Model je vrlo primjenjiv u analizama verbalnog i neverbalnog diskursa javnog zdravstva.

U suvremenoj literaturi kvalitativnih istraživanja koristi se termin narator (lat. *narro* – obznaniti,

propovijedati, izvještavati, kazivati...) *onaj koji priča, iskazuje nešto o nečemu*) i termin *verbalna i tekstna naracija*. Narativno raspitivanje odstupa od tradicionalne kvalitativne analize prepoznavanja tema, ono prepoznaće poruke, glasove (engl. *voices*) javnog diskursa. Narativno raspitivanje kao metodološki pristup istraživanja javnog diskursa nastao je u suvremenim sociološkim i antropološkim istraživanjima u anglosaksonskoj literaturi, a posebno u komunikacijskim i organizacijskim istraživanjima suvremenih društvenih zajednica. Javni diskurs je otvoreno, ali izrazito zanemareno područje kvalitativnih naturalističkih istraživanja. Homo sapiens postaje Homo narrans (prema Fisheru, 1984)).

Javnozdravstveni diskurs (JazDis) odvija se na sceni društvenog života, gdje pojedine interesne grupe, odnosno dionici raspravljaju, raščlanjuju široki spektar zdravstvenih tema, posebno onih poput „kako organizirati djelotvornu zdravstvenu zaštitu stanovništva“. To su dijalozi između javnih privatnih interesenata, autoriteta države i otvorenog stanovništva. JazDis je često korektiv ponašanja koje je zakonom propisano. JazDis je dio demokratskih procesa današnje Hrvatske, a ujedno i javnozdravstveni problem čije istraživanje može pripomoći rješavanju nekih zdravstvenih organizacijskih problema.

Podaci koji se prikupljaju u JazDisu su narativne prirode, *verbalni i tiskovni materijali javnog govorjenja*, rasprava, vizualnih i virtualnih prezentacija koji se na nekom mjestu i vremenu pojavljuju među profesionalcima javnog zdravstva. Profesionalci javnog zdravstva pritom svojim stilom izlaganja s obzirom na temu i područje interesa, ostvaruju svoje profesionalne, društvene, političke i druge interese. JazDis je sveprisutnost svake javnozdravstvene problematike.

Narativno raspitivanje je metodologija istraživanja javnog diskursa (vidi narativno javno zdravstvo strana 26). Narativno raspitivanje najbolje opisuјemo kao raspitivanje kroz mnogo leća, različitim pristupima, slušanjem glasova i poruka koje opažamo tijekom istraživanja javnog diskursa.

Triangularni analitički model koristimo za prepoznavanje interakcija unutar javnog diskursa.



Slika 1. Triangularni analitički model

U narativnoj analizi JazDisa razlikujemo dvije opcije: analizu priča (engl. *stories*) i diskurs (engl. *discourse*). Priča je slijed akcija i događanja koje zamišljamo kao nezavisne pojave koje kolaju unutar javnog diskursa neke javnozdravstvene problematike. Rasprave oko kurikuluma predmeta zdravstvenog odgoja u školama, koji se sukobljava na hrvatskoj javnozdravstvenoj sceni, tipičan je primjer javnog diskursa u procesu demokratskog odlučivanja. Javni diskurs oko reforme zdravstva, posebno kako organizirati primarnu zdravstvenu zaštitu, također predstavlja aktualni javni diskurs koji se trenutno odigrava u Hrvatskoj.

U analizi javnog diskursa ne koristimo standardnu metodologiju kvalitativnih istraživanja, nego *metode za organizacijska i komunikacijska istraživanja* (Boje D., 2002).

Najčešće opcije te analize su: velika priča (engl. *grand narrative*), male priče (engl. *mikrostoria*), mreža priča (engl. *story network analysis*), uzročnost (engl. *causality*), grafičko rješenje (engl. *PLOT*) i analiza tema (engl. *theme analysis*).

U JazDis-u kola mnogo priča. Otkriti što je glavna, a što su male sporedne priče nije jednostavno. Naime svaka priča u nekom trenutku JazDisa dominira. Velika priča (*makrostoria*) prosvjećuje tekst, daje glavno ozračje. Primjerice, predsjednikov javni govorni nastup ozračje je stare hrvatske pravice, Štamparova integralna zdravstvena zaštita već je pedeset godina glavna tema u raspravama o najboljoj

opciji organizacije primarne zdravstvene zaštite. Male priče (*mikrostoria*) ne moraju biti u skladu s makrostorijom. U analizi priča striktno slijedimo princip triangulacije jer u protivnom slučaju lako upadamo u subjektivnu interpretaciju.

Sljedeći korak je prikazivanje mreže priča (*story network analysis*). Mreža odražava dinamiku socijalnih odnosa skupina JazDisa. Mreže možemo vizualizirati kao PLOT.



Slika 2. Pet hipotetskih mikrostorija makrostorije

Tijekom opservacija i analize istraživač može odstupiti od tako definiranih skupina javnog diskursa. Ovo je primjer kada unaprijed očekujemo da su te skupine glavne skupne mikrostorija. Istraživač može inzistirati na prikupljanju mnogo malih i marginalnih priča javnog diskursa.

Običaj je prikazivati takve mreže vizualno koristeći razne znakove i simbole veza. Takve grafičke prikaze zovemo PLOT, koji prikazuje dinamičnu strukturu JazDisa.

Makrostoriju prepoznajemo u interakciji mikrostorija. Lyotard (1984) opisuje makrostoriju kao znanje koje smo dobili vlastitom empirijom.

Problem *uzročnost javnog diskursa* ne analiziramo na način koji je svojstven prirodnim znanostima. Ograničavamo se na opis pojedinih zbivanja, na

nepristrano znanje koje smo otkrili analizirajući javni diskurs određenje javnozdravstvene problematike. To znanje omogućuje nam dostatno tumačenje istraživane problematike. Narativna analiza javnog diskursa daje nam Heidegorovo 'štostvo', ono što jest, što može biti, koje nije izvorno događanje *istine*, nego obrazloženje onoga što se u okružju istraživanog problema pokazuje mogućim i nužno ispravnim. Ono svakoj gruboj činjenici pripisuje određenu težinu, vrijednost, vrednotu i značenje. Tako možemo u analizi jednom dati najveću težinu političkim aspektima, drugi puta etičkim, a u trećoj analizi čisto teorijskom značenju.

Konačno u analizi javnog diskursa možemo se usredotočiti na glavni rezultat, koji govori o glavnom procesu javnog diskursa, npr. nizom analiza ranog opijanja mladih alkoholom, glavna tema je 'kako ući i biti primljen u društvo'.

Narativnu analizu javnog diskursa učimo samom praksom i stjecanjem vlastite empirije. Ona je personalno iskustvo koje, držimo li se svih kautela ispravnosti, dozvoljava nam naturalističku generalizaciju.

Priručnik za analize javnog diskursa ne postoji. Međutim, dobro je imati na pameti ove parametre javnog diskursa:

AKTERI. Identifikacija aktera, sudionika osnovni je parametar kojim opisujemo javnozdravstveni problem. Mnogobrojni akteri i sudionici sudjeluju u razvoju i rješavanju javnozdravstvenih problema. Akter se razlikuje od sudionika po tome što ima aktivniju ulogu i utjecaj na razvoj problema. Akteri imaju posebne interese, o njihovom ponašanju ovisi uspješnost neke reforme i intervencije. Promotrimo li zdravstvenu reformu u Hrvatskoj, ustanovit ćemo brojne sudionike: liječnike, one koje rade u primarnoj, sekundarnoj, tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, ambulantne i patronažne sestre, specijaliste, ravnatelje, lokalne političare, HZZO-a te populaciju koja koristi zdravstvenu zaštitu. Svaki pojedini sudionik, akter reagira na zdravstvenu reformu svojim specifičnim ponašanjem. Obiteljski liječnik u zakupu razlikuje se od liječnika koji radi u domu zdravlja. Oni nemaju isti obrazac ponašanja. Nastaje vrlo složena mreža međusobnih interakcija. Razumjeti i shvatiti takvu mrežu ponašanja, ono je što JaZIs mora procijeniti. Bez prepoznavanje te

mreže, svaka javnozdravstvena akcija i djelovanje nužno se parcijalizira. Gubi se mogućnost dobivanja cjelovite slike problematike. Sustav funkcioniра putem svojih aktera koji su inteligentni, koriste i mijenjaju razna pravila ponašanja, heterogeni su i adaptiraju se svakoj novoj situaciji.

ENERGIJA. Energija sustava drugi je parametar koji procjenjujemo. Energiju čine s jedne strane zakoni i uredbe koji ravnaju sustavom izvana. S druge strane ideologije, kultura i tradicionalizam čine čvrst obrazac ponašanja i energiju koja djeluje unutar sustava. U hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite prepoznajemo tri latentne ideologije/energije: Stamparova integralna medicina, neoliberalizam i na pomolu je ideologija sciento-tehnološke medicine. Sve tri ideologije pronalazimo u ponašanju aktera, sudionika i dionika našeg sustava zdravstvene zaštite.

SAMOORGANIZIRANOST. Energija sustava se ne rasprostire jednoliko, Naprotiv, ona se svršishodno ustrojava u tzv. atraktore sustava. Globalizacija, vesternizacija (engl. *westernization*) suvremenog svijeta primjer je energije koja dovodi do promjena društvenog i zdravstvenog života populacije. Pojmovno prenesen iz svijeta fizike u društveno humanistički svijet, atraktor definiramo kao ustrajno ponašanje neke društvene skupine na temelju vlastitog diktata koje samoorganizirano nastaje i dalje se usmjereno razvija.

Polazna je tvrdnja kako u svakom sustavu možemo prepoznati početna slučajna gibanja stanja u kojima još ne postoji neka jasna tendencija razvoja u posve određenom smjeru. Međutim, kada se u početnom slučajnom stanju počne razvijati određen obrazac ponašanja s posve jasnim smjerom kretanja, tada to nazivamo atraktorom sustava.

Promotrimo pojavu opijanja mladih koja je postala izraziti javnozdravstveni problem. Prije desetak godina opijanje mladeži se odvijalo u sferi slučajnog i sporadičnog opijanja da bi se danas razvilo u jasan obrazac alkoholiziranja mladeži u ranoj fazi odrastanja i puberteta. To je potpuno nov obrazac ponašanja koji se permanentno ponavlja u određenim uvjetima zabavnog i društvenog života. Takvo ponašanje izgubilo je svoju slučajnu strukturu i sporadičnost. Tu mladež nije nitko organizirao, oni nemaju nikakve upute, sve je samoorganizirano.

Jednom kada se uspostavi samoorganizirano ponašanje, ono se uspješno adaptira na sve složene okoline društvenog života zajednice. Pojava opijanja odvija se pod jednostavnim pravilom ponašanja. Naša istraživanja otkrila su neka pravila koja omogućuju lakši pristup u društvo, posebno pristup suprotnom spolu.

Promotrimo li pojavu ovisnosti o drogama u današnjim društvenim zajednicama ustanovit ćemo da je nekada pojava ovisnosti bila sporadična pojava te da je bila vezana za neke specifične profesionalne grupe. Što se dogodilo da danas u mnogim lokalnim zajednicama nastaje jasan samoorganiziran sustav konzumacije dilanja droge, ilegalni sustav utkan u postojeće legalne sustave zdravstvene i socijalne zaštite.

U sustavu zdravstvene zaštite rađa se sijaset samoorganiziranih ponašanja koje nisu u skladu sa zakonski propisanim ponašanjima.

Takve analize daju uvid u konkretnu ljudsku stvarnost u svoj njezinoj posebnosti i općenitosti. One ukazuju na postojanje brojnih malih svjetova unutar postojećih legalnih društvenih i zdravstvenih struktura. JaZIs otkriva u zajednici te male svjetove. U tim svjetovima nastaje javnozdravstvena problematika. Svaka javnozdravstvena akcija i intervencija kao i njihova evaluacija ne mogu biti uspješne ako se ne spozna priroda tih malih svjetova.

Osnovna strategija fenomenološko naturalističke metodologije sastoji se u prepoznavanju dinamike malih svjetova. Samo na taj način gradimo prvu sliku problema zajednice i tek nakon prve slike problema možemo nastaviti sa kvalitativnim i kvantitativnim istraživanjima javnozdravstvene problematike. Mali svijet je jedinstvena okolina (engl. *unique environment*) koju ispitanici zajedno i blisko dijele.

Organizacijsko ponašanje zdravstvenih ustanova, rizično ponašanje populacijskih skupina i javni diskurs koji se odigrava među dionicima zdravstvene zaštite tri su elementa koje moramo procijeniti u svakom javnozdravstvenom istraživanju. Samo na taj način možemo postići cjelovitu sliku problema, a tek nakon cjelovite slike ima smisla nastaviti istraživanja sa širokim dijapazonom fenomenološko-naturalističkih i epidemiološko statističkih modela analiza.

Referencije

- Boje M. (2001). Narrative Methods for Organizational and Communication Research. SAGE Publications
- Czarniawska B. (2004). Narrative and Social Science Research. SAGE Publications.
- David M. Boje (2001). Narrative Methods for Organizational & Communication Research. SAGE Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi
- Denzin N.K. & Lincoln Y.S. (2008). Collecting and Interpreting Qualitative Materials. SAGE, Publication.
- Fisher W.R. (1987). Human Communication as Narration toward Philosophy, Value and Actoon. Columbia Sc. University of South Carolina Press.
- Lawrence W. Green and Robert A. Hatt (2010). Behavioural determinants of health eds. Lincoln Y.S. & Guba E. G. (1998). Naturalistic Inquiry. SAGE Publication.
- Lyotard J. (1979/1984). The postmodern condition. Trans. By Geoff Bennington and Bram Massun Minneapolis, Universty of Minnesota Press.
- Mies M. B. & Huberman A. M. (1994).Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook, Second Edition. SAGE Publication.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy (2012). Principal Editor. Edward N. Zalta. Center for the Study of Language. Information Stanford University. Stanford CA 94305.
- Žmegač V. (2010). Prošlost i budućnost 20. stoljeća, Heidegger M. Bitak i vrijeme, str. 81.

Dio III.

Metodski primjeri kvalitativnih javnozdravstvenih istraživanja

Silvije Vuletić

*“Ono što kvalitativno istraživanje daje jest Štostvo
- to jest bit značenja javnozdravstvenog problema.”*

Razvoj i primjena kvalitativno naturalističkih modela analize u javnozdravstvenim istraživanjima odigrao se tijekom naših javnozdravstvenih projekta poznatim pod kolokvijalnim imenima Zdravi grad, Zdrava županija i Hrvatska zdravstvena anketa. Primjeri analize pokazuju raznolikost u ciljevima i odabiru metoda, ali podudarnost u prepoznavanju i interpretaciji ‘biti’ istraživanja. Kvalitativne analize ne pokazuju granice reprezentativnosti empirizma biomedicinskih znanosti, već spoznaju stečenu iskustvom i doživljavanjem realnog javnozdravstvenog problema.

Zdravstvene potrebe starijih osoba koje žive s odraslim nesamostalnim djetetom na Buzeštini (brdsko-planinsko granično područje)

Danijela Lazarić-Zec¹, Sonja Grožić-Živolić², Elena Grah Ciliga³, Silvana Pavletić³, Vesna Grubišić -Juhas⁴, Sandra Čakić - Kuhar⁵, Dunja Račić⁶

¹Zavod za javno zdravstvo Istarske županije Pula, ²Istarska županija, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb, ³Grad Buzet, ⁴Dom za starije i nemoćne osobe "A. Štiglić" Pula, ⁵Dom za starije i nemoćne osobe Poreč, ⁶Istarski domovi zdravlja

Kontekst

Buzeština (Grad Buzet, Općina Lanišće i dio Općine Oprtalj) smještena je na najsjevernijem dijelu istarskog poluotoka, izrazito brdovitom i relativno slabo naseljenom području, na granici s Republikom Slovenijom i Primorsko-goranskom županijom. Osim jednog grada (Buzeta), to je područje malih sela i zaselaka, raštrkanih i međusobno udaljenih i s velikim udjelom starijih osoba.

Grad Buzet ima 14,7% starijih osoba, a susjedna općina Lanišće 34,7%. Lanišće je općina s najvećim udjelom starijih osoba u Istarskoj županiji. Na području ovog grada i općine živi 6 457 stanovnika na više od 320 km². Najudaljenije naselje je 35 km udaljeno od grada Buzeta. U općini Lanišće slabe su prometne veze (posebno javni prijevoz) i infrastruktura. Između dva popisa stanovništva (1991. i 2001. godine) broj stanovnika smanjio se za oko 35%. Tradicionalno je dio općine Oprtalj povezan s Buzetom, primjerice liječnik obiteljske medicine dolazi iz Buzeta u Livade nekoliko puta tjedno; dio općine Oprtalj pokriva i buzetska podružnica CZSS, a ima 20,0% osoba starijih od 65 godina. Obitelji su uglavnom jednogeneracijske s velikim udjelom samačkih domaćinstava u općinama (Oprtaj 23,5%, Lanišće 45,6%). Mladi su odselili u susjedne gradove (Buzet, Rijeka, Pula, Rovinj, Kopar) i osim povremenih vikend - posjeta, praktično se vraćaju tek kad i sami odu u mirovinu.

Starije osobe žive na malim obiteljskim gospodarstvima kao umirovljenici s niskim primanjima i dok god su za to sposobni bave se poljoprivredom za osobne potrebe. U Lanišću oko polovine (56,0%) stanova ima kupaonicu, 66,7% zahod, 11,2% centralno grijanje. U Oprtlju je opremljenost stanova ispod županijskog prosjeka. U Lanišću osobe s invaliditetom čine 12% stanovništva (županijski prosjek je 7,3%), a osoba s invaliditetom među starijima ima 28,3% (županijski prosjek je 18,2%).

Unaprjeđenje socijalno-zdravstvene zaštite starijih osoba jedan je od pet istarskih javnozdravstvenih prioriteta, odabranih u procesu strateškog planiranja za zdravlje na županijskom nivou. Opisani su u tri strateška dokumenta: Slika zdravlja, Strateški okvir plana za zdravlje i Plan za zdravlje Istarske županije, usvojenih na županijskim predstavničkim i izvršnim tijelima.

Hrvatska mreža zdravih gradova i mentorski tim Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ organizirala je, tijekom 2005. i 2006. godine, za šest županijskih timova za stare niz edukacijskih radionica o kvalitativno-naturalističkom istraživanju po principu učenja u praksi.

U istarski međuprofesionalni tim za stare, imenovano je sedam članica: dvije iz grada Buzeta (pročelnica Upravnog odjela za samoupravu i upravu te članica Vijeća za socijalnu politiku), jedna iz Istarske županije (pomoćnica pročelnice Up-

ravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb), jedna iz županijskog Zavoda za javno zdravstvo (epidemiolog), jedna socijalna radnica (ravnateljica Doma za starije i nemoćne osobe „Alfredo Štiglić“ u Puli), sociolog (voditeljica gerontoloških aktivnosti u Dom Poreč d.o.o.) i patronažna sestra u Istarskim domovima zdravlja.

Prije edukacije, procjenjujući stupanj razvijenosti socijalno-zdravstvene zaštite, potrebe građana i spremnost lokalne zajednice za iniciranje novih aktivnosti, tim u Istarskoj županiji odlučio je provesti istraživanje na području Grada Buzeta i okolnih općina.

Ciljevi

Poduzeto je istraživanje sa ciljem izrade dinamičke slike o potrebama najugroženijih skupina osoba starijih od 65 godina, na velikom i rijetko naseljenom području Bužeštine, u kojoj je zbog udaljenosti i visokih troškova otežano funkcioniranje postojećih oblika skrbi. Krajnji cilj bila je mobilizacija postojećih lokalnih resursa, stimulacija socijalne akcije i kreiranje optimalnih oblika skrbi (uspstavljanje novih ili reorientacija postojećih oblika skrbi prema specifičnim potrebama starijih osoba u lokalnoj zajednici - Bužeštini). Specifični ciljevi istraživanja bili su:

- procjena potreba starijih osoba – roditelja koji žive s jednim odraslim nesamostalnim djetetom (mentalno retardirani i/ili psihičko bolesni) u gradu Buzetu te općinama Lanišće i Oprtalj
- procjena organizacija i ljudskih resursa na tom području
- usporedba potreba i resursa
- planiranje i implementacija intervencije

Opis i implementacija

U procjeni potreba starijih osoba korištena je kvalitativno-naturalistička metodologija.

Postavljeno je pet grupa istraživačkih pitanja:

- funkcionalna sposobnost (fizička i psihička)
- materijalni položaj

- obiteljske interakcije
- socijalne interakcije
- adekvatnost usluga za starije na području Bužeštine.

Uzorak je stratificiran na teritorijalnoj osnovi, tj. prema tipu naselja, na 3 stratuma:

- grad: Buzet
- veća naselja: Vrh, Roč, Sovinjak, Lanišće, Livanđe
- udaljena mala naselja: Blatna Vas, Kompanj, Kosoriga, Švikarija, Oslići, Hrib, Prapoče, Jelovice, Vodice, Ipši

U svakom stratumu odabранo je 5 starijih osoba za intervju - strukturirani otvoreni razgovor s opservacijom, ukupno 15 osoba.

Kategorija starih roditelja (iznad 65 godina, obaju spolova) koji žive zajedno s odraslim djetetom koje ima fizički invaliditet, mentalno je retardirano, psihički bolesno, alkoholičar ili na drugi način nesamostalno i zavisno o starom roditelju, prepoznata je kao specifičnost Bužeštine u odnosu na druga područja Istarske županije i druge županije uključene u edukaciju i istraživanje. Petnaest ispitanika odabранo je u suradnji s lokalnim službama koje rade na terenu.

Patronažna sestra, socijalna radnica i medicinska sestra zdravstvene njage u kući iz lokalne zajednice, odabrane su kao voditelji intervjuja, jer se procijenilo da posjeduju određene potrebne vještine: poznavanje problematike, vještinu postavljanja pitanja i uspostavljanje toplog ljudskog odnosa s ispitanikom te korištenje lokalnog govora.

Za opservatore odabrane su osobe koje imaju iskustva u radu sa starijim osobama iz redova volontera nevladinih udruga i predstavnici mjesnog odbora.

Županijski tim za stare organizirao je edukaciju za voditelje intervjuja i opservatore. Ispitanici su potpisali pripremljeni informirani pristanak za uključivanje u istraživanje. Intervju se vodio u kući ispitanika uz tonski zapis. Opervacije su bilježene na pripremljene obrasce. Pitanja o zdravlju, socijalnom i materijalnom položaju, potrebi za zdravstvenim uslugama, socijalnim, infrastrukturnim, kulturnim i drugim servisima u lokalnoj zajednici postavljena su u polustrukturiranom intervjuu.

Članovi obitelji, susjedi, predsjednici ili članovi mjesnih odbora, župnik, patronažna sestra, socijalna radnica, upravni odjel za društvene djelatnosti grada Buzeta, Crveni križ, Caritas, udruge umirovljenika, Savez antifašističkih boraca i mediji, prepoznati su kao resursi bogati informacijama o starijim osobama te kao osobe koje pružaju različite oblike skrbi za starije.

U fokus grupu pozvano je dvanaest osoba: predstavnici grada Buzeta te općina Lanišće i Oprtalj, predstavnici mjesnih odbora, zdravstva, socijalne skrbi, katoličke crkve, organizacija koje okupljaju starije osobe i humanitarne organizacije. Ciljevi istraživanja opisani su u pozivnom pismu, kao i pitanja koja će se postavljati u fokus grupi. Fokus grupu su moderirali članovi županijskog tima za stare (facilitator i opservator), a razgovor je bilježen tonski. Obuhvaćeno je svih pet grupa istraživačkih pitanja.

Pismo i protokol za procjenu resursa poslan je svim lokalnim organizacijama i institucijama. Zatraženi su podaci o vrsti usluga koje pružaju, o kapacite-

tu, broju korisnika, kriterijima za odabir korisnika i uvjetima koje korisnik mora ispunjavati, broju zaposlenih i volontera te participaciji korisnika i financijskim resursima. Upitani su o drugim institucijama, udrugama i građanima dobrog srca, koji pružaju zdravstvene, socijalne, kulturne, rekreacijske i druge usluge starijim osobama na Buzeštini.

Intervjui su provedeni s 12 starijih roditelja koji žive s odraslim nesamostalnim djetetom (mentalno retardiranim i/ili psihički bolesnim) te s 1 nesamostalnim odraslim muškim djetetom, koje njeguje bolesnu, nepokretnu i inkontinentnu staru majku.

Analizu intervjua proveli su članovi županijskog tima za stare, najprije individualno i zajednički, a zatim još jednom provjeravano s voditeljima intervjua i opservatorima. U analizi fokus grupe korišten je isti pristup.

Intervencija je planirana na osnovi analize svih podataka, nezadovoljenih potreba te s postojećim lokalnim resursima, u suradnji s predstvincima gradske administracije, zdravstva, socijalne skrbi i udruga građana tijekom 2005. godine.

Tablica 1. Funkcionalnost i samostalnost starijih osoba te samostalnost njihove obitelji

Kategorije		Σ
Funkcionalna sposobnost starije osobe	Fizička	Potpuna sposobnost 2 Djelomična sposobnost 7 Nefunkcionalnost 4
	Psihička	Potpuna sposobnost 6 Djelomična sposobnost 4 Nefunkcionalnost 3
		Samoodrživost 4 Održivost uz vanjski suport 2 Smanjena održivost 2
		Neodrživost/nesamostalnost 5
Samostalnost starije osobe		Samoodrživost 2 Održivost uz vanjski suport 5 Smanjena održivost 2 Neodrživost/nesamostalnost 4

Dostignuća i naučene lekcije

Starije osobe, većinom žene i nesamostalno dijete imaju jake emotivne odnose. Kad je dijete alkoholičar ili mentalno bolesno, starije osobe su potencijalne žrtve nasilja u obitelji. To je zaključak opservatora i odgovora ispitanika – misle da ih prisluškuju, govore tiše i uplašeno pogledavaju prema vratima. Ispitane starije osobe zadržale su djelomično fizičku funkcionalnu sposobnost dok su psihički potpuno funkcionalne. Njihova zajednica uglavnom je održiva, ali uz pomoć izvan obitelji (rodbina, susjedi itd). Stariji roditelji brinu o nesamostalnom djetetu cijeli život. Njihova obitelj može biti nezavisna ukoliko su stari roditelji i djeca dobrog zdravlja i samostalni. Kada se stari roditelji razbole i postanu nesamostalni, njeguje ih nesamostalno dijete.

Evidentna je čvrsta emocionalna povezanost s djetetom s kojim žive, ali i s ostalim članovima obitelji koji žive u raznim gradovima i zemljama te česti kontakti s drugom rodbinom. Neke obitelji su izolirane od susjeda dok druge od njih dobivaju pomoć ukoliko je zatraže ili pak imaju stalnu socijalnu

Tablica 2. Socijalne interakcije starijih osoba

Kategorije			Σ
Socijalne interakcije	Obitelj	Nuklearna	Čvrste emotivne veze 9
		Poremećeni odnosi	4
	Šira	Bez kontakata 1	
		Povremeni kontakti 4	
		Stalni kontakti 8	
	Susjedi	Izoliranost 6	
		Pomoć na traženje 5	
		Uzajamna pomoć 5	
	Lokalna zajednica	Uključeni 3	
		Nisu uključeni 10	

pomoć. Socijalne interakcije u ruralnoj zajednici su rijetke, uglavnom nisu uključeni u život zajednice.

Subjektivno, svoje zdravlje opisuju kao „srednje“ i „tako-tako“ optimistični su, imaju volje za životom, društveni, ali osamljeni i zabrinuti za budućnost djeteta, emocionalno iscrpljeni i sagorjeli zbog stalne skrbi o nesamostalnom djetetu, koja traje već 40-50 godina. Ove su osobe vrijedne po prirodi, rade dok mogu, karakterizira ih upornost i borbenost. Žele brinuti o svojoj obitelji dok god budu mogli.

Muči ih osamljenost i izoliranost te bi rado svoje probleme podijelili sa stručnim osobama. Prihvatali bi pomoć zajednice, ali bi željeli ostati u svome domu, jer im se teško odreći tradicionalnog načina života.

Imaju niske prihode ili su bez prihoda (6 obitelji), osrednje (3) ili su zadovoljni prihodima (4 obitelji). Također, gotovo polovica obitelji živi u lošim stambeno-komunalnim prilikama, kuće su stare, uglavnom bez sanitarnog čvora, loše opremljene, a jedno kućanstvo je i bez vode. Rijetki imaju veća primanja zbog talijanske mirovine ili zbog materijalne pomoći djece, ali i nadalje žive skromno, štede i ne ulažu u poboljšanje stambenog standarda.

Za one koji žive izvan grada Buzeta problem predstavlja nepostojanje linija javnog prijevoza. Kombidučan je inovativan model privatne inicijative na ovom području, ali je roba koju prodaje skupa. Patronažna sestra djeluje i kao socijalna radnica i

njegovateljica (donosi namirnice i sl.). Dolazak liječnika u selo je „veliki dan“. Dostupnost zdravstvenih usluga je djelomično limitirana, a postojeće socijalne službe rijetko obilaze korisnike.

Tablica 3. Subjektivni osjećaj zdravlja i psihološka slika starijih osoba

Kategorije		Σ
Subjektivni osjećaj zdravlja	Nikako	4
	Srednje, tako-tako	5
	Zadovoljava	2
Psihološka slika	Optimizam-volja za životom	8
	Društvenost	7
	Prihvaćanje starosti	3
	Apatija	2
	Nostalgija	2
	Osamljenost	5
	Depresivnost	2
	Strah	4
	Briga za budućnost	6
	Nepovjerljivost	2
	Nestabilnost	1
	Emocionalna iscrpljenost	3
	Religioznost	1

Tablica 4. Materijalni položaj, uvjeti stanovanja, opremljenost kućanstva i dostupnost usluga

Kategorije			Σ
Materijalni položaj		Bez prihoda	1
		Loš	5
		Osrednji	3
		Dobar	4
Uvjeti stanovanja – opremljenost učanstva	Higijenski standard	Dobar	5
		Zadovoljavajući	3
		Loš	5
	Opremljenost (TV, radio, telefon, kućanski aparati)	Dobra	2
		Zadovoljavajuća	4
		Skromna	2
		Loša	5
	Prometna izoliranost	Ne	3
		Da	10
	Promet	Ne	5
		Da	7
Infrastruktura	Voda	Ne	11
		Da	1
	Kanalizacija	Ne	1
		Da	12
	Trgovina	Ne	4
Dostupnost usluga		Shop on wheel	6
		Da	3
	Zdravstvenih	LOM	3
		1x tjedno	6
		Ne	4
		Ljekarna	3
		1x tjedno	5
	Socijalnih	Ne	4
		Da	4
		Nedovoljno	1
		Ne	7

Iako je svima pomoć potrebna, ne znaju izraziti svoje potrebe: koje oblike pomoći trebaju i kome se obratiti za pomoć. Postojeći oblici pomoći, koje ove osobe povremeno ostvaruju od lokalne zajednice, socijalne skrbi, zdravstvenih ustanova, Crvenog križa, udruga, Caritasa i susjeda, nisu dostačni, pogotovo u prilikama pogoršanja zdravstvenog stanja članova obitelji.

Analiza je pokazala da trebaju finansijsku podršku i druge oblike socijalne pomoći, kao i bolju dostupnost specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti i to

za starije osobe te za psihički bolesnu djecu koja obično negiraju potrebu za liječenjem. Takoder, trebaju pomoći i njegu u kući te češće posjete zdravstvene njege u kući. Trebaju druženje, posjete, aktivnosti za slobodno vrijeme i socijalne aktivnosti. Dvije starije osobe trebaju smještaj u domu za starije, a dvije su odbile smještaj u dom dok ostali prihvataju dom za starije i nemoćne samo kao krajnje rješenje. Plaše se odvajanja od djeteta. Dvije obitelji su u velikoj zdravstvenoj i socijalnoj potrebi.

Institucije i organizacije koje skrbe o starima na Bužeštini nemaju cjelovitu sliku o starima i njihovim potrebama. Već od početka istraživanja bilo je jasno da je ova grupa starijih osoba neprepoznata i nepokrivena uslugama. Prilikom odabira ispitanika, službe koje brinu o ovoj populaciji nisu odmah identificirale ispitanike. Ipak, s obzirom na to da se radi o maloj sredini gdje se ljudi međusobno dobro poznaju, identificirani su ispitanici, a tijekom istraživanja je utvrđeno da je ova skupina brojnija nego što se očekivalo. Analiza fokus grupe pokazala je da profesionalci (zdravstveni i socijalni) jasno diferenciraju i prepoznaju ciljanu skupinu naših ispitanika i njihove potrebe dok predstavnici udruga to nisu u stanju učiniti. Analiza resursa pokazala je da postoji paralelizam i preklapanje u pružanju usluga, posebno kod jednokratnih novčanih pomoći, podjele paketa, informiranja o pravima i pomoći u ostvarivanju, organizacije druženje i izleta, kontrola krvnog tlaka i šećera u krvi. Skrb pružaju članovima i onima koji traže pomoć. Ne postoji sustavna de-

tekacija potreba starijih koji su u potrebi, kriteriji za dobivanje usluga, monitoring i evaluacija pruženih usluga. Neke usluge se pružaju kampanjski i pri-godno. Nedostaju vaninstitucionalni oblici skrbi. Na području Bužeštine nije bilo doma za starije i nemoćne (tijekom istraživanja bio je u izgradnji), tako da su starije osobe smještavane u domove u ili izvan Županije. Socijalna skrb brine o onima koji nemaju članova obitelji i skrbnika. Sve službe smještene su u gradu Buzetu, udaljene od potencijalnih ruralnih korisnika, pružaju mali raspon usluga. Nedostaje dostava obroka u kuću; pomoć u odjeći i kućanskim aparatima, usluge psihijatrije u zajednici (lječenje i radna terapija). Nema umrežavanja i koordiniranih aktivnosti resursa lokalne adminis-tracije, zdravstva, socijalne skrbi i udruga. Voditelji intervjuja i observatori naglasili su potrebu za konkretnom skrbi.

U planiranju intervencije i implementacije, uz županijski tim za stare, uključeni su i predstavnici lokalne zajednice. Intervencija je planirana kao

Tablica 5. Usluge (potrebne starima i neprihvatljive starima)

Usluge potrebne starima	Usluge neprihvatljive starima
Zdravstvena zaštita:	Zdravstvena zaštita:
Češće posjete zdravstvene njegi u kući	dijete psihički bolesnik/ alkoholičar odbija liječenje
Pelene, medicinski krevet	
Prijevoz (ili subvencioniranje) do specijalističko-konzilijarne zaštite	
Liječenje djeteta psihičkog bolesnika/alkoholičara	
Socijalna skrb:	Socijalna skrb:
Novčane pomoći (pomoć za ogrjev, povremene novčane pomoći, veća mirovina, rješavanje materijalnog statusa bolesnog djeteta)	
Materijalne pomoći (pelene, plahte, deke, ručnici, odjeća, perilica rublja, hidrofor)	
Pomoć u kući	
Dostava obroka u kuću	
Smještaj ili hospitalizacija (za dijete ili zajednički smještaj)	smještaj u dom za starije i nemoćne
Češći posjeti i druženja za stare i mlade	
Povremeno čuvanje djeteta – slobodno vrijeme za roditelja njegovatelja	

Tablica 6. Opće i specifične intervencije u zajednici

Opće intervencije	Specifične intervencije
Organizirati posudionicu ortopediske opreme i pomagala	Pružiti povremenu podršku – u aktivnostima u kući, obrocima (kuhanim u dječjem vrtiću)
Financirati dodatne posjete zdravstvene njegi u kući (gradski i općinski proračuni)	Odnijeti perilice rublja, medicinski krevet, plahte, deke, ručnike, odjeću
	Suradnja sa skrbnicima za tretman djeteta
	Osigurati dokumentaciju, kategorizaciju i prava iz socijalne skrbi za mentalno retardiranu kćer
	Pružiti konzultacije o pravima iz socijalne skrbi, nabaviti hidrofor
	Osigurati smještaj u domu za starije za majku
	Sagraditi potporni zid (komunalna služba)

kratkoročna (u roku od 6 mjeseci), a uključivala je opće intervencije za kompletну javnost (posudionica ortopediske opreme i pomagala, financiranje dodatnih posjeta zdravstvene njegi u kući) i specifične intervencije za intervjuirane obitelji na osnovi njihovih potreba.

Cilj intervencije bio je: pružiti psihološku i socijalnu podršku te pomoći intervjuiranim obiteljima, organizirati umrežavanje i stručnu koordinaciju volontera. Dvije medicinske sestre (voditelji intervjuja) i volonteri (Crvenog križa i Caritasa) posjećivali su obitelji dvaput mjesečno, a po potrebi kontaktirali ih i telefonom. Medicinska sestra i volonter zajedno su posjetili obitelji jednom mjesečno dok je drugi posjet obavio sam volonter. Pružali su psihološku i socijalnu podršku te pomoći kroz razgovor, u kupovini, dostavi lijekova, zdravstvenoj edukaciji, informacijama o zakonskim pravima, koordinaciji s drugim servisima, osobnoj higijeni i higijeni domaćinstva. Njihove su aktivnosti također uključivale: bolju identifikaciju potreba obitelji, identifikaciju potencijalnih lokalnih resursa (rodbina, susjedi i volonteri) i ispunjavanje jedne želje.

Primjer intervencije – Rođendanska želja: Ti-jekom posjete starijoj ženi s 50-godišnjom mentalno retardiranom kćerkom, medicinska sestra i volonterka su doznale da će kćerka uskoro imati rođendan te su je upitale što bi htjela za poklon. Ona je rekla: „Medu!” Na dan rođendana vratile su se u posjet obitelji te donijele rođendansku tortu i medvjedića. Kćerka je bila uzbudjena i sretna; uz-

ela je medvjedića i ljudjala ga u naručju kao da je malo dijete. Majka, potresena, zahvalila je na poklonima i rekla da je ovo prva rođendanska torta koju je njeni kćeri imala u životu.

Ovo je istraživanje pomoglo gradu Buzetu da zatraži sredstva od Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. Zahvaljujući sredstvima Ministarstva i vlastitim finansijskim resursima iz proračuna od 2006. godine na području grada Buzeta i općine Lanišće, započelo se s provedbom programa međugeneracijske solidarnosti “Dnevni boravak i pomoći u kući starijim osobama”. Programom pomoći u kući obuhvaćeno je sveukupno 125 starijih osoba, od kojih je 25 s područja općine Lanišće. Broj starijih osoba uključenih u dnevni boravak mijenja se i povećava iz godine u godinu. Zahvaljujući sredstvima Istarske županije, osim u gradu Buzetu, dislocirani dnevni boravak djeluje i na području općine Lanišće. Program dnevnog boravka i pomoći u kući starijim osobama i dalje se odvija na području ovih dviju jedinica lokalne samouprave, a interes za uključivanje u program pismom namjere iskazala je i općina Oprtalj.

Dom za starije i nemoćne osobe u Buzetu sagrađen je i otvoren 2007. godine. U 2008. godini već je imao 41 korisnika na trajnom smještaju, a pruža i različite programe za korisnike (likovne radionice, pjevanje, vrtlarenje i sl.). Vaninstitucionalna skrb, dostava obroka u kuću također je organizirana pri domu za starije, a pri domu djeluje i kao zaseban odjel.

Stavljanje u funkciju Doma za starije i nemoćne osobe u Buzetu i djelovanje programa dnevnoga boravka i pomoći u kući na području grada Buzeta uvelike je doprinijelo i pomoglo u sagledavanju potreba korisnika treće životne dobi na cijelome području te iznimno unaprijedilo institucionalnu i izvaninstitucionalnu skrb o osobama treće životne dobi na sjeveru Istre. Osobito je velik značaj aktivnosti programa pomoći u kući. Obilaskom terena i redovnim kontaktima s korisnicima osigurava se pravovremena pomoć odgovarajućih službi. Voditeljica programa, prema potrebama terena, alarmira, potrebu rješavanja zdravstvenih i socijalnih usluga. Djelovanje ovoga programa omogućava multisektorsku suradnju i ubrzava intervenciju.

Zaključci

Specifična grupa starijih osoba (stari roditelj s jednim nesamostalnim odraslim djetetom) ima specifične potrebe. S obzirom na to da žive u ruralnom području, sa slabom dostupnošću postojećih usluga i malim rasponom usluga u lokalnoj zajednici, njihove su potrebe na različite načine nezadovoljene, čime nam se i potvrđuju Tolstojeve riječi iz romana „Ana Karenjina“, kako su sve sretne obitelji nalik jedna na drugu, a svaka nesretna obitelj nesretna je na svoj način.

Starije osobe nisu homogena grupa. U planiranju i organizaciji usluga u lokalnoj zajednici, potrebno je identificirati specifične grupe starijih, uzeti u obzir njihove specifične potrebe te specifične pristupe prema tim grupama.

Od osnovne su važnosti za uspjeh intervencije, procjena lokalnih resursa, unaprjeđenje kvalitete usluga i organizacija novih usluga, kako bi se zadovoljile specifične potrebe starijih, poštivanje i promoviranje postojećih modela samoorganizacije zajednice, multisektorska suradnja te suradnja više nivoa administracije gradova, općina, županija, ministarstva od osnovne su važnosti za uspjeh intervencije.

Kvalitativno istraživanje zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije u procesu izrade Županijske slike zdravlja te odabira prioriteta i izrade Strateškog okvira županijskog Plana za zdravlje 2004. godina

Renata Kutnjak Kiš¹, Elizabeta Najman Hižman²

¹Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije; ²Međimurska županija,
Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i nacionalne manjine

Formulacija problema

Međimurska županija uključila se u program "Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici" u travnju 2004. godine. Nakon donošenja odluke o pokretanju programa, formiran je županijski tim za zdravlje sastavljen od predstavnika županijske vlasti, zdravstvenih djelatnika te djelatnika u socijalnoj zaštiti, kao i predstavnika nevladinog sektora i medija. Uz intenzivnu edukaciju kroz četiri modula, županijski je tim izradio Sliku zdravlja, odabrao je javnozdravstvene prioritete te izradio Strateški okvir županijskog Plana za zdravlje. U tom procesu, jedan značajan korak predstavljalo je kvalitativno istraživanje zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije intervjuiranjem i anketiranjem pojedinaca te fokus grupe iz zajednice, kao i grupe opservatora - promatrača, a provedene su i kontakt emisije na radiju. (Kutnjak Kiš, 2010). Većina članova tima tada se po prvi puta susrela s pojmom kvalitativnog istraživanja. Članovi tima upoznati su sa metodologijom kvalitativno-naturalističkog istraživanja u lokalnoj zajednici na vrlo osebujan i zanimljiv način. Stoga je tim za zdravlje Međimurske županije, pokazao veliki interes za ovaj tip istraživanja te je nakon istraživanja zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije proveo i studiju ponašanja ljudi, odnosno kvalitativno istraživanje na temu "Pušenje cigareta među mladima" (Vučetić, 2005). Cilj našeg istraživanja bio je da kroz kvalitativno istraživanje, na relativno malom uzorku, metodom brze procjene, uz relativno malu potrošnju vremena, finansijskih sredstava i stručnjaka te uz sudjelovanje

same zajednice, izdvojimo zdravstvene potrebe stanovništva Međimurske županije kako bi što prije pokrenuli akcije (Vučetić, 2010).

Metodologija

Nacrt istraživanja

Naše istraživanje je kvalitativno istraživanje. Kvalitativni pristup je proces istraživanja fenomena kroz otkrivanje značenja i riječi. Dobiju se informacije iz prve ruke o fenomenu koji se istražuje (Mayering, 1995.). Osnovni ciljevi naše kvalitativne analize sastojali su se u podrobnom opisivanju i tumačenju podataka dobivenih kroz intervju i fokus grupe, kao načinima potpunijeg i dubljeg razumijevanja zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije. Taj se cilj nastojao postići iscrpnim proučavanjem iskustva sudionika/ispitanika koje odražava njihovo viđenje stvarnosti i način na koji je doživljavaju i suočavaju se s njome (Milas, 2009). Odabrali smo ovu vrstu istraživanja kako bismo dobili odgovore na pitanja o zdravstvenim potrebama stanovnika Međimurske županije te kako bismo opisali stanje u populaciji.

Sudionici

Populacija je šira zajednica čije mišljenje želimo ispitati. Ona predstavlja skupinu svih osoba koje posjeduju određeno svojstvo (Milas, 2005.).

Populaciju za naše istraživanje činili su mladi (srednjoškolci i studenti), umirovljenici u institucionalnom smještaju, kao i oni koji žive u

domaćinstvima, nezaposleni iz Gornjeg i Donjeg Međimurja, radno aktivno stanovništvo, osobe s invaliditetom (osobe s tjelesnim invaliditetom, osobe s lakom mentalnom retardacijom, slijepi i slabovidne osobe te gluhe i nagluhe osobe), roditelji osoba s intelektualnim teškoćama i tjelesnim invaliditetom, volonteri u udrugama za osobe s invaliditetom, članovi klubova oboljelih od raka (Klub žena operiranih od raka dojke i Klub laringektomiranih), članovi Međimurskog saveza sportske rekreacije „Sport za sve”.

U istraživanju su sudjelovali dužnosnici lokalne samouprave, ravnatelji osnovnih i srednjih škola te zdravstveni i socijalni radnici. Nakon izvršenog kvalitativnog istraživanja i obrade podataka, izdvojeni su zdravstveni prioriteti, a potom je od strane zajednice i opservatora traženo rangiranje prioriteta. U rangiranju prioriteta sudjelovalo je 125 ispitanika.

Putem konsenzus konferencije, u našem su istraživanju sudjelovali i predstavnici sljedećih institucija, udruga, društava: Županijska bolnica Čakovec, Dječji centar Čakovec, Dom za psihički bolesne odrasle osobe Orehovica, Društvo distrofičara, invalida cerebralne i dječje paralize i ostalih tjelesnih invalida Čakovec, Udruga tjelesnih invalida Međimurja, Grad Čakovec, Grad Prelog, Grad Mursko Središće, Klub žena operiranih na dojku Čakovec, Ljekarna Čakovec, Međimurski savez sportske rekreacije „Sport za sve”, Obrtnička komora, Općina Donja Dubrava i Domašinec, Policijska uprava Međimurska, Savjet za sigurnost prometa na cestama Međimurske županije, Savez za šport invalida Međimurske županije, predstavnici učenika Ekonomskе škole, TIOŠ-a i gimnazije Čakovec, Udruga oboljelih od leukemije i limfoma Čakovec, Udruga gluhih i nagluhih Međimurske županije, Udruga slijepih Međimurske županije, Udruga umirovljenika Međimurske županije, Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije, Dom zdravlja Čakovec, Crveni križ Čakovec, dječji vrtić „Bambi” Čakovec, Gospodarska komora Čakovec, Poduzetnički centar Međimurske županije, Klub laringektomiranih Čakovec, Zaklada „Katruga”, ZEON „Nobilis”, predstavnici Sindikata te predstavnici medija: HRT, TV Čakovec, Radio Čakovec, Radio ČK, Radio 1, list „Međimurje”, „Međimurske novine”(52 osobe).

Smatrali smo da je važno da istraživanjem budu obuhvaćeni vrlo različiti ispitanici, što je osiguralo zastupljenost, ne nužno razmjeru, svih kategorija koje su se među sobom razlikovale po mišljenju.

U kvalitativnom istraživanju sudjelovalo je sveukupno 174 ispitanika. Ukupno je provedeno 88 intervjuja (70 iz zajednice i 18 iz grupe opservatora), 13 fokus grupa iz zajednice te 15 anketa iz grupe opservatora. U fokus grupama sudjelovalo je ukupno 59 ispitanika, prosječno je u svakoj grupi bilo 5 osoba. Fokus grupe su u pravilu sastavljene od 6 do 10 osoba, ali mogući raspon sudionika kreće se od 4 do 12 (Milas, 2009).

U radio emisijama je sudjelovalo 12 slušatelja. Prilikom rangiranja prioriteta, bilo je uključeno najprije 125 osoba (iz zajednice i grupe opservatora koji su sudjelovali u kvalitativnom istraživanju), a potom su još 52 osobe sudjelovale u sklopu konsenzus konferencije.

Glavni odabir sudionika temeljio se na činjenici da ispitanici žive na području Međimurske županije te da su motivirani za sudjelovanje u istraživanju.

U fokus grupama sudjelovalo je ukupno 59 ispitanika, prosječno je u svakoj grupi bilo 5 osoba.

Metoda prikupljanja podataka

Način prikupljanja podataka u svrhu istraživanja bio je dubinski intervju, fokus grupe te anketiranje. Metoda dubinskog intervjuja odabrana je zbog fleksibilnosti pri prikupljanju podataka. S jedne strane, intervju ima zadanu strukturu pitanja koja su bila postavljena svim sudionicima istraživanja, a s druge strane dozvoljava kreiranje i postavljanje novih pitanja koja nastaju kao rezultat sadržaja koji sugovornik iznosi (Gillham, 2005). Dubinski intervju sastojao se od 5 pitanja otvorenog tipa.

Također, kao metodu prikupljanja podataka koristili smo fokus grupe. Fokus grupe su posebna tehnika grupnog razgovora, koja za cilj ima dublje spoznavanje istraživane pojave. Provodi se u manjoj grupi sudionika koji razgovaraju o određenoj temi uz usmjeravanje stručne osobe - moderatora. U neformalnom ugodaju grupne rasprave, sudionike se želi potaknuti na slobodno iznošenje vlastitog mišljenja i stavova (Milas, 2009). Održano je 13 fokus grupa. Pitanja u fokus grupama bila su otvorenog tipa.

Pitanja za intervjuje i fokus grupe:

- 1) Što sve ugrožava Vaše zdravlje i zdravlje Vaše obitelji (koji negativni čimbenici i na koji način utječu negativno)?
- 2) Izdvojite tri najveća problema ili potrebe u obitelji i široj zajednici, a koje utječu na zdravlje, odnosno bolest (definicija problema)!
- 3) Koje bi promjene u Vašoj obitelji i cijeloj Županiji mogle unaprijediti zdravlje stanovništva Međimurja?
- 4) Brinete li Vi o vlastitom zdravlju i kako? (odgovornost za vlastito zdravlje)
- 5) Tko su najnesretniji ljudi u našoj Županiji? (nejednakosti)

Način provedbe istraživanja

Istraživanje se provelo na području Međimurske županije. Vremenski tijek trajanja istraživanja bio je od svibnja do lipnja 2004. godine. Odgovori svih sudionika istraživanja nisu se snimali već su se bilježili kroz pismene zabilješke.

Pismo poziva na sudjelovanje uputili smo na adrese svih ustanova koje su predložene za sudjelovanje u istraživanju od strane tima za zdravlje, kao i na adrese udruga osoba s invaliditetom/udruga osoba s intelektualnim teškoćama, oštećenjima vida i sluha te tjelesnim invaliditetom. U pozivu je bila naznačena dobrovoljnost sudjelovanja u istraživanju.

Intervju s ispitanicima, kao i fokus grupe, provodili su prethodno educirani članovi tima za zdravlje Međimurske županije. Prosječno trajanje intervjuja bilo je 30 minuta. Pitanja su bila otvorenog tipa.

Postupci obrade podataka

U interpretaciji rezultata, poštivali smo proceduru kvalitativne analize teksta (Mayring, 1995.; Dey, 1993). Kvalitativna analiza sadržaja, osim što može produbiti naše razumijevanje pojave, također može ukazati i uputiti na ono što kriju subjektivna iskustva nedohvatljiva drugim sredstvima (Milas, 2005). Kvalitativna analiza sadržaja je, sukladno tome, definirana kao „metoda istraživanja za subjektivnu interpretaciju pisanog/tekstualnog sadržaja kroz sustavan klasifikacijski proces kodiranja i identifikacije tema ili obrazaca“ (Hsieh & Shannon 2005). U svrhu organiziranja prikupljenih po-

dataka, koristili smo postupak kodiranja. Potom je slijedila sistematizacija obilja prikupljenog materijala, odnosno podataka, te analiza uz kvantifikaciju i interpretaciju. Ovaj postupak obrade podataka primjenjivao se kod analize intervjuja, kao i za analizu podataka održanih fokus grupa.

Odabir zdravstvenih prioriteta u Međimurskoj županiji

Usporedno s kvalitativnim istraživanjem zdravstvenih potreba stanovništva Međimurske županije, tim za zdravlje je prikupljaо demografske, socijalno-ekonomske i zdravstvene pokazatelje te su, temeljem kvantitativnih i kvalitativnih podataka i pokazatelja, izdvojeni javnozdravstveni problemi, a u nastavku je, u dva navrata, traženo rangiranje problema od zajednice. U prvom navratu smo rangiranje tražili od zajednice s kojom smo proveli kvalitativno istraživanje. Da bi povećali uzorak, uključili smo iz istih skupina u zajednici druge osobe, a potom smo još organizirali konsenzus konferenciju.

Na konsenzus konferenciji su sudionicima bili prezentirani rezultati kvalitativnog istraživanja zdravstvenih potreba te demografski, socijalno-ekonomski i zdravstveni pokazatelji. Potom su bili upoznati s tehnikom osnovnog rangiranja prioriteta koju su kasnije koristili. Osnovni sistem rangiranja prioriteta (OSRP) uzima u obzir veličinu problema, važnost problema i prepostavljeni učinak intervencije. Takoder je korištena tehnika PEARL (P-Područje odgovornosti, E-ekonomska izvedivost, A-(engl. *acceptability*, hrv. prihvatljivost), R-Resursi, i L-Legalnost). Slijedila je analiza determinirajućih čimbenika za svaki od pojedinih prioriteta, odabir učinkovitih intervencija uz procjenu postojećih i potrebnih resursa te plan aktivnosti. Sve to, definirano je u procesu izrade Strateškog okvira Županijskog plana za zdravlje te potom dugoročnog plana za zdravlje, u čijoj su izradi sudjelovale radne skupine koje su formirane za svaki od prioriteta (u radnim skupinama je sudjelovalo više od 50 osoba).

Rezultati

Mišljenje ispitanika o najvažnijim odrednicama ili preduvjetima za zdravlje:

Odgovori na 1. pitanje - Što sve ugrožava Vaše zdravlje i zdravlje Vaše obitelji (koji negativni čimbenici i na koji način utječu negativno)?

Odgovore ispitanika u zajednici rangirali smo te njihov prikaz slijedi u tablici 1.

Tablica 1. Rangirane kategorije ispitanika iz zajednice

Uzorak	Rangirane kategorije	Rang
Radno aktivne žene	stres	6
	nedostatak novca	4
	nekvalitetna hrana	4
	nedostatak slobodnog vremena	4
	aktivno i pasivno pušenje	4
	potreba za duševnim mirom	2
	važnost mentalnog zdravlja	2
	novac za zdravlje	2
	zagadenost okoliša	2
	gubitak posla	1
	neizvjesnost	1
	loši međuljudski odnosi na poslu	1
Nezaposleni	siromaštvo	9
	stres	4
	radna nesigurnost i teški uvjeti rada	4
	kronične bolesti	3
	pušenje i alkoholizam te loša kvaliteta prehrane	3
	problemi u korištenju zdravstvene zaštite	2
Fokus grupe – mлади	eko-faktori (sva zagadenja - voda, hrana i zrak)	2
	ovisnosti (alkohol, droga, pušenje)	10
	stres	9
	nezdrava i neredovita prehrana	7
	obiteljski problemi	6
	dugo čekanje na liječničke pregledne i pretrage	6
	tjelesna neaktivnost	6
	zagadenje okoliša	5
	loša organizacija nastave	4
	nemogućnost komunikacije sa stručnim suradnicima u školi	4
Osobe s invaliditetom	loše organiziran prijevoz	3
	pasivno pušenje	3
	otuđenje	3
	neispavanost	2
	neljubaznost medicinskog osoblja	2
	loši higijenski uvjeti u bolnici	2
	loša glazba koja potiče devijantno ponašanje	2
	barljere - građevinske, oko nabave ortopedskih pomagala, administracija u ostvarivanju prava i neinformiranost	
	loši socijalno-ekonomski uvjeti (mala primanja, nezaposlenost, loši uvjeti stanovanja, loša prehrana)	
	stres uzrokovani načinom i tempom života	
	ovisnosti (alkohol, pušenje i droga)	

Roditelji osoba s intelektualnim teškoćama i tjelesnim invaliditetom	socijalno-ekonomski uvjeti (nezaposlenost roditelja i osoba s invaliditetom, premala primanja po osnovi invaliditeta) loši odnosi prema osobama s invaliditetom i nerazumijevanje njihovih potreba administrativne barijere u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, prava na ortopedska pomagala, pravo na rehabilitaciju okoliš (zagadivanje, alergija) stres	
Volonteri u udružama za osobe s invaliditetom	stres (preopterećenost na poslu i u obitelji, previše obveza, promet) okoliš - zagadjenje (promet, primjena pesticida i herbicida, pušenje, alergije) loša i nezdrava prehrana ovisnosti (alkoholizam, pušenje, droga, TV) nedovoljna fizička aktivnost	
Oboljeli od raka	problemi oko ostvarivanja zdravstvene zaštite dugo čekanje na specijalističke pretrage, zastarjeli aparati nedovoljno i neadekvatno informiranje pacijenata o njihovim pravima i prirodi bolesti gužve u ambulanti - pregled na brzinu stres (posao, obitelj, privatizacija, egzistencijalna nesigurnost, strah od smrti) loše navike i ovisnosti okoliš (pesticidi, pušenje, promet) predrasude (nerazumijevanje okoline zbog prirode bolesti)	
Stariji i umirovljenici	stres uzrokovani egzistencijalnim problemima i strahom od bolesti i nemoći nezdrava prehrana zagadjenje okoliša i loši klimatski uvjeti egzistencijalna nesigurnost nezainteresiranost liječnika i loš odnos medicinskog osoblja nebriga obitelji i lokalne zajednice za stare ljude dugo čekanje na pregledi i liječenje alkoholizam u obitelji osamljenost i izoliranost nedovoljna tjelesna aktivnost prevelika administracija problem davanja mita za dobivanje adekvatne zdravstvene zaštite	10 7 6 6 6 6 4 3 3 2 2 2 2 1
Rezultati kontakt emisija	hrana zagadjen okoliš stres loše navike zagadžene vode	6 6 5 3 1

Ekstrahirane makrokategorije, s prikazom kategorija za pojedini uzorak iz zajednice:

Tablica 2. Radno aktivne žene

Makro kategorije				
Kategorije	Mentalna	Ekonomска	Okoliš	Zdravlje
	frustriranost zbog previšokih zahtjeva, nedostatak mira u duši, svakodnevni stres, svijest o važnosti mentalnog zdravlja, briga za egzistenciju	nedostatak novca za opuštanje, odnosi poslodavac - zaposlenik, neizvjesnost budućnosti, strah od osiromašenja	zagadjenost okoliša kemijskim sredstvima, konzumacija neprirodne hrane s dodacima i konzervansima, smog i ispušni plinovi iz automobila	ugroženost radi aktivnog ili pasivnog pušenja, komarci, krpelji, alergija na ambroziju

Tablica 3. Nezaposleni

Makro kategorije				
Kategorije	Mentalna stres, nemogućnost ostvarenja osobne i obiteljske egzistencije	Ekonomski siromaštvo, loša materijalna situacija zbog nezaposlenosti, radna nesigurnost, teški uvjeti rada, rad na određeno i bez realne naknade, izrabljivanje od strane poslodavaca	Okoliš eko-faktori (sva zagađenja - voda, hrana i zrak)	Zdravlje i sustav zdravstvene zaštite uvjeti rada koji direktno ugrožavaju zdravlje, kronične bolesti (bolesti srca i krvnih žila, povišeni krvni tlak, dijabetes, alergije, bronhitis, maligne bolesti), pušenje i alkoholizam te loša kvaliteta prehrane

Tablica 4. Fokus grupe mladi

Makro kategorije				
Kategorije	Mentalna stres uslijed preopterećenosti nastavnim programom i obiteljskom situacijom, obiteljski problemi (egzistencijalni, svade roditelja), otuđenje, neispavanost zbog preopterećenosti nastavnim programom i lošim životnim navikama	Sustav obrazovanja loša organizacija nastave -zastarjeli način predavanja, premalo interaktivnog rada, nemogućnost komunikacije sa stručnim suradnicima	Okoliš zagađenje okoliša, loše organiziran prijevoz, loša glazba koja potiče devijantno ponašanje	Zdravlje i sustav zdravstvene zaštite ovisnosti (alkohol, droga, pušenje), nezdrava i neredovita prehrana, dugo čekanje na liječničke pregledе i pretrage, tjelesna neaktivnost zbog nedostatka slobodnog vremena i nepostojanja uvjeta, pasivno pušenje, neljubaznost medicinskog osoblja, loši higijenski uvjeti u bolnici

Tablica 5. Osobe s invaliditetom

Makro kategorije			
Kategorije	Ekonomski loši socijalno-ekonomski uvjeti, mala primanja, nezaposlenost, stres uzrokovan načinom i tempom života	Barijere oko ostvarivanja prava grudevinske, oko nabave ortopedskih pomagala, administracija u ostvarivanju prava i neinformiranost	Zdravlje i sustav zdravstvene zaštite ovisnosti (alkohol, pušenje, droga), loša prehrana

Tablica 6. Roditelji osoba s intelektualnim teškoćama i tjelesnim invaliditetom

Makro kategorije			
	Ekonomski	Mentalno zdravlje	Zdravlje i sustav zdravstvene zaštite
Kategorije	loši socijalno-ekonomski uvjeti, nezaposlenost roditelja i osoba s invaliditetom, premala primanja po osnovi invaliditeta	loši odnosi prema osobama s invaliditetom i nerazumijevanje njihovih potreba, stres	administrativne barijere u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, prava na ortopedska pomagala, pravo na rehabilitaciju

Odgovori na 2. pitanje - **Izdvojite tri najveća problema ili potrebe u obitelji i široj zajednici, a koje utječu na zdravlje, odnosno bolest** (definicija problema):

Tablica 12. Najveći problemi zajednice i opservatora

Zajednica	Σ	Grupa opservatora	Σ
loše socijalno-ekonomске prilike	20	loše socijalno-ekonomске prilike	8
stres	16	loše prehrambene navike	6
loše prehrambene navike	13	zagađenje okoliša	6
alkoholizam	10	stres	6
pušenje	10	nedovoljna komunikacija u obitelji	
loša organizacija zdravstvene zaštite (prepreke u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu)	10	i na poslu	4
onečišćen okoliš	9	nedovoljna fizička aktivnost	4
nedovoljna fizička aktivnost	8	neriješeno stambeno pitanje (podstanarstvo)	4
mentalno zdravlje	7	neprovođenje preventivnih pregleda	2
nedovoljna prevencija	5	ovisnosti	2
loši odnosi u obitelji	5	nezaposlenost	2
debljina	4		
radna nesigurnost, teški uvjeti rada	3		
invaliditet	3		
nedostatak slobodnog vremena za odmor i opuštanje	1		

Prema odgovorima na 1. i 2. pitanje možemo vidjeti da su sve skupine ispitanika navele različite čimbenike koji uključuju ekonomsko i društveno okruženje, fizičko okruženje te individualne osobine i ponašanje pojedinca.

Odgovorima na prva dva pitanja dobili smo mišljenje naših ispitanika o **najvažnijim odrednicama ili preduvjetima za zdravlje**:

Stres je istaknut kao najučestaliji čimbenik. On je najčešće uzrokovani ekonomskim, ali i društvenim okolnostima. Najčešće je to briga za egzistenciju (nezaposlenost, gubitak posla, radna nesigurnost, nedostatna primanja, lošije stambene okolnosti,), stres izazvan barijerama (građevinskim, administrativnim, u ostvarenju zdravstvene zaštite), stres izazvan strahom od smrti ili od osamljenosti, odnosno izoliranosti, lošim odnosima u obitelji, nerazumijevanjem okoline za potrebe bolesnih, zbog opterećenosti nastavnim programom ili preopterećenosti poslom.

Stil života (osobne zdravstvene navike) su visoko pozicionirali i zajednica i opservatori kao čimbenike koji im ugrožavaju zdravlje. Ovisnosti (pušenje, konzumiranje alkoholnih pića, opojnih droga), loše prehrambene navike, nedovoljnu tjelesnu aktivnost, a što se ogleda i u podacima rutinske zdravstvene statistike.

Prirodno okruženje – čimbenike okoliša, zagađen okoliš istaknuli su kao negativne čimbenike i zajednica i opservatori

Zdravstvena zaštita – i zajednica i opservatori istaknuli su kao negativni čimbenik lošu organizaciju zdravstvene zaštite i nedostupnost (primarnu i sekundarnu) te nedjelotvornost, posebno preventivne zdravstvene zaštite.

Mreža društvene potpore – loši odnosi u obitelji istaknuti su kao negativni čimbenici i kod zajednice i kod opservatora

Mišljenje ispitanika o smjernicama za promjene kako u obitelji, tako i u zajednici

Odgovori na 3. pitanje – **Rangirano, koje bi promjene u Vašoj obitelji i cijeloj Županiji mogle unaprijediti zdravlje stanovništva Međimurja?**

Zajednica	Σ	Grupa opservatora	Σ
bolja edukacija o bolestima	22	društvene aktivnosti, zabava, opuštanje	7
briga za okoliš	22	briga za okoliš	6
više sportskih (rekreativnih) i drugih sadržaja za različite grupe u zajednici	20	bolja edukacija o bolestima i mogućnostima unapređenja zdravlja	5
reorganizacija zdravstvenog sustava	14	proizvodnja zdrave hrane	5
poboljšanje socijalno-ekonomskih prilika	13	povećati tjelesnu aktivnost	4
zdrava prehrana	13	organizirati preventivne pregledе	4
poboljšati komunikaciju u obitelji i zajednici	11	organizirati anti-stres programe	4
odgajati mlade za bolje razumijevanje potreba starijih	5	unaprijediti komunikaciju u obitelji i na poslu	3
organizirati preventivne pregledе	5	poboljšati uvjete rada	2
organizirati klubove za starije osobe	4	bolja dostupnost zdravstvene zaštite	1
poboljšati brigu o sebi i drugima	4		
povećati fond sati tjelesnog odgoja	4		

Odgovorima na 3. pitanje dobili smo mišljenje naših ispitanika o **smjernicama za promjene** kako u obitelji, tako i u zajednici.

Zajednica je mišljenja da treba poboljšati edukaciju, odnosno općenito preventivnu zdravstvenu zaštitu, životne navike (tjelesnu aktivnost), ali i osigurati preduvjete za promjenu životnog stila – bolja ponuda i dostupnost preventivnih programa, unaprijediti zaštitu okoliša. Zatim, potrebne su promjene u gospodarstvu (poboljšanje socijalno-ekonomskih prilika), reorganizacija zdravstvenog sustava i razvijanje mreže društvene potpore.

Opervatori posebno ističu važnost promjena u socijalnom okruženju stvaranjem mreže razvijene društvene potpore, unapređenje zaštite okoliša, poboljšanje, posebno, preventivne zdravstvene zaštite te promjenu stila života.



Odgovornost ispitanika o vlastitom zdravlju

Odgovori na 4. pitanje - **Brinete li Vi o vlastitom zdravlju i kako?**

Iz skupine opservatora 21% ispitanika navelo je da ne brinu ili ne brinu dovoljno o vlastitom zdravlju dok isto misli 10% ispitanika iz zajednice.

Način na koji ispitanici brinu o vlastitom zdravlju:

Zajednica	Σ	Grupa opservatora	Σ
1 pravilnom prehranom	34	loše socijalno-ekonomske prilike	8
sportskom rekreacijom	23	loše prehrambene navike	6
odlaskom na preventivne pregledе	17	zagadenje okoliša	6
ljudi su odgovorni za svoje zdravlje	13	stres	6
redovitim uzimanjem propisane terapije od strane liječnika	10	nedovoljna komunikacija u obitelji na poslu	4
izbjegavanjem ovisnosti	6	nedovoljna fizička aktivnost	4
dijetom koju mi je odredio liječnik	5	neriješeno stambeno pitanje (podstanarstvo)	4
edukacija i informiranje o zdravlju od strane stručnjaka	4	neprovodenje preventivnih pregleda	2
druženje i kontakti	4	ovisnosti	2
osobnom higijenom	4	nezaposlenost	2

Odgovorima na 4. pitanje dobili smo mišljenje ispitanika o vlastitoj odgovornosti za zdravlje. Istraživanje je pokazalo da puno ispitanika vodi brigu o vlastitom zdravlju, čak više predstavnici zajednice nego opservatori (opservatori su prilikom ovog pitanja teško razlučili svoj osobni stav i stav struke koju predstavljaju).

Mišljenje ispitanika o društveno-ekonomskim nejednakostima

Odgovor na 5. pitanje - **Tko su najnesretniji ljudi u našoj Županiji? (nejednakosti)**

Zajednica	Σ	Grupa opservatora	Σ
socijalno ugroženi	29	nezaposleni	13
bolesni	13	siromašni	13
stari, nemoćni, izolirani, napušteni	12	bolesni	13
nezaposleni	11	stari, usamljeni	12
ljudi koji žive u obiteljima s lošim odnosima, u krajnjim obiteljima, neprihvaćeni od vršnjaka i šire društvene zajednice	11	obitelji teško bolesnih (alkoholičara, ovisnika, invalida, djece, psih. bolesnika)	8
dobro situirani, a nesretni	9	oni koji nemaju obitelj, zlostavljeni u vlastitoj obitelji ili od vršnjaka	6
osobe s invaliditetom i njihove obitelji	9	tjelesni invalidi, ovisnici, alkoholičari	6
djeca romske nacionalnosti	2	koji se ne mogu školovati zbog nedostatka novca	2
kleptomani	1	ljudi s negativnim razmišljanjem	2
nepušači	1	ljudi kojima je zdravstvena zaštita nedostupna	1
neostvarena ljubav	1	ljudi koji imaju loše uvjete rada	1

Odgovorima na 5. pitanje ispitanici su istaknuli utjecaj **društveno-ekonomske nejednakosti** na zdravstveno stanje.

Kao nesretne osobe istaknute su osobe koje su nisko pozicionirane na ekonomskoj i društvenoj ljestvici te bolesni kojima upravo bolest uvjetuje njihovu poziciju na tim ljestvicama.

Odabrani zdravstveni problemi u Međimurskoj županiji

1. stres
2. nezdrava prehrana
3. egzistencijalna nesigurnost
4. bolesti srca i krvnih žila
5. alkoholizam
6. pušenje cigareta
7. nedovoljna tjelesna aktivnost
8. mentalno zdravlje
9. nedovoljna prevencija
10. rak dojke
11. zagađenje okoliša
12. loša organizacija zdravstvene zaštite
13. ovisnost o drogama
14. nedostatna komunikacija u obitelji

Odabrani zdravstveni prioriteti:

1. koronarna srčana bolest
2. moždani udar
3. nedovoljna tjelesna aktivnost
4. rak dojke
5. pušenje i prekomjerno pijenje alkohola u mladih

Zaključak

U tijeku programa jačanja javnozdravstvenih kapaciteta županijske samouprave, educiran je županijski multisektorski tim u području javnozdravstvenog menadžmenta i kreirani su prvi županijski strateški dokumenti za zdravlje, a kvalitativno-analitička metodologija istraživanja te sudjelovanje zajednice u odlučivanju o zdravlju, koje su bile korištene u izradi tih dokumenata, glavne su posebnosti i kvaliteta ovog programa.

Također, izrađeni Plan za zdravlje građana Međimurske županije od 2008. do 2012. godine koji je 2008. godine bio usvojen na Skupštini Međimurske županije, sadrži jasno definirane prioritete i zacrtane ciljeve. Izradom Strateškog plana za implementaciju Plana za zdravlje, naš je zadatak da podržimo ostvarenje zacrtanih ciljeva. Vođen vizijom, misijom i poslovnom politikom, tim za implementaciju je odredio 4 opća/strateška cilja,

orientirana prema budućnosti (usklajivanje potreba i usluga u prioritetima, uspostava kontinuiranje suradnje s izvršiteljima (partnerima), jačanje kapaciteta lokalnih jedinica, održivost projekta Zdrava županija u Međimurskoj županiji), a poštivao je kriterije specifičnosti, mjerljivosti, ostvarivosti i izazovnosti. Potom su za svaki opći cilj definirani konkretizirani ciljevi čijim ostvarenjem se namjejavaju postići opći ciljevi.

Uspješna realizacija Strateškog plana za zdravlje građana Međimurske županije može doprinijeti razvoju novih vrijednosti i ciljeva na našem području. Prvenstveno, višoj razini izvršavanja javnozdravstvenih funkcija u regionalnoj i lokalnoj samoupravi koje će biti kompetentnije u donošenju i provedbi lokalnih strategija i programa za zdravlje. Time bi se ujedno osigurala viša razina zdravlja naše populacije. U prosincu 2008. godine usvojen je novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08), kojim se uređuju načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti. Novim zakonskim odredbama jedinica područne, regionalne samouprave ostvaruje svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite tako da (između ostalog) sukladno Planu zdravstvene zaštite Republike Hrvatske donosi plan zdravstvene zaštite za područje regionalne samouprave te jednogodišnje i trogodišnje planove promicanja zdravlja, prevencije i ranog otkrivanja bolesti te, sukladno tim planovima, organizira i provodi javnozdravstvene mjere. Kako bi mogla ostvariti prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite, sukladno tom, novom zakonu, Županija osniva Savjete za zdravlje - neovisan skup stručnjaka iz područja zdravstvene i socijalne skrbi te predstavnika regionalnih interesnih skupina u skrbi za zdravlje populacije. Tako su mnogi članovi timova za zdravlje i implementaciju plana za zdravlje postali članovi Savjeta za zdravlje Međimurske županije ili pak članovi radnih skupina Savjeta za zdravlje. Donošenjem tog zakona, zakonodavac je legalizirao pozitivna dostignuća u radu županija uključenih u program „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici“. U narednom razdoblju, potrebno je uložiti dodatne napore kako bi

se svim tim promjenama uspješno upravljalo, a sve to u cilju postizanja bolje kvalitete života i boljeg zdravlja stanovništva Međimurske županije.

Kvalitativno istraživanje zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije je proveo tim za zdravlje Međimurske županije (imenovan 2004. godine od strane Skupštine Međimurske županije) u sastavu:

1. Josip Posavec, dipl.ing. (zamjenik župana Međimurske županije, predsjednik)
2. Renata Kutnjak Kiš, dr.med., spec. epidemiolog, zamjenica predsjednika (Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije)
3. Dragutin Golubić, učitelj (Upravni odjel za obrazovanje, kulturu i sport Međimurske županije)
4. Vlatka Pleh, dr.med., spec. obiteljske medicine (Dom zdravlja Čakovec)
5. Štefica Martinez, dipl.soc.radnik (Dom za starije i nemoćne osobe Čakovec)
6. Vlasta Palašek, dipl.soc.radnik (Dom za starije i nemoćne osobe Čakovec)
7. Franjo Kocijan, dipl.soc.radnik (Centar za socijalnu skrb Čakovec)
8. Jadranka Hranilović-Petričić, dr.med., spec. oftalmolog (Udruga za pomoć osobama s mentalnom retardacijom)
9. Božena Malekoci-Oletić, dipl. politologinja (Međimurske novine)

Referencije

Dye, I 1993, *Qualitative Data Analysis: A user-friendly guide*, London, Rutledge.

Hsieh, HF & Shannon, SE 2005, *Three approaches to qualitative content analysis*. Qualitative Health Research, vol. 15 no. 9, pp. 1277-1288.

Marring, P 1995, *Qualitative Inhaltsanalyse*, Grundlagen und Techniken, Weinheim, Deutscher Studien Verlag.

Milas, G 2005, *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko, Naklada Slap.

Milas, G 2009, *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko, Naklada Slap.

Kutnjak Kiš, R & Najman Hižman E 2010, Međimurska županija – Zdrava županija – Program „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici“. Hrvatski časopis za javno zdravstvo vol. 4, no. 23, str. 50-58.

Šogorić, S, Vukušić-Rukavina, T, Brborović, O, Vlahušić, A, Žganec, N, Orešković, S, 2005, *Counties selecting public health priorities – a “bottom-up” approach (Croatian experience)*, Coll Antropol vol.5, no.29, pp.111-9.

Šogorić, S 2010, *Stvaranje nacionalne mreže zdravih gradova*, u Šogorić, S, Popović D, ur. *Pokret zdravih gradova – djelotvorno znanje za zdravlje*. Zagreb, Hrvatska mreža zdravih gradova, str. 55-277,

Šogoric, S, Džakula, A, Rukavina, TV, Grozić-Zivolic, S, Lazarić-Zec D, Džono-Boban A, Brborović O, Lang S, Vuletić, S 2009, ‘Evaluation of Croatian model of polycentric health planning and decision making, *Health Policy*’, vol. 89 no. 3, pp.. 271-8.

Vukušić Rukavina, T, Šogorić, S, Brborović, O, Džakula, A, Vuletić, S 2006, *Rukovođenje i upravljanje za zdravlja – Zdrave županije*, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, vol.2, no.6.

Vuletić, S 2005, *Metodika kvalitativno-naturalističkog istraživanja u lokalnoj zajednici*, Zagreb, Seminarski materijali, Škola narodnog zdravlja “Andrija Štampar”.

Vuletić, S, Šogorić, S., Malatestinić, Đ., Božičević, I 2010, *Health status and health needs assessment – statement of the art of the public health practise in Croatia*, Acta Med Croatica, vol. 64, no. 5, pp. 317-325.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine broj 150/08.

Mladi i alkohol - prikaz rezultata kvalitativnog istraživanja pijenja alkohola među djecom i mladima Međimurske županije

Diana Uvodić Đurić

Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije

Formulacija problema

Malo je tema koje toliko zaokupljaju široku javnost kao pjenje alkohola među djecom i mladima. Pojava je to koja puni novinske stupce, često bude objavljena kao jedna od glavnih vijesti u vodećim informativnim emisijama na televiziji i radiju. Stiče se dojam da svi mlađi piju i da zbog toga značajno ugrožavaju svoje i zdravlje svojih obitelji. Čini se da je prekomjerno pjenje alkoholnih pića i opijanje mlađih, naročito vikendom, u porastu, kako u Europi i cijelom svijetu tako i u našoj Županiji.

Iz tog razloga, problem je uočen i izdvojen kao jedan od pet prioritetnih ciljeva u očuvanju zdravlja stanovništva Međimurske županije na temelju dotadašnjih kvantitativnih istraživanja provođenih s učenicima završnih razreda osnovne i učenicima srednje škole.

Te 2006. godine raspolagali smo s nekoliko anketnih istraživanja od kojih je posljednje bilo provedeno šk. god. 1999./2000. na 2627 učenika sedmih i osmih razreda osnovne škole i 3220 učenika prvih, drugih i trećih razreda srednje škole, a pokazalo je sljedeće rezultate: 46 % učenika osnovne škole i 75 % učenika srednje škole nekoliko puta i često konzumiralo je alkoholna pića, a 5 % učenika osnovnih škola i 16 % učenika srednjih škola toliko je često konzumiralo alkoholna pića da se to već može svrstati pod zloupotrebu alkohola. Način anketiranja samo je dijelom omogućavao usporedbu s hrvatskim i europskim podacima.

Rezultati međunarodnog istraživanja „The Health Behaviour in School-aged Children Project“ - Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi, a koje je provedeno 2001./2002. te rezultati ESPAD

istraživanja u 30 europskih zemalja, uključujući i Hrvatsku, pokazuju da su trendovi pjenja i opijanja mlađih u Hrvatskoj u stalnom porastu, osobito kod djevojčica.

Površinom od 730 m² Međimurska županija najmanja je i najgušće naseljena županija u Republici Hrvatskoj. Prema važećem popisu stanovništva 2006. godine u njoj živi 118 426 stanovnika u tri grada (Čakovec, Prelog i Mursko Središće), odnosno u 22 općine. Te školske godine, 2006./2007., upisano je 10 947 djece u osnovnu i 4 354 u srednju školu. Školska djeca pohađaju nastavu u 30 redovnih osnovnih škola i Centru za odgoj i obrazovanje Čakovec koji je jedina ustanova za školovanje djece s većim intelektualnim teškoćama te u 6 srednjih škola. Pet srednjih škola smješteno je u Čakovcu, a jedna u Prelogu.

Svi se slažemo da konzumiranje alkoholnih pića u mlađih postaje sve važniji zdravstveni i sociološki problem jer se njime ustaljuje rizično ponašanje koje nakon određenog vremena vodi u ovisnost, a pri tome se izdvaja razdoblje adolescencije kao najvažnije za sticanje navika prekomjernog pjenja.

Zbog specifičnosti razdoblja adolescencije praćenog neiskustvom i sklonosću rizicima, procjenjuje se da je i u našoj Županiji skupina adolescenata najugroženija.

U neformalno vođenim razgovorima s djecom dobjije se dojam da u nižim razredima osnovne škole, do 4. razreda, djeca izražavaju jasno negativan stav o pjenju alkohola, čak negativniji od stava koji izražavaju njihovi roditelji („Alkohol im smrdi.“, „Nije im fino piti alkohol.“, „Misle da bi trebalo zabraniti proizvodnju i pjenje alkoholnih pića.“ itd.).

Većina njih otvoreno kaže da su probali alkohol i to najčešće na nagovor roditelja, bliže rodbine ili obiteljskih prijatelja i to se na žalost često pretvara u „obred inicijacije“, naročito zamjećeno kod dječaka. U razredu od npr. 25 djece možda se javi jedno dijete koje kaže da nije nikada u životu probalo neko alkoholno piće.

Već u 6. razredu njihova se razmišljanja mijenjaju i brojni među njima, makar uglavnom još nisu imali iskustva s prekomjernim pijenjem, počinju izražavati pozitivan stav o pijenju alkoholnih pića.

Prekomjerno pijenje u ovoj dobi najčešće je povezano s obiteljskim proslavama, proslavama rođendana, „tulumima“ te odlaskom na višednevne školske ekskurzije (maturalno putovanje) i obilježavanjem zadnjeg dana školske godine, posebno na kraju osnovne škole.

U našoj Županiji sljedeća je rizična faza prelazak djece iz osnovne u srednju školu, posebno zato jer su oko 85 % srednjoškolaca učenici - putnici.

Prelaskom u srednju školu oni se naglo osamostaljuju, prelaze iz seoske u gradsku sredinu, pod utjecajem su urbanih vršnjačkih skupina, a gubi se kontrola roditelja nad njihovim boravkom u gradu.

Način putovanja ostavlja im puno slobodnog vremena između dolaska autobusa ili vlaka i početka nastave, što mladi koriste za odlazak u obližnje kafiće pa se tu zamjećuje konzumiranje alkohola već od ranih jutarnjih sati.

Sve zamjetnija je pojava okupljanja mladih i prekomjernog pijenja i van kafića, na otvorenom, kao i to da se više ne skrivaju nego svojim ponašanjem namjerno izazivaju pažnju prolaznika.

U našoj Županiji koja je zbog specifičnog geografskog položaja vinorodni kraj, pijenje alkohola ima pozitivnu konotaciju i pijenje je društveno prihvaćeno, čak očekivano ponašanje u brojnim prigodama.

Tome doprinosi i sveukupna društvena zajednica propagiranjem turističkih sadržaja vezanih uz „vinske ceste“, običaje „krštenja mošta“, „Dane vina uz Sv. Urbana“ itd.

Važan utjecaj na mlade ima i marketing lokalnih javnih medija propagiranjem različitih vrsta „partyja“ (npr. votka party, bambus party i sl.)

Čini se da se nudi premalo sadržaja za organizirano slobodno vrijeme mladih, a zamjećeno je da se uz puno sportskih sadržaja veže pijenje alkohola.

Specifičnost naše Županije je i zastupljenost romske populacije među kojom je prekomjerno pijenje alkohola jako prošireno i u stalnom je porastu.

Poznato nam je da se u našoj Županiji aktivnosti na suzbijanju pijenja alkohola među mладима provode preko više međusobno nekoordiniranih institucija i udruge: Centar za prevenciju ovisnosti, Županijsko povjerenstvo za suzbijanje ovisnosti, Školski preventivni programi, Zavod za javno zdravstvo – djelatnost školske medicine i Djelatnost socijalne medicine, Centar za socijalnu skrb, Policijска управа medimurska, Crveni križ, Klubovi liječenih alkoholičara, Udruge mladih i različite druge nevladine udruge.

Uočava se potreba za objedinjavanjem svih aktivnosti u zajednički program, koji bi imao kontinuitet i više efekta u provedbi.

Sve do sada učinjeno pokazuje, kako u cijeloj Hrvatskoj tako i u Međimurju, stalni trend porasta učestalosti pijenja alkohola u mladih, ne objašnjavajući pri tome razloge ovakvog stanja.

Problem rizičnog ponašanja djece i mladih ne može se sagledati ukoliko se u ispitivanju ne primjeni holistički pristup, tj. ukoliko se u ispitivanje ne uključe svi akteri ove pojave.

Lokalna zajednica slika je najrazličitijih ljudskih odnosa i njihovog ispreplitanja na određenom prostoru. Uključuje djelovanje različitih struka, interesa, kultura i prihvatljivih i neprihvatljivih ponašanja, od kojih sva nisu niti legalna.

Činjenicu da naša djeca odrastaju u takvom realnom, a ne imaginarnom okruženju, željeli smo iskoristiti u našem ispitivanju, kako bismo pokušali dobiti odgovore na pitanja zašto se neka pojava dogada i kako bi mogli planirati daljnje preventivne i druge aktivnosti ka njenom zaustavljanju.

Sve prije navedene karakteristike lokalne zajednice u kojoj djelujemo, dijelom definiraju i generatore pojave prekomjernog pijenja djece i mladih i zahtijevaju detaljniju razradu sa ciljem uočavanja i izdavanja aktera ove pojave kako bi se upoznavanjem njihovih osobitosti, moglo dokučiti i najučinkovitije načine intervencije.

Metodologija

Pojmovnik problema („košara pojmove“)

Pojam	Dogadaj	Ponašanje
Stavovi o pijenju kao društveno prihvativljivom ponašanju	Obiteljske proslave	Prva čaša alkoholnog pića najčešće se popije u roditeljskom domu
Samoorganiziranost mladih	Rodendani Završetak škole Maturalna putovanja Tulumi Pijenje zbog preopterećenosti školom Bez povoda i razloga	Pijenje radi opijanja Pijenje radi dokazivanja u društvu Pijenje zbog oduška zbog loše ocjene ili nekog drugog događaja u školi
Utjecaj medija	Reklamiranje alkoholnih pića uz sportske događaje i koncerte Reklamiranje turističkih sadržaja vezanih uz vino	Identifikacija sa društvenim zbivanjima i poznatim osobama koje piju i reklamiraju pjenje alkoholnih pića
Neprovođenje zakona o zabrani točenja i prodaje alkoholnih pića mlađima od 18 godina	Pijenje na otvorenom	Dvoličnost odraslih kao model identifikacije Alkoholno piće je jeftinije
Neodgovorno roditeljstvo	Nekontrolirana druženja Roditelji ne provjeravaju da li su pili, nakon povratka s druženja i izlaska	Slobodno ponašanje koje uključuje i pjenje alkohola
Neorganizirano slobodno vrijeme	Previše slobodnog vremena učenika putnika Premalo sadržaja koji se nude mlađima	Dosada i odlazak u kafiće
Nedovoljan stručni nadzor u sportskim klubovima	Okupljanje uz sportske događaje	Pijenje alkohola nakon treninga i utakmica
Romska populacija	Proširena kultura pjenja Loš socioekonomski status	Pijenje alkohola kao način življenja
Sukob generacija	Dokazivanje odraslosti i samostalnosti pjenjem alkohola	Započinjanje pjenja alkohola u sve ranijoj životnoj dobi Povezivanje pjenja s ostalim rizičnim ponašanjima (pušenje, rano stupanje u spolne odnose, itd.)

Kvalitativno istraživanje „Mladi i rano konzumiranje alkohola“ u Međimurskoj županiji provodio je prošireni županijski tim za zdravlje za prioritet: prekomjerno pjenje alkohola i pušenje u mlađih u sastavu:

Andreja Zadravec-Baranašić, dipl. soc.pedagog.
Tatjana Žižek, prof. psihologije
Božena Malekoci-Oletić, dipl. politolog
Narcisa Slugan, dr.med. (spec. školske medicine) i
Diana Uvodić-Đurić, dr.med., (spec. školske medicine).

Uzorak

Sva dosadašnja saznanja jasno su upućivala na to da su riziku najizloženiji adolescenti, tako da smo se za naše istraživanje odlučili uzeti uzorak učenika 7. i 8. razreda osnovne te drugog razreda srednje škole, ali i uzorak odraslih koji su s njima povezani.

U skladu s definicijom kvalitativnog istraživanja koje uključuje obradu svih aktera jedne pojave, istraživanje je planirano provesti i na roditeljima, odgajateljima u vrtiću, učiteljima, konobarima, trgovcima, policajcima i liječnicima.

Na manjim, ali informacijski bogatim uzorcima nastojali smo prepoznati istinu dobivenu iskustvom samog ispitanika kako bismo pojavu pijenja među mladima bolje razumjeli, (tj. mogli odgovoriti na pitanja što se događa u pojavi koju istražujemo) i shvatili (tj. mogli odgovoriti na pitanja zašto se to događa).

Djeca i mladi

Planirali smo obraditi uzorak djece učenika 7. i 8. razreda osnovne škole i 2. razreda srednje škole, a kako bi stekli što vjerodostojniju sliku stanja, što se tiče osnovnih škola, planirali smo obuhvatiti učenike gradskih, prigradskih i seoskih škola, a što se tiče srednjih škola obuhvatiti učenike i gimnazije i strukovnih škola jer smo očekivali da bi se tu mogle vidjeti neke razlike.

Planirali smo obuhvatiti učenike škola u Gornjem i Donjem Međimurju, jer je Gornje Međimurje poznato kao brežuljkasti vinorodni kraj pa smo željeli provjeriti postoji li među njima razlika u navikama pijenja.

Plan kvalitativnog istraživanja „Mladi i rano konzumiranje alkohola“ u Međimurskoj županiji

Period	Aktivnost	Sudionici i provoditelji
1.11.06.-15.11.06.	Pripremne aktivnosti, nabava potrebne opreme	Međimurska županija, Osnovne i srednje škole, Zavod za javno zdravstvo, mediji
16.11.06.-15.12.06.	Intervjuiranje djece osnovnih i srednjih škola	Članovi tima, opservatori
16.12.06.-31.12.06.	Intervjuiranje odraslih	Članovi tima, opservatori
1.1.07.-15.1.07.	Prijepis snimljenog materijala	Članovi tima
15.1.-15.2.07.	Analiza empirijskog materijala	Članovi tima

Odlučili smo voditi računa o podjednakoj zastupljenosti spolova u uzorku i svakako uzeti i djecu različitog školskog uspjeha.

Kao posebne kategorije u uzorku namjeravali smo obuhvatiti i sljedeće podgrupe:

- romsku djecu;
- učenike smještene u učeničkom domu;
- djecu liječenih alkoholičara;
- djecu roditelja za koje imamo podatke da boluju od alkoholizma i ne liječe se;
- djecu koja su educirana kao edukatori (mladi za mlađe) o štetnosti alkohola i pušenja.

U svakoj grupi planirano je obraditi 6 djece, s time da ta brojka može varirati ovisno o dobivenim odgovorima, može se prema potrebi povećati ili smanjivati ako se pojavi zasićenje istim odgovorima.

Odrasli

Planiramo obuhvatiti roditelje koji imaju djecu adolescentne dobi te učitelje i profesore koji im predaju.

Također bi obuhvatili i odgajatelje u dječjim vrtićima, trgovce u supermarketima, konobare i vlasnike kafića, grupu proizvođača i trgovaca vodom.

Zanima nas i razmišljanje policajaca, komunalnih redara, političara, novinara te zdravstvenih djelatnika, prvenstveno liječnika opće i školske medicine.

Na jednom od sastanaka tima dogovoren je plan provedbe istraživanja:

Kao način prikupljanja informacija, odlučili smo se za primjenu strukturiranog intervjeta, a kako bi svi članovi tima imali sličan pristup, dogovorili smo okvirna istraživačka pitanja kojih smo se velikim dijelom, nastojali držati. Razgovor s djecom obavljali smo u školi u prostoriji u kojoj su se učenici ugodno osjećali. Razgovoru nije prisustvovao niti ko od stručnog osoblja škole, a odmah na početku se definirala anonimnost i povjerljivost podataka. Odrasle sudionike ispitivanja ispitivali smo u njihovim radnim sredinama, a roditelje u školi. S obzirom na to da je ovakav način ispitivanja zahtijevao i određene vještine, kao što su dobro poznavanje problema, mogućnost ostvarivanja odnosa povjerenja i otvorenosti, što je posebno zahtijevano u radu s adolescentima, sposobnost tečnog razgovaranja i ujedno postavljanja pitanja, za vođenje razgovora su odabrane osobe koje su inače vične radu s mladima. Ujedno smo nastojali da oni budu različitih struka kako bi postigli multisektorski pristup gledanja na problem i izbjegli jednoobrazne interpretacije. Razgovor smo započinjali opuštajućim, općim pitanjima kako bi upoznali ispitanika te polako vodili razgovor prema problemu koji nas je zanimalo.

Prije početka ispitivanja održan je sastanak sa stručnim suradnicima škola u kojima smo odlučili intervjuirati kako bismo ih informirali o istraživanju i dobili pomoć u odabiru uzorka. Stručni suradnici škola pomogli su i u prikupljanju pismenih pristanka roditelja.

Istraživačka pitanja

1. Kako se zoveš?
2. Koji si razred (za srednjoškolce i koji smjer - buduće zanimanje)?
3. Kojim uspjehom prolaziš?
4. Gdje živiš, s kim, kako se slažeš s roditeljima, braćom?
5. S kim se najviše družiš, je li to stalno društvo, kako ste se sprijateljili, što vas veže?
6. Gdje se najčešće okupljate?
7. Kako provodite vrijeme dok ste skupa, planirate li aktivnosti unaprijed ili to ovisi o trenutnoj inspiraciji i nečijem prijedlogu?
8. Izlazite li navečer, u koje dane, gdje?
9. Pijete li alkohol pri tim izlascima?
10. Ima li onih koji ne piju alkohol, kako njih prihvatac u društvo, smeta li vas to?
11. Ima li onih koji se svaki put napiju i prave probleme, kako na njih gledate?
12. Da li ti redovito piješ kad izlaziš s društvom? Jesi li se ikada napio?
13. Kad si prvi put probao piti alkohol, u kojoj prilici, tko ti je ponudio?
14. Obzirom da još nemaš 18 godina, gdje nabavljaš alkohol? Dobivaš li džeparac, ako dobivaš, koliki? Koliko novca potrošiš na jednom izlasku?
15. Da li su ti ikada odbili prodati alkoholno piće jer si premlad?
16. Do koliko sati smiješ s društvom ostati vani, u koliko sati se uopće u zadnje vrijeme izlazi?
17. Čekaju li te roditelji budni dok se vraćaš doma i provjeravaju li da li si pio alkohol?
18. Poznaju li roditelji tvoje društvo, da li ih zanima gdje si i s kim si bio, na koji način ste provodili vrijeme?
19. Piju li se alkoholna pića rijetko ili često u tvojoj obitelji, imaš li nekoga u užoj obitelji za koga misliš da prekomjerno pije?
20. Što misliš zašto mlađi sve više piju?
21. Piju li više dečki ili cure?
22. Što znaš o štetnom djelovanju alkohola, od koga si to naučio?
23. Bojiš li se da će ti pijenje alkohola narušiti zdravlje ili uopće o tome ne razmišljaš?
24. Što misliš, treba li ostati na snazi zakon o 0 promila alkohola za vozače, pomažu li zabrane da se manje pije?
25. Baviš li se sportom ili nekom drugom vanškolskom aktivnošću?
26. Je li uz te sportske ili neke druge aktivnosti povezano pijenje alkohola?
27. Jesi li sretan u životu ili imaš problema, kakvih? Jesi li zadovoljan sa školom, misliš li da je preteška?
28. Možeš li s roditeljima razgovarati o svojim problemima, tko te najbolje razumije?

29.Što misliš što bi pomoglo da mladi ljudi manje piju?

30.Jesi li bio iskren/a?

Istraživanje je obavljeno metodom intervjuja (slobodnih razgovora) koji su snimani diktafonom, a nakon toga je napravljen ispis izjava, naravno uz pismeni pristanak roditelja maloljetnih ispitanika. Uz ispitivača, razgovoru je prisustvovao i opservator koji nije postavljao pitanja nego je pratilo tijek razgovora i izrađivao izyještaj na listama za provjeru (*check list*).

Nakon obavljanja razgovora, analiziran je dobiveni materijal prema prije utvrđenim mogućim generatorima problema. Analizu je radio svaki ispitivač posebno, a onda se i grupno analizirao i diskutirao svaki pojedini rezultat.

Instrumenti i metode:

- potpisani pristanak za sudjelovanje u istraživanju (za maloljetne sudionike potpisali su se roditelji)
- intervju (strukturirani otvoreni razgovor)
- lista za provjeru (*check list*) za opservatore
- audiozapis na diktafonu
- ispis razgovora

Analiza rezultata kvalitativnog istraživanja- KODIRANJE

školski uspjeh

5, 5, 4, 5, 3, 5, 3,

3, 4, 4, 4, 5, 3, 5, 3, 4,

obitelj

svi žive saoba roditelja, zadovoljni suroditelji, djed, baka, i braća, s majkom i očuhom, samo s roditeljima(jedinac), samo s roditeljima i braćom, svi zadovoljni svojom obitelji

društvo

društvo vršnjaka iz škole, s poznatima, mladima iz svoga sela, vršnjaci iz grada koji ne idu s njim u školu, društvo iz škole, dečki iz razreda, društvo vršnjaka iz škole

sa vršnjacima i sa starijima, sa svojim poznatim

društvom iz škole, društvo iz ulice, s mladima iz njenog mesta, društvo iz razreda, prijatelji iz razreda, ali rijetko jer daleko stanuju

prijatelji

društvo vršnjaka iz škole, s poznatima, mladima iz svoga sela, vršnjaci iz grada koji ne idu s njim u školu, društvo iz škole, dečki iz razreda, društvo vršnjaka iz škole

s vršnjacima ali i sa starijima, sa svojim poznatima, društvo iz škole, društvo iz ulice, s mladima iz njenog mesta, društvo iz razreda, prijatelji iz razreda, ali rijetko jer daleko stanuju,

mesta okupljanja

igralište, kino, u grad, na trg, u park, u kafiće, rođendani, u šetnju, disco, doma,

Igralište, oko škole, oko škole i nogometnog igrališta, gradski park, kod vrtića i onda se kruži kvartom, oko područne škole, na igralištu, na igralištu

Igralište, prostor oko škole, prostori na otvorenom gdje se okupljaju mladi

aktivnosti pri druženju

razgovor

druženje, krećemo se po kvartu, razgovaramo, kino, igranje nogomet,

večernji izlasci

vikendom u kino, rođendani, igralište, petkom i subotom u grad na trg, park, subotom u kafiće, ne izlazi, kod prijatelja na kompjuter, rođendani, u večernju šetnju s prijateljicama, okupljanje doma ili kod prijatelja,

ne toliko koliko bi htio, u večernjim satima u svom mjestu, u večernjim satima, ali ne po noći, oko škole, igrališta, vikendom, petkom i subotom obavezno u park gdje se okupljaju grupe mlađih, uglavnom vikendom, ali to nisu pravi izlasci, vikendom na rođendane, na igralištu, nema izlazaka do osamnaeste, ne izlazi u večernjim satima

alkohol i izlasci

ne, da, rijetko, povremeno, ne pije, nikada nije konzumirala, ponekad

alkohol se pije na druženjima, svaki dan se pije alkohol i puše cigarete, svaki drugi put kad se okupe, ne treba imati povod, nikada ne piju alkohol, pije se

dosta, svrha je izlazaka da se napije, ne pije, ali vidi da drugi dosta piju, nije primijetio niti kod svojih vršnjaka da piju, redovito, uvijek, zato se izlazi

vršnjaci koji ne piju

ima, može se oduprijeti ogovaranju i ismijavanju, nema problema, bio je odbačen od društva, podcjenjivali bi ga, govorili bi mu da je baba

svi piju, kontrolira svoje pijenje, ne druži se s onima koji piju, oni koji odbiju piti nisu face, to su štreberi, posebni, bio je izrugivan zbog odbijanja, misli da neki piju alkohol, a neki ne, zezaju te ako ne piješ, onda nisi frajer

vršnjaci koji se često napiju

ne misli dobro o tome jer zna za jednog koji je završio na pumpjanu želuca, neki postaju agresivni, posežu za tupim predmetima, takvi donose probleme ne sviđa joj se, užasno smrdi, agresivnost, neki bi se tukli

neki su završili na hitnoj, neki su završili na ispumpavanju želuca, rade se gluposti, prevladavaju loši osjećaji, neki i odrasli završe u bolnici

redovitost pijenja

ona ne pije, ali mnogi piju često na izlascima, pije povremeno, ne pije često, samo povremeno iako se redovito konzumira u društvu, ne pije, ne pije, ponekad popije malo,

povremeno, kad nam dođe, jednom se napio tako da su i roditelji primijetili da je pod gasom jer je jedva došao doma, pije povremeno iako se boji da će mu se to vidjeti u nalazima kad se kontrolira, da nije toga pio bi češće, svaki drugi put, često, na feštama obavezno, nikada ne pije povremeno popije, sad će smanjiti na jednu čašu povremeno, odbija itd.



prvo pijenje

roditelji joj daju na nekim slavljkama, doma na dočeku Nove godine, nikada joj nitko nije ponudio u društvu, bilo mu je slabo, nije probala

doma mu nikad nije bio ponuđen alkohol, jednom je pio bambus na svadbi, doma je djeci ponuđeno za Novu godinu, njoj doma nije ponuđeno, ponekad doma popije pivo, ali mama ga špota, povremeno joj roditelji daju da malo s njima popije i kažu da je bolje da pije s njima nego iza njihovih leđa

nabavljanje alkohola - džeparac

doma, u dućanu, u kafiću, sve bez većih problema uglavnom se donosi od doma ili se kupuje u dućanu, kupe stariji dečki za nas, kupe ga srednjoškolci koji nisu punoljetni, ali izgledaju starije, sami kupujemo, samo dva put se dogodilo da nam nisu htjeli dati, u dućanima nekad ne daju, ali češće daju, ali u kafićima svi daju, u dućanima daju kad znaju da ih šalju roditelji, a to se zna i zloupotrijebiti, svi krše zakon i trgovci i konobari, misle da se zakon poštije, pogotovo u dućanima

poštivanje zakona

ne, čak sam vidio da je prodan alkohol i cigarete učeniku 4. razreda osnovne škole,, u nekim dućanima su pitali za osobne, ali u kafićima nikada, u kafićima se ne poštuje zabrana, nije sigurna, u kafićima se ne poštuje, u dućanima kako koja prodavačica, misli da se poštije

rijetko, jednom, dva puta, ali u kafićima uvijek daju

ograničenost izlazaka

*10,10, 10,30, 9, neki ne izlaze navečer
22 sata, 22 sata, 22, 21, 21, neograničeno*

kontrola roditelja

ne puštaju je, uvijek ga provjeravaju, brat je uhvaćen da je pio pa su sad stroži,, uglavnom ga čekaju, ponekad samo provjeravaju, ne izlazi, ne puštaju ga, ne izlazi, ne izlazi,

uglavnom ga čekaju, vide ga kad dođe doma, čekaju ga ali ne kuže da pije, kontroliraju je da li je pušila i pila, bila je uhvaćena pa je sad u kazni, uvijek ga čeka i mora puhati, ne čekaju, ne kontroliraju

roditeljsko poznavanje društva vršnjaka

uglavnom, ali se to od njih uglavnom skriva (alk.), ne pitaju puno, imaju povjerenja, znaju za društvo, zna-

ju jer se skupljaju doma, uvijek kontroliraju kad se dođe doma,

zanimi ih, ja sam iskren, ne znaju, skrivamo što radimo, znaju moje društvo, znaju vrlo malo, voze ju kad ide u kino, ne zanimi ih, ne znaju društvo, ne mogu znati

pijkenje alkohola u obitelji

povremeno, dosta na feštama, umjereni na proslavama, malo na feštama, redovito pri obročima, na feštama taman koliko treba, rijetko na nekim feštama, popiju čašicu-dvije, konzumiraju alkohol kad izlaze vani, umjereni, a doma rijetko, na feštama, ne u prevelikim količinama, umjereni, kad slave rođendane, rijetko, na nekim proslavama, povremeno se pije špricer jer imaju gorice

razmišljanje mladih (stavovi)

piti je cool, tko ne pije nije zabavan, u sedmom je razredu fora piti, alkohol je cool, ali nije zabava, pije se zbog društva, da ne budeš odbačen, alkohol opušta, kad piješ, imaš prijatelje, jer im je dostupan, pije se kad imaš probleme, kad si tužan, kad je sve veselo, kad ti se nešto loše dogodilo

posjećuju se mjesta gdje se reklamira jeftino pijenje alkohola, piti je cool, to opušta, alkohol je zabavan, imaš prijatelje ako piješ, jeftine cijene, piju odrasli, zašto ne bi i mi, prave se važni i odrasli, tko ne pije, nije zabavan, ako piješ si odraстао, alkohol je o.k., ako ideš u kafiće onda si popularan, prave se važni, osjećaju se jakima, zbog društva, da ne budeš odbačen



pijkenje po spolu

jednako, dečki, cure se čak više hvale, cure su više pijane

više dečki, više piju dečki, ali i cure dosta piju, cure su dosta često uhvaćene u raciji, podjednako, ali se dečki više hvale, cure su još gore

znanje o štetnosti

s roditeljima se razgovarala o štetnosti

zna da je alkohol štetan, boji se, ali..., u obitelji se priča da je tatin stric umro od alkohola, s roditeljima se razgovara o tome

strah od bolesti

znam da je alkohol štetan, bojam se da će mi se vidjeti kad kontroliram krvne nalaze, ali...

zakon o promila

svejedno, ne koristi, koristi, nije važno

bavljenje sportom

stolni tenis, karate, muzička škola, nema hobi, nema hobi, nema hobi, rekreativno se bavi sportom, nogomet

povremeno s društvom igram nogomet, nisam ostao u nijednom sportu, igram nogomet, u odrasloj ekipi se puno pije, bavi se sportom, u klubu mu nikada nije bio ponuđen alkohol, u klubu piju stariji, ne daju djeci, bavi se rukometom, smeta joj što se uz sport reklamira alkohol, stariji nogometari piju, odrasli nogometari piju, znaju čak i doći pijani na utakmice

sport i alkohol

stariji u klubu piju, njima ne nude, odrasli nogometari puno piju, znaju i doći pijani na utakmice

zadovoljstvo sobom i školom

zadovoljna, škola nije preteška, ali joj se ne da učiti, nije teško, ali je malo popustio, nije zadovoljan jer je zapustio školu, nije teško, ima dosta slobodnog vremena, škola je teška, baš mu ne ide pa ga ismijavaju, nije joj teško, HNOS je super, dosta je teška škola, programi su zahtjevni

volio bi da ga ozbiljnije shvaćaju u obitelji, ali poklanjaju mu dosta pažnje, ne slaže se baš s učiteljima, preuvjerljavaju stvari, programi nisu baš prezahtjevni, ne da mu se učiti, u školi je zabavno, sviđa mu se, teško je koliko se trudiš, ne uči baš ko-

liko bi trebalo, inače je o.k. rijetko viđa svog oca, živi s mamom i njenim prijateljem, zadovoljan je i školom i svojom obitelji,

možeš li s roditeljima razgovarati o svojim problemima, tko te najbolje razumije?

ponekad, najbolje s prijateljem, s roditeljem, ovise o problemu

što misliš što bi pomoglo da mladi ljudi manje piju?

da je skuplje, da je manje dostupno

da se manje reklamira, da nije tako jeftin alkohol, da ne piju toliko odrasli, da roditelji više kontroliraju, da ne piju svi...

Rezultati

Ispitivali smo dobre, vrlo dobre i odlične učenike osnovnih i srednjih škola. Nisu uočene razlike u navikama pijenja alkohola među slabijim i boljim učenicima, piju i odlični učenici te se time pobija stereotipno mišljenje da puno piju samo problematični učenici. Čini se ipak da je navika pijenja u osnovnoj školi manje raširena među ambicioznijom djecom. Dio djece izjavio je da im je škola lagana, a dio djece ima velike probleme s učenjem, škola im je „mučilište“ i u njoj se osjećaju loše, boje se ismijavanja zbog neznanja.

Nisu uočene bitne razlike u navikama pijenja ovise o vrsti, veličini ili imovnom stanju obitelji. Piju i djeca iz tzv. cjelovitim, funkcionalnih obitelji. Svi bi voljeli da ih se u obitelji ozbiljnije shvaća i poklanja više pažnje njihovom mišljenju.

Mnogi se ne razumiju s učiteljima, a ni s roditeljima. Većina djece druži se sa svojim vršnjacima iz škole, ulice ili svog mesta, a poneki imaju i starije društvo. Češće piju alkohol oni koji su skloniji družiti se sa starijima od sebe.

Sve je raširenija pojava pijenja bez razlike prema spolu, djevojčice ponegdje piju i više nego dječaci, ali se ipak čini da u osnovnoj školi više piju dječaci.

Nisu uočene razlike u odgovorima i interpretaciji problema obzirom na kategorije ispitanika pa smo rezultate interpretacije objavili prema problemskim, a ne kategorijama uzorka.

Mesta okupljanja i načini druženja

- Učenici 7. i 8. razreda najčešće se okupljaju na igralištima, oko škole, u parkovima, prostorima na otvorenom gdje se skupljaju mladi ili kod nekoga doma.
- Srednjoškolci se najčešće druže u kafićima.
- Mesta okupljanja ovise i o vrsti glazbe koju slušaju (metalci, pankeri, narodnjaci, itd.).
- Kladionice su sve češće mjesto okupljanja na kojem se mladi izlažu još jednoj mogućoj ovisnosti - klađenju.
- Osnovnoškolci najčešće razgovaraju, šeću se, igraju nogomet ili košarku, igraju igrice itd. Srednjoškolci uglavnom sjede u kafićima i piju i puše.

Večernji izlasci

- Najčešće promjene u načinu i vrsti izlazaka dešavaju se u ljetnim mjesecima kad djeca smiju duže ostajati vani, kad započinju s prvim večernjim izlascima koje roditelji toleriraju, dakle između 6. i 7. razreda ili 7. i 8. razreda osnovne škole.
- VII. i VIII. razredi imaju uglavnom ograničene izlaska do 22 ili 23 sata, ali mnogi smiju ostati i duže.
- Neki srednjoškolci uopće nemaju ograničeno vrijeme za izlaska !!!
- Sve je niža dob u kojoj se započinje s večernjim izlascima.

Alkohol i izlasci

- Većina je prvi put probala alkohol u svojoj kući na nagovor nekoga iz obitelji.
- Među učenicima 7. i 8. razreda ima onih koji često piju alkohol kad se druže sa svojim vršnjacima, a srednjoškolcima je pijenje alkohola najčešće i jedini razlog kojeg navode za izlaska.
- Ipak, ima i djece koja ne piju i kreću se u društvu u kojemu se ne piće alkohol.
- U osnovnoj školi obavezno se planira pijenje alkohola na maturalcu.
- U 7. i 8. razredu već ima onih koji su bili pijani, a svi srednjoškolci koji piju barem jednom su u životu pretjerali i bili pijani.

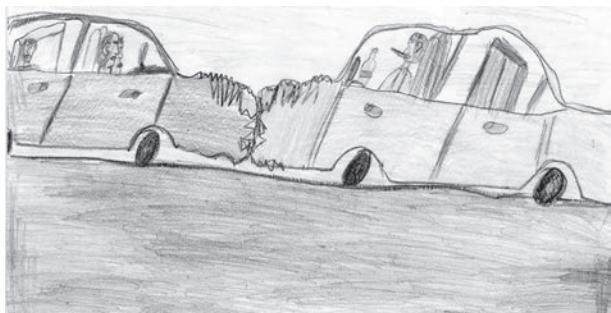
- Mnogi srednjoškolci navode da piju svakodnevno jer im je odlazak u kafiće svakodnevna navika.
- Oni koji ne piju, rijede imaju želju za izlascima.
- Svi misle da mogu kontrolirati svoje pijenje, a pijanstvom smatraju samo ono stanje kad ne možeš stajati na nogama!!!

Kako nabavljaju alkohol?

- Alkoholna pića uglavnom se donosi od doma ili se bez većih problema kupuje u dućanu ili naručuje u kafićima.
- Vrlo ih rijetko netko u dućanu pita za godine, a u kafićima se to ne pita, pogotovo ne nakon 23 sata.
- Svi znaju za zakon o zabrani prodaje i točenja alkohola maloljetnicima i svi primjećuju da se zakon ne poštuje, zamjeraju odraslima nedosljednost u poštivanju zakona.
- Roditeljska kontrola češća je kod mlađe djece, a mnogi srednjoškolci imaju potpunu slobodu.
- Većina djece ima dojam da roditelje baš previše ne zanima gdje su bili i što su i s kim radili.

Zašto mladi sve češće i više piju alkohol?

- Roditelji premalo kontroliraju, a alkohol je vrlo dostupan i jeftiniji od soka.
- Na zgodan se način reklamira pijenje alkohola, a misli se da u 7. razredu "nije više fora samo pušiti", popularan si ako piješ.
- Alkohol ih opušta, "lakše se upucavaju komadima", lakše podnose roditeljske kritike.
- Svi su sigurni da drže pod kontrolom svoje pijenje i da će moći prestati kad god budu htjeli, dakle nitko ne planira postati alkoholičar. Svi ma je zajedničko da ne razmišljaju o mogućim posljedicama.



Bavljenje sportom i alkohol

- Među mladima koji su izjavili da piju alkohol većina se bavi nekim sportom.
- U klubu im se alkohol ne nudi, ali često piju nakon treninga, naravno bez znanja trenera o tome.
- Svjedoci su da starije ekipe pobedu slave uz "gajbu pive", a neki znaju i na utakmicu doći već pijani.
- Pijenje alkohola češće je uz ekipne sportove, najčešće se spominjao nogomet i rukomet.

Jezikom mladih o alkoholu:

- „Znam da alkohol šteti jetri i mozgu ali me to sada ne brine, možda kad budem stariji jer moraš piti bar 10-15 godina da postaneš alkoholičar, mislim da smo to čuli u školi !!!“
- „Ima nekoliko faza kad pijete alkohol: prepijanstvo (već ti se riga), piganstvo, pravo pijan i mrtav pijan - u toj fazi ti se film trga, ležiš kak bez svesti, mora se zvati hitna da te otpelaju u bolnicu na ispumpavanje želuca. Sve ove faze osim ispumpavanja želuca sam prošao, svake subote sam u jednoj od tih faza.“
- „Prošle godine bio sam pijan najmanje 48 puta!!!“
- „Dodjem doma „dobre volje“ ali ne pijan.“
- „Od dobitka na kladićnicama čist dobro živim i uvijek mogu počastiti prijatelje ili za njih kupiti gajbu piva..“
- „Pan pivo je 6 kn, a čaša Cedevite 10 kn. Po toj logici se bolje isplati piti pivo jer za jedan „šejk“ dobiš dvije pive.“
- „Piti je cool, piti alkohol znači biti odrastao i kad piješ imaš prijatelje.“
- „Popiti 2 bambusa i pivo je preslabo da se napijem ...“
- „Mama se muči z menom, a ja z njom...“
- „Iza ručka mi dozvoli popiti 0.5 dl crnog vina jer sam slabokrvan pa i za bolju cirkulaciju u mozgu kaj se morem i bolje vučiti ...!!!“
- „Mi mladi ipak nekak drukčije razmišljamo od vas odraslih !“
- „Kod mladih ne pomažu zabrane, snađemo se, sakrije se.“
- „Prvi put sam počeo piti alkohol u 3. razredu

- osnovne škole, davao mi je jedan stari susjed.”
- „Droga mi nikad nije bila ponuđena, a i da i je, ne bih je uzeo jer alkohol je in ...“
 - „Piju odrasli, zašto ne bi i mi !!!“
 - „Pušenje je više fora u petom, šestom razredu, a sada u sedmom, osmom je više fora piti ...“
- „Cilj i svrha izlazaka je da se napiješ !!!“
 - „Da nemam astmu popila bih ponekad nešto alkohola...“
 - „Pijem zbog društva.“
 - „Kad sam pripit prestanem piti jer kad bih došao doma pijan, zabranili bi mi izlaska.“

Što misle o problemu?	O pijenju alkohola	O pijenju mladih	Tko je odgovoran?
Roditelji	U redu je da odrasli piju, a djeca ako žele probati alkohol, neka to učine doma	Mladi piju sve više i više nego se pilo u doba njihove mladosti	Reklamiranje alkohola u medijima Nepoštivanje donesenih zakonskih odredbi Roditelji koji ne vode brigu o djeci Policija Škola
Učiteljii i odgajatelji	Djeca već u vrtiću imitiraju roditelje kako nazdravljaju pijući alkohol Loš je stav roditelja: „Hvala Bogu da je „samo alkohol“ da nije droga!?”	Mladi piju sve više, sve je niža dob u kojoj počinju pijući alkohol	Roditelji Društvo Mediji koji reklamiraju pijenje alkohola
Konobari	Punoljetni smiju piti, naručuju alkohol i za maloljetne, to je nemoguće kontrolirati	Sve je više mladih koji dolaze u kafiće i puno piju Dolaze sve mlađi Dolaze već pijani	Glavna je odgovornost na roditeljima
Trgovci	Alkohol se kupuje u većoj grupi, a punoljetni slobodno mogu kupovati i piti	Sve je više mladih koji dolaze kupovati alkohol	Najvažniji je utjecaj obitelji, društva i medija koji ne bi smjeli reklamirati pijenje alkohola
Policajci	Prekomjerno pijenje je svakako veliki problem i kod odraslih	Pijenje alkohola među mladima vrlo je raširena pojava	Važan je utjecaj roditelja Škole bi trebale imati više edukativnih i odgojnih programa o štetnosti pijenja alkohola Sankcije i represivne mjere nisu jedini način kojim se može djelovati
Djeca i mladi	U 7.r „više nije para samo pušiti, face su oni koji piju, zabilježi si ako piješ Odrasli piju, pa zašto ne bi pila alkohol i djeca ? Pijanstvo je onda kad ne možeš stajati na nogama...“	Alkohol opušta, „lakše se upucavaš komadima“, lakše se podnose roditeljske kritike U srednjoj školi je normalno da se pije alkohol Moći će prestatи s pijenjem alkohola kad budem htio, naravno da ne želim postati alkoholičar	Većina djece ima dojam da njihove roditelje ne zanima previše gdje su i s kim bili i što su radili. Alkohol je lako dostupan. Alkoholna pića su jeftinija od sokova. Odrasli donose zakone, ali ih ne poštuju... Mediji rade vrlo privlačne reklame alkoholnih pića. Društvo ne nudi nikakve zanimljive sadržaje bez alkohola za mlade.

- „Roditelji reagiraju vikom kad se nekad doma napijem, ali mi ne brane izlaske.“
- „Pijem kad izlazim, 7-8 bambusa i 5-6 šveps votki ...!!!“
- „Kad popijem veseliji sam, više pričam, spremniji sam upucavati se curi. Imam pod kontrolom pijenje alkohola.“
- „Zašto je donesen zakon ako se ne provodi?“
- „Piti je cool, pije se i zbog statusa u društvu.“
- „Kako gledati utakmicu ako ne popiješ barem tri do pet žuja?“
- „Rođendan je bolji ako se doneše alkohol.“
- „Alkohol je normalan u ovoj životnoj fazi.“
- „To me sad ne brine, možda bum o tome razmišljaj kad bum stariji !“

Ima i onih koji misle drugačije :

- „Zabavljamo se bez alkohola jer nam je svima u društvu alkohol bez veze ...“
- „Alkohol je štetan jer potrošiš novce i onda više nemaš ...“
- „Zato jer vidim po tati kako je kad se previše pije, kakvi su problemi, ne želim piti jer ne želim biti kao on.“
- „Ne pijem jer kad sam poželio kušati alkohol tata mi je rekao jesli ti normalan, to je za tebe preran...“
- „Pijanca sam video na svoje oči, nije mi se dopalo kako hoda, kakve su mu oči, ne bih htio tako izgledati.“
- „Da mladi manje piju pomogla bi i istraživanja kao ovo, različita predavanja i skupovi.“

„Danas mladi žele samo piti, ne žele se uključiti u nikakve aktivnosti. Ja imam ples, meni je to cool.“

Zaključak

Pijenje alkohola sve je učestalija pojava i među mladima naše Županije.

Istraživanje nije pokazalo razliku u navikama pijenja alkohola među učenicima seoskih i gradskih škola. Pijenje je jednako rašireno među odličnim i slabijim učenicima, među djecom iz cijelovitih, tj. funkcionalnih obitelji, nije u korelaciji s imo-

vinskim statusom roditelja, piju i djeca iz bogatih i siromašnih obitelji.

Početak izlaženja i pijenja alkohola pomiče se u sve nižu dob, naši ispitanici mahom navode da su počeli s tim u 7. razredu, ali poznaju i neke koji piju od 5. ili 6. razreda.

Zabrinjavajuća je pojava pijenja koje nema drugog razloga nego da se napije. Dječacima je to svojevrsni čin inicijacije, ulaska u svijet odraslih, a sve je više i djevojčica koje učestalo piju.

Problemi s učestalijim i prekomjernim pijenjem češći su u srednjoj školi kad se i više izlazi.

Odrasli akteri ove pojave negiraju svoj dio odgovornosti i prebacuju odgovornost za naručivanje, kupnju i pijenje alkohola na dijete i njegove roditelje.

Roditelji se osjećaju usamljeni i često nemoćni u svom nastojanju da zaštite svoje dijete od negativnih utjecaja društva i medija.

Utjecaj društva vršnjaka presudan je i nezaobilazan u adolescentnoj dobi uz koju se i veže najučestalije pijenje alkohola.

Stav obitelji o pijenju alkohola od izuzetne je važnosti za dijete, pijenje odraslih svojevrstan je putokaz djeci da je alkohol dopustiv i poželjan kad se odraste te mladi pijenjem između ostalog žele i dokazati svoju „odraslost“.

Rezultati istraživanja ponovno su ukazali na to da živimo u društvu u kojem je pijenje alkohola društveno prihvatljivo ponašanje, a pijenje mlađih svojevrstan izraz njihove osjetljivosti i izloženosti lošim društvenim trendovima. Nametnuto se pitanje što mi kao društvo možemo učiniti da se pojavi reducira? Pijenje alkohola kod mlađih ne smijemo doživljavati kao normalan i obavezan sastavni dio njihovog odrastanja jer se radi o obliku rizičnog ponašanja koje može voditi u ozbiljan poremećaj u ponašanju i ozbiljnije ovisničko ponašanje.

Tijekom razgovora s odraslima osvijedočili smo se da se pojам ovisnosti često poistovjećuje s ovisnošću o ilegalnim drogama, a zanemaruje se da put do ovisnosti započinje prвom zapaljenom cigaretom i prвom popijenom čašom alkohola, dakle rizičnim ponašanjima koja najčešće svoje početke imaju u adolescentnoj dobi.

Različiti su motivi koji mladu osobu potaknu na konzumiranje alkohola, cigareta i drugih psihosocijalnih sredstava: osjećaj otuđenosti, nerazumijevanje sa starijima (roditeljima, učiteljima), negiranje autoriteta, pritisak vršnjačkih skupina, sklonost eksperimentiranju, negativni primjeri u obitelji i široj okolini, nastojanje da se dokažu na krivi način, itd.

Adolescencija je buran period u životu čovjeka u kojem mlada osoba nastoji ubrzati svoj put ka odraslosti, a zadržava i brojne obrascе dječjeg ponašanja i reagiranja. Impulzivnost, nepromišljenost, nerazmišljanje o posljedicama i konačnom ishodu, sve su to obilježja adolescentnog razdoblja.

S druge strane, ponuda cigareta, alkohola i ostalih sredstava ovisnosti u modernom društvu postaje sve veća i dostupnija te su naši adolescenti svakodnevno bombardirani porukama koje sugeriraju korištenje nekoga od tih sredstava.

U razmatranju nastanka i razvoja ovisničkog ponašanja mlado biće treba promatrati u njegovom prirodnom društvenom okruženju, uvažavajući utjecaj obitelji, vršnjačkih skupina, škole, bavljenja sportom, večernjih izlazaka, a pri tome ne robujući stereotipnim vjerovanjima koja puno puta nisu točna.

Djeca koja uzimaju jedno sredstvo višestruko su izložena riziku za uzimanje i drugih sredstava, a problem ovisničkog ponašanja često je samo simptom složenog problema jer znamo da oni koji su skloni uzimanju sredstava ovisnosti često pokazuju antisocijalno, delinkventno ponašanje, agresivniji su, skloniji depresiji, ranije se upuštaju u seksualne odnose i češće su zaraženi spolno prenosivim bolestima, osjećaju se manje sposobnima, a često ih prate i duševni poremećaji i bolesti.

Važno je dobro se i dostatno informirati o problemu, njegovim uzrocima i posljedicama, ne robujući stereotipima, nego uzimajući u obzir činjenice.

Preventivne aktivnosti moraju biti usmjerene ka osobi, a ne ka sredstvu. Prevenciju treba započeti što ranije i djelovati kontinuirano i strpljivo.

Identificiranje najčešćih rizičnih i zaštitnih činitelja prvi je korak u planiranju rješavanja problema, a moguće ga je započeti ako prikupimo sve potrebne

podatke i saznanja o ovoj pojavi, što je i osnovna svrha istraživanja koje predlažemo.

Rezultati ovog istraživanja tiskani su u brošuri „Mladi i alkohol“ i u više navrata javno prezentirani stručnoj i široj javnosti. Nakon objave rezultata nametnula se potreba kvantificiranja pojave pijenja alkohola, ali i drugih stavova, navika i ponašanja mladih vezanih uz konzumiranje alkohola i drugih sredstava ovisnosti. Nastavak ovog projekta bio je kvantitativno istraživanje koje je bilo provedeno sa ciljem:

- ispitivanja vrste i učestalosti korištenja sredstava ovisnosti u populaciji učenika 7. i 8. razreda osnovne škole i 2. razreda srednje škole u Međimurskoj županiji,
- utvrđivanja glavnih socijalnih i psiholoških čimbenika koji su u osnovi uzimanja sredstava ovisnosti kod mladih
- ispitivanja stavova i navika učenika koji utječu na uzimanje psihosocijalnih sredstava

Istraživanje je provedeno na uzorku od 30% slučajno odabranih učenika 7. i 8. razreda svih osnovnih škola i 2. razreda svih srednjih škola u Međimurskoj županiji. Planirani uzorak iznosio je 1159 učenika, a ostvareno je 96% planiranog uzorka. Odabrani učenici ispunjavali su anonimni upitnik jedan školski sat tijekom nastave, početkom lipnja 2007. godine, pod vodstvom posebno educiranih voditelja školskih preventivnih programa.

Istraživanjem smo obuhvatili 778 učenika 7. i 8. razreda svih osnovnih škola (395 djevojčica i 383 dječaka) i 332 učenika 2. razreda svih srednjih škola (151 djevojka i 181 mladić), ukupno 1110 učenika.

Dobiveni rezultati potvrdili su činjenice uočene tijekom kvalitativnog istraživanja i ponovo naglasili da se tijekom odrastanja mladi susreću s brojnim preprekama i problemima, a sredstva ovisnosti samo su jedno od brojnih iskušenja kojima su izloženi. Promjene u socijalnom okruženju, promjene moralnih i drugih vrijednosti mnoge su roditelje i druge odgajatelje i učitelje zatekle nespremnima te ostavile prostora brojnim rizičnim ponašanjima djece i mladih.

Nije zato slučajno što smo se i u rezultatima ovog istraživanja morali susresti s brojkama koje nas ne mogu ostaviti ravnodušnima.

Pušenje cigareta i pijenje alkohola najzastupljeniji je način korištenja sredstava ovisnosti kod djece i mladih u našoj Županiji.

Korištenje ilegalnih sredstava ovisnosti puno je manje zastupljeno, što se slaže s navodima iz literature da mladi koji postanu ovisnici o ilegalnim drogama najčešće ispadnu iz školskog sustava.

Unatoč zabrani prodaje maloljetnicima, naši ispitanici navode da su im lako dostupne i bez problema mogu nabaviti i cigarete i alkoholna pića, a mnogi među njima, pogotovo srednjoškolci smatraju lako dostupnim i ilegalna sredstva ovisnosti.

Sve manje su razlike među spolovima, djevojke su kod većine sredstava ovisnosti gotovo dostigle, a u učestalosti pušenja cigareta i prestigle svoje vršnjake.

Kod naših ispitanika se, kao i drugdje u Hrvatskoj i Europi, uočava kombiniranje različitih sredstava ovisnosti te unatoč relativno dobroj informiranosti, nedovoljno poimanje štetnosti sredstava ovisnosti i njihovog rizika po zdravlje.

Oba istraživanja imala su za cilj utvrditi kako razmišljaju mladi u našoj Županiji, koriste li sredstva ovisnosti u jednakoj mjeri kao i drugdje u Hrvatskoj te kako objašnjavaju razloge takvog ponašanja. Namjera nam je bila identificirati najčešće rizične, ali i zaštitne činitelje koji dovode do određenog ponašanja, kao prvi korak u planiranju rješavanja problema.

Najvažniji ciljevi jednog i drugog istraživanja, koja nikako ne bi smjela biti sama sebi svrha, bili su nam uz sprečavanje i smanjenje zlouporabe alkohola, cigareta i drugih sredstava ovisnosti i podizanje opće svijesti i informiranje javnosti o štetnim posljedicama konzumiranja sredstava ovisnosti.

Što nam se iz rezultata oba istraživanja nametnulo kao najalarmantnije?

1. Još uvijek veliki broj srednjoškolaca, a posebno srednjoškolki nije uključeno u nikakve vanškolske sportske aktivnosti, naime čak 60,9% ispitanih djevojaka 2. razreda srednje škole se rijetko bavi ili se uopće ne bavi sportsko-rekreativnim aktivnostima, a samo ih 10,6% redovito trenira u nekom klubu.

Među mladima koji su se izjasnili da piju alkohol, većina se izjasnila da se bavi nekim sportom te smo se susreli s činjenicom da bavljenje sportom nije automatski zaštitni faktor od rizičnih ponašanja, nego da je potrebno znanje i angažiranje trenera i voditelja sportskih udruga.

Naime, djeca izjavljuju da im se u klubu alkohol ne nudi, ali često piju nakon treninga, naravno bez znanja trenera o tome. Svjedoci su da starije ekipe pobjedu slave uz "gajbu pive", a neki znaju i na utakmicu doći već pijani. Pijenje alkohola češće je uz ekipne sportove, najčešće se spominjao nogomet i rukomet.

Neophodno je dakle steći bolji uvid u vanškolske aktivnosti mladih i omogućiti im nove, zanimljivije i privlačnije sadržaje.

2. Mladi naše Županije veoma rano započinju s večernjim izlascima (prosječna dob prvih večernjih izlazaka je 13,6 god), a mnogi među njima navode da nemaju ograničene izlaske. Naime, čak 9,4% ispitanih dječaka i 4,6% ispitanih djevojčica 7. i 8. razreda ostaju vani duže od ponoći, a još je poraznije da 8,4% dječaka i 3,5% djevojčica uopće nemaju ograničene izlaske!

Premda svaki izlazak ne znači i rizično ponašanje, ipak se većina rizičnih ponašanja veže uz večernje izlaske mladih. Neophodna je suradnja roditelja.

3. Pijenje alkohola u sve ranijoj dobi i to čak s namjerm da se napije najizraženiji je način korištenja sredstava ovisnosti u naše djece i mladih.

Alarmantan je podatak da čak 76,3 % mladića u 2. razredu srednje škole i 66,2 % djevojaka pije alkohol redovito, dakle više puta mjesečno, svaki vikend ili čak svakodnevno, a tri puta i više u životu je bilo pijano 66,3 % mladića i 47,7 % djevojaka što se nikako ne može smatrati slučajnim opijanjem, nego se svrstava u rizično ponašanje. Neophodan je rad s mladima.

4. Korištenje ilegalnih sredstava ovisnosti puno je manje zastupljeno, što se slaže s navodima iz literature da mladi koji postanu ovisnici o ilegalnim drogama najčešće ispadnu iz školskog sustava, ali su naši ispitanici sva sredstva za koja smo ih pitali, osim LSD, probali barem jednom,

- a najzastupljenije je bilo korištenje sredstava za smirenje, inhalacijskih sredstava i marihuana.
- 5. Mladi navode da su im lako dostupna alkoholna pića i cigarete, a i za ilegalna sredstva navode da ih uglavnom mogu lako nabaviti.

Intervencija

Za uspješno rješavanje ovog problema neophodno je pokrenuti i angažirati sve segmente društvene zajednice. Na prvom mjestu ističemo rad s roditeljima koji se i sami izjašnavaju kao nemoćni i bez dovoljno znanja i utjecaja na ponašanje svoje djece. Važno je i osigurati provedbu zakonskih odredbi o zabrani prodaje cigareta i alkohola maloljetnicima te represivnim i drugim mjerama smanjiti dostupnost ostalih sredstava ovisnosti, što nije moguće bez uključivanja šire društvene zajednice, a u cijelom procesu promjena mladi moraju biti uključeni na adekvatan način. Prošireni županijski tim za zdravlje za prioritet prekomjerno pijenje alkohola i pušenje u mladim pokrenuo je provođenje projekta „Pokrenimo zajednicu u prevenciji ovisničkih ponašanja mladih“. Voditeljica projekta bila je Andreja Zadravec Baranašić, dipl. soc. pedagog, a nositelj projekta je bila Osnovna škola Štrigova.

Projekt se provodio od 9. mjeseca 2008. do 5. mjeseca 2009. godine. Započeli smo u 9. mjesecu s formiranjem stručnog tima kojeg su činili predstavnici policije, socijalni pedagog, sociolog, liječnice školske medicine iz Zavoda za javno zdravstvo Medimurske županije te stručni djelatnici u klubovima liječenih alkoholičara u mjestima u kojima klubovi djeluju. Članovi stručnog tima pristupili su planiranju aktivnosti i pronalaženju najboljeg modela aktivnog oblika rada s djecom, mladima i odraslima zajedno.

Ciljevi intervencije:

- sprečavanje i smanjenje zluuporabe alkohola, cigareta i drugih sredstava ovisnosti,
- podizanje opće svijesti i informiranje javnosti o štetnim posljedicama konzumiranja sredstava ovisnosti.

- smanjenje obolijevanja, smrtnosti i opterećenja bolešću povezanih s ovisničkim ponašanjem,
- smanjenje broja nesreća, posebno u prometu,
- smanjenje pojave društvenih poremećaja, raspada obitelji i nasilja u obitelji,
- zaštita zdravlja mladih kroz promicanje zdravih stilova života i promicanje duševnog zdravlja.

Predviđene mjere intervencije:

- formiranje stručnih timova za edukaciju roditelja, predstavnika sportskih udruga, ali i drugih udruga koje okupljaju mlade, predstavnika lokalne vlasti i Savjeta mladih, predstavnika medija,
- organizacija i provođenje edukacije u svim općinama i gradovima naše Županije za gore navedene ciljne grupe,
- preko voditelja školskih preventivnih programa organizirati aktivnosti djece na izradi promotivnih edukacijskih materijala u svim osnovnim i srednjim školama, a u Mjesecu borbe protiv alkoholizma i drugih ovisnosti organizirati tiskanje najboljih radova i javnu podjelu u svim mjestima u Županiji.

Potrebno je djelovanje tima usmjeriti na lokalnu zajednicu i njene sudionike pa se edukacija organizira i provodila u svih 25 jedinica lokalne samouprave u našoj Županiji (22 općine i 3 grada).

Dinamika provedbe:

Ciklus okruglih stolova na koje su bili pozivani predstavnici roditelja, učitelja i odgajatelja, voditelji sportskih i drugih udruga koje se bave mladima, vlasnici trgovina i kafića, predstavnici lokalne vlasti, predstavnici Savjeta i Vijeća mladih te predstavnici medija održao se u dva dijela:

- jesenskom (rujan-studeni) i
- proljetnom (veljača- travanj).

Okrugli stol uvek je započinjao kratkim motivacijskim predavanjima članova tima, koja su imala namjeru upoznati sve sudionike s veličinom i oblikom problema i u interaktivnom radu predložiti i tražiti najbolje načine za njegovo rješavanje.

S obzirom na to da se tijekom navedenih mjeseci tjedno događao najmanje jedan okrugli stol u nekom gradu ili općini, a svi su bili jako dobro najavljeni, a zatim i zabilježeni u medijima, postigao se postavljeni cilj senzibiliziranja javnosti. Zabilježena je različita posjećenost ovih skupova: od onih izuzetno dobro posjećenih do skupova sa slabijim odazivom, prosječno se zabilježilo sudjelovanje oko 20 sudionika.

Istovremeno su se u školama u organizaciji voditelja školskih preventivnih programa odvijale kreativne radionice s djecom i mladima na kojima su se izrađivali promotivni materijali na temu štetnosti sredstava ovisnosti. Cilj je bio potaknuti djecu da riječju i slikom izraze svoje znanje o štetnosti sredstava ovisnosti. U Mjesecu borbe protiv alkoholizma i drugih ovisnosti djeca i mlađi izašli su sa svojim materijalima na trgove i ulice svojih gradova i općina i animirali odrasle i dijelili im letke, značke, bedževe ili druge uratke.

Središnja javna tribina na kojoj su prikazani rezultati ovih aktivnosti održana je u administrativnom središtu Županije u Čakovcu, a s tribine je još jednom poslan apel javnosti da se kreće s mrtve točke i počne aktivnije sudjelovati u rješavanju problema.

Zaključci:

Na središnjoj tribini, kao i na ostalim skupovima, bilo je veoma zanimljivih i korisnih diskusija sudionika. Neprestano je isticana uloga i odgovornost cijelog društva, ali je kao najvažnija ipak istaknuta uloga obitelji.

Neprestano je isticana činjenica da to što živimo u društvu u kojem je pijenje alkohola, pa čak i prekomjerno pijenje, društveno prihvatljivo ponašanje ne daje djeci i mladima nimalo pozitivan primjer. Takoder je isticana uloga represivnog aparata (policije i inspektorata) te veoma važna uloga medija koji nekritičnim reklamiranjem alkoholnih pića daju negativan primjer mladima i potiču ih na konzumiranje.

Pritisak vršnjačkih skupina, nesigurnost, dosada i nedostatak prostora u kojima bi umjesto u kafićima mogli sadržajnije provoditi slobodno vrijeme istaknuta je od strane mlađih te je upućen apel lokalnim vlastima da nešto poduzmu u tom smjeru.

S veseljem bilježim činjenicu da se u nekoliko općina nakon ovih skupova pronašao i uređio prostor za okupljanje mlađih.

Na svim skupovima neprestano je isticana uloga i odgovornost cijelog društva, ali je kao najvažnija ipak istaknuta uloga obitelji.

Projektom „Pokrenimo zajednicu u prevenciji ovisničkih ponašanja mlađih“ koji je proveden u svim općinama i gradovima Županije informirani su i senzibilizirani na ovaj problem brojni akteri u pojavi prekomjernog pijenja mlađih, a iz svih rasprava jasno se nametnulo da na prvom mjestu mora biti rad s roditeljima koji se i sami izjašnjavaju kao nemoćni i bez dovoljno znanja i utjecaja na ponašanje svoje djece pa je iduće godine nastavljeno s preventivnim aktivnostima kroz projekt edukacije roditelja „Najvažnija je obitelj“.

Primjena kvalitativne metode istraživanja u javno-zdravstvenom pristupu ranog pijenja alkohola među djecom i mladima u Dubrovačko-neretvanskoj županiji

Ankica Džono Boban, Matija Čale Mratović

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije

Uvod - analiza problema

Alkohol je, uz pušenje cigareta, najčešće korišteno sredstvo ovisnosti kod mlađih ljudi. O toj temi mediji pišu senzacionalistički, najčešće kada se dogode ekstremne posljedice alkoholiziranja mlađih dok istovremeno javnost i politika ne poklanaju dovoljno pažnje ozbiljnosti problema i njegovim dugoročnim posljedicama. Korištenje alkohola se tolerira, ono se s naklonosću i simpatijom shvaća kao dio nacionalne tradicije i „kulture”, promovira se putem medija, a dobiva i podršku u saborskim raspravama (prijedlog Zakona o vinu). Međutim, štetne posljedice korištenja alkohola za pojedinca, obitelj i društvo su nedvojbene.

U svijetu je problem alkoholiziranja među mlađima prepoznat već nekoliko desetljeća pa je u organizaciji Svjetske zdravstvene organizacije u Parizu 1995. godine na Ministarskoj konferenciji država članica Europske Unije (EU) prihvaćen Europski sporazum o alkoholu (1). Sporazum uključuje etičke principe i akcijski plan koji od država članica EU traži razradu politike razvoja i primjene programa koji osiguravaju pravo građanima da njihove obitelji, zajednica i radni uvjeti budu zaštićeni od nezgoda, nasilja i ostalih negativnih posljedica konzumiranja alkohola. Posebno se naglašava pravo djece i mlađih da rastu u okolini koja je zaštićena od negativnih posljedica alkoholiziranja i promocije korištenja alkohola. Vlade država članica pozivaju se da promiču zdravlje kontroliranjem dostupnosti alkohola, posebice mlađim ljudima, utjecajem na cijene alkoholnih pića, npr. povećanjem „poreza na alkohol”. Ovaj su sporazum potpisale sve države članice EU.

Djeca i mlađi posebno su osjetljivi na štetno djelovanje alkohola iz više razloga. U pubertetu se događaju intenzivne fiziološke promjene: uz hormonalnu nestabilnost živčani sustav još je u razvoju, a tjelesni i mišićni rast nisu dovršeni. Djeca tek uče potrebne socijalne vještine za uspješno rješavanje problema, suočavanje s frustracijom i slično pa alkoholiziranje mlađih u značajnoj mjeri ometa normalan proces odrastanja, učenja bavljenja frustracijom, stvaranja zadovoljavajućih odnosa s drugima, odupiranja pritiscima vršnjaka, kontrole seksualnih i drugih impulsa te povećava vjerojatnost razvoja drugih duševnih poremećaja, kao i vjerojatnost za razvoj ovisnosti o alkoholu već u ranoj dobi. Pod utjecajem alkohola mlađi će učiniti stvari koje ne bi napravili da nisu konzumirali alkohol. Pri tome se misli na seksualne odnose bez zaštite, promiskuitetno ponašanje, nasilna ponašanja, vožnju pod djelovanjem alkohola, konzumiranje drugih droga (2,3).

Alkoholiziranje maloljetnika je javnozdravstveni problem s kojim se društvo mora otvoreno suočiti i javno i glasno prozboriti, posebno u svjetlu rastućeg trenda konzumiranja alkohola među mlađima kod nas. U ESPAD-ovu istraživanju, po količini popijenog pića pri jednom izlasku u zadnjih 30 dana Hrvatska se s desetog mjesta (2007.) popela na treće (2011.) među 36 zemalja (4,5).

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije u suradnji s Centrom za istraživanje i razvoj obrazovanja Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu od 2001. godine provodi periodična istraživanja o različitim aspektima života učenika srednjih škola u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (DNŽ), a jedan dio upitnika obrađuje konzumiranje

legalnih i ilegalnih droga među učenicima. Dok u razdoblju između 2001. i 2006. godine pratimo trend stagnacije ili pada konzumiranja ilegalnih sredstava prvenstveno marihuane te pad konzumiranja cigareta, konzumiranje alkohola blago, ali kontinuirano raste.

Samo 23% učenika prvih i 3% završnih razreda srednjih škola nikad nije probalo žestoka alkoholna pića. Žestoka alkoholna pića u dobi do 11 godina proba 14% učenika, od 12 - 13 godina 21%, a najveći porast konzumiranja događa se u dobi od 14 - 15 godina kada ga proba 41% učenika.

Nekoliko puta mjesečno i češće žestoka alkoholna pića konzumira 38% učenika prvih i 58% učenika trećih razreda, od čega nekoliko puta tjedno i češće 9% učenika prvih i 17% učenika trećih razreda. Pri jednom izlasku, 6 i više pića popije 9% učenika prvih i 29% učenika završnih razreda. Jednom mjesečno i češće opije se 17% učenika prvih i 27% učenika završnih razreda, nekoliko puta mjesečno i češće 11% učenika prvih i 23% učenika završnih, a jednom tjedno i češće 5% učenika prvih i 11% učenika završnih razreda srednjih škola.

Od učenika koji posjeduju vozačku dozvolu (15% ukupne učeničke populacije) pod utjecajem alkohola nikad ne vozi 37% njih. 16% učenika vozi uvijek, bez obzira na količinu konzumiranog alkohola dok 47% učenika ponekad vozi pod utjecajem alkohola.

Unatoč zabrani prodaje alkohola malodobnjima, učenici još uvijek lako kupuju alkohol; u diskoteci (82%), kafiću (77%) i trgovinama (54%). Samo 5% mladih u diskoteci, 7% u kafićima i 16% u trgovinama nisu uspjeli kupiti alkohol jer su ih pitali za godine i nisu im htjeli prodati alkoholna pića.

2006. godine raste udio ispitanika koji do alkohola dolaze pomoću starijih osoba, a opada udio onih kojima druge osobe nude alkohol.

Premda je istraživanje dalo brojne i vrijedne podatke kako za procjenu stanja, tako i za planiranje preventivnih aktivnosti, još uvijek su nam nedostajali odgovori na važna pitanja o tome kako i zašto mlađi počinju piti, kako oni vide i što misle o alkoholiziranju mladih. Dok u nastajanju ovisnosti o alkoholu, kao što je poznato, u značajnoj mjeri ulogu igra genetika, započinjanje pijenja i razvijanje opijanja kao obrasca ponašanja nastaju pod utjecajem je okoline.

Cilj

Cilj ovog kvalitativnog istraživanja je utvrditi obrazac ponašanja u pijenju alkohola među djecom i mladima u Dubrovačko-neretvanskoj županiji.

Metodologija

Tehnika kvalitativno-naturalističkog istraživanja prepoznaže dinamiku problema u zajednici i generatore pojave koja se istražuje s obrascem ponašanja (6). Zbog toga je ova metodologija izabrana za istraživački javnozdravstveni pristup ranog pijenja alkohola među djecom i mladima u Dubrovačko-neretvanskoj županiji. Istraživanje je provedeno metodom individualnog intervjuja sa pitanjima otvorenog tipa. Fokus istraživanja bila su individualna iskustva sa ciljem dubljeg razumijevanja obrasca pijenja kao obrasca pojedinačnog ili kolektivnog ponašanja. Svi ispitivači imali su jednak set istraživačkih pitanja: od općih do pitanja vezanih za istraživački problem, a odnosila su se na dob i spol ispitanika, s kim žive, s kim se druže, kako i gdje provode slobodno vrijeme, kako i zašto djeca počinju piti (kad, gdje, kojim prilikama, što utječe na početak pijenja), kako se zabavljaju i koliko često piju alkohol pri izlascima, kako određuju granice pijenja i kako se dogodi da se netko opije, kako nabavljaju alkohol, kako gledaju na one koji se opijaju, a kako na one koji ne piju, do koliko sati smiju ostati kod večernjeg izlaska, kako roditelji nadgledaju njihova ponašanja u vezi večernjih izlazaka i pijenja alkohola, što znaju o štetnom djelovanju alkohola, o zakonskim propisima, jesu li zadovoljni i sretni u životu, što bi pomoglo da mlađi manje piju, tko bi u tome trebao sudjelovati, razgovaraju li s roditeljima o problemima. Svaki intervju bilježen je audiozapisiom temeljem kojeg su ispisani transkripti intervjuja koji su služili za analizu. Intervjuje su vodili educirani ispitivači, psiholozi ili pedagozi u osnovnim i srednjim školama. Za malodobnu djecu roditelji su potpisali informativni pristanak za sudjelovanje djeteta u istraživanju.

Za analizu podataka prikupljenih u ovom naturalističkom pristupu istraživanja ranog pijenja alkohola korištena je induktivna metoda, kojom se na temelju analize pojedinačnih činjenica dolazi do spoznaje novih činjenica, uopćavanja i formiranja

novih zakonitosti, odnosno do općih zaključaka (7). Induktivna analiza uključuje dva procesa kodiranje i kategoriziranje. U procesu kodiranja izdvajali su se dijelovi rečenice ili cijele rečenice iz intervjua kao samostalna informacija kojoj nije potrebno dodatno objašnjenje (samostalno-interpretativan kod). U procesu kategoriziranja kodirani podaci svrstavani su u kategorije. Svaka kategorija imala je svoje ime i određeno pravilo za priklučivanje koda u određenu kategoriju te je bila interna homogena, a eksterno heterogena. Primjenom metode stalne usporedbe (constant comparison method) kodirani podaci s istim informacijama svrstavani su u iste kategorije po principu sličnosti (8). Nakon kategorizacije svih kodova i utvrđivanja međusobnog odnosa između kategorija, neke kategorije podijeljene su u podkategorije. Ovakvu analizu i obradu podataka, kodiranje i kategoriziranje, individualno su proveli educirani članovi tima. Potom je provedeno timsko kategoriziranje, koje je podrazumijevalo timsko uskladivanje kategorija temeljem istog ili sličnog opisa kategorije i pravila priklučivanja. Tijekom tog procesa timski je odlučeno o udruživanju sličnih kategorija u jedinstvenu kategoriju, koja je dobila svoje ime i pravilo priklučivanja. Ponovno je provjereno pripadaju li svi kodovi novoj kategoriji, temeljem utvrđenog pravila priklučivanja. Kodovi koji nisu zadovoljavali kriterije uključivanja u određenu kategoriju svrstavani su u kategoriju nesvrstanih kodova koji su kasnije kategorizirani ili odbačeni kao nebitni. Proces je završio konačnim timskim definiranjem kategorija.

Uzorak

Uzorak ispitanika u ovom istraživanju predstavljali su učenici 7. i 8. razreda osnovne škole (OŠ) i 3. razreda srednje škole (SŠ) u gradovima Dubrovniku i Metkoviću. Za predstavnike OŠ odabrana je jedna OŠ u Dubrovniku i jedna u Metkoviću. Za predstavnike SŠ odabrane su tri različite škole: Gimnazije u Dubrovniku i Metkoviću kao škole s najvećim zahtjevima i najboljim učenicima, Pomorsko-tehnička škola u Dubrovniku i Obrtnička u Metkoviću kao škole s pretežito muškom populacijom učenika te Ekomska i trgovačka škola u Dubrovniku kao škola s dominantno ženskom populacijom. Stručni suradnici u školama birali su

učenike na način da su iz razreda birali predstavnike različitih skupina po uspješnosti i ponašanjima te po spolu. Gradovi su identificirani kao dvije različite lokalne zajednice, obzirom na njihove kulturno-istorijske i društveno-ekonomski karakteristike. U dizajnu istraživanja i izboru sredine krenulo se od pretpostavke da je Dubrovnik tipično urbana gradska sredina, a Metković urbana zajednica s naglašenijim utjecajem ruralnih tradicijskih (obiteljskih i religijskih) vrijednosti.

Rezultati kvalitativnog istraživanja

Kvalitativno-naturalističkim istraživanjem o ranom pijenju alkohola među djecom i mladima u Dubrovačko-neretvanskoj županiji obuhvaćeno je 28 ispitanika učenika OŠ i SŠ (u Dubrovniku 8 ispitanika iz OŠ i 7 ispitanika SŠ, u Metkoviću 8 ispitanika iz OŠ i 5 ispitanika iz SŠ). Svaki transkript najprije je indeksiran određenim kodom, sa ciljem zaštite podataka ispitanika, na način da je osnovna škola dobila kod OŠ, srednja SŠ, grad Dubrovnik – D, Metković – M, a ispitanici redni broj od 1 pa nadalje; npr. transkriptu Ekonomsko-trgovačka škola Dubrovnik – ispitanik A dodijeljen je kodni indeks SŠ-D-1; transkriptu Ekonomsko-trgovačka škola Dubrovnik – ispitanik J – kodni indeks SŠ-D-2 i tako redom do posljednjeg ispitanika srednje škole iz Dubrovnika. Indeksiranje osnovnih škola obavljeno je na sljedeći način: transkript osnovna škola Lapad – Dubrovnik – ispitanik N imao je kodni indeks OŠ-D-1; transkript osnovna škola Lapad – Dubrovnik – ispitanik K – kodni indeks OŠ-D-2 i tako redom do posljednjeg ispitanika iz osnovne škole u Dubrovniku. Po istom principu izvršeno je indeksiranje ispitanika iz Metkovića; transkript srednja škola Metković – ispitanik C imao je kodni indeks SŠ-M-1 i tako redom do posljednjeg ispitanika iz srednje škole iz Metkovića.

Svi indeksirani transkripti u pismenom obliku podijeljeni su članovima tima koji su radili analizu. Prvo iščitavanje obavljeno je na način da su dijelovi rečenica s istim ili sličnim informacijama označeni istom bojom. Svaki novi dio rečenice koji je predstavljao novu vrstu informacija označen je drugom bojom (slika 1). Slijedilo je izrezivanje kodova te slaganje u kategorije sukladno postavljenom pravilu priklučivanja (slika 2 a, b, c).

(P) Koji si razred? (O) 3.
 (P) S kojim uspjehom prolaziš? (O) S 3-4.
 (P) S kime živiš? (O) Sa roditeljima.
 (P) Kako se slažete? (O) Pa dobro. Standardno.
 (P) Sa kime se najviše družiš? (O) Sa prijateljima iz osnovne. Nas 5-6 koji su sada većinom pomorska ali smo ostali dobri i nastavili se družiti.
 (P) Je li to neko stalno društvo? (O) Da.
 (P) Gdje najčešće izlazite? (O) Nalazimo se na pošti u Lapadu i izlazimo po kafićima u Uvali.
 (P) Koga tamo sve ima? (O) U kafićima ima i mlađih od nas, naše generacije pa starijih do 5-6 godina od nas. Sve obični normalni ljudi.
 (P) Pošta u Lapadu, ozloglašena, opravданo ili? (O) Bez razloga. Mi se tamo okupljamo uvečer tjekom tjedna od 8,30 do 11 i nismo nikada vidjeli razlog zašto se toliko priča o tom mjestu. Ili se oni tako dobro skrivaju ili mi dobro ne vidimo ili nema tu ništa za vidjeti.
 (P) Što obično radite kad se nadete? (O) Pa ništa. Sjedimo i pričamo.
 (P) Izlasci vikendom? (O) Petak Lazareti, subotom stari grad. Nekad i do Župe podemo.
 (P) Što je za tebe zabava? (O) Dobro druženje, dobra ekipa, dobra muzika, puno ljudi.
 (P) I kako se zabavljate? (O) Slušamo muziku i zezamo se. Ples slabo, više to cure zanima.
 (P) Kad izlazite da li je to planirano ili spontano? (O) Dogovorimo se preko tjedna.
 (P) Kada izlazite preko tjedna? (O) Od 8 do 10,30-11
 (P) Vikendom? (O) Produženi boravak vani. Od 9 do 3-4 dok ne podu sv.
 (P) Koga tvoja generacija smatra uspješnim? (O) U našem društvu svi smo jednaki. Nikoga ne smatramo uspješnjim ili facom. U širem društvu ne gledamo ostale. Ne smatram nikog uspješnjim od mene niti se time zamaram. Ni generacijski nitko se ne ističe, zapravo ne razmišljamo o tome.

Slika 1. Primjer kodiranja transkripta (kodovi sa sličnim informacijama označeni su istom bojom)



2 a



2 b



2 c

Slike 2 a, b, c. Individualna analiza članova tima: kodiranje i kategoriziranje

Društvo i prijatelji (OPIS: s kim se druže, kako biraju prijatelje, tko su im prijatelji, kako su se sprijateljili)

prijatelji iz razreda
SŠ-D-1, SŠ-D-3, SŠ-D-5, SŠ-D-6, SŠ-D-7, SŠ-M-2, SŠ-M-3, OŠ-D-2, OŠ-D-3, OŠ-D-4, OŠ-D-7, OŠ-D-8, OŠ-M-1, OŠ-M-2, OŠ-M-5, OŠ-M-6, OŠ-M-8

prijatelji iz djetinjstva – vrtića
SŠ-D-1, SŠ-D-5, SŠ-M-3, SŠ-M-5, OŠ-D-1, OŠ-D-2, OŠ-D-5, OŠ-D-7, OŠ-M-3, OŠ-M-4, OŠ-M-7

prijatelji iz osnovne
SŠ-D-2, SŠ-M-4, OŠ-D-1

prijatelji iz sportskih klubova, sa sportskih aktivnosti
SŠ-D-3, SŠ-M-5, OŠ-M-3

žensko društvo
SŠ-D-4, SŠ-D-6, OŠ-D-6

Slika 3. Primjer definiranja podkategorije s pravilom priključivanja kodova

Kodirani podaci s istim ili sličnim informacijama kao npr.: „*družim se s prijateljima iz razreda i nekim starijima... s prijateljicama iz gimnazije, prijateljicom još iz djetinjstva i novim prijateljicama iz razreda, stalno društvo... s prijateljima iz razreda i prijateljima gdje sam živio u gradu... to što smo išli zajedno u školu i non-stop se zajedno družili i igrali... s prijateljima iz osnovne... nas 5-6 koji su sada većinom pomorska ali smo ostali dobri i nastavili se družiti... živim u domu i izlazim sa cimericom... kod kuće izlazim s rođicom koja mi je i najbolja prijateljica, a izlazimo s njenim prijateljicama koje su i malo starije... prijatelji iz razreda...*“ svrstani su u kategoriju „društvo i prijatelji“.

Kodirani podaci kao „*izlazimo u jedan kafić ... preko tjedna... najčešće se okupljamo u gradu pa idemo u kafić ili se prošećemo na Porporelu pa petkom u Lazarete... ako netko ima rođendan onda se slavi kod njega doma... najčešće se okupljamo u gradu pa se prošećemo na Porporelu i tamo pričamo i pjevamo... tako se zabavlja većina osim u Lazaretima kada bude rave party... nalazimo se na pošti u Lapadu i izlazimo po kafićima u Uvali... pošta Lapad okupljamo se uvečer tijekom tjedna od 8.30 do 11.00 sati... kupi se piće u butizi i ide negdje, najčešće na Gradac... ali tu se nekontrolirano pije... preko ljeta ide se na Danče na stijene... ispred škole, malo do grada u kafić...*“ svrstani su u kategoriju „mjesto druženja“.

Individualnom analizom i razvrstavanjem kodiranih podataka iz intervjuja učenika osnovnih škola dobivene su sljedeće preliminarne kategorije: život u obitelji, komunikacija u obitelji, provođenje vremena s obitelji, društvo i prijatelji, vrijeme izlaska, način zabave, „dobra zabava“, koliko su roditelji upoznati s načinom zabave, planiranje zabave, povratak kući nakon izlaska, „face“, „luzeri“, pravila ponašanja, dob prvih večernjih izlazaka, mjesto večernjeg izlaska, konzumiranje alkohola tijekom večernjeg izlaska, vrste pića i količine, prigode u kojima se pije, dnevno / noćno pijenje, stav o onima koji ne piju, stav o onima koji piju, pijenje s obzirom na spol, stav roditelja prema pijenju mlađih prema riječima učenika, štetnost alkohola, zakoni, izgled pijane osobe, veza alkohol – zabava, konzumacija alkohola kod kuće, džeparac, moguće mjere sprječavanja alkoholizma, razlozi pijenja, alternativa alkoholu, način nabave alkohola, slobodno vrijeme, poticanje na alkohol, početak pijenja kod mladih, razlozi nepijenja.

Individualnom analizom i razvrstavanjem kodiranih podataka iz intervjuja učenika srednjih škola dobivene su sljedeće preliminarne kategorije: s kim se druži, mesta druženja, ekipe, formiranje grupa za izlazak, mesta okupljanja, vrijeme izlazaka, prvi izlasci u životu, dob prvog konzumiranja alkohola, dani kada se izlazi i pije, zabava, alkoholna pića, zašto mladi piju, pijenje i suprotni spol, količina

Tablica 1. Kategorije i podkategorije kao rezultat analize narativnih podataka u kvalitativnom istraživanju ranog pijenja mladih u Dubrovačko-neretvanskoj županiji

Kategorija	Podkategorija
1. Slobodno vrijeme	Društvo i prijatelji
	Provodenje slobodnog vremena
	Prvi izlasci
	Vrijeme i mjesto izlazaka
	Večernji izlazak
	Vrijeme izlaska
2. Obiteljsko okruženje	Džeparac
	Komunikacija u obitelji
	Pijenje u obitelji
	Uvid roditelja u pijenje mladih
	Dočekivanje djece nakon izlaska
3. Konsumacija alkohola	Stav roditelja prema pijenju
	Početak prvog pijenja
	Način nabave alkohola
	Vrsta alkohola koji se pije, gdje i kada se pije
4. Mladi o pi- jenju	Količina pića kojeg se pije
	Zašto mladi piju
	Pritisak vršnjaka na pijenje
	Što mladi misle o pijenju
	Granica opijanja
	Znanje o štetnim posljedicama alkohola
5. Mladi o za- konima	Razlozi protiv pijenja
	O zakonu o izlascima do 23 sata
	O zakonu o netočenju alkohola mladima od 18 godina
	O zakonu o 0% alkohola u krvi
6. Intervencija	Komunikacija s roditeljima
	Školski preventivni programi
	Poštivanje zakona
	Alternativne aktivnosti

popijenog alkohola, granica opijanja, pijenje preko granice, stav prema pijenju i pijanim osobama, stav prema pijanima koji prave probleme, zašto pijani prave probleme, definicija pripite osobe i pijane osobe, tko više pije, pritisak vršnjaka na one koji ne piju, tko ne pije, znanje o zdravstvenim posljedicama pijenja alkohola, znanje o zakonima, zakon za mlade, zakon o promilima alkohola u krvi, zakon zabrane točenja alkohola mlađim od 18 godina, „faca“ u društvu, „nije faca“, roditeljsko znanje o problemu alkoholizma kod mladih, reakcija roditelja na pijanstvo, primijete li roditelji pijanstvo, roditeljevo dočekivanje djeteta nakon večernjeg izlaska, kontrole i zabrane roditelja o količini popijenog pića, posljedice kašnjenja kući nakon izlaska, džeparac, roditeljevo poznavanje djetetovog društva, alkohol u kući, što bi pomoglo da mladi ljudi manje piju, koji je gubitak prestankom pijenja alkohola, pijenje danas i prije, liječnička pomoć kod opijanja, reakcije okoline na ispumpavanje, razlozi protiv pijenja, način nabave alkohola, tinejdžerski problemi, razgovori s roditeljima, zadovoljstvo životom, droge, slobodno vrijeme, vrijeme s roditeljima, što da nema alkohola, razmišljanja o budućnosti, škola, škola i alkohol, utjecaj reklama.

Timskim kategoriziranjem iz navedenog velikog broja kategorija definirano je šest kategorija s podkategorijama (tablica 1). Svaka podkategorija definirana je opisom koji predstavlja pravilo priključivanja koda u podkategoriju (slika 3).

Prema podacima ovog istraživanja osnovnoškolci i srednjoškolci najviše se druže sa svojim vršnjacima iz razreda, škole ili susjedstva iako se neki učenici SŠ druže sa starijim prijateljima. Među srednjoškolcima formiraju se različite skupine (ekipe) mladih: „loše ekipe“ sklone opijanju alkoholom i nasilnom ponašanju, „dobre ekipe“ posebno tzv. „muzičke ekipe“ sklone pjevanju, nenasilnom ponašanju koje vole i malo popiti, „šminkerske ekipe“ koje se pokušavaju isticati brzom vožnjom motocikla ili auta. Slično se druže i osnovnoškolci i srednjoškolci: razgovaraju, šale se, šeću, bave se nekim sportom, plešu, sviraju, igraju kompjutorske igrice, idu u kino, igraju biljar, slušaju glazbu i gledaju filmove na DVD-u. Srednjoškolci također vole odlaziti u kafiće, piti kave ili alkohol.

Iako su kuće, igrališta, škole, parkovi i susjedstvo najčešća mjesta okupljanja i izlazaka mladih, prvenstveno osnovnoškolaca, mjesto druženja uglavnom ovisi o pripadnosti nekoj skupini, zabavi i vrsti glazbe koju vole. Osnovnoškolci rijetko idu u kafiće jer nemaju dovoljno novca i moraju se ranije vratiti kući. Radije šeću ili se druže na igralištima, u parkovima ili susjedstvu. Ljeti su češće vani, nego zimi. Srednjoškolci izlaze u kafiće i klubove te na noćne zabave. Oni su sa večernjim izlascima počeli u osmom razredu osnovne škole, a učenici osnovnih škola u šestom i sedmom razredu, što ukazuje na spuštanje dobne granice vezane uz početak noćnih izlazaka. U Metkoviću osnovnoškolci uglavnom ostaju vani do 21.30 sati, a u Dubrovniku češće do 23.00 sata. Srednjoškolci u Metkoviću vikendom izlaze oko 20.30 ili 21.00 sat i vraćaju se kući do 24.00 sata. Srednjoškolci u Dubrovniku izlaze tek oko 21.00 sat, nekad i kasnije, i ostaju do jutarnjih sati (2.00 - 5.00 sati ujutro). Velika većina vraća se kući između 2.00 i 3.00 sata. Duljina izlaska također ovisi o mjestu stanovanja i prijevozu. Poneki učenici navode da mogu ostati i cijelu noć ukoliko netko slavi rođendan kod kuće.

Mladi OŠ u oba grada dobiju džeparac za sok, sendvič, pizzu, kino i slično. Srednjoškolci za vikend dobiju puno više, neki 150 - 200 kn što sve potroše: prvo pojedu sendvič ili pizzu, kupe cigarete, a ostalo potroše na piće, uglavnom na alkohol.

Alkohol se uglavnom prvi put proba u 8. razredu, najčešće na rođendanim, novogodišnjim slavlјima, vjenčanjima ili na kraju školske godine. Obično je to bez nekog dogovora. Djeci su prvo alkoholno piće najčešće ponudile starije osobe, roditelji i djedovi i to za vrijeme ručka ili nekog slavlja. Različiti su razlozi zašto mladi počnu piti: na nagovor vršnjaka, bolje se zabavljaju, alkohol im daje snage da čine neke stvari koje inače ne bi učinili, opušteniji su i komunikativniji, više su „cool“ pa su i prihvataljiviji u društvu, zbog obiteljskih problema, zbog reklama. „Ne pij alkohol zato što alkohol vole. Alkohol piju jer svi piju!“ „Pijem jer svatko pije.“ „Vani pijem jer mi je ugodaj bolji.“ „Danas je normalno da prihvatiš ponuđeno piće.“ „Manje-više svi piju.“ „Što više pijes, veći si Hrvat.“ „Pijemo jer nemamo razloga da ne pijemo.“

Mladi alkohol najčešće piju vikendima, petkom i subotom. Nedjeljom ne, jer je u ponedjeljak škola.

Rijetko se pije tijekom tjedna i preko dana. Pijenje povezuju s večernjim izlascima, a pije se od 22 sata navečer do 2 sata ujutro.

Srednjoškolci nabavljaju alkohol bez ikakvih problema u trgovinama ili kafićima. Osnovnoškolci misle da srednjoškolci mogu slobodno kupiti alkohol, a ako im to ne uspije, onda ga ukradu od kuće ili zamole nekoga starijega da kupi umjesto njih. Novac za piće daju im roditelji koji najčešće ne znaju da je to za piće, neki zarade sami, a neki štede od novca za užinu. Količina popijenog pića ovisi o džeparcu; „*Pije se koliko se ima novca. Otprilike 10-ak pića. To je recimo u petak 150 kuna, a u subotu ostanem bez para pa je to dosta manje.*“ Učenici u osnovnim školama u Metkoviću navode da nemaju dovoljno novaca kojeg bi mogli potrošiti na piće. Džeparac im je do 20 kn, a piće je 15 kn.

Premda se piju sva alkoholna pića, mladići češće piju čista žestoka pića ili pivo dok djevojke najčešće piju miješana pića, voćnu votku, votka-kolu ili štok-kolu. Oni koji ne podnose čisti alkohol miješaju ga sa sokovima. Rijetko se piju samo sokovi. Djevojke u prosjeku popiju 4 - 5 pića, a mladići 7 - 8. Ima i onih koji u jednoj večeri popiju 10 - 15 alkoholnih pića. Ukoliko se pije pivo, popije se do 10-ak boca od 0,33 l. Osnovnoškolci rijetko piju, no navode da su probali pivo, vino, žestoka pića te miješano piće (sok i alkohol). Često se pije s namjerom da se napije.

Zaključak

Kvalitativno istraživanje pružilo je veliku količinu tekstualnih (narativnih) podataka prenesenih iz intervjuja ispitanika od riječi do riječi, s mnogo bilježaka i detalja iz područja istraživanja. Sve te zabilješke predstavljale su neobrađene podatke te su pružale deskriptivni zapis istraživanja. Filtriranjem podataka i generiranjem u kategorije dobiven je obrazac ponašanja mlade osobe – večernji izlasci vikendom s ciljem pijenja alkoholnih pića. Rezultati ukazuju da se s noćnim izlascima, ostajanjem do kasno u noć i pijenjem alkohola počinje u sve ranijoj dobi. Općenito, mladi u Dubrovniku u ranijoj dobi počinju s večernjim izlascima, izlaze sve kasnije i češće ostaju vani do jutarnjih sati u odnosu na mlade u Metkoviću.

Mladi piju zbog loših uzora u obitelji, utjecaja medija i vršnjaka, da bi se lakše opustili i zabavili, zato jer je to normalno, jer svi piju ili zato jer nemaju razloga da ne piju. Iako su dječaci prije više pili, danas djevojčice piju podjednako kao i oni. U projektu, za jednog izlaska popije se 4 - 5 pića, a ima onih koji popiju 10 - 15 iako količina popijenog pića ovisi o veličini džeparca, društву s kojim se izlazi, roditeljskom nadzoru, raspoloženju, atmosferi, ali i tome hoće li ih roditelji dočekati budni kad se vraćaju iz noćnog izlaska.

Prema mišljenju mlađih, roditelji bi trebali imati kvalitetniji odnos s djecom, više razgovarati, ali i više nadgledati. Smatraju da se u školama o tome premalo govori, da bi pomogle i veće kontrole od strane policije i inspekcije, više cijene alkoholnih pića, veća uključenost u sportske i društveno korisne aktivnosti u školi i zajednici, visoke kazne za pijenje kod maloljetnika i kazne za roditelje ako njihova djeca piju. Početak pijenja kod djece pod utjecajem je velikog broja međuovisnih čimbenika kojima su djeca izložena od najranije dobi. Jedna od najčešće spominjanih tvrdnji djece bila je: „*To je normalno, normalno je piti alkohol.*“ Pijenje alkohola je očekivano ponašanje, a prva popijena čaša samo vanjska manifestacija nesvjesnog obrasca formiranog davno ranije.

Što smo naučili? Iako je česta izjava da djeca nedovoljno znaju o djelovanju alkohola, svi su znali da je štetan za zdravlje, a znali su nabrojati i većinu organa na koje štetno utječe. Informacija o štetnosti sama po sebi nije ni dovoljan ni presudan čimbenik u promjeni ponašanja. Potrebno je preoblikovati već usvojene i stvoriti nove obrasce mišljenja, osjećaja, vrijednosti i ponašanja u vezi sa konzumiranjem alkohola kod djece, što je zahtjevan i kompleksan posao i traži posve drugačiju preventivnu praksu od dosadašnje. Uzimajući u obzir rezultate kvalitativne analize, smatramo da je u odabiru programa prevencije pijenja alkohola kod djece i mlađih potrebno uvrstiti čitav niz kriterija koje navodimo: vrijeme početka programa (Mora početi prije nego su djeca počela piti.), duljina trajanja programa (Program mora određenim intenzitetom trajati kontinuirano nekoliko godina od vremena početka pijenja kroz osnovnu školu te se nastaviti u srednjoj, poput „booster“ doza kod cijepljenja.), fokusiranost na ključne zaštitne naspram rizičnih čimbenika, us-

vajanje specifičnih vještina, vježbanje vještina, prilagođenost razvojnim potrebama djece, uloga obitelji, edukacija provoditelja programa, razrađeni radni materijali za djecu i voditelje programa, način procjene učinkovitosti programa, a radni materijal morao bi biti rezultat razumijevanja i primjene najnovijih znanstvenih spoznaja s područja psiholoških, socijalnih i medicinskih znanosti iz područja ljudskog ponašanja, dosadašnja iskustva s programom te uključenost uže i šire društvene zajednice.

Referencije

- World Health Organization. European Charter on Alcohol. Pariz, 1995. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf
- Talbert, S. Research Suggests Alcohol Produces Brain Damage in Teens. Psychology of Addictive Behaviors, 2010.
- Underage Drinking: A Major Public Health Challenge. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert No. 59. 2003. Dostupno na: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa59.htm>
- The 2011 ESPAD Report. Dostupno na: <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/>
- The 2007 ESPAD Report. Dostupno na: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf
- Vuletić, S. Metodika kvalitativno-naturalističkog istraživanja u lokalnoj zajednici. Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“. Zagreb, 2005.
- Liapputtong, P.; Ezzy, D. Qualitative research methods. University of Oxford, Australia, 2005.
- Čale Mratović, M.; Palinić Cvitanović, A.; Kmetović Prkačin, K.; Džono Boban, A.; Rudenjak, D. Mladi i alkohol: kvalitativno istraživanje pijenja alkohola među mladima Dubrovačko-neretvanske županije. Dubrovnik: Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, 2008.

Istraživanje zdravstvenih potreba i prioriteta Dubrovačko-neretvanske županije – metodološki sažetak

Marino Torić, Matija Čale-Mratović, Ankica Džono-Boban, Mato Lakić, Marko Grgurović

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije

Metodologija

Kvalitativno-istraživačka skupina Dubrovačko-neretvanske županije uzela je kao svoju polaznu točku u stvaranju Slike zdravlja Dubrovačko-neretvanske županije participaciju tj. neposredno i široko sudjelovanje i sporazumijevanje s populacijskim skupinama zajednice.

S tom svrhom, organizirana je široka provedba i istraživanje **fokus grupa stanovništva**:

- Seoskih područja županije (Konavle, Dubrovačko primorje, neretvansko područje i otoci Mljet i Korčula) i grad Dubrovnik,
- *Društvenih* i profesionalnih skupina i dionika zdravstva, školstva, politike i upravnih tijela
- *Populacijskih* skupina, djeca i mladež, roditelji, nastavnici i skupine rizičnog ponašanja.
- Skupinama ispitanika pristupilo se organiziranjem fokus grupa. Ostvareno je 178 kontakata sa narodom i dionicima, 142 intervjua i 36 fokus grupa.

Definirane su teme fokus grupe:

- Zagadenje okoliša
- Egzistencijalne potrebe stanovništva (socijalne i zdravstvene potrebe, sigurnost, materijalne potrebe i zaposlenost, gospodarstvo i depopulacija),
- Socijalno okruženje (demografija, kultura, socijalna politika, izoliranost, materijalne potrebe i pomoć, zaposlenost, gospodarstvo i depopulacija)

- Zdravstvena zaštita (preventiva, primarna, specijalistička i bolnička zdravstvena zaštita)
- Osobni stilovi života (duševni i tjelesni, obiteljski, prehrana, slobodno vrijeme i odgovornost za vlastito zdravlje).

Dogovoreno je da ispitičači, vodeći razgovor, postavljaju standardizirana pitanja, tj. da svaki ispitičač postavi sljedeća pitanja:

1. Kako se osjećate?
2. Što sve negativno utječe na vaše zdravlje?
3. Navedite tri najveća vaša problema?

Pored standardiziranih, postavljala su se slobodna pitanja ovisno kako je razgovor tekao.

Uz svako standardizirano pitanje, postavljana su potpitanja o njihovoj neposrednoj socijalnoj okolini, lokalnoj zajednici, sigurnosti, problemima sa zdravljem i dobivanjem zdravstvene zaštite.

Kvalitativna istraživačka skupina paralelno je provela propitivanje političkih i upravnih tijela: župan, gradonačelnik grada Dubrovnika, načelnici, ravnatelji zdravstvenih i socijalnih ustanova, škola i HZZO-a.

Rezultati

Terenski rad organiziran je formiranjem malih radnih skupina, koje su imale zadatak izvršiti dvije do tri fokus grupe neposredno u okolini ili okružju gdje ispitanici fokus grupe žive. Dobiveno je obilje tekstnih odgovora, koji su kodiranjem, kategoriziranjem i tematiziranjem pokazali ove rezultate:

Najčešće zdravstvene potrebe

1. Loša organizacija zdravstvene zaštite
2. Nezadovoljavajuća prehrana usprkos mediteranskom stilu života
3. Loši ekološki uvjeti življenja
4. Egzistencijalni problemi
5. Nedostatak liječnika
6. Pomoć i njega u kući
7. Rizično ponašanje mladih
8. Okrnjeno i oštećeno mentalno zdravlje

Istraživačka ekipa definirala je ove probleme pri izvođenju kvalitativno-naturalističkih istraživanja:

1. Teža suradnja s političarima i dionicima upravnih tijela
2. Poznavanje tehnika intervjuiranja
3. Priprema i edukacija istraživača
4. Izražavanje misli i osjećaja ispitanika

Kao zaključak, istraživačka je ekipa istaknula da u kvalitativnim istraživanjima vrijed pravilo tri K: komunikacija, komunikacija i komunikacija.

Prioriteti organizirane zdravstvene zaštite

1. Konzumiranje sredstava ovisnosti kod školske djece
2. Medicinska i socijalna njega i pomoć u kući
3. Dugo čekanje na pregledе
4. Mentalno zdravlje
5. Kardiovaskularne bolesti
6. Karcinom dojke
7. Prenatalna smrtnost
8. Invalidi prometa
9. Sistematski pregledi školske djece
10. Opskrba vodom na otocima

Što smo kvalitativnim istraživanjem postigli

1. Stalna evaluacija onog što radimo
2. Stalna provjera od stručnjaka
3. Stalna interakcija sa ljudima
4. Uključivanje dionika u proces donošenja odluka

Alkohol u adolescenata

Senka Samardžić

Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije

Formulacija problema

U okviru programa „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ koji je započeo 2001. godine analizirali smo zdravstvene prioritete na lokalnoj (županijskoj) razini. Nakon brojnih kvantitativnih analiza, izdvojila se skupina javnozdravstvenih djelatnika koji su bili zainteresirani za provođenje kvalitativnih istraživanja s ciljem dobivanja što cijelovitijeg prikaza nekog javnozdravstvenog problema. Kako je nekoliko županija istaknulo problem konzumacije alkohola kod adolescenata, odlučili smo provesti kvalitativno istraživanje u ovoj populaciji.

Do tada je bilo provedeno ESPAD istraživanje, kao epidemiološka studija proširenosti upotrebe duhana, alkohola i droga među učenicima u dobi od petnaest godina, koje je problem obradivalo kvantitativno. Istraživanje ESPAD provodi se od 1995. godine. Prema tim podacima, u 2007. je u Hrvatskoj 38% dječaka i 16% djevojčica u dobi od 15 godina pilo alkohol najmanje dva puta u životu. 13% ispitanika te dobi je pilo alkohol deset ili više puta u posljednjih 30 dana. Način pijenja poznat kao „binge drinking“, odnosno pijenje 5 i više pića u jednoj prilici, sve je više u porastu u gotovo svim zemljama, bez obzira na temeljnu kulturu i navike pijenja. Hrvatska je prema ovim pokazateljima na visokom, osmom mjestu od 35 zemalja koje su uključene u ESPAD istraživanje. 1998. godine ispitivanje na srednjoškolcima pokazalo je da je 62,2% učenika konzumiralo alkohol u posljednjih mjesec dana, a 47,1% je popilo 5 ili više pića dnevno (prema Brajša-Žganec, A., Raboteg-Šarić, Z., Glavak, R. (2002). Gender differences in the relation between some family characteristics and adolescent substance abuse. *Društvena istraživanja*, 11 (2-3), 335-352.).

Unatoč tome što smo raspolagali podacima o pijenju alkohola, željeli smo bolje upoznati obrazac ponašanja koji dovodi do konzumacije alkohola, koji su sve čimbenici u društvu koji podržavaju/utječu na ovakvo ponašanje kod mladih. Kvanti-tativni podaci su nam davali prevalenciju, ali ne i kauzalitet ponašanja.

Metodologija ispitivanja

Za naše istraživanje odabrali smo učenike prva dva razreda srednje Medicinske škole Osijek (59 učenika). Oni su dobili upute da pišu anonimni eseji na temu alkoholizma, s naslovom „Alkohol i ja“ tijekom dva školska sata. Učenicima je objašnjeno da će se eseji upotrijebiti za dobivanje bolje slike o problematici pijenja alkohola kod mladih, naglašeno je da su eseji anonimni te im je dana uputa da pišu što spontanije i iskrenije. Učenici su pokazali izuzetan interes za pisanje eseja, a ponudili su i da nam ustupe svoje fotografije s različitim okupljanja prilikom kojih su najčešće konzumirali alkohol.

Rezultati analize tekstova

Eseji su analizirani kao slobodan tekst. Prvo smo temeljito pročitali svaki prijepis eseja. Dva člana tima su kodirali tekst koristeći tehniku otvorenog kodiranja, pri čemu su neovisno analizirali podatke za uobičajene i ponavljajuće termine vezane za temu eseja. O ovim podacima se raspravljalo na redovitim sastancima tima. Cilj ovog početnog čitanja bio je utvrditi epizode konzumacije alkohola u podacima. U drugom koraku svaka epizoda se čita i destilira u nekoliko opisnih rečenica te se navode mikro i makro termini. Na temelju tih pojmove smo opisali problem.

Iz teksta su izdvojeni mikrotermini:

- Većina mladih je imala prvo iskustvo konzumacije alkohola u sedmom ili osmom razredu osnovne škole: „... prije dvije godine kada sam se prvi puta „ubio od alkohola“...“
- Mladi piju da bi se opustili: „...i dalje ne znam zašto nastavljam piti, možda zato što se osjećam opušteno i kao da mogu napraviti sve što hoću. I nije me briga za ostalo...“
„...volim plesati kad sam pripit, plešem bez lošeg osjećaja...“
- Da bi bili sretni: „...bio sam najsretniji čovjek na svijetu i ništa me nije moglo zaustaviti...“
- Da bi se zabavili: „...vjerljivo ću nastaviti piti jer mi je zabavno, zaboravim sva sranja, hrabar sam...“
„...danas je zabavno piti i pušiti, malo nas je koji ne pušimo, a moram priznati da ne znam ni mnogo onih koji nisu nikada pili...“
- Mladi piju da bi zaboravili svoje probleme: „...jednom sam pila jer sam bila depresivna, moji roditelji su se svađali, brat je pobjegao od kuće i posvađala sam se sa dečkom...“
„...napila sam se kada mi je umrla baka, napijam se kada me neka pjesma podsjeti na tužne trenutke u životu...“
- Piju kako bi smanjili inhibicije: „...kada sam pijan ili pripit lakše pristupim djevojci...“
„...dečku je lakše pristupiti djevojci kada su on ili ona pijani...“
- Piju kako bi se bolje uklopili u društvo: „...ako ne piješ misle da si luzer...“
„...oni koji ne piju najčešće ni ne izlaze...“
„...oni koji ne piju najčešće ni ne izlaze jer su slabici...“
- Piju da bi bili popularni: „...u gradu su popularni samo oni koji su stalno pijani... i samo njih se zna i samo se o njima priča...“
„...priatelji misle da si super i dobri su ti ako piješ...“

- Kod prve konzumacije su prisutni fizički simptomi: „... nakon otprilike tri piva osjećao sam se jako dobro, predobro. Bio sam spremna na bilo što...“
„...osjećala sam mučninu i glavobolju...“
„... nisam mogao hodati. Baš sam se ubio od alkohola...“
- Promjene ponašanja pod utjecajem alkohola: „... „zaglavila“ sam s prijateljem koji je isto bio pijan...“
„...dečki su obično agresivni i hrabri, prijeteći, čak osjećam strah ako ih odbijem...“
„...sve je normalno kad popijem, ali nekako postanem agresivan, samo bih se svađao i tukao...“
- Alkohol je dostupan mladima: „... u Oksu je srijedom votka 1 kn...“
„... nemam novaca za skupe kafiće, pijem žestoka pića, bilo što, samo da pijem...“
- Stav roditelja prema pijenju: „... roditelji nisu znali da pijem. Bili su ljuti, ali sve se riješilo kada sam rekao da ću zvati za prijevoz ako budem pijan...“
„... mama nije znala da pijem kada izlazim (i ona nekad pije). Tata je rekao:
Idi, sine, možda ti se posreći...“
„... moji roditelji mi sve dopuštaju i mislim da su preblagi...“
„... najbolji dio je kada dođem kući mrtav pijan... roditelji polude! Onda dobijem batine... horor!“
- Osobni stav prema alkoholu: „... nisam alkoholičar, pijem samo s prijateljima...“
„... normalno je da pijem svake subote...“
„... u redu je piti alkohol, ali ne u količinama da povraćaš...“
„... kada pokušam prestati piti, alkohol me opet pobijedi...“

Na osnovu mikrotermina kreirali smo makroterminе:

1. Roditelji piju alkohol i vrlo su tolerantni prema pijenju svoje djece/adolescenata.
2. Mladi koriste alkohol kako bi opravdali svoje ponašanje.
3. Alkohol je dostupan mladima.
4. Utjecaj vršnjaka je značajan čimbenik u konzumiranju alkohola.



Analizom eseja, ustanovili smo da većina adolescenata svoja prva iskustva s alkoholom imaju u sedmom i osmom razredu osnovne škole, odnosno u dobi od 14 i 15 godina. U svojim opažanjima, adolescenti ne navode zabrinutost za zdravlje, odnosno ne prepoznaju zdravstveni rizik. Oni pijenje alkohola doživljavaju samo kao fazu u životu. Različiti su razlozi koje navode za konzumaciju alkohola: jedni piju da bi se osjećali sretno, da bi se opustili, da bi lakše pristupili suprotnom spolu, drugi da bi se uklopili u društvo ili da bi bili popularni. Ovi rezultati su u skladu s bihevioralnom teorijom koja pretpostavlja da je ponašanje rezultat interakcije s okolinom. „Model područja“ također naglašava važnost intrapersonalnih, interpersonalnih i sociokulturnih odnosa i utjecaja.

Adolescenti su skloniji rizičnom ponašanju kada konzumiraju alkohol, a ono se kreće od agresivnog ponašanja, izazivanja konflikata do promiskuitetnog ponašanja. Utjecaj konzumacije alkohola na spolnost kod mlađih već je opisan (*Duncan S, Strycker L and Duncan T, Journal of Behavioural Medicine, 22 (1999) 21. — Flannigan B, Mclean A, Hall C, Propp V, Adolescence, 25 (1990) 205*).

Na konzumaciju alkohola kod adolescenata utječe i njegova dostupnost. Iako je zakonom propisana dobna granica za kupovinu i konzumaciju alkohola, kao i za kupovinu duhanskih proizvoda (18), ovaj zakon se ne provodi dosljedno u praksi.

Obiteljski zakon tumači kako mladi do 16 godina ne smiju biti vani poslije 23 sata bez pratnje roditelja ili druge, punoljetne, osobe u koju roditelji imaju povjerenja. Ni ovaj zakon se ne provodi te su nerijetki prizori pijanih adolescenata/maloljetnika na ulicama i u gradskim parkovima, češće vikendima. Dokazan je utjecaj promidžbenih poruka na konzumaciju alkohola. U Hrvatskoj je pivo registrirano kao prehrambeni proizvod, a njegovo je oglašavanje dozvoljeno i sveprisutno u medijima. Niti jedan veći sportski događaj ne prolazi bez, u tu svrhu, prilagođenih promidžbenih poruka koje potiču konzumaciju piva. Promidžbene poruke impliciraju povezanost pijenja alkohola s ugodno provedenim vremenom.

Stav roditelja prema konzumaciji alkohola je veoma važan. Adolescenti opisuju svoje roditelje kao nezainteresirane za njihove probleme i/ili ponašanje u vezi konzumacije alkohola. Neke studije pokazuju da roditeljska podrška može imati veliki utjecaj na uporabu alkohola u pubertetu, na način da roditelji postaju više uključeni i otvoreni u razgovoru sa svojim adolescentom kad primijete ove obrasce ponašanja. Obiteljska okolina utječe na oblikovanje motiva i stavova prema konzumaciji alkohola kod adolescenata.



U cjelovitom pristupu, ne smijemo zaboraviti utjecaj tranzicije i poslijeratnog razdoblja u Hrvatskoj u posljednjih 20-ak godina koji su doprinijeli razvoju kulture pijenja alkohola koja je svepristuna i sveprihvaćena. Za mnoge obitelji u Hrvatskoj pijenje alkohola sastavni je dio obiteljskog životnog stila. Sukladno tome i roditelji su tolerantni prema pijenju svojih adolescenata.

Većina adolescenata izlazi do ranih jutarnjih sati, a njihovi roditelji ne znaju kada su se vratili kući. Na ovaj način, roditelji šalju poruku da nisu zainteresirani piju li njihova djeca. Utjecaj vršnjaka na razvoj navike pijenja je već znan.

Hrvatski nacionalni program za borbu protiv ovisnosti promiče preventivne akcije u svim segmentima društva. Smanjenje konzumacije alkohola i povećanje dobi prve uporabe može se postići kroz obrazovanje adolescenata i njihovih roditelja koji misle da je pijenje alkohola prihvatljivo ponašanje. Oglašavanje alkohola ima veliki utjecaj na mlade, ali se može iskoristiti i u promidžbi nepijenja, odnosno zdravog života.

Što nakon analize

Na kraju analize prezentirali smo rezultate sudionicima istraživanja te smo tako potvrdili da smo na odgovarajući način opisali glavne utjecaje u konzumiranju alkohola. Ovakva „provjera“ podupire istinitost podataka. Kada su učenicima koji su sudjelovali u istraživanju prezentirani rezultati istraživanja, oni su raspravljali o rezultatima, iznosili svoja mišljenja, stavove, strahove, ali su i istaknuli da dosada na ovaj način nisu razgovarali o svojim problemima. S rezultatima istraživanja upoznata je ravnateljica i pedagoginja srednje škole te je dogovoren roditeljski sastanak za sve roditelje prvih razreda kojima će se prezentirati dobiveni rezultati.

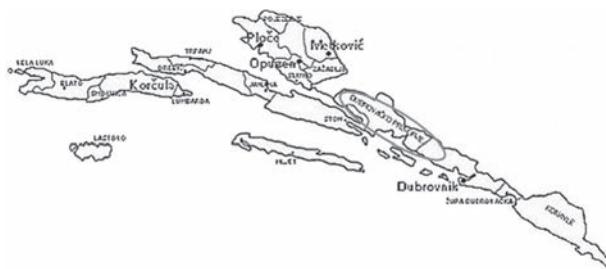
Kvalitativno istraživanje o zdravstvenim i socijalnim potrebama starijih samih osoba u Dubrovačkom primorju

Marija Mašanović

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije

Uvod

U sklopu projekta "Zdrava županija" započetog 2002. godine u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (DNŽ), analizirani su kvantitativni pokazatelji koji utječu na zdravlje (demografski, zdravstveni, socijalni i ekonomski) i rezultati kvalitativnog istraživanja u puno fokus grupa: umirovljenici, seosko stanovništvo, radno aktivno stanovništvo, grupa prosvjetnih djelatnika, školska djeca i roditelji, mlađi roditelji s djecom u vrtiću, stradalnici Domovinskog rata, osobe s posebnim potrebama, brojne nevladine organizacije i privatnici te u skupinama opservatora (župan DNŽ, gradonačelnici i načelnici, ravnatelji socijalnih i zdravstvenih ustanova, ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, ravnatelji škola). Analizom kvantitativnih i kvalitativnih pokazatelja u zajednici, utvrđeno je pet javnozdravstvenih prioriteta, među kojima je na drugom mjestu bila zdravstvena i socijalna pomoć i njega u kući. U sklopu ovog prioriteta, provedeno je dodatno kvalitativno istraživanje o životu starijih samih stanovnika Dubrovačkog primorja, na osnovu Strateškog okvira za zdravlje Dubrovačko-neretvanske županije¹. Dubrovačko primorje (DP) je odabранo zbog velikog udjela starije populacije u zajednici, slika 1.



Slika 1. Općina Dubrovačko primorje (označeno krugom)

Prva slika

Prije samog kvalitativnog istraživanja, tim koji je radio na navedenom prioritetu opisao je svoje viđenje života i potreba starijih osoba u primorju. Prve pretpostavke, okosnica³ i ideja o stanju Dubrovačkog primorja bile su sljedeće: sela Dubrovačkog primorja geografski su međusobno udaljena, s malo radno aktivnog stanovništva i sa stalnim trendom depopulacije mladog stanovništva koje je, u potrazi za boljim standardom, migriralo u urbane sredine, zbog čega skrb za starije i nemoćne roditelje iz kontinuirane prelazi u kampanjsku vikendima i blagdanima. Prometna izolacija i slaba povezanost (rijetke autobusne linije, mali broj automobila u selima) sela s gradom dodatno otežava starijim osobama dostupnost različitih institucija i sadržaja (kupnja namirnica, poštanske usluge, obiteljski liječnik, ljekarna koja udaljena 20-ak km, specijalistička zdravstvena zaštita, bolnica, pomoć i njega u kući, dom umirovljenika u gradu koji je udaljen do 70 km), zbog čega se vjerojatno osjećaju napušteno i usamljeno (*slike 2., 3. i 4.*).



Slika 2. Selo Majkovi u Dubrovačkom primorju



Slika 3. Prometna izoliranost (cesta prema Dubrovniku)



Slika 4. Pristupna cesta selu Trnovica

Uzorkovanje i logistika

Uzorak je uzet iz dubrovačke, djelomično zanemarene, zajednice starijih osoba iz gornjih sela Dubrovačkog primorja (DP). U istraživanju je sudjelovalo 12 ispitanika, žitelja sela DP, oba spola (10 žena i 2 muškarca) u dobi 65 i više godina. Najmlađi ispitanik bio je star 75, a najstariji 85 godina. Prosječna dob svih ispitanika bila je 80,8 godina.

U istraživanje su uključene starije osobe koje žive same u svojim domovima (samačka kućanstva), a isključene su sve one starije osobe koje žive u proširenim obiteljima (nesamačka kućanstva). Uzorak je bio dovoljno velik jer je već nakon četvrtog intervjeta došlo do ponavljanja informacija (zalihost uzorka).

Fokus grupu činili su ključni članovi zajednice koji skrbe o starima (članovi obitelji starijih samih osoba i grupa profesionalaca - tri obiteljske liječnice, patronažna sestra, farmaceutkinja, načelnik općine, socijalni radnik).

Istraživanje je provedeno od 1. do 15. lipnja 2005. godine u gornjim selima DP-a (Mravinca, Čepikuće, Majkovi, Prljevići, Podosojnik, Trnova). Uzorak primjenjen u kvalitativnom istraživanju definiran je:

- kriterijski (osobe u dobi 65 i više godina koje žive same),
- ciljano odabran (prema preporuci patronažne sestre koja skrbi za osiguranike tog područja),
- tipičan (čine ga slični slučajevi) i
- lančani ("snow-ball" uzorak, novi slučajevi koji potvrđuju prethodne).



Slika 5. Istraživačica s ispitanicima



Slika 6. Patronažna sestra, ispitanica i istraživačica

Metodologija

Metode korištene u kvalitativnom istraživanju bile su intervju (odabirom tehnike strukturiranog otvorenog razgovora) i skupni intervju (multivju) s članovima fokus grupe. Tijekom intervjeta s ispitanicima koristio se zvučni zapisnik (diktafon). Svaki intervju s ispitanikom je trajao od 25 do 95 minuta. Multivju s fokus grupom trajao je dva sata. Promatrač (opservator) je bio socijalni radnik Centra za socijalnu skrb Dubrovnik, koji je skrbio za to područje. Tijekom intervjeta s ispitanicima i fokus grupom procjenjivana je i bilježena vjerodostojnost odgovora prepoznatih obrazaca ponašanja, opis okoline te ozračje intervjeta. Intervjuje je vodila liječnica Zavoda za javno zdravstvo DNŽ (*slika 5. i 6.*). Tijekom razgovora s fokus grupom, moderator (facilitator) je bio socijalni radnik koji je skrbio za to područje, a bilješke je vodila liječnica Zavoda za javno zdravstvo koja je provela intervju na terenu sa ispitanicima.

Prije početka kvalitativnog istraživanja prema vlastitom iskustvu, literaturi, znanju i uobičajenom mišljenju, definirana je *košara pojmove* koji opisuju događanja u zajednici i obrasci ponašanja starijih osoba i lokalne zajednice u DP-u.

Košara pojmove

1. Primarni pojmovi

- navike
- kulturološko naslijede
- dobrosusjedska pomoć
- stari
- usamljenost
- udaljenost
- izolacija
- siromaštvo
- radna nesposobnost
- kronične bolesti
- invaliditet
- vezanost (ljudi ne žele napustiti svoj dom)
- tradicionalizam
- sukob generacija
- strah od budućnosti

- neizvjesnost
- predrasude
- gerontoservis
- gerontodomaćica
- primarne djelatnosti (način privređivanja)

Događanja u zajednici

- migracije mlađeg stanovništva
- depopulacija sela
- ekomska neizvjesnost
- brze promjene u društvu i raslojavanje
- nezaposlenost
- pad standarda
- proces decentralizacije - loša legislativa (fiskalna politika)
- politička nesigurnost
- osobni interesi

Obrasci ponašanja navike

- vezanost
- tradicionalizam
- sukob generacija
- strah
- predrasude
- usamljenost
- nepovjerenje
- obrasci ponašanja i komunikacija među institucijama
- prenošenje odgovornosti (ljudi objekti-očekuju da problem riješi netko drugi)
- administrativna šutnja (korisnici nisu upoznati sa svojim pravima pa ih ne mogu ni realizirati)
- stari - balast društva
- vikend skrb
- dobrosusjedska pomoć i drugi neformalni oblici pomoći

Temeljem definiranog trijasa *pojam – događanja u zajednici – obrasci ponašanja* unaprijed je sastavljen set istraživačkih pitanja: uvodna pitanja, pitanja o zdravstvenom stanju, materijalnom stanju, socijalnim i obiteljskim interakcijama, o svakodnevici, održivosti osobe i dostupnosti usluga.

Uvodna pitanja:

“Kako ste?; Kako život?; Kako se osjećate po ovakvom vremenu?; Čuli smo o Vama... (*nešto što smo zaista čuli, a specifično je za tu osobu u pozitivnom kontekstu*); Je li vam bolje otkako su napravili novu cestu?; Što nedostaje u vašem mjestu da život bude bolji?; S čime ste sve zadovoljni u životu i s čime ste nezadovoljni u životu?; Što vas najviše brine?”

Pitanja o zdravstvenom stanju:

“Kako zdravlje?; Kako ste zadovoljni *zdravstvenom* zaštitom?; Kakav Vam je doktor?; Kakva je Vaša patronažna sestra?; Tko Vas sve posjećuje?; Kako dolazite do liječnika?; Koliko puta posjećujete liječnika mjesечно?; Tko Vam u tome pomaže?; Koliko lijekova pijete dnevno i kako dolazite do njih?; Čega se najviše bojite u vezi sa zdravljem?; Što biste voljeli da je drugačije po pitanju Vašeg zdravlja?; Što biste promijenili, da je u Vašoj moći?”

Pitanja o materijalnom stanju:

“Recite kako se uzdržavate!; Imate li kakve prihode?; Ostvarujete li neka od socijalnih primanja (*pomoć u ogrjevu i sl.*)?; Pomažu li Vas djeca?; Nedostaje li Vam nešto u domu?”

Pitanja o socijalnim i obiteljskim interakcijama:

“Kakvi su Vam susjedi?; Socijalna okupljanja u selu?; S kim živite?; Kako Vas slušaju mladi?; Gdje Vaši žive?; Koliko Vas posjećuju i kako Vam pomažu?; Potpomažete li svoju djecu?; Na koji način?; Kakvi su današnji mladi prema starima?; Što mislite Vi o današnjoj mlađeži?; Kako je to bilo u Vaše vrijeme?”

Pitanja o svakodnevničkoj, održivosti osobe i dostupnosti usluga:

“Kako izgleda Vaš dan (od ujutro do navečer)?; Kako i gdje nabavljate namirnice?; Kako uspijevate održavati kuću i okućnicu?; Pomaže li Vam itko?; Da li biste voljeli neku vrstu pripomoći u kući?; Kakvu?; Kakve emisije volite na TV-u, a kakve na radiju?; Čitate li novine, koje su Vam najbolje?; Tko vam donosi novine u kuću?; Tko Vam plaća račune?; Što mislite o mobitelima?; Što volite igrati: karte,

boće, “šija-šete”...?; Što nedostaje u Vašem mjestu da bi Vam bilo bolje?; Što narušava kvalitetu Vašeg života?; Što mislite o bavljenju sportom/vježbanju u starijoj dobi?; Što Vas najviše brine?”

U razgovoru s fokus grupom (multivju) korišteni su sljedeći setovi pitanja:

Pitanja za članove obitelji starijih samih osoba u fokus grupi:

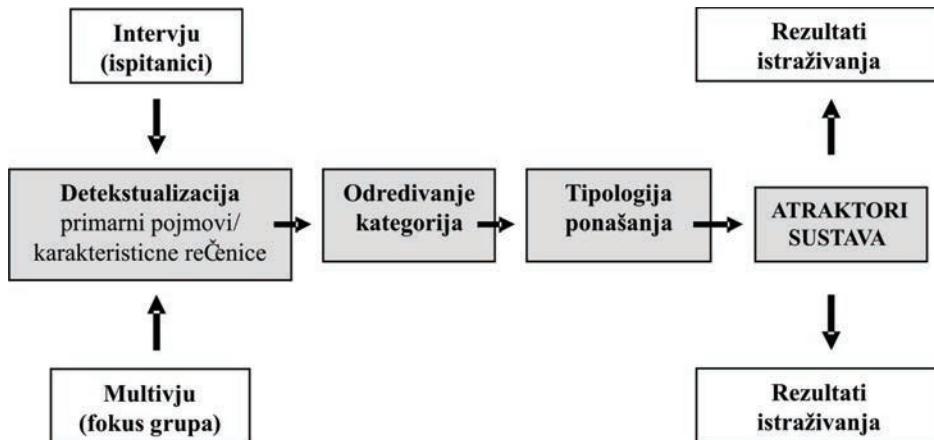
“Opišite nam Vaše bake, djedove, susjede starije od 65 godina!; Kako će biti kad Vi dođete u tu dob?; Kako vidite probleme starih u Vašem selu (obzirom na veliku zastupljenost)?; Što su najveći problemi?; Kakav je njihov doprinos u funkciranju zajednice i obitelji?; Koliko pomažu?; Koje su Vaše poteškoće?; Što mislite koja su moguća rješenja?; Što bi Vam pomoglo?; Tko bi sve mogao pomoći?; Što Vam najviše treba?; Kako poboljšati uvjete za ostanak ili ekonomski napredak?”

Pitanja za profesionalce članove fokus grupe:

“Koje probleme ima populacija?; Što su najveći problemi?; Kakva je dostupnost (s obje strane)?; Koje probleme ima struka?; Kako procjenjujete kapacitete u samom selu?; Koje su mogućnosti za rješenje ili poboljšanje u samom selu i u pružanju usluga i brizi za starije od strane lokalne zajednice?; Rangirati rješenja.”

Nakon provedenih intervjuja slijedio je prijepis zvučnog zapisa u transkripte i detektualizacija (tekstualna analiza podataka)⁶. U procesu analize korišteni su pojedini dijelovi teksta, rečenice ispitanika/sudionika koje su dale neki smisao i značenje proučavanoj pojavi u istraživanju (primarni pojmovi/karakteristične rečenice). Zatim je uslijedila kategorizacija pojmoveva i stvaranje završnih kategorija/grupa promatranog uzorka te zaključna sinteza, odnosno dobivanje atraktora sustava. Atraktor sustava je pojava kada se određeni obrazac ponašanja počne ponavljati s posve jasnim smjerom kretanja³. Model tekstualne analize kvalitativnog istraživanja prikazan je na slici (*slika 7.*).

Procesom detektualizacije obrađeni su transkripti razgovora sa četiri osobe prema slijedu fokus grupe te smo dobili ove karakteristične odgovore:



Slika 7. Model tekstualne analize kvalitativnog istraživanja

Funkcionalna sposobnost

(tekstovi odgovora)

Osoba 1. Ima 16 godina da sam operirala debelo crijevo, da se izvinim imam vrećicu, da vam rečem 16 godina u pelenama; Imam ogromnu maslinu po 13 hektolitara, ali izgorilo je i svašta, ali opet ima da se obradi; ne znam imam ja sve, hranila sam dvije koze, imala sam prošle četiri kozlina, ove godine imam jednu (*slika 8.*); imam krcato boba, njima sam slala u Zagreb i Dubrovnik; nasadim pomadora, graha, kupusa; ja pazim kako će reći, ne smijem pojesti masno, slano, a kad bi rekla što sam danas kuhala smijali bi se, ubila sam kozu, mi rečemo kaštradinu; meso nabavljam u Slanom ili zovem njih u grad;

Osoba 2.: Odlično, a od ničega ne bolujem, nikad bolovao nisam... ma kakve lijekove... jesam se operisao prije godinu dana, ali to nije bolest (*dg. Hernia ing.*). Znam od čega! Ja sam jedan komadić drva stavio na skalinu da ga prevalim nogom. To je bilo ovako tanko nekako, ja sam mislio "on će jednjem putem", kad ga ja malo udarim, on će puknuti, ali nije tija puknut' pa sam ja još jedan put, pa još jedan put; ja sam to osjetio, ali to ja malo osjetio...; Ja se bavim malo pčelarstvom, pa uveče odi ovo malo zakucavam. To se tim malo zabavljam; oko pčela i još nečega malo, ja malo ustavim i nešto radim, od poljoprivrede ovako pomalo... sve malo; bavim se njima 35 godina; Što recimo kuhate? Pa čujte, ono, neko zelje, ribe nekad, ono nečega, šta ja znam;

Osoba 3.: (djeca) i voća donesu, i pomadora i kumara... i napune dubinski... skuhaju i ono kada

dođu; Malo imam ovdje lanitop... Ne, pijem nekih travu. Narodni lijekovi eee; Evo ovako, malo pometem i ovako nekad iza podne podem malo u polje... imam malo veću baštu, sinovi kad dođu oni drže to ima loze, patata, luka i nešto malo (*slika 9.*); polijem ja ovdje imam malo balančana, malo pomodora; Kuham ja ručak, ovako, malo je ostalo od jučer pa malo juhe, ee;

Osoba 4. Ma što vam ja radim, radim ja.. malo polijem, polijem, a imam vodu tu i gustjernu... užavam, užavam malo polit, ma ne mogu, i to mi je teško... ne mogu to je meni klonulo srce; i malo sam čeprkala.. samo kopačom, prije sam sve dikelom; za srce onaj lanitop, i za tlak onaj irumed, i za zglobove ono..a znate što... mene će će poć survati ja mislim..to me sve nešto nekad uhvati; slabo malo siđem, ma imam štapa, da vi znate koliko ja imam štapa;



Slika 8. Uzgoj životinja za osobne potrebe



Slika 9. Vrt (baština) za osobne potrebe

Materijalni položaj (tekstovi odgovora)

Osoba 1.: Imam socijalni doplatak 880, poštar donosi, ja sama plaćam račune, dam njima da oni plate, vazda neko dođe, ako ne - dam poštaru;

Osoba 2.: Imam poljoprivrednu mirovinu. Socijalnu pomoć? Ma ništa, ma što će mi kad nema potrebe... imam dovoljno kako nema; Ma čujte, poštار, on kad doneše mirovinu onda se plati na primjer; A njemu ja platim i onda on to odnese u poštu;

Osoba 3.: Nemam ništa, nemam socijalnu pomoć... oni mi dadu pa ja platim; poštar on hoda jednu sedmicu tri puta, a drugu sedmicu dva puta, pa dam njemu;

Osoba 4. Ne fali, ja imam i penzije malo i ja se mantinenjam s tijem. *A to je obiteljska mirovina od muža ili kako?? Od muža.*

Obiteljske interakcije (tekstovi odgovora)

Osoba 1.: A dođu ovi unuk, radi u remiziji vozi, nekad dođe, ovi drugi je na moru; Dođu, sin je bio skoro mjesec i pol... a sad neće doći' ove mjeseca jer je velika vrućina i ne podnosi, ima puno kila;

Osoba 2.: A niste se nikad ženili? Nikad....nije naišla ona prava, eto tako, *pa jel Vam fali društvo žene?* Pa čujte, nisam ja naučio na to, pa meni to i ne fali; Pa podem čujte, šta, kad imam kakva posla u grad, ja podem, a ovako da samo podem u njih, to ne podem, mislim ono... *Pa jel' Vam oni dođu, pa da skuhatе objed zajedno, pa da sjedenete pojest skupa?* Ma ne ni govora! Čujte, ono... oni dođu, oni imaju tu; I ona ima dva sina, oni kad dođu, oni budu doma, što će ja... što bi ja ovi, oni dolazili mislim... *Pa jel' Vam sestra što skuha?* Ništa skuha, ako bi ja išo onda... Ne pa ja sam tako naviko! Onda meni to nedostaje...mislim ja ne vidim tu da mi nešto od toga nedostaje kad sam naviko' i to;

Osoba 3.: Dva sina, dolaze svake subote;

Osoba 4.: Oni su sad u gradu, pa ne znam što će sad to bit; pa dođu, a, ko će to znati, dođe mi sin više puta, a kći isto malo manje...nekad dođu kad mu treba.

Socijalne interakcije (tekstovi odgovora)

Osoba 1.: Jes' dođu, ja pozovem na kafu, nije nešto za pričat, ali da mi nešto treba, bila jaka zima, reklili su nemoj ti ići ubrat', ići ćemo mi; išla bi da imam s kijem, kad imam priliku idem; volju imam podem nekada za Uskrs, tu gori naša crkva, nosim nekad cvijeće, ali sad ne mogu, sin mi je doli;

Osoba 2.: Pa dobro čuj, malo nešto, malo poremećaj nekakav, ali dobro... Znate posjećivat ovako malo da dođu jedni? Ma čujte nekad je to bilo i to... ali sada manje; Svake nedelje... Čujte, može biti u godine dana, ne znam, par puta da podem, loše vrijeme, nešto dobro, evo sad ja, ne znam dva tri puta... ovo kad je pčela rojba to, roje se pčele i tako, onda moram to pazit' malo i bit' tu i tako;

Osoba 4.: A, susjedi nisu valja se čeljada, susjedi ko susjedi... kako pa mi se dobro trpimo.

Dostupnost usluga (tekstovi odgovora)

Osoba 1.: Ne bih išla u dom, sretna sam doma; Ima od sestre sin, oni donosu; imam rođake u Slanom idu s ribom, svako malo podem i ja, ovi ovdje susjedi... kažu što god mi treba samo nazovi... a evo nabavlja sestra (*medicinska*) rečem da mi treba i oni donosu; Za zimu mi fali peć u sobi, da upalim prije

nego odem u sobu, da bude toplo; sin mi sasječe drva; Pomoć u kući? Bi. Tamo imam dvije tri prostore, nisu namještene, ali ne treba mi, što će mi 83 godina, valjda ču još da živim 20 godina

Osoba 2.: Sve sam činim... imam mašinu...; Uvjek ne'ko ide, ovaj, neđe, ono pa donese... ima tu jedan koji živi u Slanom... i svaki dan dolazi odi iz Slanova... oni dolaze subotom, ima tu trgovina... nema tu nikakvih problema; A, neću o tom sad razmišljat (*o domu*)... što imam o tome razmišljat', jel' tako? Sad ja nemam potrebe o tom razmišljat', poslije kad bude...; Ništa, baš ništa... imam svega što mi treba;

Osoba 3.: A što će mi, ja sama, popijem kafu, pomelem... a snađem se nazovem djecu na telefon; A ne bi, ne bi valaj u dom, a da pođem u djece... oni radu, nijesu doma;

Osoba 4.: A, pa ima sad da i prođe, ali što... ja nemam nikoga, da ja idem sama nikud se maknut; A čuješ, ne bi isto dokle ja mogu vladat mojim životom, a kad ne budem što god oni hoće.

Fokus grupom dobiveni su odgovori u odnosu na kategorije:

Funkcionalna sposobnost

Liječnice zovu samo da im pomognu; stari ne vole piti lijekove, Vole ih dobiti kod liječnika i onda se uspoređivati s vršnjacima; strahovi od smrti, da će biti sami kada budu umirali; oni ne žele napustiti svoj dom; stari ne žele u grad kod svoje djece; teško se prilagođavaju.

Materijalni položaj

Nekada su bili imućniji, sada više nisu; župnici pomažu starima tako da preko oltara pozivaju ljude na materijalnu pomoć.

Obiteljske interakcije

Stari su sami, njihova djeca su vikendaši; odnos prema starijima je u redu, ali stari se ne mogu osloniti na njih; obitelji se generacijski odvajaju (po zapadnom "ključu"), veze se gube, pa u mladosti treba misliti na starost; stari povezuju obitelj (iako ne žive skupa); nisu teret; teret postaju kada su teško bolesni; stari, osim što skuhaju za cijelu obitelj, pričuvaju i djecu.

Socijalne interakcije

Stari nemaju sadržaja; postoji razlika u odnosu mlađih iz gornjih i donjih sela u Primorju prema starima; u gornjim selima mlađi poštivaju svoje stare; malo je mlađih, imaju volju za stare; sretni su kad ih posjetimo.

Dostupnost usluga

Uglavnom su dostave individualno organizirane po selima; mjesna samouprava razvija samoinicijativu prema otvaranju doma za stare, potrebna je pomoć u organizaciji; svi su zadovoljni našim uslugama, sve dobiju što im treba, dolazimo im u kućne posjete, izmjerimo tlak, to im je najvažnije; stari u Dubrovačkom primorju su mali potrošači lijekova, neki od njih su i veliki potrošači; stari najviše vole kad ih obilazim i pri tome donezem spenuz;

Kategoriziranje pojmoveva

Nakon provedene detekstualizacije intervjuja s ispišanicima i multivjua s fokus grupom, uslijedila je kategorizacija pojmoveva i stvaranje pet završnih kategorija/grupa promatrano uzorka, prikazanih u tablici: funkcionalna sposobnost (FUNK), materijalni položaj (MATER), obiteljske interakcije (OBIT), socijalne interakcije (SOC) i dostupnost usluga (USLUG) (*tablica 1.*). Kroz kategoriju materijalno, saznali smo da se radi o djelomično zanemarenim starijim osobama jer ih pored male mirovine i socijalnih primanja, djeca uglavnom financijski pomažu. Kategorija obiteljske interakcije ukazuje na rano razdvajanje obitelji i odlazak djece u grad. Starije osobe su jako povezane i ovisne o svojoj djeci, ali i o svom domu, s naglašenom željom za što duljim ostankom u vlastitom okruženju. Iz kategorije socijalne interakcije, saznali smo da su starije osobe usamljene i da bi željele imati povremene posjete u vlastitom domu radi druženja, jer im samoča teško pada. Istovremeno, zbog imobilnosti rijetko idu u crkvu iako bi željeli. Iz kategorije dostupnost usluga saznali smo da samoorganiziranost starijih osoba podupire lokalna zajednica i da im je veći dio usluga dostupan, ali postoji dio starijih osoba koje bi pristale na povremenu pomoć u kući (čišćenje, pranje, prostiranje robe, posjete i razgovori, odlazak u crkvu).

Sinteza istraživanja u Primorju

Polazna točka, odnosno ideja okosnica kvalitativnog istraživanja, bila je da su sela DP-a geografski međusobno udaljena, a potvrđena je iz opisa geostrateškog položaja DP-a (smještaj u središnjem dijelu Županije; gornja i donja sela; gustoća naseljenosti koja je nekoliko puta manja u odnosu na DNŽ i Hrvatsku). Potvrđeno je da se radi o području s malo radno aktivnog stanovništva (54,3% radnog kontingenta u Primorju nasuprot 62,3% u DNŽ), što je naročito naglašeno među ženskom radnom populacijom DP-a (45,0%) u odnosu na istoimenu u DNŽ (58,0%)². Promišljanja o depopulaciji potvrđena su riječima starijih osoba (... *da ima više čeljadi, više mladijeh, da nije selo pusto...*). Rezultati intervjuja također govore da su stari ostali sami kao udovci (*Živim sam, da sam, pa evo tri godine su pasale da sam izgubio svoju ženu...*), udovice i neoženjeni (A niste se nikad ženili? Nikad....nije naišla ona prava, eto tako), a njihova djeca otišla su u veća urbana središta (... *imam krcato boba, njima sam slala u Zagreb i Dubrovnik*). U DP je malo mlađih, što je potvrđeno i odgovorima fokus grupe (*Malo je mlađih;*). Kontinuirana skrb za starije roditelje i članove obitelji prelazi u povremenu, vikendom i blagdanima potvrđena je rezultatima intervjuja s ispitanicima (... *a dođu ovi unuk, radi u remizi vozi, nekad dođe, ovi drugi je na moru; Dva sina, dolaze svake subote; dođe mi sin više puta, a kći isto malo manje*) i članovima fokus grupe (... *Stari su sami, njihova djeca su vikendaši;*). Teza da prometna izoliranost sela utječe na život starijih samih osoba nije u cijelosti potvrđena budući se razvio novi obrazac ponašanja u obliku samoorganiziranosti starijih osoba i lokalne zajednice s ciljem zadovoljavanja osnovnih životnih potreba. Oko nabave hrane, lijekova, isporuke mirovina i plaćanja računa pomažu im: susjeti (... *ima tu jedan koji živi u Slanom... i svaki*

*dan dolazi odi iz Slanoga... oni dolaze subotom, ima tu trgovina...nema tu nikakvih problema; Dođe ovdje auto, pođem sa susjedom do butige ili mi donesu, uvijek pitaju kad idu trebam li što), poštar (poštar donosi, ja sama plaćam račune... - dam poštaru; Ma čujte, poštar, on kad doneće mirovinu onda se plati na primjer; poštar on hoda jednu sedmicu tri puta, a drugu sedmicu dva puta, pa dam njemu), medicinska sestra (*Stari najviše vole kad ih obilazim i pri tome donesem spenzu.*) i djeca koja žive u gradu (... *i voća donesu, i pomadora i kukumara...i napune dubinski.. skuhaju i ono kada dodu*) To je potvrđio i odgovor fokus grupe (*Uglavnom su dostave individualno organizirane po selima.*). Na taj način je smanjen veći utjecaj prometne izoliranosti na svakodnevni život te je ipak omogućena dostupnost uslugama. Navedeni kvalitativni podaci otkrili su nove informacije o životu starih osoba i rješavanju nekih životnih potreba što se nije dobilo kvantitativnim podacima.*

Iako se radi o kroničnim bolesnicima (bolesti cirkulacijskog i dišnog sustava kao najčešće bolesti u ordinaciji obiteljskog liječnika) ispitanici žele što duže ostati funkcionalno sposobni u vlastitom domu i okruženju (A ne bi, ne bi valaj u dom, a da pođem u djece oni radu, nijesu doma; *U dom ne bi, Bože daj da prije umrem, e jest sinko; Ja ne mislim ići u dom umirovljenika, starca.*).

Istovremeno, nastoje zadržati svoje svakodnevne aktivnosti: kuhanje (*Spravljam kako umijem; Znam ja još skuhat...Malo juhe, isprigam đegod patate, doneće mi kći ribe, pa malo lešam ribicu..*), pranje robe (... *onda namjestim mašinu, evo sad imam malo robe.*), rad u vrtu (*Imam ogromnu maslinu po 13 hektolitara, ali izgorilo je i svašta, ali opet ima da se obradi; nasadim pomadora, graha, kupusa;... od poljoprivrede ovako pomalo... sve malo.*), briga oko životinja (*imam kozu imam kokoši i to sredim*

Tablica 1. Završne kategorije sa obrascima ponašanja starijih osoba i lokalne zajednice u DP.

FUNK	MATER	OBIT	SOC	USLUG
Individualna samoorganiziranost	Djelomično zanemarene stare osobe ("unserved")	Rano razdvajanje obitelji: osjećaj suvišnosti želja za ostankom u vlastitom okruženju	Potreba za druženjem	Određenost društva prema starima

*i dođem doma; Ja se bavim malo pčelarstvom... bavim se njima 35 godina.). Zbog bolesti i slabije mobilnosti neki ispitanici više ne mogu obrađivati vrt (*baština*) koji je bio ishodište njihovog života (... užavam, užavam malo polit, ma ne mogu, i to mi je teško..ne mogu to je meni klonulo srce; Ma ne mogu, eto štap je i ne mogu bez štapa nikako i to je; to me sve nešto nekad uhvati; slabo malo sidem, ma imam štapa, da vi znate koliko ja imam štapa.) pa obradu zemlje preuzimaju djeca koja vikendima dolaze u posjet starim roditeljima (... imam malo veću baštu, sinovi kad dođu oni drže to ima loze, patata, luka i nešto malo.). To je još jednom potvrdilo tezu o depopulaciji i migraciji mladog stanovništva u urbana središta.*

Utvrđena je potreba za povremenom pomoći u kući i okućnici (Pomoć u kući? Bi.), oko prostiranja robe (... a prostrijet' ne mogu, opet valja nekog uhitit' da mi prostre robu na konop....; da mi neko prostre robu, da mi pokupi sa konopa.), čišćenja kuće (A eto da je neko uza me i da mi nešto počisti i eto, ..neću igrat, neću pjevat.), nabavi ogrijeva (Za zimu mi fali peć u sobi, da upalim prije nego odem u sobu, da bude toplo; sin mi sasjeće drva... sin je bio skoro mjesec i pol...).

Paradigma osamljenosti kao polazna ideja prije provedenog istraživanja potvrđena je sljedećim rečenicama iz intervjuia (... da mi neko pravi društvo, da imam s kime čakulat, a što će kad ima po selu svako svoga posla; ... neka gori da nijesam sama.. kad je televizija ima neko s tobom; Čuješ nešto, ko da s nekim pričaš, da nema TV poludio bi; Nema čeljadi, nema tko pričat' po danu; A što sam najviše sama, što nemam blizu nikoga...) i multivjua (Stari su sami; strahovi od smrti, da će biti sami kada budu umirali.). Međutim, samoorganiziranost kao glavni atraktor sustava djelomično ublažava nepovoljni učinak fenomena starenjia u ovoj ruralnoj zajednici.

Podatkovno utemeljena teorija o starima Dubrovačkog primorja

Uzorak starijih osoba u Primorju je vrlo homogen. Postoji jedna osnovna kategorija: "Samoodržive stare osobe, osamljene ali ne ostavljenе, nezahtjevne, u životno/dnevnoj funkciji uz pomoć i komuniciranje sa svojom djecom, s težnjom ostanka u svojim pros-

torima, ekonomski nisu ugroženi i nikako ne spadaju u grupu "underserved" populacije starih osoba".

Pojedini intervjuji, tek nekoliko, mogu se svrstati u osnovne kategorije i neke podgrupe. O događajima u lokalnoj zajednici u multivjuu (fokus) je lijepo prepoznato: "*Obitelji se generacijski odvajaju (po zapadnom "ključu"), veze se gube...*" čime je opisan atraktor, trajno novo ponašanje djece kao novi obrazac ponašanja odlaska iz roditeljskih kuća. Zanimljivo je, što je također prepoznato u fokus intervjuu, da zbog međusobnih interakcija svih sudiонika zajednice (stari, rođaci i djeca, susjedi, poštar, patronažna sestra i drugi) *stvorila se određena samoorganiziranost gornjih sela DP-a*, gdje ključne uloge imaju poštar, patronažna sestra i poziv susjedi. Međusobno se uvažavaju i pomažu. Osim donošenja mirovine poštar po potrebi plaća i račune. Patronažna sestra donosi i novine i druge potrepštine.

Informacije koje smo dobili pomogle su u planiranju intervencija i usluga za starije same osobe iz DP-a, osnivanjem izvaninstitucijskog oblika skrbi – udruge 'Blage ruke' u Slanom u rujnu 2007. godine. Na taj način se osiguralo zadovoljenje potreba starijih samih osoba i podržala njihova funkcionalna sposobnost, uz što dulji samostalan život u vlastitom domu.

U udruzi 'Blage ruke' danas je zaposleno deset djelatnika s područja DP-a, od kojih je pet gerontodomaćica, jedna domaćica u dnevnom boravku, dva pomoćna djelatnika na terenu, jedna voditeljica programa i jedna čistačica. Udruga skrbi o 125 korisnika na terenu i 25 korisnika koji dolaze u dnevni boravak. Sredstva za osnivanje ove usluge osiguralo je Ministarstvo socijalne politike i mladih, općina Dubrovačko primorje i Dubrovačko-neretvanska županija.

Genealogija slavonske obitelji SZ

Senka Samardžić

Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije

Uvod

Jedna od najvažnijih koristi koje imamo od povijesti je što iz nje možemo učiti i na taj način izbjegći ponavljanje pogrešaka iz prošlosti. Često kažemo da se ne zna što budućnost donosi. Ta konstatacija je možda imala smisla u prošlosti kad osoba nije mogla učiniti mnogo za svoju zdravstvenu budućnost. Danas, imamo puno mogućnosti koje se temelje na poznavanju obiteljske medicinske povijesti, a možda ćemo u budućnost, i na osnovu tih informacija, moći i više utjecati na svoje zdravlje.

Ispitivanje genealogije može nam otkriti obiteljsku povijest neobičnih zdravstvenih događaja, čak i naizgled benignih, ili nam ukazati na činjenicu da brojni članovi iste obitelji umiru od istih ili sličnih uzroka. Ako se otkrije predispozicija za neku bolest ili neki genetski poremećaj, mogu se poduzeti preventivne mjere i/ili to može utjecati na planiranje potomstva. Može postojati obiteljska predispozicija za nekoliko bolesti koje se mogu razviti tijekom života. Isto tako, postoji predispozicija i za rizično ponašanje koje je češće, u određenim obiteljima.

Za ispitivanje genealogije potrebno je pronaći odgovarajuću osobu, pri čemu se podrazumijeva dob, suradljivost, „reprezentativnost“ u obiteljskom kontekstu (*indeks case*). Ovakvu osobu može pronaći zdravstveni radnik koji usko surađuje sa stanovništvom, u ovom slučaju patronažna sestra. Patronažna sestra može, i prije određivanja i intervjuiranja odabrane osobe, procijeniti rizičnost neke obitelji na osnovi informacija koje su joj dostupne od ranije. Intervju joj služi za dobivanje cjelovite i jedinstvene slike te planiranje intervencija.

Metode i rezultati

Cilj rada je bio prikazati genealogiju jedne karakteristične slavonske osobe/obitelji. Odabrala sam obitelj porijeklom iz Dalmacije, jer je jedan

dio sadašnjeg stanovništva naseljen u razdoblju 40-ih godina prošlog stoljeća u Slavoniju, i kao takvi, imaju neke specifičnosti koje su djelom zadržali (kultura, običaji, navike...), a dijelom su se assimiliрali s domicilnim stanovništvom.

Sliku genealogije sam dobila preko odabrane osobe (*indeks case*) koju sam intervjuirala metodom otvorenog intervjuja. Namjera mi je bila dobiti širu genealošku sliku života obitelji ispitanika, postojanje i održavanje, odnosno „prenošenje“ navika u obitelji, postojanje bolesti i drugih karakteristika koje bi se pokazale kroz analizu teksta. Isto tako, mogu se uočiti neke lingvističke karakteristike koje su vezane za stanovništvo ovog porijekla (npr. „bezzemljaš“, „krčevina“...), kao i deskripcije načina svakodnevnog života na selu („...osnovna prehrana je bila grah, krumpir, nekada meso...“). Ono što se iz teksta ne vidi, a zapazila sam prilikom intervjuiranja, je toplo, emotivno prepričavanje povezanosti s braćom u djetinjstvu dok takvih emocija nisam primijetila prema roditeljima. Neobično je, da unatoč tome, povezanost s braćom nije ostala zadržana tijekom daljnog života. Općenito mogu reći se ispitanik s dozom nelagode sjećao života u ranoj mladosti (faza doseljavanja i život na selu).

Iz dobivene genealogije može se uočiti nasljeđivanje alergijskih bolesti (astma, alergijski rinitis), sklonost alkoholizmu, karcinom prostate od kojeg su oboljela tri brata te javljanje karcinoma pluća, tonzile i mokraćnog mjeđura što možda govori, uz djelovanje ostalih čimbenika, o predilekciji epitela za nastanak planocelularnog karcinoma. Navika pušenja je često zastupljena (horizontalno i vertikalno).

Intervju

U Dalmaciji je bilo veliko siromaštvo, nije se imalo što jesti. Otac i dva brata su oženili tri sestre. Zbog toga što nije bilo pure odlučili su otići u Slavoniju

(veljača 1941.); poveli su svojih osmero djece i jedno dijete od brata, a moj brat (9. dijete) SZ se rodio u Slavoniji. U Slavoniji smo prvo živjeli u Špišić Bukovici, a zatim preselili u Čadavačke Martince. Tamo smo čuvali seoske krave. Imalo se što jesti, ali nije bilo izobilja. Osnovna prehrana je bila grah, krumpir, nekada meso... mama je ponekad ispekla kolač, štrudlu sa orasima. Tata je pravio opanke pod gume. Jedan par opanaka je koštao jedan metar žita (100 kg). Nakon rata je otac dobio zemlju kao „bezzemljija“ gdje je bila sasječena šuma i ostali su panjevi. To smo krčili kako bi mogli napraviti kuću. Po tome je i selo dobilo naziv Moslavački Krčenik. Imali smo 4 jutra zemlje. Držali smo dvije kobile i dvije krave koje su svake godine imale 2 ždrebeta i 2 teleta koje smo prodavalii. Na zemlji smo sjiali kukuruz i pšenicu, a uz kuću smo imali bašču. Za ručak su prvo jeli odrasli, a zatim djeca. Djeca kako je ko rastao odlazio je od kuće, ja sam sa 12 godina preuzeo imanje jer je otac bio bolestan. S konjima sam vozio rudno drvo i klade i tako zaradivao za obitelj. Uz ove poslove smo pohađali osmogodišnju školu. Kad sam imao 16 godina otisao sam u Osijek, jer nisam želio ostati živjeti na selu. U Osijeku sam se zaposlio u šećerani kao sezonski radnik. Živio sam kao podstanar. Zatim sam dobio posao kao radnik u transportu i upisao izvanrednu srednju Ekonomsku školu, a nakon nje sam kao vanredni student završio i Ekonomski fakultet. Nakon završetka škole sam dobio posao kao robni knjigovoda. Sa 22 godine života počeo sam pušiti. Pušio sam do jedne kutije dnevno. Alkohol sam rijetko pio. Do 56. godine života sam bio zdrav. U 56. godini mi je dijagnosticiran karcinom tonzile s metastazom u limfni čvor na vratu. Operiran sam i zračen. Prognoza je bila loša, jer je rak bio nezreo. Od tada sam radicalno promijenio način života: prestao sam pušiti i vodim računa o prehrani. Iako nikada nisam jeo nezdravo, sada sam još pažljiviji. Prije 6 godina mi je dijagnosticiran karcinom prostate. Operiran sam i redovito se kontroliram. Sada se relativno dobro osjećam. Izuzev poteškoća koje imam kao posljedica zračenja; suhoća usta, loša probava. Bolujem i od hipertenzije. Imam dvoje djece. Kćerka ima 42 godine, ne puši, ne pije, boluje od alergijske astme. Ima jednog sina, koji također ima alergijsku astmu. Sin je 49 godina, radi kao portir, puši i voli popiti. Boluje od alergije. Ima dvoje djece, koji su također alergičari.

Majka (2.MZ) je bila vrijedna žena, vrlo uredna. Umrla je u 84. godini. Dvije godine prije smrti je pala i slomila kuk, nakon čega nije operirana, nego je ležala u krevetu. Inače nije bolovala. Nije pušila, niti pila alkohol. O nama, djeci, je brinula, a kako je radila i na seoskom imanju, u tome joj je pomagala naša sestra M (7.MZ). Otac (3.MZ) je umro u 69. godini od astme. Bio je pušač, a volio je i popiti. Ne sjećam ga se kao vrijednog čovjeka.

Najstariji brat 4.JZ je bio konobar. Umro je u 82. godini, ne znam od čega. Ne sjećam se da je bio teže bolestan. Ima dvoje djece 17.SZ i 18.BZ. 17.SZ je debeo, puši i pije. Ima dvoje djece. O 18.BZ ne znam skoro ništa, slabo kontaktiramo.

Brat 5.PZ je umro od srca, iznenada, u 71. godini. Nije ni pušio ni pio, iako je radio kao konobar pa je bio izložen duhanskom dimu. Koliko znam bolovao je samo od visokog tlaka u starosti. Ima dvije kćerke: 20.RZ koja radi kao administrator, ima dvoje djece, nepušač je i ne pije. 19.SZ je u 50. godini imala moždani udar. Dobro se oporavila, ali je uplašena i stalno u strahu od mogućeg ponovnog udara. Ne puši i ne pije. Ima dvoje djece.

Brat 6.IZ je radio kao trgovac, puno je pušio i konzumirao je alkohol. Umro je u 69. godini od karcinoma pluća. Ima tri kćerke i sina iz dva braka. Kćerka 21.BZ je umrla u 60. godini od raka, ne znam čega. Ima dvoje djece. Druga kćerka 22.DZ boluje od shizofrenije. Nije se udavala i nema djece. Treća kćerka 23.SZ je pravnica, živi u Sisku i ima jedno dijete. Sin 24.DZ se nije ženio i nema djece. Ne puši i ne pije.

Sestra 7.MZ je bila domaćica, umrla je u 75. godini od raka mokraćnog mjehura od kojeg se godinama liječila. Nije pušila niti pila. Ima dva sina: 25. ZZ je umro u 44. godini od alkohola. Iskrvario je iz želuca. Ima dvije kćerke. Drugi sin, 26.ZZ, također ne puši i ne pije, koliko znam je zdrav. Ima dvoje djece.

Brat 8.SZ je jedini ostao živjeti na selu. Imao je troje djece: 32.BZ je oženjen, ima jedno dijete, puši, ali ne pije. Drugi sin 33.JZ je alkoholičar, već se nekoliko puta liječio od alkohola. Puši. Nije se ženio i nema djece. Kćerka 34.MZ je domaćica, ima četiri kćerke. Živi u Slatini, ne pije i ne puši.

Brat 9.AZ sada ima 77 godina i koliko znam do sada nije teže bolovao. Nije pušač, a popije alkohol pri-

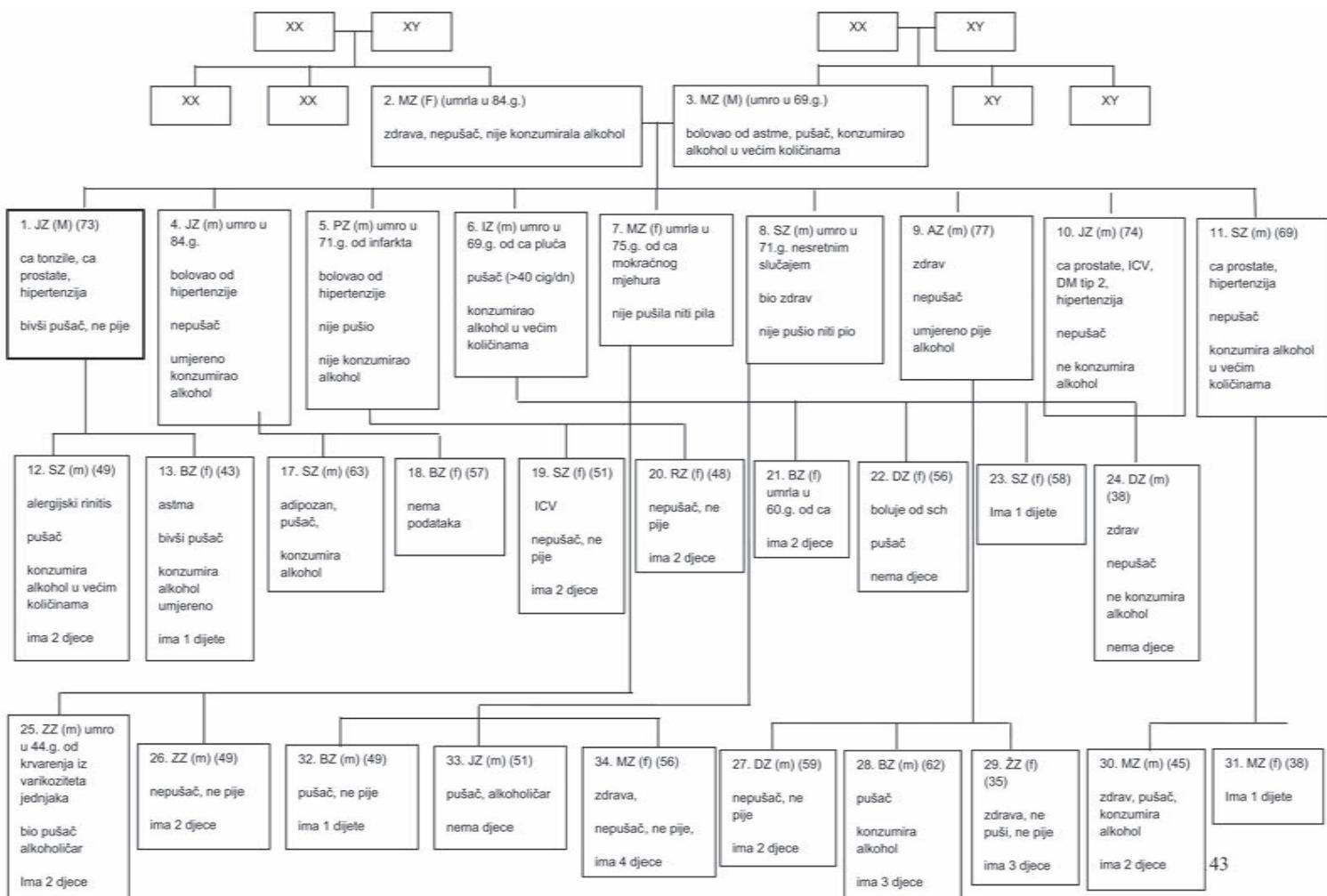
godno. Ima troje djece; sin 27.DZ ima dvoje djece, nepušač je i ne pije, sin 28.BZ puši i voli popiti. Ima troje djece. Najmlađa je kćerka 29.ŽZ, koja ima troje djece.

Brat 10.JZ je pravnik, sada ima 74 godine. Boluje od šećerne bolesti, imao je rak prostate i moždani udar od kojeg se dobro oporavio. Nikada nije pušio niti pio. Nema djece.

Brat 11.SZ ima 69 godina, ekonomist je u mirovini. Imao je rak prostate, a boluje od visokog tlaka. Voli popiti. Nepušač je. Ima dvoje djece: 30.MZ također puši i pije, ima dvoje djece, i 31.MZ ima jedno dijete.

Zaključci

Genealogija je koristan instrument za dobivanje bolje slike o obitelji, etničkoj skupini, odnosno stanovništvu pojedine geografske regije. Informacije nam pomažu u procjeni opterećenosti genetskim bolestima, zdravstvenim i kulturološkim navikama, ali i ponašajnim rizicima. Ovakvi podaci sigurno će u budućnosti pronaći mjesto u planiranju i implementaciji preventivnih aktivnosti na individualnoj razini. Predviđa se da će sofisticirana kombinacija kliničkih istraživanja, otkrića genoma i tehnologije promijeniti medicinsku skrb o pacijentu. Razumijevanje interakcije okoliša i nasljedja je u fokusu individualizirane medicine.



„Srca mala-kažu hvala“

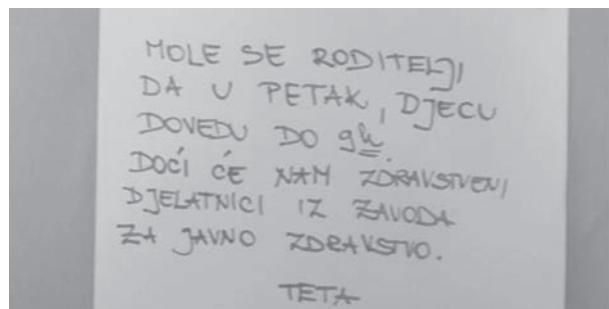
Ljilja Balorda, Ivana Haberle

Zavod za javno zdravstvo Zadarske županije

Služba za socijalnu medicinu i javno zdravstvo Zavoda za javno zdravstvo Zadar znatan dio svojih javnozdravstvenih aktivnosti usmjerava na program prevencije kroničnih nezaraznih bolesti. Jedna od skupina koja je uključena u program je skupina predškolske djece. Prema preporukama Europskog kardiološkog društva iz 2012. godine prevencija kardiovaskularnih bolesti bi trebala biti cjeloživotni proces, koji bi trebao otpočeti još u vrijeme trudnoće majke. Ovaj put nismo išli tako daleko, ali smo uvažavajući statističke podatke o pobolu i smrtnosti uzrokovanim kardiovaskularnim bolestima, te činjenicu da se navike za razvoj faktora rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti stječu u najranijem djetinjstvu, zaključili, kako je iznimno važno u program prevencije uključiti djecu predškolske dobi.

„Prevencija kardiovaskularnih bolesti“ i „Prevenција i ublažavanje posljedica tjelesne neaktivnosti“ dva su od pet prioriteta Zadarske županije iz Plana za zdravlje žitelja Zadarske županije iz 2009. godine donešenih u sklopu Programa - Zdravih županija. Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Zadarske županije i finansijski pomaže provedbu ovog projekta.

Stoga smo u suradnji sa Dječjim vrtićem „Sunce“, koji ima 9 (devet) objekata, početkom 2013. godine započeli provoditi pilot projekt prevencije bolesti srca i krvnih žila pod nazivom „Srca mala-kažu hvala“. Nakon što su stručne službe Dječjeg vrtića „Radost“ vidjele projekt i način na koji ga provodimo, predložili su nam da nakon pilotiranja nastavimo s projektom u njihovih 11 objekata. Što ćemo sa zadovoljstvom i učiniti, ali i nastojati da se suradnja Zavoda za javno zdravstvo Zadar i dječjih vrtića u Zadarskoj županiji u pogledu prevencije kroničnih nezaraznih bolesti nastavi i postane trajan dio promicanja zdravlja u najranijoj životnoj dobi.



Slika 1. Poziv za roditelje

Projekt je namijenjen djeci starijeg vrtićkog uzrasta, od 5 do 7 godina starosti kojih u dječjim vrtićima „Sunce“ ima negdje oko 400. U ovu brojku su ubrojena djeca koja u popodnevним satima pohađaju program predškole, kao i vrtičke skupine koje imaju mješovite grupe djece od 3-7 godina.

Projekt „Srca mala-kažu hvala“ je osmišljen kao niz radionica koje dogovaramo s tetama u vrtiću te ukoliko imaju u programu predviđene aktivnosti koje obrađuju cjeline s temom „moje tijelo“ ili „zdrava hrana“ mi im se taj dan pridružimo u aktivnostima.

Svaka radionica se sastoji od uvodne tjelovježbe i peto-minutnog razgibavanja. Nakon tjelovježbe djeci kažemo „da osluhnju kako im srce veselo kuca, jer je sretno ako vježbamo svaki dan“, te im pomognemo da slušaju rad svog srca stetoskopom, koji je sastavni dio opreme koju ponesemo taj dan u vrtić.

Za potrebe ovog projekta osmišljena je edukativna bojanka-slikovnica istog naziva „Srca mala-kažu hvala“, koja je trenutno u pripremi za tisak, ali je za sada djeci prikažemo kao ppt-prezentaciju. Tekstovi u slikovnici su u obliku rime te naglasak stavljamo na osnovne i najbitnije smjernice vezane za zdravu prehranu i redovitu tjelesnu aktivnost. Tijekom prezentacije s njima komentiramo zašto je to važno i upućujemo ih na to da kada dođu kući, i svojim ukućanima kažu, što je to važno za zdravo srce.



Stihovi iz slikovnice

NAUČIMO DOK SMO MALI
TO JE ZA NAS PRAVO,
PA ĆE NAM SRCE
NARASTI VELIKO I ZDRAVO

I LJUBAV JE VAŽNA ZA
DOBAR RAD SRCA JER OD
LJUBAVI ONO BRŽE KUCA

DRAGA DJECO
NE DAJTE SE SMESTI,
POVRĆE I VOĆE
VAŽNO JE JESTI

DOK DJECA VOZE
BICIKLE, ROLE,
SKEJTOVE, ROMOBILE
TAKO ISTO ČUVAJU
SRCE I KRVNE ŽILE

NA SVJEŽEM ZRAKU
DOK HODAMO
JOŠ ENERGIJE NAŠEM
SRCU DODAMO

PLES SA ZVIJEZDAMA
PRAVA JE STVAR
TAKO DA NA SRCU
NE NASTANE KVAR

U nastavku radionice djeca sa svojim tetama i sa djelatnicima Zavoda za javno zdravstvo sudjeluju u pripremanju voćne salate te u pripremanju kolača od mrkve.



Slika 3. Zdrava hrana: izrada voćne salate

Dok čekamo da se kolač ispeče, neka djeca crtaju srca i u njemu nacrtaju one koje najviše vole, neka od njih izrađuju modele srca od terakote ili plastelina. Za to vrijeme djelatnici Zavoda za javno zdravstvo još jednom sa svakim djetetom prokomentiraju što je to važno da bi srce bilo zdravo.

A evo i nekih izjava djece:

Lorena: „Moji mama i tata vježbaju, ja idem na gimnastiku, a moja starija sestra samo leži na kauču i pritiska tipke na daljinskom.”

Leo: „Za treniranje je važno dizanje utega. Sviđa mi se kad srce jede veliku ribu. Volim jesti rižot od sipe!”

Dominik: „Sve što ne volim moram jesti, jer je to zdravo za srce!”

Leona: „Svaki put kad dođem kod nane i dida vozim biciklu. Volim blitvu i ribu. Volim mendule i orahe od svih bobica!”

Damjan: „Jabuka je kraljica voća! Imam jednu tacnu i na nju kući stavljam voće, a kad se potroši stavljam novo. Sviđa mi se ples i ono srce na bicikli!”

Pip: „Rezao sam jabuku, grožđe, bajame i prelio medom za voćnu salatu i bila je jako zdrava! Srce će mi kucati kao bubenj!”

Juraj: „Ja volim francusko povrće ratatuj! Treba jesti zdravu hranu, piti mlijeko, raditi-čupati pa saditi, npr. marune, mrkve, blitvu.... A naročito treba kopati jer to daje snagu za mišiće!”

Magdalena: “Srce je zdravo kad jedeš zdravo i kad nešto izmišljaš! A zdrav si kada ti rastu zdravi zubi. Rahela ne voli blitvu, nego slatkiše i bucmasta je!”

Program primarne prevencije

„Trening životnih vještina“

Marija Škrgatić i Margaret Mesić

Zavod za javno zdravstvo Zadarske županije

1. Uvod

Tijekom svog odrastanja djeca i mladi susreću se sa mnogim izazovima i rizicima. Zlouporaba alkohola, duhana i drugih sredstava ovisnosti tipično započinje u adolescenciji. U svijetu, pa tako i u Hrvatskoj, vlada trend porasta učestalosti korištenja ovih sredstava među mladima.

U svim do sada provedenim ESPAD istraživanjima (prema Kuzman M., 2012.) mlađi u Hrvatskoj pušili su više od prosjeka ESPAD zemalja. U svijetu se trend pušenja prilično stabilizirao, no u drugim zemljama za razliku od Hrvatske prema zadnjem provedenom istraživanju 2011. godine pušenje je u padu. Na pitanje „da li ste pušili u posljednjih 30 dana?“ 41% dječaka i 41% djevojčica odgovorilo je potvrđno, čime je Hrvatska svrstana na 3. mjesto od ukupno 37 ispitanih zemalja.

Do 2003. godine hrvatski su adolescenti pili nešto manje od prosjeka ESPAD zemalja, no to više nije tako. U 2011. godini u posljednjih 30 dana 24% dječaka i 17% djevojčica barem se jednom opilo. U Hrvatskoj se bilježi daljnji porast ekscesivnog pijenja i među dječacima i među djevojčicama. Najviše ekscesivnog pijenja je u Danskoj, na Malti i u Hrvatskoj (59% dječaka i 48% djevojčica). Kao dominantno piće pri posljednjem pijenju u dječaka prevladava pivo, a kod djevojčica žestoka pića (sama ili kao miješana pića). Uporaba alkohola s tabletama iznad je prosjeka ESPAD zemalja.

Po pitanju uporabe psihoaktivnih droga u svim do sada provedenim ESPAD istraživanjima Hrvatska je bila oko ili nešto ispod prosjeka drugih zemalja. 21% dječaka i 14% djevojčica probalo je marihanu. U Hrvatskoj, kao i u drugim zemljama, 2011. godine došlo je do povećanja zlouporabe inhalanata.

Adolescenti počinju pušiti, pitи ili koristiti droge zbog niza različitih razloga. Da bi bili djelotvorni, programi prevencije moraju se baviti motivacijom za korištenje droga i moraju pružiti učenicima vještine nužne za odupiranje socijalnim pritiscima da puše, piju i koriste druge psihoaktivne tvari (prema *Trening životnih vještina - priručnik za nastavnike 7. razreda*, 2012.).

U sklopu preventivnih djelatnosti u osnovne škole Zadarske županije 2010. godine za učenike šestih razreda uveden je program „Trening životnih vještina“. Cilj ovog programa je smanjenje učestalosti i intenziteta konzumiranja sredstava ovisnosti, kao i odgoda prvog konzumiranja. Od 2011. godine provodi se i u sedmim razredima, čime je obuhvaćeno oko 3 000 osnovnoškolske djece. „Trening životnih vještina“ temelji se na razvoju osobina i uvježbavanju vještina koje su se u dosadašnjim istraživanjima pokazale važnim u sprječavanju razvoja ovisničkog ponašanja. Učenike se ne uči samo širokom spektru osobnih i socijalnih vještina kojima bi se smanjila potencijalna motivacija za korištenje sredstava ovisnosti, već ih se uči kako primijeniti te vještine u situacijama u kojima mogu iskusiti socijalni pritisak za korištenje jedne ili više psihoaktivnih tvari.

„Trening životnih vještina“ provodi se kao serija od 13 radionica za učenike šestih i 10 radionica za učenike sedmih razreda. Radionice provode razrednici ili/i stručni suradnici na satu razredne zajednice, a koji su prošli posebnu edukaciju. Tijekom edukacije imali su priliku čuti stručna predavanja djelatnika Službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i mentalno zdravlje (liječnika, psihologa i pedagoga) te sudjelovati u radionicama koje će provoditi sa učenicima. Provedbu programa u školi koordiniraju školski koordinatori u suradnji

sa djelatnicima Službe za prevenciju. Nositelj programa je Zavod za javno zdravstvo Zadar, Služba za prevenciju, izvanbolničko liječenje ovisnosti i mentalno zdravlje, a program su omogućili Zadarska Županija i Grad Zadar. Autor ovog programa je Dr. Gilbert J. Botvin, a verzija prilagođena provedbi u Hrvatskoj preuzeta je od Nastavnog Zavoda za javno zdravstvo Primorsko goranske županije. Program je evaluiran i praćen pomoću anketnih i evaluacijskih listova, te se u ovom radu prikazuje obrada dobivenih podataka.

Radionice za učenike šestog razreda:

Tema	br. školskih sati
Slika o sebi i samounapređivanje	1
Donošenje odluka	2
Pušenje – zablude i istine	1
Alkohol – zablude i istine	1
Marihuana – zablude i istine	1
Utjecaj medija	1
Nasilje i mediji	1
Anksioznost	2
Suočavanje s ljutnjom	1
komunikacijske vještine	1
Socijalne vještine	2
Asertivnost	2
Rješavanje sukoba	1

Radionice za učenike sedmog razreda:

Tema	br. školskih sati
Zlouporaba droga i nasilje: uzroci i posljedice	1
Donošenje odluka	1
Utjecaji medija	1
Suočavanje s anksioznošću	2
Suočavanje s ljutnjom	1
Komunikacijske vještine	1
Socijalne vještine	1
Asertivnost	2
Rješavanje sukoba	1
Opiranje vršnjačkom pritisku	2

Istraživanje provedeno u prvoj godini (Mesić i sur. 2011.) između ostalog pokazalo je da:

- Učenici šestih razreda najviše slobodnog vremena još uvijek provode s obiteljima (djevojčice značajno više od dječaka). Najmanje slobodnog vremena provode u bavljenju sportom.
- 77% učenika šestih razreda još uvijek nije probalo cigarete. To potvrđuje da je ovo još uvijek vrlo dobra dob za implementaciju preventivnih programa. Rijetko cigarete puši 2.8% učenika, a često 0.7% učenika.
- 22% učenika probalo je žestoka pića. Od toga 15% ih je probalo jednom ili dva puta, a ostalih 7% piju češće i u nekim prilikama!
- Miješana alkoholna pića probalo je 27% učenika, od čega je jednom ili dva puta probalo njih 17%. U posebnim i rijetkim prilikama pije 2.3% učenika šestih razreda. I u ovoj kategoriji zabilježen je porast konzumacije.
- Tijekom šestog razreda 2% učenika probalo je udisati kemikalije.

Cilj:

Cilj ovog istraživanja je ispitati stavove učenika o sredstvima ovisnosti, kao i učestalost njihovog korištenja, te ispitati neke psihološke varijable vezane uz primjenu programa „Trening životnih vještina“.

Metodologija istraživanja:

Od ukupno 36 osnovnih škola u Zadarskoj županiji u istraživanju je sudjelovalo 35 škola, od čega 9 škola sa područja Grada Zadra i 21 županijska škola. U programu je sudjelovalo oko 3000 učenika, no prilikom unošenja podataka iz anketa u statistički program za analizu preostao nam je valjani uzorak od 2932 anketirana učenika (1535 šestaša i 1397 sedmaša) od čega 51% dječaka i 49% djevojčica. U istraživanju je korišten anketni upitnik (preuzet od NZJZPGŽ, 2009.) i to na početku školske godine (prije primjene programa) i na kraju školske godine (poslije primjene programa). Anketni listovi primjenjivani su po principu anonimnosti

korištenjem šifri. Anketni listovi za učenike ispituju demografske varijable, samopoštovanje, stavove, mišljenja, slobodno vrijeme, konzumaciju sredstava ovisnosti, količinu i sadržaj zapamćenih tema iz programa i sl.

Rezultati

Konzumacija alkohola, cigareta i drugih droga

Alkohol

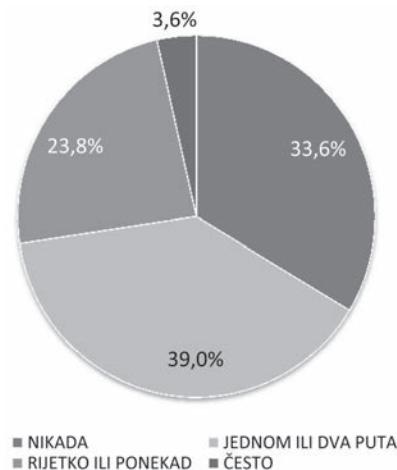
Pijenje i blaga opijenost u našoj kulturi društveno su prihvaćeni kao sastavni dio zabave, opuštanja, pa i sportskih događanja. Mediji su puni reklama koje promoviraju ispijanje alkoholnih pića. Neka djeca svoje prvo piće popiju na nagovor roditelja ili rodbine. Sve to otežava prevenciju, kao i razvoj negativnog stava prema konzumaciji alkohola kod mlađih. Kroz radionicu „Alkohol-zablude i istine“ učenici se upoznaju sa bitnim činjenicama o uporabi i zlouporabi alkohola. Radionica „Utjecaj medija“ posvećena je između ostalog i tehnikama koje se koriste u reklamiranju alkoholnih pića.

Unatoč tome što je zakonski zabranjen za maloljetnike, u ovom kao i u ranijim istraživanjima, pokazalo se kako mladi rano dolaze u doticaj sa alkoholom. Konzumacija alkohola u ranoj dobi, kada se tijelo i mozak još razvijaju, može izazvati trajne štetne posljedice na zdravlje.

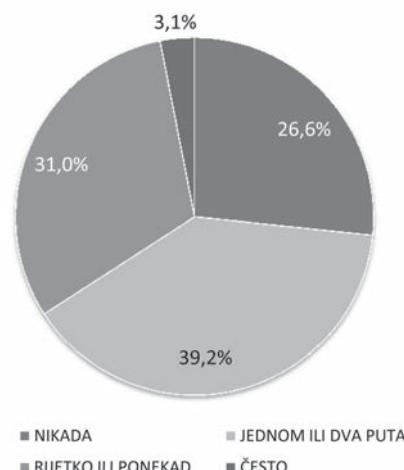
33,6% učenika na kraju šestog razreda izjavilo je da nikada nisu probali ni jedno od navedenih alkoholnih pića (pivo, vino, žestoka i miješana alkoholna pića). 39,0% probali su alkohol jednom ili dva puta, a 23,8% pije rijetko ili ponekad. 3,6% šestasta često konzumira jednu ili više vrsta alkoholnih pića (0,6% učenika izjavilo je da često pije tri ili četiri vrste alkoholnih pića).

26,6% učenika na kraju sedmog razreda izjavilo je da nikada nisu probali ni jedno od navedenih alkoholnih pića (pivo, vino, žestoka i miješana alkoholna pića). 39,2% probali su alkohol jednom ili dva puta, a 31,0% pije rijetko ili ponekad. 3,1% sedmaša

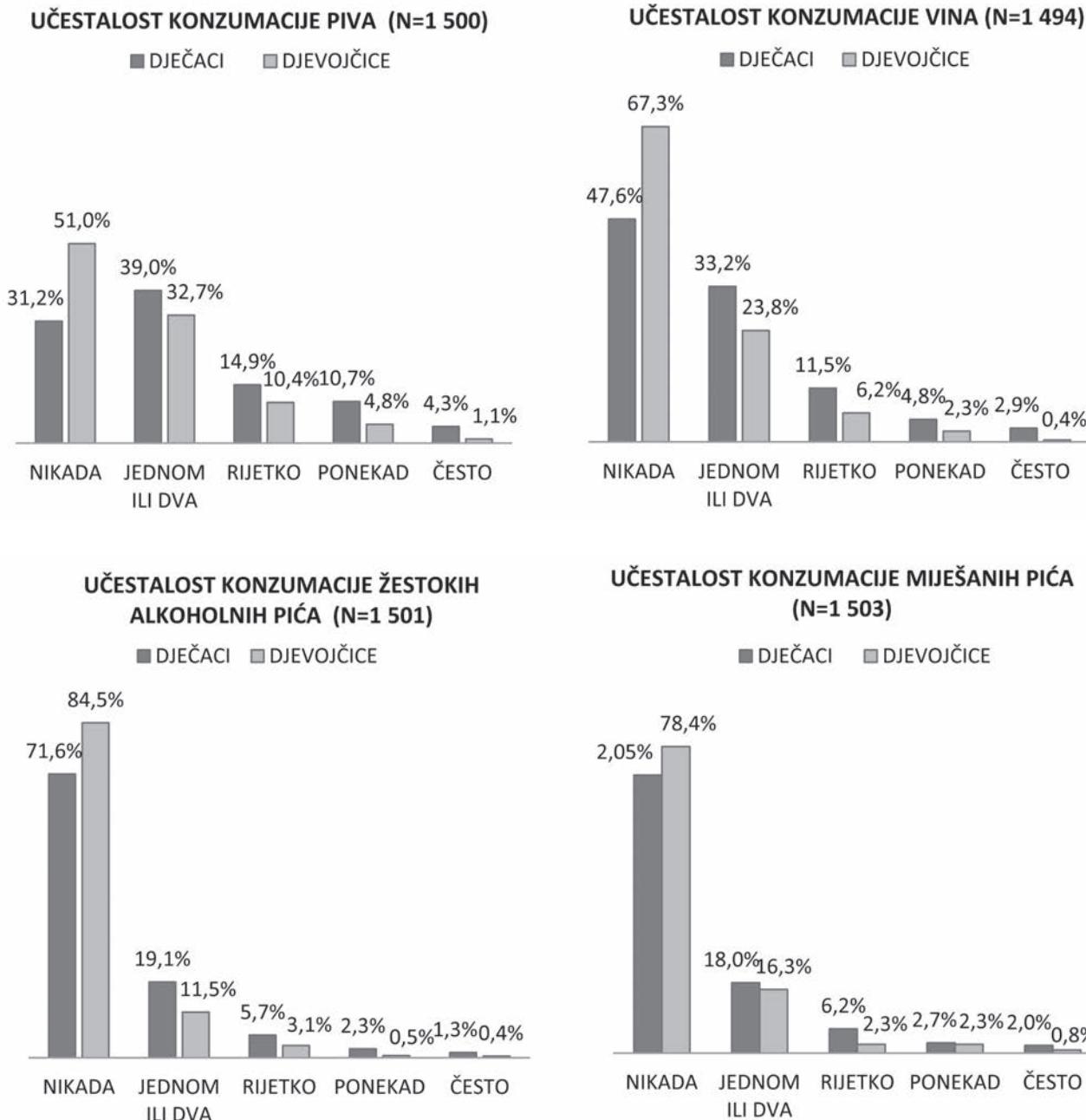
često konzumira jednu ili više vrsta alkoholnih pića (0,8% učenika izjavilo je da često pije tri ili četiri vrste alkoholnih pića).



Slika 1. Učestalost konzumacije alkoholnih pića kod učenika šestog razreda (N=1 520)



Slika 2. Učestalost konzumacije alkoholnih pića kod učenika sedmog razreda (N=1 389)



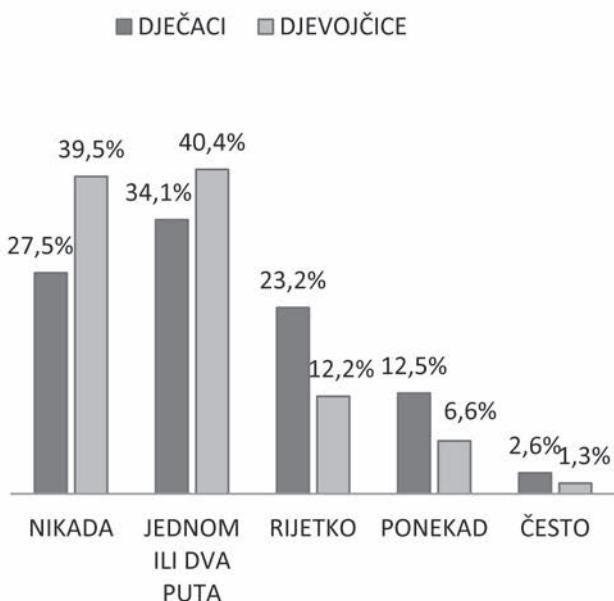
Slika 3. Učestalost konzumacije alkohola u šestom razredu po spolu

Dječaci češće konzumiraju alkohol od djevojčica. I dječaci i djevojčice najviše piju pivo i vino. Moguće je da im je ova vrsta alkohola dostupnija zbog manje cijene i češće prisutnosti u kućanstvima.

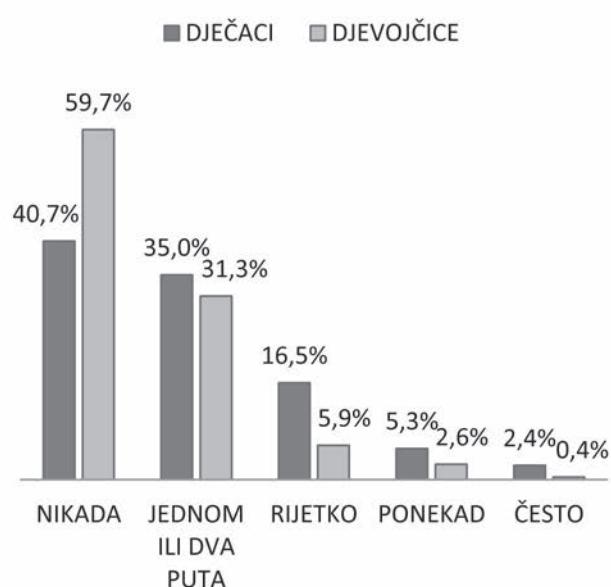
U anketnom upitniku ispitani su i stavovi učenika prema konzumaciji alkohola, pri čemu su ponuđeni

odgovori bili: „uopće se ne slažem“, „uglavnom se ne slažem“, „i slažem se i ne slažem se“, „uglavnom se slažem“ i „potpuno se slažem“. Zbog preglednijeg prikaza rezultata odgovori su sažeti u kategorije: „ne slažem se“, „i slažem i ne slažem se“ i „slažem se“.

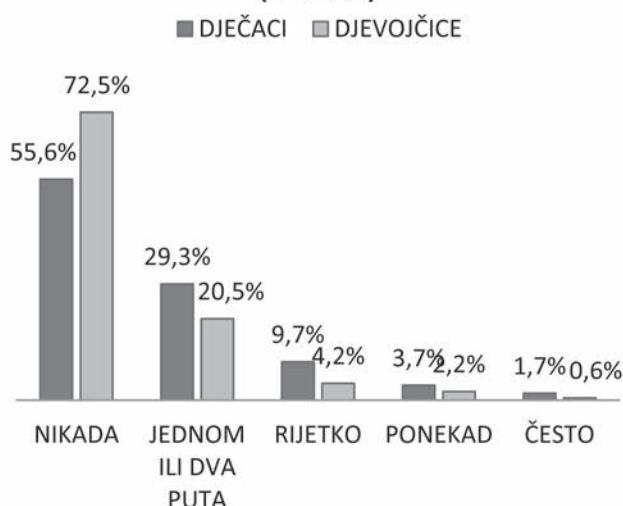
UČESTALOST KONZUMACIJE PIVA (N=1 377)



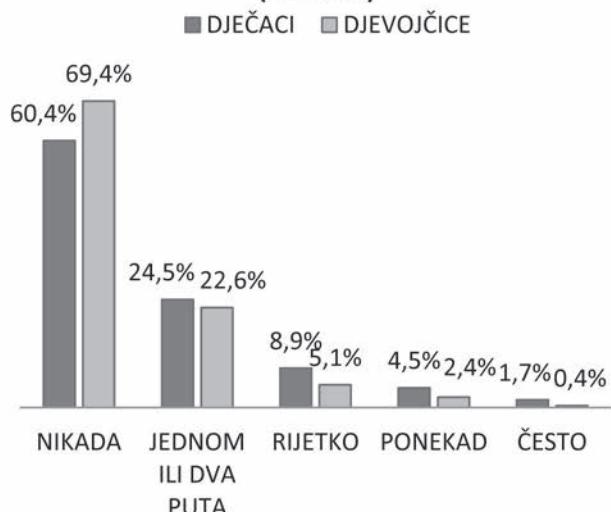
UČESTALOST KONZUMACIJE VINA (N=1 378)



UČESTALOST KONZUMACIJE ŽESTOKIH PIĆA (N=1 377)



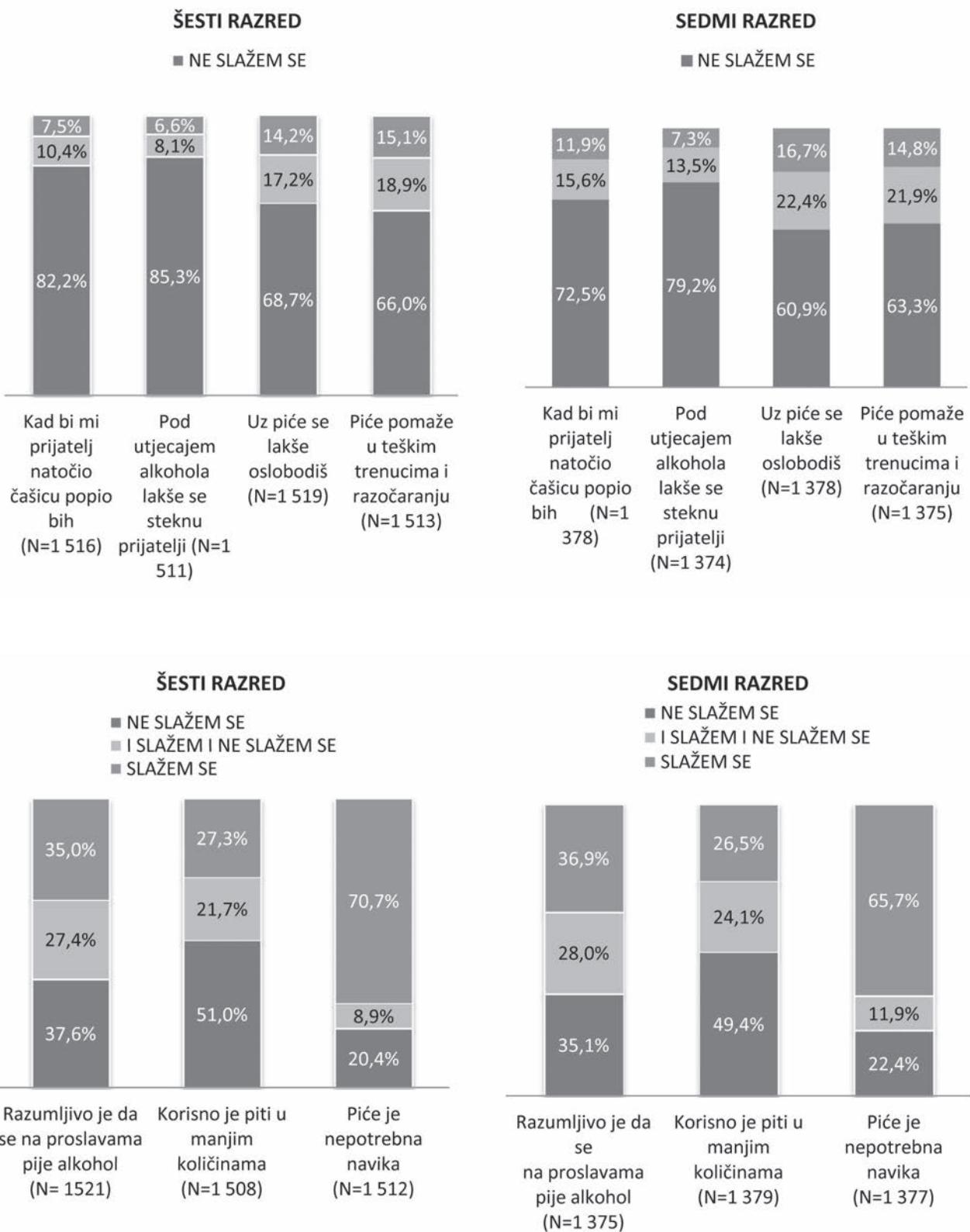
UČESTALOST KONZUMACIJE MIJEŠANIH PIĆA (N=1 375)



Slika 4. Učestalost konzumacije alkohola u sedmom razredu po spolu

Neka ranija istraživanja (Uvodić-Đurić,D.2010.) pokazala su kako mladima prvo piće najčešće bude ponuđeno od strane vršnjaka. Iako je visok broj učenika na pitanje „Kad bi mi prijatelj natočio čašicu popio bi“ odgovorilo negativno (82,2% šestaša i 72,5% sedmaša), jedan dio učenika (7,4% šestaša i 11,9% sedmaša) ipak bi prihvatio ponuđeno piće. Radionice o vršnjačkom pritisku i asertivnosti posvećene su upravo ovoj situaciji.

Neki mladi koriste alkohol kao sredstvo kojim nadoknađuju manjak samopouzdanja u društvu. 6,5% šestaša i 7,3% sedmaša tako smatra kako se pod utjecajem alkohola lakše steknu prijatelji, a 14,1% šestaša i 16,7% sedmaša misli kako se uz piće lakše oslobole. Radionica „Socijalne vještine“ uči učenike kako nadvladati sramežljivost, započeti razgovor i upoznati nove prijatelje bez „pomoći“ alkohola.



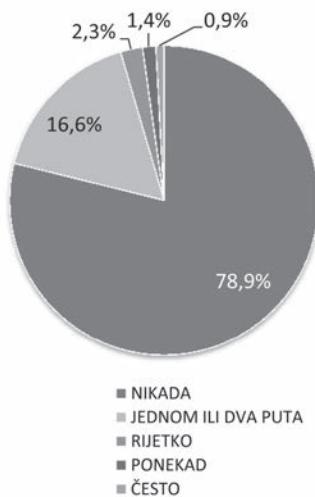
Slika 5.1. Stavovi prema konzumaciji alkohola

Među odraslima, ali i adolescentima nije rijetka zlouporaba alkohola u svrhu ublažavanja stresa, depresije i anksioznost. 15,1% šestaša i 14,8% sedmaša smatra kako piće pomaže u teškim trenucima i razočaranju. Vrlo je važno kod ovih mlađih razviti svijest o tome da je takav način rješavanja problema kratkotrajan, neučinkovit i opasan, te im pružiti podršku i ukazati na bolje i zdravije načine suočavanja sa razočaranjem i stresom.

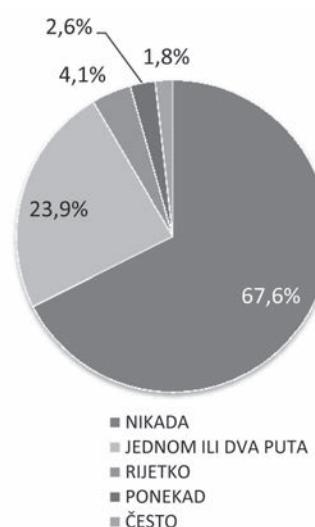
Društveno vrlo prihvaćen stav da je alkohol sastavni i neizbjegli dio slavlja dijeli i velik broj anketirane djece: 35,0% šestaša i 36,9% sedmaša smatra kako

je razumljivo da se na proslavama pije alkohol. 27,3% šestaša i 26,5% sedmaša smatra kako je korisno piti u manjim količinama. Iako se povremeno konzumiranje alkohola ne smatra opasnim za zdravlje on nije potpuno neškodljiv. Za djecu u razvoju nema sigurne ni dozvoljene doze alkohola.

70,7% šestaša i 65,7% sedmaša smatra kako je piće nepotrebna navika. Kako ulaze u dob u kojem raste stupanj znatiželje i eksperimentiranja sa sredstvima ovisnosti, tako su i stavovi sedmaša prema konzumaciji alkohola nešto „liberalniji“ od stavova mlađih učenika.



Slika 6. Učestalost konzumacije cigareta u šestom razredu (N=1 518)



Slika 7. Učestalost konzumacije cigareta u sedmom razredu (N=1 389)

Cigaretе

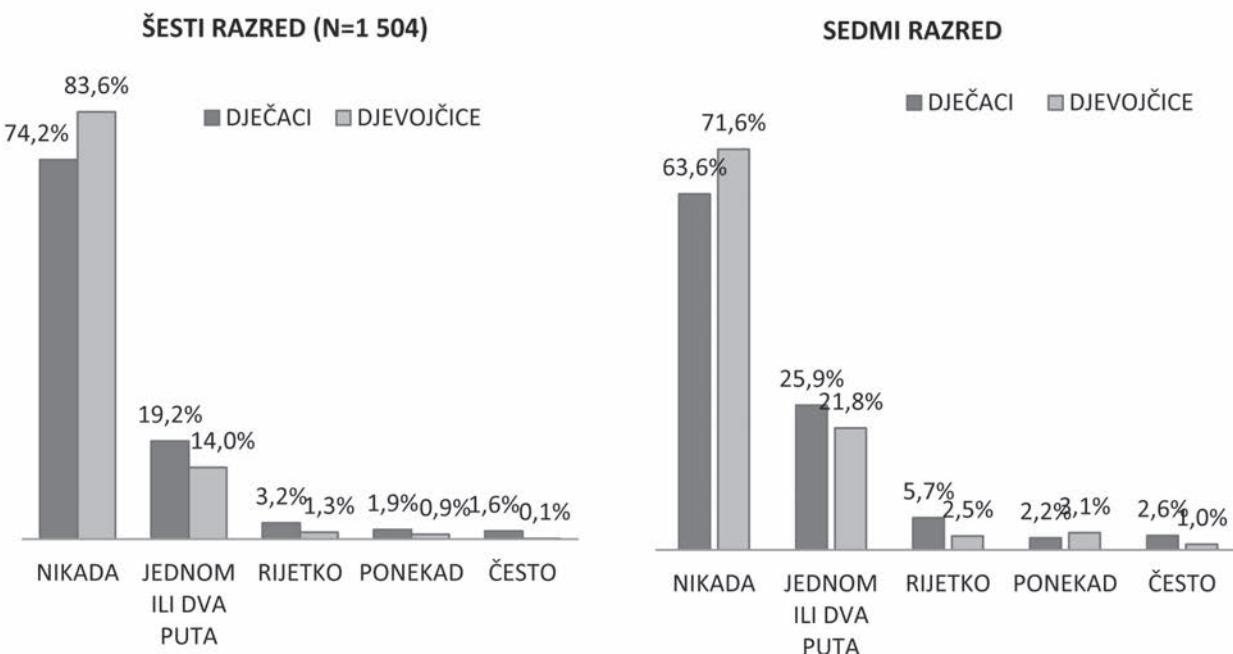
Cigaretе su poslije alkohola drugo najraširenije i najdostupnije sredstvo ovisnosti među mladima. Većina pušača svoju naviku stekne prije završetka srednje škole. Pušenje je veliki rizični faktor za razvoj različitih zdravstvenih problema, te drugi glavni uzrok umiranja u svijetu.

Većina učenika šestog razreda nije probala cigarete (78,9%) ili su pušti probali jednom ili dva puta i nisu nastavili (16,6%). Dio učenika koji puši rijetko (2,3%) ili ponekad (1,4%) u riziku je da razvije ovu štetnu naviku i prijeđe u skupinu djece koja puši često (0,9%). Broj učenika šestog razreda koji na kraju školske godine nikada nisu probali cigarete veći je u odnosu na prošlu generaciju šestaša (78,9% naprema 76,6%).

U sedmom razredu eksperimentiranje sa pušenjem cigareta raste. Učenika koji nikada nisu probali cigarete je manje (67,6%), a veći je i broj učenika koji puše često (1,8%).

Dječaci puše češće od djevojčica. Veći je udio dječaka (25,8% u šestom i 36,4% u sedmom) od udjela djevojčica (16,4% u šestom i 28,4% u sedmom) koji su pušili barem jednom u životu.

U anketnom upitniku ispitani su i stavovi učenika prema konzumaciji cigareta. Ponuđeni odgovori: „uopće se ne slažem“, „uglavnom se ne slažem“, „i slažem se i ne slažem se“, „uglavnom se slažem“ i „potpuno se slažem“ zbog preglednijeg prikaza sažeti su u: „ne slažem se“, „i slažem i ne slažem se“ i „slažem se“.



Slika 8. Konzumacija cigareta po spolu

Kao i u slučaju alkohola utjecaj vršnjačkog pritiska na početak eksperimentiranja sa cigaretama vrlo je značajan. Mnogi su svoj „pušački staž“ započeli upravo na nagovor prijatelja. 2,75% šestaša i 4,39% sedmaša prihvatali bi ponuđenu cigaretu od strane prijatelja. 6,8% šestaša i čak 10,6% sedmaša smatra kako je u redu da njihovi prijatelji puše.

Prema istraživanju Kuzman,M., Mayer,D.,2007. učenici koji puše procjenjuju u višem postotku nego njihovi vršnjaci koji nikada nisu pušili da djevojčice i dječaci koji puše imaju više prijatelja, te da im pušenje daje privlačniji izgled. Nuđenje ili „žicanje“ cigarete čini se kao dobar način za započinjanje razgovora ili druženje. Tako je 8,1% šestaša i 8,3 sedmaša izjavilo kako smatraju da pušenje omogućuje vezu s drugima.

Zbog društvene percepcije pušenja kao odraza zrelosti i nezavisnosti mnogi mladi kao razlog započinjanja pušenja navode želju da se osjećaju i izgledaju odraslije. 4,8% učenika šestih i 4,7% učenika sedmih razreda smatra kako je pušenje znak odrastanja.

9,7% učenika šestog i 10,4% učenika sedmog razreda dijeli vrlo raširenu zabludu da pušenje smiruje. Nikotin u dimu cigarete djeluje stimulativno; umjes-

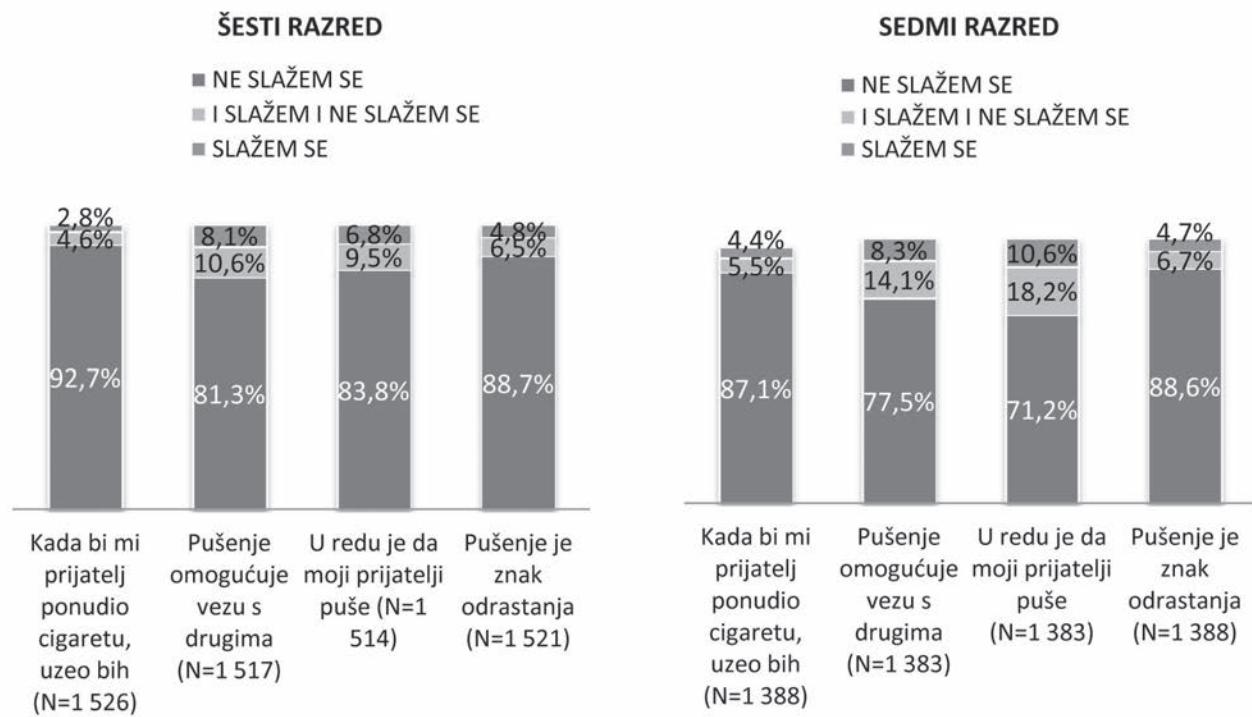
to da „smiri“, pušenje osobu čini još nervoznijom, ubrzava srčani ritam, smanjuje mirnoću ruke i sl.

Vrlo visok postotak učenika 25,4% šestaša i 22,4% sedmaša smatra kako je vrlo razumljivo da ljudi u nekim situacijama puše. U društvu u kojem se na ovisnost o pušenju gleda vrlo tolerantno ne iznenađuje ovakvo mišljenje.

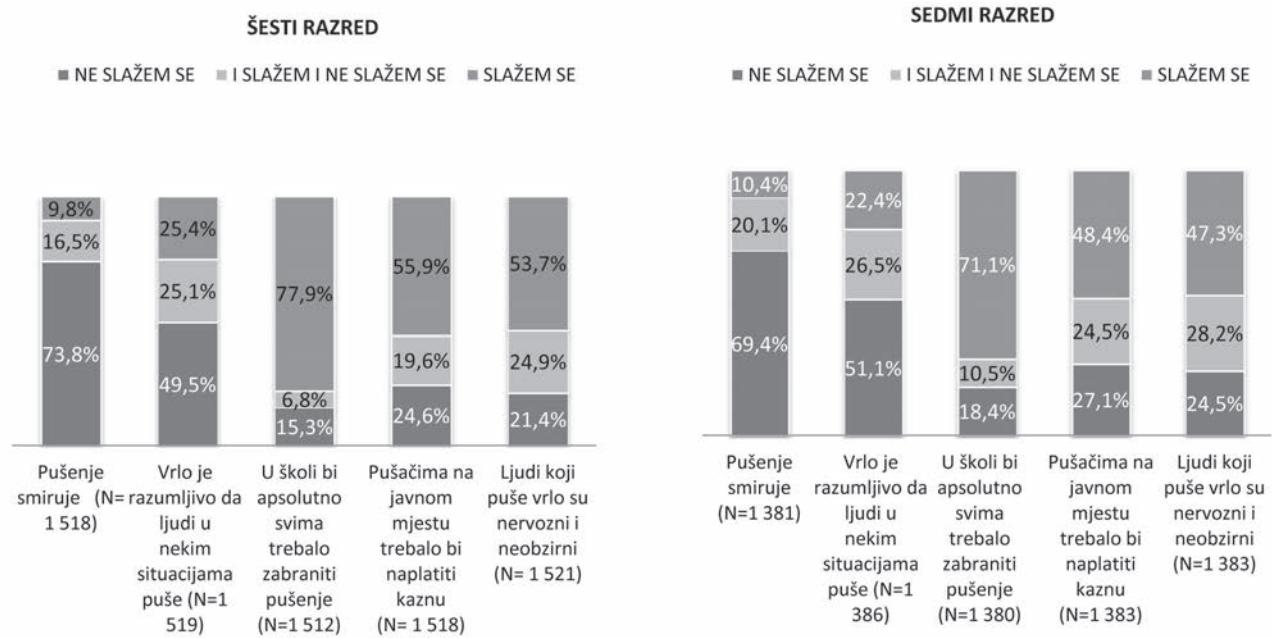
U svijetu raste svijest o opasnostima pasivnog pušenja s kojima se učenici upoznaju i tijekom radionica na temu „Pušenje-istine i zablude“. 55,8% šestaša i 48,3% sedmaša tako smatra da bi pušačima na javnom mjestu trebalo naplatiti kaznu. 53,7% šestaša i 47,3% sedmaša smatraju kako su ljudi koji puše vrlo neobzirni. 78% šestaša i 71,1% sedmaša smatra kako bi u školi apsolutno svima trebalo zabraniti pušenje.

Marihuana

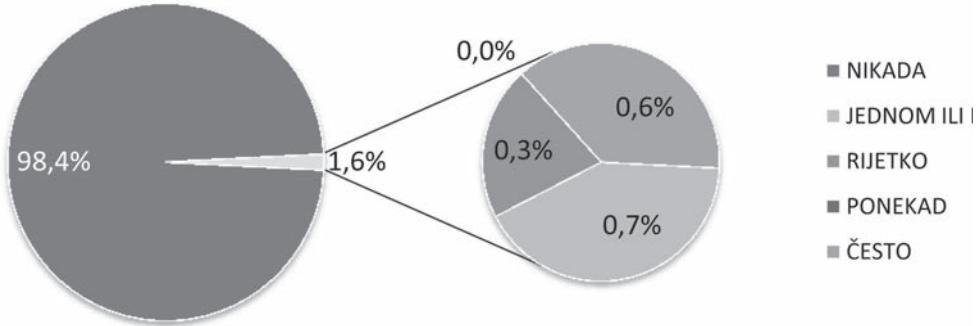
Prema ESPAD istraživanju iz 2011. godine Hrvatska se nalazi na devetom mjestu od 37 Europskih zemalja po dostupnosti marihuane. Većina recentnijih istraživanja potvrđuje da je pušenje marihuane štetno za zdravlje, te negativno utječe na akademska postignuća.



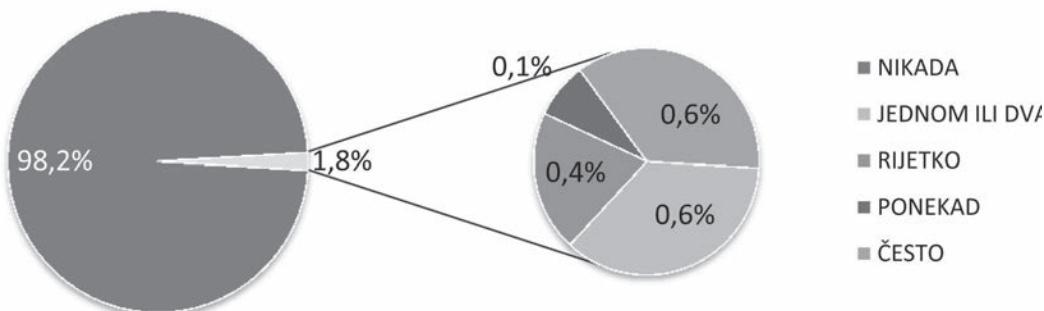
Slika 9.1. Stavovi prema pušenju



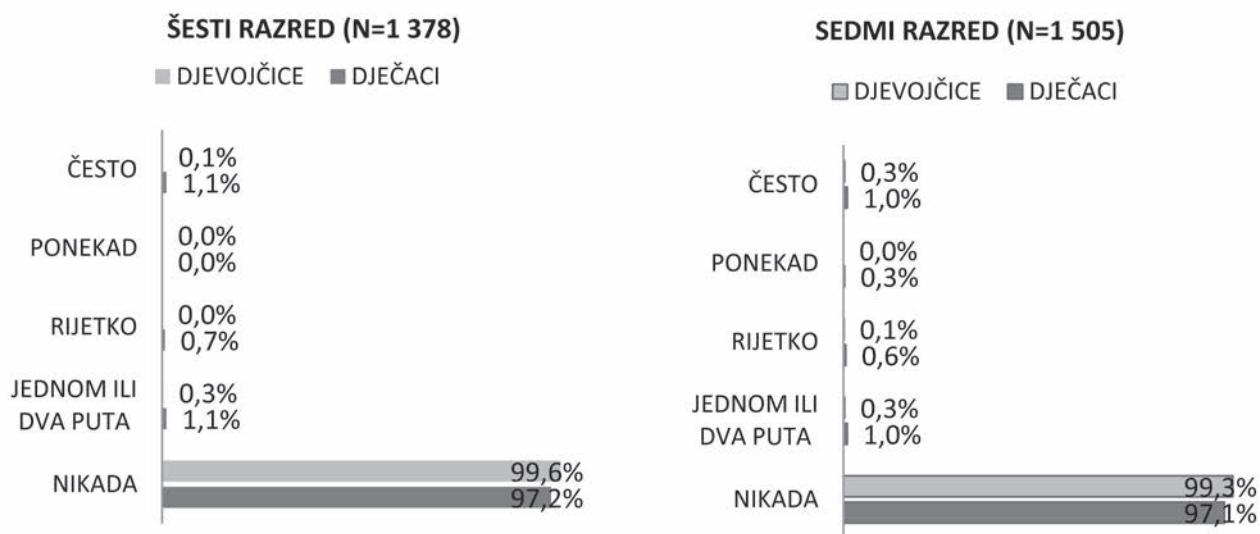
Slika 9.2. Stavovi prema pušenju



Slika 10. Konzumacija marihuane u šestom razredu (N=1 519)



Slika 11. Konzumacija marihuane u sedmom razredu (N=1 387)



Slika 12. Konzumacija marihuane po spolu

98,4% učenika šestog razreda navodi kako nikada nisu probali marihanu. 1,6% učenika navodi da je probalo marihanu, od toga 0,7% jednom ili dva puta, 0,3% puši marihanu rijetko, a 0,6% često. Ni jedan učenik nije kao odgovor odabrao kategoriju „ponekad“.

Većina učenika sedmog razreda, 98,2% navodi da nije probala marihanu. 1,8% sedmaša probalo je marihanu, i to 0,6% jednom ili dva puta, 0,4% učenika puši rijetko, 0,1% ponekad i 0,6% često.

Dječaci češće od djevojčica eksperimentiraju s marihanom.

96,25% učenika šestih i 95,88% učenika sedmih razreda navodi kako bi odbilo ponuđeni „joint“.

Zbog preglednijeg prikaza rezultata ponuđeni odgovori: „uopće se ne slažem“, „uglavnom se ne slažem“, „i slažem se i ne slažem se“, „uglavnom se slažem“ i „potpuno se slažem“ sažeti su u kategorije: „ne slažem se“, „islažem i ne slažem se“ i „slažem se“.

Ostala sredstva ovisnosti

Konzumacija ostalih sredstava ovisnosti prikazana je po principu „ikada“ i „nikada“.

„Snifati“ (udisati inhalacijska sredstva kao što su ljepila, benzin, lak i sl.) je probalo 7,91% šestaša i 7,35% sedmaša. Eksperimentiranje sa ovim sredstvima karakteristično je za mlađe adolescente i rijetko prelazi u naviku, te se smanjuje s godinama što je vidljivo i iz dobivenih podataka. Dok 1,84% šestaša „snifa“ rijetko, 1,18% ponekad i 1,45% često, 0,01% sedmaša „snifa“ rijetko, 0,72% ponekad i 1,15% često.

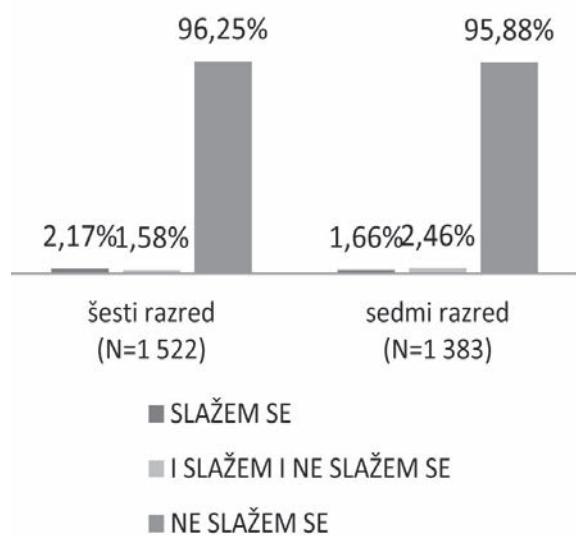
Postotak učenika koji je izjavio da je probao i/ili koristi teže psihoaktivne droge (amfetamini, kokain i heroin) je malen. Kako je ovaj tip sredstava ovisnosti još uvijek manje dostupan djeci ove dobi, treba uzeti u obzir i mogućnost da je ovaj postotak u stvarnosti još i niži (u slučaju da su neki učenici namjerno davali lažne odgovore na pitanja, jer nisu ozbiljno shvatili anketu).

Informiranost o sredstvima ovisnosti

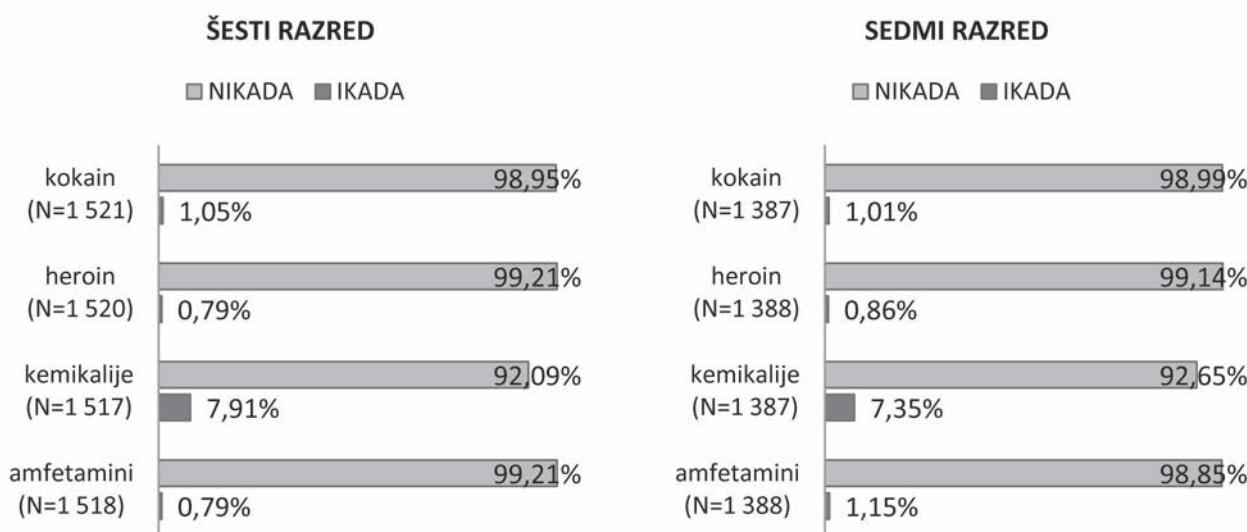
Rezultati statističke analize pokazali su da su učenici izvijestili o boljoj informiranosti o štetnostima konzumacije droga nakon primjene programa.

Zbog preglednijeg prikaza rezultata ponuđeni odgovori: „uopće se ne slažem“, „uglavnom se ne slažem“, „i slažem se i ne slažem se“, „uglavnom se slažem“ i „potpuno se slažem“ sažeti su u kategorije: „ne slažem se“, „islažem i ne slažem se“ i „slažem se“.

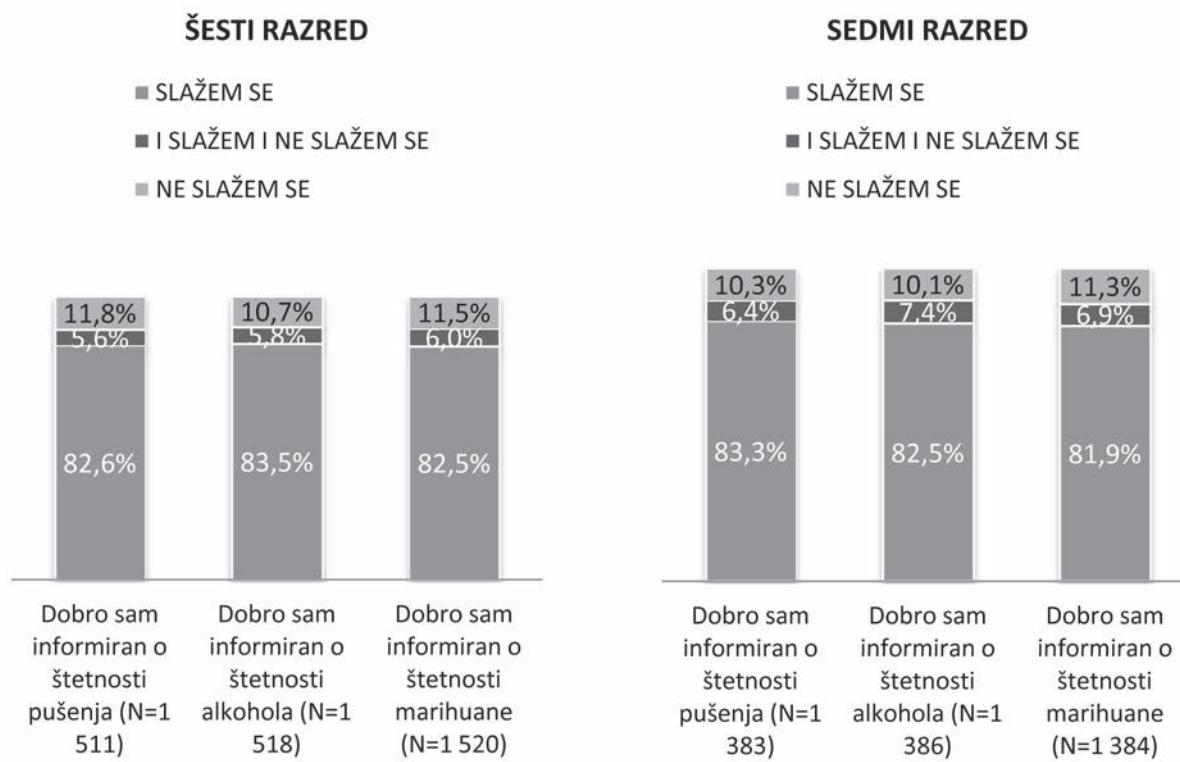
Većina učenika, 82,6% šestaša i 83,3% sedmaša na kraju programa „Treninga životnih vještina“ smatra da su dobro informirani o štetnosti pušenja, alkohola i štetnosti marihuane. U odnosu na prošlu godinu informiranost učenika je veća. Jedan od važnih ciljeva „Treninga životnih vještina“ bio je pružiti učenicima stvarne informacije o štetnosti sredstva ovisnosti, suprotne raširenim mitovima i zabludama, pa možemo reći da je u dobroj mjeri taj cilj i ostvaren.



Slika 13. „Kad bi mi prijatelj ponudio marihanu uzeo bih“



Slika 14. Konzumacija ostalih sredstva ovisnosti



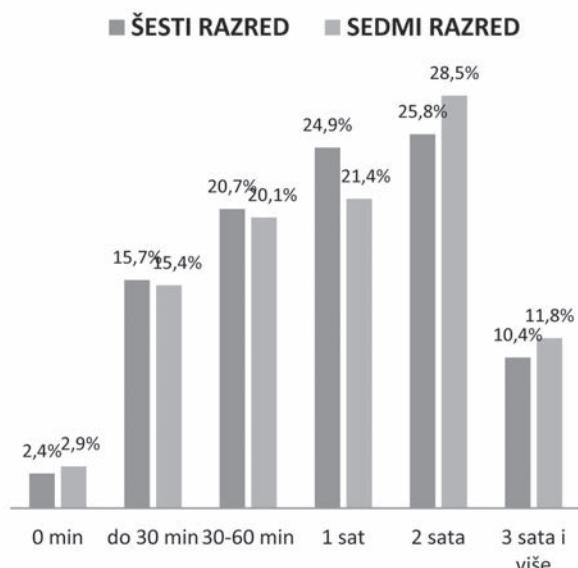
Slika 15. Informiranost o sredstvima ovisnosti

Provodenje slobodnog vremena

Kvalitetno provođenje slobodnog vremena djece i mladih značajan je čimbenik u prevenciji ovisnosti. Djeci treba omogućiti da dio svog slobodnog vremena provedu u igri, druženju, šetnji u prirodi, sportu i sl. Iznimno je važno i vrijeme provedeno u krugu obitelji. Čvrste i pozitivne obiteljske veze jedan su od bitnih zaštitnih faktora u prevenciji rizičnih ponašanja (prema Sakoman 2002.). U adolescen-ciji mladi na različite načine pokušavaju uspostaviti neovisnost od svojih roditelja, traže društvenu afir-maciju od članova grupe vršnjaka i udaljavaju se iz kruga obitelji. Prezaposlenost i ubrzani životni tempo dovode do toga da roditelji imaju sve manje vremena za djecu. Na taj način dolazi do smanjenja slobodnog vremena koje bi obitelji mogle provoditi zajedno. Ipak, kvaliteta zajednički provedenog vre-mena važnija je od kvantitete.

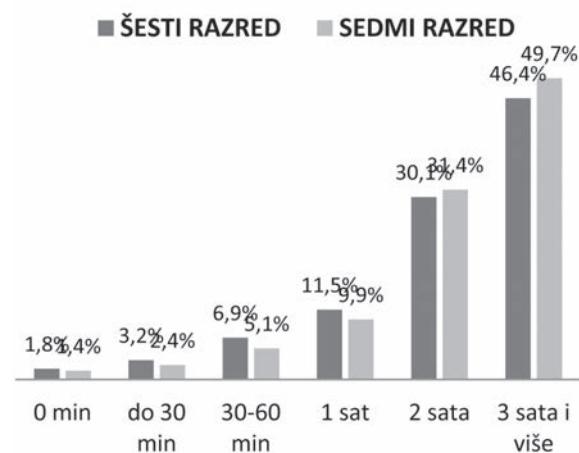
Ako pogledamo vrijeme provedeno u pojedinim na-brojanim aktivnostima, učenici slijedećim redoslijedom provode svoje slobodno vrijeme:

1. Vrijeme provedeno s obitelji
2. Igra, druženje s prijateljima, izlasci
3. Slušanje glazbe
4. učenje i zadaća
5. trening, sport



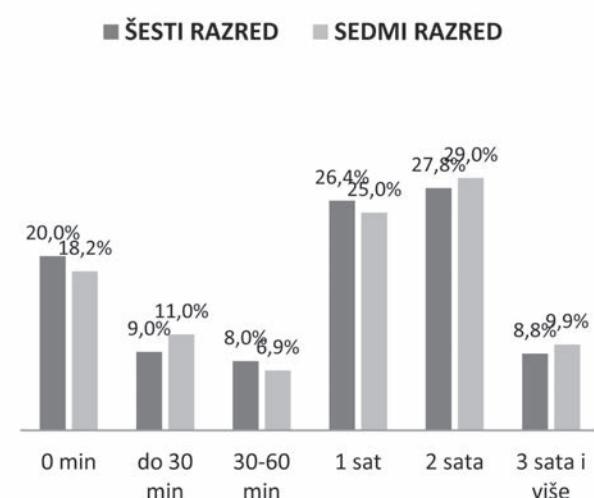
Slika 16. Provođenje slobodnog vremena – učenje i zadaća

Učenici iskazuju da statistički značajno manje uče na kraju školske godine nego na početku ($t= 9.28$, $df= 2860$, $p<0.05$). Učenici šestih i sedmih razreda ne razlikuju se u provođenju vremena u učenju ($t=-1,0$, $df=2888$, $p>0,05$). Djevojčice značajno više vremena provode u učenju i pisanju zadaća od dječaka ($F= 257,9$, $df= 2866$, $p<0.05$).



Slika 17. Provođenje slobodnog vremena – igra, druženje s prijateljima, izlasci

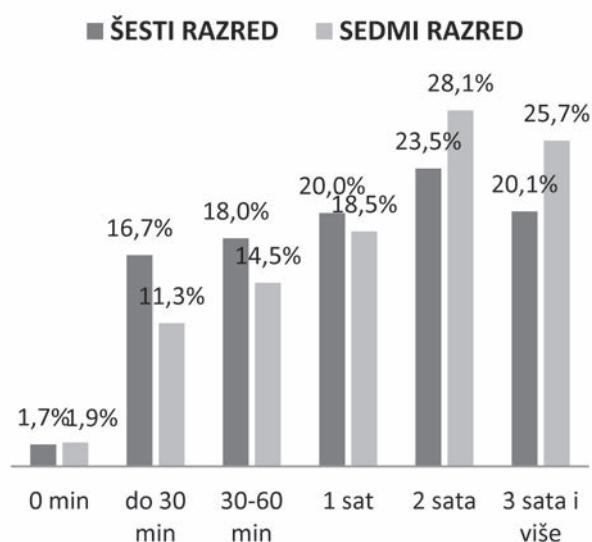
Dječaci više izlaze od djevojčica ($F=11$, $df=2864$, $p<0.005$). Učenici sedmih razreda više izlaze od učenika šestih razreda ($t= - 4,0$, $df=2893$, $p<0.05$) što možemo pripisati ulasku u pubertet u kojem raste važnost vršnjaka u životu mladih adolescenata



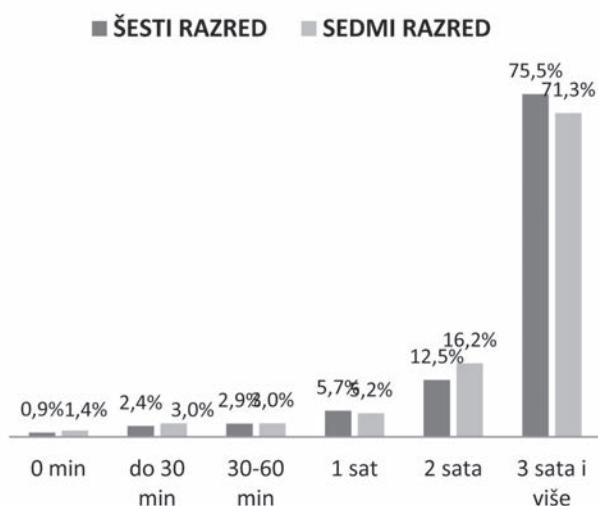
Slika 18. Provođenje slobodnog vremena – trening/sport

Nema statistički značajnih razlika u bavljenju sportom između učenika šestih i sedmih razreda. Dječaci se značajno više bave sportom od djevojčica ($F=118,6$, $df=2859$, $p<0.05$).

Učenici sedmih razreda više vremena provode u slušanju glazbe ili gledanju tv-a od učenika šestih razreda ($t=-5,6$, $df=2885$, $p<0.05$). Djevojčice više od dječaka slušaju glazbu i gledaju tv ($F=4,1$, $df=2863$, $p<0.05$).



Slika 19. Provodenje slobodnog vremena – slušanje glazbe, gledanje tv



Slika 20. Provodenje slobodnog vremena – vrijeme provedeno s obitelji

20,1% šestaša i 25,7% sedmaša provodi 3 i više sati u gledanju tv i slušanju glazbe. Djeca ne bi trebala gledati televiziju više od dva sata dnevno.

Na kraju školske godine učenici značajno manje vremena provode s obiteljima nego na početku školske godine ($t=4,6$, $df=2866$, $p<0.05$). Kako raste vrijeme provedeno u izlascima, bavljenju sportom, slušanju glazbe i gledanju tv, tako se smanjuje vrijeme provedeno u obitelji. U tome se dječaci i djevojčice ne razlikuju, a ne razlikuju se niti učenici šestih od učenika sedmih razreda.

0,9% šestaša i 1,4% sedmaša navodi kako dnevno provode ni malo ili manje od pola sata sa svojim obiteljima. Na taj podatak možemo nadovezati sljedeće anketno pitanje:

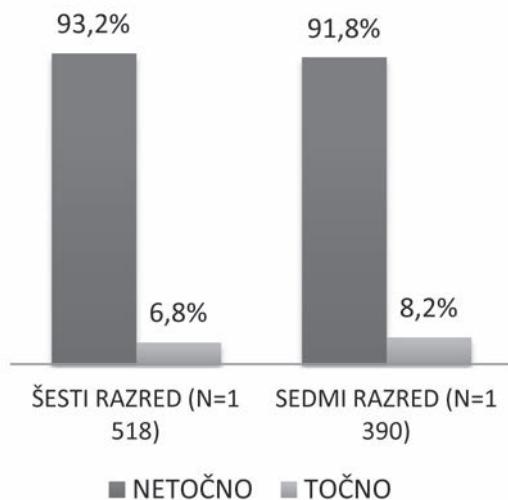
Zadovoljstvo životom

Zadovoljstvo životom zaštitni je faktor u preventiji rizičnih ponašanja. Sam pojam zadovoljstva životom je vrlo širok koncept koji nije jednostavno ispitati. Kroz anketni upitnik pratile su se samo neke tvrdnje koje mjere specifične dijelove zadovoljstva životom.

Zbog preglednijeg prikaza rezultata ponuđeni odgovori: „uopće se ne slažem“, „ne slažem se“, „uglavnom se ne slažem“, „niti se slažem niti se ne slažem“, „uglavnom se slažem“, „slažem se“ i „potpuno se slažem“ sažeti su u kategorije: „ne slažem se“, „i slažem i ne slažem se“ i „slažem se“.

4,0% šestaša i 5,5% sedmaša iskazuje kako nije zadovoljno svojim životom. Pokazuje se da su učenici šestih razreda više zadovoljni svojim životom od učenika sedmih razreda ($t=5,97$, $df=2889$, $p<0.05$).

Pokazala se značajna povezanost između čestice zadovoljstva životom i školskog uspjeha ($r=0,09$), koja ukazuje na to da učenici s boljim školskim uspjehom iskazuju veće zadovoljstvo životom i obratno.



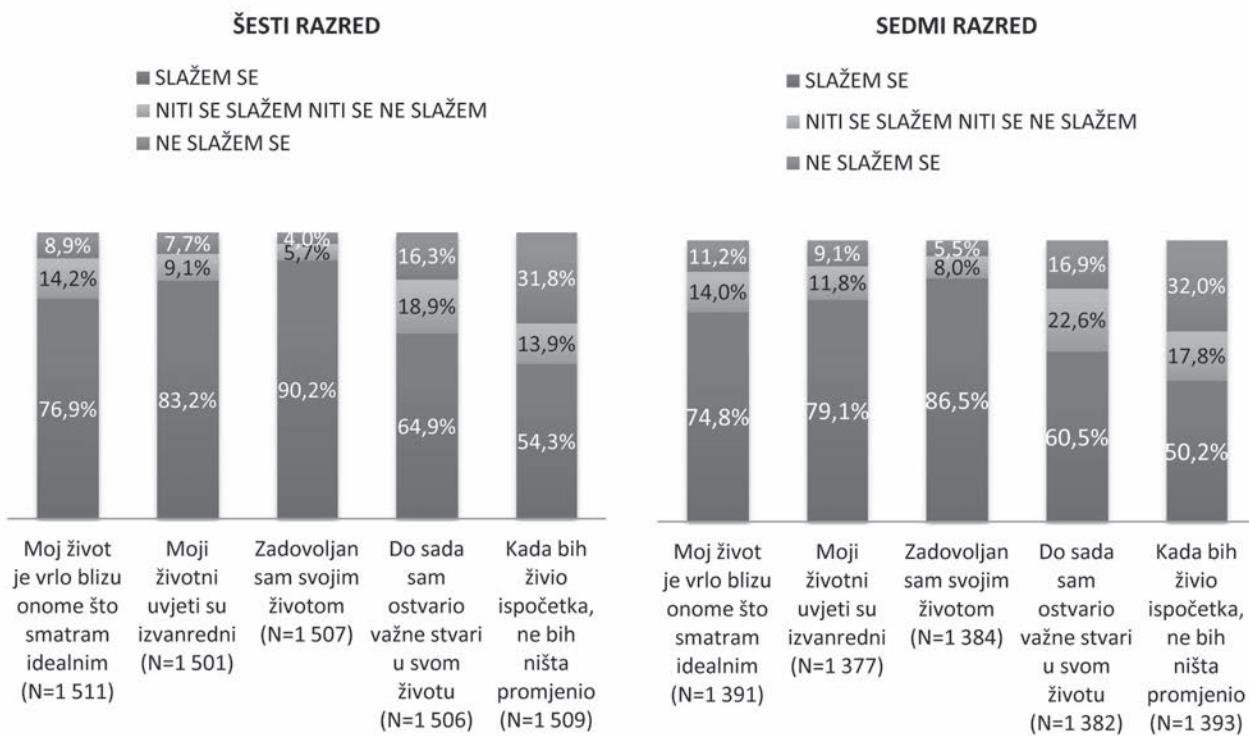
Slika 21. „Kod kuće mi nitko ne posvećuje mnogo pažnje“

6,8% šestaša i 8,2% sedmaša smatra kako im kod kuće nitko ne posvećuje mnogo pažnje.

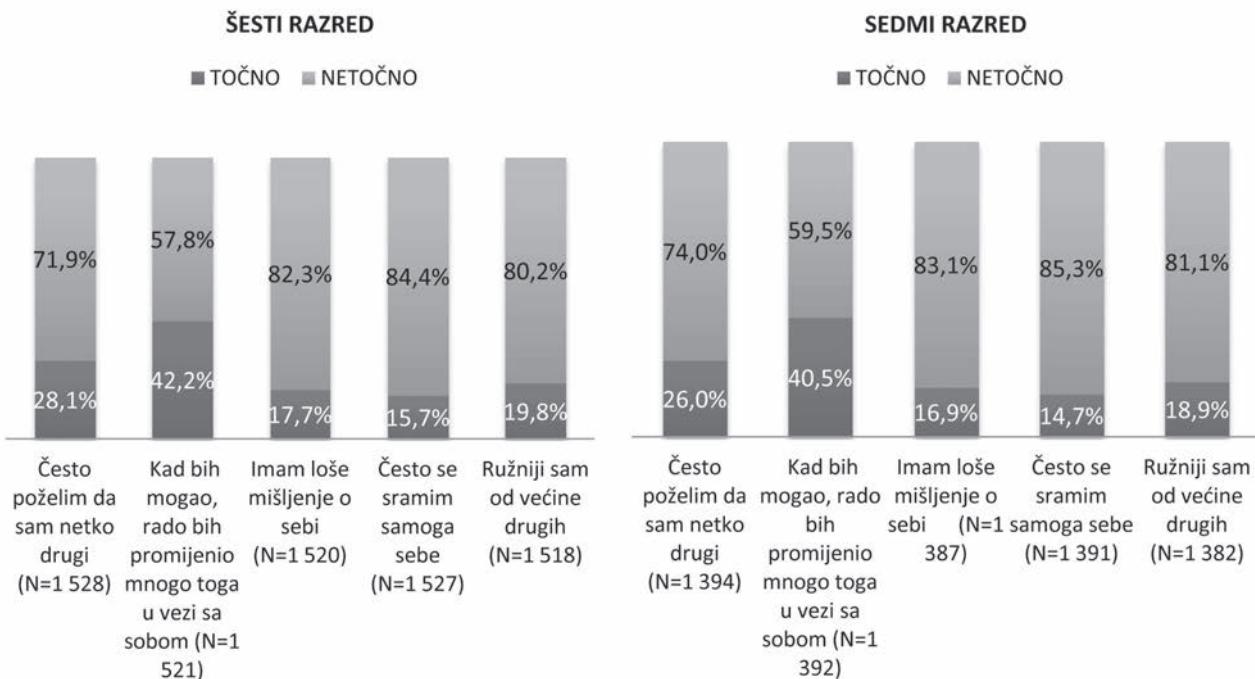
Samopouzdanje

Neke od psiholoških osobina povezanih sa zloupotom sredstava ovisnosti su nisko samopoštovanje, nisko zadovoljstvo samim sobom (slika o sebi), velika potreba za socijalnim odobravanjem, visoka anksioznost i niska asertivnost. Upravo iz ovog razloga „Trening životnih vještina“ nije usmjeren samo na pružanje informacija o učenicima i štetnosti psihoaktivnih sredstva, već i na razvoj vještina samopoboljšanja (poboljšanje slike o sebi, donošenje odluka, suočavanje s anksioznošću, ljutnjom, analiza medija i sl.) i socijalnih vještina koje unapređuju interpersonalne odnose, npr. kako bolje komunicirati, prevladati sramežljivost, oduprijeti se vršnjačkom pritisku, kako rješavati sukobe i sl. (prema Trening životnih vještina-priručnik za nastavnike 7. razreda, 2012.)

Anketnim upitnikom ispitane su i ove karakteristike učenika (samopouzdanje, razina anksioznosti, odnos s drugim učenicima i sl.) koje se kroz radionice nastoje poboljšati.



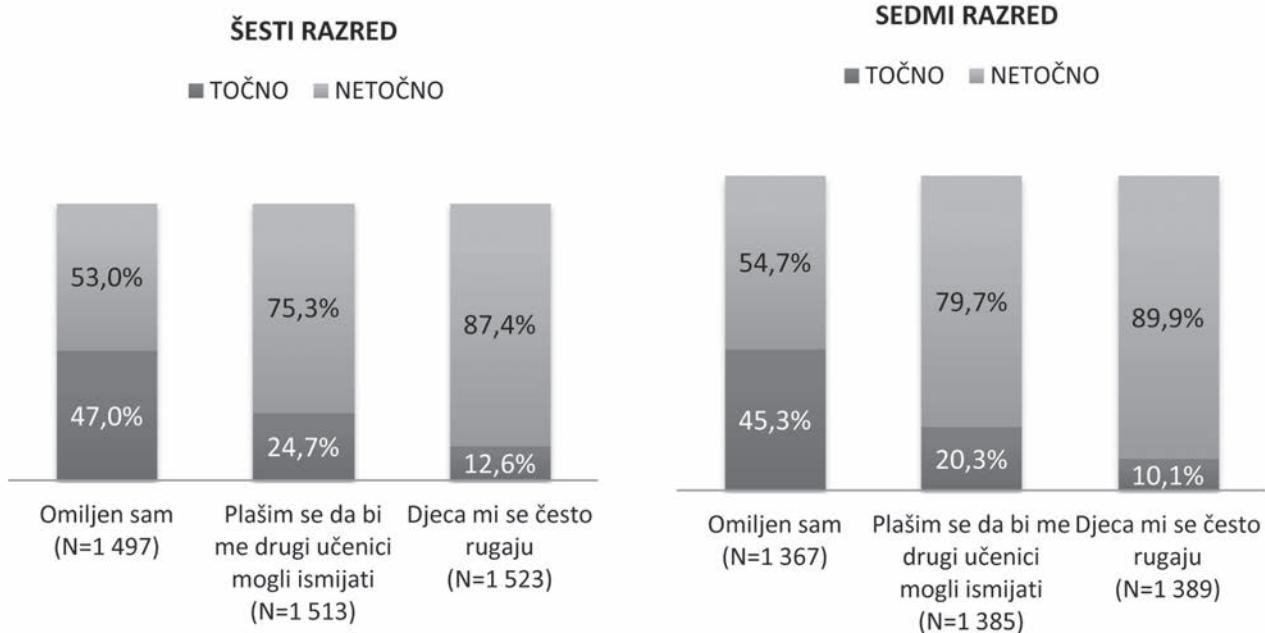
Slika 22. Zadovoljstvo životom



Slika 23.1. Samopouzdanje

Prema prikazanim odgovorima većina učenika pokazuje dobro samopouzdanje. Između 15-20% učenika ima loše mišljenje o sebi, srame se sebe i misle da su ružniji od većine drugih. Nešto viši

postotak između 26-42% učenika rado bi promijenilo mnogo toga u vezi sa sobom ili često požeće da su netko drugi.



Slika 23.2. Samopouzdanje

U adolescenciji raste važnost pripadnosti grupi vršnjaka. Razvoj dobrih društvenih odnosa sa vršnjacima važan je dio odrastanja. Nešto manje od polovice učenika (47% šestaša i 45,3% sedmaša) smatra da su omiljeni u društvu. Manjak samopouzdanja i sramežljivost mogu otežati sklapanje prijateljstava, pa se učenike kroz radionice „Komunikacijske vještine“ i „Socijalne vještine“ uči kako bolje komunicirati, kako se suočiti sa anksioznosću u socijalnim situacijama, kako upoznati nove ljude ili davati komplimente i sl.

12,6% šestaša i 10,1% sedmaša izloženo je nekom obliku verbalnog zlostavljanja od strane svojih vršnjaka.

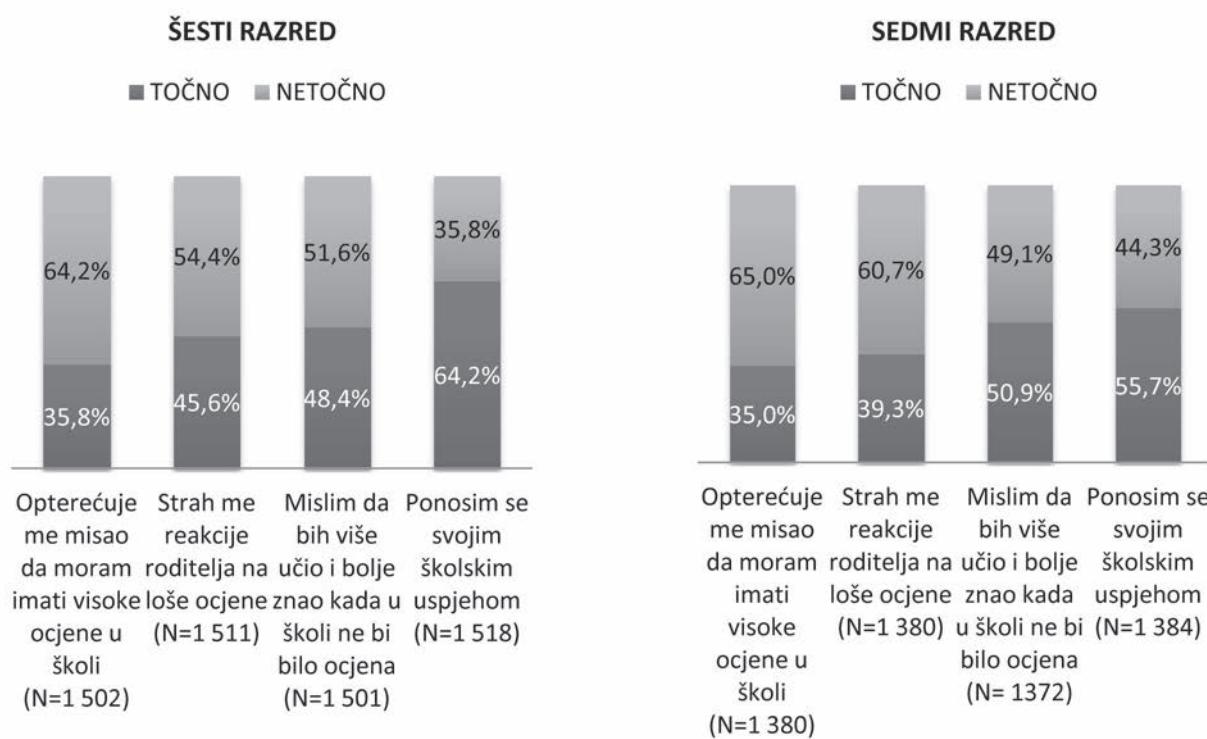
Oko 20% učenika boji se ismijavanja od strane drugih učenika. Ponekad strah od odbacivanja ili želja da nas grupa prihvati može biti razlog popuštanju vršnjačkom pritisku. Kroz radionicu o

asertivnosti učenici uče kako otvoreno izraziti svoje osjećaje i izboriti se za svoja prava, što se u sedmom razredu produbljuje radionicom „Odupiranje vršnjačkom pritisku“.

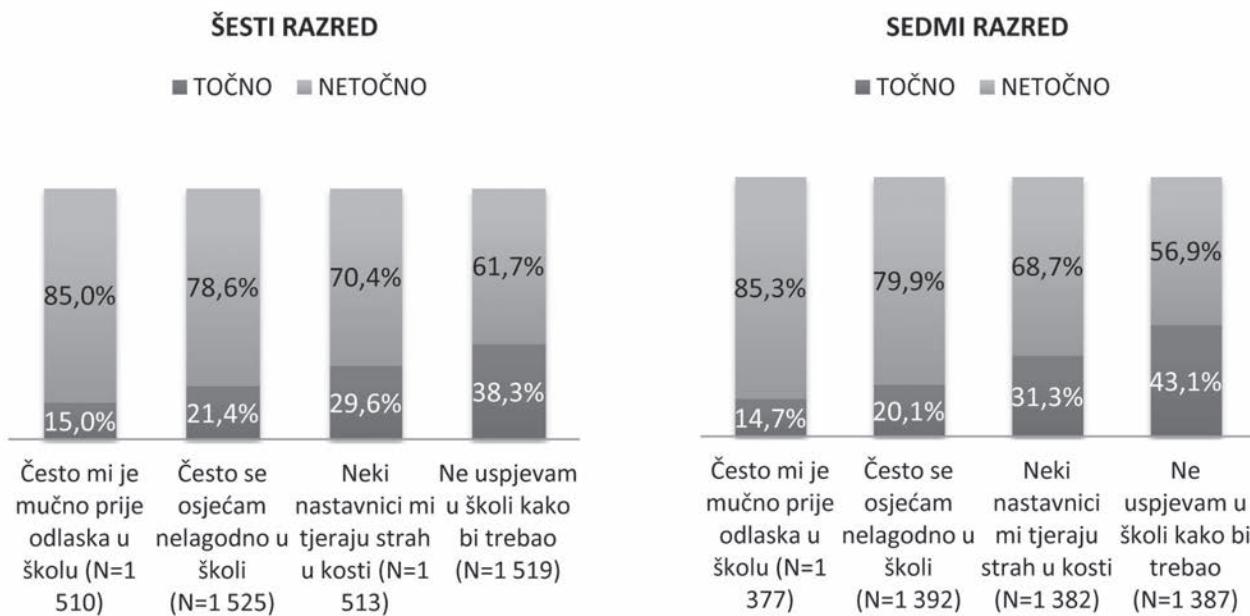
Škola, ocjene, ispitna anksioznost

Anketnim upitnikom ispitani su stavovi učenika prema školi, učenju i ocjenama.

Gotovo polovica učenika osjeća pritisak da mora imati visoke ocjene u školi ili se boji reakcije roditelja na loše ocjene. U sedmom razredu strah od roditeljske reakcije na loše ocjene se smanjuje. Više od polovice učenika ponosi se svojim školskim uspjehom. Zadovoljstvo ocjenama smanjuje se u sedmom razredu. S obzirom da u toj dobi raste važnost grupe vršnjaka, izlazaka i sl. ocjene postaju manje važne.



Slika 24. Ocjene



Slika 25. Škola

15% učenika šestog i 14,7% učenika sedmog razreda osjeća mučninu prije odlaska u školu. Oko 20% učenika često se osjeća nelagodno u školi. 29,6% šestaša i 31,3% sedmaša osjeća strah od nekog ili nekih nastavnika. 38,3% šestaša i 43,1% sedmaša nije zadovoljno svojim uspjehom u školi.

Kroz anketni upitnik ispitana je pojavnost simptoma ispitne anksioznosti kod učenika. Iako je strah od ispitivanja normalno stanje, ispitna anksioznost može pogoršati učinak učenja i reprodukciju gradića. Učenici zbog osjećaja straha ili nelagode mogu izbjegavati učenje ili/i pokazati lošije rezultate prilikom ispitivanja.

37,1% šestaša i sedmaša ponekad ne može učiti zbog straha od ispitivanja. 47,3% šestaša i sedmaša najradije bi pobeglo kada nastavnik počne pitati. 49,9% šestaša i sedmaša zaborave naučeno gradivo kada moraju odgovarati.

Ispitna anksioznost može se manifestirati ne samo kroz emotivne (strah, nervozu, tjeskoba, panika, tuga i sl.) već i fizičke simptome kao što su lupanje srca, znojni dlanovi, crvenilo, glavobolja i sl.

Između 37,5% i 70% učenika šestog i oko 50% učenika sedmog razreda pokazuje neke fizičke simptome ispitne anksioznosti. Kroz radionice

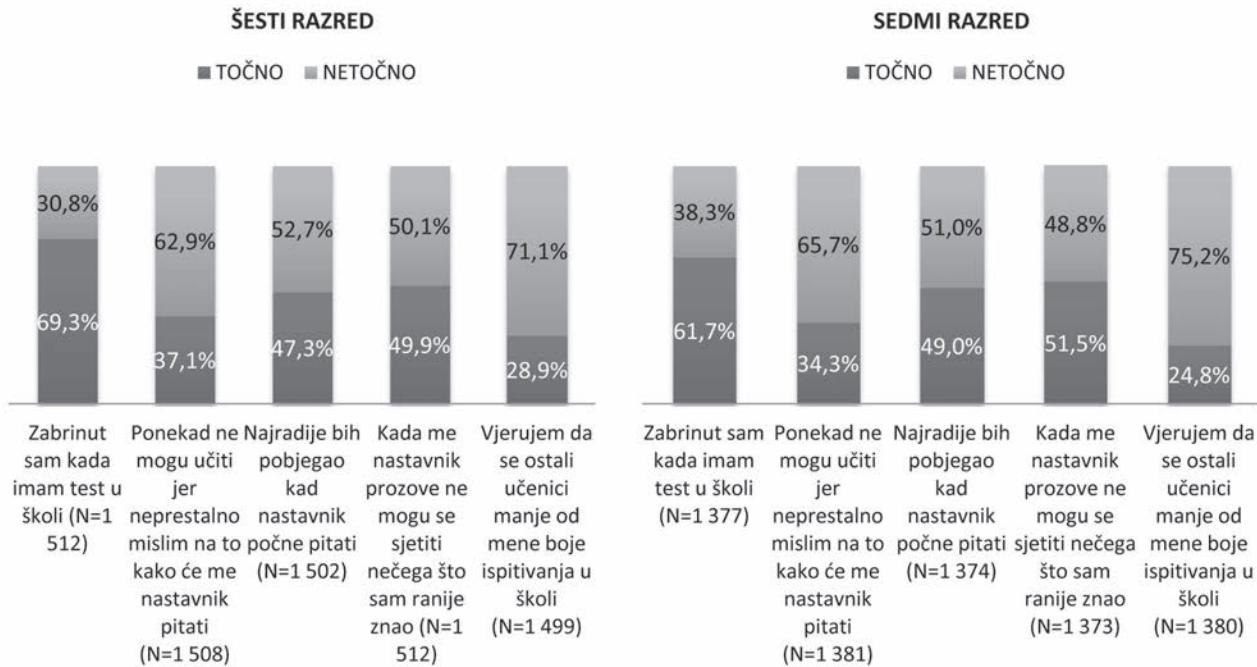
„Treninga životnih vještina“ učenici uče kako prepoznati simptome anksioznosti i situacije koje je izazivaju, te kako se s njima suočiti i smanjiti ih.

Povezanost školskog uspjeha sa konzumacijom sredstava ovisnosti

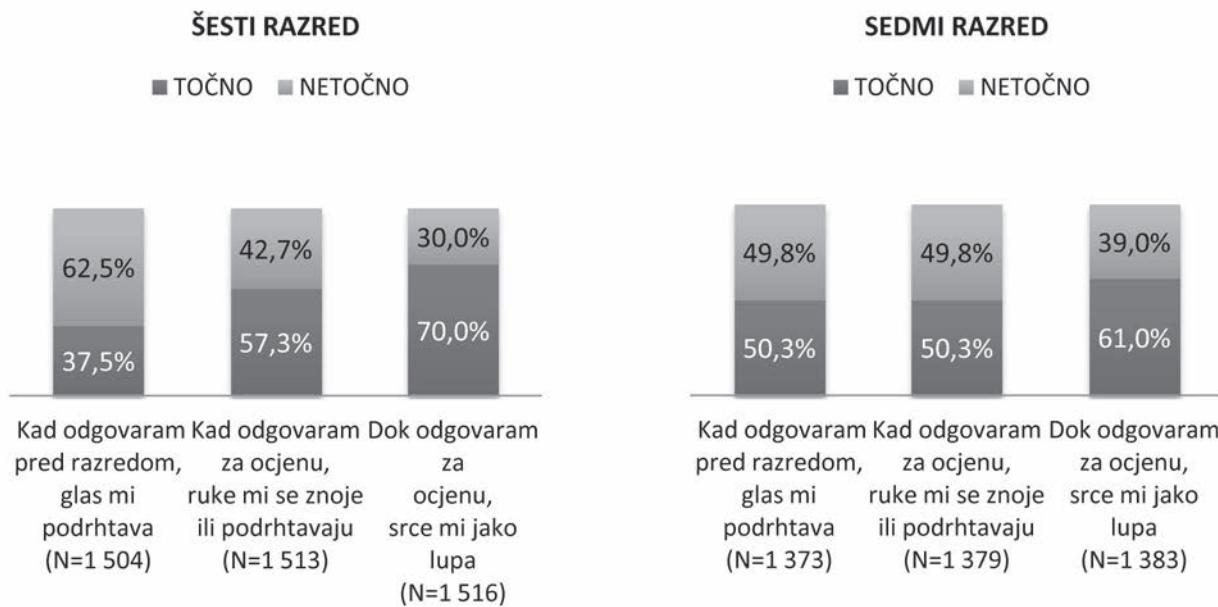
Školski uspjeh značajno je povezan s konzumacijom ispitanih sredstava ovisnosti:

- školski uspjeh i pušenje ($r = -0.16, p < 0.05$)
- školski uspjeh i pijenje piva ($r = -0.11, p < 0.05$)
- školski uspjeh i pijenje vina ($r = -0.08, p < 0.05$)
- školski uspjeh i pijenje žestokih pića ($r = -0.08, p < 0.05$)
- školski uspjeh i miješana pića ($r = -0.04, p < 0.05$)
- školski uspjeh i marihuana ($r = -0.05, p < 0.005$)

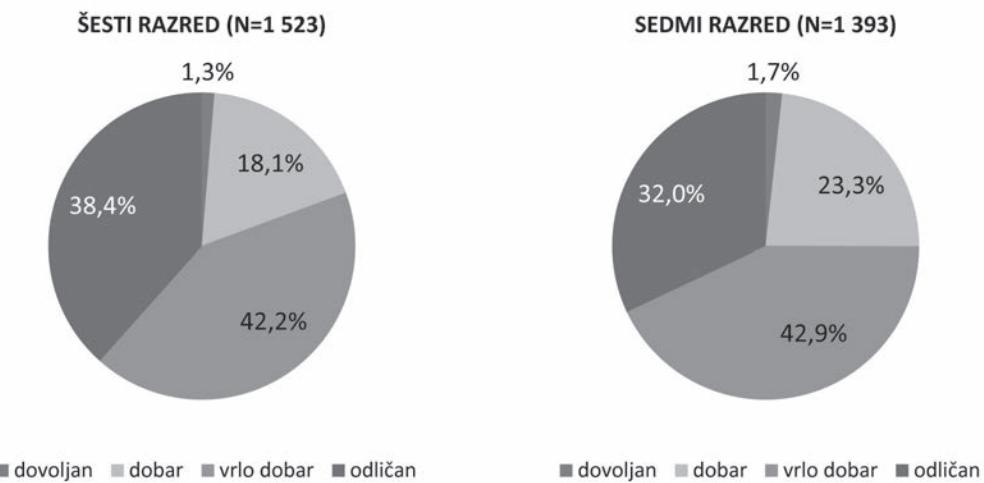
Dakle, što je bolji školski uspjeh kod učenika, manja je konzumacija sredstava ovisnosti. Važno je napomenuti povezanost između školskog uspjeha i snifanja ljepila, koja nije statistički značajna, ali je vrlo specifična. Naime, to je jedina korelacija koja nije negativna, što znači da oni koji snifaju ljepilo imaju bolje ocjene i obratno. Ovi se rezultati slažu s rezultatima drugih istraživanja (Galić, 2002.).



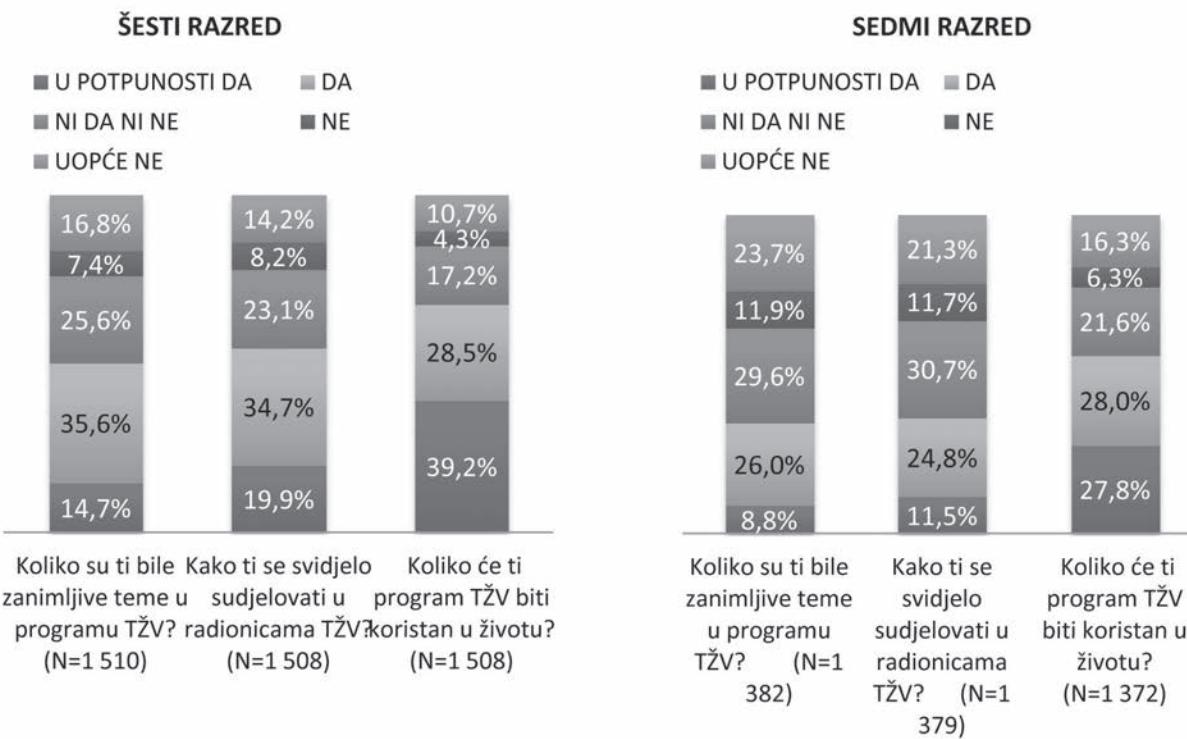
Slika 26.1. Ispitna anksioznost



Slika 26.2. Ispitna anksioznost



Slika 27. Školski uspjeh na kraju prošle godine



Slika 28. Procjena korisnosti programa od strane učenika

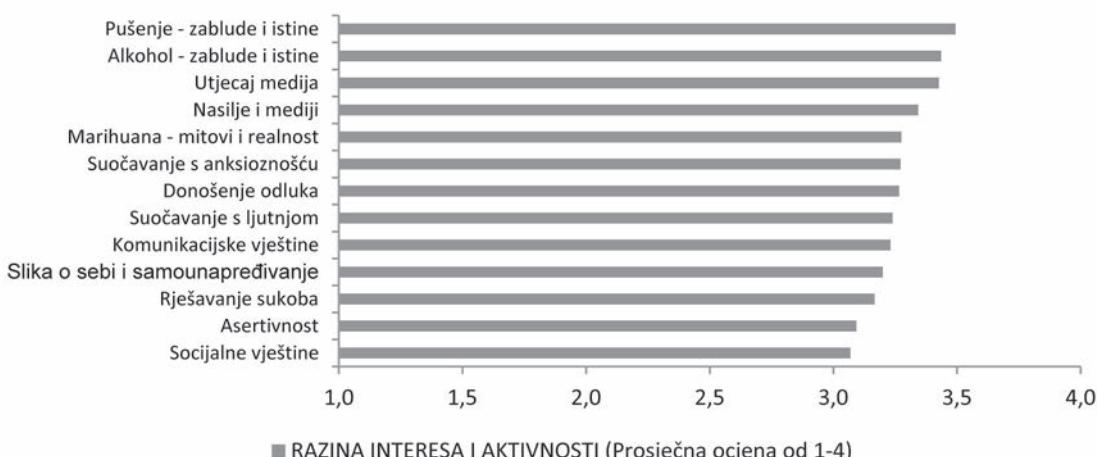
Procjena programa od strane učenika

50,3% učenika šestog i 34,8% učenika sedmog razreda pozitivno ocjenjuje zanimljivost tema u programu. Razlog smanjenja interesa u sedmom razredu je možda u tome što se neke teme, iako u proširenom obliku, ponavljaju. 54,6% šestaša i 36,3% sedmaša navodi kako im se svidjelo sudjelo-

vati u radionicama Treninga životnih vještina. Na pitanje „Koliko će ti program TŽV biti koristan u životu“, učenici su u prosjeku odgovorili na skali od 1 do 5 (gdje 1 znači uopće ne, a 5 znači u potpunosti) da procjenom 3,8. 67,7% učenika šestih i 55,8% učenika sedmih razreda smatra da će im program koristiti u svakodnevnom životu.

RAZINA INTERESA I AKTIVNOSTI UČENIKA

šesti razred



RAZINA ZADOVOLJSTVA VODITELJA RADIONICOM

šesti razred



Procjena programa od strane nastavnika

Nakon svake održane radionice voditelj radionice morao je ispuniti evaluacijski list u kojem je između ostalog trebao procijeniti razinu interesa i aktivnosti učenika i razinu svog zadovoljstva radionicom. Dobiveni su sljedeći podaci:

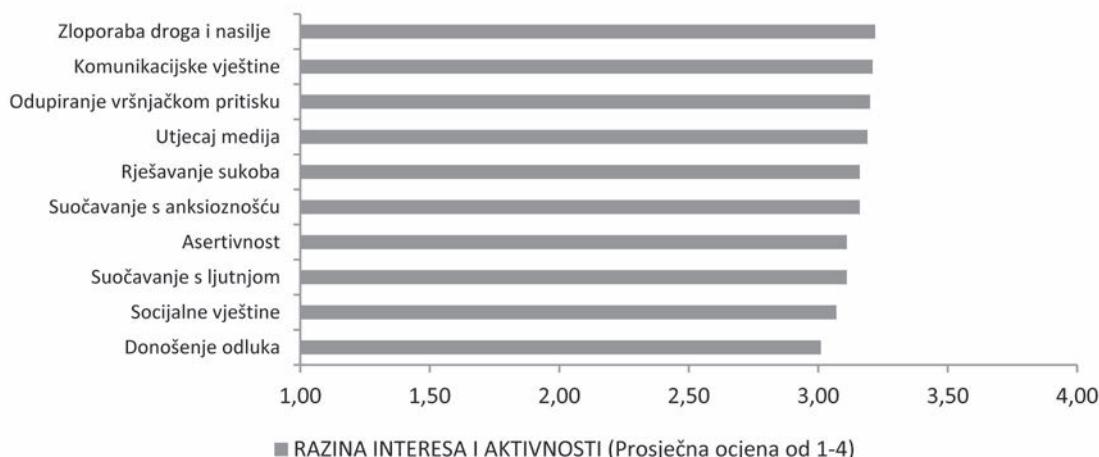
Radionica na kojoj su učenici šestog razreda prema procjeni voditelja radionice pokazali najveći interes i aktivnost bila je radionica o zabludama i istinama o pušenju. Nakon toga slijede radionice o alkoholu i utjecaju medija.

Najboljom prosječnom ocjenom za šeste razrede ocjenjene su radionice „Slika o sebi i samounapredivanje“ i radionica „Suočavanje s ljutnjom“.

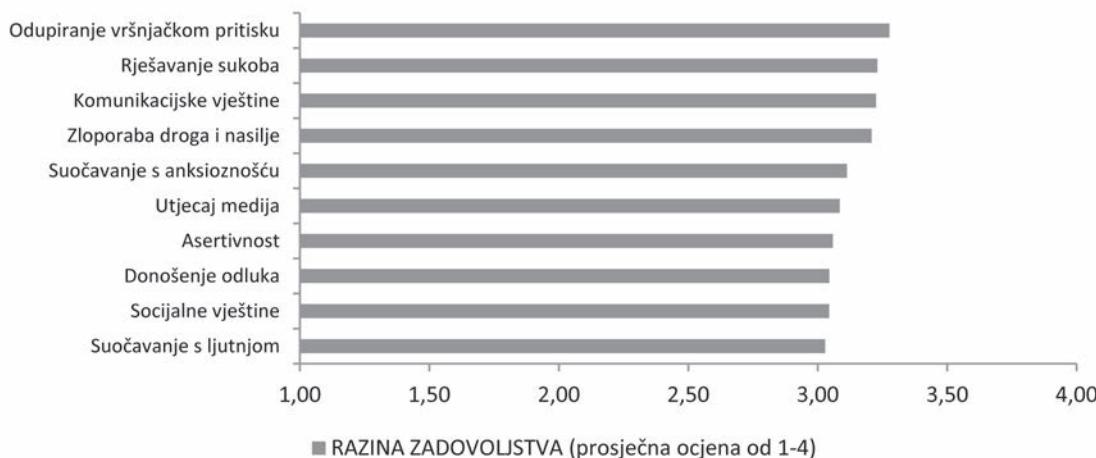
Sedmaši su prema procjeni voditelja radionica najvišu razinu interesa pokazali na radionicama o zlouporabi droga i nasilju i komunikacijskim vještinama.

Voditelji radionica za sedme razrede najzadovoljniji su bili radionicom o vršnjačkom pritisku i rješavanju sukoba.

**RAZINA INTERESA I AKTIVNOSTI UČENIKA
sedmi razred**



**RAZINA ZADOVOLJSTVA VODITELJA RADIONICOM
sedmi razred**



Zaključak

Djelotvornost u stvarnoj prevenciji upotrebe i zlorabe sredstava ovisnosti pokazao je vrlo malen broj programa. Nova generacija programa prevencije razlikuje se od tradicionalnih pristupa po tome što se temelji na cijelovitijem razumijevanju uzroka pušenja, uporabe/zlorabe alkohola i droga. Ti programi bili su podvrgnuti nekolicini strogih evaluacijskih istraživanja koja su dala snažnu potvrdu njihovoj djelotvornosti. Program „Trening životnih vještina“ ne samo što je najbolje evaluiran program ove vrste, već je i stvorio najveće i najtrajnije smanjenje u korištenju sredstava ovisnosti. Dobio je priznanje za uspješnost u prevenciji od nekoliko zdravstvenih i psihologičkih ustanova (prema Trening životnih vještina - priručnik za nastavnike 7. razreda, 2012.).

Za većinu pojedinaca, početno eksperimentiranje i kasniji razvoj obrasca redovite uporabe

tipično se događa u adolescenciji. Budući da je upotreba nekih psihoaktivnih tvari (kao što su duhan, alkohol i marihuana) prilično raširena, eksperimentiranje s tim tvarima često se smatra normalnim (Trening životnih vještina - priručnik za nastavnike 7. razreda, 2012.). Ovo je potvrdilo i naše istraživanje:

- Na kraju šestog razreda 39,0% učenika probalo je alkohol jednom ili dva puta, a 23,8% piće rijetko ili ponekad. 3,6% šestaša često konzumira jednu ili više vrsta alkoholnih pića. 39,2% sedmaša probalo je alkohol jednom ili dva puta, a 31,0% piće rijetko ili ponekad. 3,1% sedmaša često konzumira jednu ili više vrsta alkoholnih pića.
- 35,0% šestaša i 36,9% sedmaša smatra kako je razumljivo da se na proslavama piće alkohol. 27,3% šestaša i 26,5% sedmaša smatra kako je korisno pititi u manjim količinama
- Dio učenika šestog razreda koji puši rijetko (2,3%) ili ponekad (1,4%) u riziku je da razvije ovu štetnu naviku i prijeđe u skupinu djece koja puši često (0,9%). U sedmom razredu eksperimentiranje sa pušenjem cigareta raste. Učenika koji nikada nisu probali cigarete je manje (67,6%), a već učenika koji puše često (1,8%).

- Vrlo visok postotak učenika 25,4% šestaša i 22,4% sedmaša smatra kako je vrlo razumljivo da ljudi u nekim situacijama puše. 4,8% učenika šestih i 4,7% učenika sedmih razreda smatra kako je pušenje znak odrastanja.
- 1,6% učenika šestog razreda navodi da je probalo marihuanu, od toga 0,7% jednom ili dva puta, 0,3% puši marihuanu rijetko, a 0,6% često. 1,8% sedmaša probalo je marihuanu, i to 0,6% jednom ili dva puta, 0,4% učenika puši rijetko, 0,1% ponekad i 0,6% često.

Iako određena razina eksperimentiranja s psihoaktivnim tvarima ne mora nužno biti štetna sama po sebi, rano eksperimentiranje često vodi redovitoj upotrebi. Eksperimentiranje s jednom psihoaktivnom tvari često vodi eksperimentiranju s drugima (Trening životnih vještina - priručnik za nastavnike 7. razreda, 2012.). Činjenica da većina anketiranih učenika nije probala ili rijetko konzumira ispitana sredstva ovisnosti ukazuje na važnost i korisnost provedbe ovakvih preventivnih programa kako bi ih se odvratilo od ranog eksperimentiranja i kasnije redovite uporabe.

Neke od psiholoških osobina povezanih sa zlouporabom sredstava ovisnosti su nisko samopoštovanje, nisko zadovoljstvo samim sobom (slika o sebi), velika potreba za socijalnim odobravanjem, visoka anksioznost i niska asertivnost.

- Između 15-20% učenika ima loše mišljenje o sebi, srame se sebe i misle da su ružniji od većine drugih. Nešto viši postotak između 26-42% učenika rado bi promijenilo mnogo toga u vezi sa sobom ili često požele da su netko drugi.
- Nešto manje od polovice učenika (47% šestaša i 45,3% sedmaša) smatra da su omiljeni u društvu.
- 12,6% šestaša i 10,1% sedmaša izloženo je nekom obliku verbalnog zlostavljanja od strane svojih vršnjaka.
- 37,1% šestaša i sedmaša ponekad ne može učiti zbog straha od ispitivanja. 47,3% šestaša i sedmaša najradnije bi pobjeglo kada nastavnik počne pitati. 49,9% šestaša i sedmaša zaborave naučeno gradivo kada moraju odgovarati.

- Između 37,5% i 70% učenika šestog i oko 50% učenika sedmog razreda pokazuje neke fizičke simptome ispitne anksioznosti.

Upravo iz ovog razloga „Trening životnih vještina“ nije usmjeren samo na pružanje informacija o učincima i štetnosti psihoaktivnih sredstva, već i na razvoj vještina samopoboljšanja (poboljšanje slike o sebi, donošenje odluka, suočavanje s anksioznošću, ljutnjom, analiza medija i sl.) i socijalnih vještina koje unapređuju interpersonalne odnose (kako bolje komunicirati, prevladati sramežljivost, oduprijeti se vršnjačkom pritisku, kako rješavati sukobe i sl.).

Većina učenika, 82,6% šestaša i 83,3% sedmaša na kraju programa „Treninga životnih vještina“ smatra da su dobro informirani o štetnosti pušenja, alkohola i štetnosti marihuane. U odnosu na prošlu godinu informiranost učenika je veća.

Većina učenika (67,7% učenika šestih i 55,8% učenika sedmih razreda) smatra da će im program koristiti u svakodnevnom životu.

Referencije

1. Galić, J. „Zlouporaba droga među adolescencima; rezultati istraživanja“, Medicinska naklada Zagreb
2. Kuzman. M. 2012. „The european school survey project on alcohol and other drugs 2011.“ ; Hrvatski Zavod za javno zdravstvo
3. Kuzman M, Mayer D. 2007. „Uporaba duhana u mladih u Hrvatskoj“, HČJZ
4. Sakoman, S. 2008. „Obitelj i prevencija ovisnosti“, Sysprint, Zagreb
5. „Trening životnih vještina-priručnik za nastavnike 7. razreda“, Zavod za javno zdravstvo Zadar, 2012.
6. Uvodić-Đurić D., Kutnjak Kiš R., Slugan N., Zvornik Legen Z., Zadravec Baranašić A., Lilić T., 2010., „Mladi i sredstva ovisnosti – rezultati istraživanja o stavovima, navikama i korištenju sredstava ovisnosti kod djece i mladih Međimurske županije“, HČJZ

Kvalitativna analiza kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika odrasle hrvatske populacije

Adriana Andrić

Agencija za lijekove i medicinske proizvode

Uvod

Kardiovaskularni ponašajni čimbenici rizika uključuju prehrambene navike, tjelesnu aktivnost, konzumaciju alkohola i pušenje, a smatra ih se početnom točkom u razvoju prijelaznih (interimnih) čimbenika rizika za kardiovaskularne bolesti, kao što su hipertenzija i debljina.

Opsežna kvantitativna analiza ponašajnih čimbenika rizika i njihov odnos prema prijelaznim čimbenicima rizika i kardiovaskularnom morbiditetu provedena je za odraslu hrvatsku populaciju 2003. godine u projektu Hrvatska zdravstvena anketa (HZA) (Vuletić, Kern i sur., 2009; Doko Jelinić i sur., 2009; Milošević i sur., 2009; Benčević-Striehl i sur., 2009; Samardžić, Vuletić Mavrinac i Prlić, 2009; Samardžić, Pristaš i Vuletić Mavrinac, 2009; Musić Milanović, Ivičević Uhernik i Fišter, 2009; Brborović i sur., 2009; Vuletić Mavrinac, Maslić Seršić i Mujkić, 2009; Samardžić i Vuletić Mavrinac, 2009; Magaš i sur., 2009). Na temelju provedenih analiza, identificirana je potreba za provedbom intervencije u obliku primarne i sekundarne prevencije kardiovaskularnih bolesti, koju su u sklopu Hrvatske kohortne studije kardiovaskularnog zdravlja (CroHort) 2008. godine provele patronažne sestre u ponovnom istraživanju na uzorku iz 2003. godine. Osim toga, u istraživanje 2008. godine uvršten je kvalitativni modul sa ciljem olakšavanja procjene rizika od kardiovaskularnih bolesti te unapređenja informativnosti i upotrebljivosti samog kohortnog istraživanja (Vuletić, Polašek i sur., 2009; Pavić i sur., 2009; Sandelowski, 2000). Cilj ovog kvalitativnog istraživanja bio je identificirati i opisati glavne odrednice kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika u odraslih ispitanika koji su pod povećanim rizikom od kardiovaskularnih bolesti.

Ispitanici i metode

Podaci za kvalitativnu analizu kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika dobiveni su iz zdravstvene knjižice osmišljene za zdravstvenu intervenciju patronažne sestre, koja je provedena u sklopu Hrvatske kohortne studije kardiovaskularnog zdravlja (CroHort). Istraživanje CroHort je provedeno na ispitanicima koji su sudjelovali u istraživanju 2003. godine i koji predstavljaju jednu kohortu od 3229 ispitanika. U odnosu na HZA, CroHort je dodatno nadopunjena intervencijom koja je bila usmjerena na prevenciju kardiovaskularnih bolesti (Vuletić, Polašek i sur., 2009). Intervencija je provedena na 1277 ispitanika iz CroHort-a, za koje su na temelju svoje kliničke procjene patronažne sestre ocijenile da su pod potencijalno povećanim rizikom od kardiovaskularnih bolesti. Uključivanje u intervenciju bilo je na dobrovoljnoj bazi i ovisilo je o spremnosti ispitanika da sudjeluju u intervenciji, kao i o motivaciji patronažne sestre za obavljanje dodatne intervencije.

Patronažne su sestre, kao sredstvo za intervenciju, koristile posebno osmišljenu zdravstvenu knjižicu. U zdravstvenoj knjižici dokumentirana je procjena kardiovaskularnih čimbenika rizika koju je dala patronažna sestra na temelju kvantitativnih mjerjenja i intervjuja s ispitanikom, procjena potrebnih preventivnih intervencija s planiranim ciljevima koje je patronažna sestra dogovorila s ispitanikom, samoprocjena ispitanikove motivacije za promjenu ponašanja, rezultati iz naknadnih posjeta patronažne sestre i završna procjena rizika s epikrizom nakon jedne godine (Pavić i sur., 2009; Džakula i sur., 2012).

Intervju je patronažna sestra bilježila kao slobodan tekst koji se sastojao od procjene kardiovaskularnog

rizika, procjene ispitanikove motivacije za promjenu načina života i procjene raznih faktora koji na široj razini utječu na zdravstveno ponašanje ispitanika, kao što su osobnost ispitanika, obiteljske prilike, socioekonomski status ili dostupnost zdravstvenih usluga. Procjena kardiovaskularnog rizika uključuje pretežno procjenu ponašajnih čimbenika rizika, npr. nezdrava prehrana, fizička neaktivnost i pušenje, ali i procjenu prijelaznih čimbenika rizika kao što su prekomjerna težina i povišeni krvni tlak, kao i podatke o zdravstvenim ishodima, npr. dijabetes, anamneza moždanog udara ili infarkta miokarda. Dijelovi zdravstvene knjižice koji su sadržavali procjenu kardiovaskularnog rizika su prepisani u elektronski oblik i analizirani kao slobodan tekst.

Proces kodiranja je slijedio načela utemeljene teorije (engl. grounded theory) autora Glasera i Straussa (Glaser i Strauss, 1967), a proveden je ručno kroz četiri faze (otvoreno, aksijalno i selektivno kodiranje te razvoj teorije). Tijekom otvorenog kodiranja podaci su podijeljeni u kategorije. Kada je to bilo primjenjivo, korišteno je *in vivo* kodiranje i kodiranje procesa (Saldaña, 2009). U aksijalnom kodiranju definirane su karakteristike i dimenzije kategorija. Tijekom selektivnog kodiranja identificirane su ključne kategorije te su nazvane prema njihovom sadržaju. U fazi razvoja teorije, razvijen je koncept začaranog kruga rizičnog zdravstvenog ponašanja pojedinca.

U konačni uzorak koji je analiziran u ovom istraživanju uključeno je ukupno 253 ispitanika. Oba autora su sudjelovala u odlučivanju o uključivanju ispitanika u istraživanje. Odlučivanje o uključivanju je prevedeno kao iterativni, kružni proces na sastancima na kojima su analizirani podaci. Na tim su sastancima analizirane razvijene kategorije pojmove i njihova teorijska zasićenost (saturacija) (Strauss i Corbin, 1998; Glaser, 1978), a proces uključivanja podataka o više ispitanika je ponavljan sve dok nisu definirane sve kategorije, njihove karakteristike, dimenzije te odnosi među kategorijama.

Rezultati

Uzorak ispitanika sastojao se uglavnom od srednjevječnih i starijih osoba, s nešto više žena u uzorku u odnosu na muškarce. Ispitanici su većinom bili iz urbanih područja.

Rezultati istraživanja prikazani su u tablici: Rezultati kvalitativne analize kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika.

U postupku kvalitativne analize, razvili smo koncept pojedinca u začaranom krugu rizičnog zdravstvenog ponašanja, koji je definiran niskom razinom motivacije i nepovoljnim osobnim obilježjima koja u međudjelovanju s nepodržavajućim društvenim okruženjem nepovoljno utječu na zdravstveno ponašanje, što dovodi do negativnih zdravstvenih ishoda koji na kraju proizvode negativne učinke na motivaciju i društveno okruženje pojedinca, što zatvara krug. Prema procjeni patronažnih sestara, ispitanici u našem istraživanju često nisu primjereno prepoznавали vlastiti kardiovaskularni rizik i vrlo su nerado mijenjali svoje rizične navike.

Ključna kategorija: motivacija i osobna obilježja

Ova ključna kategorija obuhvaća sljedeće kategorije: motivacija za promjenu, zdravlje kao prioritet, psihološki stres, osobine ličnosti, obiteljska anamneza kardiovaskularne bolesti i emocionalni status. Kao glavnu odrednicu odgovornog zdravstvenog ponašanja, prepoznali smo visoku motivaciju za promjenu u ispitanika koji prepoznavaju zdravlje kao svoj prioritet. Međutim, u ovom istraživanju obrazac koji se najčešće ponavlja bila je niska razina motivacije, koja se dodatno smanjuje tijekom vremena, u ispitanika koji ne prepoznaže zdravlje kao prioritet. Patronažne sestre su vrlo često bile skeptične oko iskrenosti ispitanika vezano uz njihovu motivaciju za promjenu rizičnog ponašanja. Ovaj obrazac niske motivacije za promjenom rizičnog zdravstvenog ponašanja pronalazi se čak i u situacijama gdje postoji podržavajuća obitelj i povoljna socijalna situacija.

ID 117 (žena, 68 godina): „Živi sama, socijalna situacija uredna. Prekomjerne tjelesne težine prema

Tablica: Rezultati kvalitativne analize kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika

Faza kodiranja i opis	Kategorije
Otvoreno kodiranje – identifikacija kategorija	Opće zdravstveno stanje, kardiovaskularni rizik, stil života, motivacija za promjenu, zdravlje kao prioritet, tjelesna aktivnost, prehrambene navike, pušenje, konzumacija alkohola, tjelesna težina, metabolički rizici, psihološki stres, dostupnost zdravstvenih usluga, socijalni status, prihodi, osobine ličnosti, obiteljski utjecaj, obiteljska anamneza kardiovaskularne bolesti, emocionalni status, socijalna participacija
Aksijalno kodiranje – definiranje karakteristika i dimenzija kategorija	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opće zdravstveno stanje (dobro vs. loše, sposobnost samozbrinjavanja) 2. Kardiovaskularni rizik (visok – umjeren – nizak – nema rizika) 3. Stil života (zdrav – nezdrav) 4. Motivacija za promjenu (visoka, umjerena, niska, rastuća, slab, iskrena ili nije) 5. Zdravlje kao prioritet (brine se za/zanemaruje vlastito zdravlje, zdravstvena pismenost, poboljšano zdravstveno ponašanje zbog kardiovaskularne ili druge bolesti, stav prema zdravstvenim pregledima, suradljivost u uzimanju propisane terapije) 6. Tjelesna aktivnost (aktivan – neaktivan, mobilnost) 7. Prehrambene navike (redovitost obroka, količina hrane, vrsta namirnica) 8. Pušenje (pušač, nepušač, bivši pušač) 9. Konzumacija alkohola (velike količine – umjeren – ne konzumira) 10. Tjelesna težina (debljina – povećana tjelesna težina – normalna tjelesna težina – pothranjenost) 11. Metabolički rizici (hipertenzija, hiperlipidemija, dijabetes) 12. Psihološki stres (pod stresom/nije pod stresom) 13. Dostupnost zdravstvenih usluga (posjećuje liječnika obiteljske medicine ili ne) 14. Socijalni status (dobar vs. loš, zaposlen, nezaposlen, u mirovini, samačko kućanstvo) 15. Prihodi (visoki – dovoljni – niski) 16. Osobine ličnosti (optimist vs. pesimist, komunikativnost) 17. Obiteljski utjecaj (podržavajući vs. neodržavajući) 18. Obiteljska anamneza kardiovaskularne bolesti (pozitivna ili negativna) 19. Emocionalni status (dobrog vs. lošeg emocionalnog stanja) 20. Socijalna participacija (dobro integriran vs. izoliran)
Selektivno kodiranje – identificiranje ključnih kategorija	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivacija i osobna obilježja (kategorije 4+5+12+16+18+19) 2. Društveno okruženje (kategorije 13+14+15+17+20) 3. Zdravstveno ponašanje (kategorije 3+6+7+8+9) 4. Zdravstveni ishodi (kategorije 1+2+10+11)
Razvoj teorije –koncept začaranog kruga rizičnog zdravstvenog ponašanja pojedinca	Pojedinac u začaranom krugu rizičnog zdravstvenog ponašanja, koji je definiran niskom razinom motivacije i nepovoljnim osobnim obilježjima koja u međudjelovanju s nepodržavajućim društvenim okruženjem nepovoljno utječe na zdravstveno ponašanje, što dovodi do negativnih zdravstvenih ishoda koji na kraju proizvode negativne učinke na motivaciju i društveno okruženje pojedinca, što zatvara krug.

BMI-u. Priznaje da ne pazi baš na hranu koju jede iako ima sve mogućnosti. Obavezno bi morala iz prehrane izbaciti grickalice i smanjiti unos masti i ugljikohidrata. Obitelj je upozorava na lošu prehranu, ali ona to ne smatra ozbilnjim problemom. Ne želi se opterećivati zdravijom prehranom. Želi smršaviti, ali nema čvrstu volju i često posustaje, jede kolače i slatkiše. Ima hipertenziju, ali neredovito uzima terapiju jer "špara" da ne mora često ići liječniku, to joj se ne da."

Sestrinska opažanja često navode pitanje zdravstvene pismenosti. Zdravstvena je pismenost najčešće navođena kao temeljni aspekt ispitanikove motivacije za odgovorno zdravstveno ponašanje, a češće se spominje kod ispitanika s višim stupnjem obrazovanja. Ispitanici s niskom razinom zdravstvene pismenosti često su pokazivali vrlo skroman interes za savjetovanje i nisku razinu razumijevanja razgovora i postavljenih pitanja.

ID 110 (žena, 64 godine): „Socijalni status izrazito loš. Loši higijenski uvjeti, loši finansijski uvjeti. Pacijentica živi u ruralnom području gdje nema zdravstvene pismenosti. Stječe se dojam da ne razumije barem pola pitanja i usprkos mojim pokušajima da joj objasnim, ona odgovara nesumično, traži pomoć sina i moju pomoć u odgovaranju na postavljena pitanja. Uopće nije osviještena o rizicima i ne shvaća njihovu ozbiljnost.“

Ključna kategorija: društveno okruženje

Ova ključna kategorija obuhvaća sljedeće kategorije: dostupnost zdravstvenih usluga, socijalni status, prihodi, obiteljski utjecaj i socijalna participacija, a predstavlja sposobnost pojedinca da živi produktivan i smislen život i uglavnom je definirana razinom prihoda i prisutnošću ili odsutnošću potpore obitelji. Značajan broj ispitanika u našem istraživanju imao je niske prihode te su često živjeli u samačkim domaćinstvima. Patronažne sestre su vrlo jasno opisivale jačinu utjecaja socijalne deprivacije na ispitanike, njihovo zdravstveno ponašanje i zdravstvene ishode.

ID 068 (žena, 58 godina): „Živi sama, niska primanja (880 kn). Zapostavljena od obitelji; djeca je rijetko

obilaze i od njih nema pomoći. Lošeg zdravlja, ima česte glavobolje. Usamljena, depresivna i bezvoljna. Kućne poslove radi s bolovima koji joj otežavaju kretanje; česte vrtoglavice i padovi. Pretila. Udaljena 2 km od doma zdravlja i nema je tko odvesti - eventualno sinovi ako ih uspije nagovoriti. Lijekove uzima neredovito, a ima dijabetes, hipertenziju i povišene masnoće.“

Često je navođena nedostupnost zdravstvenih usluga, kao i drugih socijalnih usluga. Također je često opisivan odnos između niskih primanja i loše prehrane.

ID 111 (muškarac, 62 godine): „Izrazito teška socioekonomska situacija. Nema nikakva primanja, ugrožena egzistencija. Živi isključivo od poljoprivrede. Prekomjerna težina, u pripremi hrane koristi svinjsku mast, konzumira veće količine kruha. Skoro uvijek soli hranu prije nego što ju proba. Nema finansijsku mogućnost birati namirnice. Ne kontrolira se kod liječnika jer nema zdravstveno osiguranje.“

Ključna kategorija: zdravstveno ponašanje

Ova ključna kategorija obuhvaća sljedeće kategorije: stil života, tjelesna aktivnost, prehrambene navike, pušenje i konzumacija alkohola. U našem je istraživanju zdravstveno ponašanje ispitanika bilo snažno određeno niskom razinom motivacije i niskom pozicijom zdravlja na ljestvici životnih prioriteta. Zaposleni ispitanici srednje životne dobi često daju prioritet drugim pitanjima, pokušavajući izbalansirati zahtjeve svakodnevnog života. Neki od ispitanika su vrlo jasno verbalizirali vlastitu borbu u određivanju zdravlja kao prioriteta, dok se za druge čini da im do toga nije stalo, sve dok nemaju većih zdravstvenih tegoba.

ID 159 (žena, 30 godina): „Gospođa je draga mlada majka i supruga. Kao medicinska sestra puno radi, uključujući rad u smjenama. Žive kao podstanari ona, muž i školsko dijete. Oboje imaju srednju stručnu spremu. Ima redovita primanja, ali su suprugova primanja neredovita. Operirala štitnjaču, sad na nadomjesnoj terapiji, redovito se kontrolira. Puši. Voljela bi kad ne bi morala raditi noćne smjene

jer bi tada mogla imati redovite obroke i mogla bi dovoljno spavati što bi joj bilo dobro za štitnjaču, ali radi noćne smjene kako bi po danu mogla biti s djetetom jer joj muž radi po cijele dane. Nedostaje joj sna. Svjesna je svega, svog rizika, ali si jednostavno ne može sve drugačije posložiti, to je zatvoren krug. Zainteresirana je i motivirana za intervenciju, sve zna što bi trebala, ali joj jednostavno život ide svojim smjerom pa si ne može bolje pomoći.“

U ovom istraživanju nismo uspjeli identificirati jasan uzorak u pogledu motivacije i naknadne promjene rizičnog ponašanja za različite kardiovaskularne rizike. Međutim, čini se da postoji tendencija verbaliziranja veće motivacije za promjene koje se ne očekuje da zahtijevaju veliki napor, npr. uzimanje lijekova za smanjenje krvnog tlaka, glukoze u krvi ili lipida u krvi. Čini se da je najjača motivacija ispitanika bila za reguliranjem krvnog tlaka. Proces konzultacija često je opisivan kao „trgovina“ između patronažne sestre i ispitanika, a čini se da su ispitanici promjenu u simptomima metaboličkog sindroma shvaćali kao „najisplativiju“. Ispitanici su pokazivali nisku razinu motivacije za prestanak pušenja i smanjenje tjelesne težine, a bili su vrlo neskloni promjenama u prehrambenim navikama i povećanju tjelesne aktivnosti. U većini je slučajeva uspjeh intervencije bio skroman, međutim bilo je slučajeva kada su nakon velikog angažmana patronažne sestre ispitanici ipak usvojili nove stavove.

ID 227 (žena, 59 godina): „Izrazito adipozna i tjelesno neaktivna. Ima povišeni tlak, dijabetes i masnoće. Teško prihvata i provodi savjete o normalizaciji tjelesne težine. Nije motivirana za povećanje tjelesne aktivnosti. Nezdrave prehrambene navike, jede puno i masno i slatko, konzumira masno meso, konzerviranu hranu, margarin i svinjsku mast... [Ocjena u naknadnom posjetu patronažne sestre]. Postaje svjesna važnosti redovite tjelesne aktivnosti i pokušava žustro hodati 30 minuta barem svaki drugi dan. Radi lagane vježbe dok gleda televiziju.“

Ključna kategorija: zdravstveni ishodi

Ova ključna kategorija obuhvaća sljedeće kategorije: opće zdravstveno stanje, kardiovaskularni rizik, tjelesna težina i metabolički rizici. Procjena zdravstvenih ishoda često uključuje napomene o općem zdravstvenom stanju i funkcionalnoj sposobnosti bolesnika koji boluje od kardiovaskularne bolesti. Prisutnost neke od komponenti metaboličkog sindroma (hipertenzija, dijabetes, hiperlipidemija) često se navodi kao sinonim za rizik od kardiovaskularnih bolesti, a pretilosti se, iako ju se često navodi, ne pridaje dovoljna važnost. Čini se da je utjecaj zdravstvenih ishoda na nečiju motivaciju, osobine ličnosti i društveno okruženje, uz posljedični utjecaj na zdravstveno ponašanje dvojak. U većini slučajeva, čini se da metabolički rizici i povećana tjelesna težina nemaju pozitivan utjecaj na nečiju motivaciju za promjenom. Upravo suprotno, u većini slučajeva čini se gotovo kao da svijest o rizicima prerasta samu sebe, postajući dijelom vlastitog identiteta, što osobu čini još slabijom za započinjanje promjena dok propadanje zdravlja polako uzima svoj danak tijekom života ispitanika. Čini se da se pozitivan utjecaj zdravstvenih ishoda na nečije rizično ponašanje javlja češće ako je u pitanju teži zdravstveni ishod, pod uvjetom da ispitanik u svom okruženju ima dovoljnu podršku.

ID 071 (žena, 65 godina): „Bila je hospitalizirana zbog TIA-e, nakon čega je otkriven dijabetes. Bila je na inzulinu. Motivirana i disciplinirana, primjenjuje preporuke, vrlo zainteresirana. Vjera uvelike utječe na njezino ponašanje. Podrška supruga u mijenjanju navika, on rado pomaže [U naknadnoj posjeti patronažna sestra je ustvrdila da je pacijentica zbog discipliniranosti skinuta s inzulina i ostala samo na peroralnoj terapiji].“

Međutim, u ispitanika koji su snažno socijalno deprivirani, čini se da zdravstveni izbori koje čine nisu njihovi vlastiti, čak i u situacijama kada im je ugrožen život.

ID 231 (žena, 57 godina): „Pacijentica živi sa suprugom koji ne radi i sinom koji studira, jedina u kućanstvu zarađuje. Loše prehrambene navike, ne vježba, dosta puši i ne želi prestatи, piye puno kave i pod stresom je, ima psorijazu. Hospitalizirana

zbog infarkta miokarda, odbila hospitalizaciju zbog obiteljske finansijske situacije. Prije hospitalizacije redovito je uzimala lijekove za tlak, ali ne prihvata inzulin iako joj je dijabetes otkriven prije nekoliko godina [Epikriza na kraju intervencije uključuje sljedeću napomenu: Ne pridržava se uputa, ne želi prihvati savjete. Počela gangrena na nožnom palcu lijeve noge. Odbija inzulin. Puno puši. Slabo zdravstveno prosvijećena].“

ID 077 (muškarac, 69 godina): „Nije bio kod liječnika 30 godina, sad moli da mu se opet dođe zbog bolova u desnoj nozi. Puno puši, 1-2 kutije na dan, pije puno kave, slabo jede. Ne želi ništa mijenjati, njemu se tako sviđa. [Napomena nakon druge posjete ovom ispitaniku: Depresivan zbog mogućnosti amputacije noge zbog gangrene. Jedva se kreće zbog bolova, ali ne želi promijeniti svoje stanje niti navike. Napomena nakon treće posjete ovom ispitaniku: Amputirana desna noga. Želi biti fizički aktivan, ali ne želi smanjiti pušenje i ne jede redovito. Epikriza sadrži sljedeću napomenu: Jedini uspjeh je da pacijent sada jede redovito, pristaje na mjerjenje GUK-a i tlaka i redovito uzima terapiju koju mu je propisao liječnik.]“

Zaključak

Ovim kvalitativnim istraživanjem identificirani su i analizirani čimbenici koji određuju zdravstveno ponašanje pojedinaca koji su pod povišenim rizikom od kardiovaskularnih bolesti. Izloženi rezultati ukazuju na snažan negativan utjecaj nepodržavajućeg društvenog okruženja na zdravstveno ponašanje pojedinca i posljedične zdravstvene ishode. Zdravstvene potrebe većine ispitanika u ovom istraživanju nisu bile adekvatno zadovoljene, a sami ispitanici bili su socijalno ugroženi, što ih je činilo manje sposobnim da počnu aktivno mijenjati svoje zdravstveno ponašanje i stanje. Provedena kvantitativna analiza samoprocjene rizika i motivacije za promjenu u glavnim odrednicama metaboličkog sindroma, kao i analiza same intervencije patronažne službe u primarno-sekundarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti snažno podupire izložene rezultate (Poljičanin, Šekerija, Boras i sur., 2012, Džakula i sur., 2012).

Rezultati ovog istraživanja usporedivi su s drugim nepovoljnim obrascima rizičnog zdravstvenog ponašanja analiziranim u drugim istraživanjima u svijetu. Općenito se smatra da postoji tendencija da pojedinci pod povećanim rizikom od kardiovaskularnih bolesti slabije prepoznавaju vlastiti rizik odpojedinaca čiji je kardiovaskularni rizik objektivno niži. Nerealistična percepcija rizika, uz nedostatak razumijevanja prevencije kardiovaskularnih bolesti zahtijeva da se visoko individualizirani pristup prevenciji rizičnog ponašanja iscrpno objasni pacijentu (van Steenkiste i sur., 2004). Rezultati istih autora pokazuju da će muškarci vjerojatnije svoj rizik neprimjereno percipirati u odnosu na žene; bolesnici s dijabetesom, također, su skloniji pogrešno podcenjivati vlastiti kardiovaskularni rizik (van der Weijden i sur., 2007). U drugom istraživanju, u kojem su analizirani percepcija i znanje o kardiovaskularnim rizicima, utvrđeno je da su žene i ispitanici iz urbanih područja imali bolje znanje o kardiovaskularnim rizicima te su bili skloniji prepoznati vlastiti rizik nego muškarci i ispitanici iz ruralnih područja (Homko i sur., 2008).

U našem istraživanju nismo utvrdili razlike u rizičnom ponašanju ispitanika ovisno o njihovom spolu ili o tome žive li u urbanom ili ruralnom području. Kriterij za uključivanje ispitanika u intervenciju bila je procjeni kardiovaskularne rizičnosti ispitanika koju je provela patronažna sestra, a uključivanje se provodilo na dobrovoljnoj bazi. Zbog navedenog, razumno je prepostaviti da su u ispitivanju bili uključeni upravo ispitanici koji su pod najvećim kardiovaskularnim rizikom, što otežava otkrivanje razlika prema spolu i razini urbanizacije te predstavlja glavno ograničenje ovog istraživanja.

Intervencije koje su provodile patronažne sestre sa ciljem adresiranja kardiovaskularnih rizika pokazale su se uspješnima u različitim okruženjima, uključujući i situacije kad su u pitanju bile populacije čije su zdravstvene potrebe bile nedostatno zadovoljene (Meng i sur., 2007; Bove i sur., 2011; Wister i sur., 2007; Halcomb i sur., 2007). Ipak, nije za očekivati da bi kratkoročne intervencije mogle pokazati dugoročne učinke na promjenu rizičnog ponašanja (Bach Nielsen i sur., 2005; Koelewijn-van Loon i sur., 2010). U

istraživanju čiji je cilj bio istražiti motivaciju za promjenom životnog stila među ispitanicima pod povećanim kardiovaskularnim rizikom, utvrđeno je da je ambivalencija nakon konzultacije bila glavni motivacijski aspekt (Kehler i sur., 2008). Neki autori sugeriraju da su patronažne sestre uspješnije od liječnika obiteljske medicine u provođenju preventivnih kardiovaskularnih intervencija, pod pretpostavkom da postoje nacionalne smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti (Voogdt-Pruis i sur., 2011). Međutim, patronažne sestre uključene u provođenje našeg istraživanja izvijestile su o nedostatku specifičnog obrazovanja za provođenje individualizirane intervencije i savjetovanja (Džakula i sur., 2012). Osim obrazovanju zdravstvenih radnika, prilikom planiranja intervencije za smanjenje kardiovaskularnih rizika i posljedičnih neželjenih zdravstvenih ishoda, odgovarajuća pozornost mora se dati jedinstvenom kontekstu u kojem će se intervencija provoditi (što uključuje ljude, mjesto i vrijeme), jer se običnom replikacijom intervencije koja je uspješno provedena u drugaćijem okruženju (kao što je primjerice projekt North Karelia) može potkopati uspjeh planirane intervencije (McLaren i sur., 2007). Temeljito je istražen utjecaj zdravstvenog sustava na promjenu zdravstvenog ponašanja te je prepoznato da „učinkovit“ zdravstveni sustav mora sadržavati elemente koji su stabilni i strukturirani (npr. resursi) dok istovremeno mora imati sposobnost reagiranja i razvoja kako bi se mogle prepoznati i zadovoljiti zdravstvene potrebe populacije (Swann i sur., 2010). Osim izgradnje zdravstvenog sustava koji je učinkovit u postizanju promjene zdravstvenog ponašanja pojedinaca, kako bi se odgovorilo na izazove koje predstavlja promjena životnog stila na razini populacije, potrebno je obrazovati i mobilizirati šиру javnost, uključiti vodstvo civilnog i zdravstvenog sektora što treba biti podržano odgovarajućim promjenama zakonskog okvira (Dagogo-Jack, Egbuonu i Edeoga, 2010). Osim za primarnu, u svijetu postoje inicijative koje se zalažu za primordijalnu prevenciju kardiovaskularnih bolesti, koja je usmjerena na smanjenje pojave rizičnih čimbenika za koje je poznato da dovode do kardiovaskularnih bolesti (Kones, 2011; Gupta i sur., 2011). Rezultati Whitehall istraživanja ukazuju da primordijalna intervencija koja je usmjerena na smanjenje socioekonomskih nejednakosti u

koronarnom mortalitetu pokazuje neke prednosti u usporedbi drugim uspješno implementiranim preventivnim intervencijama (Kivimäki i sur., 2008).

Zaključno, rezultati našeg istraživanja kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika nadopunjuju druga istraživanja kardiovaskularnih rizika koja su provedena u okviru CAHS i CroHort istraživanja. Podaci iz CroHort istraživanja pridonose unapređenju znanja o teretu kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj te nadopunjuju podatke o kardiovaskularnim bolestima koji su dostupni iz vitalnih statistika te drugih projekata i istraživanja. Zajedno, ovi podaci predstavljaju široki temelj informacija za donošenje odluka za razvoj sveobuhvatnog nacionalnog programa prevencije kardiovaskularnih bolesti, koji na temelju tih informacija može biti prilagođen zdravstvenim potrebama hrvatskog stanovništva.

Transteoretski model promjene zdravstveno rizičnog ponašanja

Gorka Vuletić, Daniela Šincek

Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Osijeku Sveučilište J.J.Strossmayer u Osijeku

Zdravstveno rizična ponašanja i njihova promjena uvelike ovisi o percepciji osobe koja se ponaša rizično. Način na koji doživljavaju ishode i vjerovatnost da će im se dogoditi određeni nepovoljni ishod rizičnog ponašanja, kao i poželjnost ishoda promjene takvih ponašanja odredit će hoće li osoba uopće razmatrati ideju da neko ponašanje promijeni. Ukoliko smatramo da se bolest koja je posljedica pušenja ne može dogoditi nama, već da se to događa nekome starijem, bolesnjem, nećemo niti razmatrati prestanak pušenja. Nadalje, veliku važnost ima to kako osoba doživljava sebe i svoju sposobnost da promijeni ponašanje i izdrži u toj promjeni. Bandurin koncept samoefikasnosti omogućuje konceptualizaciju i prepoznavanje važnosti doživljaja vlastitih snaga i manjkavosti u provođenju promjene.

Mnogi modeli u socijalnoj zdravstvenoj psihologiji temelje se na socijalno-kognitivnoj teoriji. Oni se koriste se za konstrukte kojima se pokušava razumjeti bihevioralna namjera, ponašanje ili promjena u ponašanju vezanom za zdravlje.

Npr.: teorije svrhovitog i planiranog ponašanja, pristup procesa djelovanja vezanog za zdravlje, teorija motivacije za zaštitom, model uvjerenja vezanih za zdravlje i transteoretski model promjene ponašanja

Socijalno kognitivna teorija je od iznimne važnosti za zdravstvenu psihologiju. Ona predstavlja osnovu objašnjenja mijenjanja ponašanja vezanih uz zdravlje, poglavito oslanjajući se na koncepte samoefikasnosti i procjene ishoda.

Transteoretski model promjene ponašanja

Transteoretski model promjene ponašanja (TTM; poznat i pod nazivom „model faza promjena“) je baziran na fazama promjena kognicija i ponašanja. Upravo oslanjanje na koncept faza promjena doveo je do korištenja alternativnog naziva za taj pristup te se u literaturi nalaze oba naziva pri spominjanju navedenog modela.

Model su razvili Prochaska, DiClemente i suradnici tijekom 1980-ih kako bi dali objašnjenje na koji način ljudi mijenjaju svoje ponašanje. Njihove analize su dovele do zaključka da ljudi tijekom promjene ponašanja prolaze kroz niz različitih i predvidivih faza po specifičnom redoslijedu.

Promjene ponašanja se tumače kao proces napredovanja pojedinca koji polazi faze od početne točke gdje ne razmišlja o promjeni svog neadaptivnog i/ili rizičnog ponašanja do faze gdje je pojedinac promijenio svoje ponašanje u socijalno poželjno odnosno zdravstveno protektivno kada se radi o zdravstvenim ponašanjima.

Faze su poredane prema određenom rasporedu prolaska i pretpostavlja se da svi prolaze faze prema tom istom poretku. Tijekom bihevioralne promjene osoba prolazi kroz brojne različite faze u kojima se ponašanje, ili psihološko stanje u kojem se osoba nalazi, može dobro definirati. Nadalje, autori smatraju da bi pojedinac napredovao iz jedne faze u drugu, potrebni su mu dodatni procesi.

Npr., osoba u početnoj fazi može predvidjeti da će motivacijski faktori, kao što je uspoređivanje prednosti i nedostataka određene akcije, biti važni za opisivanje uvjeta pod kojima će osoba napredovati

iz faze X u fazu Y, ali oni nisu dostatni za objašnjenje prelaska iz X u Y.

Potrebno je naglasiti kako su faze promjena samo jedna karakteristika TTM modela. Kako i samo ime sugerira, TTM označava stapanje mnogih psihologičkih i psihoterapijskih teorija, konstrukata i koncepcija koji zajedno opisuju procese koji su važni za razumijevanje bihevioralnih promjena s psihološkog gledišta. Nadalje, TTM naglašava i ulogu evaluacije uočenih prednosti i nedostataka tijekom promjene ponašanja (ravnoteža odlučujućih i povjerenja), povjerenje i iskušenje. Ti glavni faktori su razvijeni i preuzeti od psihopterapijskih pristupa i pristupa koji objašnjavaju bihevioralne promjene kako bi se stvorio pristup koji je istinski transteoretske prirode.

Modelom se definira 5 stadija kojima se opisuju karakteristike osoba od perioda u kojem nemaju namjeru promjeniti ponašanje sve do perioda kad su promijenile svoje ponašanje i održavale tu promjenu kroz određeni vremenski period.

Prva tri stadija TTM-a su stanja prije djelovanja i uključuju različite stadije namjera bez ikakvih promjena u ponašanju (predakcijska faza), a zadnja dva stadija opisuju stupnjeve u kojima su osobe učinile poželjne modifikacije ponašanja (postakcijska faza).

Faza premišljanja

Ne postoje misli o problemima povezanim s neadaptivnim odnosno zdravstveno rizičnim ponašanjem, kao ni o promjenama koje je potrebno učiniti kako bi se smanjila mogućnost negativnih ishoda. Također, ne postoji namjera da se promjeni ponašanje u sljedećih 6 mjeseci

Npr. ne postoje misli o problemima povezanim s pušenjem, kao ni o promjenama koje je potrebno učiniti kako bi se smanjila mogućnost negativnih zdravstvenih ishoda, od kašlja do raka. Također, ne postoji namjera da se promjeni ponašanje u sljedećih 6 mjeseci

Faza razmišljanja

Javlja se namjera da se u idućih 6 mjeseci promjeni ponašanje. U ovom stadiju ljudi uzimaju u obzir

promjene koje je potrebno učiniti da se izbjegnu negativni ishodi i maksimaliziraju koristi vezane za zdravlje

Npr. postoje namjere za prestankom pušenja u idućih 6 mjeseci i ljudi razmatraju koje promjene je potrebno učiniti poput smanjenja broja popuštenih cigareta.

Faza pripreme

Pojedinac u ovoj fazi radi plan djelovanja kako bi promijenio ponašanja u sljedećih 30 dana.

Npr. napravi plan djelovanja kako bi promjenio ponašanje vezano za pušenje u sljedećih 30 dana, a koji bi mogao uključivati izbjegavanje mjesta gdje je do sada uobičajeno pušio, ne kupovanje ili ne nošenje sa sobom cigarete kako bi mu bile manje dostupne, razmišljanje što učiniti u situaciji kada se javi potreba za cigaretom, koju zamjensku aktivnost uvesti u repertoar ponašanja.

Faza akcije

Pojedinac je postigao promjenu ponašanja, no postignuta promjena je kraća od 6 mjeseci i taj period se naziva fazom akcije. Dakle, promjena je ostvarena, ali s obzirom na relativno kratko trajanje smatra se da nije dovršena. Osoba ne puši, ali tek nakon proteka šest mjeseci se može smatrati da je promjena trajnijeg karaktera.

Faza održavanja

Slijedi nakon faze akcije, kada je postignuta promjena ponašanja i ona traje duže od šest mjeseci bez prekida, odnosno bez povratka na staro ponašanje.

Npr. Osoba je prestala pušiti prije više od šest mjeseci, u međuvremenu nije pušila i dalje ne puši.

Iako je ovaj petostupanjski model najčešće korištena interpretacija TTM-a, autori su naveli još dvije faze:

Prekid ili okončavanje

Stadij u kojem je pojedinac odolio svim izazovima da se vrati na nepoželjno odnosno zdravstveno

rizično ponašanje. Osobe u tom stadiju imaju visoku ponašajnu samoučinkovitost.

Npr. pojedinac je odolio svim izazovima da ponovno počne pušiti. U ovoj fazi ga se opravdano može smatrati bivšim pušačem.

Povratak

Stanje u kojem se osoba vraća prijašnjem ponašanju. Ovaj povratak prethodnom ponašanju ili načinu razmišljanja ne mora biti dugotrajan te se može dogoditi u bilo kojem stadiju, predakcijskom, kao i postakcijskom.

Npr. stanje u kojem je osoba popustila izazovu i ponovno zapalila cigaretu. Moguće je da se vrati zdravstveno rizičnom ponašanju, ali i da, nakon kratkotrajnog popuštanja izazovu, ponovno odluči ponašati se zdravstveno protektivno.

Osobe prolaze kroz faze definiranim redoslijedom. Postoje okolnosti u kojima se osobe vraćaju na prethodnu fazu na kojoj se mogu zadržati duže vrijeme dok se ponovno ne vrate na onu s koje su prešli prema prethodnoj.

Transtheoretski model dozvoljava „efekt recikliranja“ u kojemu se osobe mogu više puta ciklički kretati kroz navedene faze. Najbolji primjer takve konceptualizacije je spiralni model stadija promjene autora Prochaskе i suradnika iz 1992.

Spiralni model faza promjene

Model predviđa da se osobe mogu vratiti na prethodnu fazu nakon što su pokušali promijeniti neke aspekte svog ponašanja. Pri tome model ne pretpostavlja da se ljudi neprestano vrte u krug niti da su ponovno na početku kada se dogodi povratak, već da ljudi uče kroz povratke te sukladno tome prave plan djelovanja.

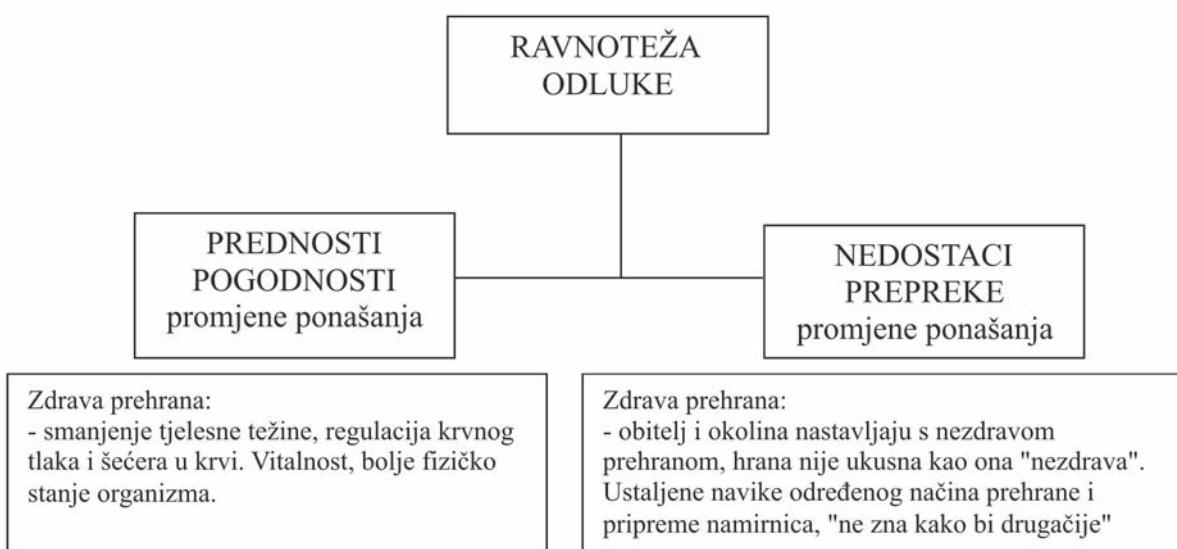
Prijelaz između različitih stadija predviđa se na temelju razlika u karakteristikama ravnoteže odluke.

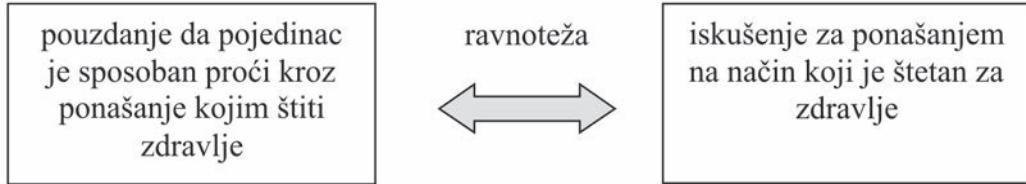
Faktori koji utječu na tranziciju s jednog stadija na drugi prikazani su u daljnjem opisu transteoretskog modela.

U skladu sa gotovo svim socio-kognitivnim pojavama zdravog ponašanja i promjene ponašanja, Prochaska, DiClemente i suradnici koriste Bandurin koncept *samoefikasnosti* kao vrlo važan faktor u razumijevanju promjena razina

Samoefikasnost se odnosi na vjerovanja u sposobnost za poduzimanjem određene akcije s ciljem da se ostvari željeni ili potrebni ishod i vjerovanja koja se vežu za sposobnost pojedinca da ima kontrolu nad zahtjevima okoline ili situacije.

Bandura smatra kako samoefikasnost čine kognicije o kontroli utemeljene na očekivanjima, a one imaju funkciju samoregulacije.





Samoefikasnost podrazumijeva:

- hoće li određene instrumentalne akcije biti poduzete kako bi se ostvarili neki određeni ciljevi
- koliko truda će pojedinac usmjeriti prema postignuću cilja
- hoće li određena aktivnost biti održana u prisutnosti prepreka ponašanju

Ovakav način vjerovanja koja se vežu uz samoefikasnost osigurava osnovni izvor motivacije za ponašanjem i predviđa motivaciju za određenim ponašanjem.

Vjerovanja o samoefikasnosti razvijaju se putem vikarijskog iskustva

- promatranje druge osobe koja uspješno izvodi određeno ponašanje povećava osobnu samoefikasnost u promatraču.

Ova vjerovanja se također razvijaju i mijenjaju:

- kao rezultat individualnog iskustva različitih zahtjeva situacije i ponašanja na prikladan način
- kao i na način da je pojedinac dio persuazijskog procesa vezanog uz kontrolu bitnih osoba iz okoline
- putem utjecaja afektivnog uzbudjenja

Samoefikasnost je vjerojatno važnija u intencionalnoj fazi kao i u fazi nakon donošenja odluke kada je ponašajna namjera provedena u akciju (odnosno, ponašanje).

Ovi navedeni procesi se mogu shvatiti i kao nezavisne varijable u predviđanju promjena faza ponašanja. Zagovornici TTM-a predlažu da su ovi procesi uzroci kretanja između susjednih razina.

Osim samoefikasnosti, identificirani su i drugi faktori koji su važni za predviđanje kretanja kroz razine u predodređenom redoslijedu, a nazivaju se „procesi promjene“

Definirano je 10 procesa promjene i oni uključuju:

- a) 5 iskustvenih procesa (kognitivno-afektivnih faktora)
- b) 5 bihevioralnih procesa

1. Podizanje svijesti

Utvrđivanje novih činjenica, izvora informacija i prijedloga u korist bihevioralne promjene (npr. kroz kampanje koje promoviraju zdravlje, socijalnu interakciju među bliskim osobama)

2. Dramatično olakšanje

Doživljavanje negativnih emocija povezanih s problemima (npr. zabrinutost ili strah) i izražavanje tih emocija s bliskim osobama (npr. s prijateljem, partnerom ili savjetnikom)

3. Ponovno samoprocjenjivanje

Shvaćanje da postoji veza između promjena ponašanja i pojedinčevog identiteta (npr. shvaćanje sebe kao nepušača, osobe koja je u dobroj formi ili osobe koja se zdravo hrani)

4. Ponovna okolinska procjena

Procjena toga kako problem u ponašanju utječe na fizičko okruženje i iskustva drugih u tom okruženju (npr. prepoznavanje loših utjecaja tuđeg ponašanja na pojedince, poput pasivnog pušenja)

5. Samooslobodenje

Donošenje odluke i prisiljavanje samoga sebe na djelovanje u vjeri da je promjena ponašanja moguća i prihvatanje osobne odgovornosti za tu promjenu

6. Socijalno oslobođenje

Razumijevanje socijalne podrške zdravih ponašanja kao temelj prilikom utjecaja na socijalne zajednice

7. Kontrauvjetovanje

Određivanje zdravijih ponašanja i zamjenjivanje njih sa slabije prilagođenim ponašanjem (npr. korištenje tehnika za opuštanje ili nikotinski nadomjestak kao sredstva prevladavanja povezanosti između potresenosti i pušenja cigarete)

8. Kontrola podražaja

Određivanje (prepoznavanje) i izbjegavanje okidača problematičnog ponašanja. Npr. izbjegavanje dostupnosti cigareta kad predvide da će na poslu imati stresne situacije u kojima su se ranije smirivali cigaretom ili izbjegavanje prijatelja koji će osobu nagovarati da s njima „zapali još zadnju cigaretu uz kavu“

9. Upravljanje mogućnošću (donošenje odluke)

Povećavanje nagrada povezanih s pozitivnim promjenama ponašanja, kao i smanjivanje nagrada povezanih sa negativnim ponašanjima (npr. štednja novca koji bismo inače mjesечно potrošili na cigarete i kupovina nečega s tim novcem)

10. Odnosi koji pomažu

Određivanje osobnih socijalnih sustava i mreža podrške (npr. obitelj, prijatelji, kolege, suradnici) da bismo se uvjerili i pojačali pozitivne aspekte promjene ponašanja i negativne aspekte u slučaju da promjena ne nastupi.

Značajnost modela za zdravstvenu psihologiju:

TTM je prvi model prezentiran u pokušaju razumevanja procesa koji je uključen u mijenjanje ponašanja čovjeka, posebno zdravstvenog ponašanja.

TTM ne samo da predlaže faze kroz koje osoba prolazi prilikom mijenjanja ponašanja već i sadrži niz ključnih procesa koji podupiru i motiviraju proces promjene ponašanja.

Drugim riječima, ti procesi identificiraju kako se ljudi mijenjaju i važni su jer impliciraju da je proces promjene predvidljiv jer je utemeljen na vidljivim i mjerljivim psihološkim čimbenicima. U slučaju da je to točno, teoretske intervencije temeljene na znanju o tome koji faktori su fundamentalni za to da osoba doživi promjenu iz stanja A u stanje B, mogu se dizajnirati.

TTM je do sada primijenjen i istraživan u nizu različitih zdravstvenih ponašanja: pušenje, vježbe, uporaba kondoma i prekomjerno konzumiranje alkohola.

Meta analize različitih istraživanja ovog područja ukazuju na korisnost modela i njegove konstrukcije.

Ovaj model ima i podršku brojnih istraživača, ali doživio je i kritike. Stoga je potrebno provesti brojna istraživanja kako bi se utvrdila valjanost zaključivanja i predviđanja na temelju procesa promjene.

Primjer primjene transteoretskog modela objašnjenja i promjene zdravstveno rizičnog ponašanja na slučaju osobe koja ima nepravilnu prehranu kao dominantni kardiovaskularni rizik:

Faza premišljanja

Osoba se nezdravo hrani (npr. slana i masna hrana, prženo na ulju, količinski i kalorijski više nego što osoba troši te dolazi do razvoja prekomjerne tjelesne težine) i uopće ne razmišlja o mogućim negativnim posljedicama na zdravlje. Nema namjera mijenjati način prehrane, čak što više, uživa u vrsti i količini hrane koju konzumira, ne misli ili ignorira činjenicu

da takva nezdrava prehrana predstavlja problem po sadašnje ili buduće zdravlje.

U ovoj fazi osoba neće biti prijemčiva ni na kakvu zdravstvenu intervenciju, niti savjetovanje. Samoinicijativno neće tražiti informacije niti sudjelovati u bilo kakvim aktivnostima vezanim za promjenu prehrane. Ukoliko joj se predloži promjena, najvjerojatnije će ju odbiti.

Mogućnost intervencije u ovoj fazi je dati osobi informacije kroz neobavezujući razgovor. Potaknuti ga na razmišljanje navodeći primjere kako je drugima dugoročno naštetila takva nezdrava prehrana.

Faza razmišljanja

U ovoj fazi osoba razmišlja da bi mogla nešto promijeniti po pitanju prehrane. Na razini razmišljanja prisutna je namjera da učine neku promjenu u sljedećih nekoliko mjeseci. Pri tome je važno napomenuti da je i mala promjena dobra i da se od pacijenta ne očekuje da preko noći promjeni sve svoje navike u vezi prehrane. U ovoj fazi ljudi uzimaju u obzir promjene koje je potrebno učiniti da se izbjegnu negativni ishodi i maksimaliziraju koristi vezane za zdravlje. Dobro je pacijenta ohrabriti da i mala promjena znači uspjeh i da se promjena ponašanja u ovom slučaju prehrane ostvaruje postepeno. Npr. smanjenje unosa soli ili zamjena ranije upotrebljavanog ulja ili masti s maslinovim uljem, ili povećanje broja kuhanih obroka u odnosu na pečenu i prženu hranu.

U ovoj fazi je značajna socijalna podrška obitelji i pacijentove okoline. Npr. prilikom posjeta pacijentu patronažna sestra može razgovarati s pacijentom zajedno s članovima njegove uže obitelji.

Faza pripreme

Pojedinac u ovoj fazi radi plan djelovanja kako bi promijenio prehranu u sljedećih mjesec dana. U ovoj fazi je ključna stručna pomoć odnosno savjetovanje. Najbolje bi bilo da se osoba može dobiti savjet nutricionista ili zdravstvenog djelatnika educiranoga u području prehrane.

Pacijent radi pisani plan koji uključuje popis namirnica koje je poželjno uključiti u prehranu, broj i raspored obroka tijekom dana. Stručna osoba mu daje prijedlog jelovnika, što je vrlo važno obzirom da promjena prehrane uključuje drugačije pripremanje hrane i korištenje drugih namirnica u odnosu na ono na što je pacijent navikao.

Faza akcije

U ovoj fazi promjena prehrane je barem u nekim aspektima ostvarena, ali s obzirom na relativno kratko trajanje ne može se govoriti o trajnoj promjeni.

U ovoj fazi je ključna podrška okoline. Ukoliko postoji mogućnost preporučaju se tjedni grupni sastanci pacijenata koji su započeli promjenu prehrane ili tjedna savjetovanja pri ambulantni i praćenje postignutih promjena. Ovo je faza u kojoj se može i treba identificirati "prepreke u provođenju promjene te razgovarati o načinima prevladavanja. Obzirom da se u ovoj fazi učvršćuje novi način ponašanja vezanog za prehranu a koje uključuje zapravo niz ponašanja od načina kupovanja hrane, odabira namirnica, pripreme, rasporeda obroka stručno savjetovanje pacijenta je važno, a psihološko savjetovanje bihevioralno-kognitivnim pristupom se pokazalo kao metoda izbora.

Faza održavanja

Kada postignuta promjena prehrane traje duže od 6 mjeseci možemo govoriti o fazi održavanja.

Npr. kod pacijenta možemo uočiti da s lakoćom provodi promjenu ponašanja tj. sada se može već govoriti i o novim prehrambenim navikama. Uobičajeno mu je tražiti zdravije namirnice, povremeno prati literaturu, ali sam već ima puno znanja o zdravoj prehrani, zadovoljan je postignutim promjenama na zdravstvenom i fizičkom planu. Ipak, svjestan je da još uvijek mora raditi na održavanju postignute promjene, da mora još uvijek svjesno izbjegavati izazove i ustrajavati u novoj prehrani.

Prekid ili okončavanje rizičnog ponašanja

Stadij u kojem je pojedinac odolio svim izazovima da se vrati starom načinu prehrane. Osobe u tom stadiju imaju visoku ponašajnu samoučinkovitost što je važno pohvaliti u razgovoru s pacijentom.

Npr. sebe doživljava kao osobu koja se zdravo hrani i tako se predstavlja i drugima. Prijašnji izazovi gube na važnosti (npr. kolači postaju preslatki, masno pečenje izaziva odbojnost) dok prijašnje neprivlačne, a zapravo zdrave alternative, se doživljavaju kao ne samo svjesni odabir nego i nešto što osoba želi (uživanje u zdravim slasticama niske kalorijske vrijednosti, uživanje u hrani bez aditiva i u svijesti da ta hrana doprinosi našem zdravlju).

Povratak

Pojedinac će se neminovalo suočiti sa situacijom kada će biti u iskušenju vratiti se prethodnom ponašanju u vezi prehrane. Predvidive su situacije koje će predstavljati izazov za pojedinca. Kada se radi o prehrani to su blagdani (npr. Božić i Nova Godina), te obiteljska slavlja ili slični društveni događaji koji podrazumijevaju konzumiranje prevelike količine nezdrave hrane.

Ovaj povratak prethodnom ponašanju tj. načinu prehrane ne mora biti dugotrajan a može se dogoditi u bilo kojem stadiju, predakcijskom, kao i postakcijskom. Nakon kratkotrajnog popuštanja izazova, osoba se može vratiti pravilnoj prehrani i u tome ju treba ohrabriti i poticati. Osobito treba obratiti pažnju na osjećaj krivnje koji se može javiti nakon povratka i pojasniti osobi da se svima događa da povremeno odustanu od zdravih navika, ali da to nije loše ukoliko je jednokratno ili izuzetno rijetko već da se problem vraća ukoliko više puta ponovimo grešku. Ključno je motivirati osobu da povratak doživi kao nešto nad čim ima kontrolu, a osobito da ima kontrolu da povrati usvojeno zdravstveno protektivno ponašanje kao uobičajeno.

Rizično ponašanje izoliranog ruralnog područja

Marjeta Majer, Aleksandar Džakula, Vesna Jureša, Vera Musil

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Uvod

Ruralna područja u Hrvatskoj koja, prema kriterijima Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD), čine 91,6% ukupnog teritorija, sa 47,6% ukupnog stanovništva, ostala su izvan istraživačkog fokusa i prepoznavanja promjena karakterističnih za ruralno stanovništvo.

Hrvatska se, kao tranzicijska zemlja, suočila s izazovima razvijenih zemalja: povećanim troškovima uslijed demografskog starenja stanovništva, povećanom potrebom za zdravstvenom skrb te ograničenim sredstvima u financiranju zdravstvene zaštite. Ti su se izazovi dodatno povećali devedesetih godina prošlog stoljeća kada je Hrvatska bila pogodena ratom, što je posebno utjecalo na ruralna područja u vidu smanjenja poljoprivrednih djelatnosti, šteta na infrastrukturi, prisutnosti izbjeglica, unutarnjeg raseljavanja ljudi, emigracija te psiholoških učinaka na stanovništvo (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja, Strategija ruralnog razvoja Republike Hrvatske 2008. -2013.).

U usporedbi s urbanim stanovništvom, ruralno bilježi lošije socioekonomske uvjete, niži stupanj obrazovanja, veću učestalost nezdravih prehrambenih navika, konzumaciju alkohola i pušenje, kraće očekivano trajanje života i višu stopu smrtnosti. (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja, Strategija ruralnog razvoja Republike Hrvatske 2008. -2013., Musić Milanović 2010., Šućur 2007., Igl 2010.).

Cilj ovog kvalitativnog istraživanja bio je utvrditi specifične zdravstvene potrebe i pripadajuće čimbenike koji odražavaju utjecaj rata, posljedice rata i tranzicije na ruralno stanovništvo s fokusom na ruralni stil života, ponašanje i kardiovaskularne rizične čimbenike u selima Sisačko-moslavačke županije. (Džakula 2012).

Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno u razdoblju od siječnja do ožujka 2011. u tri sela Sisačko-moslavačke županije: Mala Graduša, Sjeverovac i Staro Selo.

Uzorak je činilo 28 ispitanika: 15 žena (54%) i 13 muškaraca (46%). U uzorak su uključeni svi stanovnici stari 18 i više godina, koji su u trenutku istraživanja bili kod kuće (metoda „od vrata do vrata“).

U istraživanju je korištena metoda polustrukturiranog dubinskog intrevjua, uz prethodnu suglasnost ispitanika. Intervjue, u trajanju od jednog sata, provodili su posebno educirani studenti medicine, slijedeći definirane teme: specifične navike, ponašanja i percepcije rizičnih čimbenika povezane sa seoskim načinom života (tablica 1.).

Tablica 1. Teme korištene tijekom intervjuja

- | |
|---|
| 1. Značenje života na selu za zdravlje i opći stavovi o zdravlju |
| 2. Korištenje zdravstvene zaštite |
| 3. Percepcija ozbiljnosti bolesti i tegoba/percepcija rizika i simptoma |
| 4. Prehrambene navike |
| 5. Znanje i informiranost |
| 6. Podrška i precipirani stav okoline |

Intervjui su snimani audiozapisom temeljem kojih su rađeni transkripti. Tematska analiza audiozapisa i transkriptata načinjena je po principu usuglašavanja i validacije dvoje autora, metodom detektualizacije i prepoznavanja specifičnih kategorija stavova, ponašanja ili događaja koji određuju život ispitanika. (Seale 2004).

Rezultati

Ovim istraživanjem željeli smo dobiti uvid u psihološke konstrukte ruralnog stanovništva (psihosocijalne, emocionalne i perceptivno-kognitivne), povezane sa zdravstvenim ponašanjem i motivacijom za promjenu rizičnog ponašanja. Za prikaz rezultata, uz prehrambene navike, kao prediktore visoke motivacije za promjenu ponašanja izdvojili smo sljedeće kategorije: značenje života na selu za zdravlje i opći stavovi o zdravlju te znanje i informiranost/percepcija ozbiljnosti bolesti i simptoma. (tablica 2.).

Značenje života na selu za zdravlje i opći stavovi o zdravlju

Ispitanici su bili uglavnom starije stanovništvo s kroničnim tegobama, koji oduvijek žive na selu te su percipirali i pozitivne i negativne strane života u ruralnom području. Pokazali su osvještenost o pozitivnom utjecaju zdravog okoliša na zdravlje.

„Zdrav život pa prvenstveno zrak, voda, hrana koju sam proizvedeš.“

„...nema prometa, gužve zagađenosti.“

„Pa nije tu tak' o psihičko opterećenje.“

Kao negativne aspekte života na selu, ispitanici su izdvojili ponajprije udaljenost od većeg mjesta i zdravstvene zaštite, što je u skladu s lošom infrastrukturom i lošijim socioekonomskim uvjetima u zabačenim ruralnim područjima, a zatim i težak fizički rad, osamljenost, starenje stanovništva i propadanje poljoprivrede.

„Udaljenost od grada i neadekvatno i učinkovito pružanje pomoći.“

„....na selu je dobro ako je grad bliže, ovdje je malo teže, odvojen si.“

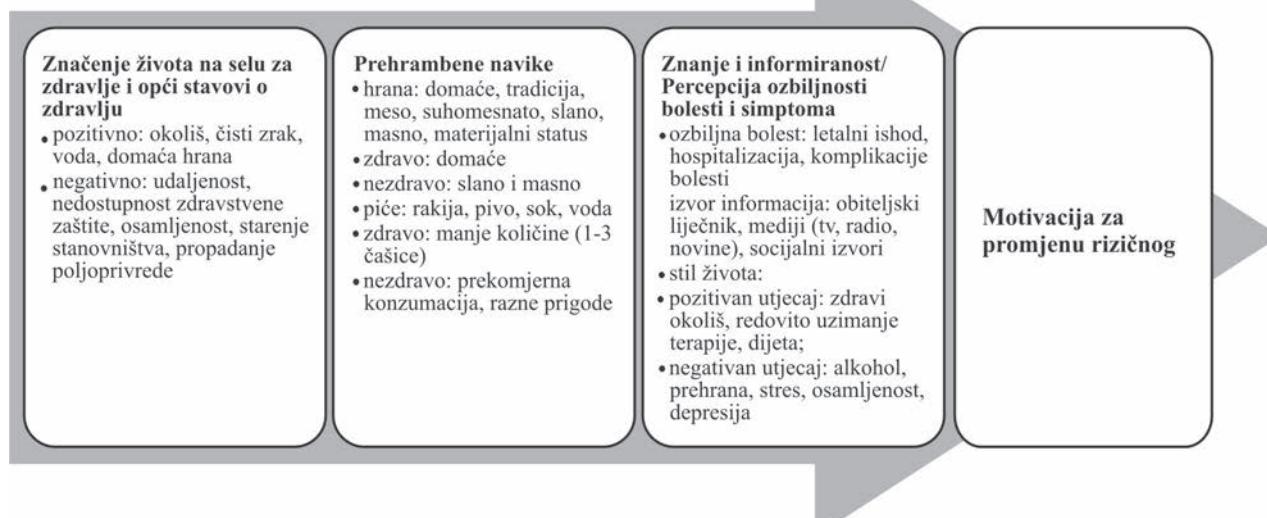
„Najgore je to što nema naroda, tu se ne radi poljoprivreda kak' se nekad radila, nema 'ko.‘“

„Mladi neće tu kuću, stari će izumrijeti.“

Ova kategorija se pokazala važnom jer su iz nje proizašla druga rizična ponašanja ispitanika: neredovito korištenje zdravstvene zaštite i prehrambene navike.

„I krenem i eto razmišljam onda ja, je li bolje da idem ili bolje da ne idem, onda te šalju tamo, šalju te 'vamo, vidiš moraš. Onaj 'ko te vozi isto traži 50 kuna. Ima ono muško dijete, traži 150 kuna da me odveze do Siska i nazad i ak' idem dvaput to je 300 kuna.“

Tablica 2. Rezultati kvalitativne analize rizičnih čimbenika ruralnog stanovništva



Prehrambene navike

Kategorija *prehrambene navike* izlučila je sljedeće bihevioralne čimbenike rizika ruralnog stanovništva: konzumaciju slane i masne hrane te pijenje rakije. Takav nalaz uvjetovan je percepcijom ispitanika o zdravim aspektima života na selu te se može objasniti tradicijom i socioekonomskim uvjetima. Temeljio se na uvriježenom mišljenju ispitanika da je hrana zdrava ako je domaća, kao i na tradiciji uzgoja peradi i svinja.

„Znaš i sam šta se jede. Domaći proizvodi: sušeno, dimljeno, što više slano, masno, ljuto, žganci, sir, vrhnje, jaja.“

„Ja mislim da je prehrana zdrava jer je to sve domaće. To nije, ovo što se kupi puno se šprica, a mi ne špricamo. Na selu se ne šprica.“

Iako su svoj način prehrane doživjeli zdravim, ispitanici su pokazali i informiranost o štetnosti slanog i masnog jela. Značajno je, međutim, da u ovom slučaju znanje nije pridonijelo motivaciji za promjenu ponašanja/navika i da je veći utjecaj imao loš materijalni status.

„Pa dobro je povrće, dobra salata, dobro voće, dobro mlječno to sve, samo od te svinjetine, od te suvetine bježat.“

„Doktor kaže da ne bih smjela ovo svinjsko, suvo meso, meni se čini. A šta bi jela? Šta da jedem? Kad je na selu tako. Nemam ja sada tu trgovine i novaca ne znam koliko da mogu ići kupiti nešto friško. Ma imam i u kištri svega. Šta da radim kad smo tako navikli.“

„Ribu jedeš manje jer je kupuješ“.

Pitanje konzumacije pića istaknulo je nekoliko problema: vrstu pića koju pretežno piju – rakija, percepciju takvog ponašanja kao zdravog te razne, svakodnevne prigode konzumiranja.

„Rakija, ništa više, samo rakija. Nikakve druge proizvode mi nemamo. Niti vinograde da vino pijemo... imamo najčistije voda i rakija.“

„Rakija je zdrava tak, kad popiješ čašicu, dvije. To je za cirkulaciju, bilo muško, bilo žensko.“

„Zavisi kako kog organizam, netko popije litru i ne poznaš, netko popije jednu čašu i padne u nesvijest.“

„I prije jela i poslije jela, ako se radi. Popiješ kada radiš te teške fizičke poslove, teške fizičke poslove moraš popit, ne možeš ne popit...“

„Ak' se negdje ovak' skupe ljudi popije se. Pa tu evo kad se krava telila, kad netko tu rođendan ima, od unuka ili nekoga.“

Znanje i informiranost/Percepcija ozbiljnosti bolesti i tegoba

Za razliku od drugih istraživanja (Andrić 2012, Zahnd 2009), ispitanici su u ovom istraživanju pokazali adekvatnu informiranost i osviještenost o vlastitom utjecaju na zdravlje: pridržavanjem terapije i dijetetskog režima, ali i stilom života. Usprkos tome i ovdje je motivacija za promjenom rizičnog ponašanja niska.

„Sve ovisi o meni samoj, ako ču se pridržavati terapije, ako jedem ono što smijem, ako se krećem dovoljno. Čim nešto propustim, primijetim promjenu.“

„Nemam nikakvih problema osim te rakije, to moram ostaviti.“

„Sikiracija najviše djeluje na zdravlje, kod mlađih i kod starih. Al' to ne možeš izbjegić.“

O dijabetesu i hipertenziji ispitanici su pokazali zadovoljavajuću, ali različitu razinu znanja i informiranosti ovisno o tome da li oni boluju od tih bolesti. Sukladno tome, (kako veći dio ispitanika u ovom uzorku boluje od hipertenzije) informiranost je bila veća o hipertenziji. Osnovni izvor informacija o njihovoj bolesti bio im je liječnik dok su o drugim bolestima imali saznanja s televizije i iz drugih medija(radija i novina) te od socijalnih izvora – članova obitelji ili susjeda.

„Ova moja doktorica, ja odem k njoj, ona to sve meni fino objasni.“

„Općenito svi to spominju, i televizija i novine.“

„Pa dobro, čuješ, čuješ od toga naroda. Onaj viče ja sam bio kod doktora, imam ovaki tlak, dao mi je ovakve lijekove, dao mi je onakve lijekove. Pa onda čuješ preko televizije, pa dolje u firmi gdje radiš.“

Obje bolesti su bile precipirane kao opasne i ozbiljne zbog mogućih komplikacija.

„Visoki tlak...pa more ubit čovjeka, more šlagirat. More sve, to je opasno.“

„Pa sve može otić’ od šećera, napada sve veli, organe sve uništi, bubrege, jetru, gušteraču, oči, očni vid.“.

No, dijabetes su ispitanici percipirali opasnijim od hipertenzije, a time ujedno i kao veću motivaciju za promjenu ponašanja.

„Mora se čuvati više nego oni koji imaju tlak.“

„Šećer je jedna vrsta raka.“

„Suprug mi je bio dijabetičar i kod njega recimo taj dijabetes baš ono klasični, od početka pa do amputacija, sljepilo, sve sam to prošla.... Kada dobijem šećer, e onda bi vjerojatno promjenila režim života.“

Rezultati istraživanja pokazuju da ispitanici razumiju da životni stil utječe na njihovo zdravlje, ali ne prihvaćaju promjenu vlastitog ponašanja, što se može objasniti složenim socioekonomskim okolnostima i tradicijskim vrijednostima vezanim uz njihovo nasljeđe. To ukazuje na potrebu dalnjeg, specifičnog istraživanja zdravstvenog stanja, stavova i ponašanja ruralne populacije u Hrvatskoj s ciljem razvijanja specifične javnozdravstvene intervencije i skrbi za ruralno stanovništvo.



Slika 1. Naturalisti na terenu

Referencije

Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja Republike Hrvatske: Strategija ruralnog razvoja Republike Hrvatske 2008. -2013, ristupano 13.02.2011. Dostupno na: <http://www.mps.hr/default.aspx?id=3652>.

Musić Milanović,, S, 2010, *Demografske, bihevioralne i socio-ekonomske odrednice debljine odraslih u Hrvatskoj*, Doktorska dizertacija, Sveučilište u Zagrebu.

Šućur, Z, Zrinščak, S 2007, ‘Differences that Hurt: Self-Perceived Health Inequalities in Croatia and European Union’, *Croat Med J.* 2007, vol. 48, no. 5, pp. 653–666.

Igl W, Johansson, A & Gyllensten, U 2010, ‘The Northern Swedish Population Health Study (NSPHS)--a paradigmatic study in a rural population combining community health and basic research’ , vol. 10, no. 2, pp.1363.

Džakula, A, Keranović, A, Crnica, V, Majer, M, Janev Holcer, N, Sović, S, Bolić B, Domokuš, AN, Dražić,,, I, Vugrinčić M, Zibar D, Blažević N, Friščić, T, Korać, T, Bander I & Vučetić, S 2012,’ Risk Factors for Cardiovascular Disease in Rural Area of Croatia’, *Coll Antropol* vol. 36, Suppl 1, pp. 245-249.

Seale, C, Gobo, G, Gubrium, JF & Silverman D 2004, ‘Qualitative Research Practice’, London: SAGE Publication.

Andrić, A & Vučetić, S 2012, ‘Community nurse assessment of cardiovascular behavioural risk factors--a qualitative analysis within the CroHort study’, *Coll Antropol.* vol. 36, Suppl , pp. 27-34.

Zahnd, WE, Scaife, SL & Francis, ML 2009, ‘Health literacy skills in rural and urban populations’, *Am J Health Behav*, vol. 33, no. 5, pp. 550-7

Hrvatska kvalitativna empirija

Razvoj mjernog instrumenta za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima

Tea Vukušić Rukavina

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Uvod

Koncept stigme

Pojam stigme podrazumijeva tri osnovna problema: problem znanja (neznanje), problem stavova (predrasude) i problem ponašanja (diskriminacija) (Thornicroft, Rose i sur. 2007). Stigma je negativno obilježavanje osoba koje je uzrokovano kombinacijom neznanja i straha, što je podloga stvaranju ukorijenjenih mitova i predrasuda. Stigma je vrlo često povezana s osobama koje imaju dijagnozu duševne smetnje te može dovesti do negativne diskriminacije. Stigma je povezana s predrasudama, tj. negativnim stavovima koji su utemeljeni na pogrešnim činjenicama da se duševne smetnje ne mogu liječiti.

Prema Sartoriusu (Sartorius and Schulze 2005) (slika 1.), stigma stvara začarani krug diskriminacije i

socijalnog isključivanja osoba s duševnim smetnjama. Stigma predstavlja najveću prepreku osobama s duševnim smetnjama, njihovim obiteljima i kvaliteti njihova života, čak mnogo veću prepreku od same bolesti. S obzirom da se većina osoba s duševnim smetnjama liječi u zajednici, negativni stavovi javnosti mogu imati posljedice na oboljele i njihove obitelji (Corrigan 2002). Kao posljedice stigme proizlaze nezaposlenost, neriješeno stambeno pitanje, manjak samopouzdanja u osoba s duševnim smetnjama i slaba socijalna podrška koje stvaraju prepreku u liječenju i oporavku osoba s duševnim smetnjama te na taj način dugoročno utječe na prognozu i doprinose manjoj mogućnosti prilagodbe i socijalnom isključivanju osoba s duševnim smetnjama (Corrigan and Rüsch 2002; Schomerus and Angermeyer 2008). Stigma također negativno utječe i na odnose unutar obitelji osoba s duševnim smetnjama, ali i reducira socijalne interakcije zbog pokušaja da se bolest sakrije od drugih.



Slika 1. Začarani krug stigme (Sartorius and Schulze 2005)

Istraživanja o stigmatizaciji duševnih smetnji provode se na raznim populacijama, najčešće u općoj populaciji, među zdravstvenim i stručnim djelatnicima, među duševno oboljelim osobama i njihovim obiteljima. Ovakva istraživanja uključuju ispitivanje o stavovima i predrasudama vezanima uz osobe s duševnim smetnjama i duševne smetnje (Jorm 2000; Chew-Graham, Rogers i sur. 2003; Angermeyer, Buyantugs i sur. 2004; Dietrich, Beck i sur. 2004; Link, Yang i sur. 2004; Angermeyer and Matschinger 2005; Brohan, Slade i sur. 2010; Livingston and Boyd 2010). Rezultati dvije faktorske analize provedene na više od 2000 stanovnika SAD-a i Velike Britanije pokazala su da postoje tri zajedničke teme u stereotipiziranim stavovima o duševnim poremećajima (Taylor and Dear 1980; Brockington, Hall i sur. 1993). *Prva* je strah i isključivanje, prema kojoj se treba bojati osoba s duševnim bolestima jer su opasne te ih treba izdvojiti iz zajednice i smjestiti u institucije. *Druga* je autoritativnost u odnosu, prema kojoj su osobe s duševnim bolestima neodgovorne pa stoga drugi trebaju donositi životne odluke u njihovo ime. *Treća* je benevolentnost, prema kojoj su osobe s duševnim bolestima infantilne te se za njih treba brinuti. Ovakvi, vrlo prošireni stavovi imaju višestruki učinak na osobe s duševnim poremećajima. Umanjuju im mogućnost prilika koje su neophodne za oporavak i kvalitetu života kao što su kvalitetan posao, adekvatni prihodi, ugodan dom i prijateljski odnosi. Osobe s duševnim bolestima koje žive u sociokulturalnom okruženju koje doprinosi stigmatizaciji duševnih bolesti (Wahl 1995) počinju vjerovati da su doista drugačiji, obilježeni svojom bolešću te dovode u sumnju svoje sposobnosti i mogućnost neovisnog i samostalnog života. U manjoj su mjeri zastupljena istraživanja o stigmi duševnih smetnji putem analize masovnih medija (Wahl 1992; Stout, Villegas i sur. 2004).

Mediji i stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama

Masovne medije treba promatrati kao instituciju modernog društva koja značajno utječe na kreiranje javnog mnjenja (Borinstein 1992; Wahl 1992; Philo 1994; Anderson 1997; Stout, Villegas i sur. 2004). Prema brojnim istraživanjima, mediji su primarni izvor informacija o duševnom zdravlju i duševnim

bolestima (Yankelovich 1990; Philo 1996; Kalafatelić and Dowden 1997; Hannigan 1999; Anderson 2003). Cutcliffe i Hannigan (Cutcliffe and Hannigan 2001) zaključuju kako se svaki tjedan u medijima objave informacije vezane uz duševne smetnje. Philo je utvrdio da prikazi duševnih smetnji u medijima toliko utječu na stavove javnosti da mogu u potpunosti izmijeniti osobni stav pojedinca o duševno oboljelima, čak i ako se on prethodno temeljio na osobnom iskustvu i znanju (Philo 1996).

Vrlo često mediji generaliziraju pojam duševnih smetnji (Wilson, Nairn i sur. 1999; Coverdale, Nairn i sur. 2002) ne spominjući specifičan poremećaj ili bolest. Često se koristi i neadekvatna terminologija, primjerice shizofreničar, luđak, manjak ili psihički bolesnik. Ukoliko mediji ne pružaju informacije o specifičnim dijagnozama, potiču stvaranje stereotipa i predrasuda u javnosti o duševnim smetnjama te doprinose stigmatizaciji. Coverdale (Coverdale, Nairn i sur. 2002) naglašava kako bi mediji u svojim prikazima trebali diferencirati pojedine psihijatrijske dijagnoze i objektivno utvrditi postoji li povezanost određene duševne smetnje s događajem kojeg opisuju.

U medijima su često prisutni iskrivljeni prikazi duševnih smetnji i osoba s duševnim smetnjama u kojima se naglašavaju bizarre i agresivne karakteristike osoba s duševnim smetnjama (Allen and Nairn 1997; Pilgrim and Rogers 2003; Joyal, Dubreucq i sur. 2007; Hodgins, Cree i sur. 2008). Brojne studije su dokazale povezanost negativnog, stigmatizirajućeg prikaza osoba s duševnim smetnjama u medijima s negativnim stavovima javnosti o osobama s duševnim smetnjama (Matas, el-Guebaly i sur. 1986; Wahl and Lefkowitz 1989; Wahl 1992; Philo, Secker i sur. 1994; Wahl 1995; Thornton and Wahl 1996; Coverdale, Nairn i sur. 2002; Wahl, Wood i sur. 2002). Corrigan (Corrigan and Nelson 1998) zaključuje da upravo medijski prikazi osoba s duševnim smetnjama kao opasnima, nasilnima i nepredvidljivima rezultiraju diskriminacijom i isključivanjem iz društva.

U širokom spektru masovnih medija, tiskani se mediji tradicionalno smatraju vrlo utjecajnim pri kreiranju stavova u društvu (Stuart 2003; Stuart 2006). Istraživanja u svijetu pokazuju da velik udio članaka u tiskanim medijima opisuje osobe

s duševnim smetnjama u kontekstu opasnosti ili nasilnog, agresivnog ponašanja (Corrigan, Watson i sur. 2005). Prema istraživanju Cutcliffe i Hannigan, 62% članaka o duševnim smetnjama usmjereno je na heteroagresivno ponašanje osoba s duševnim smetnjama (Cutcliffe and Hannigan 2001). Priče koje najviše privlače pozornost medija u sebi sadržavaju kombinaciju duševne bolesti, nasilja i kriminala. Članci u kojima su psihiatrijske teme povezane s agresijom i opasnošću češće se objavljaju na naslovnim stranicama novina, što izravno povećava mogućnost utjecaja na stavove čitatelja (Ward 1997; Boke, Aker i sur. 2007).

Novija istraživanja pokazuju da se smanjio udio članaka u kojima se osobe s duševnim smetnjama povezuju s opasnim i agresivnim ponašanjem. Prema Wahlrovom istraživanju (Wahl, Wood i sur. 2002) o praćenju duševnih bolesti u tiskanim medijima u SAD-u 1999. godine, samo 26% članaka opisuje kriminalno ili nasilno ponašanje osoba s duševnim smetnjama. Corrigan je također potvrdio smanjeni udio članka o nasilnom ponašanju osoba s duševnim smetnjama, navodeći da se u 39% svih članaka nalazi takav sadržaj (Corrigan, Watson i sur. 2005). U usporedbi s ranijim istraživanjima kad je udio članaka koji povezuju agresivno, nasilno ponašanje s osobama s duševnim smetnjama iznosio čak do 50%, u posljednje vrijeme prisutan je trend smanjivanja udjela takvih članaka. Međutim, trenutni pokazatelji da trećina članaka i dalje povezuju duševne smetnje s agresivnim ponašanjem ukazuju na nužnost komunikacije i suradnje stručnjaka iz područja duševnog zdravlja, ali i novinara kako bi se unaprijedio medijski prikaz osoba s duševnim smetnjama.

Tiskani mediji ne sadržavaju stigmatizirajuće opise samo duševnih bolesnika, već i psihiyatara, psihiatrijskih institucija i terapijskih metoda. U medijima se psihiatrija opisivala kao „disciplina bez pravih znanstvenika, znanstvenih metoda ili učinkovitih terapijskih tehnik“ (Sharf 1986). Novine često negativno prikazuju psihiatrijske institucije (Rottleb, Steinberg i sur. 2007). Izvještavanje tiskanih medija o psihofarmacima je puno kritičnije no izvještavanje o kardiološkim lijekovima. U takvim izvještajima se naglašavaju mogući štetni učinci lijekova, a ne spominju se pozitivni učinci lijekova (Hillert, Sandmann i sur. 1996; Hoffmann-Richter,

Wick i sur. 1999). Izvješćivanje o elektrokonvulzivnoj terapiji je također vrlo negativno i puno predrasuda (Hoffmann-Richter, Alder i sur. 1998). Utiskanim medijima kritiziran je i donos psihiatrije i farmaceutske industrije (Hoffmann-Richter 2000).

Iako su brojna, dosadašnja kvalitativna istraživanja (Stout, Villegas i sur. 2004) o stigmatizaciji duševnih smetnji u tiskanim medijima, koristila su većinom metode analize sadržaja i analize diskursa (engl. *discourse analysis*), no ne postoji *standardizirani način procjene stigmatizacije duševnih bolesti u tiskanim medijima* koji ima precizno definirane kriterije kako bi omogućio međunarodnu usporedbu.

Metodologija istraživanja

Tijekom istraživanja razvijen je instrument za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima temeljen na principima kvalitativne metode analize sadržaja. *Analiza sadržaja* je analiza poruka, koja se koristi kvantitativnim i kvalitativnim tehnikama poštujući znanstvenu metodologiju (Pazeći pritom na objektivnost, pouzdanost, valjanost, mogućnost generalizacije, zamjenjivost i testiranje hipoteze.) i nije limitirana na tipove varijabli koji bi mogli biti izmjereni ili kontekst u kojem su poruke kreirane ili predstavljene (Neuendorf 2002). Ovom tehnikom istraživanja dolazi se do objektivnog, sistematskog i kvantitativnog opisa manifestnog (i latentnog) sadržaja sredstava komuniciranja (Krippendorf 2004). Analiza sadržaja je sistematična, replikabilna tehnika kojom se velik broj riječi može sažeti u nekoliko kategorija, poštujući unaprijed postavljena pravila kodiranja sadržaja koji se proučava (Berelson 1952; Weber 1990; Macnamara 2006). U posljednjih dvadeset godina u području istraživanja masovnih komunikacija, analiza sadržaja jedna je od najbrže razvijajućih tehnik. Analiza sadržaja medija zasebna je podkategorija analize sadržaja.

Plan istraživanja

Istraživanje je provedeno u tri faze: pilot fazi, intermedijarnoj fazi i glavnoj fazi.

Pilot faza je podijeljena na: a) *razvoj inicijalne verzije instrumenta* za procjenu stigmatizacije

duševnih bolesti u tiskanim medijima, b) *edukacije istraživača*, i c) *testiranje inicialne verzije instrumenta*. Intermedijarna faza podijeljena je na: a) *ispravke instrumenta* temeljem spoznaja pretходне фазе, b) *edukacije istraživača* и c) *testiranja ispravljene verzije instrumenta*. Treća, glavna faza sadržava: a) *razvoj finalne verzije instrumenta* и b) *testiranje finalne verzije instrumenta*. Proces razvoja instrumenta prikazan je na slici 2.

Uzorak istraživanja

Uzorkovanje se u analizi sadržaja provodi u tri koraka (Newbold, Boyd-Barrett i sur. 2002): a) odabir tipa medija, b) vremenski odabir medijskih izdanja (dani ili tjedni) i c) odabir sadržaja od interesa unutar definiranih medija.

Uzorak prve faze istraživanja

Uzorak prve faze istraživanja su članci (jedinica analize) s temom duševnih smetnji u šest najtiražnijih dnevnih i šest najtiražnijih tjednih tiskanih medija u Republici Hrvatskoj, Češkoj i Slovačkoj. Članci su tijekom prve faze pretraživani u razdobljima od jednog tjedna, slučajno odabranog za svaku tromjesečje u 2007. godini. Osim toga, dodatno je pretraživan jedan slučajno odabrani tjedan u 2007. godini. Slučajnim odabirom izabrani su 12. (19. do 25. ožujka 2007.), 13. (26. ožujka do 1. travnja 2007.), 26. (25. lipnja do 1. srpnja 2007.), 38. (17. do 23. rujna 2007.) te 49. tjedan (3. do 9. prosinca 2007.) u 2007. godini.

Uzorak intermedijarne faze istraživanja

Uzorak intermedijarne faze istraživanja bili su članci (jedinica analize) na engleskom jeziku odabrani iz najčitanijih dnevnih tiskanih medija iz Sjedinjenih Američkih Država i Ujedinjenog Kraljevstva. Internetsko pretraživanje tiskanih medija provedeno je u studenom 2009. godine za razdoblje od 1. do 31. listopada 2009. godine.

Uzorak glavne faze istraživanja

U glavnoj fazi istraživanja uzorak su sačinjavali članci (jedinica analize) s temom duševnih smetnji u šest najtiražnijih dnevnih i šest najtiražnijih tjednih tiskanih medija u Republici Hrvatskoj, Češkoj i Slovačkoj. Za razliku od pilot istraživanja, gdje su

bili izabrani čitavi tjedni, članci su bili pretraživani za 42 dana u vremenskom intervalu od jedne godine. Slučajno su odabrani, šest puta svaki pojedini dan u tjednu (ponedjeljak do nedjelja) u periodu od 1. travnja 2009. godine do 31. ožujka 2010. godine.

Ključne riječi

Ključne riječi pilot faze istraživanja

U pilot istraživanju članci u tiskanim medijima pretraženi su po ključnim riječima, uključujući rubrike vijesti, intervju, kolumnе, komentare i uvodnike. Ključne riječi su bile podijeljene u dvije skupine, ovisno o njihovom stigmatizirajućem potencijalu kao: a) *neutralne* i b) *etiketirajuće*. Ključne riječi i njihove korijenske izvedenice, u jednini i množini i za oba spola, prema kojima je načinjeno pretraživanje, su sljedeće:

- a) *neutralne*: psihijatrija, psihijatrijska ustanova, mentalna bolest, duševna bolest, halucinacija, psiholog, demencija, shizofrenija, šizofrenija, psihoza, depresija, depresivan/na, antidepresiv, bipolarni poremećaj, manično-depresivna psihoza, manija, anksiozni poremećaj, anoreksijska, bulimija, retardacija, ovisnik, PTSP, post-traumatski stresni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj;
- b) *etiketirajuće*: šizofreničar, neurotičar, psihotično, alkoholičar, anoreksičar/ka, bulimičar/ka.

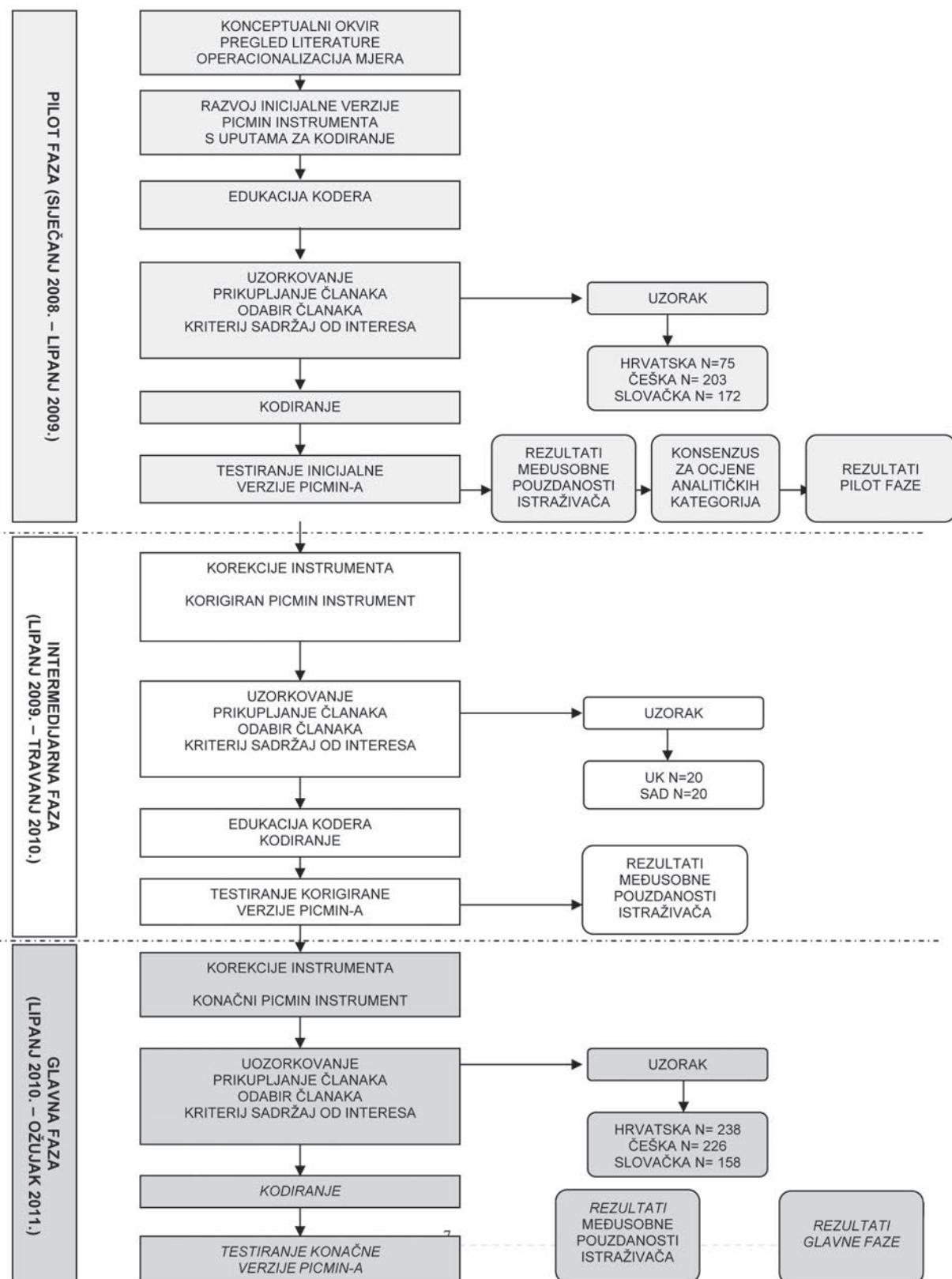
Ključne riječi intermedijarne faze istraživanja

U intermedijarnoj fazi korištene su iste ključne riječi kao i u pilot fazi istraživanja. Nakon selekcije prema kriteriju je li ključna riječ korištena vezano za duševni poremećaj (odabir sadržaja od interesa), dobiven je konačan uzorak od 40 članaka za intermedijarnu fazu.

Ključne riječi glavne faze istraživanja

U glavnoj fazi istraživanja ključne riječi su bile podijeljene u tri skupine, ovisno o njihovom stigmatizirajućem potencijalu kao a) *neutralne*, b) *etiketirajuće* i c) *pejorativne*. Njihove korijenske izvedenice, u jednini i množini i za oba spola, prema kojima su bile pretraživane su sljedeće:

Slika 2. Plan istraživanja – razvoj instrumenta



- a) *neutralne ključne riječi*: psihijatrija, psihijatrijska ustanova, mentalna bolest, duševna bolest, halucinacija, psiholog, demencija, shizofrenija, šizofrenija, psihoza, depresija, deprezivna, antidepresiv, bipolarni poremećaj, manično-depresivna psihoza, manija, anksiozni poremećaj, anoreksija, bulimija, retardacija, ovisnik, PTSP, post-traumatski stresni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj;
- b) *etiketirajuće ključne riječi*: šizofreničar, neurotičar, psihotično, alkoholičar, anoreksičar/ka, bulimičar/ka, psihopat;
- c) pejorativne ključne riječi: *luđak, ludnica, manjak, drogeraš, pijanac*.

Uzorkovanje korišteno u sve tri faze istraživanja kombinacija je stratificiranog slojevitog uzorka (engl. *stratified composite sample*), u kojem se odabir jedinica analize vrši unutar određenog vremenskog intervala (stratifikacija po danima ili tjednima), za koji je dokazano da predstavlja najprecizniji način uzorkovanja medijskih publikacija (Riffe, Lacy i sur. 1998) i namjernog uzorkovanja (engl. *purposive sampling*) (Neuendorf 2002) u kojem se sadržaj istražuje u ključnim medijima (šest najtiražnijih dnevnih i tjednih tiskanih medija). Nakon stratifikacije po tjednima ili danima, učinjen je i treći korak uzorkovanja, a to je odabir sadržaja od interesa, tj. selekcija prema kriteriju - je li korištena ključna riječ vezana za duševni poremećaj (odabir sadržaja od interesa) - bez obzira je li duševni poremećaj glavna ili sporedna tema članka.

Instrument za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima – PICMIN instrument (engl. *Picture of Mental Illness in Newspapers*)

Inicijalna verzija PICMIN instrumenta – pilot faza

Inicijalna verzija instrumenta sadržavala je dvije skupine „a priori“ kategorija: deskriptivne kategorije (tablica 1.) i analitičke kategorije (tablica 2.). Kategorije su definirane temeljem spoznaja prethodnih istraživanja o izvještavanju u medijima o duševnim poremećajima (Francis, Pirkis i sur. 2001; O' Con-

nor i P. 2001; Coverdale, Nairn i sur. 2002; Wahl, Wood i sur. 2002; Huang i Priebe 2003), temeljem konzultacija s mentorima i na osnovi nekoliko fokus grupa održanih sa stručnjacima duševnog zdravlja i novinarima sa ciljem definiranja ključnih kategorija u instrumentu za analizu.

Deskriptivne kategorije sadržavale su sljedeće karakteristike članka: naslov članka, naziv medija u kojem je članak objavljen, datum izdavanja, prepoznate ključne riječi, broj stranice na kojoj je članak objavljen, tip medija (dnevni ili tjedni), broj riječi u članku, rubriku u kojoj je članak objavljen, spomenuti duševni poremećaj i izvor informacija. Duševni poremećaji podijeljeni su i grupirani u skladu s 10. revizijom međunarodne klasifikacije bolesti – MKB 10 ((WHO) 1992).

Analitičke kategorije opisivale su glavne karakteristike medijske prezentacije duševnih smetnji po tipu senzacionalizma, povezivanja agresivnosti s osobama s duševnim smetnjama, stigmatizirajućeg potencijala naslova i stigmatizirajućeg potencijala članka. Ove kategorije također su prepoznate kao bitan element medijskog izvještavanja o duševnim poremećajima u prethodnim istraživanjima (Francis, Pirkis i sur. 2001; O' Connor i P. 2001; Coverdale, Nairn i sur. 2002; Wahl, Wood i sur. 2002; Huang i Priebe 2003).

Kategorija *senzacionalizam* procijenjena je na dva načina, kao *sadržaj* i *stil* medijskog izražavanja. *Senzacionalizam u sadržaju* obuhvaćao je teme o poznatim osobama, seks, skandale, nasilje i ogovaranje. Primarna zadaća članka je *infotainment*, informirati i zabaviti čitatelja. Termin infotainment (engl. *information + entertainment*) jednom riječju imenuje i opisuje dominantnu paradigmu današnjega novinarstva. *Senzacionalizam u stilu* izražavanja procjenjivan je temeljem prisutnosti imperativa („Vrati mi moju djecu!“), superlativa („...najveća tuga i jad...“), pridjeva („...tužan završetak...“), kolokvijalnih, pejorativnih termina (pijanac, drogeraš i sl.), općih zamjenica i pridjeva s ciljem naglašavanja ekstrema (svi, nikada, uvijek), retoričkih fraza („...Žali li za svojom odlukom? Čini se nimalo!...“), pejorativnih, ironičnih fraza („...demoni u glavi...“) i učestaloj uporabi upitnika i uskličnika. Kategorija *agresivno ponašanje* također je bila procijenjena na dva načina. U kategoriji *tip*

agresivnog ponašanja procijenjeno je je li osoba s duševnom smetnjom prezentirana kao počinitelj, kao žrtva ili kao i počinitelj i žrtva (oboje) agresivnog čina. U kategoriji *način agresivnog ponašanja* podrobnije je zabilježen način autoagresivnog ili heteroagresivnog ponašanja. Stigmatizirajući potencijal naslova članka procijenjen je prije čitanja teksta članka te je mogao biti kodiran kao pozitivan, neutralan ili negativan. Ocjena o stigmatizirajućem potencijalu teksta članka temeljila se na prisutnosti pozitivnih i/ili negativnih izjava u članku te je stigmatizirajući potencijal teksta članka mogao biti kodiran kao pozitivan, neutralan, miješani ili negativan. Istraživači su se tijekom kodiranja članaka služili matricom za kodiranje (prilog 1.) u kojoj su bili definirani kriteriji za kodiranje svih kategorija s primjerima.

Stigmatizirajući potencijal članka kodiran je kao pozitivan ako se u članku:

a) podržavao pozitivan stav o duševno oboljelim ili psihijatrijskoj struci, prezentirajući osobe s duševnim poremećajima kao osobe koje su sposobne socijalno funkcionirati; b) prezentirao pozitivan primjer djelatnika/institucija duševnog zdravlja, nevladinih udruga koji pružaju pomoć osobama s duševnim smetnjama i njihovim obiteljima i c) nisu prezentirali stereotipi o duševnim bolestima te su se poštivala ljudska prava duševno oboljelih.

Stigmatizirajući potencijal članka kodiran je kao neutralan ako su se u članku iznosile objektivne činjenice, na način da se ne utječe na stav i mišljenje čitatelja o duševnim poremećajima.

Stigmatizirajući potencijal članka kodiran je kao negativan ako se u članku: a) osoba s duševnim poremećajem prezentirala kao agresivna ili opasna; b) osoba s duševnim poremećajem dovodila u kontekst kriminalnog ponašanja, ugrožavajući društvo i okolinu; c) koristilo kolokvijalnim i pejorativnim terminima i d) prezentiralo negativne stereotipe i predodžbe o osobama s duševnim poremećajima.

Stigmatizirajući potencijal članka kodiran je kao miješani ako su se u članku nalazile i pozitivne i negativne izjave.

U instrumentu postoji mogućnost unosa citata ili navoda iz članka (pozitivnih ili negativnih) kojima

istraživači mogu potkrijepiti svoju ocjenu, tj. kodiranje za stigmatizirajući potencijal članka. Unaprijed je bilo definirano šest pozitivnih i negativnih izjava vezano za duševno oboljele kako bi se potvrdila konačna ocjena stigmatizirajućeg potencijala članka. Izjave su definirane temeljem prethodnih istraživanja i tijekom konzultacija istraživačkog tima (O' Connor i P. 2001; Coverdale, Nairn i sur. 2002; Wahl, Wood i sur. 2002; Huang i Priebe 2003; Corrigan, Watson i sur. 2005). Izjave su sadržavale generalizirane pozitivne ili negativne stavove, primjerice: „Liječenje duševne bolesti je nužno.“, „Osobe s duševnim poremećajima mogu adekvatno socijalno funkcionirati.“, „Osobe s duševnim smetnjama su agresivne i opasne.“ itd. Istraživači su za svaki članak mogli odabrati jednu ili više izjava koje odgovaraju sadržaju članka te samostalno ubilježiti glavnu poruku članka u internetsko sučelje u formi inicijalne verzije instrumenta koje je korišteno za prikupljanje podataka. Ove pozitivne i negativne izjave služile su istraživačima kao osnova za kodiranje stigmatizirajućeg potencijala članka.

Tablica 1. Inicijalna verzija PICMIN instrumenta, deskriptivne kategorije

Deskriptivne kategorije	
Kategorija	Ocjena
Naslov članka	
Naziv medija	
Datum izdanja	
Tip medija	Dnevni - analitički (engl. <i>broadsheet</i>) Dnevni - tabloid Tjedni
Broj stranice (pozicioniranje članka)	
Prepozname ključne riječi:	
Neutralne:	
Etiketirajuće:	
Rubrika	Sport Kriminal/crna kronika Gospodarstvo Politika Zdravlje/zdravstvo Znanost Zabava Poznate osobe Nije vezan uz rubriku
Duševni poremećaj ^a	Neurodegenerativni poremećaji (F00-F09) Poremećaji ovisnosti (F10-19) Psihotični poremećaji (F20-29) Afektivni poremećaji (F30-F39) Neurotski, somatoformni i poremećaji uzrokovani stresom (F40-48) Poremećaji prehrane (F50) Drugi poremećaji Nije povezan s duševnim poremećajem
Izvor informacija ^a	Stručnjak duševnog zdravlja Znanstveno istraživanje/istraživanje javnog mnjenja Poznata osoba Osoba s duševnim poremećajem Obitelj osobe s duševnim poremećajem Prijatelji/kolege/susjedi osobe s duševnim poremećajem Policija/sud/odvjetnik Političar/predstavnik lokalne zajednice
Broj riječi	

^amoguća višestruka ocjena

Tablica 2. Inicijalna verzija PICMIN instrumenta, analitičke kategorije

Analitičke kategorije	
Kategorija	Ocjena
Senzacionalizam u sadržaju	Da/Ne
Senzacionalizam u formi	Da/Ne
Agresivno ponašanje ^a	Izvršen suicid Pokušaj suicida Samoozljeđivanje Ubojstvo Tjelesni napad na druge osobe Agresija prema objektima/okolini Nema agresivnog ponašanja
Tip agresivnog ponašanja	Počinitelj Žrtva Oboje Nema agresivnog ponašanja
„A priori“ izjave	Da/Ne
Liječenje je nužno	
Duševna bolest može uništiti život	Da/Ne
Osobe s duševnim poremećajem mogu adekvatno socijalno funkcionirati	Da/Ne
Osobe s duševnim poremećajem treba izdvojiti iz društva	Da/Ne
Iskustva poznatih osoba o njihovim problemima s duševnim poremećajima mogu potaknuti druge da potraže profesionalnu pomoć	Da/Ne
Osobe s duševnim poremećajem su opasne i agresivne	Da/Ne
Stigmatizirajući potencijal naslova	Pozitivan Neutralan Negativan
Stigmatizirajući potencijal članka	Pozitivan Neutralan Negativan

^amoguća višestruka ocjena

Korekcije PICMIN instrumenta – intermedijarna faza

U korigiranoj verziji instrumenta uključene su nove deskriptivne kategorije te su izmijenjene prijašnje analitičke i deskriptivne kategorije. U deskriptivnim kategorijama dodana je kategorija *priča povezana s kriminalnim ponašanjem*, kategorija *rubrika* sažeta je na četiri moguća odgovora: novosti (uključujući politiku, gospodarstvo, sport, crnu kroniku), zdravlje/znanost, zabava i nije vezano uz neku od rubrika. Također je dodana kategorija *otkriveni osobni podaci osobe s duševnim poremećajem* koja je uključivala spol, dob, inicijale i objavu punog imena i prezimena osobe. U kategoriji spomenutih poremećaja uključene su skupine dijagnoza vezane uz dječje i adolescentne psihijatrijske poremećaje i poremećaje seksualnih nagona.

Tablica 3. Kriteriji za kodiranje kategorije *senzacionalizam*, korigirana verzija PICMIN instrumenta

Kodiranje kategorije senzacionalizam vrši se temeljem procjene sadržaja članka, korištenja adekvatne terminologije i stila izražavanja. Može biti ocijenjen kao „da“ (senzacionalizam prisutan) ili „ne“ (bez senzacionalizma).

Kriteriji za ocjenu su:

1. neutemeljene pretpostavke / nagađanja / špekulacije/
 2. pretjerivanje i preuveličavanje događaja
 3. korištena neadekvatna terminologija
 4. tema duševnog poremećaja se koristi za privlačenje pozornosti čitatelja
-

Da – najmanje jedan kriterij ispunjen

Ne – niti jedan kriterij nije ispunjen

Tablica 4. Kriteriji za kodiranje kategorije stigmatizirajućeg potencijala naslova, korigirana verzija PICMIN instrumenta

Destigmatizirajući	1. osobe s duševnim poremećajima mogu socijalno funkcionirati (ne razlikuju se od osoba bez duševnih poremećaja)	najmanje jedan kriterij ispunjen
	2. primjer promocije duševnog zdravlja (naslov članka vezan uz javno zdravlje, prevenciju i liječenje duševnih poremećaja, suportivne političke ili socijalne aktivnosti)	najmanje jedan kriterij ispunjen
	3. naslov članka o pojedincima koji su uspješno savladali duševni poremećaj (uključuje i ispovijesti poznatih osoba koji javno obznanjuju da su bolovali od duševnih poremećaja)	najmanje jedan kriterij ispunjen
	4. edukativan, informativan i znanstveno utemeljen naslov s jasnom preporukom o potrebi prevencije ili liječenja duševnih poremećaja	najmanje jedan kriterij ispunjen
Neutralan	1. naslov pruža objektivne informacije o duševnim poremećajima, ne sadržava preporuku o potrebi prevencije ili liječenja duševnih poremećaja	najmanje jedan kriterij ispunjen
	2. objektivno prezentira činjenično stanje, ne utječe na stav čitatelja	najmanje jedan kriterij ispunjen
	3. iz naslova članka nije jasno je li članak povezan s duševnim poremećajem.	najmanje jedan kriterij ispunjen
Stigmatizirajući	1. osobe s duševnim poremećajima povezuju se s agresivnim, opasnim ponašanjem ili kriminalom	najmanje jedan kriterij ispunjen
	2. sadrži mitove i predrasude o duševnim poremećajima	najmanje jedan kriterij ispunjen
	3. osobe s duševnim poremećajima su socijalno disfunkcionalne (ovisne o pomoći drugih, nezaposlene, zadržane u psihijatrijskim institucijama i sl.)	najmanje jedan kriterij ispunjen
	4. neetično korištenje psihijatrijskih dijagnoza i termina	najmanje jedan kriterij ispunjen

Učinjene su izmjene i u analitičkim kategorijama. U inicijalnoj verziji instrumenta senzacionalizam je bio procijenjen po tipu stila i sadržaja dok je u korigiranoj verziji senzacionalizam objedinjen u jednu kategoriju. Kategorija *agresivno ponašanje* preimenovana je u *način agresivnog ponašanja* te proširena ocjenama za verbalno prijeteće ponašanje. U instrument su bile uključene i mogućnosti opisa tehnike počinjenog, odnosno pokušaja suicida. Kategorija *tip agresivnog ponašanja* preimenovana je u *uloga u agresivnom ponašanju*.

Tablica 5. Kriteriji za kodiranje kategorije stigmatizirajućeg potencijala članka, korigirana verzija PICMIN instrumenta

	1. osobe s duševnim poremećajima mogu socijalno funkcionirati (ne razlikuju se od osoba bez duševnih poremećaja)	najmanje jedan kriterij ispunjen
Destigmatizirajući	2. primjer promocije duševnog zdravlja (sadržaj članka vezan uz javno zdravljje, prevenciju i liječenje duševnih poremećaja, suportivne političke ili socijalne aktivnosti) 3. sadržaj članka o pojedincima koji su uspješno savladali duševni poremećaj (uključuje i ispovijesti poznatih osoba koji javno obznanjuju da su bolovali od duševnih poremećaja) 4. edukativan, informativan i znanstveno utemeljen članak s jasnom preporukom o potrebi prevencije ili liječenja duševnih poremećaja	
Neutralan	1. članak pruža objektivne informacije o duševnim poremećajima, ne sadržava preporuku o potrebi prevencije ili liječenja duševnih poremećaja 2. objektivno prezentira činjenično stanje, ne utječe na stav čitatelja	oba kriterija moraju biti ispunjena
Stigmatizirajući	1. osobe s duševnim poremećajima povezuju se s agresivnim, opasnim ponašanjem ili kriminalom 2. sadrži mitove i predrasude o duševnim poremećajima 3. osobe s duševnim poremećajima su socijalno disfunkcionalne (ovisne o pomoći drugih, nezaposlene, zadržane u psihijatrijskim institucijama i sl.) 4. neetično korištenje psihijatrijskih dijagnoza i termina	najmanje jedan kriterij ispunjen
Miješani	Članak sadržava rečenice ili odlomke i sa stigmatizirajući i destigmatizirajućim izjavama	najmanje jedan kriterij za ocjenu „stigmatizirajući“ ispunjen i najmanje jedan kriterij za ocjenu „destigmatizirajući“ ispunjen

Promijenjena je i terminologija za ocjenu stigmatizirajućeg potencijala naslova i teksta članka te su, temeljem prisutnosti pozitivnih ili negativnih izjava, članci mogli biti kodirani kao stigmatizirajući, neutralni, miješani ili destigmatizirajući. Ustanovljeni su i precizniji kriteriji za kodiranje senzacionalizma (tablica 3.), stigmatizirajućeg potencijala naslova (tablica 4.) i stigmatizirajućeg potencijala teksta (tablica 5.).

Završna verzija PICMIN instrumenta – glavna faza

U završnoj verziji instrumenta učinjeno je nekoliko promjena u analitičkim kategorijama. Kategorija *senzacionalizam* može biti ocijenjena u tri stupnja, kao: 1) *senzacionalizam visokog stupnja*, 2) *senzacionalizam niskog stupnja* ili 3) *članak bez senzacionalizma* (tablica 6.).

Kategorija *način agresivnog ponašanja* proširena je za ocjenu seksualna agresija (s podkategorijama seksualno zlostavljanje odrasle osobe, seksualno zlostavljanje maloljetnika, silovanje odrasle osobe, silovanje maloljetnika ili drugo). Tijekom procjene stigmatizirajućeg potencijala članka, „a priori“ pozitivne ili negativne izjave nisu bile korištene. Iskustvo iz prethodnih faza istraživanja pokazalo je da unaprijed definirane izjave ograničavaju istraživače u nalaženju izravnih citata ili navoda iz teksta članka kojim potkrjepljuju svoju ocjenu. Stoga su istraživači imali mogućnost unijeti u instrument izravne navode iz članka kako bi potkrijepili svoju ocjenu stigmatizirajućeg potencijala članka kao destigmatizirajućeg, neutralnog, miješanog ili pozitivnog. Završna verzija PICMIN instrumenta prezentirana je u tablicama 7. i 8.

Kodiranje

Kodiranje u pilot fazi

Svaki članak su nezavisno kodirala tri istraživača za svaku državu (po zanimanju psihijatar, specijalizant

psihijatrije ili psiholog). Međusobna pouzdanost istraživača osigurana je prethodnim treningom, tijekom kojeg je bilo ocijenjeno 30 članaka. Članci su tijekom treninga bili analizirani radnom verzijom instrumenta za procjenu slike duševnih smetnji u tiskanim medijima. Za potrebe istraživanja kreirana je internetska stranica s polustrukturiranim upitnikom koji omogućava neovisni unos podataka svakom istraživaču. Istraživači su se tijekom kodiranja članaka služili matricom za kodiranje (dostupno na http://mcoding.horook.hr/about/PICMIN_initial_version.pdf), u kojoj su bili definirani kriteriji za kodiranje svih kategorija s primjerima.

Kodiranje u intermedijarnoj fazi

Uzorak intermedijarne faze, 40 članaka iz američkih i engleskih tiskanih medija, nezavisno je kodiralo devet istraživača (po tri iz svake države).

Kodiranje u glavnoj fazi

Kao i u pilot fazi, u svakoj državi tri istraživača (psihijatar, specijalizant psihijatrije ili psiholog) nezavisno su kodirala članke. Svi istraživači su tijekom prethodnih faza prošli intenzivnu edukaciju o metodologiji analize sadržaja i postizanju vjerodostojne međusobne pouzdanosti istraživača, koja je obuhvatila, približno, 80 sati edukacije. Istraživači su se tijekom kodiranja članaka služili matricom za kodiranje (dostupno na http://mcoding.horook.hr/about/PICMIN_coding_scheme_final_version.pdf) u kojoj su bili definirani kriteriji za kodiranje svih kategorija s primjerima.

Tablica 6. Kriteriji za kodiranje kategorije senzacionalizam, završna verzija PICMIN instrumenta

Kodiranje kategorije senzacionalizam vrši se temeljem procjene sadržaja članka, korištenja adekvatne terminologije i stila izražavanja. Može biti ocijenjen kao: „da – visokog stupnja“, „da – niskog stupnja“ i „ne“ (bez senzacionalizma)

Kriteriji za kodiranje su:

1. neutemeljene prepostavke / naglašanja / špekulacije
 2. pretjerivanje i preuveličavanje dogadaja
 3. korištena neadekvatna terminologija
 4. tema duševnog poremećaja se koristi za privlačenje pozornosti čitatelja
-

Da – visokog stupnja: najmanje dva kriterija ispunjena

Da – niskog stupnja: najmanje jedan kriterij ispunjen

Ne – niti jedan kriterij nije ispunjen

Tablica 7. Završna verzija PICMIN instrumenta, deskriptivne kategorije

Deskriptivne kategorije	
Kategorija	Ocjena
Naslov članka	
Naziv medija	
Datum izdanja	
Tip medija	Dnevni - analitički (engl. <i>broadsheet</i>) Dnevni - tabloid Tjedni
Broj stranice (pozicioniranje članka)	
Prepoznate ključne riječi:	
Neutralne:	
Etiketirajuće:	
Pejorativne:	
Rubrika	Novosti (politika, gospodarstvo, sport, crna kronika) Zdravlje i znanost Zabava – svijet poznatih Nije vezan uz rubriku
Kriminal u članku?	Da Ne
Duševni poremećaj ^a	Neurodegenerativni poremećaji (F00-F09.9) Poremećaji ovisnosti (F10-19) Psihotični poremećaji (F20-29) Afektivni poremećaji (F30-F39) Neurotski, somatoformni i poremećaji uzrokovani stresom (F40-48) Poremećaji prehrane (F50) Poremećaji ličnosti (F60.0 – F62.9) Poremećaji seksualnih nagona (F52, F64.0 – F66.9) Dječji i adolescentni duševni poremećaji (F80.0 – F98.9) Drugi poremećaji Nije povezan s duševnim poremećajem
Izvor informacija ^a	Stručnjak duševnog zdravlja Znanstveno istraživanje/istraživanje javnog mnijenja Poznata osoba Osoba s duševnim poremećajem Obitelj osobe s duševnim poremećajem Prijatelji/kolege/susjedi osobe s duševnim poremećajem Policija/sud/odvjetnik Političar/predstavnik lokalne zajednice
Broj riječi	

^amoguća višestruka ocjena

Tablica 8. Završna verzija PICMIN instrumenta, analitičke kategorije

Analitičke kategorije	
Kategorija	Ocjena
Senzacionalizam	Da – visokog stupnja Da – niskog stupnja Ne
Način agresivnog ponašanja ^a	Izvršen suicid (metoda) Pokušaj suicida (metoda) Samoozljedivanje Ubojstvo Tjelesni napad na druge osobe Agresija prema objektima/okolini Verbalno prijeteće ponašanje Seksualno agresivno ponašanje (metoda) Nema agresivnog ponašanja
Uloga u agresivnom ponašanju	Počinitelj Žrtva Oboje Nema agresivnog ponašanja
Citati, navodi i izjave ^b	
Stigmatizirajući potencijal naslova	Destigmatizirajući Neutralan Stigmatizirajući
Stigmatizirajući potencijal članka	Destigmatizirajući Neutralan Miješani Stigmatizirajući

^a moguća višestruka ocjena

^b pozitivni i negativni citati i navodi iz članka temeljem kojih se donosi ocjena za stigmatizirajući potencijal članka

Statistička analiza

Kvalitativni podaci prikazani su apsolutnim i relativnim frekvencijama (N, %). Distribucija kvalitativnih podataka je prikazana tablicama kontingenčije, analizirana χ^2 testom ili, po potrebi, Fisherovim egzaktnim testom. Za testiranje razlika između prosječnog broja riječi članaka i stigmatizirajućeg potencijala članaka korišten je Kruskal Wallisov test te post hoc Wilcoxonov test.

Pouzdanost među istraživačima (engl. *inter-coder reliability, ICR*) tijekom testiranja inicijalne, korigirane i završne verzije PICMIN instrumenta, utvrđena je za deskriptivne i analitičke kategorije korištenjem dvaju indeksa: *Krippendorff α* (alfa) te prosječne vrijednosti usklađenosti istraživača (engl. *average pairwise percent agreement, APPA*).

APPA je liberalniji indeks koji pokazuje razinu usklađenosti odgovora između istraživača i njihovih ocjena. APPA vrijednosti $\geq 75\%$ smatrane su se pouzdanima, APPA vrijednosti $\geq 85\%$ pokazivale su visoku razinu pouzdanosti. *Krippendorff α* (alpha) je konzervativniji indeks kovarijacije koji se može koristiti u usporedbi nominalnih podataka te izračunava mogućnost uskladenosti odgovora istraživača po tipu slučajne podudarnosti. *Krippendorff α* (alpha) vrijednosti ≥ 0.60 smatrane su pouzdanima, a *Krippendorff α* (alpha) vrijednosti ≥ 0.75 su smatrane jako pouzdanima (Neuendorf 2002; Lombard 2010). ICR je izračunata korištenjem ReCal (engl. *reliability calculator, ReCal*), internetski dostupnim alatom koji omogućava izračun ICR indeksa (Freelon 2010).

Kako bi se utvrdila povezanost analitičkih kategorija (senzacionalizma, stigmatizirajućeg potencijala naslova i članka), napravljeni su logistički regresijski modeli s mjeranim deskriptivnim kategorijama članka kao nezavisnim čimbenicima. Logistička regresija korištena je za predviđanje binarnih ishoda za tri modela:

- 1) članak sa senzacionalizmom u sadržaju i članak bez senzacionalizma u sadržaju,
- 2) stigmatizirajući naslov članka i članak bez stigmatizirajućeg naslova,
- 3) stigmatizirajući sadržaj članka i članak bez stigmatizirajućeg sadržaja.

U predviđanju su, kao prediktorske varijable, korištene deskriptivne kategorije PICMIN instrumenta. Za procjenu doprinosa svakog od prediktora korištena je stupnjevita metoda uključenja varijabli u model, pomoću koje je mјeren doprinos (R^2) svake prediktorske varijable u modelu (Nagelkerke 1991; Field i Miles 2010). Glavni brojčani pokazatelj logističke regresije jest omjer šansi – OR (engl. *odds ratio*). Ako je $OR > 1$, onda je promatrani prediktor pozitivno povezan s kriterijskom varijablom, a ako je $OR < 1$, onda je promatrani prediktor negativno povezan s kriterijskom varijablom. Za svaki kvalitativni prediktor odabrana je poredbena skupina.

U analizi je korištena programska podrška SAS 9.1, licenciranim za Sveučilišni računski centar (SRCE, site:0082452005). Rezultati su interpretirani na 5%-noj razini značajnosti.

Rezultati

Testiranjem inicijalne verzije instrumenta dobiveni su vrlo niski ICR rezultati za pilot fazu te je nakon provedenih korekcija i edukacije istraživača tijekom intermedijarne faze, objektivnost instrumenta postignuta razvojem preciznih kriterija za ocjene analitičkih kategorija, što pokazuje visoka razina međusobne pouzdanosti istraživača u glavnoj fazi istraživanja (tablica 9.).

Intermedijarna faza je, osim testiranja korigirane verzije instrumenta i utvrđivanja ICR-a, imala ulogu utvrđivanja sadržajne valjanosti instrumenta. S obzirom da je devet istraživača, koji su stručnjaci duševnog zdravlja, nezavisno ocjenjivalo uzorak intermedijarne faze, može se zaključiti da PICMIN instrument zadovoljava uvjete sadržajne valjanosti. Valjanost PICMIN instrumenta postignuta je dugotrajnim procesom razvoja instrumenta, koji sadržava bitne kategorije i teme ustanovljene pretraživanjem literature o stigmatizaciji duševnih smetnji u tiskanim medijima te konzultacijama s brojnim stručnjacima iz područja stigmatizacije duševnih smetnji koje su usmjeravale korekcije instrumenta do njegove završne verzije. Najvrjednija razina valjanosti, konstruktna valjanost, moći će se procijeniti tek budućom uporabom instrumenta, koja će ukazati na mogućnost primjene ovog instrumenta i u drugim državama te se tijekom vremena,

i u konačnici, koristiti za usporedbu rezultata. Primjena ovog instrumenta u nekoliko zemalja istodobno omogućit će međusobnu usporedbu rezultata temeljem istovjetnih, standardiziranih kriterija.

Uzorkovanje korišteno u sve tri faze istraživanja kombinacija je stratificiranog slojevitog uzorka, u kojem se odabir jedinica analize vrši unutar određenog vremenskog intervala (stratifikacija po danima ili tjednima) i namjernog uzorkovanja u kojem se sadržaj istražuje u ključnim medijima (šest najtiražnijih dnevних i tjednih tiskanih medija). Nakon stratifikacije po tjednima ili danima, učinjen je i treći korak uzorkovanja, a to je odabir sadržaja od interesa, tj. selekcije prema kriteriju - je li ključna riječ koje je korištena vezana za duševni poremećaj (odabir sadržaja od interesa) - bez obzira je li duševni poremećaj glavna ili sporedna tema članka.

Konačan uzorak glavne faze istraživanja bilo je 238 članaka u tiskanim medijima u Hrvatskoj koji pišu o duševnim smetnjama.

Rezultati primjene PICMIN instrumenta za procjenu stigmatiziranosti duševnih smetnji u tiskanim medijima u Republici Hrvatskoj pokazuju sljedeće:

- 1) Senzacionalizam je prisutan u 65,1% članaka, a tek 34,9% članaka nije napisano na senzacionalistički način. Ovi rezultati potvrđuju da tiskani mediji u Hrvatskoj izvještavaju o duševnim smetnjama na izrazito senzacionalistički način.
- 2) Sukladno kriterijima za ocjenu stigmatizirajućeg potencijala članka, 22,7% članaka ocijenjeno je kao destigmatizirajući, 31,9% članaka kao neutralni, 10,1% članaka kao miješani, a 35,3% članaka kao stigmatizirajući članci. Stigmatizirajuće naslove imalo je 17,7% članaka, neutralne 77,3% članaka, a destigmatizirajuće 5% članaka.

Senzacionalizam visokog stupnja u tekstu članka utvrđen je kod 21,8% članaka, a niskog stupnja kod 43,3% članaka. Ovi rezultati potvrđuju da tiskani mediji u Hrvatskoj izvještavaju o duševnim smetnjama na izrazito senzacionalistički način.

Senzacionalizam dominira u dnevnim tiskanim medijima - tabloidima, a u hrvatskim tiskanim medijima samo se list „24 sata“ definira kao tabloid, u kojem je 59,1% članaka o duševnim smetnjama

Tablica 9. Medusobna pouzdanost istraživača po fazama

Analitičke kategorije	Pilot faza						Međusobna pouzdanost istraživača					
	Hrvatska			Češka			Slovačka			Hrvatska		
	N=75	N=203	N=172	N=40	N=238	N=226	N=226	N=226	N=226	N=158	N=158	N=158
	APPA	α	APPA	α	APPA	α	APPA	α	APPA	α	APPA	α
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Senzacionalizam	66.7 ^b	0.33 ^b	80.2 ^b	0.56 ^b	75.2 ^b	0.38 ^b	90.6 ^c	0.81 ^c	81.6 ^d	0.72 ^d	86.6 ^d	0.74 ^d
Način	90.3	0.81	91.1	0.82	88.6	0.78	94.7	0.89	83.1	0.64	92.3	0.85
agresivnog												
ponašanja												
Uloga u	92.3	0.82	85.3	0.71	93.9	0.86	93.1	0.85	85.9	0.75	94.1	0.87
agresivnom												
ponašanju												
Stigmatizirajući	51.5	0.24	65.7	0.50	57.0	0.40	77.4	0.54	92.4	0.80	97.7	0.89
potencijal												
naslova												
Stigmatizirajući	44.4	0.17	74.0	0.60	62.0	0.42	70.1	0.60	86.2	0.81	88.3	0.83
potencijal članka												

^adevet kodera (po troje iz svake države) ocjenjivalo je iste članke, N=40^bsenzacionalizam u sadržaju ocijenjen da/ne^csenzacionalizam ocijenjen da/ne^dsenzacionalizam ocijenjen da-visok/da-nizak/ne

napisano na vrlo senzacionalistički način, a 36,4% članaka ima prisutan senzacionalizam nižeg stupnja, stoga je preko 95% članaka objavljenih u „24 sata“ napisano na senzacionalistički način. Iako se drugi dnevni tiskani mediji definiraju kao analitički dnevni, neočekivan je podatak da se senzacionalistički sadržaj (visokog ili niskog stupnja) nalazi u više od pola članaka koji pišu o duševnim smetnjama.

S obzirom na to da su negativne poruke prisutne i u kategoriji stigmatizirajući članci i u kategoriji mješani članci, može se zaključiti da 45,3% analiziranih članaka sadrži negativne, stigmatizirajuće poruke. Ovi se rezultati mogu shvatiti kao vrlo obeshrabrujući za psihijatrijsku struku i stručnjake iz područja duševnog zdravlja budući da negativan prikaz medijskih stereotipa o duševnim smetnjama ima negativan učinak na životne mogućnosti oboljelih i smanjeno samostalno funkcioniranje, ali neminovalno ukazuje na nužnost i potrebu za provođenjem sveobuhvatnog *anti-stigma* akcijskog plana koji sadržava i medijsku *anti-stigma* kampanju.

3) Istraživanjem je ispitana povezanost senzacionalizma, stigmatizirajućeg potencijala naslova i

sadržaja članaka s deskriptivnim kategorijama instrumenta te su utvrđeni prediktori *članaka sa senzacionalizmom u sadržaju, stigmatizirajućeg naslova članka i stigmatizirajućeg sadržaj članka*.

Logistička regresija korištena je za predviđanje binnih ishoda za tri modela:

- 1) *članak sa senzacionalizmom u sadržaju i članak bez senzacionalizma u sadržaju,*
- 2) *stigmatizirajući naslov članka i članak bez stigmatizirajućeg naslova,*
- 3) *stigmatizirajući sadržaj članka i članak bez stigmatizirajućeg sadržaja.*

U predviđanju su, kao prediktorske varijable, korištene deskriptivne kategorije PICMIN instrumenta te uloga u agresivnom ponašanju i način agresivnog ponašanja. U svim regresijskim modelima, neovisno o izračunatoj *P* vrijednosti, obvezno su uključene varijable koje opisuju obilježja članka (*tip medija, broj riječi, naslov objavljen na naslovnici, povezan s kriminalom i otkriven identitet osobe s duševnom smetnjom*) budući da je smatrano da su one neophodne za pravilnu rasudbu.

Tablica 10. Prediktori senzacionalizma članka

	OR	95% CI		<i>P</i>
		Donji	Gornji	
otkriven identitet osobe s duševnom smetnjom	3,977	1,585	9,977	0,0333
tip medija - tabloidi	1			0,0363
tip medija - analitički dnevni	0,08	0,008	0,75	0,0145
tip medija - tjednici	0,516	0,017	16,052	0,6794
broj riječi	1,002	1,001	1,003	< ,0001
naslov objavljen na naslovnici	7,024	0,788	62,625	0,0807
povezan s kriminalom	24,805	5,218	117,904	< ,0001
izvor – obitelj osobe s duševnom smetnjom	6,474	1,230	34,090	0,0275
psihijat*	0,293	0,109	0,789	0,0151
psiholog	0,122	0,036	0,413	0,0007
PTSP	0,131	0,028	0,605	0,0093
nema agresivnog ponašanja	1			0,1104
uloga u agresivnom ponašanju - počinitelj	2,674	0,829	8,623	0,9565
uloga u agresivnom ponašanju - žrtva	7,685	1,073	55,030	0,969
uloga u agresivnom ponašanju - oboje	N/A	N/A	N/A	N/A

Za procjenu utjecaja deskriptivnih kategorija na senzacionalizam članka, provela se binarna logistička regresija. U tu svrhu koristila se kriterijska varijabla „članak sadržava senzacionalizam“ i „članak ne sadržava senzacionalizam“. Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti skupini je 52,8%. U tablici 10. prikazani su rezultati binarne logističke regresije za predikciju članaka koji sadržavaju senzacionalizam.

Analizirajući povezanost prisutnosti senzacionalizma u sadržaju članka i deskriptivnih kategorija članaka kao nezavisnih čimbenika, osam prediktora značajno doprinosi modelu, odnosno predikciji jesu li članci senzacionalistički, a to su: *otkriven identitet, tip medija, broj riječi, članak povezan s kriminalom, obitelj osobe s duševnom smetnjom kao izvor informacija te ključne riječi psihijat**, *psiholog i PTSP*.

Otkrivanje identiteta osobe s duševnim smetnjom (objava identiteta) pokazalo se značajnim prediktorom za senzacionalizam članka. Članci koji objavljaju identitet osobe s duševnom smetnjom imaju skoro četiri puta veću vjerojatnost biti senzacionalistički (OR 3,977; 95% CI 1,58 – 9,98). Članak u kojem

je obitelj osobe s duševnom smetnjom navedena kao izvor informacija je također značajan prediktor senzacionalizma (OR 6,47; 95% CI 1,23 – 34,09). Najznačajniji prediktor senzacionalizma članka je može li se članak povezati s kriminalom, pri čemu članci povezani s temom kriminala imaju 24,81 puta veću vjerojatnost biti senzacionalistički (OR 24,81; 95% CI 5,22 – 117,90). Članci objavljeni u analitičkim dnevnicima, u odnosu na članke objavljene u tabloidima, imaju značajno veće izglede da neće biti senzacionalistički (OR = 1/0,08 = 12,5; 95% CI 0,008 – 0,75). Značajni prediktori članaka bez senzacionalizma su i ključne riječi psihijat* (OR=1/0,293= 3,41), psiholog (OR=1/0,122= 8,20) i PTSP (OR=1/0,131= 7,63).

Za procjenu utjecaja deskriptivnih kategorija na stigmatizirajući potencijal članka provedena je binarna logistička regresija. U tu svrhu korištena je kriterijska varijabla „sadržaj članka stigmatizirajući“ i „sadržaj članka nije stigmatizirajući“. Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti skupini iznosi 54,4%. U tablici 11. prikazani su rezultati binarne logističke regresije za predikciju članaka koji imaju stigmatizirajući sadržaj članka.

Tablica 11. Prediktori stigmatizirajućeg sadržaja članka

		95% CI		
	OR	Donji	Gornji	P
otkriven identitet osobe s duševnom smetnjom	4,561	1,657	12,552	0,0033
tip medija - tabloidi	1			0,0032
tip medija - analitički dnevni	0,041	0,006	0,283	0,0043
tip medija - tjednici	0,3	0,014	6,619	0,7797
broj riječi	0,999	0,998	1,001	0,269
naslov objavljen na naslovni	0,14	0,022	0,895	0,0378
povezan s kriminalom	18,959	5,726	62,774	<,0001
izvor - stručnjak duševnog zdravlja	0,276	0,083	0,917	0,0356
izvor - poznata osoba	0,011	<0,001	0,647	0,0301
izvor - obitelj osobe s duševnom smetnjom	7,036	1,563	31,670	0,011
psiholog	0,188	0,042	0,832	0,0277
nema agresivnog ponašanja	1			0,0005
uloga u agresivnom ponašanju - počinitelj	3,920	1,426	10,780	0,0111
uloga u agresivnom ponašanju - žrtva	0,031	0,002	0,456	0,0026
uloga u agresivnom ponašanju - oboje	4,096	0,116	144,729	0,2526

Analizirajući povezanost stigmatizirajućeg teksta članka i deskriptivnih kategorija članaka kao nezavisnih čimbenika, devet prediktora značajno doprinosi modelu, odnosno predikciji jesu li članci stigmatizirajući, a to su: *otkriven identitet, tip medija, naslov objavljen na naslovnici, članak povezan s kriminalom, poznata osoba, stručnjak duševnog zdravlja i obitelj osobe s duševnom smetnjom navedeni kao izvor informacija, ključna riječi psiholog i uloga u prikazu agresivnog ponašanja*.

Najznačajniji prediktor stigmatizirajućeg teksta članka je podatak sadržava li članak (i) temu kriminala, pri čemu članci koji govore (i) o kriminalu imaju 18,96 puta veću vjerodost biti senzacionalistički (OR 18,96; 95% CI 5,73 – 62,77). Otkrivanje identiteta osobe s duševnom smetnjom 4,56 puta povećava izglede za stigmatizaciju u članku (OR= 4,56; 95% CI 1,66 – 12,55) u odnosu na članke u kojima nije otkriven identitet. Za razliku od toga, članci u kojima se kao izvor informacija navodi obitelj imaju 7,04 veće izglede biti stigmatizirajući (OR=7,04; 95% CI 1,56 – 31,67) u odnosu na članke u kojima nisu navedene izjave obitelji osoba s duševnim smetnjama.

Članci objavljeni u analitičkim dnevnicima, u odnosu na članke objavljene u tabloidima, imaju značajno veće izglede da neće biti stigmatizirajući (OR = 1/0,08 = 12,5; 95% CI 0,008 – 0,75). Članci kojima je naslov objavljen na naslovnici imaju 7,14 puta veće izglede da neće biti stigmatizirajući članci (OR=1/0,14=7,14; 95% CI 0,022 – 0,89). Ukoliko su stručnjaci duševnog zdravlja navedeni kao izvor

informacija, članci imaju 3,62 puta veće izglede da neće biti stigmatizirajući (OR=1/0,276=3,62; 95% CI 0,083 – 0,917), a ukoliko članci sadržavaju izjave poznatih osoba, izgledi su čak 90,9 puta veći da članci neće biti stigmatizirajući (OR=1/0,011=90,90; 95% CI <0,001 – 0,647).

Značajan prediktor članaka koji nemaju stigmatizirajući tekst je prisutnost ključne riječi *psiholog* (OR=1/0,188= 5,32; 95% CI 0,042 – 0,832). Statistička značajnost nije se utvrdila usporedbom članaka koji opisuju osobe s duševnim smetnjama i kao počinitelje agresivnog ponašanja i kao žrtve (*oboje*) agresivnog ponašanja s člancima u kojima se ne prikazuje agresivno ponašanje. Članci u kojim se osobe s duševnim smetnjama prikazuju kao počinitelji agresivnog ponašanja imaju 3,92 puta veće šanse biti stigmatizirajući (OR= 3,92; 95% CI 1,426 – 10,780) dok je značajan prediktor članaka koji nemaju stigmatizirajući tekst prikaz osobe s duševnom smetnjom kao žrtvom agresivnog ponašanja. Takvi članci imaju 32,26 puta veće izglede da neće biti stigmatizirajući u odnosu na članke u kojima se ne prikazuje agresivno ponašanje (OR=1/0,031= 32,26; 95% CI 0,002 – 0,456).

Za procjenu utjecaja deskriptivnih kategorija na stigmatizirajući potencijal naslova provedena je binarna logistička regresija. U tu svrhu korištena je kriterijska varijabla „stigmatizirajući naslov članka“ i „nije stigmatizirajući naslov članka“. Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti skupini iznosi 8,5%. U tablici 12. prikazani su rezultati binarne logističke regresije za predikciju članaka koji imaju stigmatizirajući naslov.

Tablica 12. Prediktori stigmatizirajućeg naslova

	95% CI			
	OR	Donji	Gornji	P
otkriven identitet osobe s duševnom smetnjom	0,995	0,503	1,968	0,9890
tip medija - tabloidi	1			0,8742
tip medija - analitički dnevni	1,193	0,405	3,514	0,6082
tip medija - tjednici	0,797	0,088	7,204	0,7568
broj riječi	0,999	0,999	1,000	0,1328
naslov objavljen na naslovnici	1,782	0,559	5,681	0,3287
povezan s kriminalom	1,984	0,989	3,980	0,0536
psihijatrijska ustanova	3,463	1,757	6,826	0,0003

Rezultati modela logističke regresije za povezanost stigmatizirajućeg naslova članka i deskriptivnih kategorija ukazuju da je samo jedan prediktor značajan, a to je termin psihijatrijska ustanova. Članci koji sadržavaju termin *psihijatrijska ustanova* imaju 3,46 puta veće izglede za stigmatizirajući naslov od članaka u kojima nema termina *psihijatrijska ustanova*, što dokazuje da tiskani mediji upravo apostrofiraju stigmatizaciju psihijatrijskih institucija.

Može se zaključiti da su pozitivni prediktori i senzacionalizma i stigmatizirajućeg teksta članka *otkiven identitet, tabloid kao tip medija, članak povezan s kriminalom, obitelj osobe s duševnom smetnjom navedena kao izvor informacija*. Ključna riječ *psiholog* je negativan prediktor i senzacionalizma i stigmatizirajućeg teksta članka, pri čemu članci koji sadržavaju ključnu riječ *psiholog* imaju pet puta veće izglede biti bez stigmatizirajućeg teksta, a osam puta veće izglede biti bez senzacionalizma u sadržaju.

Zaključak

Ovim istraživanjem izrađen je objektivan i valjan instrument za procjenu stigmatizacije duševnih poremećaja u tiskanim medijima, PICMIN instrument. PICMIN instrument sadržava jedanaest deskriptivnih i pet analitičkih kategorija koje omogućavaju detaljan opis i analizu prikaza duševnih smetnji u medijima. PICMIN instrument temeljen je na principima analize sadržaja, uglavnom usmjeren na kvantitativnu interpretaciju analize medijskog sadržaja, ali su u instrumentu obuhvaćene i postavke kvalitativne analize sadržaja (Mayring 2001; Patton 2002; Macnamara 2006). Ovaj pristup obedinjavanja kvantitativnih i kvalitativnih elemenata analize sadržaja korišten je prilikom definiranja kategorija i matrice za kodiranje te je ovim instrumentom moguće procijeniti stav određenog medija tj. autora članka o duševnim bolestima koji se ocjenjuje kao stigmatizirajući potencijal naslova i članka te senzacionalizam, ali omogućava i prepoznavanje navedenih izvora informacija. Istovremena primjena kvantitativnih i kvalitativnih elemenata analize sadržaja omogućila je višestruku ocjenu (tablice 7. i 8.) za kategorije *duševni poremećaj, izvor in-*

formacija i način agresivnog ponašanja, čime je u nekim člancima prepoznato više od jednog izvora informacija, poremećaja ili načina agresivnog ponašanja, ali se kodiranje za svaku podkategoriju provodilo na način da je podkategorija isključiva, tj. istraživači su na pitanja npr., „*Sadržava li članak informacije o psihotičnim poremećajima?*“, „*Sadržava li članak informacije o afektivnim poremećajima?*“, „*Je li u članku naveden stručnjak duševnog zdravlja kao izvor informacija?*“ odgovarali odgovorima da ili ne.

Osnovna prednost ovog istraživanja je što je izrađen objektivan i valjan instrument za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima, čime je potvrđena prva hipoteza ovog istraživanja. Primjena ovog instrumenta u nekoliko država istodobno omogućit će međusobnu usporedbu rezultata temeljem istovjetnih, standardiziranih kriterija. Iako namjera ovog istraživanja nije usporedba rezultata primjene instrumenta u svim državama koje su bile uključene u razvoj instrumenta, već su u ovom istraživanju prikazani rezultati primjene PICMIN instrumenta samo za Hrvatsku, rezultati ICR-a prikazani su za sve tri države (Hrvatsku, Češku i Slovačku) s namjerom predstavljanja razvoja metodoloških karakteristika instrumenta, osobito njegove pouzdanosti i valjanosti. Pokušaj kreiranja ove vrste instrumenta zabilježen je 1986. godine u Kanadi (Matas, el-Guebaly i sur. 1986), no taj instrument zbog svojih ograničenja nikada nije zaživio u široj uporabi. U preglednom radu iz 2000. godine, Francisa i suradnika (Francis, Pirkis i sur. 2001), naglašena su metodološka ograničenja do tada provedenih istraživanja o medijima i prikazu duševnih smetnji. Najveće njihove zamjerke su različitost u metodološkom pristupu, odabiru članaka i korištenim analizama, koja uvelike onemogućava kasniju usporedbu rezultata. Također, istraživanja nejasno definiraju kategorije kojima se procjenjuje medijski prikaz. Velik broj istraživanja ima nedostatak u uzorkovanju, koji se očituje ili malim brojem analiziranih medija ili malim brojem analiziranih članaka ili, pak, premalim brojem ključnih riječi, koji reprezentativnost uzorka dovode u pitanje. U ovom istraživanju velika se pozornost posvetila uzorkovanju koje će omogućiti reprezentativnost istog. Uzorkovanje korišteno u sve tri faze istraživanja kombinacija je stratifici-

ranog slojevitog uzorka (engl. *stratified composite sample*) u kojem se odabir jedinica analize vrši unutar određenog vremenskog intervala (stratifikacija po danima ili tjednima). Naime, dokazano je kako upravo određeni vremenski interval predstavlja najprecizniji način uzorkovanja medijskih publikacija (Riffe, Lacy i sur. 1998) i namjernog uzorkovanja (engl. *purposive sampling*) (Neuendorf 2002) u kojem se sadržaj istražuje u ključnim medijima (šest najtiražnijih dnevnih i tjednih tiskanih medija). Nakon stratifikacije po tjednima ili danima učinjen je i treći korak uzorkovanja - odabir sadržaja od interesa, tj. selekcije prema kriteriju je li ključna riječ korištena u vezi s duševnim poremećajem (odabir sadržaja od interesa), bez obzira na to je li duševni poremećaj glavna ili sporedna tema članka.

Utvrđivanje međusobne pouzdanosti istraživača preduvjet je u analizi sadržaja (Neuendorf 2002; Krippendorf 2004), iako primjeri iz literature pokazuju kako brojna istraživanja zanemaruju ovu metodološku postavku (Francis, Pirkis i sur. 2001; Coverdale, Nairn i sur. 2002). Testiranjem inicijalne verzije instrumenta dobiveni su vrlo niski ICR rezultati za pilot fazu. No, nakon provedenih korekcija i edukacije istraživača tijekom intermedijarne faze, objektivnost instrumenta postignuta je razvojem preciznih kriterija za ocjene analitičkih kategorija, što pokazuje visoka razina međusobne pouzdanosti istraživača u glavnoj fazi istraživanja.

Nekoliko je ograničenja ovog istraživanja. Prvo, u pilot fazi istraživanja značajno je manji broj članaka u uzorku ($N=75$) nego u uzorku glavne faze ($N=238$). Tijekom prikupljanja članaka za pilot fazu, agencija za praćenje medija koja je provela pretraživanje članaka po ključnim riječima napravila je preliminarni odabir članaka temeljem kriterija od interesa te je tako možda dio članaka izostavljen iz konačnog uzorka pilot faze. U glavnoj fazi istraživanja agencija za praćenje medija je istraživačima dostavila cjelokupan uzorak članaka temeljem pretrage po zadanim ključnim riječima za vremenski period glavne faze, a istraživački tim je napravio odabir članaka temeljem kriterija od interesa.

Nadalje, s obzirom na to da su rezultati međusobne pouzdanosti istraživača za pilot fazu bili ispod razine pouzdanosti za kategorije *senzacionalizam* u

formi i sadržaju, stigmatizirajući potencijal naslova i članka, konačne ocjene za te kategorije donesene su temeljem konsenzusa.

Također, postojiraju brojni intermedijari ($N=40$) i glavne faze ($N=238$). Intermedijarna faza je, osim testiranja korigirane verzije instrumenta i utvrđivanja ICR-a, imala ulogu utvrđivanja pojedine i sadržajne valjanosti instrumenta. S obzirom na to da je devet istraživača, stručnjaka duševnog zdravlja, nezavisno ocjenjivalo uzorak intermedijarne faze, može se zaključiti da PICMIN instrument zadovoljava uvjete sadržajne valjanosti. Ograničenje istraživanja je i vrijeme potrebno za edukaciju istraživača s ciljem postizanja pouzdanih vrijednosti ICR-a. Ograničenje ovog istraživanja je i to što su svi istraživači stručnjaci duševnog zdravlja (psiholozi, psihijatri ili specijalizanti psihijatrije). Ovakav odabir istraživača je preduvjet kvalitetne procjene objektivnosti i pouzdanosti medicinskih i znanstvenih informacija prikazanih u medijima. Međutim, dosadašnja istraživanja o stigmi duševnih bolesti pokazala su da stručnjaci duševnog zdravlja nemaju istovjetno poimanje koncepta stigme u usporedbi s osobama s duševnim smetnjama ili njihovim obiteljima (Tranulis, Corin i sur. 2008; Ross i Goldner 2009; Rose i Thornicroft 2010). Stoga je preporuka da buduća istraživanja primjene PICMIN instrumenta s ciljem procjene percepcije stigmatizacije duševnih smetnji, obuhvati i druge skupine: oboljele ili članove njihovih obitelji. U budućim istraživanjima i novinari i drugi medijski stručnjaci također bi mogli biti angažirani kao istraživači pa bi instrument mogao procijeniti razliku u percepciji stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima, zavisno od skupine koja je korištena u istraživanju.

Sljedeće ograničenje ovog istraživanja je to da je PICMIN instrument, kao i većina dosadašnjih istraživanja o stigmatizaciji duševnih bolesti (Thornicroft, Brohan i sur. 2009), uglavnom usmjeren na negativne aspekte medijskog prikaza. Pozitivni primjeri medijskog prikaza duševnih bolesti mogu se naglasiti daljinjom analizom podataka koje PICMIN instrument obuhvaća korištenjem pozitivnih izjava, citata i navoda iz članaka kojima se potvrđuje konačna ocjena istraživača za kategoriju destigmatizirajući potencijal članka.

Iako PICMIN instrument nije konstruiran s ciljem istraživanja korištenja metaforičkih izraza (Duckworth 2003; Boke, Aker i sur. 2007; Maglano, Read i sur. 2010), uključivanje skupine *pejorativnih* riječi u uzorak glavne faze istraživanja omogućuje da se u budućim istraživanjima detaljnije analizira prisutnost *etiketirajućih* i *pejorativnih* termina, s naglaskom na njihovo metaforično korištenje i povezanost s drugim deskriptivnim i analitičkim kategorijama.

PICMIN instrument namijenjen je za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima te se u analizi koriste samo tekstovi, a ne analiziraju se vizualni elementi (fotografije) koji su također bitan element cijelokupnog medijskog prikaza.

PICMIN instrument osmišljen je s primarnim ciljem da omogući međunarodnu usporedbu, no može se koristiti i za procjenu medijskog prikaza duševnih smetnji u tiskanim medijima u istom lokalitetu u određenom vremenskom intervalu.

Prednost PICMIN instrumenta je što se korištenjem jasno utvrđenih i standardiziranih kriterija može procijeniti učinkovitost javnozdravstvenih intervencija usmjerenih na destigmatizaciju duševnih smetnji u tiskanim medijima.

Budućom primjenom ovog instrumenta mogu se usporediti spoznaje iz drugih država, ali isto tako postoji mogućnost prepoznavanja nekih specifičnosti i razlika koje mogu varirati zavisno o sociokulturalnom okruženju te tako poslužiti za ciljano osmišljavanje *anti-stigma* programa.

Već ova primjena PICMIN instrumenta daje uvid u medijski prikaz duševnih smetnji te se može koristiti kao temelj za kreiranje javnozdravstvene intervencije s ciljem destigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima, ali i smanjivanja razine senzacionalizma prisutnog u medijskim napisima. Ovim se istraživanjem dokazalo da hrvatski tiskani mediji prikazuju duševne smetnje u manjoj mjeri (35,3%) na stigmatizirajući način, a u znatno većoj mjeri na senzacionalistički način (65,1%) čime je djelomično potvrđena četvrta hipoteza ovog istraživanja.

Upravo u skladu s još uvijek nezadovoljavajućim rezultatima (visok postotak otkrivanja identiteta osoba s duševnim smetnjama, visoka razina senzacionalizma, povezanost agresije i kriminala s duševnim

bolestima, trećina članaka stigmatizirajućih), potrebna je kontinuirana suradnja s medijima, ali i aktivnije sudjelovanje struke. Svjetsko psihijatrijsko udruženje (engl. *World psychiatric association, WPA*) prepoznalo je problem stigmatizacije psihijatrije i psihijatara te su objavljene preporuke s ciljem smanjenja stigmatizacije (Sartorius, Gaebel i sur. 2010). Jedna od preporuka je da nacionalna stručna društva uspostave i kontinuirano održavaju suradnju s medijima. Primjer suradnje medija i struke u Hrvatskoj na temu izvještavanja o samoubojstvima (Koić, Gogić i sur. 2005.) i rezultati njezine primjene, koji su vidljivi iz ovog istraživanja, trebaju potaknuti sve kompetentne stručnjake da u suradnji s medijima kreiraju i preporuke za odgovorno izvješćivanje o duševnim smetnjama kao što postoje u nekim državama u kojima se *anti-stigma* programi provode već godinama (2000.). Stigmatizacija u medijima samo je odraz stava javnosti i društva u cjelini, stoga je bitno razviti i sveobuhvatan anti-stigma program koji će biti usmjeren na sve komponente koje doprinose stigmatizaciji duševnih smetnji. Postoje brojni primjeri *anti-stigma* programa diljem svijeta (Rusch, Angermeyer i sur. 2005), a Corrigan i Shapiro predlažu i deset preporuka kojima se *anti-stigma* programi evaluiraju (Corrigan i Shapiro 2010). Samo sveobuhvatan pristup i intervencija koja je usmjerena svim krajnjim korisnicima može rezultirati promjenom stavova u društvu *smanjenjem društvene stigme*, a tek nakon promjena na razini društva, mogu se očekivati i promjene stavova oboljelih od duševnih smetnji u vidu smanjenja *internalizirane stigme* (Livingston i Boyd 2010).

Referencije

- (2000). *Stigma Matters: Assessing the media's impact on public perception of mental illness*. Chicago, IL, National Mental Health Association.
- (WHO), W. H. O. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, WHO.
- Allen, R. & RG, Nairn 1997, 'Media depictions of mental illness: an analysis of the use of dangerousness', *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 31, no. 3, pp. 375-381.

- Anderson, A 1997, *Media, Culture, and the Environment*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- Anderson, M. (2003). ‘One flew over the psychiatric unit’: mental illness and the media’, *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 10, no. 3, pp. 297-306.
- Angermeyer, MC, L & Buyantugs et al. 2004’ ‘Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?’ *Acta Psychiatr Scand*, vol. 109, no. 6, pp. 420-425.
- Angermeyer, MC & Matschinger, H 2005, ‘Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany’, *Br J Psychiatry*, vol. 186, pp. 331-334.
- Berelson, B 1952, *Content analysis in communication research*, Glencoe, Ill, Free Press.
- Boke, OS & Aker, et al. 2007, ‘Schizophrenia in Turkish newspapers : retrospective scanning study’, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol . 42, no. 6, pp. 457-461.
- Borinstein, AB 1992, ‘Public attitudes toward persons with mental illness, *Health Aff* (Millwood), vol. 11, no. 3, pp. 186-196.
- Brockington, F & Hall, P et al. 1993, ‘The community’s tolerance of the mentally ill’ *Br J Psychiatry*, vol. 162, pp. 93-99.
- Brohan, EM & Slade et al. 2010, ‘Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures’, *BMC Health Serv Res*, vol. 10, pp. 80.
- Chew-Graham, CA, Rogers, A et al. 2003 ‘I wouldn’t want it on my CV or their records’: medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems’, *Med Edu*, vol. 37, vol. 10, pp. 873-880.
- Corrigan, PW 2002 ‘Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities’, *Psychiatric Quarterly*, vol. 73, no. 3, pp. 217-228.
- Corrigan, PW & Nelson, DR ‘Factors that affect social cue recognition in schizophrenia’, *Psychiatry Res*, vol. 78, no.3, pp. 189-196.
- Corrigan, P. W. and N. Rüsch (2002). “Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma?” *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6: 312–334.
- Corrigan, PW & Shapiro, JR 201, ‘Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness’, *Clin Psychol Rev*, vol. 30, no. 8, pp. 907-922.
- Corrigan, PW & Watson, AC et al.2005, ‘Newspaper stories as measures of structural stigma’, *Psychiatr Serv*, vol. 56, no. 5, pp. 551-556.
- Coverdale, J & Nairn, R et al. 2002. ‘Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample, *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 36, no. 5, pp. 697-700.
- Cutcliffe, JR & Hannigan B 2001, ‘Mass media, ‘monsters’ and mental health clients: the need for increased lobbying’, *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 8, no. 4, pp. 315-321.
- Dietrich, M Beck et al 2004, ‘The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people’, *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 38, no. 5, pp. 348-354; discussion 355-347.
- Duckworth, K 2003, ‘Use of schizophrenia as a metaphor in US newspapers’, *Psychiatr Serv*, vol. 54, pp. 1402-1404.
- Field, A & Miles, J 2010, *Discovering statistics using SAS*. Los Angeles, Sage Publications.
- Francis, C, Pirkis, J et al. 2001, *Mental Health and Illness in the Media: A Review of the Literature*, Canberra, ACT, Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Freelon, D 2010, ‘ReCal: Intercoder reliability calculation as a web service’, *International Journal of Internet Science*, vol. 5, pp. 20-33.
- Hannigan, B 1999, ‘Attitudes towards and public representations of mental illness ‘, *J Ment Health*, vol. 5, pp. 431-440.
- Hillert, A J Sandmann 1996, ‘Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of systematic analysis of newspapers and popular magazines’, *Pharmacopsychiatry*, vol. 29, no. 2, pp. 67-71.

- Hodgins, SA Cree, et al. 2008, 'From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization', *Psychol Med*, vol. 38, no.7, pp. 975-987.
- Hoffmann-Richter, U 2000, '[Psychiatry in print media. Information acquired through reading of the daily papers]', *Psychiatr Prax*, vol. 27, no. 7, pp. 354-356.
- Hoffmann-Richter, U, Alder, B et al. 1998, '[Electroconvulsive therapy and defibrillation in the paper. An analysis of the media]', *Nervenarzt*, vol. 69, no. 7, pp. 622-628.
- Hoffmann-Richter, U, Wick, F et al. 1999, '[Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis]', *Psychiatr Prax*, vol. 26, no. 4, pp. 175-180.
- Huang, B & Priebe, S 2003, 'Media coverage of mental health care in the UK, USA and Australia', *Psychiatr Bull Coll Psychiatr*, vol. 23, 331 -333.
- Jorm, A. F. (2000). "Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders." *Br J Psychiatry* 177: 396-401.
- Joyal, CC & Dubreucq, JL et al. 2007, 'Major Mental Disorders and Violence: A Critical Update.' *Curr Psychiatry Rev*, vol.(3, pp. 33-50.
- Kalafatelis, E. & Dowden, A 1997, 'Public knowledge of, and attitudes to, mental health and illness', Wellington, Business Research Centre for Ministry of Health.
- Koić, E & Gogić, B 2005, 'Mediji i suicid', <http://www.suicidi.info/mediji.asp>. (5. travnja 2011).
- Krippendorf, K 2004, *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousands Oaks, CA, Sage Publications.
- Link, BG, Yang, LH et al. 2004, 'Measuring mental illness stigma', *Schizophr Bull*, vol. 30, no. 3, pp. 511-541.
- Livingston, J. D & Boyd, JE 2010, 'Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis', *Soc Sci Med*, vol. 7, no. 12, pp. 2150-2161.
- Lombard, 2010, 'Intercoder reliability', <http://astro.temple.edu/~lombard/reliability/> (5. veljače 2011).
- Macnamara, J, 2006, 'Media content analysis research paper: Uses, benefits and best practice methodology', <http://www.carmaapac.com/downloads/Media%20Content%20Analysis%20Research%20Paper.pdf>. (7. ožujka 2011).
- Magliano, LJ, Read, J et al. 2010, 'Metaphoric and non-metaphoric use of the term "schizophrenia" in Italian newspapers', *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
- Matas, MN, el-Guebaly, N et al. 1986, 'Mental illness and the media: Part II. Content analysis of press coverage of mental health topics', *Can J Psychiatry*, vol. 31, no. 5, pp. 431-433.
- Mayring, P 2001, 'Combination and integration of qualitative and quantitative content analysis', *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2(1) <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01mayring-d.htm> (6. ožujka 2011.)
- Nagelkerke, N JD 1991, 'A note on a general definition of the coefficient of determination', *Biometrika*, vol. 78, no. 3, pp. 691-692.
- Neuendorf, K 2002, *The content analysis guidebook*. Thousands Oaks, CA, SAGE Publications.
- Newbold, C, Boyd-Barrett, O et al. 2002, *The media book*,. Newbury Park, SAGE Publications.
- O' Connor, ACP 2001, 'What it says in the papers: an audit', *Ir J Psych Med*, vol. 18, no. 2, pp. 68-71.
- Patton, M 2002, *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, SAGE Publications.
- Philo, G. (1994). *Media representation of mental health/illness: audience reception study*. Glasgow, Glasgow University Media Group.
- Philo, G 1996, *The media and public belief. Media and Mental Distress*. G. Philo. Essex, Addison Wesley Longman.
- Philo, G, Secker, J et al. 1994, 'The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief', *Health Educ J*, vol. 53, pp. 271-281.
- Pilgrim, D & Rogers, A 2003, 'Mental disorder and violence: an empirical picture in context', *J Ment Health*, vol. 12, pp. 7-18.

- Riffe, D, Lacy, S et al. 1998, 'Analysing media messages: Using quantitative content analysis in research', Mahwah, NJ, Erlbaum.
- Rose, D & Thornicroft, G 2010, 'Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis', *Epidemiol Psichiatr Soc*, vol. 19, pp. 140-147.
- Ross, CA. & Goldner EM 2009, 'Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature', *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 16, no. 6, pp. 558-567.
- Rottleb, U, Steinberg, H et al. 2007, '[The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" - historical longitudinal study]', *Psychiatr Prax*, vol. 34, no.6, pp. 269-275.
- Rusch, N, Angermeyer, MC et al. 2005, 'Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma', *Eur Psychiatry*, 20, no. 8, pp. 529-539.
- Sartorius, N., W. Gaebel, i sur. (2010). "WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists." *World Psychiatry* 9(3): 131-144.
- Sartorius, N & Schulze, H 2005, *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association*, New York, Cambridge University Press.
- Schomerus, G & Angermeyer, MC 2008), 'Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know?', *Epidemiol Psichiatr Soc*, vol. 17, no.1, pp. 31-37.
- Sharf, B F 1986, 'Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial', *Journal of Health Communication* 36, pp. 80-93.
- Stout, PA, . VillegasJ et al. 2004, 'Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research', *Schizophr Bull*, vol. 30, no.(3), pp. 543-561.
- Stuart, H 2003, 'Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention', *Can J Psychiatry*, vol. 48, no. 10, pp. 651-656.
- Stuart, H 2006, 'Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness?' *CNS Drugs*, vol. 20, no. 2, pp. 99-106.
- Taylor, SM & Dear, MJ 1980, 'Scaling community attitudes toward the mentally ill', *Schizophr Bull*, vol. 7 pp.: 225-240.
- Thornicroft, G, Brohan, E et al 2009, 'Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey', *Lancet*, vol. 373,(9661), pp. 408-415.
- Thornicroft, Rose, D et al. 2007, 'Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?' *Br J Psychiatry*, vol. 190, pp. : 192-193.
- Thorton, JA. & O. F. Wah, OF 1996, 'Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness', *J Community Psychol*, vol. 24, pp. 17-25.
- Tranulis, C, Corin, E et al. 2008, 'Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician', *Int J Soc Psychiatry*, vol. 54, no. 3, pp. 225-241.
- Wahl, OF 1992, 'Mass media images of mental illness: A review of the literature', *Jour Comm Psych*, vol. 20, pp. 342-352.
- Wahl, OF 1995, *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- Wahl, OF & Lefkowitz, JY 1989, 'Impact of a television film on attitudes toward mental illness', *Am J Community Psychol*, vol. 17, no. 4, pp. 521-528.
- Wahl, OF, Wood, A et al. 2002, 'Newspaper coverage of mental illness: is it changing?' *Psychiatric Rehabilitation Skills*, vol. 6, pp. 9-31.
- Ward, G 1997, Making headlines. *Mental health and the national press*. G. Ward. London, Health Education Authority.
- Weber, RP 1990, *Basic content analysis*. Newbury Park, SAGE Publications.
- Wilson, C, Nairn, R et al. 1999, 'Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources', *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 33, no.(2), pp. 232-239.
- Yankelovich, DG 1990, *Public attitudes toward people with chronic mental illness. Final report Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness*. Princeton, NJ, DYG Inc.

Prepreke s kojima se bolesnici od šećerne bolesti tip 2 susreću pri provođenju preporuka i savjeta za liječenje

Goranka Petriček, Nevenka Vinter Repalust, Milica Katić

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Slika problema

Poticanje bolesnika da skrbi za svoje zdravje ključno je interesno područje liječnika opće/obiteljske medicine, a obuhvaćeno je proučavanjem problematike bolesnikove adherencije na preporučeno liječenje (Pendleton i sur. 2004). Izraz *adherencija na liječenje* češće se koristi u odnosu na tradicionalno korišten izraz *suradljivost*, obzirom da naglašava bolesnikovu veću važnost i snagu u odnosu liječnik-bolesnik (Vermeire i sur. 2001). Bolesnikova niska adherencija na liječenje ozbiljno narušava dobrobit medicinske skrbi i predstavlja stalno prisutan, kompleksni javnozdravstveni problem, posebno na području skrbi za kronične bolesti (Vermeire i sur. 2007). Stoga je, u cilju unapređenja ishoda liječenja kroničnih bolesti, važno razumjeti složenost ponašanja bolesnika i liječnika koji potiče suradnju bolesnika. Uz to, važno je i identificirati čimbenike koji bolesnicima otežavaju pravilno uimanje preporučene terapije, kao i čimbenike koji im isto olakšavaju (Munro i sur. 2007).

Šećerna bolest tip 2 (ŠBT2), kao kronična bolest koja zahtjeva kompleksno, kontinuirano i zahtjevno liječenje te promjenu životnog stila bolesnika, uključujući primjenu specifične dijete, fizičke aktivnosti i lijekova, koristan je model samokontrole bolesti i samozbrinjavanja bolesnika kao neophodne sastavnice skrbi (Vermeire i sur. 2001). Nadalje, budući da više od 95% skrbi za svoju šećernu bolest provodi sam bolesnik, a liječnik ima malo kontrole kako ju bolesnik provodi, iznimno je važno bolesnika promatrati kao partnera liječniku te mu omogućiti da, po adekvatnoj informiranosti, sudjeluje u procesu donošenja odluka o liječenju (Funnell i Anderson, 2000). Istraživanja potvrđuju da je podjela liječenja

bolesti između liječnika i bolesnika, model bolesniku usmjerene skrbi, doveo do povećanja adherencije bolesnika na preporučenu terapiju i promjenu životnog stila, a time i do poboljšanja metaboličke kontrole bolesti, smanjenja rizika od komplikacija, povećanja duljine života i smanjenja morbiditeta (Schectman i sur. 2002; Kinmonth, 1999; UKPDS Group, 1998) te poboljšanja kvalitete života oboljelih od ŠBT2 (Bauman, 2003).

Ipak, unatoč njihovo brojnosti, kvantitativnim istraživanjima nisu se uspjeli odrediti definitivne odrednice bolesnikove adherencije na preporučeno liječenje, a bolesnika se rijetko stavilo u središte ovih istraživanja (Vermeire i sur. 2007). Stoga se javila potreba za kvalitativnim istraživanjima, koja su identificirala bolesnikova zdravstvena uvjerenja, odnos liječnika i bolesnika, bolesnikovo zadowoljstvo konzultacijom te podudarnost liječnikova savjeta i bolesnikovih zdravstvenih uvjerenja kao važne čimbenike koji utječu na adherenciju bolesnika (Golin i sur. 1996; Amos i sur. 1997; Marinker, 1997).

Polazeći od ovih prepostavki, u sedam Europskih zemalja (Belgija, Estonija, Hrvatska, Francuska, Nizozemska, Slovenija, Velika Britanija) provedeno je kvalitativno istraživanje pod nazivom: "The Eurobstacle research project: Preparatory, feasibility study for a multinational investigation into the obstacles to adherence to treatment and advice for living with type 2 diabetes" (Vermeire i sur. 2007, Vinter-Repalust i sur. 2004). Cilj ovog istraživanja bio je istražiti stavove, misli i strahove bolesnika povezane sa ŠBT2, njihova očekivanja od zdravstvenog sustava te probleme s kojima su se suočavali tijekom primjene preporučenog liječenja u svakodnevnom životu.

Metodologija

Bolesnici

Po dobivanju odobrenja etičkog povjerenstva Medicinskog Fakulteta u Zagrebu za provođenje istraživanja, odabran je namjerni uzorak liječnika članova kluba istraživača liječnika obiteljske medicine (Katić i sur. 2004) 5 iz urbanih i 2 iz ruralnih područja, sa ciljem regrutiranja bolesnika za fokus grupe. Kriteriji za odabir bili su: svi registrirani bolesnici s dijagnozom ŠBT2, koji se razlikuju po dobi, spolu, i terapiji šećerne bolesti. Bolesnicima je upućeno pozivno pismo, koje je uključivalo informacije o istraživanju te ih se kontaktiralo telefonom. Bolesnici koji su bili voljni sudjelovati u istraživanju, podijeljeni su u sedam fokus grupe s maksimalnim brojem od 8 sudionika u svakoj. Svaka se fokus grupa susrela jedanput. Sedam liječnika opće/obiteljske medicine regrutiralo je 56 bolesnika, od kojih se 49 odazvalo pozivu na intervju (odaziv od (response rate) 87,5%). Od odazvanih 49 bolesnika od ŠBT2, 22 bila su muškarca, a 27 žene, u rasponu od 44 do 83 godine. Većina bolesnika liječena je dijetom i/ili tabletama, a samo 13/49 inzulinom. U više od polovice bolesnika trajanje ŠBT2 je 5 ili više godina dok je u 19/49 bolesnika trajanje ŠBT2 manje od pet godina. Karakteristike bolesnika prikazane su u tablicama 1. i 2.

Prije početka fokus grupe bolesnici su zamoljeni da potpišu suglasnost da se diskusija fokus grupe snima, transkribira, analizira i objavi. Anonimnost je zagarantirana. Po završetku fokus grupe bolesnici su upitani žele li da se dijelovi konverzacije izbace, ukoliko su rekli nešto što nisu željeli da se objavi. Trajanje svake diskusije fokus grupe bilo je ograničeno na dva sata.

Fokus grupe

Održano je sedam diskusija fokus grupe, uz vodstvo moderatora te opservaciju istraživača. Pred sudionike su iznesene izjave i pitanja otvorenog tipa, na koja su bili u potpunosti slobodni izraziti svoje osobne poglede, misli, stavove i brige (tablica 3.). Uz sedam fokus grupe zasigurno je postignuta zasićenost sadržaja.

Analiza podataka

Diskusije fokus grupe snimljene su diktafonom te je po završetku sesija načinjen transkript. Dva istraživača učinila su prvu analizu te su, čitanjem transkripta i kodiranjem fragmenata teksta ili riječi, nezavisno formirali kodnu knjigu. Kodiranje je vođeno istraživačkim pitanjem. Tekstualni podaci su, sukladno Popeu i suradnicima, istraženi induktivno temeljem analize sadržaja, u cilju generiranja kategorija i objašnjenja (Pope i sur. 2000). Istraživači su usporedili i ujednačili kodne knjige te je u drugoj fazi provedena kategorizacija podataka, u cilju definiranja tema i podtema, s namjerom opisa i objašnjenja podataka. U analizu je uključena i povratna informacija opservatora (feedback observera) s obzirom na njegovu prisutnost svakoj diskusiji, uz slušanje i promatranje punom pažnjom.

Analiza je rezultirala u osam glavnih tema i eksplanatornih modela bolesnikove perspektive.

Rezultati

Analizom podataka utvrđeno je osam glavnih tema i eksplanatornih modela bolesnikove perspektive: 1. suočavanje s dijagnozom; 2. promjene povezane s bolešću; 3. liječenje bolesti; 4. socijalni kontekst; 5. odnos sa zdravstvenim profesionalcima; 6. samozbrinjavanje; 7. poznavanje bolesti; 8. očekivanja (tablica 4.).

1. Suočavanje s dijagnozom

Iako je većina bolesnika prvu vijest o šećernoj bolesti doživjela šokantno i stresno, s vremenom su se navikli na bolest. Samo nekoliko bolesnika, uglavnom onih koji su već bolovali od neke druge bolesti, opisali su suočavanje s dijagnozom kao „ništa posebno“, vjerujući da nemaju pravi medicinski problem ili su, pak, negirali ozbiljnost ove dijagnoze.

Iako je većina bolesnika naučila kako živjeti s ovom bolešću, mnogi su bili zabrinuti različitim uvjerenjima i činjenicama povezanim sa šećernom bolešću, kao što su moguće komplikacije bolesti, potom opasnost od mogućih hipoglikemija te uzimanje inzulina.

2. Promjene povezane s bolešću

Za većinu bolesnika, šećerna bolest je bolest koja je zahtijevala promjene u njihovu životnu stilu i navikama. Stoga su morali modificirati dijetu (broj obroka, kvalitetu i kvantitetu prehrane) te povećati fizičku aktivnost. U nekih bolesnika bolest je uzrokovala promjene u životnu stilu i članova njihovih obitelji, posebno vezano uz provođenje prehrambenih navika. Ipak, bolesnici su priznali da se, čak i u situacijama kada su članovi njihove obitelji bili voljni pomoći im, nisu uvijek pridržavali preporučene prehrane. Nadalje, jedna od ključnih, a najčešće najteže ostvarenih promjena, bila je vezana uz doživljaj svoje uloge, u smislu shvaćanja da su za njihov zdravstveni status oni sami najodgovorniji. Naime, tek tada su počeli shvaćati da će način na koji se odnose prema bolesti zapravo utjecati na njih same.

3. Liječenje bolesti

Bolesnici su naglasili važnost provođenja dijete, ali i svoju nesposobnost ili otpor da ju provedu uslijed nedostatka volje, motivacije ili finansijskih problema. Stoga su se, u mjeri u kojoj su mogli, individualno prilagođavali iako su tijekom različitih obiteljskih druženja i proslava, uglavnom, popustili u pridržavanju.

Većina bolesnika se od svih preporuka liječenja najradije odlučivala za tablete jer im je to bilo najjednostavnije. Nadalje, bilo im je lakše uzimati tablete nego promijeniti prehrambene navike, odnosno povećati fizičku aktivnost, odnosno uzimati inzulin.

Također su, umjesto da samo modificiraju svoju prehranu, radije uzimali tablete, jer su imali osjećaj da tako bolje kontroliraju svoju bolest, što im je davalo jednu vrstu sigurnosti. Stavovi o inzulinu razlikovali su se među bolesnicima koji su ga uzimali u odnosu na bolesnike koji ga nisu uzimali. Bolesnici koji nisu uzimali inzulin, izražavali su anksioznost prema njegovu uzimanju, što je uglavnom bilo povezano s njihovim uvjerenjem da je primjena inzulina povezana s ozbilnjijim i težim stupnjem bolesti, koje zahtjeva daljnje ograničenje prehrambenih navika, veći stupanj svakodnevne fizičke aktivnosti, češću kontrolu šećera u krvi te bolovanje od završne faze šećerne bolesti i njihova života.

Nasuprot tome, bolesnici koji su primali inzulin bili su zadovoljni navedenim, koncentrirajući se na vlastitu sposobnost da kontroliraju svoje život, kao i razinu glukoze u krvi.

U odnosu na promjenu, od liječnika, propisane doze tableta i/ili inzulina, uočene su dvije krajnosti. Neki bolesnici nikada nisu mijenjali preporučenu dozu dok su je drugi, s vremenom na vrijeme, mijenjali ovisno o količini konzumirane prehrane i stupnju provedene fizičke aktivnosti. Bolesnici koji su prilagođavali dozu, osjećali su se slobodnijima u njihovim životima s obzirom na sposobnost kontrole vlastita stanja. Istaknuli su i da su im njihovi opći/obiteljski liječnici pomogli da počnu uzimati te nastave prilagođavati preporučenu terapiju.

Iako je svih 49 bolesnika bilo svjesno važnosti provođenja fizičke aktivnosti, samo ih je nekoliko provodilo redovito na dnevnoj bazi. Razlozi za navedeno uključuju nedostatak motivacije ili volje, potom lijenost ili, pak, nedostatak vremena.

4. Socijalni kontekst

Odsustvo podrške u socijalnom okruženju otežalo je nošenje s bolešću kod većine bolesnika u njihovu svakodnevnom životu. Tako su se bolesnici osjećali nelagodno ili manje vrijedno u društvu svojih kolega, a neki su čak skrivali svoju bolest zbog straha od gubitka zaposlenja.

Nadalje, na radnom mjestu bilo je teško slijediti preporuke liječenja, posebno dijete. Bolesnici su se osjećali drugaćijim u odnosu na svoje kolege jer su morali češće obavljati medicinske kontrole i obnavljati vozačku dozvolu. Jedan je bolesnik, zbog nemogućnosti provođenja terapije, čak promjenio zaposlenje dok su se drugi usudili raditi samo u dnevnoj smjeni i nikada sami. Podrška kolega na poslu je varirala: ponekad je bila odsutna, a ponekad prisutna. Nasuprot navedenom, prijatelji su bolesnicima obično pružali puno razumijevanja i podrške. Također su i članovi obitelji većine bolesnika bili snažna podrška te su se s vremenom prilagodili novom režimu prehrane i pomagali su im u ostvarenju pridržavanja istog. Samo nekoliko bolesnika nije dijelilo promjene u životnom stilu sa članovima svoje obitelji.

5. Odnos prema zdravstvenim profesionalcima

Liječnici su se često pokroviteljski odnosili prema bolesnicima, što je rezultiralo njihovim negativnim odgovorom. Ipak, većina bolesnika dobila je podršku, čak osjetila bliskost s općim/obiteljskim liječnikom i imala potpuno povjerenje u njegove/njezine sugestije i propisani tretman liječenja. Za većinu starijih bolesnika (starijih od 75 godina), liječnik je bio najveći autoritet. Pozitivnim su ocijenili mogućnost, pruženu od liječnika opće/obiteljske medicine, da nauče samoregulaciju doze lijeka temeljem određivanja vrijednosti šećera u krvi, količine hrane koju su pojeli te vrste fizičkih aktivnosti u kojima su sudjelovali. Tada su se osjećali više kao partneri, nego kao bolesnici te su slobodnije i s manje strepnje živjeli sa svojom bolešću. Samo je nekoliko bolesnika imalo iskustvo lošeg odnosa sa svojim liječnikom opće/obiteljske medicine u vidu nedostatka razumijevanja ili čak iritantnosti u odnosu.

Bolesnici su izrazili stav da je specijalistička intervencija rezervirana samo za one bolesnike koji su na inzulinu ili boluju od težih oblika šećerne bolesti s komplikacijama.

Dio bolesnika izrazio je podršku i potpuno razumijevanje patronažne sestre, a većina je preferirala da ona određuje razinu šećera u krvi, umjesto da sami to provode.

6. Samozbrinjavanje

Određivanje vrijednosti šećera u krvi i urinu stvar je navike, uglavnom za mlađe dijabetičare te bolesnike na inzulinu. Većina bolesnika izjavila je da bi češće određivali vrijednosti šećera u krvi ali im Zavod za zdravstveno osiguranje ne odobrava veću količinu test-traka. Samo manjina bolesnika nije željela provoditi samokontrolu šećera u krvi jer im je to bilo teško tehnički izvesti, a dio stoga što su se bojali rezultata pretrage.

7. Poznavanje bolesti

Iako je većina bolesnika bila informirana o stadiju njihove bolesti i liječenju, većina je pokazala djelom nekompletno i netočno poznavanje ne samo šećerne bolesti, već i metaboličkih promjena i

mogućih komplikacija. Dijabetički bolesnici nisu bili dostatno svjesni važnosti provođenja dijete i nisu znali kako pripremiti pravilne obroke, koje namirnice odabrat, te kako pravilno provesti fizičku aktivnost. Neki su bolesnici smatrali da je šećerna bolest često stanje u starijoj dobi, stoga nisu vidjeli potrebu za njezinim liječenjem.

8. Očekivanja

Bolesnici su izrazili potrebu za češćim kontrolama kod liječnika, dodatnom edukacijom i konstantnim osvježavanjem njihova znanja o bolesti i njezinu liječenju. Sama činjenica da moraju posjetiti liječnika opće/obiteljske medicine potaknula bi ih da bolje skrbe za svoju bolest. Eksplicitno su naglasili potrebu druženja s drugim oboljelima od šećerne bolesti (grupe dijabetičara). Mogućnost podjele iskustva s ljudima koji imaju slične probleme pomogla bi im da uče iz iskustva drugih ljudi te da se nose i žive bolje sa svojom bolesti. Također su izrazili želju za većom količinom pisanih materijala i letaka o šećernoj bolesti, kao i TV emisije o bolesti koje bi se prikazivale u njima prihvatljivo vrijeme – uvečer.

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike bolesnika

Karakteristike bolesnika	Broj bolesnika		
	Muški	Ženski	Ukupno
	22	27	49
Dob (godine)			
40-50	3	3	6
51-60	5	4	9
61-70	7	12	19
71-80	5	8	13
>80	2	0	2
Bračni status			
Oženjen	16	19	35
Udovac	3	4	7
Kohabitacija	1	0	1
Samac	2	4	6
Zaposlenje			
Zaposlen	8	7	15
U mirovini	14	20	34

Tablica 2. Distribucija bolesnika prema karakteristikama bolesti i liječenju

Karakteristike bolesnika	Broj bolesnika		
	Muški	Ženski	Ukupno
Trajanje šećerne bolesti (u godinama)			
<5	9	10	19
5-9	6	10	16
10-14	6	2	8
>15	1	5	6
Terapija šećerne bolesti			
Dijeta	4	5	9
dijeta+tablet	10	17	27
dijeta+insulin	4	2	6
dijeta+inzulin+tablet	4	3	7
Praćenje			
Opći/obiteljski liječnik isključivo	7	11	18
Opći/obiteljski liječnik + specijalist u bolnici	7	4	11
Specijalist u bolnici isključivo	2	4	6
Opći/obiteljski liječnik+patronažna sestra	6	8	14

Tablica 3. Pitanja postavljena bolesnicima od šećerne bolesti tip 2 tijekom fokus grupe

1. Kako ste doživjeli spoznaju da bolujete od šećerne bolesti? Na koji način je šećerna bolest promjenila vaš život?
2. Šećerna bolest je kronična bolest koja se liječi dijetom, promjenom životnog stila, oralnim lijekovima ili inzulinom. Kako ste doživjeli liječenje?
3. Vaš liječnik vjerojatno vam je propisao liječenje. Kako ste se tada osjećali?
4. Da li modificirate svoje liječenje s vremenom na vrijeme? Kako se osjećate u svezi s tim? Da li ste nekom o tome rekli?

Tablica 4. Teme i reprezentativni ekstrakti proizašli kvalitativnom analizom podataka prikupljenih fokus grupama

1. Suočavanje s dijagnozom

„Ponekad se probudim u noći, sjetim se svoje šećerne bolesti i sav se naježim! Znam da je šećerna bolest tihi ubojica... Toliko mi se toga može dogoditi, a ja ne znam dokle sam došao...“ (muškarac, 70 godina)

„...Kad mi je liječnik rekao dijagnozu bila sam u potpunom šoku, pitajući se: “Od svih ljudi koje znam zašto se šećerna bolest dogodila baš meni?” (žena, 50 godina)

“Ma samo moraš biti discipliniran i to je to!” (muškarac, 57 godina)

2. Promjene povezane s bolešću

“...od onog momenta kad sam saznala da boljem od šećerne bolesti sve se počelo okretati oko mene i moje bolesti...” (žena, 62 godine)

“...Toliko puta sam krivio liječnika da mi je propisao lošu terapiju. Moj šećer je bio tako loš! Često smo o tome razgovarali i govorio bi mi: “Provođenje discipline je na tebi, ne na tvojem liječniku!” Dugo mi je trebalo da shvatim da je govorio istinu. Sjećam se koliko puta sam otisao u kuhinju i krao kolačiće moje supruge! I sumnjam da bih to shvatio da liječnik nije bio uvijek uz mene kad sam ga trebao, uvijek savjetovao i pružao podršku da ustrajem. I znate što, moj šećer je skoro savršen sada!” (muškarac, 67 godina)

3. Liječenje bolesti

“...Ne želim biti na strogoj dijeti! Što će mi život ako sam na strogoj dijeti! Slatkiši su mi previše važni!” (žena, 59 godina)

“...promjena prehrane mi je jednostavno preskupa...” (muškarac, 63 godine)

“Radije pijem tablete nego da uzimam inzulin. Znate, gutanje tablete ne boli! A kada znam da ču više jesti, jednostavno uzmem jednu tabletu više...” (muškarac, 65 godina)

“.. tablete su kao bombon, uzmete više kad jedete više...” (muškarac, 72 godina)

“...ma sve samo ne inzulin...” (muškarac, 55 godina)

“Ne bih volio uzimati inzulin. Moraš misliti kad ćeš se piknuti, pa kad ćeš jesti – ne možeš jesti kad ti paše. A ovako, ja uzmem tableticu i moj šećer je izvrstan.” (muškarac, 56 godina)

“Često testiram svoj šećer! Skroz sam usmjerena na bolest!” (žena, 58 godina)

„Prvo sam se jako bojala mijenjati doze inzulina. Ali moj liječnik mi je objasnio kako i kada mijenjati U početku sam ga zvala, no sada često mijenjam dozu inzulina ovisno o fizičkoj aktivnosti, prehrani, i razini šećera u krvi, i ne zovem ga uopće! Samo mu pokažem dnevnik šećera. Zaista kontroliram sama svoj život! I ako me pitate koliko mi je trebalo da to naučim, reći ću vam: 5 godina, to je njegov posao, a ne moj!” (žena, 55 godina)

“Inzulin mi drži život u ravnoteži, ne znam kako bih živio bez njega!” (muškarac, 68 godina)

„Nikad ne mijenjam terapiju koju mi je propisao liječnik! To je njegov posao, a ne moj!” (muškarac, 67 godina)

4. Socijalni kontekst

“Bilo mi je teško reći riječi u društvu:” Ne mogu napraviti ovo, ili ne bi smio raditi ono, posebno u početku!” Moj šef nije želio niti čuti da trebam dodatno vrijeme za obrok, ili da bih trebao provježbati nakon što sam neko vrijeme sjedio! Vidiš sam njegovo lice toliko puta! Nije volio moju bolest, a ja se nisam osjećao uopće ugodno!” (muškarac 59 godina)

“...Moje su me kolege često nutkale da jedem:” Ma uzmi jedan kolač, pa neće te ubiti...” (žena 59 godina)

“Kad mi je liječnik rekao da imam šećernu bolest bila sam u teškom stresu! Nisam znala kako će mi sad izgledati život! Onda mi je kćerka došla i rekla da ne očajavam, s obzirom da nisam jedina koja imam dijabetes i da će ona biti uz mene cijelo vrijeme! Čak su i moji prijatelji našli vremena da me utješe. To mi je zaista pomoglo da prebrodim prve vijesti i počnem živjeti s dijabetesom!” (žena, 73 godine)

“Kad mi je obiteljski liječnik rekao da imam šećernu bolest, obitelj mi je jako pomogla. Svaki član obitelji promijenio je zbog mene svoje navike jedenja! Također su me podsjećali da budem pažljiva što jedem !” (žena, 57 godina)

“Moja bolest nije utjecala ni na koji način na moju obitelj: Kuham različita jela za njih i za sebe.” (žena, 57 godina)

5. Odnos prema zdravstvenim profesionalcima

“Moj liječnik me najbolje poznaje i zna što ja trebam! Prošlu godinu otišla sam specijalisti i on je inzistirao da moram jesti 6 puta dnevno. Pokušala sam mu objasniti da je moja majka bolesna i da nemam toliko vremena za takvo liječenje. Nakon toga sam posjetio svojeg liječnika, koji je pročitao papir od specijaliste, pomalo se nasmijao i pitao me: „Hm, možete li mi reći s obzirom na vašu situaciju, kad bi bilo najprikladnije za vas da imate ove obroke?” Rekla sam mu kada bi to bilo i znate što, ne da nije inzistirao na specijalističkoj preporuci nego je pristao na moj vlastiti plan liječenja. Nakon toga gotovo da sam uvijek jela 5 puta dnevno. Kasnije sam ponosno rekla svojoj majci:”Znaš mama, moj liječnik je želio čuti moje mišljenje, on me poštuje i ne smijem ga razočarati!” (žena, 64 godine)

“Moj liječnik me uopće ne sluša! Rekla sam mu toliko puta do sada da ne mogu na dijetu, ali on mi kontinuirano govori da moram smršaviti. To me jako živcirala!” (žena, 64 godine)

“...samo oni bolesnici koji su na inzulinu trebaju ići specijalisti!” (žena, 75 godina)

“Znate posjetio sam specijalistu jedanput, i on nije puno pričao, samo je gledao u moje papire, nešto napisao, a kad sam počela objašnjavati situaciju u kojoj živim, on mi je odgovorio:”Samo dajte ove papire svojem liječniku i on će vam sve objasnit!” Kasnije sam zamolio svojeg liječnika da me više ne šalje specijalisti, ukoliko zaista nije neophodno! Tako smo se dogovorili da ja napravim laboratorijske testove a on će odlučiti o liječenju!” (muškarac, 59 godina)

6. Samozbrinjavanje

“Ne volim se sama pikati! Tako mi je teško ponovno se suočiti s činjenicom da mi je šećer opet loš!” (žena, 56 godina)

“Volim kontrolirati svoj šećer. Pomaže mi da saznam da li se pravilno liječim! Ukoliko je šećer previšok, uzmem pola tablete više. I znam da sam tako sigurnija!” (žena, 56 godina)

“Volio bih da mogu češće kontrolirati svoju krv. Ali ne dobivam dovoljno trakica. A trakice su tako skupe!” (muškarac, 60 godina)

7. Poznavanje bolesti

„Ne uzimam lijekove svaki dan! Dijabetes je čest u starih ljudi i ne zahtijeva liječenje. Radije uzmem jednu žlicu meda. Med uopće ne mijenja razinu šećera!“ (žena, 78 godina)

“Moj mi je liječnik propisao neke trakice da kontroliram šećer u krv i urinu. Ali ja osobno ne vjerujem šta one pokazuju – trakice nisu dovoljne precizne!“ (žena, 56 godina)

„Želio bih da ne moram uzimati inzulin. Jer znam, jednom na inzulinu, uvijek na inzulinu! A komplikacije se događaju samo onima koji su na inzulinu!“ (muškarac, 49 godina)

„Pravilna dijeta za osobu sa šećernom bolesti znači da ne smije pojesti puno hrane. Biti na dieti znači gladovati!“ (muškarac, 57 godina)

8. Očekivanja

„Radije idem češće na kontrole nego da sam preuzmem odgovornost za svoju bolest i rijetko idem doktoru. Znate, kad znam da će moj liječnik vidjeti nalaze onda sam puno oprezniji što i kako jedem!“ (muškarac, 65 godina)

„Želio bih razgovarati s ljudima koji boluju od iste bolesti – bilo bi mi korisno da saznam kako oni provode liječenje za vrijeme posla. Možda bi mi pomogli da primijenim neke promjene u mojoj prehrani ili imali neki drugi savjet za mene!“ (muškarac, 63 godine)

„Nisam mogla poboljšati razinu šećera sve dok, u svojem Domu zdravlja, nisam počela ići na grupe s dijabetičarima. Oni su mi pomogli kako da se nosim sa stvarima sa kojima do tada sama nikako nisam izlazila na kraj! Puno je lakše kad pričaš s nekim tko ima iste probleme. Razumiјemo se savršeno, a moj šećer je sada savršen“ (žena, 53 godina)

„Da sam barem gledala TV emisije o prevenciji šećerne bolesti prije! Tada bih znala da svatko može dobiti šećernu bolest! Ali oni su pokazivali te emisije poslije podne, dok sam ja bila na poslu...“ (žena, 60 godina)

Rasprava

Ovim kvalitativnim istraživanjem iskustva bolesnika s preprekama u životu sa šećernom bolesti tip 2 proizašlo je 8 glavnih tema i eksplanatornih modela: suočavanje s dijagnozom, promjene povezane s bolešću, liječenje bolesti, socijalni kontekst, odnos sa zdravstvenim profesionalcima, samozbrinjavanje bolesti, poznavanje bolesti te očekivanja bolesnika.

Iako su se bolesnici s vremenom naviknuli na bolest, prva vijest o bolesti većini bolesnika bila je šokantna i stresna. Dietrich UC, potom i Hampson SE, također su opisali pojavu negativnih emocija različita intenziteta i raspona u bolesnika u vrijeme postavljanja dijagnoze: iznenadenje, strah, šok, panika, očaj, ljutnja do rezignacije (Dietrich, 1996; Hampson 1997). Nadalje, Jedlicka Kohler upozorava da je šok, koji je dio bolesnika i u našem istraživanju istaknuo kao emotivnu reakciju na saopćavanje dijagnoze, gubitak funkciranja osobe te ukazuje na intenzitet emocija s kojima se individua ne može nositi (Jedlicka-Kohler i sur. 1996). Stoga, zdravstveni profesionalci moraju imati na umu koje su moguće posljedice saopćenja dijagnoze po bolesnika. Također, većina bolesnika bila je zabrinuta za svoju budućnost sa šećernom bolešću, kao što su moguće komplikacije bolesti, potom opasnost od mogućih hipoglikemija te uzimanje inzulina.

U naših bolesnika utvrđena je nedostatna informiranost bolesnika o svojoj bolesti općenito te specifičnostima različitih mogućnosti njezina liječenja, potom razlici među energetskim vrijednostima prehrabnenih namirnica, kao i o preporučenim vrstama fizičke aktivnosti. Također, unatoč izraženom strahu za vlastitu budućnost uslijed mogućeg razvoja komplikacija, nisu znali kako kontrolirati bolest ili spriječiti te iste komplikacije. Nedostatno znanje o bolesti i preporučenom liječenju rezultiralo je nedovoljnom implementacijom prehrabnenih preporuka, nedovoljnom fizičkom aktivnošću i drugim preporukama zdravog životnog stila odnosno drugim preventivnim aktivnostima. Sličan trend nedostatnosti znanja bolesnika o šećernoj bolesti i njezinim komplikacijama, potom praćenju, samokontroli i samozbrinjavanju, ističu i autori drugih istraživanja (Speight i Bradley, 2001; Ratzmann, 1995; Roossens i sur. 2000).

Nadalje, uočili smo da su oni bolesnici koji su bili zdravstvenih uvjerenja da su sami odgovorni za svoje zdravlje, bolje prilagodili svoj životni stil preporukama liječenja i bili bolje samodisciplinirani. Također, čimbenici koji su bolesnicima olakšali samozbrinjavanje i samokontrolu bili su poznavanje istih, potom naklonost okruženja u kojem su živjeli, izdvajanje dovoljno vremena za sebe te podrška i empatija liječnika. Sukladno rezultatima ovog istraživanja, neki autori su istaknuli da su unutarnji lokus kontrole i vjera u važne druge povezani s boljim adheriranjem na terapiju i većim prihvaćanjem promjene zdravstvenog ponašanja (Hirani i Newman, 2005; Kelleher, 1988; Peyrot i McMurry, 1992; McLean i Pietroni, 1990) dok rezultati drugih istraživanja, suprotno navedenom, povezuju unutarnji lokus kontrole s lošijim ishodima bolesti (Peyrot i Rubin, 1994; Edelstein i Linn, 1987). Schwartz navodi moguće rješenje u primjeni fleksibilnog stila rada liječnika koji podržava bolesnikov lokus kontrole te da one bolesnike koji se žele educirati i sami donositi odluke liječenja pouči kako da ostvare njihovu namjeru, ali i podrži one koji žele odluke prepustiti zdravstvenom profesionalcu (Johnson, 1977). Navedeno upućuje na važnost poznavanja/procjene samog bolesnika i poticanja onog oblika skrbi za koju je taj bolesnik najbolje prijemčiv. Kontinuitet skrbi i poznavanje bolesnika i konteksta njegova života postavlja liječnika opće/obiteljske medicine kao najkompetentniju osobu za provođenje navedenog.

Većina bolesnika u našem istraživanju istaknula je važnost svoga educiranja, a potom nadgledanja provođenja samokontrole i samozbrinjavanja od strane liječnika. Posebno su istaknuli važnost osvrta liječnika na liječenje koje je provedeno. O'Connor i suradnici također su pokazali da bolesnici od šećerne bolesti zahtijevaju kontinuiranu edukaciju, reviziju i usmjeravanje od strane njihovih obiteljskih liječnika (O'Connor i sur. 1997).

Bolesnici su često smatrali nedostatnom podršku liječnika u usvajanju promjene prehrane i preporučene fizičke aktivnosti. Sukladno bolesnikovu iskustvu, dio liječnika izgubio je kontakt sa svojim bolesnikom, ograničavajući ga na propisivanje recepata. S druge strane, utvrđeno je da je bliskost s općim/obiteljskim liječnikom te

njegova podrška i savjeti, bolesnicima pomogla u boljem prihvaćanju terapije. Nadalje, povjerenje u liječnika, temeljeno na duljini skrbi i iskustvu uspješnosti prethodnih postupaka liječnika, pomogli su bolesnicima da konačno nađu snagu u postupnom preuzimanju kontrole nad terapijom. Druga istraživanja, također su, istaknula pozitivna (brza i jasna informacija o skrbi za bolest, neposredna razmjena informacija, mogućnost pojašnjenja, promptni odgovor) (Toombs, 1993; Hernandez i sur. 1999) i negativna iskustva (nedostatak vremena za diskusiju, nedostatak strpljenja za bolesnika, fokusiranje na laboratorijske nalaze, radije nego na osobne podatke) s liječnicima kao faktore življenja sa ŠBT2 (Dietrich, 1996; Paterson i sur. 1999). Nasuprot navedenom, McDonald i suradnici utvrdili su da edukacija i podrška bolesniku od šećerne bolesti tip 2 nisu bile povezane ni sa kakvim poboljšanjem adherencije bolesnika ili kliničkim ishodom uopće (McDonald, 2002). Nadalje, Dietrich UC i Hernandez CH istaknuli su pozitivan utjecaj sestara specijaliziranih za ŠBT2, što su istaknuli i naših bolesnika (Dietrich, 1996; Paterson i sur. 1999).

Mnogi bolesnici pokazali su potrebu za grupnom terapijom, ističući da bi za neposredno provođenje promjene životnog stila, posebice promjene režima prehrane i provođenja fizičke aktivnosti, ona bila korisna za podjelu iskustva, razrješenje nekih nedoumica i lakšeg postizanja uspjeha. Lawton i Dietrich potvrdili su važnu ulogu drugih bolesnika u stjecanju informacija o ŠBT2 (Dietrich, 1996; Paterson i sur. 1999) dok je Hernandez utvrdila da je bolesnicima savjet i edukacija od osobe koja ima dobro reguliranu ŠBT2 prihvatljivija od upute osobe koja nema ŠBT2 (liječnik), a što nije bio slučaj u našem istraživanju (Hernandez i sur. 1999).

Nadalje, opće ekonomsko stanje također je imalo utjecaj na preporučene promjene životnog stila. Naši bolesnici bili su socijalno ugroženi jer je, uslijed bolesti, umanjena njihova sposobnost za rad, a time je i ekonomsko stanje bilo lošije. Stoga su se često osjećali biološki manje vrijednjima. Ponekad su prikrivali svoju bolest da bi dobili zaposlenje, a ponekad su čak morali promijeniti i posao. Kaplan i Neil istaknuli su inverznu povezanost između prihoda kućanstva i mortaliteta bilo kojeg uzroka (Göz i sur. 2007).

Kao i u drugim istraživanjima, uočen je raskorak između veličine usluge servisa zdravstvene skrbi namijenjene poboljšanju ishoda liječenja kronične bolesti i razini skrbi koju bolesnik obično dobiva (Von Korff, 1997). Naime, skrb za bolesnika od šećerne bolesti ovisila je o individualnoj sposobnosti i volji patronažne sestre te podršci i suradnji liječnika opće/obiteljske medicine. Nadalje, bolesnici su isticali da bi češće kontrolirali šećer u krvi, ali nisu dobivali dovoljno dijagnostičkih traka.

Bolesnici su izrazili potrebu za više pisanih materijala i specijaliziranih TV emisija o šećernoj bolesti. Nadalje, iako je širenje informacija putem medija bilo adekvatno, nije bilo dovoljno specifično (posebno onih koje se odnose na dijetu i fizičku aktivnost). Ponekad je imalo tendenciju senzacionalizma, posebno kod informiranja o novim vrstama lijekova. K tome, zdravstvena edukacija putem medija trebala bi započeti već u školskoj dobi, a ne u dobi kada je većina običaja i stavova već definirana (<50) (Weingarten i sur. 2002). U drugim istraživanjima, također, je utvrđena važnost dobivanja pisanih materijala o bolesti, ali i istaknuta je njihova neadekvatnost (komplikirani i nejasni) ukoliko ih liječnik, bez popratna objašnjenja, samo uruči bolesniku (Pope i sur. 2000; Gillibrand i Flynn, 2001; Peel i sur. 2004; Parry i sur. 2004).

Smjernice za liječenje u praksi trebale bi biti revidirane i razvijene unutar šire strategije skrbi za kronične bolesti. Weingarten i suradnici su metaanalizom programa skrbi kroničnih bolesnika utvrdili da je poticanje edukacije osoba koje pružaju zdravstvenu skrb bilo povezano s boljim provođenjem smjernica i boljom kontrolom bolesti (Weingarten i sur. 2002).

Nesuradljivost bolesnika istraživana je u mnogim istraživanjima, ali najčešće sa točke gledišta liječnika (Brown i sur. 2002). Nesuradljivost je smatrana neodgovornim i devijantnim ponašanjem bolesnika, a nije uočeno da je samo jedna od mogućnosti za bolesnika. Nasuprot navedenom, Vermeire E (Vermeire i sur. 2007), kao i Funnel (Funnell i Anderson, 2000) potiču odnos liječnika i bolesnika u kojem liječnici trebaju prepoznati da su bolesnici oni koji su odgovorni za svoj život, a liječnici im trebaju pomoći da ostvare svoje ciljeve pružanjem podrške i medicinskom ekspertizom. Bauman i suradnici

naglasili su koncept bolesniku usmjerene skrbi, kao važni i znanstveno utemeljen koncept poboljšanja ishoda u primarnoj skrbi za kronične bolesnike (Bauman i sur. 2003). Temeljem podataka brojnih istraživanja učinkovite intervencije u otkrivanju, praćenju i kontroli kroničnih bolesti, razvidno je da se prilagodbom načina na koji se bolesniku pruža skrb, u svrhu zadovoljenja zdravstvenih potreba bolesnika s kroničnom bolesti, postiže bolja kontrola kronične bolesti, veće zadovoljstvo bolesnika te bolje prihvatanje i implementacija smjernica u praksi. Potpora učinkovitom samozbrinjavanju i samokontroli i veza sa resursima lokalne zajednice, koji su usmjereni prema bolesnikovim potrebama, značajna su pomoći u aktiviranju bolesnika i njegove obitelji da se lakše suoče i bore s izazovima koje kronična bolest nameće njihovom životu. Tradicionalno, izobrazba bolesnika naglašava stjecanje znanja i didaktičko savjetovanje. Takve intervencije povećavaju znanje, ali nažalost njihov utjecaj na promjene ponašanja je nedostatan, kao i učinak na poboljšanje kontrole bolesti ili drugih ishoda. Mnoga istraživanja tih procesa pokazuju kako je nužno usmjeriti napore u izobrazbi bolesnika na unapređenje njihove sposobnosti i vještine u zbrinjavanju stanja. Naglašava se bitna uloga bolesnika i njegove obitelji u savladavanju problema koje donosi kronična bolest, potom pri postavljanju ciljeva u kontroli bolesti, u identifikaciji problema za postizanje dogovorenih ciljeva te planiranja kako savladati identificirane prepreke (Hung i sur. 2008).

Rezultati ovog istraživanja još jednom podupiru jačanje partnerstva liječnika i bolesnika poticanjem zajedničke odgovornosti i liječnika i bolesnika. Nekoliko nedostataka može se istaknuti u ovom istraživanju. Jedna od slabosti je uzorkovanje bolesnika. Birani su oni bolesnici koji su bili pokretni s nižim stupnjem komplikacija, tako da nisu utvrđena zdravstvena uvjerenja bolesnika sa jačim stupnjem komplikacija, koja bi mogla pridonijeti temama proizašlim iz analize rasprava naših fokus grupe.

Nadalje, odabirani su bolesnici koji su željeli sudjelovati u raspravi, čime je moguće da su isključeni oni koji izbjegavaju društvo, koji su introvertirani ili ne žele razgovarati o sebi.

Tehnika fokus grupa korištena je u ovom istraživanju obzirom da ona potiče raspravu među sudionicima

koja može potaknuti interakciju i razumijevanje njihovih osobnih uvjerenja, mišljenja i stavova te omogućava sudionicima da promjene svoje mišljenje kroz razgovor s drugom osobom (Morgan, 1992). Provodenje fokus grupe te potom analiza podataka, izvršene su uz pažljivo pridržavanje metodoloških načela. Moguće je priložiti odredenu kritiku na validaciju rezultata, jer proizašle teme nisu bile validirane pružanjem na uvid sudionicima fokus grupe. Unatoč navedenom, broj fokus grupe zasigurno je bio dovoljan kako bi se postiglo zasićenje podataka, tako da je postignuta dobra unutarnja validnost istraživanja.

Rezultati ovog istraživanja još jednom podupiru važnost bolesnikova poznavanja ŠBT2 i liječenja, bolesnikovih zdravstvenih uvjerenja i stavova, socijalnog konteksta njegova života, jačanje partnerstva liječnika i bolesnika poticanjem zajedničke odgovornosti i liječnika i bolesnika te dobre organiziranosti i dostupnosti zdravstvene službe.

Kako adherencija na liječenje ostaje važan problem, potrebna su nova istraživanja koja će procjeniti različite aspekte intervencija koje potiču adherenciju bolesnika.

Referencije

Amos, AF, McCarty, DJ & Zimmet, P 2010, 'The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010', *Diab. Med.* Vol. 14 (Supp 15), pp.S1–S85.patient-centred care?", *Med J Aust.* Vol. 179, pp.253-6.

Brown, JB, Harris SB, Webster-Bogaert, S, Wetmore, S, Faulds, C & Stewart M 2002, 'The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus', *Fam Pract.* vol. 19, pp. 344-9.

Dietrich, UC 1996, 'Factors influencing the attitudes held by women with type 2 diabetes: a qualitative study', *Patient Education and Counseling* vol. 29, pp.13-23.

Edelstein J & Linn MW 1987,'Locus of control and the control of diabetes', *Diabetes Care.vol.* 10, pp.170-179.

Funnel, MM, Anderson, RM & MSJAMA 2000, 'The problem with compliance in diabetes, *JAMA*, vol. 284, pp.1709.

Gillibrand W, Flynn M & 2001, 'Forced externalization of control in people with diabetes:a qualitative exploratory study', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34, no. 4, pp.501-510.

Golin, CE, DiMatteo MR, & Gelberg, L 1996, 'The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care', *Diabetes Care*, vol. 1, pp. 1153-64.

Göz, F, Karaoz S, Goz, M, Ekiz, S & Cetin,, I 2007, 'Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life', *J Clin Nurs.* Vol. 16, no. 7, pp.1353-60.

Hampson, SE 1997, 'Illness representations and the self-management of diabetes, n: Petrie KJ, Weinman JA, eds. *'Perceptions of health and illness: current research and applications.* Amsterdam', Harwood Academic Publishers, pp. 323-47.

Hernandez, CH, Antone, I & Cornelious I 1999, 'A Grounded Theory Study of the Experience of Type 2 Diabetes Mellitus in First Nations Adults in Canada', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 3, pp. 220-228.

Hirani, SP & Newman, SP 2005, 'Patients beliefs about their cardiovascular disease', *Heart*, vol. 91, pp.1235-39.

Hung DJ, Glasgow, RE, Dickinson M, Froshaug, DNB, Fernald, DH, Balasubramanian, BA & Green, LA 2008, 'The Chronic Care Model and Relationship to Patient Health Status and Health –Related Quality of Life, *Am J Prev Med* vol. 35. No. 5. pp. 398-406.

Jedlicka-Kohler, I, Gotz, M & Eichler, I 1996, 'Parents recollection of the initial communication of the diagnosis of cystic fibrosis', *Pediatrics*, vol. 97, pp.204-9.

Johnson, JE, Fieler, VK, Wlasowicz CG et al. 'The effects of nursing care guided by self regulation theory on coping with radiation therapy', *Oncol Nurs Forum*, vol. 24, pp. 1041–1050.

- Katić M, Tiljak H, Vučak J, Turk-Štajtenberger V & Soldo, D 2003, 'Croatian Family Medicine Research Club-Experiencein creating research network, in Book of abstracts,Wonca Region Europe and Slo-vene Family MedicineSociety. WONCA Europe 2003. 9th European Society of General Practice/ Family Medicine Regional Conference.The Future Challenges of General Practice/*Family Medicine* 2003, Ljubljana : Zbirka PIP Zdru_enje zdravnikovdru_inske medicine-SZD Ljubljana, pp. 284.
- Kelleher, D 1988, 'Coming to terms with Diabetes:coping strategies and non-compliance, in Living with Chronic Illness', Experience of Patients and Their Families, Unwind Hyman, London 1988, pp.137-155.
- Kinmonth, AL, Griffin, S & Wareham, NJ 1999, 'Implications of the United Kingdom prospective diabetes study for general practice care of type 2 diabetes', *Br. J. Gen. Pract.* pp. 692-694.
- Marinke, M 1997, From compliance to concordance, in: Achieving Shared Goals in Medicine Taking, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London, 1997.
- McDonald, HP, Garg, AX & Haynes, RB 2002, 'Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions:scientific review', *JAMA*. Vol. 288, pp.2868-79.
- McLean, J, Pietroni, P 1990, 'Self-care-who does best?' *Soc Sci Med.* vol. 30, pp. 591-596.
- Morgan, DL 1992, Designing focus group research, in: Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, Norton PG, eds. Tools for primary care research., Newbury Park, *Sage publication*, pp. 203-30.
- Munro, SA, Lewin, SA, Smith HJ, Engel, ME, Fretheim A & Volmink, J 2007, 'Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research' *PLoS Med.* vol. 24, 4 no. 7, e238.
- O'Connor, PJ, Crabtree, BF & Yanoshik, MK 1997, 'Differences between diabetic patients who do and do not respond to a diabetes care intervention: a qualitative analysis', *Fam Med.* Vol. 29, pp. 424-8.
- Parry, O, Peel, E, Douglas, M & Lawton, J, 'Patients in waitinol. g: a qualitative study of type 2 diabetes patients' perceptions of diagnosis', *Fam Pract.* vol. 21, no. 2, pp.131-6.
- Paterson, B, Thorne, S, Crawford, J & Tarko, M, 'Living with Diabetes as a Transformational Experience', *Qual Health Res*, vol. 9, pp. 786-802.
- Peel, E, Parry, O, Douglas, M & Lawton, J, 'Diagnosis of type 2 diabetes:a qualitative analysis of patients emotional reactions and views about information provision', *Patient Education and Counseling*, vol. 53, pp. 269-275.
- Pendleton, D, Schofield, T & Tate, P & Havelock, P 2004, The New Consultation Developing doctor-patient communication.New York:Oxford University Press.
- Peyrot, M & Rubin, R 1994, 'Structure and correlates of diabetes-specific locus of control', *Diabetes Care*, Vol. 17, no. 9, pp.994-1001.
- Peyrot, MF & McMurry, JF 1992, Stress buffering and glycemic control. The role of coping styles, *Diabetes Care*, vol. 15, no. 7, pp.842-6, ili Bradley, C, Lewis K, Jennings, A, Ward, J 1990, 'Scales to measure perceived control developed specifically for people with tablet-treated diabetes', *Diabetic Med.* vol. 7, pp. 685-694.
- Pope, C, Ziebland, S & Mays, N 2000, 'Qualitative research in health care. Analysing qualitative data', *BMJ*. Vol. 320, pp.114-6.
- Ratzmann, KP & Schimke, E 1995, 'Incidence of severe hypoglycemiain relation to metabolic control and patient knowledge' [in German], *Med Klin*. Vol. 90, pp. 557-61.
- Roossens, JP, Poulalion L, Beigbeder, I, Fesquet, E & Becel, B, 'Identification of factors hindering better management of patients with type 2 diabetes' [in French], *Diabetes Metab.* Vol. 26, Suppl 6, pp. 77-85.
- Schectman, JM, Nadkarni, MM & Voss, JD, 'The association between diabetes metabolism control and drug adherence in an indigent population', *Diab. Care* vol. 25, pp. 1015-1021.

Speight, J & Bradley, C, 'The ADKnowl: identifying knowledgedeficits in diabetes care', *Diabet Med.* Vol. 18, pp.626-33.

Toombs, K 1993, 'The meaning of illness. A Phenomenological Account of the Different Perspective of Physicians and Patients', Kluver Academic, London 1993.

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group 1998, 'Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)', *Lancet*, vol. 352, pp. 837–853.

Vermeire, E, Hearnshaw, H, Rätsep, A, Levasseur, G, Petek D, van Dam, H, 'Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTANCE)', *Prim Care Diabetes.* 2007 vol. 1, no. 1, pp. 25-33.

Vermeire, E, Hearnshaw, H, Van Royen P & Denekens, J, 'Patient adherence to treatment: three decades of research.5 A comprehensive review', *J. Clin. Pharm. Ther.* Vol. 26.

Vinter-Repalust, N, Petricek & G, Katić, M, 'Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study', *Croat Med J.* Vol. 45, no. 5, pp.630-6.

Von Korff, M, Gruman, J, Schaefer, J, Curry SJ & Wagner EH, 'Collaborative management of chronic illness', *AnnIntern Med.* Vol. 127, pp.1097-102.

Weingarten, SR, Henning, JM, Badamgarav, E, Knight K, Hasselblad, V, Gano A Jr et al. 2002, 'Interventions used in disease management programs for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports', *BMJ.* Vol. pp. 325:925.

Oči u oči s pacijentom - profesionalna osposobljenost liječnika obiteljske medicine za etičke probleme

Lucija Murgić

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Formulacija problema

Etika nije egzaktna znanost i stoga ne začuđuje negdje kad se o tome postavi pitanje: neki su zbuljeni i ne znaju što je ispravno dok neki znaju što bi trebali, ali to ne rade, treći nemaju svoje mišljenje i ne zanima ih to područje dok četvrti rade po svome. Naime, zadnjih par desetljeća, uslijed ubrzanog razvoja tehnologije te temeljnih i kliničkih medicinskih znanosti, u suvremenoj medicinskoj praksi dolazi do pojave brojnih novih, ali i ponavljanja starih etičkih pitanja i izazova (Zurak, 2007; Zurak 1999). Isto tako, u svakodnevnom govoru kao i u moru kvantitativnih istraživanja koja nas svakodnevno obasipaju i oblikuju naš prirodoznanstveni, racionalistički mentalitet, pojam *osposobljenost* sve se češće koristi. Studenti medicine se osposobljavaju za ulogu liječnika, za razne procedure i protokole, ukratko osposobljuju se za preuzimanje svoje profesionalne uloge. Dio te uloge je i etično ponašanje. Razvoj profesionalne etičnosti, kao temeljne osposobljenosti svakog liječnika, postao je redovna sastavnica kataloga znanja i vještina medicinskih fakulteta (Goldie, 2000). Općeniti ciljevi navedene nastave su podići svijest o etičkim vrijednostima i konfliktima, educirati studente o osnovnim etičkim principima, profesionalnim obavezama i zakonima te ih osposobiti za kliničko rasuđivanje i odlučivanje prema etičkim principima (Manson, 2008). Ipak, liječnicima, a posebno studentima naviklima na prirodoznanstvenu metodologiju i sve učestaliju primjenu smjernica, mahom je teško razumljiva i konkretno neprimjenjiva medicinska etika kao filozofska disciplina, odnosno sadržaj za koji bi trebali biti osposobljeni. Zato je i sam predmet, medicinska etika, kako na dodiplomskoj razini tako i na poslijediplomskoj razini obezvrijeden, marginaliziran, ali i kritiziran.

Istraživanje sam započela sa ciljem sakupljanja i analiziranja iskustava etičkih konfliktata, odnosno priča koje sadrže konkretne etičke probleme s kojima se susreću liječnici u svojoj praksi. Poseban naglasak je stavljen na prepoznavanje i percepciju navedenog problema od strane liječnika obiteljske medicine, kao i na njihov način reagiranja, odnosno ponašanja u navedenoj situaciji. S obzirom na, općenito, vrlo raznolike osobne moralne stavove, bilo je potrebno istražiti koje su to sastavnice profesionalne osposobljenosti za etično djelovanje u svakodnevnom radu liječnika, posebno liječnika obiteljske medicine koji, zbog njihovog specifičnog načina rada, poznavanja i odnosa sa svojim pacijentima mogu biti osjetljiviji i bolje se snaći s tim aspektom liječničke prakse (Robillard, 1989). Krajnji je cilj istraživanja bio pronaći elemente na koje se može edukativno djelovati za vrijeme studija i/ili specijalizacije kako bi se unaprijedilo profesionalno etično ponašanje liječnika. U ovom se istraživanju, stoga, nastojalo istražiti bitne elemente osposobljenosti za rješavanje etičkih konfliktata, kao profesionalne obaveze liječnika nasuprot vlastitim moralnim stavovima i osobnom sustavu vrijednosti.

Kvalitativna obrada

Ovo istraživanje, predviđeno kao prvi dio opširnijeg istraživanja profesionalne etičke osposobljenosti studenata medicine, provedeno je kvalitativnom metodom fokus grupe (Milas, 2005). Sudionici triju zasebno provedenih fokus grupe bili su 1) devet liječnika obiteljske medicine za vrijeme trajanja poslijediplomskog specijalističkog studija iz obiteljske medicine 2) devet studenata šeste (završne) godine medicine za vrijeme turnusa iz medicinske etike te 3) osam pacijenata članova

Hrvatske udruge mijasteničara, Zagreb. Svi sudionici su dobrovoljno sudjelovali te, osim toga, nije bilo posebnih isključnih kriterija. U istraživanju se vodilo računa o zaštiti identiteta ispitanika na način da su sve informacije iznijete za vrijeme rada s fokus grupama bile anonimizirane. Svi sudionici su prije izvođenja fokus grupe bili upoznati s metodologijom rada grupe i ciljevima istraživanja te su potpisali prikladni formular (informirani pristanak). Razgovor je vodio educirani liječnik, specijalizant obiteljske medicine, istraživač. Grupa je ukratko upoznata sa ciljem razgovora te su svi sudionici potaknuti na iznošenje svojih mišljenja. Navedeni način prikupljanja informacija proveden je s osnovnom idejom da su mnoge subjektivne strukture i determinante osoba čvrsto utkane u sociopsihološki kontekst datog problema pa grupne diskusije omogućuju probijanje psiholoških barijera kako bi se dospjelo do grupnih stavova i ideja (Vuletić, Kern, 2011).

Razgovor je sniman zvučnim zapisom i voden prema unaprijed određenim pitanjima, sukladno ciljevima istraživanja. Pitanja su se odnosila na dosadašnja iskustva susretanja s etičkim problemima i konfliktima za vrijeme studija medicine, samostalnog rada u ambulanti ili na iskustva pacijenata za vrijeme njihovog liječenja. Nadalje, kroz pitanja su se analizirale njihove reakcije i postupci u etičkim nedoumnicama te njihova mišljenja o vlastitim manjkavostima u navedenim postupcima, kao i problemima u dosadašnjoj edukaciji iz tog područja. S obzirom na širinu područja koju medicinska etika obuhvaća, ovo se istraživanje usredotočuje na elemente medicinske etike koji se odnose na autonomiju pacijenta tj. čuvanje liječničke tajne, pravo pacijenta na istinu i informirani pristanak.

Audiozаписи су transkribirani, obradeni i sistematizirani. Prilikom obrade podataka, radilo se uvijek imajući pred očima teorijski okvir istraživanja, to jest istraživačko pitanje koje je navedeno u naslovu rada. Iako je istraživanje provedeno samo unutar tri fokus grupe, dobiven je dobar uvid u najčešće etičke konflikte i načine njihovih rješavanja te je postignuto zasićenje u sljedećim sadržajima: a) Uočena su očekivanja pacijenata kao krajnjih korisnika zdravstvene zaštite. b) Opisani su konkretni problemi i obrasci ponašanja u suočavanju s etičkim

problemima liječnika obiteljske medicine koji imaju ulogu kontinuirane i sveobuhvatne skrbi svojih pacijenata. c) Također, istražena su razmišljanja studenata završne godine medicine, kao svježih proizvoda medicinskog fakulteta od kojih će se velik broj u skoroj budućnosti susresti s izazovom osobnog rješavanja navedenih problema kao liječnici obiteljske medicine.

Analiza

U prvom krugu analize provedeno je simultano kodiranje, odnosno pridjevanje više kodova istom kvalitativnom podatku (Saldana 2010). Radi se kombinaciji *in vivo* (doslovno kako ispitanici govorile) i strukturalnog kodiranja prema već postojećoj taksonomiji podjele moralnih problema, odnosno klasificiranju podataka prema svome sadržaju (tablica 1.). Uz to, provedeno je i kodiranje prema vrijednosnim stavovima (*value coding*) kako bi se označili ispitanikovi vrijednosni sudovi, stavovi i vjerovanja ispitanika. Tablično je prikazan teoretski okvir etičkih kategorija koje su kao takve navedene prema literaturi, a prepoznate od strane ispitanika kao konkretni problemi s kojima se susreću liječnici u svojoj praksi, odnosno pacijenti za vrijeme svog liječenja.

Drugi krug obrade teoretski podrazumijeva apstrahiranje i klasifikaciju podataka te stvaranje nove teorije ili uklapanja podataka u postojeću teoriju. U ovom istraživanju, povezivanjem podataka i analizom kategorija koje su se pokazale važnima, uočena je i definirana *etička sposobljenost* odnosno pojam *sposobljenost za rješavanje etičkih problema* kao složeni pojam koji poput kišobrana obuhvaća sve dijelove procesa postupanja u etički konfliktnim situacijama i rješavanja navedenog problema (tablica 2.). Sukladno navedenom, tablica 2. je nastala obrnutim putem analize podataka. Ona prikazuje matricu prepoznatih kategorija (sastavnica) koje su proizašle iščitavanjem i analizom tekstualnih podataka, a koji zajedno tvore makrokategoriju (profesionalna) sposobljenosti za rješavanje etičkih problema. Svi su ispitanici bili sudionici etičkih problema, bilo kao subjekti (pacijenti) promatrači ili profesionalci koji moraju donijeti odluku o postupku u navedenoj situaciji.

"I ja sam baš kao mladi liječnik bila u strašnim moralnim dilemama što i kako napraviti i onda sam jednostavno kroz praksu spoznala da nema pravila. Da u svakom slučaju treba individualno pristupiti."

(Specijalizant)

Također, svi su ocijenili važnom ulogu medicinske etike u liječničkoj djelatnosti, ali na žalost i njezino često kršenje, bilo iz neznanja ili nebrige. Prilikom opisa slučaja s kojim su se susreli većina je reagirala emotivno. Općenito, opisujući pojedine skupine i njihova iskustva, specijalizante obiteljske medicine moglo bi se opisati kao praktičare koji iznose vrlo konkretnе etičke probleme na koje su vrlo emotivno vezani i često su u nedoumici kako reagirati. Kroz praksu su proizveli obrasce reagiranja koji nisu nužno etički ili stručno ispravni, ali za pojedinog doktora predstavljaju najprikladniji način reagiranja (po savjeti, linija manjeg otpora, utjecaj iskusnijeg kolege).

"Općenito, ali pogotovo mi u obiteljskoj medicini često se nalazimo u tim situacijama priopćavanja loših vijesti i u sličnim nekakvim nedoumicama... Mislim da smo mi svakodnevno izloženi tim situacijama. Na kraju se sve svede da svatko odluči individualno, pa sad, što Bog da."

(Specijalizant)

Studenti su, sukladno svome (ne)iskustvu, iznosili ponajviše općenite slučajeve vezane za kršenje liječničke tajne i informiranog pristanka, a konkretna iskustva su se odnosila na sudjelovanje studenata u kliničkom radu i interakciji s pacijentima.

"Za vrijeme nastave kirurgije u sali ukazala mi se prilika zaštititi pacijenta. U toj situaciji nisam uopće razmišljao o informiranom pristanku... više me je bilo strah, nego da razmišljam o nekakvim etičkim načelima. Vjerojatno i zato što me kirurgija zanima, pa mi je to dobro došlo da imam neko iskustvo..."

(Student)

Osim toga, studenti su najčešće komentirali općeniti manjak i neprikladnost komunikacije između liječnika i pacijenta što zahvaća i uzrokuje problem unutar sva tri elementa autonomije pacijenta. Isti problem su i pacijenti ocijenili kao veliki manjak koji ulazi u etičku domenu. Njihove primjedbe, u pravilu, su bile vezane za etičke probleme s kojima

se susreću u bolničkim ustanovama, a neznatno u interakciji sa svojim liječnikom obiteljske medicine. Za liječnike obiteljske medicine pitanje informiranog pristanka se nije pokazalo kao bitna tema, jer smatraju da općenito u njihovom radu nema invazivnih postupaka koji bi zahtijevali potpisivanje spomenutog obrasca. Ipak, većina ih je imala iskustvo s pacijentima od kojih su tražili potpisani pristanak, najviše zbog nepristajanja na daljnje dijagnostičke ili terapijske postupke. Uz studente i specijalizanti su izrazili potrebu za nekom vrstom etičkih smjernica koje bi im otkrile kako načelno postupiti u danoj situaciji.

"U nastavi se obično otvori neko etičko pitanje gdje svatko ima svoje stajalište... nema tu nekog točnog odgovora... ali mislim da bi tu trebao biti neki protokol, neka vrsta smjernica kojih bi se mogli držati i koje bi nas uputile kako u toj situaciji postupiti... barem za neke česte situacije."

(Student)

Svakako je značajno i pitanje motivacije za usvajanje etičkih principa koje je jedna specijalizantica sažela:

"Mi na fakultetu ne razmišljamo u tom smjeru. Više si opterećen mišlju kako da nikoga ne ubiješ, gledaš doze... nije ti mozak spremjan za to. Ali kad počneš raditi sa konkretnim ljudima etički problemi jednostavno postanu bitni."

(Specijalizant)

Osim toga, za vrijeme edukacije moguće su i nepoželjne posljedice u smislu srozavanja studentovih moralnih stavova (Fox, 1995). Ta je pojava zabilježena i u literaturi, a svjesni su je i sami studenti:

"Mislim da se kroz fakultet naši stavovi promijene na gore... Kada učimo, svi bi mi htjeli da sve bude divno i krasno, ali u stvarnom životu to nije tako, već je puno komplikiranije nego izgleda na prvi pogled. I onda, hoćeš-nećeš ... upiješ to ponašanje i mi zbilja promijenimo svoje ponašanje na gore. Odnosno, više se držimo pravnih stvari da štitimo sami sebe nego brinemo o pravima pacijenata."

(Student)

Osim pojedinih negativnih primjera liječnika i mentora, kao uzora koje studenti više ili manje

oponašaju, srozavanje moralnih stavova nakon ulaska studenta na kliniku može biti uzrokovano i pretjeranim usmjeravanjem na čisto kliničku simptomatologiju i klasifikaciju u dijagnoze:

Na trećoj godini, nakon prve 2-3 bazične godine kad jedva čekamo hoćemo li što vidjeti... kod pacijenta... mislim da u tom hodu od 3. do 5. godine gubimo osjećaj za osobu jer se nama sve svede na to da želimo čuti šum na srcu, da želimo isipati splenomegaliju... i sve promatramo kroz jednu medicinsku sliku, dok same osjećaje zanemarimo. Tu se gubimo, jer se sve svede na to koliko će pacijenata obraditi, koliko dijagnoza... a manje mi je bitna osoba...

(Student)

Ipak, situacija nije tako sumorna i beznadna. Ispitanici studenti, a posebice specijalizanti obiteljske medicine, pokazali su veliko zanimanje za etičke sadržaje te interes za (daljnje) osposobljavanje u tom području kako bi mogli profesionalno obavljati svoj posao. Osim toga, bili su i vrlo konkretni u definiranju problema i predlaganju mogućih rješenja za unapređenje spomenute edukacije. Zanimljiva činjenica je što su i studenti i liječnici ukazali na nedostatak nekog oblika etičkih smjernica koji bi im olakšali proces donošenja odluka u etičkim dilemama. Poznato je da su u kliničkim djelatnostima sastavljene razne smjernice koje mogu biti dragocjena pomoć, posebno početnicima, u rješavanju kliničkih slučajeva. Stoga je na prvi mah normalan zahtjev za sličnim smjernicama koje bi opisale postupak u etičkoj dilemi. S druge strane, moglo bi se raditi o pogrešnom tumačenju etike kao filozofske discipline ako bi je htjeli ograničiti na sastavljanje smjernica kao nekih gotovih formula o tome kako postupiti. U tom bi slučaju jako okrnjili cjelokupno etičko promišljanje koje je važan element etičkog djelovanja.

Na kraju, treba spomenuti još jedan važan čimbenik koji je utkan u sve navedene postupke, a to je motiviranost, pokretačka snaga svekolikog pa tako i etičnog postupanja. Specijalizanti obiteljske medicine su, iskazanom potrebom i željom za profesionalnim osposobljavanjem u tom području, pokazali zainteresiranost za etično postupanje. Čini se da je razlog njihove dobre motiviranosti konkretna osoba, pacijent koji je njega izabrao kao svog obiteljskog liječnika.

Praktična primjena rezultata istraživanja

Ovo je istraživanje potvrđilo da su etički problemi neizostavan dio liječničke djelatnosti te da su, potencijalno, vrlo kompleksni i slojeviti. Navedeni konflikti se ne događaju samo u bolnicama, odnosno kliničkim ustanovama, nego su i svakodnevni problem s kojim se susreću liječnici obiteljske medicine. Istraživanje je pokazalo, a literatura potvrđuje, problem nedostatne osposobljenosti za rješavanje spomenutih situacija (Christakis, 1993). Mladi, tek završeni liječnici imaju raznolike stupnjeve kompetencije i smjelosti u rješavanju etičkih dilema (Manson, 2008). Znanje iz medicinske etike dobiveno tijekom dodiplomske nastave je krne u smislu kvalitete i konzistentnosti (Homenko 1997). Edukacija iz medicinske etike unutar dodiplomske nastave, koja se odvija pretežno u kliničkim ustanovama na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, nije dovoljno specifična za probleme koji se javljaju u skrbi za pacijente u obiteljskoj medicini. Osim toga, naučena teorija ne može sama riješiti te probleme baš kao ni samo liječnikovo iskustvo, intuicija ili zdrava logika. Stoga je bitno osposobiti liječnike na svim prepoznatim razinama procesa etičnog djelovanja: od senzibiliziranosti i prepoznavanja problema, preko njegovog razumijevanja i teorijskog znanja te davanja odgovora na pitanja što i kako napraviti do motivacije za postupiti etički ispravno, to jest profesionalno. Za to je potrebna posebno prilagođena i organizirana edukacija i specifično osposobljavanje liječnika koji rade u obiteljskoj medicini kao dio njihovog specijalističkog usavršavanja ili kao dio njihove trajne, cjeloživotne edukacije. Ili oboje.

Tablica 1. Teoretski okvir: kategorije etičkih problema prema stručnoj podjeli koji su prepoznati kao konkretni primjeri iz prakse.

	LOM	Studenti	Pacijenti
Kategorija: Etički problemi s	1) liječnička tajna Izdavanje doznaka sa naznačenom šifrom bolesti Znatiželja neovlaštenih za otkrivanjem dijagnoze (poslodavac, bivši supružnik, susjed) Potreba otkrivanja dijagnoze radi zaštite zajednice Upisivanje stigmatizirajuće dijagnoze na potvrde 2) pravo na istinu Priopćavanje istine o teškoj bolesti pacijentu - kada, kako, koliko i kome reći? Prebacivanje zadatka priopćavanja na drugoga (specijalista/LOM) Izdavanje liječničkih potvrda pacijentima sa kroničnim bolestima (vozačka dozvola ili nošenje oružja bolesnika s epilepsijom ili PTSP) 3) informirani pristanak Nasilje u obitelji - kako postupiti	1) liječnička tajna Kršenje pacijentove privatnosti (uzimanje i referiranje anamneze te izvođenje zahvata pred drugim pacijentima) 2) pravo na istinu Nepriopćavanje istine (o malignoj bolesti ili kroničnoj bolesti) pacijentu 3) informirani pristanak Netraženje suglasnosti pacijenta za sudjelovanje studenta Lažno predstavljanje studenta kao mladih doktora Prava pacijenata u kliničkim ustanovama Sudjelovanje djece i teško bolesnih, komatoznih pacijenata kojima je to opterećenje ili ne mogu dati pristanak Grubo ponašanje prema pacijentima Depersonalizacija pacijenata	1) liječnička tajna Neprikladno ponašanje i razgovor pred pacijentom Nepoštivanje privatnosti 2) pravo na istinu Korištenje medicinskih termina koje pacijenti ne razumiju i koji ih dodatno straže Lažna opravdanja ili šutnja prilikom neuspjeha/komplikacija liječenja Nepotpuno otpusno pismo Dugo čekanje na otpusno pismo Nevjerovanje pacijentima o subjektivnim simptomima i općenito neslušanje anamneze Konflikti i iznošenje različitih stavova liječnika pred pacijentom 3) informirani pristanak Pristanke za zahvate donosi sestra i slabo ih se informira Nedovoljna komunikacija s pacijentom i upoznavanje sa svim relevantnim informacijama Nepristupačnost liječnika
Kategorija: ekspertizni problemi	Zaboravljanje Nezainteresiranost za vrijeme studija Nastava previše teoretska Usmjereno na pravnu zaštitu Nedostatne komunikacijske vještine Nastavnici kliničari rijetko govore o etičkim problemima Nastavnici kliničari nerijetko postupaju neetično Usmjereno edukacije na bolest, a ne na osobu	Neodgovarajuća organizacija nastave i izbor tema Nakon diskusije nema definiranja etički prihvatljivog/neprihvatljivog ponašanja Nepostojanje smjernica za etičko postupanje Student želi steći iskustvo i dobro mišljenje nastavnika, pa su etički problemi u drugom planu U praksi informacije usmjerene na zaštitu od pravnih posljedica, a ne na etičnost Nastavnici kliničari često jedno govore, a drugčije postupaju Dolaze na studij s već formiranim moralnim načelima	Usredotočenost na bolest, a ne na osobu Usmjerenost na znanost, a ne na osobu Usmjereno na znanost, a ne na osobu

Kategorija:	Prosudba etičkih kompeten-cija prije upisa na fakultet	Rad u malim grupama s men-torom	Posvetiti više vremena i saslušati pacijenta
Prijedlozi za unaprjeđenje etičkih kompetencija	Učenje na konkretnim slučajevima Edukacija iz etike integrirana u sve kliničke predmete i module Naglašavanje etičkih problema za vrijeme studija radi veće senzibilizacije Rad u grupama s mentorom (za vrijeme studija i nakon)	Diskusija o konkretnim etičkim temama po vlastitom izboru, nakon čega se definira poželjno etičko ponašanje Čuti iskustva pacijenata	Naučiti komunicirati s pacijentom (prihvatljiva terminologija)

Tablica 2. Matrica kategorija proizašlih analizom teksta

Makrokategorija	Kategorije	Mikrokategorije
Ospozobljenost za etičke probleme	Senzibiliziranost	Iskustvo (osobno kao pacijent, osobno iz prakse, iskustvo kolege) Edukacija (medicina, socijalna medicina, legislativa) Mediji Smjernice
	Prepoznavanje konkretnog problema	Trening
	Razumijevanje problema	Intuicija
	Razlikovanje pozadine problema	Snaga morala
	Znanje	Komunikacijske vještine
	Sposobnost	Okolina
	Želja	Motivacija

Referencije

- Christakis, DA & Feudtner, C 1993, 'Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront', *Acad Med*, vol. 68, no. 4, pp. 249-.
- Fox, E, Arnold RM & Brody, B 1995, 'Medical ethics education: past, present, and future', *Acad Med* vol. 70, no.9, pp.761-9.
- Goldie, J 2000, 'Review of ethics curricula in undergraduate medical education', *Med Educ*, vol. 34, no. 2, pp.108-19.
- Homenko, DF, Kohn M, Rickel T & Wilkinson ML 1997, 'Student identification of ethical issues in primary care', *Med Educ*, vol. 31, no. pp. 41-4.
- Manson H. The Need for Medical Ethics Education in Family Medicine Training. *Med Ethics* 2008; 49:658-664.
- Milas, G 2005, *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
- Robillard, HM, High, DM, Sebastian, JG, Pisaneschi, JI, Perritt, LJ & Mahler, DM 1989, 'Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions', *J Community Health*, vol. 14, no. 1, pp.9-17.
- Saldana, J, 2010, The coding manual for qualitative researchers, London: SAGE publications.
- Vuletić, S & Kern J, *Osnove metodologije javnozdravstvenih istraživanja*, Zagreb: Skripta za Poslijediplomski studij: Javno zdravstvo – Akad. God.2011/12.
- Zurak, N ur. *Medicinska etika*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet i Merkur A.B.D.; 2007.
- Zurak, N, Derežić, D & Pavleković, G 1999, 'Students' opinions on the medical ethics course in the medical school curriculum', *J Med Ethic*, vol. 25, no.1, pp. 61-2.

Kvalitativna analiza eseja o motivima za pristupanje tečaju „Umijeće medicinske nastave“

Neda Pjevač

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Uvod

Medicinsko obrazovanje je proces, a trajno usavršavanje njegov nazuži dio. Svi stupnjevi i oblici medicinske edukacije (diplomska nastava, poslijediplomski studij, specijalističko i trajno usavršavanje) međusobno su povezani. Na različitim razinama, međutim, postoje osobitosti, kako u ciljevima, zadacima i očekivanjima, tako i u odgovornosti, motivaciji te načinu i organizaciji provođenja (Pavleković 1991, Abbat 1988, Caplan 1983, Continuing education of health personnel. Report on Working group Copenhagen 1976). Trajno usavršavanje zdravstvenih djelatnika dio je njihove profesionalne uloge i čini jedinstvenu i povezanu cjelinu s osnovnim, poslijediplomskim i specijalističkim usavršavanjem. Ocjena potreba i sadržaja važan su dio u planiranju organizirane provedbe trajnog usavršavanja. Pri tome se polazi od iskustava, zahtjeva i mišljenja zdravstvenih radnika te povezivanja sa znanošću, teorijom i legislativom (Pavleković 1991).

Medicinska edukacija koja u sebi objedinjuje spoznaje iz općeg obrazovnog procesa, ali i one iz specifičnog zdravstvenog područja, postaje sve prominentnija znanstvena disciplina kojoj je svrha i cilj osiguranje i unaprjeđenje kvalitete obrazovnog procesa zdravstvenih profesionalaca (Gruppen 2003). Kao i kod drugih znanstvenih disciplina i kod medicinske edukacije važna su dva aspekta razvoja. Prvi su teorijske spoznaje nastale na temelju istraživanja ili teorijske konceptualizacije. Drugi aspekt je primjena teorijskih spoznaja u različitim fazama procesa obrazovanja zdravstvenih radnika. Jedna od faza je i obrazovanje zdravstvenih radnika, sadašnjih ili budućih, nositelja nastavnog procesa. Modeli obrazovanja koji se primjenjuju

u medicinskoj edukaciji nastavnika u svijetu su različiti (Frohna 2006) dok je kod nas ova disciplina još uvijek u razvoju. Pored iskustava proizašlih iz djelatnosti Hrvatskog društva za medicinsku edukaciju (HDME) i Zavoda za nastavnu tehnologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, malo je drugih iskustava kod nas koji ukazuju na kontinuiran rad na ovom području.

Cilj ovog istraživanja bio je definirati osnovne edukativne potrebe, odnosno očekivanja od organiziranog tečaja te razloge dolaska, odnosno motivaciju za pohađanje tečaja *Umijeće medicinske nastave* na temelju eseja polaznika.

Ispitanici i metode

Podaci za kvalitativnu analizu dobiveni su iz eseja koje su polaznici morali priložiti uz prijavu za sudjelovanje na tečaju *Umijeće medicinske nastave*. U kratkom eseju, od 300-500 riječi, polaznici su trebali napisati razloge dolaska na tečaj i očekivanja od tečaja. U analizi esejom dobivenih kvalitativnih podataka korištena je metoda „utemeljene teorije“ (engl. *grounded theory*).

U istraživanju su korišteni podaci o polaznicima organiziranog programa trajnog usavršavanja, tečaja *Umijeće medicinske nastave*, koji se nalaze u arhivi Hrvatskog društva za medicinsku edukaciju u vremenu od 2002. godine do 2010. godine. Iako su polaznici tečaja bili nastavnici sa svih medicinskih fakulteta u Hrvatskoj, u analizi su korišteni samo podaci o polaznicima koji su nastavnici Medicinskog fakulteta u Zagrebu (222 nastavnika). To su bili nastavnici u različitim područjima rada (pretklinika, klinika i javno zdravstvo) te na različitim stupnjevima

u razvoju nastavničke karijere (od znanstvenih novaka do profesora).

Analiza na principima „utemeljene teorije“ predstavlja jedan od najutjecajnijih modela kvalitativne analize podataka, a koristi se još od 1967. godine (Ford 1989). Obuhvaća niz induktivno-deduktivnih strategija za analizu podataka suprotstavljajući se tradicionalnom logičko-deduktivnom principu istraživanja (Halmi 2005). U cilju pravilnog i potpunog razumijevanja sadržaja teksta (i konteksta) provodi se vrlo detaljna analiza podataka: riječ po riječ, red po red, čime se ostvaruje vjerodostojnost i izbjegava zauzimanje istraživačeva stava ili kritike prema podacima (Patton 1987). Relacija tekst – kodovi – kategorije je osnovna relacija kvalitativne analize.

Kao kod svih kvalitativnih metoda i u analizi teksta prema „utemeljenoj teoriji“ radilo je više istraživača. U ovom istraživanju su sudjelovala tri istraživača. Glavni istraživač i dva nezavisna istraživača napravili su samostalno kompletну analizu tekstova. Zatim su usporedivali svoje kodove, kategorije, konцепције i proizlazeće teorije. Ako neki od kodova nije bio jasan, ponovno su se, metodom konstantne usporedbe, vraćali na tekst i provjeravali njegovo značenje sve do trenutka kada su sve nejasnoće bile razjašnjene.

U konačnici su dobiveni usaglašeni (istoznačni) kodovi, usaglašene kategorije, koncepti i proizlazeće teorije. Nakon navedenog postupka, glavni istraživač je samostalno napravio, uz opservaciju drugog istraživača (mentora), konačnu verziju dobivenih rezultata baziranih na „utemeljenoj teoriji“ slijedeći načela autora Glasera i Strausa (Straus 1987).

Rezultati

Prema spolu, 43,3% ispitanika je muškog, a 56,7% ženskog spola, prosječne starosti od 45 godina. Polaznici tečaja bili nastavnici svih 35 predmeta diplomskog studija medicine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Najveći broj nastavnika polaznika tečaja radi na „kliničkim“ predmetima (149 ili 71,3%), zatim slijede nastavnici na „pretkliničkim“ predmetima (33 ili 15,8%) te na nastavi javnozdravstvenih predmeta i izvanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti (27 ili 12,9%).

Kvalitativnom analizom eseja polaznika tečaja *Umijeće medicinske nastave* proizašla su dva koncepta: koncept osobni interes i motivacija za tečaj i koncept očekivanja od tečaja, odnosno osobne edukativne potrebe. Kvalitativnom analizom izdvojena su 34 mikropojma i tri kategorije unutar teme očekivanja od tečaja – edukativne potrebe te 12 mikropojmova i 3 kategorije koje su unutar teme motivacija i razlozi dolaska na tečaj. U centru ove kvalitativno-naturalističke analize stavljene su obje teme jer su povezane, unaprijed zadane, a jedna nadograđuje drugu. Takva dva razvijena koncepta čine okvir za opis konačne teorije – moja motivacija proizlazi iz mojih edukativnih potreba. Tema edukativne potrebe opisuje da je medicinska edukacija specifičan korpus znanja pa su potrebna znanja o sadržajima nastave, nastavnim metodama, nastavnim pomagalima, planiranju i izvođenju.

U tablici koja slijedi prikazani su rezultati kvalitativne analize eseja o motivima za pristupanje tečaju i očekivanjima od tečaja iz *Umijeća medicinske nastave*.

Tablica – Rezultati kvalitativne analize eseja o motivima za pristupanje tečaju i očekivanjima od tečaja Umijeće medicinske nastave

Kodovi	Kategorije	Koncepti
.. pa mi je ovaj tečaj potreban i u formalnom smislu.. (E17) .. obveze moga radnog mjesta.. (E24) ... kao i da okolina bude zadovoljna sa mnom.. (E12).. neophodna u mojoj dalnjoj profesionalnoj karijeri.. (E25)	Obveza za napredovanje –formalna i osobna-ekstrinzična	Osobni interes – motivacija za tečaj Unutar koncepta se mogu razlučiti tri glavne kategorije: svjestnost odabira – želim znati – intrinzične motivacije Kategorija ekstrinzične motivacije - obveza za napredovanje – formalna i osobna kombinacija ekstrinzične i intrinzične – obaveze ali potrebe za znanjem
.. pohađanje ovakvog tečaja nije samo formalni uvjet za napredovanje nego je potrebna za poboljšanje moje nastave.. (E5)završen tečaj će se sigurno vrednovati kao jedan od kriterija za za akademsko napredovanje.. ali ču sigurno i nešto profitirati (E8) .. želja za uključivanjem u proces stjecanja vještina ... ali i osobni interes da tečaj završim kako bih mogao napredovati u svojoj akademskoj karijeri..(E15) .. smatram da će mi ovaj tečaj omogućiti još bolje akademsko napredovanje.. (E16) .. da svoje nastavne obveze uspješno izvršavam.. (E23)	Obaveza i naknadno želja	
..želio bih, na samom početku svog nastavnog rada, naučiti raditi i educirati ispravno ..(E6).. moj interes počiva na potrebi stjecanja novih teoretski i praktičnih znanja.. (E8) .. da li sam ja u pravom smislu nastavnik, da li sam obučen za takvo zanimanje, što ja uopće o tome znam..(E13)	Svjestan odabir – želim znati	
..ima nas koji na sam spomen naslova tečaja udružen s imenima voditelja i ŠNZ bude velika očekivanja..(E15) .. pozitivna iskustva kolega koji su ranije pohađali slične tečajeve na ŠNZ (E15)	Pozitivna povratna informacija o tečaju - brend	
.. kao i da okolina bude zadovoljna sa mnom.. (E12).. neophodna u mojoj dalnjoj profesionalnoj karijeri.. (E25)	Vanjska motivacija	
.. na sistematiziran način pružiti informacije o nastavi..ima svoje osobitosti.. (E2) .. cijenim da trebam usvojiti puno elemenata potrebnih za samostalni rad prenošenja znanja E6.. na sistematičan način dobiti o procesu učenja, svrsi i ciljevima, nastavnom pristupu,.. (E7) .. svaka nova spoznaja može poboljšati moj pristup gradivu.. (E12) .. svaki rad se mora obavljati profesionalno..želim naučiti sve što se može o tom znanju..(E13) .. važno znati barem neke teoretske osnove poučavanja.. (E18).. nastavni rad se znatno razlikuje od onoga svakodnevног stručног, te da je za njega potrebno usvojiti i usavršiti nove vještine.. (E19).. medicinska edukacija je ozbiljan posao koji ne traži samo dobar pristup i prijateljski nastup, nego i puno znanja, ozbiljnosti i odgovornosti (E22) E20 .. nisam imao metodologiju nastavnog rada koja je neophodna .. (E25).. prije podučavanja želim naučiti kako podučavati, to je posebno znanje (E29)	Teoretska znanja o nastavi – novo znanje	Očekivanja od tečaja Unutar koncepta se mogu izdvojiti glavne kategorije: Stjecanje teoretskog znanja o nastavi jer je medicinska edukacija specifičan korpus znanja o: sadržajima nastave, nastavnim metodama, nastavnim pomagalima, planiranju i izvođenju Praktična znanja, savjeti i upute Ali i refleksija na vlastito iskustvo – otkloniti dosadašnje pogreške
..savjeti u upute o osnovnim oblicima nastave..o načinima pripreme tih oblika.. savjeti da ne ponavljam iste stvari više puta.. (E3).. konkretne upute o oblicima nastave i načinu njihove pripreme.. (E7), E20	Praktična znanja, savjeti i upute	

Kodovi	Kategorije	Koncepti
..način vrednovanja vlastitog rada i studenata.. (E2, E3, E19).. zanimaju me načini provjere znanja.. (E4) E20.	O sadržajima nastave (nastavni ciljevi, ispitivati i ocjenjivati, testovi, vrednovati)	
..rad s pojedincem, većom ili manjom grupom..(E2, E3, E7).. ulozi nastavnika u radu s pojedincem i malom grupom (E4, E19).. kako organizirati praktičan rad..(E7), E20	O nastavnim metodama (s pojedincem, malom grupom)	
...sistematizirani uvid u nastavnih tehnika i pomagala.. (E1).. upoznavanje novih tehnika u prezentaciji .. nezamjenjive prednosti te prezentacije.. (E3), E20	Nastavna pomagala	
..u planiranju, provođenju.. (E2).. potrebna edukacija iz koncepције pripreme određenog oblika nastave.. (E3, E19) ..	O planiranju i izvođenju	
..kako najbolje motivirati studente na učenje i ostvariti dobru suradnju koja će imati za posljedicu aktivno sudjelovanje studenata.. (E2).. interakcija nastavnika sa slušačima.. (E3) .. redovito postoje jedan ili dva studenta koje nikako ne mogu motivirati.. što god pokušao do njih ne mogu doprijeti..(E4).. kako motivirati na učenje i potaknuti na aktivno sudjelovanje ..(E7) ... prilagoditi se različitim studentskim grupama.. (E12).. odnos student i nastavnik (E13)..E19,	O komunikaciji sa studentima, motivacija	
..i ukazati na nedostatke već postojećeg rada i pristupa u nastavi.. (E6) .. kako razlikovati bitno od nebitnog (E18).. graditi na postojećem iskustvu.. ..slobodna razmjena mišljenja sa kolegama.. (E7)	Refleksija na vlastito iskustvo – otkloniti dosadašnje pogreške	
..slobodno razmjena mišljenja s kolegama.. (E7) .. volio bih vidjeti kako to i drugi rade (E12)očekujem upoznavanje s predavačima i kolegama i daljnju suradnju u svakodnevnom radu.. (E20) .. izmjena iskustva s drugim kolegama.. (E21).. bolju komunikaciju s ostalim nastavnicima, širenje ideja i međusobnu toleranciju.. (E25)	Razmjena iskustva s vršnjacima Networking Učiti od nastavnika, voditelja	
.. pripremiti se za izazove koji me čekaju u budućim nastavnim zadacima.. (E1)	Izazovi u budućnosti	
.. literatura o navedenim temama iz metodike, psihologije i pedagogije..(E2, E7)	Istraživanja o nastavi - literatura	
.. tijekom tečaja da će biti prikazane razine nastave koja se održava na uglednim sveučilištima ..(E1)	Usporedba s drugima	

Koncept: Očekivanja od tečaja – osobne edukativne potrebe

Unutar koncepta se mogu razlučiti tri kategorije:

(1) Kategorija da je medicinska edukacija specifičan korpus znanja pa su potrebna znanja o sadržajima nastave, nastavnim metodama, nastavnim pomagalima, planiranju i izvođenju utemeljena je na ovim specifičnim kodovima:

1. *na sistematiziran način pružiti informacije o nastavi*
2. *ima svoje osobitosti*
3. *cijenim da trebam usvojiti puno elemenata potrebnih za samostalan rad prenošenja znanja*
4. *na sistematiziran način dobiti informaciju o procesu učenja, svrsi i ciljevima, nastavnom pristupu*
5. *svaka nova spoznaja može poboljšati moj pristup gradivu*
6. *prije podučavanja želim naučiti kako podučavati*
7. *to je posebno znanje*
8. *nisam imao metodologiju nastavnog rada koja je neophodna*
9. *način vrednovanja vlastitog rada i studenata*
10. *zanimaju me načini provjere znanja*
11. *rad s pojedincem, većom ili manjom grupom*
12. *kako organizirati praktičan rad*
13. *sistematisirani uvid u nastavne tehnike i pomačala*
14. *u planiranju, provođenju*
15. *potrebna edukacija iz koncepcije pripreme određenog oblika nastave*
16. *literatura o navedenim temama iz metodike, psihologije i pedagogije*
17. *pripremiti se za izazove koji me čekaju u budućim nastavnim zadacima*

Polaznici našeg tečaja smatraju da je medicinska edukacija posebna edukacija te da se razlikuje od ostalih edukacija. Ono što oni prepoznaju je sva

složenost medicinske edukacije jer oni, pored svog svakodnevnog rada sa bolesnicima i studentima, najčešće uče tako da bačeni u vode medicinske edukacije počinju kao samouki nastavnici. Oni, uglavnom, prizivaju u sjećanje svoja iskustva sa nastavnicima koji su ih podučavali pa se tako najčešće sjećaju „karizmatika“ koji su im ostali u trajnom sjećanju te su nerijetko poprimili i njihov entuzijazam i ljubav prema edukaciji.

(2) Kategorija usvajanja praktičnih znanja i dobivanja savjeta i uputa je utemeljena na ovim kodovima:

18. *savjeti i upute o osnovnim oblicima nastave, o načinima pripreme tih oblika*
19. *savjeti da ne ponavljam iste stvari više puta*
20. *konkretnе upute o oblicima nastave i načinu njihove pripreme*
21. *kako najbolje motivirati studente na učenje i ostvariti dobru suradnju*
22. *interakcija nastavnika sa slušačima*
23. *kako motivirati na učenje i potaknuti na aktivno sudjelovanje*
24. *prilagoditi se različitim studentskim grupama*
25. *odnos student i nastavnik*

Naše ispitanike zanima kako da dobiju savjete i upute da bi kvalitetnije i uspješnije obavljali nastavnicičku dužnost. Oni jednostavno žele „praktičnu kuharicu“ punu savjeta i recepata kako da budu što uspješniji, a da pri tom nisu svjesni da univerzalna metoda stvaranja dobrog nastavnika ne postoji. Činjenica je da nastavnik mora biti motiviran za ulogu nastavnika s kojom se, jednim dijelom, rada. Međutim, kvalitetna poduka može i od prosječnog nastavnika stvoriti kvalitetnog i uspješnog prenositelja znanja i vještina. Pitanje odnosa student – nastavnik također je bitno jer je demokratska atmosfera, uz obostrano poštovanje svih sudionika nastavnog procesa, ključ uspjeha.

(3) Kategorija učenja na temelju refleksije o iskustvu, usporedbom vlastitog iskustva s iskustvom viđenim na tečaju te učenjem na temelju interakcije s nastavnicima, voditeljima tečaja, s drugim kolegama i stvaranje „mreže“ utemeljen je na ovim kodovima:

26. i ukazati na nedostatke već postojećeg rada i pristupa u nastavi
27. kako razlikovati bitno od nebitnog
28. graditi na postojećem iskustvu
29. slobodna razmjena mišljenja s kolegama
30. volio bih vidjeti kako to i drugi rade
31. očekujem upoznavanje s predavačima i kolegama i daljnju suradnju u svakodnevnom radu
32. izmjena iskustva s drugim kolegama
33. bolju komunikaciju s ostalim nastavnicima, širenje ideja i međusobnu toleranciju
34. tijekom tečaja da će biti prikazane razine nastave koja se održava na uglednim sveučilištima

Polaznici našeg tečaja očekuju da će slobodna razmjena mišljenja s kolegama na tečaju biti osnova stvaranja bolje komunikacije s ostalim nastavnicima, gdje će se moći usporediti iskustva s drugim kolegama te će se izvršiti usporedba s razinom nastave na drugim uglednim sveučilištima. To govori o želji da se njihova iskustva usporede s drugim iskustvima, odnosno da vide gdje su u odnosu na druge. Ne treba zanemariti činjenicu da se boljim upoznavanjem prepostavlja okvir njihove buduće suradnje i mreže.

Koncept: Osobni interes i motivacija za tečaj

Unutar koncepta mogu se razlučiti tri glavne kategorije:

(1) Kategorija intrinzične motivacije, odnosno svjesnost odabira (jer želim znati) je utemeljena na ovim osnovnim kodovima:

1. želio bih, na samom početku svog nastavnog rada, naučiti raditi i educirati ispravno
2. moj interes počiva na potrebi stjecanja novih teoretski i praktičnih znanja
3. dolazim jer se pitam da li sam ja u pravom smislu nastavnik
4. da li sam obučen za takvo zanimanje
5. što ja uopće o tome znam

(2) Kategorija ekstrinzične motivacije odnosno obveza za napredovanje – formalna i osobna je utemeljena na ovim kodovima:

1. pa mi je ovaj tečaj potreban i u formalnom smislu
2. obveze moga radnog mjesta
3. kao i da okolina bude zadovoljna sa mnom
4. neophodna u mojoj daljnjoj profesionalnoj karijeri

(3) Kombinacija ekstrinzične i intrinzične – obaveze, ali i potreba za znanjem:

1. pohađanje ovakvog tečaja nije samo formalni uvjet za napredovanje nego je potrebna za poboljšanje moje nastave
2. završen tečaj će se sigurno vrednovati kao jedan od kriterija za akademsko napredovanje
3. ali će sigurno i nešto profitirati

Iz analize eseja polaznika bio je razvidan unutarnji motiv dolaska. Jasno se isticao koncept snažnog osobnog doživljaja da se profesionalna uloga nastavnika izvrši što je moguće kvalitetnije.

Za očekivati je bilo da broj polaznika s jakom vanjskom motivacijom javi zadnjih godina kada je sudjelovanje na tečaju postalo obavezni dio napredovanja u znanstveno-nastavnim zvanjima.

Međutim, ne smije se izgubiti iz vida i činjenica da je dio polaznika svoj dolazak na tečaj obrazložio eksternim motivima kao što su, uvjet za napredovanje u zvanje docenta, potreba za dalnjim napredovanjem u nastavničkoj karijeri ili upućivanjem od strane katedre. Također je bila prisutna i kombinacija ekstrinzične i intrinzične motivacije vidljiva iz ovog primjera, „završen tečaj će se sigurno vrednovati kao jedan od kriterija za akademsko napredovanje.. ali će sigurno i nešto profitirati“. Ove činjenice ne bi smjele obeshrabriti organizatore tečaja jer je poznato da intrinzično, odnosno ekstrinzično učenje nije trajno te da se ekstrinzička motivacija može, pod određenim uvjetima, pretvoriti u intrinzičnu i obrnuto.

Osnovna premlisa „utemeljene teorije“ jest da omogući da ključne teme proizađu iz prikupljenih podataka, a ne da se podaci smjesti u već određene kategorije. Tako se pristupilo i u ovoj analizi eseja. Polazeći od individualnog slučaja, postupno

se razvijaju i sintetiziraju apstraktne konceptualne kategorije s ciljem objašnjenja podataka i identificiranja obrazaca ponašanja među njima. Obje teme, očekivanje od tečaja i motivacija, odnosno razlozi dolaska na tečaj isprepliću se i zatvaraju krug, tako da ono što očekujem postaje i razlog mog dolaska na tečaj ili motiv moga dolaska objašnjava moje edukativne potrebe. Takva dva razvijena koncepta čine okvir za opis konačne teorije - moja motivacija proizlazi iz mojih edukativnih potreba.

Imajući u vidu rezultate dobivene kvalitativnom analizom eseja, istraživač predlaže da se u organizaciji tečajeva iz područja medicinske edukacije uvaže edukativne potrebe polaznika tečaja Umjeća medicinske nastave.

Referencije

- Abbat, FR Meila, A 1998, Continuimng the education of health workers, Geneva, World Health Organization, pp. 9-25.
- Caplan, RM, *Continuing education and professional accountability*, in McGuire, CH, Foley, RP, Gorr, A et al,(ed) 1998, Handbook of health professions education. San Francisco: Jassey – Bass Publishers, pp. 319-50.
- Continuing education of health personnel*, 1976, Report on a Working Group. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1976 (ICP/HMD 029) 7.
- Ford, JS 1989, ‘Living with history of a heart attack: a human science investigation’, *Journal of Advanced Nursing* vol.14, pp. 173-9.
- Frohma, AZ, Hamstra SJ, Mullan PB, Gruppen LD 2006, ‘Teaching medical education principles and methods to faculty using an active learning approach’, The University of Michigan Medical Education Scholars program. *Acad Med* vol. 81, pp. 975-78.
- Gruppen, LD, Frohma, AZ, Anderson, RM & Lowe, K, ‘Faculty development for educational leadership and scholarship’, *Acad Med*, vol. 73, pp. 137-141.
- Halmi, A 2005, *Strategije kvalitativnih istraživanja u primijenjenim društvenim znanostima*, Zagreb, Naklada Slap.
- Patton, MQ 1991, *How to use qualitative methods in evaluation*, Beverly Hills, SAGE publications.
- Pavleković, G 1991, *Metode za ocjenu sadržaja i potreba za trajnim usavršavanjem u primarnoj zdravstvenoj zaštiti* (magistarski rad), Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Straus, AL 1987, *Qualitative analysis for social scientist*, New York, Cambridge University Press.

Skrivene ideologije hrvatskog sustava zdravstvene zaštite

Aleksandar Džakula, Silvije Vuletić

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Formulacija problema

Ideologija je skup ideja koje su sastavni dio očekivanja i akcija nekog pojedinca ili društvene grupe. Kao takva ona se susreće u filozofskim i političkim streljenjima vladajućih i drugih struktura. Glavni cilj i svrha ideologije je mijenjanje društva propisujući nove forme ponašanja.

U javnozdravstvenim istraživanjima ocjena ideologija vladajućih i drugih društvenih struktura obavezna su dimenzija istraživanja radi jakog utjecaja na ponašanje zdravstvene profesije.

Prisustvo i aktivnost ideologija prepoznajemo u javnom diskursu (*public discours*) neke zajednice kao otvorenu konverzaciju, pisani ili govorni jezik između aktera neke zajednice, organizacija i sustava. Javni diskurs se odvija na mikrorazini raznih političkih, zdravstvenih i drugih domena zajednice. Govorni diskurs (*spoken discourses*) objekt je kvalitativnih analiza, pretvarajući govorni diskurs u objekt kvalitativnog propitivanja.

U hrvatskom javnozdravstvenom sustavu odvija se intenzivni javni diskurs, kao govorni i tekstualni unutar dioničara, zdravstvenih i političkih struktura te korisnika zdravstvene zaštite. Taj diskurs je naročito intenziviran nakon nedavnih zdravstvenih reformi. Kao reakcija na reformu i proklamiranu novu javnozdravstvenu politiku formirale su se razne dioničarske grupe promovirajući svoje stavove, često kontroverzne vladajućoj politici.

Dehn, Imke (2011) analizirajući javnozdravstvenu situaciju u Latviji nakon oslobađanja od Sovjetskog saveza, intervjuirajući 20 dioničara, različitih eksperata Latvijskog javnog zdravstva, pretpostavio je da u današnjoj Latviji djeluju četiri javnozdrav-

stvene ideologije: staro javno zdravstvo, neoliberálna ideologija, novo javno zdravstvo i ideologija tehnološkog scijentizma. On ih je nazvao skrivenim ideologijama, jer nisu otvoreno manifestirane među dioničarima.

Staro javno zdravstvo u Latviji odnosi se na zdravstvo sovjetskog socijalizma koje je godinama bilo službena ideologija zdravstvene zaštite, karakterizirano otvorenim pristupom zdravstvenoj zaštiti te strogo državno kontrolirano. Zdravstvo je organizirano putem tzv. sanitarnih epidemioloških stanica, a kurativa preko različitih kurativnih jedinica s liječnicima kao glavnim dioničarima. Vladala je ideologija da je bolest produkt kapitalističkog sustava.

Neoliberna ideologija naglašava efikasnost privatnog sektora, vjerujući da privatni sektor može uspješno doprinijeti zdravlju nacije. U Latviji su nakon kolapsa Sovjetskog saveza uvedene mnoge reforme zdravstva putem Svjetske banke. Financijska kriza zdravstva započela je 2009. godine.

Novo javno zdravstvo nastaje kao milenijski razvoj novih strategija zdravstva Svjetske zdravstvene organizacije, adaptirajući strategiju ‘Zdravlje za sve’ u sve državne politike. Ključna komponenta novog javnog zdravstva je participacija građana civilnog društva te intersektorska kooperacija.

Ideologija tehnološkog scijentizma je globalno na pomolu, s jakim utjecajem na ponašanje liječnika u sustavu zdravstvene zaštite industrijski razvijenih zemalja, te razvijanjem koncepta ‘personalno zdravlje’. Bitna karakteristika tehnološkog scijentizma je tvrdnja da su socijalna skrb (*welfare*), zdravstvena zaštita i javno zdravstvo odvojena područja.

Kontradiktornost tih ideologija izazvala je u Latviji velike probleme u ulozi vlade prema individualnoj odgovornosti za zdravlje, velikih organizacija prema malim organizacijama, u efikasnosti participacije stanovništva, te u zagovaranju socijalne politike zdravstvene zaštite. Novo javno zdravstvo slabo je prepoznato od zdravstvenih radnika kao ključnih dioničara, a intersektorska kooperacija je narušena.

Svrha i cilj ovog kvalitativnog propitivanja je odgovoriti na pitanje: je li koncept skrivenih ideologija javnog zdravstva u Latviji prenosiv (*transferability*) na Hrvatsku, koja je također tranzicijska zemlja sa brojnim zdravstvenim reformama i konfliktima među dioničarima.

Metodologija

Provedena je kvalitativna analiza otvorene konverzacije dioničara i korisnika zdravstvene zaštite i tekstualna analiza dviju reformi hrvatskog zdravstva, tekstova koji su objavljivani u liječničkim novinama, u kojoj se odvijao javni diskurs prateći i komentirajući zakonom propisanu zdravstvenu reformu.

Dokumenti o reformama zdravstva izazvali su intenzivni javni diskurs i otvoreno govorenje (*open conversation*) među dioničarima i korisnicima zdravstvene zaštite. Kako dokumenti predstavljaju zdravstveno organizacijske tekstove, pažnja je posvećena tome kako su dokumenti proizvedeni, njihovoj autentičnosti te povezivanju analize dokumenata sa analizom javnog diskursa među dioničarima i korisnicima zdravstvene zaštite. Proveli smo prema Milleru (1997) dekonstrukciju teksta koja je na neki način demistificirala institucionalnost kreatora teksta.

Rezultati kvalitativne analize

Ideologija ‘Staro javno zdravstvo’ kako je opisana u Latviji, u Hrvatskoj ne postoji. Naime u Hrvatskoj državno regulirana ideologija zdravstvene politike vrijedila je četrdesetih godina prošlog stoljeća po svršetku Drugog svjetskog rata, kada je djelomično preslikan sovjetski centralistički sustav. Taj model zdravstvene zaštite prestao je vrijediti razvojem

modela samoupravnog socijalizma koji je direktno prenesen u sustav zdravstvene zaštite i decentralizirao je zdravstvenu službu u Hrvatskoj.

‘Novo javno zdravstvo’ kao službena javnozdravstvena politika pojavila se nekako u isto vrijeme kao i u Latviji paralelno sa slomom Istočnog bloka i demokratizacijom zemalja istočne Europe. Model decentraliziranog samoupravnog zdravstva bio je u nas dobra podloga za razvoj participativnog javnog zdravstva, koji je ideološki i zakonski prihvaćen kao model novog javnog zdravstva. Novo javno zdravstvo u mnogim elementima poistovjećuje se sa Štamparovom ideologijom integralnog zdravstva, koje među profesionalcima javnog zdravstva vrijedi i danas kao najbolji model zdravstva još od četrdesetih godina prošlog stoljeća.

Devedesetih godina, prelaskom u novi milenij, u Hrvatskoj se pojavljuje ideologija ‘liberalnog kapitalizma’ sa snažnim utjecajem na strukturu zdravstvene zaštite. Neoliberalizam ubrzo po formiranju Hrvatske države postaje dominantna ekonomска politika zahvaćajući sve državne sustave pa tako i zdravstveni sustav. Liberalizam zakonski mijenja strukturu zdravstvene zaštite formirajući novi tip zakupskog privatnog liječnika. Posljedično, struktura doma zdravlja, kao temeljna Štamparova ideologija integralnog javnozdravstvenog decentraliziranog sustava, gubi svoj smisao i praktički nestaje kao organizacijska jedinica.

‘Tehnološko-scientistička ideologija’ u Hrvatskoj se javlja kao naznaka prvenstveno na području znanosti i tehnologije, posebno kao ‘postgenomična era medicine’, i personalna medicina kao prediktivna medicina. Ona neprimjetno i spontano ulazi u strukturu specijalističke zdravstvene zaštite.

Analiza javnog diskursa i otvorenog govorenja dioničara zdravstvene zaštite, obiteljskih liječnika i specijalista sekundarne zdravstvene zaštite ukazuju, da se vodi kao dominantni diskurs konflikt ideologija liberalnog kapitalizma sa ideologijom integralnog i participativnog zdravstva. Javni diskurs vodi se između političara i menadžera organizacija zdravstvene službe, Hrvatskog zdravstvenog osiguranja (HZZO), udruga obiteljske medicine (KOHONEN) i nezadovoljnih pacijenata i korisnika zdravstvene zaštite. Liberalnim zakonom nastala su dva tipa liječnika primarne zdravstvene zaštite, obiteljski

liječnici koji su vezani na rastrojeni dom zdravlja i ugovorni obiteljski liječnici koji samostalno organiziraju zdravstvenu zaštitu svojih 1500 do 2000 korisnika svoje ambulante. Ta dva tipa posljedica su konfliktnih ideologija, liberalne i novog javnog zdravstva.

Primjeri otvorenog govorenja dioničara (*spoken discourse*) pokazuju svu različitost stavova i ponašanja.

„Ne znam zašto bi se ja morao baviti preventivom, ja kurativom postižem svoj cilj zdravstvene zaštite da moji pacijenti budu zadovoljni. Osim toga ja sam svoj gospodar i ne ovisim od ravnatelja doma zdravlja, od kojega sam prije bio ovisan. Neka ministar zdravlja kaže što se treba raditi“.

Dio obiteljskih liječnika u zakupu, po procjeni oko jedne četvrtine, želi napustiti zakup i vratiti se u sustav organizacije doma zdravlja.

„Novi zakon o organizaciji zdravstvene zaštite uništilo je dom zdravlja. Dom zdravlja bio je u središtu zajednice i raspolagao je svim službama koje su potrebne stanovnicima te zajednice. Odlučio sam vratit se u sustav doma zdravlja“

Od dioničara političara, tipičnih predstavnika novog javnog zdravstva čuju su se ovakvi odgovori:

„Nova vlada u realizaciji nacionalnih programa zdravstvene zaštite vratit će u sustav funkciju doma zdravlja u zajednicama lokalnog urbanog i ruralnog stanovništva“.

Javnozdravstvene ideologije, novo javno zdravstvo i neoliberalizam imaju obje jaki impakt na dioničare zdravstvene zaštite. To su dominantne ideologije sadašnjeg javnog zdravstva, ideologija „tehnološkog scijentizma“ se neminovno uvlači u sustav specijalističke zdravstvene zaštite, za koji današnje javno zdravstvo nema odgovor kako ga uklopi u sustav zdravstvene zaštite.

Profesionalci Štamparove ideologije i novog javnog zdravstva u današnjoj situaciji naglašavaju:

„Nadamo se da će novom reformom konačno utanaciti proces unapređenja zdravstvene zaštite, te da će to biti osnova i bit ponašanja u razvoju hrvatskog javnog zdravstva.

U tablici jedan 1. prikazan je povjesni slijed idejnog koncepta razvoja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. U prvom stupcu tablice prikazan je slijed dominantnih ideologija od 1918. do danas, koje su imale jak utjecaj na organizaciju zdravstvene zaštite. Hrvatsko javno zdravstvo je složeni kontinuirani proces stvaranja novih ideja kako organizirati zdravstvenu zaštitu. Možemo zaključiti kako je hrvatski sustav zdravstvene zaštite pod stalnim ideološkim udarima i utjecajima.

Može li se predvidjeti budući razvoj javnog zdravstva u nas? U današnjem ponašanju dioničara javnog zdravstva možemo reći da postoje tri atraktora, tri privlačne snage koje privlače pažnju u javnom diskursu dioničara zdravstvene zaštite; neoliberalno, Štamparovo novo javno zdravstvo i tehnološko-scijentističko. Svako posebno ima svoje interesne i obrasce ponašanja. Ne možemo prepostaviti kako će bilo koja od ove tri ideologije nestati, ali može zakonima i uredbama ojačati ili oslabiti. Sadašnji trend je pronaći strukturu zdravstvene zaštite koja u sebi ima komponente novog javnog zdravstva i neoliberalnog, čime bi se smanjio postojeći kaos organizacije zdravstvene zaštite.

Zaključno možemo reći da konfliktnost ideologija javnog zdravstva u Latviji postoji i u organizaciji zdravstvene zaštite Hrvatske. Vjerojatno je to proces u svim tranzicijskim zemljama, koji nastaje nakon korjenitih promjena društvenog sustava neke zemlje, a ima naznaka kako je to trend i u Njemačkoj. O tim ideologijama ovisi i kako će se razvijati menadžment javnog zdravstva Hrvatske.

Referencije

Dehn, Imke 2011, *Hidden impacts of ‘Public Health Ideologies’*: A case study in Latvia on today’s reality of „New Public Health“. Scandinavian Journal of Public Health, Manuscript

Miller, Gale 1997, *Contextualizing texts: Studying organizational texts*, in *Cotext and Methods in Qualitative Research*, ed. Gale M & Robert D, Thousand Oaks, Sage Publications

Tablica 1. Povijest ideologija zdravstvene zaštite u Hrvatskoj

Period i dominanta ideologija	Ciljna skupina	Vodeći JZ problemi/prioriteti	Stanje medicinske tehnologije	Organizacioni oblici koji su obilježili period	Javno Financiranje	Privatni finan-ciranje	Misija zdravstva
Do 1918. Populacijsko zdravstvo	Cijelo stanovništvo	Epidemije zaraznih bolesti	Slabo razvijena	Higijenski servisi + bolnice kao središta zdravstvene njegе	Higijena Intervencije	Liječenje	Suzbijati bolesti
1918.-1945. Narodno zdravstvo	Narod, siromašni, nerazvijeni, neprovijjećeni	Zarazne bolesti, Sociomedicinski problemi	Napredak, ali ograničene mogućnosti	Mreža JZ ustanova; privatni liječnici; bolnice	Stručni JZ programi Programi razvoja sustava	Liječenje	Suzbijati i prevenirati bolesti
1945. -1980. Socijalističko zdravstvo	Radnička klasa, vojnici	Prevencija i liječenje zaraznih bolesti, Kontrola kroničnih bolesti, kirurške intervencije	Strelotit skok medicinskih tehnologija	Domovi zdravlja (integrirana PZZ), Medicinski centri (vertikalna i horizontalna integracija)	JZ programi za sve; Zdravstvena zaštita za radnike, vojниke, rehabilitacija, Plansko zdravstvo	Minimalno	Prevenirati i liječiti
1980.-1990. Samoupravno zdravstvo	Sve društvene skupine	Kronične nezarazne bolesti, nove kirurške tehnike	Prepoznata ograničenja medicinskih tehnologija	Pojava civilnih, stručnih i akademskih inicijativa, centri izvrnosti, projekti,samo upravljanje ekonomija	JZ programi, prevencija promicanje zdravlja, liječenje, rehabilitacija Razmjena rada -dovoznra	Dodaci hrani, pomagala, zdravstveni programi...	Uspješno liječiti i promicati zdravlje
1991.-1999. Tranzicijsko zdravstvo	Stradalienci rata, veterani, starije osobe	Mentalno zdravje, posljedice trauma, kronične nezarazne bolesti	Izrazit skok u opsegu korištenja medicinskih tehnologija u dijagnostici i liječenju	Privatizacija	Promicanje zdravlja, prevencija, liječenje, veći dio rehabilitacije Demokratizacija =Kontrola države + učešće građana	Pomoćna liječiva sredstva, viši standard usluga,	Uspješno liječiti, smanjivati štetu nastalu zbog razvoja bolesti, Osnaživati pacijente
2000. – 2011. Državno zdravstvo	Cjelokupno stanovništvo, posebice kronični bolesnici, osobe s rizičnim ponašanjima,...	Kronične nezarazne bolesti	Naglašavanje prevencije i ranog otkrivanja bolesti, tržista medicinskih usluga, razvijeni racionalno korištenje resursa	Aktivna uloga džave u reguliranju privavnih usluga, tržista medicinskih usluga, razvjeni privatni pružatelji zdravstvenih usluga...	Zdravstvo u državnoj riznici Regulacija, racionalizacija; restrikcija	Participacije u cijeni zdravstvenih usluga, pomoćna ljekovita sredstva, lijekovi, do-datni standardi ponašanje	Fokusirati se na prioritete u svim područjima, osiguravati kvalitetu života, poticati odgovorno

Opis metode brze procjene zdravstvenih potreba i načina na koji smo je koristili u Hrvatskoj

Selma Šogorić, Silvije Vuletić, Josipa Kern

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Što je metoda brze procjene?

Metoda brze procjene zdravstvenih potreba (*RAP - Rapid appraisal to assess community health needs*) opisana je krajem osamdesetih godina te je, kao alat, preporučena za upotrebu u državama u razvoju^{1, 2}. Svjetska zdravstvena organizacija time je željela državama koje ne raspolažu bazama sveobuhvatnih zdravstvenih i uz zdravlje vezanih pokazatelja staviti na raspolaganje „orude“ koje će moći koristiti u „ad hoc“ ocjeni zdravstvenog stanja stanovništva¹. Metoda brze procjene posebno je prikladna radi jednostavne provedivosti - u kratkom vremenu i uz malu potrošnju finansijskih sredstava³. Prednost joj je u tome da je participativna, što znači da uključuje različite predstavnike lokalne zajednice. Uz njihove opservacije, metoda koristi i sve druge postojeće izvore informacija¹. RAP-om dobivamo „topografsku“ sliku zdravlja zajednice. „Prikaz zajednice iz aviona“ jest i prednosti i nedostatak metode. Primjenom RAP-a može se saznati da postoje rijeke, planine, jezera, more (odnosno „Što su problemi?“), no ne može se saznati koliko su planine visoke, a more duboko (odnosno „Koliko je problem velik? Težak? Je li lokalno rješiv?“). Za to su potrebne druge metode⁴.

Zašto smo je mi koristili u Hrvatskoj?

Da bi se bolje razumjeli razlozi našeg opredjeljenja za ovu metodu, preporučenu siromašnim državama u razvoju, treba se vratiti u 1995. godinu, u doba neposredno iza Domovinskog rata. U toj, drugoj fazi europskog projekta Zdravi gradovi (1993. – 1998.) u koji je Hrvatska bila uključena od 1987. godine, postavljeni ciljevi bili su „Ubrzati usvajanje društvene politike zdravlja na nivou grada, ojačati

sustav podrške (alianse za zdravlje) i izgraditi strateške veze s drugim sektorima i organizacijama koje utječu na razvoj grada“. Kroz izradu i usvajanje temeljnih dokumenata Zdravog grada (Gradske slike zdravlja i Gradskog plana za zdravlje) trebali su, temeljem zdravstvenih potreba zajednice, biti određeni javnozdravstveni prioriteti kao i načini njihovog adresiranja^{5, 6}. Proces izrade Gradske slike zdravlja i Gradskog plana za zdravlje otvarao je mogućnost za široko uključivanje i jačanje zajednice, odnosno mogao je poslužiti kao katalizator za stvaranje „kompetentnih zajednica“ u poslijeratnoj Hrvatskoj⁷. Europski su gradovi koristili cijeli niz različitih tehnika i instrumenata u izradi gradskih dokumenata za zdravlje^{8, 9} dok smo mi, poštujući poslijeratne (ne)mogućnosti hrvatskih gradova i akademski kredibilitet, kombinirajući dvije kvalitativne metode - RAP i konsenzus konferenciju razvili vlastitu specifičnu metodu^{7, 10}. Ona je pokazala niz komparativnih prednosti: brzu provedbu (rezultati dobiveni u vremenu od šest mjeseci od pokretanja istraživanja), niske troškove provođenja (mala potrošnja vremena stručnjaka i finansijskih sredstava), znanstvenu utemeljenost (valjanost), osjetljivost (sposobna reflektirati lokalne specifičnosti), visoku participativnost (uključuje sve tri glavne interesne skupine: političare, struku i građane), sposobnost da mobilizira (brzo pokrene) akciju te (administrativnom, upravnom) podrškom suradnji tematskih skupina uspostavi održivost projekta^{7, 10}.

Kako smo je mi koristili u Hrvatskoj?

Prva i skoro najznačajnija stepenica u provođenju RAP-a je odabir panelista, sudionika u istraživanju¹¹. Uz pomoć lokalnog koordinatora istraživanja odabire se sedamdeset do sto „informanata“, odnosno

osoba koje dobro poznaju zajednicu i to iz različitih uglova. U ovom, namjerno odabranom uzorku važno je osigurati podjednak omjer predstavnika gradske politike i uprave, stručnjake iz značajnih institucija sa područja gradova i županija te samih građana. U odabiru panelista posebno treba brinuti o adekvatnoj manjinskoj, vjerskoj, dobnoj i političkoj zastupljenosti građana kako bi se reflektirala sva različitost interesa u danoj istraživanju zajednici. Loš odabir informanata, odnosno dominacija jedne od interesnih skupina ugrožava ishod cjelokupnog istraživanja.

Nakon usuglašavanja liste, odabrane se osobe pismenim putem zamoli da dajući odgovore na šest postavljenih pitanja napišu esej o svom gradu. Prikljenjeni se eseji obrađuju metodom analize slobodnog teksta. Istovremeno s prikupljanjem eseja, prikupljaju se i postojeći kvantitativni pokazatelji. Stručni suradnici gradova i županijskih Zavoda za javno zdravstvo prikupljaju informacije iz postojećih pisanih dokumenata: popisa stanovništva, rutinske zdravstvene dokumentacije, provedenih studija, podatke MUP-a, Zavoda za zapošljavanje, sudova, Centara za socijalni rad i dr.

Za konsenzus konferenciju trebaju biti pripremljene informacije iz sva tri izvora podataka: pisane dokumentacije, eseja panelista (osoba koje raspolaže informacijama) te zapažanja (koja su integralni dio odgovora anketiranih). Iz esaja, analizom slobodnog teksta, dobivamo najfrekventnije napisane riječi i rečenice „nakupljene“ oko njih iz kojih se izdvajaju najupečatljiviji dijelovi eseja. Opis zajednice riječima samih sudionika je jedinstven. Njihova opažanja o tome što umanjuje, a što doprinosi ljepoti življena u njihovu gradu podloga su za izradu fotoalbuma zdravlja zajednice^{10, 11}. Kvantitativni pokazatelji: prirodni priraštaj, dobna i edukacijska struktura zajednice, ekonomski aktivnost, zaposleno/nezaposleno/ umirovljeno stanovništvo, migracije, struktura domaćinstva, sklapanje i razvrgavanje brakova, vodeći uzroci smrtnosti, epidemiološka situacija, ovisnosti, nasilje, prometne nezgode ... podupiru opservacije sudionika.

No koliko god prethodno prikupljeni podatci bili informativni i korisni za izradu Gradske slike zdravlja, oni sami bez konsenzus konferencije ostaju mrtvo slovo na papiru. Primarno, konsenzus

konferencija je (u našu metodu) uvedena kao platforma za usuglašavanje mišljenja različitih sektora gradske vlade, struke i građana. Ona nam je trebala pomoći u odabiru „pravih“ gradskih prioriteta te u artikuliranju najprimjerenijeg načina njihovog rješavanja. Već kod provođenja prvog RAP-a u gradu Puli 1996. godine uvidjeli smo da je ova dvodnevna konsenzus konferencija kruna cjelokupnog istraživanja. Većina sudionika konsenzus konferencije su osobe koje su, kroz poslane eseje, bile uključene u istraživanje od samog početka. Prvi dan konferencije sudionici se upoznaju međusobno, s metodom rada i s dobivenim rezultatima. Većini njih, posebno predstavnicima građanske inicijative, to je prvo iskustvo aktivnog sudjelovanja u izradi strategije kroz ravnopravnu suradnju s drugim sektorima. Sam proces dobivanja povratne informacije, opisi grada njihovim riječima, predstavlja poseban doživljaj. Kada ih se u kompleksnu materiju ocjene zdravstvenih potreba uvede s poštovanjem lokalnog znanja, običaja, dijalekta, sudionici (na očigled) postaju opušteniji i spremniji na suradnju.

Nakon prezentacije Slike zdravlja formira se lista problema koji se iz nje uočavaju. Uz pomoć matrice odabiru se prioriteti, prvo svaki sudionik individualno, a zatim zajednički u malim skupinama. Male skupine formira organizator i u njima su namjerno izmješani predstavnici sve tri interesne strane. Svakoj skupini dodjeljujemo facilitatora koji treba omogućiti argumentiranu raspravu i na kraju facilitirati sintezu mišljenja članova skupine. Nakon devedeset minuta rasprave, sve male skupine plenarno prezentiraju svoje odabране prioritete. Poštujući njihove prijedloge, plenarno se kroz raspravu dolazi do konačnog odabira pet (nekad četiri ili šest) gradskih prioriteta. Oko odabranih prioritetnih područja aktivnosti odmah se formiraju tematske skupine, za koje se sudionici opredjeljuju ovisno o interesu, profesionalnom usmjerenu ili radnom mjestu. Na kraju prvog dana konferencije, svaka tematska skupina prezentira opis problema koji je odabrala (uz objašnjenje zašto to smatra problemom), ciljeve svog budućeg rada, aktivnosti koje treba poduzeti te listu partnera (institucija i skupina) s kojima će suradivati u implementaciji programa.

Drugi dan konferencije započinje predavanjem o promociji zdravlja i Zdravim gradovima. Cilj predavanja je sudionike upoznati sa konceptom Zdravog

grada i radom drugih gradova unutar mreže. Nakon predavanja, tematske skupine nastavljaju s razradom plana i prezentiraju ga plenarno svim sudionicima. Nakon izlaganja svih pet tematskih skupina, otvara se diskusija, koja rezultira prihvaćanjem radne verzije Gradskog plana za zdravlje. Konsenzus konferencija završava otvorenim sastankom, na kojem se rezultati prezentiraju gradonačelniku i pročelnicima, predstavnicima medija te drugim zainteresiranim građanima, a s ciljem dobivanja sugestija, suglasnosti te javne i političke podrške navedenim aktivnostima projekta „Zdravi grad“.

Završna faza istraživanja odvija se po završetku konsenzus konferencije. Tijekom nje se nadopunjaju i finaliziraju strateški dokumenti. Lokalni koordinator ponovno okuplja tematske skupine koje detaljno razrađuju programske aktivnosti te završavaju izradu dokumenta: Gradske slike zdravlja i Gradskog plana za zdravlje (dugoročni – strateški i kratkoročni – operativni plan/program aktivnosti na unapređenju zdravlja u gradu) i omogućavaju njihovu široku distribuciju (11).

I što smo dobili?

1996. godine metodu brze procjene potreba provedli su Pula, Metković i Rijeka. Karlovac je RAP proveo 1998. godine, Varaždin 2000., Zagreb, Split i Dubrovnik 2002., Crikvenica 2004., Poreč 2006., Slatina 2008. te Labin i Vinkovci 2011. godine. Navedeni se gradovi razlikuju prema nizu obilježja – veličinom i brojem stanovnika, geografskim položajem, stupnjem gospodarskog razvoja te stupnjem razvijenosti i organizacije projekta Zdravi grad. Projekt Pula Zdravi grad pokrenut je od Zavoda za javno zdravstvo Istarske županije, koji je i nastavio biti ključna institucija za njegovo daljnje provođenje. Projekt Metković Zdravi grad nastao je kao građanska inicijativa s relativno slabim sponzorom prema institucijama i gradskoj administraciji. Projekt Rijeka Zdravi grad započeo je s radom u okviru gradskog Ureda za zdravstvo i socijalnu skrb i od početka imao značajnu finansijsku pomoći i snažnu podršku gradske politike. Prva tri grada, koja su provela metodu brze procjene tijekom 1996. godine, imala su više od pet godina iskustva djelovanja u projektu Zdravi grad. Projekt Karlo-

vac Zdravi grad imao je organizacijski model sličan pulskom tj. usku vezanost uz Županijski zavod za javno zdravstvo. Projekt Varaždin Zdravi grad pokrenut je i organizacijski lociran unutar gradske uprave, Odjela za školstvo, zdravstvo, i socijalnu djelatnost. Slično tome i crikvenički. Kako su karlovački (1998.), varaždinski (2000.) i crikvenički (2004.) projekti Zdravi grad tek započinjali s radom, metodu RAP-a koristili su kao instrument za započinjanje i razvoj procesa zdravog grada u svojim sredinama. Projekt Zagreb Zdravi grad nalazio se u specifičnoj situaciji jer je, usprkos veteranskom statusu radi desetogodišnje stagnacije programskih aktivnosti, program trebalo u potpunosti redefinirati (2002.). Organizacijski, zagrebački je projekt sličan riječkom, pokrenut je i lociran u gradskoj upravi unutar Ureda za zdravstvo, rad i socijalnu skrb. Splitski je projekt Zdravi grad nekoliko puta mijenjao lokaciju – u početku ga je podržavao isključivo Zavod za javno zdravstvo, kasnije ga preuzima gradsko poglavarstvo (Gradski odjel za zdravstvo i socijalnu skrb) koje naknadno, radi lakšeg provođenja programskih aktivnosti, osniva Udrugu Split – zdravi grad. Projekt Dubrovnik - Zdravi grad je (iskusna) nevladina udruga u čijem radu sudjeluje i finansijski ga podržava Grad Dubrovnik. Porečki projekt je operacionaliziran kroz djelovanje Fonda Poreč – Zdravi grad, a slatinski, iako formalno lociran u Gradskom poglavarstvu, vodi društvena organizacija - Crveni križ Slatina^{10, 11}. Labinski i vinkovački projekti su već prije provođenja RAP-a imali veteranski status u Mreži i djelovali više od petnaestak godina vrlo snažno oslonjeni na gradsku upravu.

Metoda brze procjene pokazala se korisnom gradovima koji su tek ulazili u projekt Zdravi grad (Karlovac, Varaždin, Crikvenica) u smislu pokretanja procesa, okupljanja partnera i započinjanja rada na projektu Zdravi grad. Ipak, gledajući s vremenske distance i sudeći po rezultatima evaluacije (kroz Ligu zdravih gradova 2008.), metoda se pokazala korisnijom gradovima koji su već duže radili na projektu (Pula, Metković, Rijeka, Zagreb, Split, Dubrovnik, Poreč, Slatina, Labin, Vinkovci) gdje je bila u funkciji evaluacijskog instrumenta kojim su identificirane novonastale potrebe zajednice te preispitani (i redefinirani) prioriteti^{10, 11}. Primjenom ove metode ojačali smo kapacitet gradova u strateškom planiraju za zdravlje te operativnom definiranju

djelokruga rada projekta „Zdravi grad“ kako bi on bio prepoznat od strane drugih odjela gradske uprave i građana te odijeljen od ostalih, rutinskih poslova i programa zdravstvene i socijalne službe. Primjenom ove metode dobili smo najširoj javnosti razumljive Gradske slike zdravlja koje odražavaju lokalne uvjete i specifičnosti svake zajednice¹². Postignut je konsenzus predstavnika gradske uprave, profesionalaca i građana oko pet prioritetnih područja za budući rad na unapređenju zdravlja i podizanju urbane kvalitete života. Njezinom primjenom ojačane su veze između projektnih partnera i dobivena je šira baza (posebno u smislu uključivanja struke i građanske inicijative) za provođenje aktivnosti.

Jedino što ovom metodom nismo dobili je lokalna održivost projekta. Da bi se učvrstile mreže, treba više od dvodnevne konferencije. Najbolji kontinuitet djelovanja projekta Zdravi grad, pa kroz to i najbolje rezultate, ostvaruju gradovi sa profesionaliziranim sustavom koordinacije provođenja (ured i/ili osoba – koordinator) i ustrajnom političkom podrškom.

Referencije

1. Annet, H & Rifkin, S 1998, *Improving urban health – guidelines for rapid appraisal to assess community health needs: a focus on health improvements for low income urban areas.*, Geneva, WHO.
2. Anker, M 1991, ‘Epidemiological and statistical methods for rapid health assessment: Introduction’, *World Health Statistic Quarterly*, vol. 44, pp. 94-7.30.
3. Ong, BN, Humphris G, Annet H & Rifkin, S, ‘Rapid appraisal in an urban setting, an example from the developed world’, *Soc Sci Med*, vol. 3, pp. 909-15.
4. Greinger, T 1997, *Rapid appraisal before impact evaluation studies [Readers' Forum]*, World Health Forum, vol. 18, pp. 66-7.
5. Šogorić, S 1998, Making rapid city health profile and city action plan for health - achievements of the modified method of rapid appraisal to assess community health needs, Book of Abstracts, *WHO International Healthy Cities Conference*. Athens, pp.18.
6. Šogorić, S 1998, ‘One year later - evaluation of rapid assessment program in Croatia’, Book of Abstracts, *WHO International Healthy Cities Conference*, Athens, pp. 21.
7. Šogorić, S 1998, Application of the modified method of “rapid appraisal to assess community health needs” for making rapid city health profile and city action plan for health’, *Croat Med J*, vol. 39, no. 3, pp.267-75.
8. World Health Organization. *City Health Profiles: how to report on health in your city*, Copenhagen, WHO, 1995.
9. Garcia, P & McCarthy, M, *Measuring Health. A step in development of city health profiles*, Copenhagen, WHO, 1996.
10. Šogorić, S, Rukavina, TV, Mujkić, A & Džakula 2003, ‘Formulating a health strategy at the local level using the “Urban Health Profile” and “Urban Health Planning”, *Lijec Vjesn*, vol. 125, pp. 334-8.
11. Šogorić, S 2010, ‘Stvaranje nacionalne mreže zdravih gradova’, u Šogorić, S, Popović D, eds. *Pokret zdravih gradova – djelotvorno znanje za zdravlje*, Zagreb, Hrvatska mreža zdravih gradova, pp. 147-174.
12. Vuletić, S, Šogorić, S, Malatestinić, Đ & Božićević, I, ‘Procjena zdravlja i zdravstvenih potreba populacije – javnozdravstvena praksa u Hrvatskoj danas’, *Acta Med Croatica* vol. 64, no. 5, pp. 317-325.

Od riječi do broja

Josipa Kern, Selma Šogorić, Silvije Vuletić

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Uvod – nešto staro, nešto novo

Broj je najjednostavniji oblik podatka. Može biti rezultat brojanja izražen apsolutno ili relativno poput „broja poroda“, „prevalencije dijabetesa“ i sličnog ili rezultat mjerenja izražen u određenim jedinicama poput „sistoličkog/dijastoličkog krvnog tlaka“, „ukupnog kolesterola“ i sličnog. U situacijama kada izvjesni podatak ne možemo izraziti brojem, izražavamo ga riječu ili riječima. „Dijagnoza“ nije broj. Broj nije ni „način intervencije“, „vrsta lijeka“ niti „vrsta konzumiranog alkohola“. Ponekad podatke koji govore o dijagnozi, načinu intervencije, vrsti lijeka ili vrsti konzumiranog alkohola, svrstavamo u klase, odnosno kategorije pa ih možemo, kao takve, jasno definirane klase/kategorije, prebrojavati ili izraziti relativno (u odnosu na nešto). Ponekad takve klase/kategorije šifriramo (npr. dijagnoze). Istraživanja i analize koje se temelje na podacima izraženima brojevima obično se nazivaju kvantitativnim istraživanjima odnosno kvantitativnim obradama i analizama podataka.

Postoje, međutim, situacije kada nije moguće ni mjeriti niti prebrojavati jer nije jasno *što* je to što treba mjeriti ili brojati. Probleme vidimo, svjesni smo njihovog postojanja, ali ne znamo otkuda krenuti, što mjeriti, kako to činiti, a pogotovo nije jasno što i kako analizirati jer jednostavno ne znamo što je tu uopće podatak. U takvim situacijama, u pravilu, koristimo se opisima, naracijom, pa kažemo da se nalazimo u području kvalitativnog.

Kvalitativna su istraživanja orijentirana prema naraciji, odnosno pripovijedanju. Stoga, kvalitativna istraživanja rezultiraju s *tekstualnim* podacima. U pravilu, radi se o opisima, o slobodnim tekstovima, često transkriptima nastalim nakon rasprava u užim, organiziranim skupinama s namjerom da

se iznađu odgovori na vrlo kompleksna pitanja vezana uz populaciju i njezino, najčešće, neželjeno ponašanje. Primjeri takvih neželjenih ponašanja mogu biti primjerice opijanje adolescenata tijekom vikenda, agresivnost unutar vlastite dobne skupine i sl. Isto tako, razni javnozdravstveni fenomeni poput neodgovornog spolnog ponašanja mladih zajedno s posljedicama koje iz toga proizlaze, ali i problem ovisnosti u općoj populaciji ili problem suicida u populaciji sudionika ili žrtava rata ili nasilja općenito mogu biti predmet kvalitativnih istraživanja.

Tekstualni su podaci obično rezultat promatranja (i bilježenja zamjećenoga), zatim rezultat intervjuiranja, ali i razni dokumenti pisani slobodnim tekstom također pripadaju skupini tekstualnih podataka koje je moguće analizirati s obzirom na sadržaj, značenje, semantiku.

U obradi i analizi tekstualnih podataka osnovno je pitanje: „Kako transformirati zabilježeno (tekstualne podatke: opis, tekst) u razumljiv oblik (koji omogućava interpretaciju, objašnjenje opisano tekstualnim podacima)?“. Stoga je tu naglasak prvenstveno na *uporabi*, a ne na *prikupljanju* tekstualnih podataka.

U prvom koraku kvalitativnih istraživanja (ili kvalitativnog raspitivanja/propitkivanja, engl. *qualitative/naturalistic inquiry*) prikupljaju se podaci (promatranjem i bilježenjem, intervjuiranjem ili prikupljanjem dokumenata).

U drugom koraku slijedi analiza tekstualnih podataka (u formi sadržaja koji pojedini pojmovi reflektiraju). Identificiraju se pojedini koncepti (rijeci, fraze), uz uvažavanje sinonima ako takvi postoje (npr. fraze „javnozdravstvena istraživanja“, „istraživanja u javnom zdravstvu“ sadržajno znače isto te ih treba smatrati jednim pojmom, odnosno

jednom kategorijom u postupku analize teksta). U tom koraku moguće je kvalitativni pristup kombinirati s kvantitativnim: moguće je prebrojavanje identificiranih koncepta (riječi, fraza), a ako postoje unaprijed definirane skupine „ispitanika“ (pri čemu „ispitanik“ može biti realni ispitanik, odnosno osoba od koje se dobivaju podaci, dokument koji se analizira, situacija koju se opisuje) moguće je šifrirati i pojedine koncepte i pripadnost ispitanika pojedinim skupinama. Šifrirani koncepti se tada mogu smatrati jednostavnim, uobičajeno shvaćenim nominalnim varijablama i mogu se obrađivati uobičajeno kvantitativnim statističkim metodama (jednodimenzionalne ili višedimenzionalne tablice frekvencija, mjere povezanosti, statističko testiranje, itd.).

U trećem koraku slijedi interpretacija (istraživanog fenomena), razvija se teorija (engl. *grounded theory*) koja se temelji na prethodno identificiranim konceptima.

U pravilu, kvalitativna analiza time završava, premda postoji mogućnost i da se ide dalje. „Ići dalje“ znači prikupiti nove podatke i, provođenjem drugog i trećeg koraka, profiniti interpretaciju, odnosno dograditi teoriju.

U ovom poglavlju usredotočit ćemo se na analizu tekstualnih podataka uz primjenu informatičkih alata, programa za analizu tekstualnih podataka.

Informatički alati za analizu tekstualnih podataka

Postoje dva osnovna pristupa analizi tekstualnih podataka: analiza konteksta i statistička analiza teksta.

Statistička analiza tekstualnih podataka

Statistička analiza tekstualnih podataka ilustrirat će se primjerom tekstualnih podataka prikupljenih u okviru projekta *Zdravi grad*.

Projekt *Zdravi grad*

Na mrežnim stranicama (<http://www.zdravi-gradovi.com.hr/media/24330/20steps.pdf>) može se naći sljedeći opis: „... jedno je od glavnih postignuća projekta *Zdravi grad* prikupljanje praktičnog znanja o tome kako stvoriti pouzdane i učinkovite strukture

te procese rukovođenja u novom javnom zdravstvu na razini grada.“

Nadalje, „*Bit projekta je koncept grada - onog što grad jest i što bi kao zdravi grad mogao postati. Grad se shvaća kao složeni organizam koji živi, diše, raste i stalno se mijenja. Zdravi je grad onaj koji unapređuje svoju okolinu i proširuje svoje resurse kako bi ljudi, dajući podršku jedni drugima, mogli doseći svoj najviši potencijal.*“

I dalje „*...djelovanje na lokalnoj razini zahtjeva političku podršku, tj. pridobivanje gradske vlade za reorientaciju politike prema pravičnosti, unapređenju zdravlja i sprečavanju bolesti ili drugim riječima, zahtjeva novi pristup javnom zdravstvu. Da bi projekt bio prisutan u javnosti i da bi uživao povjerenje građana, potrebno je uključiti lokalne strukture. Za postizanje intersektorskog djelovanja ključni su novi procesi upravljanja koji jačaju komunikaciju i suradnju među odjelima gradske vlade.*“

Konačno „*građanske inicijative i lokalne zajednice moraju biti aktivnije uključene u kreiranje grada kao mjesta zdravijeg života.*“

Prikupljanje podataka

Da bi se prikupilo potrebno praktično znanje o problemima, u pojedinim je gradovima, članovima mreže zdravih gradova, proveden RAP uz sudjelovanje triju skupina ispitanika: građana, političara i stručnjaka. Ispitanicima su postavljena pitanja o njihovu gradu u obliku polustrukturiranog upitnika. Definirane su okvirne teme/pitanja, a ispitanici su na ta pitanja odgovarali opisno, dakle, slobodnim tekstrom. Pitanja su bila sljedeća:

1. Kakva je to zajednica (heterogena / homogena; aktivna / pasivna; prosperitetna; što je i kakva je duša te zajednice) ?
2. Kako žive stanovnici Vašeg grada? Tko su nje-govi najsretniji, a tko najnesretniji žitelji?
3. Što umanjuje ljepotu življenja u Vašem gradu?
4. Što daje ljepotu življenju u Vašem gradu?
5. Kakav Vaš grad želite vidjeti za deset godina?
6. Kako ostvariti Vašu viziju?

Obrada podataka

Prikupljeni odgovori, odnosno tekstualni podaci, analizirani su primjenom programskog paketa Sphinx koji uz klasičnu obradu podataka omogućava i obradu tekstualnih podataka. Osnovni podatak u tekstualnoj analizi postaje *riječ*. Pritom nije važno kojem jeziku riječ pripada. Sphinx omogućava:

- određivanje frekvencija pojedinih riječi (apsolutno i relativno) u izabranom pitanju/odgovoru (npr. u pitanju/odgovoru: Kako ostavariti Vašu viziju?)
- reduciranje rječnika s obzirom na duljinu riječi (izostavljanje riječi koje se sastoje iz jednog, dva,... slova: kratkih riječi poput veznika, prijedloga, i sl.)
- reduciranje rječnika s isključivanjem nekih unaprijed izabranih riječi (npr. koji, zašto, što, i sl.)
- traženje segmenata, odnosno *nizova riječi* koji se pojavljuju u tekstu bar 2, 3, 4,... puta (npr. „duša zajednice“, „umanjuje ljepotu življenja“)
- određivanje frekvencija pojedinih segmenata
- prikaz odgovora ispitanika u kojima se pojavljaju određeni segmenti

- izbor podskupine ispitanika (npr. građana) i njihov pripadni rječnik (cjelovit ili reducirani)
- reduciranje riječi s obzirom na korijen riječi (npr. korijen *hetero* zamjenjuje sljedeće riječi: *heterogena, heterogenoj, heterogenu, ...*)
- prikaz konteksta vezanog uz izabranu riječ ili segment (to znači prikaz nekoliko riječi prije i nekoliko iza izabrane riječi ili izabranog segmenta)
- prikaz kompletnih odgovora koji sadrže izabranu riječ ili segment
- izbor i prikaz karakterističnih odgovora podskupine ispitanika

Primjer analize tekstualnih podataka

Kako pripremiti tekstualne podatke?

Na slici 1. prikazano je primjerom kako treba pripremiti podatke. Uobičajeno je, kao i inače pri prikupljanju i analizi podataka, da se kao prvi atribut/varijabla uzme identifikator ispitanika. U ovom se slučaju pretpostavlja da želimo znati i kojoj skupini ispitanika pojedinac pripada. Moguće je da to bude političar, stručnjak ili građanin. Nakon tog atributa

Slika 1. Primjer odgovora jednog ispitanika (ispitanik s brojem 15, iz skupine političara, odgovori na pojedina pitanja iz polustrukturiranog upitnika)

Ispitanik: 15 Skupina: politcar Homo-hetero: VINKOVACKA ZAJEDNICA JE IZUZETNO HETEROGENA I PASIVNA - DUSA SU NJEGOVI STANOVNICI ALI JE TA DUSA ZATROVANA DEGRADIRANJEM SVIH MORALNIH VRJEDNOSTI U NASEMU DRUSTVU KAO I IZUZETnim SIROMASTVOM I GOSPODARSkom RECESIJOM TAKO DA JE VESELA SLAVONSKA DUSA POSTALA BEZLICNA Sretni-nesretni: ZIVE IZUZETNO TESKO JER JE NASA ZUPANIJA PREDZADNJA PO GOSPODARSkom RAZVOJU U NASOJ ZEMLJI. MLADI LJUDI ODLAZE IZ GRADA U POTRAZI ZA BOLJIM ZIVOTOM TAKO DA U GRADU OSTAJU ONI KOJI NEMAJU NIKAKOVOG IZLAZA ILI ONI KOJI SU NA ZALASKU SVOJE KARIJERE. NAJSRETNije JA OSOBNO NE ZNAM A NAJNESRETNIJI SU SVI ONI KOJI SE SVAKOgA DANA BORE ZA GOLO PREZIVLJAVANJE. KAZU DA SU SRETNI ONI KOJI IMAJU "DRZAVNU SLUZBU". Umanjuje ljepotu: LJUDSKA GLUPOST, NESTRUCNOST, OSOBNA GRAMZIVOST POJEDINACA, DEVASTACIJA STARIH GRADEVINA, NEIMANJE JASNE DUGOROCNE VIZIJE RAZVOJA GRADA Daje ljepotu: NASA DJECA, STARA ARHITEKTURA KOJE JE JOS NA ZALOST MALO OSTALO, PARK LENIJE Vizija: GOSPODARSKI RAZVIJENE, PLANSKI UREDENE U GRADEVINSKOM SMISLU, SA ZASTICENOM STAROM ARHITEKTUROM (STARIM GRADEVINAMA), VELIKIM I UREDENIM ZELENIM PARKOVIMA I SETNICAMA Ostvarenje vizije: TREBA ZAPOSLOVATI STRUCNE I KVALitetne LIJUE, DATI SANSU SVIM ONIMA KOJI IMAJU DOBRE IDEJE NA KORIST CJELOKUPNE DRUSTVENE ZAJEDNICE, UCITI OD DRUGIH TJ.ONIH KOJE IMAMO KAO UZORE, RAZVIJATI ODRZIVO GOSPODARSTVO KAO I EKOTURIZAM, RAZVIJATI I ULAGATI U ALTERNATIVNE IZVORE ENERGIJE

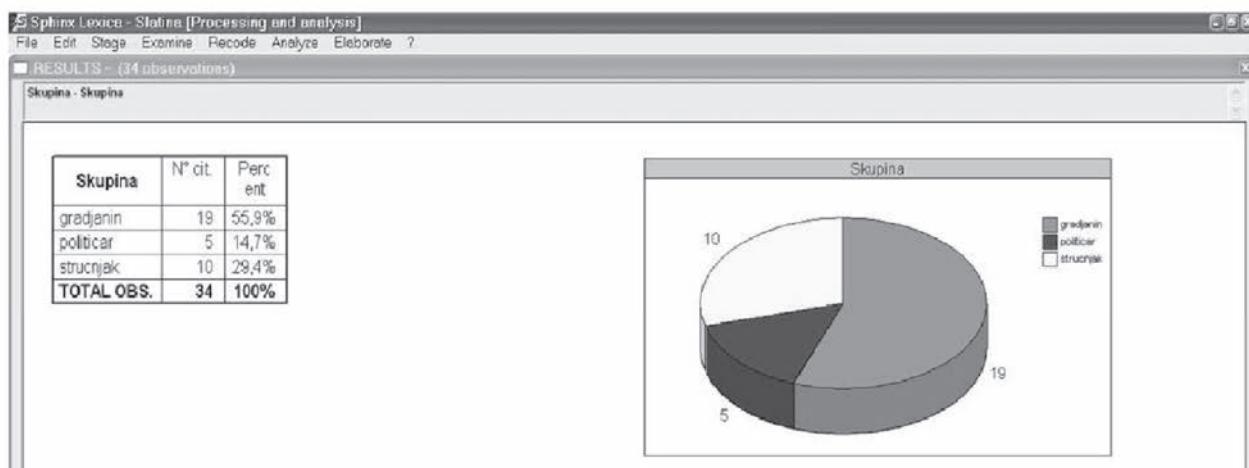
slijede pojedina pitanja, odnosno odgovori na ta pitanja. Dakle, varijable/atributi su redom:

ispitanik (redni broj ispitanika),
skupina (političar, stručnjak, građanin),
homo-hetero,
sretni-nesretni,
umanjuje ljestvu,
daje ljestvu,
vizija,
ostvarenje vizije.

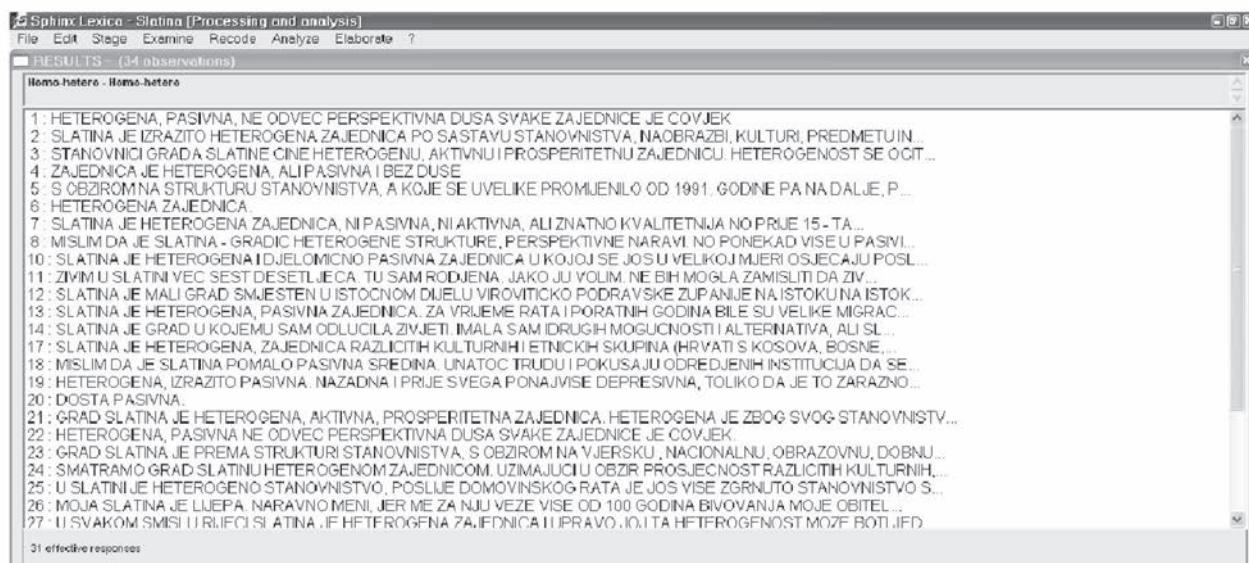
Nazive varijabli odnosno atributa je najkorisnije formulirati na način da budu skraćeni oblik pitanja. Takav oblik će nam omogućiti da tijekom analize lako „prepoznamo“ na koje se pitanje tekst odnosi.

Koliko čega ima?

Na početku je korisno znati koliko ima ispitanika u svakoj pojedinoj skupini. Može se prikazati tablicom ili grafički (slika 2.). Korisno je i „baciti pogled“ na pojedine tekstove, odgovore na izabrano pitanje (slika 3.).



Slika 2. Frekvencija ispitanika po skupinama



Slika 3. Pregled unesenih odgovora na izabrano pitanje

Kako nastaviti analizirati odgovore na pojedinačna pitanja?

Naslici 4. prikazuje izbornik (meni) s mogućnostima analize tekstualnih podataka. Na početku treba izabrati tekstove koje se želi analizirati, odnosno pitanje na koje su kao odgovori dobiveni tekstovi koje se želi analizirati. U konkretnom slučaju izabrano je pitanje o viziji ispitanika, odnosno kako ispitanik želi vidjeti svoj grad za deset godina.

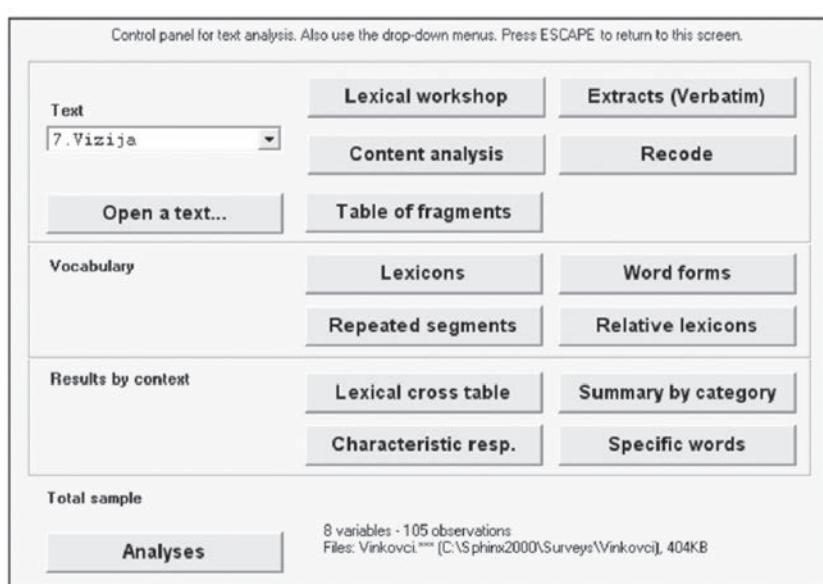
Pogled na upotrebljene riječi

Na slici 5. prikazana je učestalost pojedinih riječi u odgovorima na pitanje „Vizija“, odnosno na pitanje:

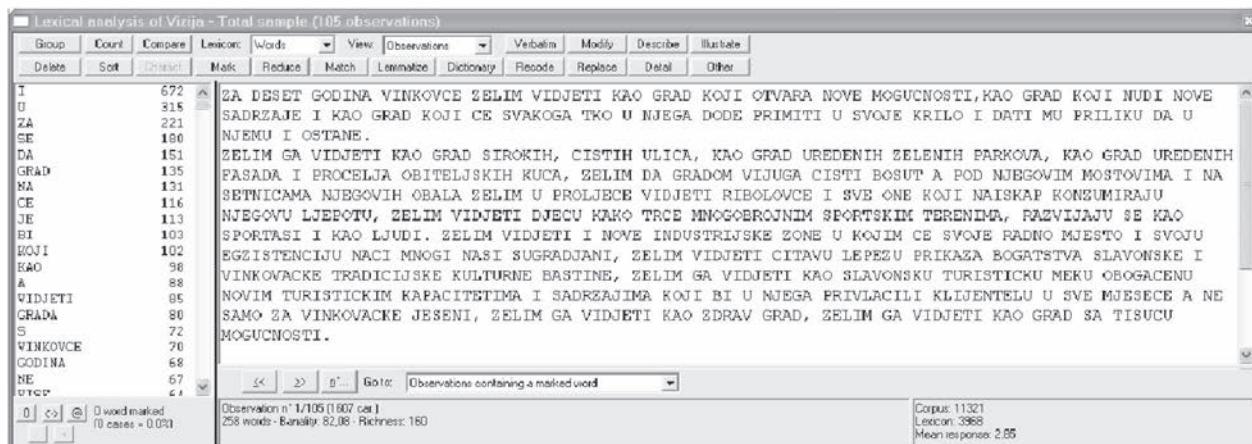
„Kakav Vaš grad želite vidjeti za deset godina?“ Na lijevoj strani slike nalazi se popis riječi zastupljenih u odgovorima na izabranu pitanje, a u desnom dijelu slike vidi se primjer jednog odgovora, jedna vizija, odgovor jednog ispitanika na postavljeno pitanje.

Na slici 6. nalazi se leksička tablica, odnosno popis riječi i njihova učestalost u odgovoru na izabranu pitanje u pojedinim skupinama ispitanika – u ovom slučaju u skupinama političara, profesionalaca i građana.

S popisom riječi upotrebljenih u odgovorima na postavljeno pitanje i njihovom učestalošću počinje analiza tekstualnih podataka.



Slika 4. Osnovni meni s mogućnostima analize tekstualnih podataka



Slika 5. Popis riječi i njihova učestalost u odgovoru na izabranu pitanje

Sphinx Lexica - Vinkovci [Processing and analysis]

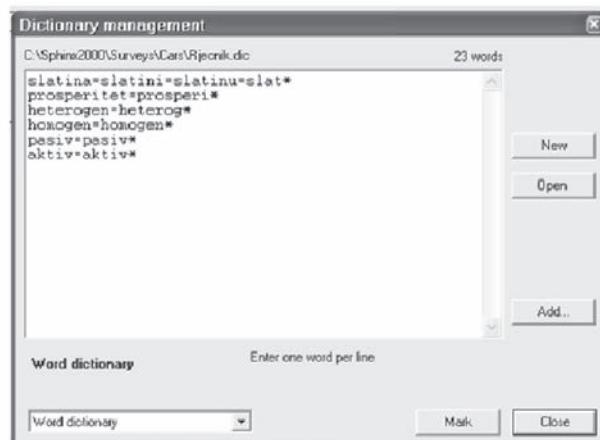
File Edit Stage Examine Recode Analyze Elaborate ?

Lexical analysis of Vinkovci - Total sample (105 observations)

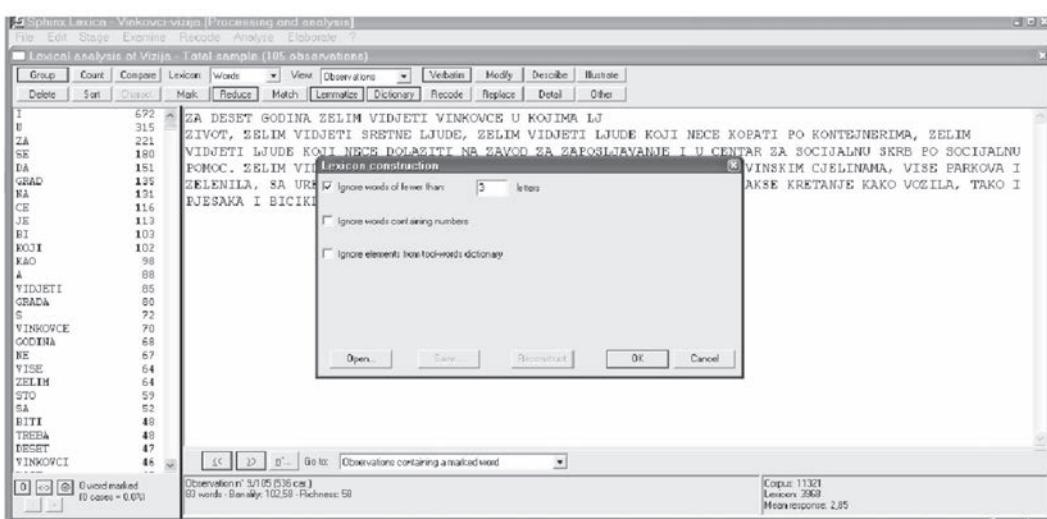
Analyzer	Count	Compare	Lexicon	Words	View	Observations	Verbain	Modify	Describe	Illustrate
Order	Sort	Select	Mark	Reduce	Match	Lemmatize	Dictionary	Recode	Replace	Detail
										Other
WORDS/CAT	gender	police	police	TOTAL						
I	360	132	249	672						
II	143	60	112	315						
ZA	104	34	83	221						
SE	95	23	62	180						
DA	60	29	42	151						
GRAD	55	26	54	135						
NA	51	22	58	131						
CE	62	19	35	116						
JE	30	32	51	113						
BI	47	19	37	103						
KOJI	42	23	37	102						
KAO	37	24	37	98						
A	41	20	27	88						
VIDJETI	40	25	29	85						
GRADA	18	24	38	80						
S	29	8	35	72						
VINKOVCE	35	15	28	70						
GODINA	38	12	18	68						
NE	39	11	17	67						
VISE	27	11	26	64						
ZELIM	26	29	9	64						
STO	19	11	29	59						
SA	31	6	13	52						

This table gives the number of occurrences of each word and each modality of Slupna.
399 words are cited.
Words are sorted by decreasing definiteness.

Slika 6. Leksička tablica



Slika 7. Definiranje sinonima



Slika 8. Redukcija rječnika brisanjem riječi kraćih od tri slova

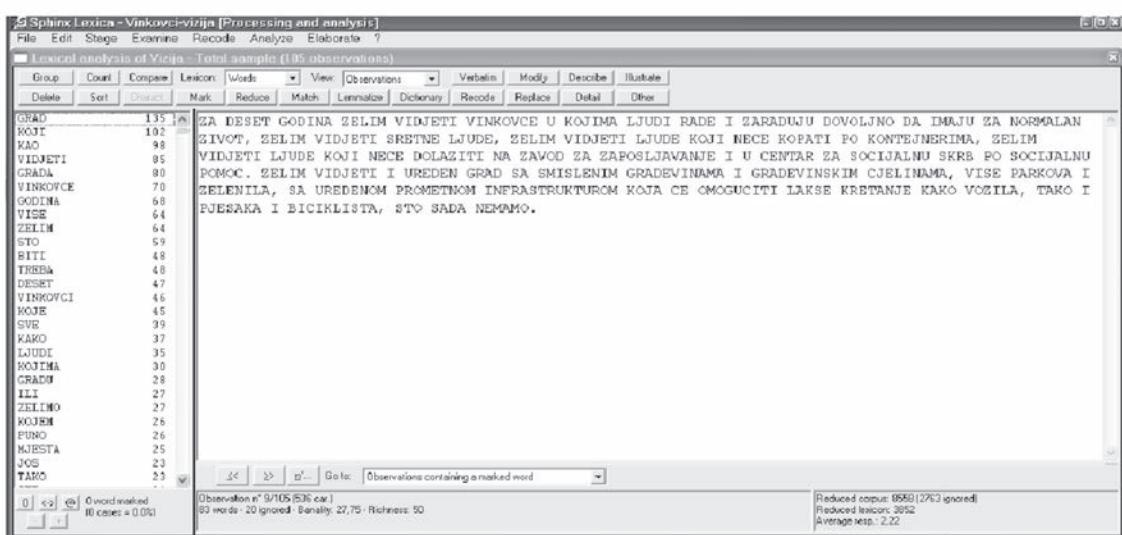
Redukcija rječnika

Činjenica je da se često različitim izričajima može izreći isti sadržaj. U analizi tekstualnih podataka takve izričaje treba smatrati sinonimima. Zbog specifičnosti hrvatskog jezika ista imenica u različitim padežima predstavlja različite grafičke forme, ali isti sadržaj. Zbog toga i sve pojavnosti iste imenice u različitim padežima također treba smatrati sinonimima. Na slici 7. prikazano je kako se to može učiniti. Uvođenjem sinonima početni se rječnik modifcira. Daljnje modifikacije postižu se „brisanjem“, odnosno isključivanjem pojedinih riječi iz rječnika. Postoji mogućnost da se isključe sve kratke riječi, one koje se sastoje od jednog, dva

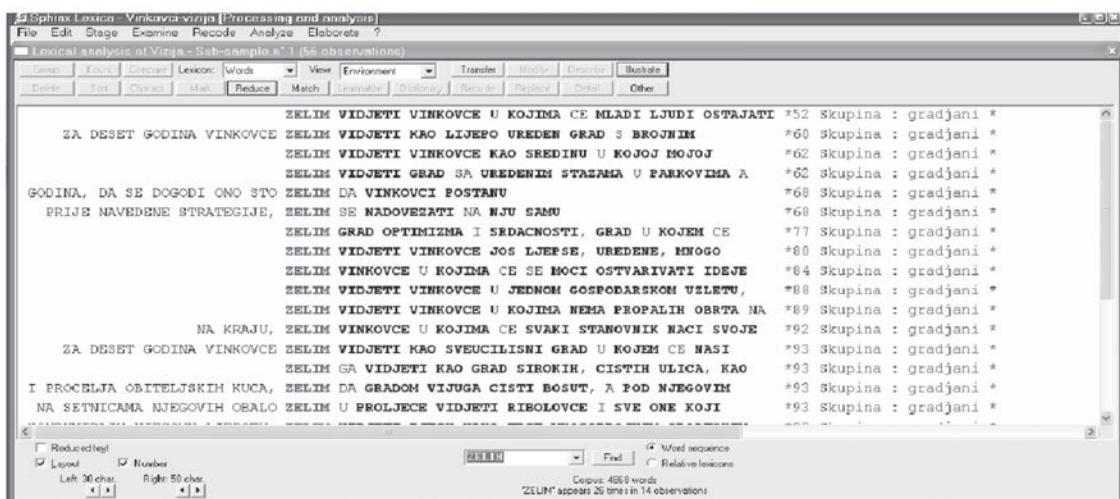
ili tri slova. Na taj se način iz rječnika najčešće isključuju veznici (poput: i, pa, te, ...), zamjenice (poput: tko, što, on, ona,...), prijedlozi (poput: u, na, iz,...), odnosno riječi koje nisu presudne za razumevanje teksta. Na slici 8. vidi se taj način redukcije rječnika, a na slici 9. rezultat redukcije.

Konkordantnost

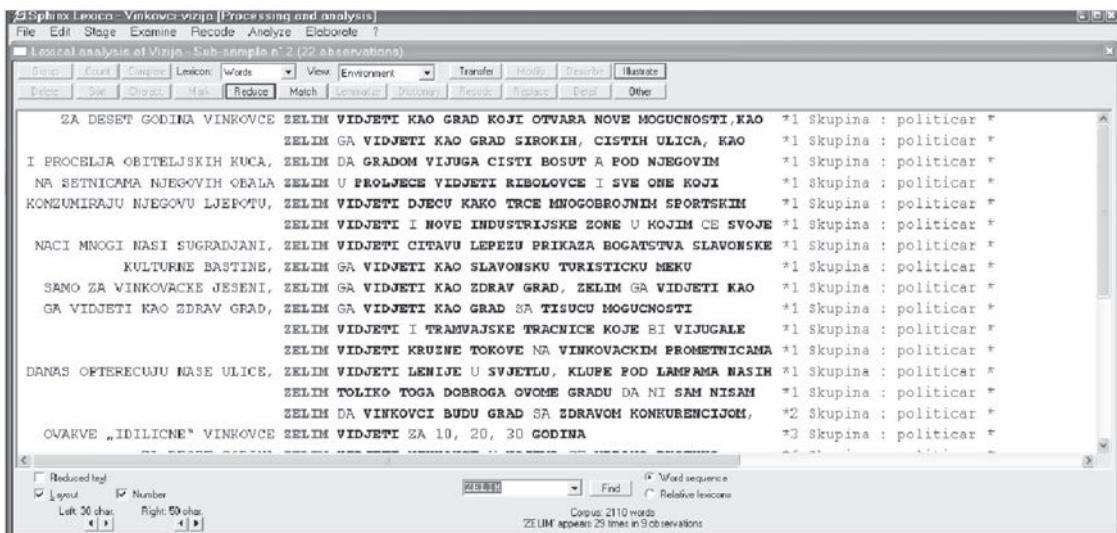
U interpretaciji vizije „grada nakon deset godina“ pojedinih skupina ispitanika (građana, političara i profesionalaca) može pomoći traženje „okoline“ jedne ili više riječi unutar odgovora pojedine skupine.



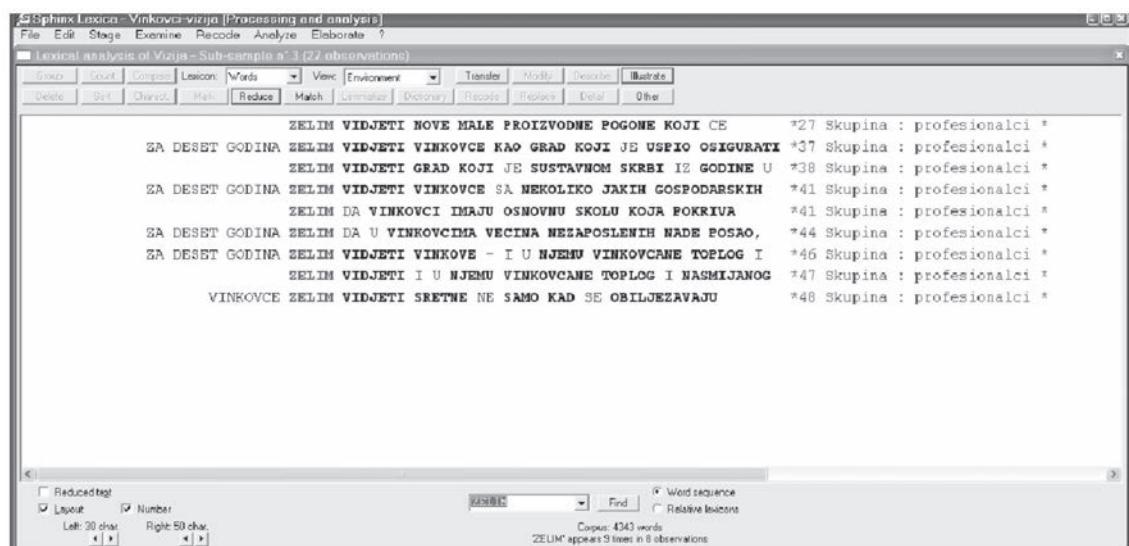
Slika 9. Rezultat brisanja riječi kraćih od tri slova



Slika 10. Okolina riječi „želim“ u odgovorima građana o viziji



Slika 11. Okolina riječi „želim“ u odgovorima političara o viziji



Slika 12. Okolina riječi „želim“ u odgovorima profesionalaca o viziji

Karakteristični odgovori temeljem upotrebljenih riječi

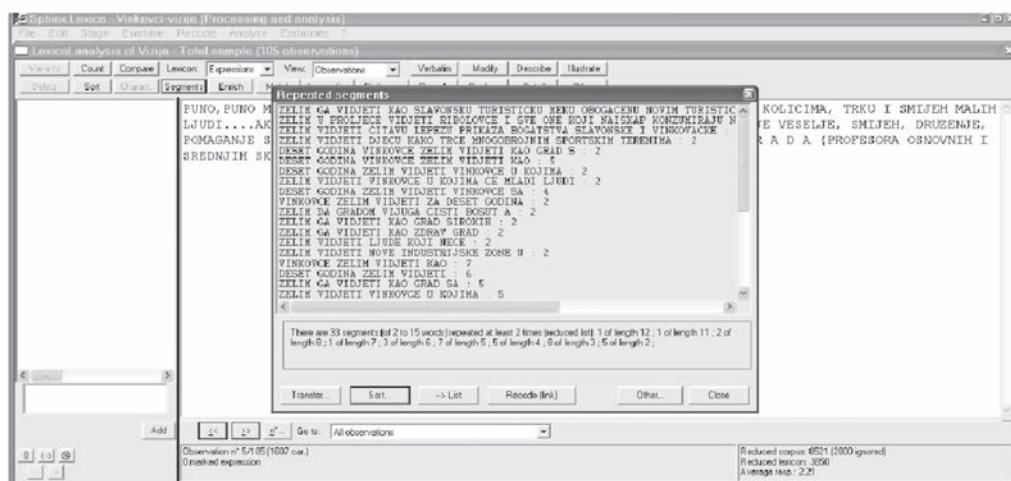
Isto tako, moguće je potražiti karakteristične odgovore unutar pojedinih skupina ispitanika. Broj karakterističnih odgovora treba unaprijed odrediti. Pojam „karakteristično“ odnosi se na „sličnost“ odgovora raznih ispitanika s obzirom na upotrebljene riječi.

Slika 13. Popisi riječi specifičnih za skupine (političari, profesionalci, građani) i po 10 karakterističnih odgovora iz svake skupine ispitanika

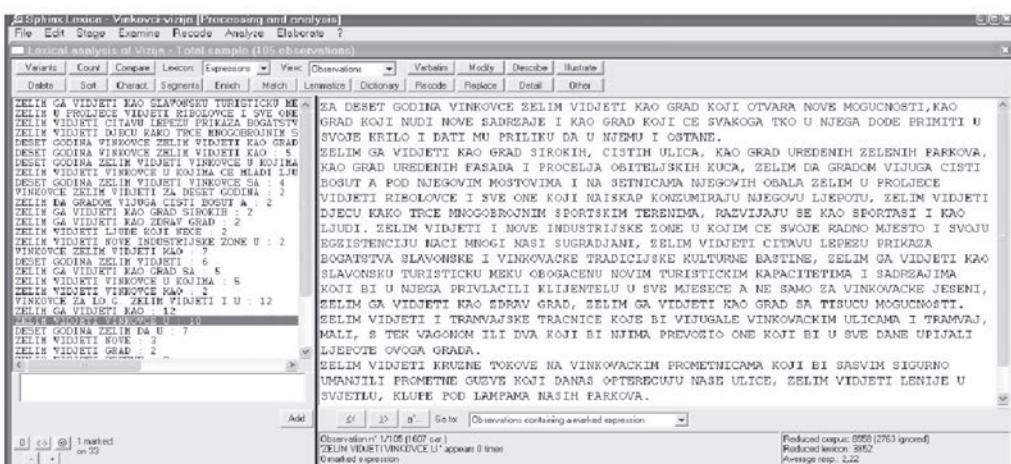
Identifikacija segmenata, odnosno potencijalnih fraza

Daljnja mogućnost analize se odnosi na traženje segmenata, odnosno nizova upotrebljenih riječi, potencijalnih fraza koje sadrže jednu unaprijed izabrano riječ. Slika 14. prikazuje segmente, odnosno nizove riječi u kojima se pojavljuje unaprijed specificirana riječ „želim“. Prilikom traženja segmenata treba specificirati: najmanju duljinu segmenta (npr. bar dvije riječi) i najmanju frekvenciju s kojom se segment mora pojavljivati (npr. bar dva puta).

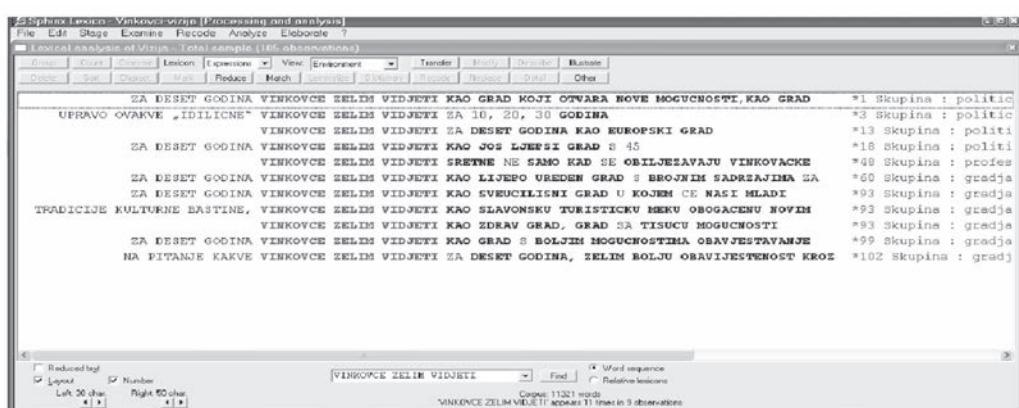
Slika 14. Popis nađenih segmenata u odgovorima na pitanje o viziji koji sadrže riječ „želim“



Slika 15. Popis nađenih segmenata u odgovorima na pitanje o viziji koji sadrže riječ „želim“ – složeno prema duljini segmenata



Slika 16. Popis segmenata i njihova učestalost u odgovorima na pitanje o viziji



Slika 17. Okolina segmenta „Vinkovce želim vidjeti“ u odgovorima ispitanika o viziji

Izrada Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.: prikaz kvalitativne metodologije

Dario Sambunjak¹, Aleksandar Džakula², Marta Čivljak², Rajko Ostojić¹

¹Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske,

²Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (u dalnjem tekstu: Strategija) krovni je dokument koji utvrđuje kontekst, viziju, prioritete, ciljeve i ključne mjere u zdravstvu Republike Hrvatske u predstojećem razdoblju. Odabранo je vremensko razdoblje do 2020. godine jer pruža dovoljno vremena za provedbu i vrednovanje strateških mjer, a podudara se i s ključnim strateškim dokumentima Europske unije (EU) i Svjetske zdravstvene organizacije (WHO).

Strategija čini osnovu za donošenje politika i odluka u zdravstvu, uključujući i odluke o raspodjeli proračunskih sredstava u sektoru zdravstva. Također, ona je polazište za izradu novih te vrednovanje i reviziju postojećih planskih i operativnih dokumenata, koji razrađuju razvojne mјere i konkretne aktivnosti u pojedinim segmentima zdravstva (npr. strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, masterplan bolnica, strateški plan razvoja palijativne skrbi, strateški plan razvoja javnog zdravstva i dr.).

Kao krovni dokument koji usmjerava razvoj zdravstva u predstojećem razdoblju, Strategija ima veliko značenje i u kontekstu europskih integracija Republike Hrvatske. Pristupanje EU-u predviđeno je za 1. srpnja 2013. godine, što znači da će veći dio vremenskog razdoblja obuhvaćenog ovim dokumentom Hrvatska provesti kao članica EU-a. Stoga je nužno razvoj zdravstva Republike Hrvatske planirati u kontekstu društvenog, zakonskog i ekonomskog okvira EU-a. Republika Hrvatska je i zemlja članica Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), međunarodnog tijela koje usmjerava i koordinira zdravstvene politike zemalja članica Ujedinjenih

naroda (UN). U skladu s tim, pri izradi Strategije razvoja zdravstva, morali su se uzeti u obzir i ključni dokumenti EU-a i SZO-a za predstojeće razdoblje:

- *Europe 2020*, strategija EU-a za pametan, održiv i uključiv rast, usvojena u ožujku 2010.
- *Health 2020*, nova zdravstvena politika Europejske regije WHO-a

Prema paketu zakonodavnih prijedloga koji će oblikovati kohezijsku politiku EU-a u razdoblju od 2014. do 2020., postojanje nacionalnih ili regionalnih strateških okvira je preduvjet (engl. *ex-ante conditionality*) za financiranje projekata u području zdravstva te je i u tom smislu Strategija iznimno značajan dokument.

Nositelji i ključni sudionici procesa izrade Strategije

Sve potrebe u zdravstvenom sustavu ne mogu se smatrati prioritetima, a jedan od glavnih ciljeva u postupku izrade Strategije bio je ostvariti konsenzus oko toga koji su to stvari prioriteti. Stoga se izrada Strategije temeljila na partnerskom pristupu, a u njenu izradu uključio se široki krug zainteresirane stručne i opće javnosti.

Nositelji procesa bili su ministar zdravlja kao glavni urednik te Urednički odbor, koji su činili zamjenik i pomoćnici ministra zdravlja te ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Njihova zadaća bila je odrediti strukturu, sadržaj i postupak izrade Strategije, pratiti njezinu izradu te predstavljati je u javnosti.

Ministar zdravlja je za potrebe izrade Strategije imenovao pet povjerenstava, koja su činili stručnjaci iz različitih ustanova, društava i organizacija u sustavu zdravstva. Povjerenstva su bila organizirana tako da svatko od njih promatra cijeli sustav zdravstva, ali s različitog motrišta. Na taj način nastojao se ostvariti holistički pristup promišljanju problema i strateškom planiranju u sustavu zdravstva. Imenovana su sljedeća Povjerenstva:

1. *Povjerenstvo za organizaciju sustava zdravstva*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive njegovih razina i oblika (primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita, javno zdravstvo, palijativna skrb, znanost i istraživanja),
2. *Povjerenstvo za profesije i ljudske resurse*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive ljudi koji u njemu rade (lijecnici, stomatolozi, medicinske sestre, primalje, fizioterapeuti, ostale zdravstvene profesije, ljekarnici, nezdravstveno osoblje u zdravstvenom sustavu, volonteri),
3. *Povjerenstvo za područja zdravstvene zaštite*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive pet osnovnih područja: 1) promicanje zdravlja, 2) prevencija, 3) dijagnostika i rano otkrivanje bolesti, 4) terapija i njega te 5) rehabilitacija,
4. *Povjerenstvo za financiranje sustava zdravstva*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive financiranja, vlasništva, zdravstvenih osiguranja, odnosa javnog i privatnog u zdravstvu i sl.
5. *Povjerenstvo za pravna pitanja*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz pravne perspektive, s obzirom na trenutno stanje zakonodavstva u Hrvatskoj i kontekst ulaska Hrvatske u EU.

Kroz radionice i konzultacije s nositeljima izrade Strategije, članovi Povjerenstava su pomagali u identificiranju prioritetnih problema u zdravstvu i mogućnostima utjecanja na te probleme. S obzirom na njihov položaj u sustavu zdravstva, članovi Povjerenstava omogućili su protočnost ideja, prijedloga i primjedbi iz šire stručne zajednice prema Koordi-

nacijskom i Uredničkom odboru te glavnom uredniku.

Uz Povjerenstva je imenovano i pet stručnih radnih skupina za tehničku pripremu i stručnu potporu radu Povjerenstava. Članovi tih radnih skupina, zajedno sa savjetnikom ministra zdravlja za strateško planiranje, činili su Koordinacijski odbor, čija je zadaća bila prikupiti i urediti statističke, epidemiološke i druge podatke koji su služili kao osnova za Strategiju; organizirati i moderirati stručne i javne konzultacije (uključujući i radionice s Povjerenstvima); prikupiti i obraditi rezultate konzultacija te pripremiti načrt Strategije i njezinu konačnu verziju.

Prve radionice Povjerenstava

Od 28. svibnja do 1. lipnja 2012. u prostorijama Ministarstva zdravlja održane su radionice svakog Povjerenstva zasebno, a cilj tih radionica bio je identificirati ključne probleme u sustavu zdravstva i njihov kontekst.

Radionice su bile koncipirane tako da je članovima Povjerenstava bilo zadano pet kategorija o kojima se raspravljalo za sve segmente zdravstva koja su se promatrala. Zadane kategorije uglavnom su se podudarale s pet motrišta prema kojima su Povjerenstva i imenovana (tablica 1.):

1. Zakonska regulacija
2. Upravljanje i organizacija rada
3. Financiranje
4. Kadrovi
5. Stručni sadržaji

Također im je zadano 17 segmenata zdravstva koja su se promatrala tijekom radionica, a postojala je i mogućnost predlaganja drugih segmenata kojima bi se popis proširio (tablica 1.). Zadani segmenti zdravstva, proizašli iz okvira postojećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti, bili su:

1. Ordinacije obiteljske medicine, pedijatrije i ginekologije u koncesiji
2. Domovi zdravlja
3. Ustanove za njegu u kući, palijativna skrb
4. Poliklinike
5. Opće bolnice

6. Specijalne bolnice
7. Kliničke ustanove
8. Lječilišta
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo
10. Hrvatski zavod za hitnu medicinu
11. Ostali državni zdravstveni zavodi i agencije
12. Županijski zavodi za javno zdravstvo
13. Županijski zavodi za hitnu medicinu
14. Ljekarne
15. Posebne djelatnosti (*medicina rada i sporta, mrtvozorništvo*)
16. Privatne prakse
17. Trgovačka društva u zdravstvu

Tijekom četverosatnih radionica, članovima Povjerenstava je najprije objašnjen planirani proces izrade nacrta Strategije te način rada na samoj radionici. U prvom satu radionice moderatori su morali uložiti dosta vremena i truda da pojasne metodologiju rada članovima Povjerenstava i da uklone eventualne dvojbe oko predviđenog načina rada. Neki članovi Povjerenstava smatrali su da je način rada previše strukturiran, a prigovorili su i da im radni materijali nisu bili unaprijed dostavljeni pa se nisu mogli adekvatno pripremiti. Planirana metodologija, međutim, bila je takva da od članova Povjerenstava prikupi njihova vlastita, neposredna, iskustva i razmišljanja o prioritetnim problemima u zdravstvu, uz pretpostavku da će se takvi kvalitativni podaci najuspješnije generirati u donekle spontanom doprinosu i interakciji članova na samoj radionici. U prevladavanju dvojbi pomoglo je pojašnjenje da su članovi Povjerenstava na radionicu pozvani kao

stručnjaci s iskustvom i uvidom u određeni segment zdravstva, a ne kao službeni predstavnici svojih ustanova ili organizacija. Svi članovi pozvani su da nakon radionice, eventualno uz konzultacije s drugim kolegama, dopune tablice koje su dobili i popunjavali na radionicama, što su neki od njih i učinili.

U nastavku radionice, članovi Povjerenstava su najprije samostalno ispunjavali tablicu, pri čemu su se fokusirali na one kategorije i segmente zdravstva za koje su osobno smatrali da ih najbolje poznaju te na prioritetne probleme u tim kategorijama i segmentima. Naravno, imali su priliku dati svoj doprinos i za sve druge kategorije i segmente zdravstva, s obzirom da je podjela na zadane kategorije u realnosti mnogo manje jasna nego u samoj tablici. U zadnjem dijelu radionice, svaki član Povjerenstava iznosio je elemente iz svoje tablice, moderator ih je bilježio na računalu uz projiciranje na platno, a drugi članovi su mogli o njima raspravljati ili tražiti dodatna pojašnjenja.

Radionice su rezultirale vrijednim kvalitativnim podatcima koje su članovi Koordinacijskog odbora tematski analizirali, objedinjujući doprinose svih pet Povjerenstava, najprije za svaki pojedini segment zdravstva (tablica 2.), a zatim i za sustav zdravstva u cjelini. Analizom podataka na razini sustava zdravstva u cjelini, identificirana su sljedeća područja u kojima se pojavljuju prioritetni problemi:

- Upravljanje
- Kontrola i upravljanje kvalitetom
- Ljudski resursi
- Djelokrug rada, obveze i standardi
- Koncesija
- Financiranje

Tablica 1. Obrazac koji se koristio u radionicama Povjerenstava

Segment zdravstva	Problemi	Pokazatelji	Prijedlozi i napomene
Ordinacije obiteljske medicine, pedijatrije i ginekologije u koncesiji	Zakonska regulacija		
	Upravljanje i organizacija rada		
	Financiranje		
	Kadrovi		
	Stručni sadržaji		

Tablica 2. Problemi identificirani u segmentu 12. „Županijski zavodi za javno zdravstvo“ prema zadanim kategorijama

Zakonska regulativa

Praćenje zraka – primjer kako je potrebno mijenjati zakonski okvir kako bi se ZZZ tržišno pozicionirao.

Nedovoljno jasno definiran odnos prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo.

Zavodi su definirani kroz zadatke, a ne službe.

Zavodi su kao i HZJZ pozicionirani na sve tri razine s jasnom odrednicom da se ne mogu baviti terapijom.

Upravljanje i organizacija rada

Županijski zavodi – problemi nedostatnog financiranja sa županijske razine i poteškoće funkcioniranja na tržištu zbog visokih troškova održavanja laboratorija i pojave konkurenčije na tržištu, upitan opstanak laboratorija zbog obveze akreditacije koja je uvjet za poslovanje u EU.

Nemotiviranost djelatnika zbog manjih plaća u odnosu na druge zdravstvene ustanove kao i nemotiviranost ostalih nezdravstvenih djelatnika zbog nižih koeficijenata.

Zavodi su s vremenom dobivali nove odjele i sadržaje za koje je bilo teško osigurati kadrovske i druge preduvjete.

Razlike u obavljanju poslova i zadataka među zavodima u službama: ekologije, mikrobiologije socijalne medicine.

Financiranje

Višestruki izvor financiranja (trojno).

Financiranje kod pojedinih službi ovisi o tržišnim uvjetima što ih dovodi u poziciju da se natječu s privavnim sektorom koji posluje po posve drugim uvjetima.

Nejednakost u financiranju pojedinih djelatnosti - Ponajprije zdravstvena ekologija (jedina koja nije u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja), trenutno se financira isključivo na tržištu.

Stalna pripravnost epidemiologa – prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti – moraju finansirati ZZZ.

Pitanje sufinanciranja javnozdravstvenih programa (npr. monitoring voda) – Županija bi trebala sufinancirati, no one to ne mogu sufinancirati ili ne dovoljno.

Mikrobiologije – financiranje, s obzirom na kadrovske normativ i (uznapredovalu) tehnologiju.

Mikrobiološki laboratorijski prebacuju limite koji su im dodijeljeni.

Bolnice naručuju mikrobiološke pretrage od ZZZ, koji tu uslugu fakturiraju, ali je ne plaćaju.

Kadrovi

Stalni nedostatak kadrova u nekim službama i višak u drugima.

Stručni sadržaji

Obavještavanje opće populacije o zdravstvenim rizicima/životni stil.

Neadekvatna informatizacija.

Liječenje ne bi trebalo biti dio aktivnosti ZZZ.

Paralelni razvoj djelatnosti mikrobiologije.

Školska medicina, koja nužno mora djelovati na primarnoj, kako bi ispunila svoje zadaće mora imati i mogućnosti intervencije, što uključuje i terapijske postupke.

Suradnja s ostalim dijelovima zdravstvenog sustava.

Radna konferencija

Iz identificiranih prioritetnih problema, izvedena su strateška pitanja o kojima se raspravljalo na radnoj konferenciji 12. lipnja 2012., organiziranoj u suradnji sa Zakladom Friedrich Ebert u hotelu *Westin* u Zagrebu. Na toj su konferenciji, osim članova Povjerenstava, sudjelovali i drugi zainteresirani pojedinci i predstavnici ustanova, ukupno oko 140 sudionika. Rezultati tematske analize podataka prikupljenih na prethodnim

radionicama s Povjerenstvima ponuđeni su svim sudionicima konferencije u radnim materijalima, uz napomenu da se ti rezultati ne mogu smatrati ni iscrpnim, niti u svakom pogledu točnim prikazom problema u zdravstvu Republike Hrvatske. Također, jasno je istaknuto da ti rezultati nisu ponuđeni kao predmet rasprave na konferenciji, nego kao dodatna informacija za razumijevanje konteksta te da je njihova važnost u tome što su poslužili kao osnova za oblikovanje strateških pitanja ili dvojbi o kojima se na konferenciji zapravo raspravljalo (tablica 3.).

Tablica 3. Strateška pitanja za raspravu ponuđena na radionicama u okviru radne konferencije 12. lipnja 2012. godine.

Radionica	Pitanje ili dvojba
Organizacija sustava zdravstva	Treba li opće bolnice regionalno udružiti (sa ili bez kliničkih ustanova) u operativne i obrazovne mreže?
	Trebaju li ravnatelj bolnice i njegovi pomoćnici biti 100% radnog vremena posvećeni upravljanju bolnica (tj. onemogućiti paralelni klinički i upraviteljski rad)?
	Treba li stimulirati udruživanje privatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti?
	Treba li službu hitne medicinske pomoći organizirati kao nacionalnu mrežu?
Profesije i ljudski resursi	Kako riješiti problem manjka kadra u deficitarnim strukama u zdravstvu?
	Trebaju li medicinske sestre i drugi prvostupnici u zdravstvu preuzeti više poslova koje sada obavljaju liječnici („task shifting“)?
	Treba li nametnuti obavezu mladim kadrovima da rade u manje atraktivnim sredinama i radnim mjestima?
	Kako uključiti volontere u djelatnosti zdravstvene zaštite?
Područja (sadržaji) zdravstvene zaštite	Kako ojačati aktivnosti prevencije i promocije zdravlja u sustavu zdravstva?
	Treba li spajati/integrirati dijelove djelatnosti domova zdravlja s dijelovima djelatnosti županijskih Zavoda za javno zdravstvo (npr. školska medicina, patronaža, preventivni programi)?
	Kako postići da primarna i sekundarna zdravstvena zaštita koordinirane skrbe za pacijenta (kontinuitet zdravstvene zaštite)?
Financiranje sustava zdravstva	Treba li uz svaku razinu zdravstvene zaštite ograničiti opseg i vrstu usluga koje pružaju („košarica“ usluga)?
	Treba li pri kupovanju zdravstvenih usluga davati prednost javnim u odnosu na privatne pružatelje usluga?
	Kako plaćanje bolnica čvršće povezati s razinom i kvalitetom pruženih usluga?
	Kako „neutralizirati“ utjecaj hladnog pogona na strukturu troškova zdravstvenih usluga?
Pravna perspektiva	Treba li specijalne i/ili opće bolnice prenijeti u neposrednu nadležnost središnje države?
	Treba li županija imati (ikakvu) ulogu u organizaciji zdravstvene zaštite?
	Treba li unaprijediti/poticati model koncesije ili ga zamijeniti nekim drugim?

Program konferencije sastojao se od uvodnih govorova ministra zdravlja i direktora ureda Zaklade Friedrich Ebert u Zagrebu, nakon čega je uslijedio rad u skupinama (podijeljenima na istih pet motrišta prema kojima su imenovana i Povjerenstva) i plenarna rasprava. Članovi Povjerenstava su raspodijeljeni u odgovarajuću skupinu, a svi ostali sudionici mogli su birati kojoj će se skupini pridružiti.

Na početku rada u skupinama, sudionici su se podijelili u onoliko podskupina koliko je bilo strateških pitanja/dvojbi za raspraviti u danoj skupini (v. tablicu 3.). U prvih sat vremena rada u skupinama, svaka je podskupina raspravljala o svom pitanju i pritom ispunila pismeni obrazac „Okvir za raspravu“ (tablica 4.) te izabrala osobu koja je u drugom satu rada u skupinama prezentirala rezultate rasprave u podskupini. U drugom satu se rasprava o svim zadanim pitanjima/dvojbama vodila na razini cijele skupine te su definirani zaključci koje je predstavnik skupine prikazao na dvosatnoj plenarnoj raspravi.

Tablica 4. Obrazac okvira za raspravu

Pitanje:

Koji je odgovor na pitanje/dvojbu?	Što treba uzeti u obzir?
Što učiniti?	Na što valja paziti?
prostor za bilješke:	prostor za bilješke:

Javna rasprava

Zaključci radne konferencije 12. lipnja bili su ključni za utvrđivanje konsenzualnih odgovora na prioritetne probleme u sustavu zdravstva. Ta rješenja, zajedno s detaljnim kvantitativnim i kvalitativnim prikazom stanja i trendova u zdravstvu te analizom snaga, slabosti, prilika i prijetnji, ponuđeni su u nacrtu Strategije koji je službeno predstavljen na tečaju „Mediji i zdravlje“ u Grožnjanu 28. lipnja, u okviru 19. Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja. Nacrt su predstavili glavni urednik i članovi Uredničkog odbora Strategije, što je privuklo značajnu pozornost medija, a opširan prilog o tome objavljen je i u *Liječničkim novinama*. Pred-

stavljanjem nacrta Strategije otvorena je javna rasprava koja je trajala tri tjedna i u koju su se mogli uključiti svi zainteresirani građani, ustanove i organizacije. Zaprimljeno je oko stotinu komentara i prijedloga, od kojih je oko 70 posredno ili neposredno pridonijelo izmjenama i dopunama nacrta Strategije dok su preostali zabilježeni, ali nisu utjecali na sadržaj Strategije.

Prije upućivanja konačne inačice Strategije Vladi Republike Hrvatske, mišljenje o dokumentu zatraženo je od gotovo svih ministarstava, što je važno naglasiti s obzirom da se međuresorna suradnja navodi kao jedan od prioriteta Strategije. Komentari većine ministarstava rezultirali su većim ili manjim izmjenama i dopunama u Strategiji.

U konačnici, u izradi Strategije je posredno ili neposredno sudjelovalo više stotina ljudi. Osobe koje su dale doprinos, a kojima je u tijeku izrade Strategije zabilježeno ime i prezime, navedene su u impresumu tiskane inačice Strategije. U uvodu Strategije grafički je prikazan i konceptualni okvir metodologije izrade Strategije, koji može pomoći u razumijevanju samog procesa. Strategija je u digitalnom obliku dostupna na mrežnoj stranici www.zdravlje.hr.

Problemi u bolničkim službama naručivanja

Karmen Lončarek

KBC Rijeka, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Čekanje je problem s kojim se susreću svi zdravstveni sustavi na svijetu, bez obzira koliko bili razvijeni, koliko se u njih sredstava ulagalo i bilo da rade s hitnim ili kroničnim pacijentima. Iako se problem čekanja, u pravilu, tumači nedostatkom novca i kadrova, već i površne analize otkrivaju da je čekanje presložen problem, a da bi se riješio tako jednostavnim sredstvima. Za primjer evo Ishikawa dijagrama, koji prikazuje uzroke dugog čekanja na aloartroplastiku kuka i koljena. Dijagram je izrađen u suradnji s dva povjerenstva Ministarstva zdravlja (povjerenstvo za liste čekanja i stručno povjerenstvo za ortopediju).

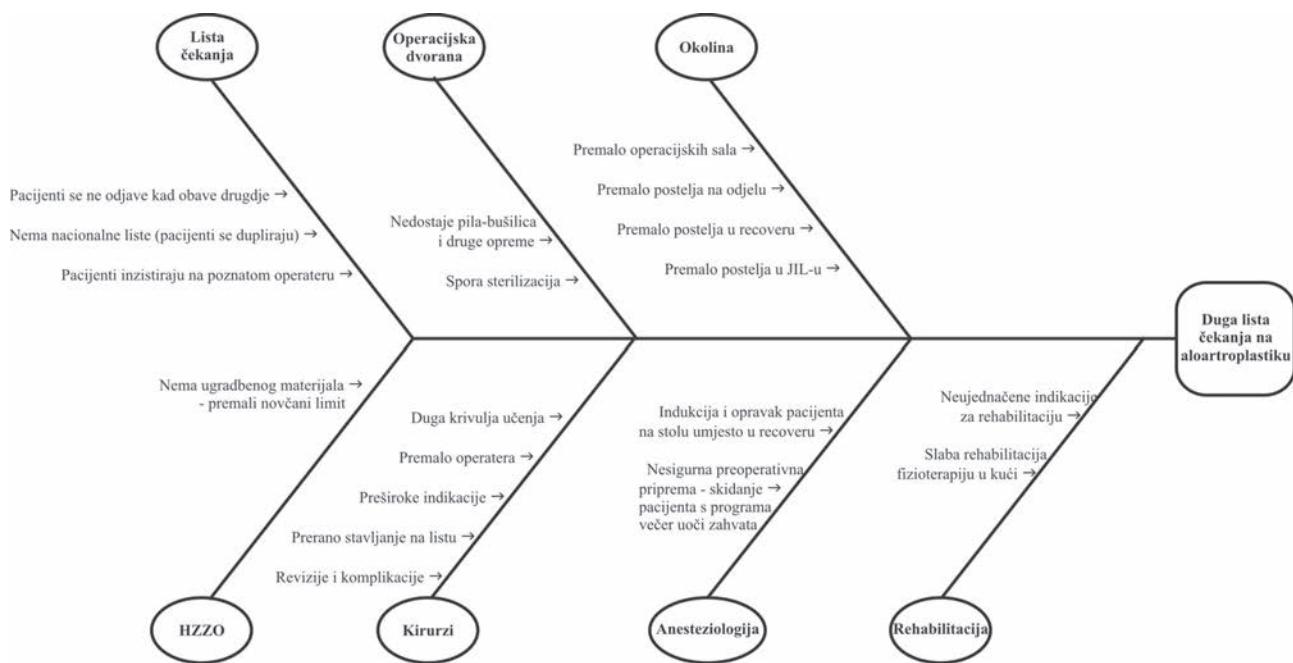
Ovaj dijagram bio je polazna točka za daljnje istraživanje problema čekanja u hrvatskim bolnicama. Istraživanje se fokusiralo na samo jednu granu Ishikawinog dijagrama, označenu kao „Liste

čekanja“, i samo jednu skupinu dionika vezanih uz nju, a to su bolničke službe naručivanja koje čine sučelje između pacijenta i bolnice.

Izvori podataka

Podaci su prikupljeni anketom od bolničkih radnih skupina za liste čekanja u razdoblju od 6.8. do 11.9.2012. godine. Te skupine imenovane su u svakoj bolnici u svrhu posredovanja i boljeg komuniciranja između Ministarstva zdravlja i njegovog povjerenstva za liste čekanja te bolničkih ravnateljstava i odjela s druge strane.

Od bolničkih radnih skupina zatraženo je da pošalju opis problema i opažanja u vezi naručivanja s kojima se susreću bolničke službe naručivanja (centralne



jedinice za naručivanje te lokalni šalteri na odjelima i poliklinikama) i da predlože moguća rješenja i poboljšanja. Od ukupno 63 ustanove odazvalo se njih 45 dok odgovore nije poslalo 18 ustanova (dvanaest specijalnih bolnica, dva klinička bolnička centra, jedna klinička bolnica, jedna opća bolnica, jedna klinika te jedno lječilište).

Rezultati: popis problema po skupinama

Komunikacijski problemi

Netočni ili nedostupni podaci za kontakt s pacijentom

- Pacijenti na uputnici imaju jednu adresu, a kod naručivanja daju drugu adresu.
- Naručivanje iz usluge dođe učiniti osoba koja doneće pacijentovu uputnicu, ali ne zna je li ta adresa točna niti koji je pacijentov telefonski broj.
- Nepotpuni kontaktni podaci (npr. pacijent dio godine boravi na jednoj adresi, a dio na drugoj, kad koristi i različite brojeve fiksnih telefona).
- Pogrešni podaci o stanovanju i tel. brojevima (pacijenti pogriješe zbog stresa, smetenosti, slabije čuju...).
- Pacijent promijeni adresu stanovanja, a promjenu ne dojavi bolnici pa se pismene obavijesti vraćaju bolnici neisporučene.
- Pacijent promijeni telefonski broj (npr. zbog preseljenja), a promjenu ne dojavi bolnici.

Neinformiranost pacijenata o posebnostima naručivanja

- Pacijent se prekasno naruči za godišnju kontrolu (npr. mjesec dana prije nego što se navrši godina dana od prethodne kontrole, a lista čekanja duga je više mjeseci).
- Kad pacijent mora obaviti set vezanih pretraga kao predradnju kontrolnog pregleda, često prekasno zatraži termine za pretrage pa zbog neobavljenih pretraga kontrolni pregled ne može obaviti u predviđenom roku (npr. nakon godine dana od prethodnoga).

- Pacijenti nisu upućeni za koje postupke se naručuje, a za koje ne.
- LOM propusti dati pacijentu adekvatnu uputu da moraju prije određenog postupka obaviti neke prethodne pretrage, primjerice, laboratorijsku dijagnostiku, RTG dijagnostiku, snimku srca i pluća, prepostavljajući da su to učinili bolnički lječnici koji su zatražili te pretrage ili postupak ili, pak, da će te pacijent te upute dobiti prilikom naručivanja – dok bolnički lječnici i šaltersko osoblje prepostavljaju da će pacijenta informirati LOM. Kao rezultat, pacijent ne dobije nikakvu informaciju.

Pacijenti ne otkazuju termine u slučaju nedolaska. Neki od razloga nedolaska:

- Problemi u vezi transporta (npr. zbog nevremena trajekt ne vozi).
- Desilo im se pogoršanje zdravstvenog stanja koje im onemogućava dolazak.
- Zbog nekog akutnog stanja ili pogoršanja započeli su liječenje koje se ne smije kombinirati s onim na koje su naručeni (npr. s fizikalnom terapijom).
- Pacijenti pošalju zahtjev u više ustanova (na što imaju pravo), ali ne jave da su odabrali drugu ustanovu (osobito često kod veoma dugih lista čekanja).
- Također, dešava se da pacijent dan ranije javi kako neće doći (npr. zato što nema novca za prijevoz i sl.) pa ipak sutradan dođe.
- Isti pacijent se za isti pregled u jednu te istu ambulantu naruči na više načina (npr. direktnim dogовором s lječnikom pa još e-poštom ili telefonom).
- Pacijent je umro.

Nedostatna informiranost LOM-a kako se odvija naručivanje bolesnika u pojedinoj ustanovi:

- LOM-ovi nisu informirani o posebnostima naručivanja (npr. da se pojedine laboratorijske pretrage obavljaju samo u nekim danima u tjednu ili da se za te pretrage treba posebno naručiti).

- Za specifične pretrage (npr. mikroimetrija, biopsija, promjena katetera, cistoskopija u urološkoj ambulanti) ne postoje unaprijed planirani termini, već se pacijenti naručuju prema dogovoru sa specijalistom. LOM nije informiran o takvom načinu naručivanja.
- LOM-ovi nisu informirani da pojedine ambulante imaju razdvojene pregledne za odrasle i djecu (što je u bolničkom sustavu razdvojeno odgovarajućim zahvatima ili navedeno u nazivu aktivnosti za koju se vrši naručivanje).
- LOM-ovi ponekad nisu informirani da je za pojedine pretrage (npr. u radiologiji) potrebna specifična priprema pacijenta.
- LOM-ovi nisu upućeni za koje postupke se naručuje, a za koje ne što je osobit problem kod preoperativne pripreme.
- LOM-ovi nemaju informaciju koji specijalist zna izvesti pojedini postupak, tj. nije dovoljno da LOM poznaje u kojoj ambulanti se što radi, već i koji pojedini bolnički liječnik umije raditi.

Komunikacijski problemi koje generira LOM

- Ponekad LOM uputi pacijenta redovnom uputnicom na pregled, a usmeno mu kaže da pregled mora obaviti odmah ili žurnije pa kad brzi termin nije dostupan, dolazi do konflikta sa šalterskim osobljem.
- LOM-ovi upućuju pacijente s pogrešnim radnim dijagnozama.
- Nejasne uputnice na kojima se zaokruži više mogućnosti ili dijagnoza koje ne odgovaraju ambulantni u koju je pacijent upućen.
- Na crvenim uputnicama nema jasne naznake radi li se o prvom ili kontrolnom pregledu.
- Neki LOM-ovi prečesto rabe napomenu "Hitno" (npr. u slučaju redovite planirane kontrole). To znaju činiti pod pritiskom pacijenta.
- Pacijentu koji je već naručen za određeni pregled ili pretragu, LOM dodaje naknadno na uputnicu pretrage ili pregledne na koje nije naručen.

Problemi organiziranja poslovnog procesa

Organizacijski problemi na razini šaltera

- Neke jedinice centralnog naručivanja nemaju direktnu vanjsku telefonsku liniju, već gube vrijeme na spajanje preko telefonista na centrali ili službe informacija.
- Nema službe koja bi komunicirala s pacijentom dok čeka na naručenu uslugu.
- Negodovanje i prijavljivanje na Bijeli telefon zbog dugog čekanja koje pacijenti iskazuju šalterskom osoblju - pacijenti nemaju uvid da šaltersko osoblje nema nikakvog utjecaja na problem dugog čekanja.
- Neuvažavanje omjera prvih i kontrolnih pregleda pa se dogodi da se kontrolnim pregledima popuni cijeli dan, na primjer 12 mjeseci unaprijed. Kad za 11 mjeseci dođe pacijent koji treba prvi pregled, nama slobodnih termina jer su svi zauzeti kontrolnim pregledima.
- E-pošta i telefaksi stižu tijekom 24 sata, svih dana u godini tako da u 8 sati ujutro u primljenim porukama bude preko 80 e-poruka uz istovremeno pristizanje novih.
- Pojedine centralne jedinice za naručivanje primaju telefaksse, ispisuju ih, potom po kuriru šalju na odjele radi provjere dokumentacije i određivanja termina narudžbe (umjesto da se telefaks proslijedi i potom odgovor primi u elektronskom obliku).
- Šalterske sestre i službenice ne znaju naručivati za pretrage i pregledne u svim djelatnostima, već su „specijalizirane“ u naručivanju za određene djelatnosti.
- Pacijenti se u pravilu odjavljuju na isti telefonski broj na koji se informiraju odnosno naručuju, a koji je preopterećen. Nerazumno bi bilo očekivati da će pacijent utrošiti nekoliko sati na odjavu.
- Pacijent, u pravilu, ne dobiva uputu da se odjavi – tek neznatan broj bolnica na obrascu potvrde o naručivanju ispiše i uputu pacijentu da se u slučaju nedolaska odjavi i kako da se odjavi.
- Nedostatak uvida na razini ustanove u uzroke problema naručivanja

- o Bolnice većinom ne znaju, niti su istraživale uzroke nedolaska pacijenata na zakazane termine.
- o Bolnice većinom ne znaju, niti su istraživale uzroke znatnog broja nepodignutih nalaza, najviše laboratorijskih i radioloških.

Nedostatak jasnih kliničkih smjernica

- Ne poštuju se preporuke stručnih društava pa se pacijente istovremeno upućuje na nekoliko slikovnih pretraga bez čekanja rezultata jedno-stavničke pretrage.
- Nesuglasje između liječnika obiteljske medicine i bolničkog liječnika u pogledu indikacije (bolnički liječnik smatra indikaciju pogrešnom).
- Uvjetovanje postupka prethodnim pregledom bolničkog liječnika iako za to nema ni zakonske osnove, niti kliničkih smjernica, niti pisane odluka na razini bolnice, već samo interna bolnička odluka koja se prenosi usmenom predajom. Dešava se da šaltersko osoblje odbije pretragu po indikaciji LOM-a čak i kad on uputnicu poprati detaljnim liječničkim pismom.

Problemi na razini HZZO-a

- Komplicirana administracija kod slanja u toplice. Sad je potrebna preporuka SKZZ, slanje na LP HZZO-a čije odobrenje vrijedi mjesec dana, zvanje toplica radi termina, no kako pacijent nikad ne dode na red u roku od mjesec dana, potrebno je produženje odobrenja HZZO-a, pa povratak LOM-u, pa u HZZO. Obzirom da LOM sam odlučuje postoji li još uvijek potreba za toplicama, a LP samo produljuje prema njegovom mišljenju, postupak je izlišan. Dodatni problem nastaje kad pacijent ne dođe na predviđeni datum bolničke rehabilitacije, a kako odobrenje za rehabilitaciju vrijedi samo mjesec dana, za idući termin moraju od svog LOM-a tražiti novo i proći cijelu komplikiranu proceduru.
- Kad pacijent putuje radi naručivanja, ne može dobiti putni nalog i povrat putnih troškova (no, to će uvođenjem e-naručivanja nestati).

Organizacijski nedostaci na razini odjela

- Informacije koje su važne za sam proces naručivanja ne stižu pravodobno do jedinice za centralno naručivanje ili ne stižu uopće. To rezultira prenaručivanjem pacijenata. Osobit problem čine odjeli koji svoj raspored rada liječnika pošalju krajem tekućeg mjeseca za nadredni mjesec pa jedinica centralnog naručivanja mora prenaručivati pacijente koji su prethodno naručeni u vrijeme kada se taj raspored još nije znao. Pacijenti tad, s pravom, negoduju što u tom slučaju ili ne idu na kontrolu kod svog liječnika ili ih se prenaruči za drugi termin. Također, osobit problem su subspecijalističke ambulante u kojima zna raditi samo jedan liječnik u cijeloj bolnici. Evo primjera takvih nedojavljenih informacija:
 - mijenjanje rasporeda rada liječnika u tekućem mjesecu kad su pacijenti već naručeni (lista čekanja često je duga po nekoliko mjeseci)
 - prekasno slanje rasporeda rada vanjskih konzilijskih liječnika
 - izmjene u planovima godišnjih odmora
 - bolovanje liječnika
 - odlazak liječnika na edukaciju
 - kvar na medicinskom uređaju
- Neki odjeli imaju fiksne dane u mjesecu kad naručuju za idući mjesec, kao na tomboli: Odjeli centralnim jedinicama naručivanja ne dostavljaju pravovremeno svoje rasporede rada liječnika
- Tko se u te dane ne uspije naručiti, mora čekati idući mjesec
- Ponegdje sestra nosi pacijentovu dokumentaciju kliničaru da ovaj trijažira - time je liječnikovo vrijeme rascjepkano, a proces naručivanja produljen (u širokom rasponu od nekoliko minuta do dva tjedna).
- Pojedine postupke zna obaviti samo jedna osoba u ustanovi pa kad ona ode na odmor ili bolovanje, taj postupak ne obavlja nitko, već raste lista čekanja.
- Liječnici koji rade u ambulantama ne rade u punom radnom vremenu jer uglavnom rade i na odjelima. To je osobit problem kod pretraga

na koje se redovno dugo čeka ili kad je duga lista čekanja nastala zbog dugotrajnog kvara na nekom aparatu.

- Prvi pacijenti naručuju se na preglede u 7 sati, a liječnik dolazi tek nakon sastanka i vizite, tj. dva sata kasnije.
- U manjim bolnicama nisu ugovorene hitne ambulante (npr. iz oftalmologije, dermatologije, urologije...) pa se uz redovno naručene pacijente u njima zbrinjavaju i hitni slučajevi zbog čega se termini za već naručene pacijente u tom danu pomiču.
- Pacijenti se za pojedine vrste postupaka naručuju tek nakon konzultacije s radnikom koji obavlja taj postupak (npr. s fizioterapeutom za Compex stimulaciju).
- Pacijenti direktno s liječnikom ugovore termin kontrole, a da to nitko ne dojavi jedinici za centralno naručivanje, niti ne unese narudžbu u BIS modul za naručivanje.

Objektivna komunikacijska ograničenja na strani pacijenata

- Stariji i smeteni pacijenti koji se sami naručuju ne znaju za što se točno trebaju naručiti.
- Kad se treba uskladiti s mogućnostima obitelji da organiziraju transport i pratnju za svog nemoćnog ili starog člana (za pacijente koji nemaju pravo na sanitetski prijevoz, a sami se ne mogu transportirati do mjesta pregleda), naručivanje na šalteru je dugotrajno, po više minuta.
- Iako pojedini BIS-evi imaju opciju direktnog slanja potvrda na e-poštu pacijenata, većina pacijenata ne može koristiti takav način komunikacije koje bi bolnicama smanjile trošak.
- Roditelji naručuju na ultrazvuk kukova djecu koja se još nisu rodila, želeći rezervirati optimalan termin vezano za dob djeteta i znajući da se dugo čeka. Tako se naručuje bez uvida u ikakvu dokumentaciju pa se unose krivi podaci koji se kasnije moraju ispravljati (krivi datumi rođenja).
- Pacijenti se ne snalaze sa slanjem e-pošte i telefaksa pa se uporno pokušavaju naručiti telefon-

ski (jer je to uistinu najjednostavniji način), što stvara dodatnu gužvu u jedinici za centralno naručivanje.

- Pacijenti se, zbog zaboravnosti ili neinformiranosti, dolaze naručiti bez starih nalaza i slika pa nije moguće točno odrediti kamo da ga se naruči.

Objektivni problemi transporta

- U pojedinim bolnicama svi pacijenti dolaze vrlo rano ujutro. Uzrok tome je nedostatak kvalitetnog javnog prometa u regiji, a i pacijente najčešće dovoze članovi obitelji koji idu ujutro na posao.
- Vremenske prilike ponekad onemoguće dozak pacijenta na pregled (npr. trajekt ne vozi zbog bure isl.).

Kadrovsко-tehničки проблеми

Kadrovske probleme

- Nedovoljan broj liječnika.
- Postoji formalno dovoljan broj liječnika, ali su na specijalizaciji (problem osobito prisutan u manjim bolnicama).
- Pacijenti se odlučuju čekati na elektivni zahvat nekoliko mjeseci dulje kod iskusnijeg operatera.
- Svi specijalisti koji rade u specijalističkoj ambulanti (npr. za oftalmologiju) ne obavljaju sve pretrage.
- Pojedine postupke izvodi jedan jedini liječnik u bolnici pa kad je on odsutan (godišnji odmor, bolovanje, edukacija), te postupke se ne izvodi i ne naručuje. Praktično, ne nedostaje liječnika, već određenih vrsta znanja.

Nedostatak medicinske opreme

- Starost uređaja i česti kvarovi uslijed čega uređaji budu na popravku i servisu i po nekoliko mjeseci.
- Nedobivanje zamjenskih aparata u slučaju duljeg popravka uređaja.

- Nedostatak opreme (npr. UZ aparata, endoskop...).

Objektivni problemi na razini BIS-a i e-naručivanja

- Nepostojanje bolničkog informatičkog sustava (tri od pet KBC-a još uvijek nemaju BIS).
- E-naručivanje omogućava samo naručivanje iz PZZ u bolnicu ili unutar bolnice, ali nije moguće naručivanje iz jedne bolnice u drugu.
- U ambulantama se ponekad obavljaju i konzilijarni pregledi pacijenata koji se nalaze na bolničkom liječenju, a ta opcija nije predviđena u e-naručivanju.

Opći pregled problema naručivanja

Spektar problema i njihovih rješenja prikupljenih u ovom istraživanju te pitanja koja iz njih proizlaze, jasno ukazuju na činjenicu da bolničkim ustanovama ozbiljno nedostaje sustavnost u organiziranju i upravljanju, da je organiziranje u osnovi svedeno na razinu samoorganiziranja, da bolničkim ustanovama nedostaje samospoznaja koja se postiže samoevaluacijom i uspoređivanjem sa sličnim ustanovama („benchmarking“).

Detektirane su tri glavne skupine problema: komunikacijski, kadrovski i tehnički problemi organiziranja poslovnog procesa.

U skupini problema organiziranja poslovnog procesa detektirano je sedam podskupina s ukupno 40 problema:

- Organizacijski problemi na razini šaltera
- Nedostatak uvida na razini ustanove u uzroke problema naručivanja
- Nedostatak jasnih kliničkih smjernica
- Organizacijski nedostaci na razini odjela
- Objektivna komunikacijska ograničenja na strani pacijenata
- Objektivni problemi transporta
- Problemi na razini HZZO-a

Rezultati ukazuju da se teškoće u vezi naručivanja generiraju na različitim razinama zdravstvenog sustava, ali i izvan njega: rukovodstva odjela, bolnička ravnateljstva, stručna društva, pacijenti, javni prijevoz itd. Pojedine probleme označili smo objektivnima zato što su mogućnosti da ih se riješi ili ublaži veoma male.

Značajan izvor problema čini općenita nedovoljna komunikacija između svih dionika procesa naručivanja: jedinica za centralno naručivanje, pacijenata, LOM-ova, bolničkih odjela. Detektirano je ukupno 29 vrsta problema koji se mogu grupirati u 5 podskupina:

- Netočni ili nedostupni podaci za kontakt s pacijentom
- Neinformiranost pacijenata o posebnostima naručivanja
- Nedostatna informiranost LOM-a kako se odvija naručivanje bolesnika u pojedinoj ustanovi
- Komunikacijski problemi koje generira LOM
- Pacijenti ne otkazuju termine u slučaju nedolaska

Gotovo sve radne skupine navode problem da pacijenti žele određenog liječnika, osobito kad se radi o kroničnim pacijentima. Ovdje problem zapravo predstavlja percepcija bolnica da je problematično, a ne da je razumno nastojanje pacijenta da ga liječi liječnik koji je dobro upoznat s pacijentovom bolešću.

Rezultati ispitivanja upućuju na svojevrsnu hermetičnost mnogih bolnica kao organizacija: niti nastoje informirati PZZ i pacijente o svojim načinima rada, niti nastoje doznati razloge liječnika u PZZ u pacijenata (npr. zašto pacijenti ne podižu nalaze).

Valja spomenuti i prijedloge o kažnjavanju pacijenata za nedolazak na pregled, uz presumpciju njihove krivnje, a da nitko od predлагаča nije analizirao ili bar prepostavio moguće opravdane razloge njihova nedolaska.

U skupini kadrovsko-tehničkih problema navedeno je 15 različitih problema koji se mogu razvrstati u tri podskupine:

- kadrovski problemi
- nedostatak medicinske opreme
- objektivni problemi na razini BIS-a i e-naručivanja.

Iako su upravo kadrovsko-tehnički problemi najčešćim predmetom javne rasprave kad je riječ o naručivanju i listama čekanja, a jednako tako i u samopercepciji bolnica čine se najizrazitijima, ova analiza ukazuje da veća količina zaposlenika i novca može riješiti samo manji dio problema naručivanja dok je većina rješiva minimalnim ulaganjima i brojnim malim organizacijskim zahvatima usmjerenima na poboljšanu komunikaciju svih dionika sustava te poboljšanje radnih procesa u bolnicama.

Već sam broj, a pogotovo raznovrsnost problema, pokazuju da se radi o veoma neuređenom području bolničke aktivnosti kojim se upravlja minimalno, tako da je ovo istraživanje dalo vrlo malo odgovora, ali zato potencijalno generira veoma mnogo pitanja.

Primjerice, među poboljšanjima koja su predložili sudioznici istraživanja nalazi se i prijedlog poboljšanog organiziranja šalterskog rada, gdje bi svaka šalterska služba koja obavlja naručivanje - bilo na razini bolnice kao centralna jedinica, bilo na razini odjela - morala imati sljedeće minimalne uvjete: direktna vanjska telefonska linija, slobodan pristup internetu, adresu e-pošte, lak pristup telefaksu. Nadalje, predloženo je da odjeli (klinike, zavodi...) izrađuju rasporede rada liječnika za najmanje dva mjeseca unaprijed.

Poboljšanja su moguća

Problem komunikacije pacijenta sa zdravstvenim ustanovama svakako bi bio veoma olakšan kad bi se omogućilo naručivanje na pacijentima najpristupačniji način, a to je telefonom. Taj se način može dalje razviti komuniciranjem putem SMS-a kojim bi bolnice mogle podsjećati pacijenta da dođe na zakazani pregled, odnosno, pacijent bi mogao SMS-om potvrditi ili otkazati svoj dolazak.

Kako praktično niti jedna bolnica nije razvila sustav odjavljivanja naručenih pacijenata, razumno bi bilo

osnovati jedinstveni nacionalni centar za telefonsko otkazivanje zakazanih pregleda.

Problem nedostatne informiranosti liječnika u PZZ o opsegu rada pojedine bolnice može se velikim dijelom riješiti dobrim informiranjem preko bolničkih internetskih stranica na kojima bi se našli podaci i djelokrugu rada i subspecijalističkim službama pojedinog odjela, osnovni podaci o bolničkim liječnicima poimence, organizacijskim posebnostima i sl. Također treba te informacije ugraditi i u sustav e-naručivanja tako da kad liječnik iz PZZ naručuje svog pacijenta na zdravstveni postupak u bolnici, u procesu naručivanja mu se prikažu sve informacije važne za pojedini postupak (npr. upute o specifičnim pripremama pacijenta, nalazima koji su preduvjet za obavljanje postupka i sl).

Ovo istraživanje pokazalo je da su organizacijski problemi u bolnicama brojni i rasprostranjeni na svim hijerarhijskim razinama. Sama činjenica da sustav ipak ravnomjerno funkcioniše usprkos brojnim i raznovrsnim problemima dokazuje da je sustav uravnotežen, i da organizacijskim intervencijama treba pristupiti krajnje oprezno.

Tu se poboljšanje ne može donijeti s nekoliko krupnih reformskih poteza: svi raniji pokušaji interveriranja velikim potezima izazivali su privremenu neravnotežu i vrlo brzo vraćanje starim načinima rada i ponašanja. Zato je potrebno djelovati putem mnoštva malih zahvata u svim strukturama bolničke organizacije koji će izazivati sitne i netraumatične, ali učestale, promjene. Početak tog procesa nije moguć poticajem odozdo (jer se ona već odavno iscrpljuje u uravnoteživanju sustava prepunog problema i manjkavosti), već samo inicijativom s vrha hijerarhije zdravstvene administracije. Pri tome je ključno stvoriti povoljnu atmosferu koja prihvata promjene i u kojoj će unapređenje kvalitete moći opstati kao kontinuirani proces.

Prikaz načina života devedesetogodišnjaka i stogodišnjaka u Hrvatskoj

- mješoviti model

Inge Heim¹, Mira Hercigonja-Szekeres², Miroslav Hromadko³

¹Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju, Zagreb,

²Veleučilište Hrvatsko zagorje, Krapina, ³Akademija Medicinskih znanosti Hrvatske

Uvod

Prosječni životni vijek starih Rimljana bio oko 22 godine. Današnji stanovnici svijeta mogu očekivati da će živjeti znatno duže. Ipak, postoje bitne razlike među pojedinim državama u svijetu. Veće očekivano trajanje života zabilježeno je u svim civiliziranim državama. Dok primjerice u Angoli, još i danas, prosječno očekivano trajanje života iznosi samo 38,76 godina, ono je u Francuskoj znatno duže, i e. Japan ima najduže očekivano trajanje života pa tako žensko dijete pri rođenju može očekivati da će živjeti 86,4 godine, a muško 79,64 godine. U Sjedinjenim Američkim Državama 1991. godine očekivano je trajanje života iznosilo za žene 78,8 godina, a za muškarce 72,0 godina, a 2011. godine je ono poraslo za žene na 80,93, a za muškarce na 75,92 godine.

U Ujedinjenom Kraljevstvu je u zadnjih 30 godina broj stogodišnjaka pterostruko porastao: od 2 500 1980. godine na 12 640 u 2010. godini. Tomu su sigurno doprinijeli bolja medicinska skrb starijih osoba te viši standard života.

U Hrvatskoj, u razdoblju od 1952. do 1954. godine, očekivano trajanje života za žene bilo je 63,2 godine, a za muškarce 59,1 godina. Nekoliko desetljeća kasnije, 1989. -1990. godine trajanje života za muškarce poraslo je na 68,59 godina, a za žene 75,95 godina. Godine 2011. došlo je do još većeg porasta očekivanog trajanja života koje je za muškarce 72,17 godina, a za žene 79,6 godina.

Sve veći broj starijih osoba u društvu nosi i niz problema. Prvenstveno su to socijalni problemi

jer se povećava broj starijih osoba koje žive same, a većinom su to žene. Javljuju se razni problemi, kao što su: osamljenost, depresija, anksioznost. Starije osobe su kronični bolesnici koji češće koriste zdravstvenu službu, češće su hospitalizirani, a potrebna im je posebna zdravstvena skrb. Vrlo stare osobe često se ne mogu brinuti same o sebi, što predstavlja poseban problem za socijalnu službu. Nema dovoljno domova gdje ih se može smjestiti ako je to potrebno, premda se danas zna da najbolju njegu imaju u okviru obitelji.

Kako broj starijih osoba u populaciji sve više raste, proporcionalno će biti sve manje mlađih i mlađih osoba koje bi se trebale brinuti o starijima. To će u budućnosti biti veliki problem, a ostaje pitanje kako će se to riješiti.

U Singapuru se već pred više godina pristupilo rješavanju toga problema pa je otvoren sud za brigu o roditeljima. To je mjesto gdje roditelji mogu tužiti vlastitu djecu ako se ona o njima dovoljno ne brinu.

Nas je zanimalo kako vrlo stare osobe objašnjavaju svoj dugi životni vijek. Poznato je da tu ulogu igra više čimbenika: nasljede, način života, prehrana, tjelesna aktivnost, radne navike, sociokulturni sustav uz zdravstveno stanje i sl. Anketa koju sam provela omogućuje dobivanje niza informacija od vrlo starih osoba koje su sretne da mogu nešto reći i zato su rado odgovorili na sva postavljena pitanja. Njih smo učinili zadovoljnima, a mi smo dobili korisne podatke.

Metodologija

Ispitivanje je provedeno krajem 90-ih godina prošlog stoljeća. Uzela sam uzorak ekstrema što znači da sam anketirala samo osobe stare 90 i više godina, rođene na početku 20. stoljeća. Za te sam osobe smatrala da će na pitanje o dugovječnosti dati najbolje odgovore koji se mogu primijeniti na cijelu populaciju dugovječnih osoba. Anketiranje starijih osoba ima pozitivnih i negativnih strana. Pozitivni su aspekti da starije osobe imaju više vremena odgovarati na pitanja, razbijaju im se svakodnevica, osamljenost i izoliranost, a istraživaču to pomaže da prebrodi negativne strane koje ograničavaju ispitanike, a to su slabije zdravlje (nagluhost, emocionalna nestabilnost, slabija koncentracija i sl.)

Sastavila sam upitnik, a pitanja sam razvrstala u nekoliko skupina: opći podaci, podaci o obitelji, navike, fizička aktivnost, zdravstveno stanje i zaključak. Osim općih pitanja, upitnik sadrži pitanja na koja je potrebno odgovoriti sa DA ili NE dok su za ostala pitanja ponuđeni različiti odgovori. Odgovor može biti jedan ili ih može biti nekoliko. Na pet pitanja odgovor je slobodan tekst, što znači da se radilo o otvorenim pitanjima na koje sam dobila otvorene odgovore. Ti otvoreni odgovori posebno su vrijedni jer ih možemo povezivati s demografskim podacima i odgovorima na zatvorena pitanja te nam daju dodatnu informaciju o ispitaniku. Tako je uključen i kvantitativni i kvalitativni pristup.

Uz svaki upitnik priložena je pismena uputa i pismo dugovječnoj osobi. Upitnik je anoniman. Adrese su mi dali liječnici opće medicine iz 33 općine u Hrvatskoj. Poslala sam 157 pisama liječnicima opće medicine diljem Hrvatske (Zagreb, Kutina, Sisak, Krapina, Zabok, Daruvar, Bjelovar, Križevci, Gospić, Gračac, Hvar, Rijeka, Trogir, Crikvenica, Osijek, Otočac, Krk, Korčula, Dubrovnik, Našice, Vis, Karlovac, Delnice, Rovinj, Pazin, Varaždin, Vinkovci, Slavonski Brod, Pula, Zadar, Senj, Nova Gradiška i Šibenik) i zamolila ih da mi pošalju adrese dugovječnih osoba s njihova područja kako bih im mogla poslati ankete. Odazvalo se samo 37 liječnika iz Zadra, Korčule, Vinkovaca, Popovače, Dežanovca, Osijeka, Karlovca, Pazin-Lupoglava, Slavonskog Broda, Velikog Trgovišća, Klane, Dupca, Hvara, Krapine-Đurmanca, Otoka, Krka-Malinske, Senja, Zagreba, Sikirevaca, Daru-

vara, Križevaca, Kali, Kune-Pelješca, Crikvenice, Otočca. Dobila sam nešto manje od 1 000 adresa dugovječnih osoba, ali sam poslala samo 260 anketa osobama starim $90 \geq$. Odgovorilo je 125 osoba, no 18 osoba ih je bilo mlađih od 90 godina pa ih nisam mogla uključiti. Naposljetu sam skupila uzorak od 107 osoba od $90 \geq$ godina. Ankete su ispunjavale same dugovječne osobe.

Pri obradi podataka koristila sam kvantitativni i kvalitativni pristup. Tekst je obrađen pomoću računalnog programa za analizu slobodnog teksta SPAD.T. To je program za obradu tekstualnih podataka koji se temelji na leksikometrijskim metodama i statističkim postupcima.

Tekstualni podaci spremljeni su u računalo. Osnovna jedinica promatranja tj. grafička forma definirana je kao niz znakova, u načelu slova, između dva delimitera, npr. bjeline, točaka, zareza i sl. To znači da se u tekstu ista riječ pojavljuje u više grafičkih formi ovisno o gramatičkom obliku, ali jednak tako ista se grafička forma može odnositi na različite riječi. Vokabular čine sve različite riječi u danom tekstu, a svaka riječ karakterizira ispitanika.

U prvoj, preliminarnoj fazi obrade teksta, svakoj se grafičkoj formi, kad se pojavi, pridružuje broj, stalno isti pri svakom pojavljivanju te iste forme. Nakon statističke obrade, brojevima se pridružuju ponovno grafičke forme, odnosno riječi. Usljedilo je prebrojavanje riječi i stvaranje indeksa teksta (hijerarhijski i abecedni).

Nakon toga, načinjena je statistička analiza teksta i to korespondencijska analiza. Pri analizi teksta pojedinci (ispitanici) prikazani su u prostoru definiranom grafičkim formama. Korespondencijska analiza daje vizualizaciju bliskosti između pojedinaca i grafičkih formi dopuštajući nam da uočimo kategorije u koje se pojedinci uklapaju.

Vrijedni rezultati dobivaju se poglavito pri kombiniranju tekstualnih podataka ispitanika s njihovim karakteristikama koje sadrže dodatni numerički podaci. Spajajući tekstualne i netekstualne podatke, iz osobitosti vokabulara, možemo otkriti svojstva pojedinaca.

U istraživanju obradivani su tekstovi dobiveni kao odgovor na sljedećih pet pitanja iz upitnika:

1. Što najviše volite jesti?
2. Pješačite li ili ste drugačije aktivni?
3. Koje ste bolesti imali u djetinjstvu?
4. Sadašnje bolesti?
5. Što Vam je, po Vašem mišljenju, pomoglo da doživite duboku starost?

Obradeni su odgovori 107 ispitanika starijih od 90 godina (28 muškaraca i 79 žena).

Nasljede

Anketirane su osobe svojim odgovorima potvrdile hipotezu prema kojoj je naslijede jedan od važnih čimbenika dugovječnosti. Njihovi odgovori pokazuju da su njihovi roditelji, braća i sestre imali dugi životni vijek. Dugovječnost je naročito vidljiva u sestara, jer su od 114 sestara 62 sestre umrle između 80 i 98 godina, a najveći je broj braće između 70 i 80 godina

Tjelesna aktivnost

Preko 60% ispitanika izjavilo je da je fizički radilo tijekom života. U slobodnom tekstu tjelesnu aktivnost nisu toliko naglašavali jer je većina živjela na selu ili manjim mjestima pa je to bio dio svakodnevnog života.

Način života i prehrana

Daljnja saznanja iz dobivenih odgovora pokazuju da su način života i prehrana iznimno važni za produženje životnoga vijeka. Analiza je pokazala da ispitanici u navikama i načinu života imaju dosta

zajedničkog. Gotovo 40% ispitanika je u mladosti živjelo teško u siromaštvu i isto toliko skromno.

Što se prehrane tiče, 75% ispitanika jelo je male količine hrane tijekom života, što je naravno subjektivna ocjena svakoga ispitanika i to je u 90% slučajeva bila kuhanha hrana. Najčešće vrste hrane u mladosti, kao i u starosti, su mliječni proizvodi, voće, povrće i ugljikohidrati. Suhomesnatih proizvoda jeli su malo. Oni govore o *umjerenošti* u svemu (jelu i piću), o zdravoj, umjerenoj, laganoj, domaćoj *prehrani*. Na pitanje što najviše vole jesti najčešći odgovor bio je SVE, povrće, meso, mlijeko, voće, sir, kruh. Najčešće riječi muškaraca bile su mliječno, meso, zeleno, bijela kava, a riječi koje nisu uopće upotrijebili bile su: variva, kruh, juha, riba. Žene su najčešće rabile riječi: juha, kruh, riba, krumpir. One nisu upotrijebile one riječi koje su u muškaraca bile najčešće, tj.: zeleno, bijela kava, meso, mliječno. Većina je navela da su tijekom života, prema njihovoj ocjeni, pili umjereni alkoholna pića i to najčešće vino, ali i žestoka pića.

Indeks tjelesne mase i prehrana

Karakteristično je da su svi ispitanici uglavnom mršavi ili normalne tjelesne težine uz nekoliko izuzetaka, a oni su 8 (7,5%) ispitanika koji su bili pretili s indeksom tjelesne mase većim od 30 kg/m². Oni su se i nešto drugačije hranili, tj. jeli su slatko, pašta šutu, domaću hranu. Oni u odgovorima na pitanje „Što najviše volite jesti?“ nisu koristili riječ SVE, dok oni sa ITM do 20 kg/m² najčešće su koristili spomenutu riječ. Kad govore o hrani onda je to zdrava, lagana, kvalitetna, domaća hrana. Često se spominje *umjerenošt* u jelu i piću ili u svemu. Isto se tako često spominje i povrće, zatim meso, mlijeko i voće.

Tablica 1. Vrste hrane u mladosti

	nisu jeli	1/TJ	2/TJ	3/TJ	4/TJ	5/TJ	6/TJ	7/TJ	nepoznato
mliječni proizvodi	5	9	5	3	6	16	8	45	2
voće	10	22	12	13	3	7	1	29	5
povrće	1	11	13	18	10	12	9	24	2
ugljikohidrati			5	9	10	16	21	40	
meso	12	42	15	13	6	6	3	4	1
riba	41	37	10	9	1	1			
jaja	17	29	17	13	9	5	1	6	3
češnjak	28	18	15	11	5	3		3	14
suhomesnati proizvodi	30	28	17	8	4	5	1	2	7

Tablica 2. Vrste hrane u starosti

	nisu jeli	1/TJ	2/TJ	3/TJ	4/TJ	5/TJ	6/TJ	7/TJ	nepoznato
mliječni proizvodi	7	1	4	6	6	9	5	51	5
voće	4	7	11	18	5	11	3	33	4
povrće	5	4	11	21	12	15	7	16	4
ugljikohidrati	1	2	3	15	20	17	13	26	0
meso	6	12	20	23	13	8	4	10	0
riba	23	35	14	6	4	4	1	4	1
jaja	27	24	13	12	4	4		5	3
češnjak	41	13	13	3	2	1	1	3	8
suhomesnati proizvodi	43	27	10	7	2	1	1	6	1

Bolesti u mladosti

Kada govore o bolestima u mladosti, koriste se ovim riječima: ništa nikakve, nisam, što uglavnom govori da tijekom života nisu bolovali od nekih težih bolesti, već su uglavnom bili zdravi. Kada govore o sadašnjim bolestima, onda su to uglavnom "staračke" bolesti i smetnje: tlak, reuma, slab sluh i vid itd.

Subjektivni osjećaj zdravlja

Što se tiče subjektivnog osjećaja zdravlja, 65% smatra da im je zdravlje dobro. Svi su oni pokretni i žive u većini slučajeva u obitelji. Očito je da pokretnost ima važnu ulogu u subjektivnoj ocjeni zdravlja.

Kategorija dobrog zdravlja: pod sadašnje bolesti ispitaniči najčešće nisu ništa naveli. Očito je da staračke tegobe smatraju primjerima svojoj dobi. Žive uglavnom u obitelji, kreću se, nepušači su, uzimali su više obroka na dan i to male količine, prema njihovoј subjektivnoј ocjeni. Većina je jela kuhanu hranu. Na pitanje što najviše vole jesti odgovorili su: sve, mliječne proizvode, domaću hranu, povrće i ribu, bijela kava s kruhom, itd. Većina je izjavila da su u životu teško fizički radili. Na pitanje što im je pomoglo da dožive tako duboku starost izjavili su sljedeće: pozitivan stav prema životu, dobro raspoloženje, miran život, skroman život, uredan, solidan obiteljski život, sklad u obitelji, red i disciplina u obitelji, dobra i zdrava hrana, stalna radna aktivnost, kretanje i umjerena ishrana, nasljeđe, normalan život, život na selu, umjerenoš u svemu.

Kategorija lošeg zdravlja: gotovo svi imaju ograničeno kretanje, vezani uz kuću, a izlaze samo uz pratnju. Često je razlog slab vid i teža pokretljivost – strah od pada, slabost u nogama, problemi s kičmom i sl. Većina ih živi u obitelji ili s nekim tko im pomaže.

Tablica 3. Kombinacija riječi prema učestalost

Frekvencija	Segment
10	55 - umjerenoš u
8	43 - u jelu
7	17 - u jelu i
6	18 - jelu i piću
6	51 - u jelu i
5	23 - na selu
5	11 - fizička aktivnost
5	56 - umjerenoš u jelu
5	47 - u obitelji
5	58 - uredan život
4	46 - u mladosti
4	21 - mislim da
4	61 - zdrava hrana
4	59 - vjera u Boga
4	52 - umjerena ishrana
4	37 - skroman život
4	64 - život na
4	57 - umjerenoš u svemu

Karakteristike prema spolu

Izbor triju karakterističnih odgovora muškaraca.

1. Dobra hrana, savršen red i disciplina u kući, u mladosti nisam pio vino jer je voda izvorska, a u Dalmaciji sam pio vino s vodom obzirom da je kišnica. Svakodnevno pojedem dvije do tri žlice šećera obzirom da ne patim od šećerne bolesti kao i svako jutro jednu naranču.
2. Svako jutro pola litre mlijeka udrobljeno s kruhom, dosta povrća i voća, u mirovini sam od svoje šezdesete godine, proveo na svježem zraku u vikendici u Aljmašu na Dunavu, obrađivao sam bašću i vinograd, pecao ribe, ustajao u pet sati.
3. Živio sam skromno, činovnički, sada sam u mirovini 33 godine, sretan brak, bavio sam se sportom: nogomet, tenis, planinarenje, skijanje, plivanje i to sve kao amater.

Izbor triju karakterističnih odgovora žena.

1. Uzimanje hrane u normalnim količinama, nepreterivanje u jelu i piću, raditi i raditi prema fizičkim i umnim sposobnostima, uzeti život kakav jest i pomiriti se sa sudbinom da tako mora biti, život na selu, briga za porodicu, sklad u porodici, nemam mirovinu, a i nije sve u novcu.
2. Vjera u Boga, dobar muž i sedmero žive i zdrave djece, umjeren i dosta miran život, zadovoljstvo malim radostima, dobra i umjerena narav, jako znatiželjna i uporna.
3. Zdrava domaća hrana, fizički rad na poljoprivredi, i kućanstvu, podizanje devetero živorodenje djece, volja za život, vjera u Boga.

Korepondencijska analiza - školovanje

Rezultati korespondencijske analize pokazuju kako su u ravninu raspodijeljene skupine ispitanika prema varijabli *školovanje* (slika 1.). Prva os definira stupanj naobrazbe. Ispitanici sa završenom velikom maturom ili fakultetom (lijeva strana prve osi) strogo su razdvojeni od ispitanika koji nisu završili nikakvu školu, samo prva četiri razreda osnovne škole ili malu maturu (desna strana prve osi). Neobrazovani ispitanici vrlo su bliski s obzirom na prvu

os. Druga korespondencijska os dijeli skupine ispitanika prema završenoj naobrazbi ovako: ispitanici sa četiri razreda osnovne škole i s velikom maturom pokazali su se bliskima s obzirom na drugu os, dok su ispitanici s malom maturom ili fakultetom strogo odijeljeni od prethodnih skupina i nisu bliski.

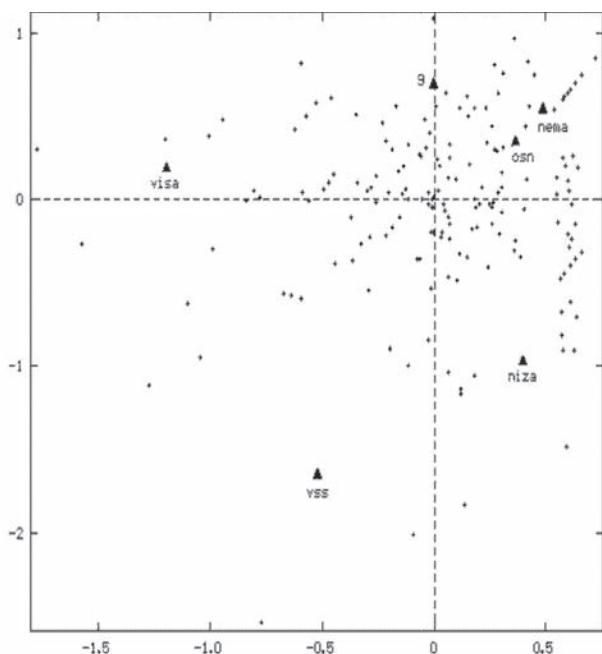
Korespondencijska analiza – ocjena života u mladosti

Rezultati korespondencijske analize i smještaj skupine ispitanika s obzirom na njihovu *ocjenu života u mladosti* (slika 2.). Na prvoj korespondencijskoj osi na jednoj su strani ispitanici koji su svoj život u mladosti ocijenili dobrim dok su na drugoj strani, i to dosta blizu, skupine ispitanika koje su svoj život u mladosti ocijenili kao težak ili skroman. Na drugoj korespondencijskoj osi strogo su odijeljene skupine sa skromnim životom u mladosti od onih s teškim životom dok je skupina ispitanika s dobrim životom u mladosti između prethodnih skupina.

Na kraju se može zaključiti da su ispitanici, devedesetogodišnjaci i stogodišnjaci širom Hrvatske, u mladosti živjeli skromno ili teško, hranili su se vrlo slično današnjim preporukama za pravilnu ishranu, uglavnom nisu pušili, bili u svemu umjereni, proveli uredan i skroman život, život u obitelji pa su to sigurno dobre preporuke i za današnje generacije.

Prikaz glavnih problema starijih osoba te na koje bi se načine moglo intervenirati u području zdravstva i poboljšati kvalitetu starijih osoba.

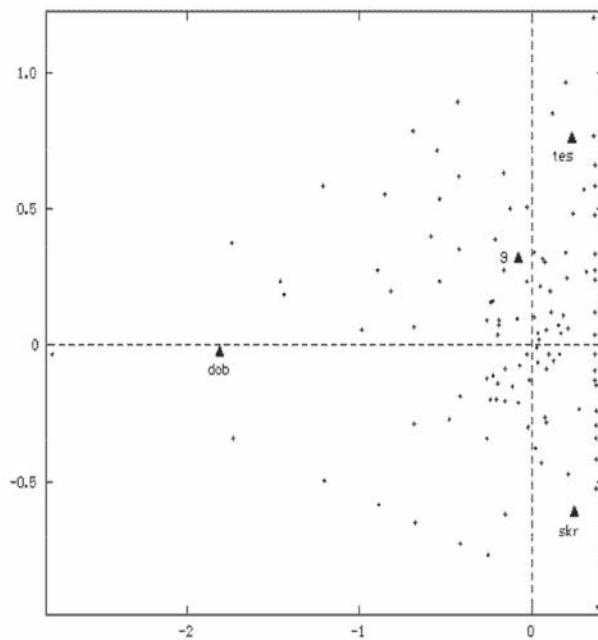




Legenda:

nema	nema škole	VSS	fakultet i viša škola
osn	1.- 4. r.osn. šk.	9	nepoznato
niza	mala matura		
visa	velika matura		

Slika 1. Korespondencijska analiza – školovanje



Legenda:

tes	teško
skr	skromno
dob	dobro
9	nepoznato

Slika 2. Korespondencijska analiza – ocjena života u mladosti

Pogled u budućnost

Na početku 21. stoljeća, na početku trećeg milenija postavlja se pitanje kako će se nov način života, tehnička saznanja današnjice, prehrana mlađih ljudi danas, utjecati na dužinu njihova životnog vijeka. Početkom prošlog stoljeća bile su rodene dugovječne osobe koje su obrađene u ovome radu. Vidjelo se da su živjele mirnijim načinom života. Nije bilo utjecaja mnogih tehnoloških dostignuća kojima su izloženi mlađi ljudi danas, kao što je to nagli razvijetak industrijalizacije, razvijetak automobilske industrije, nevjerojatan napredak tehnike (računala, internet i sl.). Veliki broj mlađih danas priklanja se prehrani koju čine hamburgeri, prženi krumpirići i općenito *fast food*, piju gazirana pića kao što je *Coca-cola*, sjede za računalima gdje preko interneta uspostavljaju kontakte s cijelim svijetom, ali su lišeni humanih kontakata s ljudima. Kompjutorizacija i probor informatike doveo je do toga da mnogi koji su ovladali novom tehnikom napuštaju

velike gradove, odlaze u zabačena mjesta gdje otvaraju svoje urede i preko računala i interneta vode poslove po cijelom svijetu. Opravdano se postavljaju pitanja hoće li ovakav način života utjecati na dužinu života ljudi, hoće li utjecati na još veću osamljenost tih ljudi, hoće li to dovesti do nove oligarhijske klase, hoće li novi napredak u medicini pomoći pri riješavanju mnogih negativnih utjecaja modernoga života? Na ta pitanja teško je odgovoriti. Samo ovih nekoliko nabačenih misli upozoravaju nas da će trebati pomicati o izradi novih projekata koji će razmatrati nove uvjete života i njihov utjecaj na ono što čovjek najviše želi, a to je kvalitetan život.

U anketnom listiću neki su ispitanici napisali opaske koje su sami dodali pa one nisu uključene u analizu teksta, ali su mi u radu činile veliko zadovoljstvo. Njihove opaske pokazuju kako i dugovječne osobe, usprkos dubokoj starosti, i imaju smisla za humor i pokazuju životnu radost. Analiza upitnika ne bi bila

kompletna kada neke od tih opaski ne bih iznijela u ovom radu.

“Želimo i vama lijepu starost.”

“Nemam mirovine, a i nije sve u novcu.”

“I Vama hvala. Posjetite nas da se uvjerite u istinitost navedenoga.”

“Tko je god poslao ovaj upitnik - hvala mu od srca jer mi je učinio trenutak radosti u ovoj mojoj dubokoj starosti. Podaci koje sam navela su svi točni i istiniti. Bit će mi drago što sam i ja ušla u projekt dugovječnosti. Svima još jednom hvala.”

“Puno uspjeha u Vašem projektu o dugovječnosti.”

“Zahvaljujem!”

“Neimaština mi ne pušta pušenje. Živim i živio sam u okolini nabijenoj netrpeljivosti. „Glavu poslige smrti mogu pokloniti radi proučavanja.”

“Posjetite me dok sam još živ.”

Referencije

Becue-Bertaut, M SPAD, 1991, Package for Statistical Analisys of Textual Data, u 13th International Conference on Information Technology Interfaces, Pula: University Computing Centre Zagreb.

Birkeland, A & Nutvig, GK 2009, ‘Coping with aging and failing health: A qualitative study among elderly living alone’, Int J Nurs Pract, vol. 15, pp. 257-264.

Current World Life Expectancy in World. Available at: <http://chartsbin.com/view/1356>

Costa, DL, *Causes of improving health and longevity at older ages: a review of the explanations*, Genus LXI, No. 1, pp. 21-38.

Dugac, Ž, Kern, J, Majdančić, Ž 2005, ‘Zdravstveno-prosvjetne publikacije (1872. – 1938.) – analiza sadržaja aplikacijom’, SPAD-T. Društ. istraž. Zagreb, vol. 2, no. 4,5 (78-79), pp. 867-883.

Dutta, A, Henley, W, Lang, I, Llewellyn, D, Guralnik J, Wallace RB, Melzer D 2001, vol. Epidemiologic Study of the Elderly: Cohort Follow-Up to “Extinction”, *Journal of the American Geriatrics Society* vol. 59, no. 6, pp. 963–971.

Hattori, A, Masuda, Y, Fetters, MD, Uemura,,, K, Mogi N, Kuzuya M, Iguchi, AA 2005, ‘Qualitative Exploration of Elderly Patients’ Preferences for End-of-Life Care’, *JMAJ*, vol. 48, no. 8, pp. 388-397.

Heim, I 1999, *Geografska distribucija dugovječnosti u Hrvatskoj*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Doktorska disertacija.

Hercigonja-Szekeres, M 2010, *Vrijednost tekstualnih podataka u opservacijskim epidemiološkim istraživanjima*, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Doktorska disertacija, at <http://medlib.mef.hr/826>

Hercigonja-Szekeres, M 1996, ‘Statistička analiza tekstualnih podataka’, *Bilten Hrvat druš med inform*, vol. 6, no. 2, pp. 3-9.

Hercigonja-Szekeres, M 2009, ‘Analiza tekstnih podataka’ u: *Medicinska informatika*. Kern, J & Petrovečki, M, ur. Zagreb, Medicinska naklada .

Lebart, L, Salem, A & Berry, L 1998, *Exploring Textual Data*, Dordrecht/Boston/London, Kluwer Academic Publishers.

Linton, NJ, *A Design for Qualitative Research*, www.ideals.illinois.edu/handle/2142/26600

Palacios, R 2002, ‘The future of global ageing’, *Int J Epidemiol*, vol. 31, pp. 786-791.

Robine, JM, & Paccaud, F. 2005, ‘Nonagenarians and centenarians in Switzerland, 1860-2001: a demographic analysis’, *J Epidemiol Community Health*, vol. 59:, pp. 31:37.

Segal, HN 1993, ‘Some opinions on longevity’, *Can Med Assoc* , vol. 148, no. 3, pp. 418-20.

Smith, D 1993, *Human longevity* , New York: Oxford University Press.

www.ons.gov.uk

www.einstein.yu.edu/centers/aging

Xavier FMF, Marcos PTF, Norton M, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people’s definition of quality of life. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25 (1) :31-9.

Weiss R. Ageing – New Answers to Old Questions. National Geographic 1997; Nov.: 10-31.

Opservacijska istraživanja u epidemiologiji: Kvantitativni i kvalitativni pristup

Mira Hercigonja Szekeres

Veleučilište Hrvatsko zagorje, Krapina

Uvod

Doseg istraživanja u epidemiologiji i zdravstvu obuhvaća dva osnovna područja: ljudsko ponašanje te učinke okoline i bioloških procesa na čovjeka. Metodološki izazovi istraživanja zdravstva proizlaze iz njegova velikog opsega i različitosti među ljudima: biološke različitosti osjetljivosti na različite bolesti, razlike u ponašanju kao odgovor na različite životne okolnosti i slično. Problem istraživanja je razlučiti kada se usredotočiti na općenost, a kada na posebnost, jer se prema njima dva tradicijska pristupa u istraživanju odnose različito.

Kvantitativne metode i statistički podaci daju nam parsimonični sažetak uzorka dok kvalitativna proučavanja mogu ponuditi duboko, detaljno i pojedinačno značenje. Kvantitativna istraživanja nameću vanjske standarde: rezultati su kodirani i analizirani kao numeričke vrijednosti dok se kvalitativni podaci analiziraju koristeći se ponajprije jezikom, to su uglavnom tekstualni podaci. Sažimajući stvarnost u nizove numeričkih podataka, kvantitativne metode mogu izbrisati osnovno značenje tih podataka i dati tim brojkama glavnu ulogu u analizi, bez obzira na osnovno značenje.

Kvalitativni podaci u obliku riječi i opažanja prethodili su kvantitativnim u akademskim promatranjima. Oni su bili glavno uporište biologije, povijesti, prava, a poslije sociologije i političkih znanosti. Kvalitativni podaci su interpretativni, oni generiraju koncepte, tipologije i teorije. Metode prikupljanja su općenito otvorene i iterativne, uključuju analizu pisanih dokumenata, otvorene upitnike (često u skupini) i neposredna promatranja uključujući i promatranje sudionika.

Velika primjena kvalitativnih metoda istraživanja javlja se kao odgovor na predominantnost i uočena ograničenja kvantitativnih istraživanja. To je uključivalo tendenciju kvalitativnih metoda da komprimiraju stvarnost, pojednostavljujući je na praktični sažetak složene cjeline (Reichardt, 1994.).

Pravilno primjenjene, kvalitativne metode imaju prednost otvorenosti, bez unaprijed određenih kategorija podataka, stila pitanja, kodiranja ili analize. To pridonosi dubini i detaljizaciji ispitivanja. Kvalitativni podaci prenose dublje osjećaje ispitanika, pomažu vidjeti svijet očima ispitanika te izazivaju empatiju kod promatrača.

Istraživač utječe na kvalitativna istraživanja i to od samog početka određujući predmet istraživanja. U kvantitativnim istraživanjima pogreške su vidljive odmah kod definiranja hipoteze ili određivanja sadržaja upitnika. Međutim u kvalitativnim istraživanjima pogreške se pojavljuju poslije, tek u analizi podataka ili u interpretaciji rezultata analize. Riječi imaju višesmisleno značenje i njihova se interpretacija može razlikovati od istraživača do istraživača. U kvalitativnim istraživanjima istraživač je instrument istraživanja, kvaliteta podataka ovisi o njegovoj vještini i odlučnosti da prikupi podatke te ih analizira. Naime, istraživač je u tim istraživanjima često u situaciji da u prikupljanje podataka kreće s jednom idejom i tako izabire uzorak ispitanika, a tijekom analize podataka nameću se dodatne ideje pa ponekad još i tijekom samog prikupljanja. Količina podataka dobivena kvalitativnim istraživanjima izuzetno je velika, obično su to mnogobrojne stranice tekstova i zapisa, sati videozapisa ili kutije dokumentacije. Zbog toga su veličine istraživanih uzoraka kod kvantitativnih

istraživanja razmjerno manje nego kod kvalitativnih, a pogreške kod odabira uzorka veće. Često se tek poslije ustanovi da su u istraživanju zadržani neinformativni uzorci, a propušteni zanimljivi. Ipak, strategija izbora uzorka uvijek mora biti dobro objašnjena bilo da se radi o kvantitativnim ili kvalitativnim istraživanjima, a manji rizik lošeg izbora uvjetovan je dobrom predznanjima istraživača te njegovom dobrom informiranošću (de Jong, 2002; Popay, 2003; Goldsmith, 2007).

Prije su kvalitativne analize često bile obilježene kao nesistematične pa čak i tajanstvene. Takva je obilježja jednostavno moguće izbjegći velikom transparentnošću analitičkih metoda koja će omogućiti i nekom drugom istraživaču da ih može ponoviti. Intuitivne, danas češće nazivane interpretativne, metode analize kvalitativnih podataka moraju biti objašnjene i validirane kako ne bi bile obilježene kako je ranije rečeno.

Danas prevladava mišljenje da oba pristupa istraživanju u zdravstvu imaju podjednaku valjanost, dapače da ih treba kombinirati u svim fazama istraživanja: u prikupljanju podataka, njihovoj analizi i na kraju pri interpretaciji te konačnom izvještaju.

Upitnik SF-36

Upitnik SF-36 (Short Form 36) jedan je od upitnika koji su nastajali kao odgovor na problematiku: kako pristupiti razvoju i standardizaciji upitnika, s prvenstvenom namjerom da rezultati mogu biti ponovljivi u raznim zemljama i na vrlo različitim uzorcima ispitanika radi mogućnosti usporedbe. Taj upitnik predstavlja teorijski utemeljenu i empirijski provjerenu operacionalizaciju dvaju generalnih koncepata zdravlja – fizičkog zdravlja i psihičkog zdravlja te njihove dvije općenite manifestacije: funkcioniranje i dobrobit. Testiran je u različitim sredinama i vrstama upravljanja, na ispitanicima različitog stupnja obrazovanja i dobi te različitog zdravstvenog statusa, tako da ima pozitivnu međunarodnu reputaciju. Pokazao se vrlo primjenjivim i kod istraživanja zdravstvenog statusa starijih osoba. Razumljiva i obična pitanja omogućavaju njegovu primjenu neovisno o stupnju obrazovanja ispitanika i njihovog sociokulturalnog podrijetla. Od-

govaranje na svih 36 pitanja u upitniku ne oduzima puno vremena (10 – 20 minuta) pa ga ispitanici ispunе brzo i ne odustaju zbog nezainteresiranosti i opterećenosti. Metodološki, utemeljen je kroz svoj razvoj, koji nije prestao sve do današnjih dana i stalno se nadograđuje.

Upitnik SF-36 je višestruko primjenjiv upitnik zdravstvenog statusa s 36 pitanja. To su pitanja s odgovorima tipa višestrukog izbora: od 3 do 6 ponuđenih. Pojedini odgovori na svako pitanje različito se budu, odnosno diferencijalno ponderiraju prema unaprijed utvrđenim empirijskim normama, a s obzirom na dijagnostičku vrijednost određenog odgovora ispitanika. Pitanje koje se odnosi na promjenu u zdravlju prikazuje se odvojeno, distribucijom frekvencija. Pojedine manifestacije zdravlja obuhvaćene su različitim brojem pitanja, a taj je broj u skladu s psihometrijskim kriterijima pouzdanosti i valjanosti. Svaki broj bodova zabilježen u skali upitnika transformira se u standardne vrijednosti i baždaren je na jedinstvenu skalu čiji je teorijski minimum jednak 0, a maksimum 100 bodova. Takav način vrednovanja omogućava kvantitativno uspoređivanje različitih manifestacija zdravlja koje se mijere upitnikom, interpretaciju ukupne razine i diferenciranost osam dimenzija (Ware, 2009).

Rezultat se standardno izražava u osam dimenzija koje čine profil zdravstvenog statusa:

1. fizičko funkcioniranje (PF, engl. *physical functioning*): 10 pitanja
2. ograničenje zbog fizičkih teškoća (RP, engl. *role limitation due to physical problems*): 4 pitanja
3. tjelesni bolovi (BP, engl. *body pain*): 2 pitanja
4. percepcija općeg zdravlja (GH, engl. *general health perception*): 5 pitanja
5. vitalnost i energija (VT, engl. *vitality / energy*): 4 pitanja
6. socijalno funkcioniranje (SF, engl. *social functioning*): 2 pitanja
7. ograničenje zbog emocionalnih teškoća (RE, engl. *role limitation due to emotional problems*): 3 pitanja
8. psihičko zdravlje (MH, engl. *mental health*): 5 pitanja

U profil fizičkog zdravlja (PCS, engl. *Physical Component Summary Measure*) ulaze, uz ranije spomenutih osam dimenzija, sljedeće četiri: fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, tjelesni bolovi i percepcija općeg zdravlja. U profil psihičkog zdravlja (MCS, engl. *Mental Component Summary Measure*) ubrajaju se: vitalnost i energija, socijalno funkcioniranje, ograničenje zbog emocionalnih teškoća i psihičko zdravlje.

Kvalitativni pristup u znanstvenom istraživanju

Kvalitativni pristup u znanstvenom istraživanju primjenjiv je u mnogim strukama i različitim sadržajima. Takav se pristup primjenjuje osobito u cilju dubljeg prepoznavanja ljudskog ponašanja i razloga koji uvjetuju određena ponašanja. Karakteristična pitanja su *zašto i kako*, a ne samo *što, gdje, kada i koliko*. Karakterističan je i uzorak koji se ispituje – obično su to manje i ciljane skupine. O razlikama i suprotnostima kvalitativnog i kvantitativnog pristupa znanstvenom istraživanju postoji golema količina radova, od onih koji u potpunosti negiraju kvalitativni pristup u korist kvantitativnog, do onih u kojima se tvrdi suprotno (Denzin, 2005).

Tri su činjenice u kojima se ta dva pristupa metodološki razlikuju:

1. Ispitanici: u kvalitativnom pristupu nikad se ne radi o slučajnom uzorku, nego su ispitanici izabrani prema tematiki istraživanja.
2. Istraživač: u kvalitativnom pristupu istraživač mora biti osobito oprezan kako osobnim stavovima i ili pristupom ne bi poremetio objektivnost istraživanja. Uvriježeno je mišljenje da istraživač nikad nije posve objektivan u takvim istraživanjima.
3. Podaci i analiza podataka: u kvalitativnom pristupu podaci su najčešće izraženi riječima. Dakle, kvalitativna se analiza podataka treba temeljiti na postupcima vezanima uz jezik, znakove i značenje, ali i na postupcima koji uključuju kontekstni i holistički pristup.

Uvriježen je stav da se kvalitativni pristup primjenjuje kao predistraživanje ili uvod u velika istraživanja

koja će se (ipak) provesti kvantitativnim pristupom, u potpunosti ili većim dijelom. Kvantitativni pristup je etabriran kao tipičan, pouzdan i precizan u istraživanjima koja se onda potvrđuju mjernim instrumentima i matematičkim postupcima. Nasuprot tome kvalitativni podaci se, obično, teško prikazuju grafički ili kroz matematičke pojmove (Schwandt, 2000; Savage, 2000; Davey Smith, 2001).

Istraživači se pri kvalitativnom pristupu znanstvenom istraživanju koriste vrlo različitim metodama prikupljanja podataka i njihovim kombinacijama. Te metode ovise o području istraživanja, sadržaju, ali i cilju istraživanja.

Uobičajene i najčešće primjenjivane metode prikupljanja podataka su:

- sudioničko promatranje
- nesudioničko promatranje
- strukturirani razgovor
- nestrukturirani razgovor
- terenske bilješke
- analiza dokumenata, slika, predmeta, ostalih materijala.

Podaci prikupljeni nekom od ranije navedenih metoda ili najčešće njihovom kombinacijom obrađuju se i interpretiraju za konačan izvještaj (Kinn, 2005).

Metode obrade podataka dobivenih kvalitativnim pristupom su sljedeće:

- interpretativne metode
- kodiranje
- rekurzivno skraćivanje
- obrade podataka računalom.

Interpretativna metoda kao analiza podataka je vrlo uobičajena u kvalitativnom pristupu i ona je istraživačev/promatračev dojam. Promatrač istražuje podatke, interpretira ih stvarajući dojmove te prikazuje te dojmove u strukturiranom, ponekad čak i kvantitativnom obliku.

Kodiranje podataka je metoda obrade podataka dobivenih kvalitativnim pristupom kojom se takvi podaci istodobno organiziraju i pripremaju za neku od kvantitativnih obrada podataka. Zahtijeva da se podaci vrlo pažljivo čitaju, da se određuju segmenti

koji se onda označavaju istim kodom (riječju, frazom, oznakom). Ta je metoda postala vrlo česta pri računalnoj obradi podataka. Postoje računalni programi koji takva kodiranja rade automatski i pripremaju za kasniju računalnu obradu. Nedostaci ove metode su da se gubi raznolikost, obilje i individualnost podataka.

Rekurzivno skraćivanje je niz postupaka kojima se sažimaju osnovni podaci: podaci se ne kodiraju, nego se iz pojedinih skupova podataka stvaraju sažeci, koji se ponovno sažimaju u nove sažetke itd. Krajnji rezultat je obično vrlo kratak sažetak u kojem se teško prepoznaju početni podaci i njihove međufaze. To je upravo i često navođeni nedostatak ove metode, gdje se gubi gotovo svaka individualnost i varijabilnost među podacima.

Računalne obrade podataka dobivenih kvalitativnim pristupom koriste se mogućnostima suvremenih informacijskih i komunikacijskih tehnologija za pretraživanje, sortiranje i spremanje velikih količina podataka koji su u ovom slučaju većinom riječi, rečenice ili odgovarajući znakovi. Te se metode osobito koriste u slučaju da je količina podataka previela za analizu i/ili trošak obrade nadmašuje korist dobivene obrade. Primjenjuju se i u slučaju da se traže točno određeni podaci – riječi, izrazi, dijelovi tekstova. Najčešće navođeni nedostatak ove metode je računalna analiza, odnosno izostanak istraživača u analizi podataka.

Prosudba o ispravnosti istraživanja ovisi o mogućnosti stvaranja prosudbe o tijeku istraživanja. Istraživanja s nestandardnim kvalitativnim pristupom moraju biti detaljnije opisana u svakom koraku, a osobito o načinu prikupljanju podataka i mogućem utjecaju samog ispitivača na prikupljanje podataka (Constable, 2005; Lindlof, 2002; Patton, 2005).

Primjer: razgovor o zdravlju

Opis istraživanja

Uzorak čini 117 ispitanika odabranih metodom *intensity sampling*. Kriteriji za izbor ispitanika za istraživanje bili su njihov pristanak za sudjelovanju u ovom istraživanju i volja za razgovor o svojem zdravlju. Dakle, ispitanici su odabrani kao tipični,

izbjegavajući ekstremne i devijantne slučajeve, kako bi se dobio uzorak vrlo bogat podacima i varijabilnošću.

Svi su ispitanici ispunili upitnik SF-36. Standardiziranom obradom tog upitnika dobiveno je osam dimenzija njihovog fizičkog i psihičkog zdravlja te profili fizičkog (PCS) i psihičkog zdravlja (MCS). Time su dobivene brojčane vrijednosti koje omogućuju kvantitativno uspoređivanje različitih manifestacija zdravlja. Izbor upitnika SF-36 kao jednog od najčešće korištenog za evaluaciju zdravstvenog stanja potaknut je i nizom rezultata istraživanja širom svijeta, ali i u Hrvatskoj (Vuletić, 2002; Maslić-Seršić, 2006; Bowing, 1999).

Osobni podaci: dob, spol, mjesto stanovanja, školovanje, zanimanje/zvanje, radni status te samoprocjena zdravlja u odnosu na zdravlje svojih vršnjaka prikupljeni su posebnim upitnikom.

Tekst, odnosno tekstualni podaci, je zapis intervjuja s ispitanicima koji je vođen u obliku tematski ciljanog ispitivanja kroz razgovor (engl. *interview guide approach*). Razgovor je sniman diktafonom, zatim prenesen s kaseta i zapisan u računalo. Ovo se istraživanje temeljilo na tekstualnim podacima. Zanimalo nas je kakve informacije i koliko informacija donose izgovorene riječi u opisu nekog zdravstvenog događaja, a koje informacije donosi standardizirani upitnik kojim, također, možemo saznati podatke o istom događaju. U ovom istraživanju zdravstveni događaj je ispitanikovo sadašnje zdravstveno stanje. Uz to, propituje se ima li to zdravstveno stanje utjecaja na njegov svakodnevni život, aktivnosti, navike i druženje s bliskim i dragim osobama.

Taj je zdravstveni događaj dio uobičajene komunikacije između liječnika i pacijenta, ili bi, možda, trebao biti. Pacijenti smatraju da liječnici premalo s njima razgovaraju, da se sada i liječnikovo računalo ispriječilo između njihova otvorena razgovora. Liječnici, pak, misle da nemaju vremena za razgovore kakve bi pacijenti željeli.

Ispitanici

Ispitanici su bili iz različitih mesta stanovanja. Većina (75%) ih je bila iz Zagreba, iz triju dijelova

grada: Novog Zagreba, Kustosije i (šireg) središta grada, ostali su bili iz različitih ruralnih područja: Slavonije, Istre, Prigorja.

U uzorku je 52 muškarca i 65 žena. Svi su ispitanici punoljetni. Dob ispitanika je vrlo različita: najmlađi je u vrijeme ispitivanja imao 23 godine, a najstariji 82 godine. Prosječna dob svih ispitanika je 58,7 godina sa standardnom devijacijom 15,1; medijan je 62,0. Ispitanici su različitih zvanja. Ispitanici su velikom većinom (73,5%) u braku. Najviše, njih 13, bilo je ekonomskoga zvanja (diplomirani ekonomist 6, ekonomist 7), zatim slijede profesori (6), trgovci (5), krojači / krojačice (5), diplomirani inženjeri arhitekture (4), liječnici (4), diplomirani inženjeri strojarstva (3), kuharice (3), radnici (3) te ispitanici ostalih zvanja, dok se njih 14 nije izjasnilo o svojem zvanju, odnosno završena škola im nije dala neko određeno zvanje. Čak 46% ispitanika završilo je višu ili visoku školu, 40% srednju, a samo nešto manje od 14% osnovnu školu, tako da razdioba ispitanika prema završenoj školi ne odgovara razdiobi u Hrvatskoj. Dob ispitanika odredila je i njihov radni status, velikom su većinom, njih 69 ili 59,0% umirovljenici. Od svih ispitanika, njih 39 ili 33,3% rade, a posebno su izdvojene ispitanice koje su se izjasnile da su kućanice, njih 9 ili 7,7%.

Rezultati obrade upitnika SF-36

Osnovni statistički podaci pojedinih dimenzija pokazuju nešto više vrijednosti dimenzija psihičkog zdravlja s obzirom na vrijednosti dimenzija fizičkog zdravlja. Više vrijednosti u psihičkom zdravlju još su uočljivije u izračunu osnovnih statističkih podataka za profil fizičkog zdravlja i profil psihičkog zdravlja:

PCS srednja vrijednost 42,76; standardna devijacija 10,84

MCS srednja vrijednost 46,55; standardna devijacija 11,03

Srednje vrijednosti samoprocjene zdravlja prema SF-36 iz ovog istraživanja ne odstupaju od rezultata dobivenih u istraživanjima reprezentativnog uzorka za Hrvatsku (Jureša, 2000). Ispitivanje χ^2 testom pokazalo je da nema statistički značajne razlike, za sve dimenzije je $p > 0,05$.

Muškarci i žene u ovom istraživanju statistički se značajno razlikuju po profilima fizičkoga i psihičkoga zdravlja (PCS i MCS). Srednje vrijednosti oba profila više su kod muškaraca nego kod žena. Razlika je veća kod srednje vrijednosti profila psihičkog zdravlja. Ispitanici iz ovog istraživanja sa završenom višom ili visokom školom imaju nešto više vrijednosti i profila fizičkog i profila psihičkog zdravlja. Samoprocjena svojeg zdravlja, s obzirom na zdravlje svojih vršnjaka, pokazala se vjerodostojnom u odnosu na profile fizičkog i psihičkog zdravlja iz upitnika SF-36. Ispitanici koji su svoje zdravlje procijenili boljim od zdravlja svojih vršnjaka imaju i najviše vrijednosti u oba profila. Nasuprot tomu, ispitanici koji su svoje zdravlje procijenili lošijim od zdravlja svojih vršnjaka imaju vrlo niske vrijednosti i profila fizičkog zdravlja i profila psihičkog zdravlja.

Rezultati kvalitativne analize

Razgovori s ispitanicima pažljivo su pročitani. Prema osobnom dojmu ispitivača, ispitanici su raspoređeni u 12 klastera. Klasteri su nazvani prema osnovnoj percepciji ispitivača koju su pojedini sadržaji izazvali. Nazivi i broj ispitanika pojedinih klastera prikazani su u tablici 1.

Klasterom naziva „filozof“ obuhvaćeni su ispitanici koji su najmanje govorili o svojem zdravstvenom statusu, a puno više općenito o zdravlju, bolestima, mogućnostima raznih vrsta liječenja i slično.

Ispitanici u svakom klasteru opisani su svojim osnovnim značajkama obuhvaćenima ovim istraživanjem (dob, spol, bračno stanje, završena škola i samoprocjena svojeg zdravlja s obzirom na zdravlje svojih vršnjaka) te dobivenim vrijednostima samoprocjene zdravlja iz upitnika SF-36.

Sljedeći je postupak bio, što detaljnije, opisati klaster definirane interpretativnom tehnikom kao jednom od metoda kvalitativne analize. Za svaki klaster odabrane su tri (3) kategorije s najvećom učestalošću među svim kategorijama svih osnovnih značajki. Tim su karakteristikama dodane i srednje vrijednosti obaju profila zdravlja svih ispitanika u pojedinom klasteru. Time je svaki klaster opisan brojem ispitanika, trima kategorijama osnovnih

značajki obuhvaćenih ovim istraživanjima, profiliма fizičkog i psihičkog zdravlja te osobnim dojmom ispitivača (tablica 2.).

Ovi klasteri pokazali su se dobro definiranim u usporedbi s vrijednostima profila fizičkog i psihičkog zdravlja za svakog ispitanika iz upitnika SF-36.

- Klaster „**zdrav**“ ima srednje vrijednosti obaju profila vrlo visoke.

Tablica 1. Klasteri definirani interpretativnom tehnikom.

Ime klastera	Broj ispitanika
M1 „Zdrav“	19
M2 „Zadovoljan“	25
M3 „Umoran“	4
M4 „Uznemiren“	7
M5 „Filozof“	7
M6 „Bolesni samac“	7
M7 „Bolestan, aktivan“	6
M8 „Opterećen bolešću“	5
M9 „Pomiren s bolešću i / ili životom“	18
M10 „Bolestan, optimist“	10
M11 „Bolestan, pesimist“	3
M12 „Nedefiniran“	6

- Klaster „**zadovoljan**“ ima srednju vrijednost profila fizičkog zdravlja nižu od srednje vrijednosti za klaster „**ZDRAV**“, ali višu srednju vrijednost profila psihičkog zdravlja.

- Zanimljive su vrijednosti za klaster „**bolestan, optimist**“. Srednja vrijednost profila fizičkog zdravlja je niža od srednje vrijednosti za cijeli uzorak, ali srednja vrijednost profila psihičkog zdravlja najveća je među svim ovako definiranim klasterima.

- Slično je sa srednjim vrijednostima profila za klaster „**pomiren s bolešću i / ili životom**“. Srednja vrijednost profila fizičkog zdravlja niža je od srednje vrijednosti tog profila, ali je srednja vrijednost profila psihičkog zdravlja viša od odgovarajućeg cijelog uzorka.

Analizirajući klastere dobivene interpretativnom metodom s obzirom na profile fizičkog i psihičkog zdravlja dobivene iz upitnika SF-36 može se uočiti sljedeće:

- Srednje vrijednosti profila fizičkog zdravlja gotovo svih klastera nalaze se u interkvartilu (između prvog i trećeg kvartila) cijelog uzorka. Srednje vrijednosti profila fizičkog zdravlja za klastere „**bolestan, pesimist**“ i „**nedefiniran**“ manje su od vrijednosti prvog kvartila cijelog uzorka. Srednje vrijednosti profila fizičkog zdravlja za klaster „**ZDRAV**“ veća je od vrijednosti trećeg kvartila cijelog uzorka.

Tablica 2. Opis klastera brojem ispitanika, najučestalijih kategorija, srednjih vrijednosti oba profila te dojmom ispitivača.

Klaster	Broj isp.	Kat I.	Kat II.	Kat III.	PCSkv	MCSkv
M1 „Zdrav“	19	jedn	mlad	brak	52,40	50,43
M2 „Zadovoljan“	25	brak	z	jedn	46,75	51,54
M3 „Umoran“	4	brak	sred.šk.	mlad	37,85	36,91
M4 „Uznemiren“	7	sred.šk.	z	brak	45,84	41,88
M5 „Filozof“	7	brak	m	vis.šk.	48,52	51,32
M6 „Bolesni samac	7	star	z	neoz	36,89	36,66
M7 „Bolestan, aktivan“	6	star	m	brak	37,23	44,90
M8 „Opterećen bolešću“	5	z	lošije		34,86	33,14
M9 „Pomiren s bolešću i / ili životom“	18	brak	star	m	40,59	49,27
M10 „Bolestan, optimist“	10	m	brak	vis.šk.	39,09	54,11
M11 „Bolestan, pesimist“	3	brak	lošije		21,68	22,14
M12 „Nedefiniran“	6	z	brak	sred.šk.	34,15	41,94

- Za profil psihičkog zdravlja srednje vrijednosti za četiri klastera manje su od vrijednosti prvog kvartila za cijeli uzorak, to su klasteri „**umoran**“, „**bolesni samac**“, „**opterećen bolešcu**“ i „**bolestan, pesimist**“. Za ostalih osam klastera srednje vrijednosti se nalaze u interkvartilu. Srednja vrijednost profila psihičkog zdravlja niti u jednom klasteru nije veća od vrijednosti trećeg kvartila za cijeli uzorak.

Diskusija i zaključak

Glavni je izazov svakog trenutka kako obuhvatiti sveukupnost stvarnosti, a ipak ograničiti potencijalno neograničenu količinu informacija koju treba prikupiti za opis te stvarnosti. Ljudi nisu učinkoviti u obradi velikog broja podataka te se koriste raznim strategijama kako bi organizirali informacije i

Tablica 3. Opis korištenih kratica

PCSkv	Srednja vrijednost profila fizičkog zdravlja za klastera dobivene interpretativnom tehnikom analize
MCSkv	Srednja vrijednost profila psihičkog zdravlja za klastera dobivene interpretativnom tehnikom analize
mlad	Dob do 50 godina
sred	Dob od 50 do 64 godine
star	Dob 65 i više godina
m	Muškarci
z	Žene
neoz	Neoženjeni / neudane
brak	Oženjeni / udane
rast	Rastavljeni / rastavljene
udov	Udovci / udovice
osn	Završena osnovna škola
sred.šk.	Završena srednja škola
vis.šk.	Završena viša / visoka škola
bolje	Bolje - samoprocjena svojeg zdravlje u usporedbi sa zdravljem svojih vršnjaka
jedn	Jednako - samoprocjena svojeg zdravlje u usporedbi sa zdravljem svojih vršnjaka
lošije	Lošije - samoprocjena svojeg zdravlje u usporedbi sa zdravljem svojih vršnjaka

odlučili koje su važne. Te se strategije razlikuju u dobro poznatom poretku, no krajnosti u tim pristupima istaknute su posebno. Na isti način, slične krajnosti su vidljive u našem pristupu znanju, znanosti pa i našoj definiciji stvarnosti. To su više nego različite metode proučavanja: to su paradigme koje osim različitih metoda uključuju i različite pretpostavke, uvjerenja i vrijednosti. Tako su se kao krajnje suprotne metode iskristalizirale metode kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja. Kvantitativne metode ili objektivne metode definirane su kao metode koje uključuju neovisnost, odvojenost i odmak od predmeta istraživanja, nasuprot kvalitativnim metodama koje uključuju bliskost, subjektivnost i podrobnost (Gubrium, 2003).

Druga je strategija krenuti u „dubinu“, zanemariti širinu stvarnosti, ograničiti se na dio informacija koje možemo odmah i dovoljno dobro procesuirati. Osobito ako su ti podaci kvantitativni, dolaze nam „sami“ elektroničkim putem, prihvaćamo ih bez detaljne provjere i ponekad u svojim računalima već imamo ugrađene programe za jednostavne obrade i dobivanje sažete informacije. Hoćemo li time previdjeti neku bitnu informaciju? Pokazat će tijek analitičkog postupka. Ili možda neće?

Komunikacija s pacijentom? Slušati, pamtiti, zapisivati sve? Opet su to opširne priče iz kojih je teško u kratkom vremenu doći do bitne informacije. Ipak, ta se komunikacija osobito mora njegovati i poboljšati kod nekih posebnih skupina pacijenata (Scott, 2001). H. Tange je još 1999. godine zagovarao da razgovori s pacijentima uđu u elektronički zdravstveni zapis.

Razgovor s ispitanikom, koji bi trebao rezultirati nizom važnih podataka o tako osjetljivoj temi kao što je zdravstveno stanje, nije nimalo jednostavno provesti i pripada skupu naturalističkih raspitivanja. Ta su raspitivanja danas mnogo češća i zahtjevниja nego prije. Još 1985. godine, S.Y. Lincoln i E. Guba u svojoj knjizi „Naturalistic Inquiry“ detaljno su opisali kako takvo raspitivanje treba pripremiti, provesti i analizirati. Ta se knjiga s detaljno opisanim postupcima i uputama te ostali njihovi radovi citiraju i smatraju nezaobilaznim uputama u svakom istraživanju koje uključuje naturalističko raspitivanje (Guba, 2005; Patton, 2008). Zadnjih desetak godina ta su raspitivanja unaprijedena pa je

A. Bowling istraživao kako ih učiniti još kvalitetnijima (2005; 2008). Neki radovi donose iskustva u provođenju raspitivanja na velikom broju ispitanika (Dunn, 2004). Uporaba interneta pokazuje neka nova iskustva u provođenju naturalističkih raspitivanja (Taha, 2009).

Ranije opisano istraživanje pokazuje da kvantitativni i kvalitativni pristup istraživanju nisu suprotstavljeni, nego se nadopunjaju i obogaćuju interpretaciju rezultata.

Tekstualni podaci, dobiveni tematskim ciljanim upitima kroz razgovor, analiziraju se interpretativnom metodom kvalitativnog pristupa, ali mogu se dodatno evaluirati rezultatima dobivenim kvantitativnim pristupima poput obrade upitnika SF-36 i sličnih. Prethodno provedena interpretativna analiza omogućuje prilagodbu istraživanja drugim metodama analize podataka.

Referencije

- Bowling, A. Bond, M. Jenkinson, C. Lamping, DL. (1999). Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used. *J Public Health Med*, 21(3). str. 255-70.
- Bowling, A. Windsor, J. (2008). The effects of question order and response-choice on self-rated health status in the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *J Epidemiol Community Health*, 62(1). str. 81-5.
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J. Public Health Med*, 27(3). str. 281-91.
- Constable, R. et al. (2005). Ethnography, Observational Research, and Narrative Inquiry. *Writing@CSU* [on line]. Dostupno na: <http://writing.colostate.edu/guides/research/observe/> [25. listopada 2012.]
- Curry, LA. Nembhard, IM. Bradley, EH. (2009). Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. *Circulation*, 119. str. 1442-52.
- Davey Smith, G. Ebrahim, S. (2001). Epidemiology – is it time to call it a day? *International J Epidemiol*, 30. str. 1-11.
- de Jong, JTVM. van Ommeren, M. (2002). Toward a Culture-Informed Epidemiology: Combining Qualitative and Quantitative Research in Transcultural Contexts. *Transcultural Psychiatry*, 39(4). str. 422-33.
- Denzin, NK. Lincoln, YS. ur. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dharamsi, S. Scott, I. (2009). Quantitative and qualitative research: Received and interpretivist views of science. *Can Fam Physician*, 55(8). str. 843-4.
- Dunn, KM. Jordan, K. Lacey, RJ, Shapley, M. Jinks, C. (2004). Patterns of Consent in Epidemiologic Research: Evidence from Over 25,000 Responders. *Am. J. Epidemiol*, 159(11). str. 1087-94.
- Goldsmith, MR. Bankhead, CR. Austoker, J. (2007). Synthesising quantitative and qualitative research in evidence-based patient information. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61. str. 262-70.
- Guba, EG. Lincoln, YS. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging influences. U Denzin, NK. Lincoln, YS. ur. *The Sage Handbook of Qualitative Research 3rd ed*, Thousand Oaks, CA: Sage, str. 191-205.
- Gubrium, JF. Holstein, JA. ur. (2003). *Handbook of interview research: context & method*. Vol. xiii. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jureša, V. Ivanković, D. Vučetić, G. Babić-Banaszak, A. Srček, I. Mastilica, M. Budak, A. (2000). The Croatian Health Survey - SF-36: I. General quality of life assessment. *Collegium Anthropologicum*, 24. str. 69-78.
- Kinn, S. Curzio, J. (2005). Integrating qualitative and quantitative research methods. *Journal of Research in Nursing*, 10(3). str. 317-36.
- Lindlof, TR. Taylor, BC. (2002) *Qualitative communication research methods*. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Lincoln, SY. Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Maslić-Seršić, D. Vučetić, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: Framework for subjective health research. *CMJ*, 47(1): str. 95-102.

Patton, MQ. Patrizi, P. (2005). *Teaching Evaluation Using the Case Method*. New Directions for Evaluation.

Patton, MQ. (2008). R-E-S-P-E-C-T: Remembering Egon Guba. *American Journal of Evaluation*, 29(3). str. 318-9.

Popay, J. (2003). Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship. *Gac Sanit*, 3. str. 56-63.

Reichardt, CS. Rallis, SF. ur. (1994). The qualitative-quantitative debate: New perspectives. San Francisco: Jossey-Bass.

Savage, J. (2000). Ethnography and health care. *BMJ*, 31. str. 1400-2.

Saxena, H. Wiedermann, BL. (2009). Is Qualitative Research High Quality Research? *AAP Grand Rounds*, 21. str. 64.

Schwandt, TD. Denzin, NK. Lincoln, YS. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry: interpretivism, hermeneutics, and social constructionism. U *The SAGE handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. str. 189-213.

Scott, JT. Entwistle, VA. Sowden, AJ. Watt, I. (2001). Communicating with children and adolescents about their cancer (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2

Taha, J. Sharit, J. Czaja, S. (2009). Use of and Satisfaction With Sources of Health Information Among Older Internet Users and Nonusers. *The Gerontologist*, 49. str. 663-73.

Tange, H. (1999). Consultation of medical narratives in the electronic medical record. *Methods Inf Med*, 38(4-5). str. 289-93.

Vuletić, G. Mujkić, A. (2002) Što čini osobnu kvalitetu života: studija na uzorku hrvatske gradske populacije. *Liječnički vjesnik*, 124(2). str. 64-70.

Ware jr, JE. (2009). SF-36® Health Survey Update. SF-36.org: Lincoln, RI [on line]. Dostupno na: <http://www.sf-36.org> [25. listopada 2012.].

Qualia of public health

Public health is the art and science of disease prevention, health promotion and increasing life expectancy in human population groups. Public health occurs through complex socio-political processes in the community.

The methodological paradigm of public health is systematic observation of population health problems that are explicitly defined and established by ideologies and laws or arise implicitly from self-organisational processes in systems, organisations and population groups.

Public health as a methodological paradigm comprises its ‘Quantificatio’, its measurement of quantity, quantum as well as its ‘Qualificatio’, that is the determination of value, measurement of quality of a health problem.

The Quantificatio of public health consists of complex epidemiological -statistical models, whereas Qualificatio constitutes phenomenological-naturalistic design of observing health problems in populations, systems and organisations.

Seeking a term that would emphasise the qualitative and naturalistic in public health, we titled the book Qualia, as a philosophical term denoting the plural of qualis – of what sort, of what kind, of what nature.

The book is written in three chapters, the first in which we introduce the theoretical bases of public health methodology, second that presents three branches of qualitative research on the contemporary public health scene – risky behaviours in population groups, organisational behaviours and culture in health care systems and public discourse of the present – and the third chapter in which we demonstrate examples of qualitative and naturalistic research in our setting.

This is not a textbook, but problem texts that we lay out in front of public health professionals for discussion on how to conduct public health research, first qualification of a problem and only then its quantification.

Editor



ISBN 978-953-6255-55-9

A standard linear barcode representing the ISBN number 978-953-6255-55-9.

9 789536 255559