

F E N O M E N O L O G I J A  
P R O F E S I J E  
**JAVNO ZDRAVSTVO**

**UREDNICI**

Silvije Vuletić  
Josipa Kern  
Aleksandar Džakula  
Maja Lang Morović  
Maja Miloš

Silvije Vuletić, Josipa Kern, Aleksandar Džakula, Maja Lang Morović, Maja Miloš (urednici)  
**FENOMENOLOGIJA PROFESIJE JAVNO ZDRAVSTVO**

**FENOMENOLOGIJA PROFESIJE JAVNO ZDRAVSTVO**

**Vlastita naklada**

Silvije Vuletić

**Urednici**

Silvije Vuletić

Josipa Kern

Aleksandar Džakula

Maja Lang Morović

Maja Miloš

**Ilustracije i priprema za tisak**

Alma Šimunec-Jović

**Tisak**

Grafomark d.o.o.

Zagreb, Josipa Lončara 2f

Zagreb, 2017.

CIP zapis je dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 000959358.

ISBN 978-953-59492-0-6

**UREDNICI**

**Silvije Vuletić, Josipa Kern, Aleksandar Džakula,  
Maja Lang Morović, Maja Miloš**

# **FENOMENOLOGIJA PROFESIJE JAVNO ZDRAVSTVO**

Zagreb, 2017.

# Predgovor

Hrvatska se javnozdravstvena istraživanja ne mogu osloboditi klasičnog biomedicinskog pogleda na stvari i događanja oko nas. Ona striktno izdvajaju neki segment iz cjelovitosti problema i podvrgavaju ga klasičnim, standardnim statističkim modelima analize i interpretacije - definicije, literatura, hipoteze, statističke metode, statističko prikazivanje rezultata u terminima signifikantnosti, rasprava i zaključak. Takva tradicionalna struktura je 'conditio sine qua non' vrednovanja znanstvenosti istraživanja. Pritom analitičar mora kontrolirati svoju subjektivnost, po mogućnosti, potpuno je isključiti.

Međutim, javnozdravstvena problematika, posebno odlučivanje i interveniranje imaju nužno svoju socijalnu, kulturnu, ekonomsku i političku dimenziju. Klasična struktura teze ovdje nije primjenjiva. Javnozdravstveni istraživač ne može isključiti sebe kao subjekta istraživanja. On je danas ideološki u svojim djelovanjima i analizama raspet između triju ideologija: Štamparovog integralnog zdravstva, liberalne ekonomije i privatnog zdravstva te snažne znanstveno-tehnološke evolucije. Javnozdravstveni analitičar se treba osloboditi ideologija, a ne sebe kao subjekta u istraživanju. Struktura njegovih teza mora uvažavati cjelovitost kroz uključivanje različitih struka, područja i metoda.

Današnji javnozdravstveni istraživači objektivno doživljavaju rješavanje izvjesnog javnozdravstvenog problema, ali ga ne proživljavaju svojom refleksijom koja je lišena ideologija, teorija, predrasuda te raznih intoksikacija svojih misaonih procesa. Na primjer, često čujemo rasprave i podijeljena mišljenja o današnjoj, uglavnom administrativnoj funkciji domova zdravlja, a upravo su domovi zdravlja klasičan primjer integralnog zdravstva. To je tipičan primjer ideološke refleksije na funkciju doma zdravlja – organizacijski održava se dom zdravlja kao ideja Štamparovog integralnog zdravstva, ali realno on gubi tu idejnost i postaje administrativna jedinica bez osnovne funkcije, tj. cjelovitosti suvremene organizacije zdravstvene zaštite.

Autori pojedinih poglavlja u ovoj knjizi raspravljaju o fenomenu refleksije u javnozdravstvenoj praksi i javnozdravstvenim istraživanjima. Refleksije su, u pravilu, oslobođene predrasuda, ideologija i raznih intoksikacija procesa mišljenja. Tekst ove knjige shvatimo kao projekt trijezne refleksije na doživljavanje i proživljavanje iskustva u javnozdravstvenoj praksi i javnozdravstvenim istraživanjima.

Knjiga je podijeljena u dva dijela. Prvi dio čini teorijski okvir fenomenologije javnog zdravstva, a u drugom su prikazane refleksije i fenomenološke opservacije raznovrsne javnozdravstvene problematike.

Urednici

## I. DIO

# TEORIJSKI OKVIR FENOMENOLOGIJE JAVNOG ZDRAVSTVA

*Silvije Vuletić*



# FENOMENOLOGIJA U JAVNOM ZDRAVSTVU

Silvije Vuletić

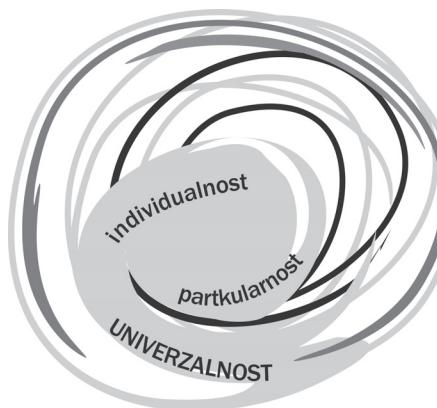
## Zašto fenomenologija u javnom zdravstvu?

Pedesetih godina prošlog stoljeća došlo je do značajnih promjena u metodologiji javnozdravstvenih istraživanja. Kvalitativna se paradigmata zanemaruje. Time se gubi cjelina istraživačke problematike. Razvija se nova paradigmata biomedicinskih istraživanja - kvantitativna, odnosno, statistička paradigmata. Metodološki, radi se o post-pozitivizmu za koji je karakteristično redukcionističko, logično i empirijsko tumačenje uzroka i posljedica. Razvojem informacijskih tehnologija uvodi se novi metodološki termin - matematičko-računarski modeli analize podataka. Javlja se fenomen prema kojemu takav model diktira analizu podataka dobivenih istraživanjem. Uobičajeno je shvaćanje da se svaki istraživački problem može rješavati eksperimentom. Smatra se da se radi o biomedicinski dokazivim pojavama u kojima treba krenuti od hipoteze o zakonitosti izvjesne pojave (nomotetička paradigmata), brojčanih vrijednosti mjerene na nekoj skali, inzistira se na generalizaciji uz primjenu teorije vjerojatnosti i raznih statističkih modela analize podataka. Epidemiologija se shvaća kao glavni alat javnozdravstvenih istraživanja.

Međutim, javno zdravstvo je i humanistička disciplina, štoviše, kulturnoška i politička, a definiramo je kao *vještina, umijeće i znanost o sprečavanju bolesti, produženju života populacije te o unaprjeđenju mentalnog i fizičkog života unutar složenih društveno-političkih procesa zajednice.*

Javno zdravstvo ostvaruje svoje ciljeve putem složenih društveno-političkih procesa, unutar ideologije i politike, koji vladaju u određenom razdoblju evolucije zdravstvene zaštite neke zemlje i/ili zajednice.

Stoga javno zdravstvo traži drukčiji pristup. Tu su tehnike opservacije, intervjuja i narativne analize dokumenata i video materijala na osnovi kojih se provodi detektualizacija, pojmovna analiza, tematiziranje i podatkovno utemeljena teorija. Istraživač rezonira induktivnom i deduktivnom logikom: od posebnog k općem, i od općeg k posebnom. On razvija emergentni dizajn, što će reći da se analiza ne može unaprijed predvidjeti - svaka nova analiza ovisi o rezultatu prethodne analize, a analitički se postupci mogu dopunjavati i dograđivati. Filozofski, istraživač je hermeneutičar i dijalektičar - cjelovito razumijevanje čovjeka u vremenskom jedinstvu s njegovim okružjem, sirovina analize su mu riječi, tekstovi, kao smisao i način dospijevanja do općeljudskog, individualnog iz



**Slika 1. Hegelov logički krug**

ja. Metodološki kontinuum je trijas „istraživač-metode-objekt istraživanja“. Mijenja li se jedna komponenta mijenjaju se tijek i rezultati istraživanja.

Ono što je važno naglasiti na slici 1. jest kom-pleksnost kvalitativnih i kvantitativnih postupaka tijekom analize podataka. Metoda analize podataka je jedinstvena, nije dihotomna na qualia i quanta, jer na kraju samo sa spajanjem fenomenološke multisenzorne slike sa slikom fizičkog nekompletног svijeta, postižemo cjelovito znanje izvjesne istraživačke problematike.

U javnom zdravstvu, treba tražiti fenomenologiju - njezin je predmet cjelina i njezina pojavnost (Hegel, 1955). Primijenimo li Hegelov misao i tijek na javnozdravstvena istraživanja možemo reći: Supstancijalitet javnog zdravstva je dijalektičko suprotstavljanje, neprekidna negacija teza, pri čemu negacija nije rušilačka nego stvaralačko invoviranje nižeg stupnja u viši. Dijalektika je motor razvoja neke problematike.

Nastanak i razvoj javnozdravstvene problematike promatramo u sustavima bilo onih koji su zakonima uređeni ili onih koji spontano nastaju i organiziraju se u zajednici. Javno zdravstvo moramo gledati kao povezanost sa životom, posebno društvenom okolinom te raznim socijalno-političkim utjecajima.

Spoznaјa svijeta i života je zadaća fenomenologije. Nalaziti se u središtu nekog problema znači reflektirati samog sebe i odnosa naše svijesti sa svijetom te u doživljaju samosvijesti. Tek kada reflektiramo neka događanja nalazimo se u središtu tog problema. Javnozdravstveni problemi su dijalektički proces u kojem se ideje, ideologije i njihov objekt neprestano sve točnije i točnije određuju.

U javnozdravstvenoj fenomenologiji javno-zdravstveni radnik, profesionalac i subjekt, dio je, odraz i iskaz izvjesnog problema s kojim se, kao subjekt, susreće. On otkriva vezu između konkretno-zbiljskog i pojmove, a da pritom ne razara konkretno zbiljsko. Pojam i pojmovna analiza je posrednik između

cjeline i cjeline u individualnom, stvarajući hermeneutički krug razumijevanja. Konačno, on vodi politički diskurs sa zdravstvenim i socijalnim zakonodavstvom, boreći se za jednakost zdravstvene zaštite i demokratska načela.

Tako se današnji istraživač nalazi na metodološkom kontinuumu, gdje je jedan ekstrem eksperiment, a drugi je otvoreno, participativno, naturalističko ispitivanje. Javnozdravstveni istraživač provodi svoja istraživanja u prirodnom okružju zajednice, populacijskih skupina, sustava i organizacija

ja. Metodološki kontinuum je trijas „istraživač-metode-objekt istraživanja“. Mijenja li se jedna komponenta mijenjaju se tijek i rezultati istraživanja.

Ono što je važno naglasiti na slici 1. jest kom-pleksnost kvalitativnih i kvantitativnih postupaka tijekom analize podataka. Metoda analize podataka je jedinstvena, nije dihotomna na qualia i quanta, jer na kraju samo sa spajanjem fenomenološke multisenzorne slike sa slikom fizičkog nekompletног svijeta, postižemo cjelovito znanje izvjesne istraživačke problematike.

U javnom zdravstvu, treba tražiti fenomenologiju - njezin je predmet cjelina i njezina pojavnost (Hegel, 1955). Primijenimo li Hegelov misao i tijek na javnozdravstvena istraživanja možemo reći: Supstancijalitet javnog zdravstva je dijalektičko suprotstavljanje, neprekidna negacija teza, pri čemu negacija nije rušilačka nego stvaralačko invoviranje nižeg stupnja u viši. Dijalektika je motor razvoja neke problematike.

Nastanak i razvoj javnozdravstvene problematike promatramo u sustavima bilo onih koji su zakonima uređeni ili onih koji spontano nastaju i organiziraju se u zajednici. Javno zdravstvo moramo gledati kao povezanost sa životom, posebno društvenom okolinom te raznim socijalno-političkim utjecajima.

Spoznaјa svijeta i života je zadaća fenomenologije. Nalaziti se u središtu nekog problema znači reflektirati samog sebe i odnosa naše svijesti sa svijetom te u doživljaju samosvijesti. Tek kada reflektiramo neka događanja nalazimo se u središtu tog problema. Javnozdravstveni problemi su dijalektički proces u kojem se ideje, ideologije i njihov objekt neprestano sve točnije i točnije određuju.

U javnozdravstvenoj fenomenologiji javno-zdravstveni radnik, profesionalac i subjekt, dio je, odraz i iskaz izvjesnog problema s kojim se, kao subjekt, susreće. On otkriva vezu između konkretno-zbiljskog i pojmove, a da pritom ne razara konkretno zbiljsko. Pojam i pojmovna analiza je posrednik između

svijesti i svijeta. Fenomenologija dopunjuje znanost javnog zdravstva u smislu upoznavanja svih mogućih oblikovanja i veza između istraživača kao subjekta i njegove problematike kao objekta. Istraživanje nije iscrpljeno u svojem cilju, već u zbiljskoj cjelini i svojim postojanjem.

Očito je da istraživač preko svoje individualne svijesti upoznaje svijet, koja je kao svijest njegove sredine, njegova naroda nad njim, a on je podređen i predstavlja njezin realni dio. Individualitet u svojoj društvenoj pojavnosti i zbilji nije produkt prirode, nego rezultat društveno-povijesnog razvijenja koji predstavlja njegovu osnovnu determinantu.

Hegelovim jezikom i logikom opisali bi fenomenologiju javnog zdravstva kao trostvo (engl. *trinity*) univerzalnosti – partikularnosti – individualnosti, odnosno, prvo je nedeterminirano, drugo je determinirano, a treće je samo-determinirajuće (Desmonde 2011). Sinoptički, fenomenologija čini jedinstvo svijesti i mišljenja, mišljenja i zbilje ili subjekta i objekta. U sljedećem tekstu, na osnovi ovog koncepta, razviti ćemo fenomenološku metodologiju u javnozdravstvenim istraživanjima.

## Fenomenologija javnozdravstvenog profesionalca

Slijedeći Hegelovu misao, fenomenologiju javnog zdravstva (kao profesije) možemo shvatiti kao niz samosvjesnih pojava (fenomena), uvijek dvostranih, što znači da pokazuju u isti mah i subjektivnu i objektivnu stranu. Objektivno se odnosi na konkretni zbiljski problem, a subjektivno na pojmovnu analizu tog problema. Veza konkretnog i objektivnog s apstraktnim i subjektivnim, u kontekstu javnog zdravstva, je veza subjekta tj. javnozdravstvenog profesionalca s objektom tj. javnozdravstvenim problemom. Fenomenologija javnog zdravstva je u svojoj biti proučavanje obrazaca povezanosti između subjektivnog viđenja i realnog javnozdravstvenog događanja. Drugim riječima, fenomenologija predstavlja proučavanje povezanosti između danog istraživačkog problema i samog istraživača.

Fenomenologija javnog zdravstva predstavlja svojevrsnu analizu iskustava javnozdravstvenog djelatnika, istraživača i profesionalca u njihovim promatranjima, akcijama i istraživanjima u kojima se ništa empirijski ne prikuplja niti se dogmatski reducira, to je samo način filozofskog analiziranja.

Proces oblikovanja konkretnog i apstraktnog odvija se u našoj svijesti kao refleksija, odnosno *reflektivna analiza*.

To je proces u kojem raspravljamo o našim percepcijama, iskustvima, idejama i opservacijama, kako razumjeti dani fenomenološki problem, o hipotezama, interpretacijama i alternativnim rješenjima te konačno, kakav je to izazov u našoj budućoj istraživačkoj praksi.

## Javnozdravstveni profesionalac

Pod javnozdravstvenim profesionalcem mislimo na onoga tko se bavi javnim zdravstvom kao stalnom profesijom, tko svoj posao obavlja savjesno, vješto i temeljito. Javno zdravstvo je vještina i znanost u sprečavanju bolesti, produživanju života, i promicanju fizičkog i mentalnog zdravlja populacije. Javno zdravstvo ostvaruje svoje ciljeve primjenom znanstvene metodologije te društveno-političkim procesima zajednice. Znanstvena metodologija je pozitivistička, kvantitativno-epidemiološka te naturalistička, kvalitativno-fenomenološka. To je dvojnost dviju komplementarnih znanstvenih paradigmi. Beauchamps (1966) dao je karakterističnu definiciju javnog zdravstva kao „intenziviranje organiziranih npora zajednice u sprečavanju bolesti i odgađanju prerane smrti“. Organizirani napori zajednice čine ontološko značenje pojma javno zdravstvo.

Dosljedno tome, javno zdravstvo nije samo biomedicinska disciplina, nego i humanistička, društvena, kulturološka te politička, a kurikulum javnog zdravstva nužno mora sadržavati humanističke, društvene i političke sadržaje. Javnozdravstveni profesionalac ne definira se jednoznačno, a modusi njegovog rada i egzistencije su različiti ovisno gdje se nalazi u kompleksnoj mreži definicije javnog zdravstva. On se tako javlja kao administrator u sustavima zdravstvene zaštite kao epidemiolog ili pak kao specijalist školske medicine, medicine rada, kao zdravstveni ekolog, ekonomist zdravstva. Broj specijalnosti nije konačan, nego se razvojem javnog zdravstva rađa sve više novih specijalnosti i sub-specijalnosti.

## Filozofske pretpostavke javnog zdravstva

Kada govorimo o javnozdravstvenim istraživanjima, poglavito o shvaćanju pojma javnog zdravstva neminovno se dotičemo filozofije. Creswel (2013) govorio o ontološkim, epistemološkim, aksiološkim i metodološko-filozofskim pretpostavkama istraživanja.

**Ontološko** (ontos – ono što jest; bit istraživanja) govorio o prirodi realiteta i njegovim karakteristikama, **epistemološko** (episteme – znanje, značenje i istina o problemu) govorio o značenju i odnosu između istraživača i objekta, **aksiološko** (aksia – vrijednost; moralno-etički aspekt) znači davanje vrijednosnog suda u javnozdravstvenom problemu, a **metodološko** govorio o procesu i jeziku istraživanja.

Kako onda javnozdravstveni profesionalac radi i istražuje? On ontološki vidi multiplu realnost u činjenicama, na primjer, u rješavanju problema zdravstvene zaštite vidi mnogo sudionika, liječnika, sestara, tehničara, administratora,

političara, menadžera i brojnih drugih profesija, koji zajedno čine jednu složenu zajednicu međusobno povezani i zavisni te čine kompleksnost. Glavna varijabla je ponašanje aktera sustava, bilo samo zbog konfliktnih situacija koje nastaju u razvoju neke problematike, partikularnih interesa aktera ili dionika koji sudjeluju u rješavanju problema i traženju alternativnih rješenja.

Epistemološki, on određuje značenje djelovanja svih aktera sustava, naturalistički, ispituje realitet, participira u rješavanju problema, on je ‘insider’, a ne ‘outsider’.

Aksiološki, on vrednuje ponašanja s različitih idejnih pozicija, na primjer, s pozicija ideologije integralne medicine, ideologije neoliberalizma u zdravstvu ili pak s tehnološko-scijentističke personalne medicine.

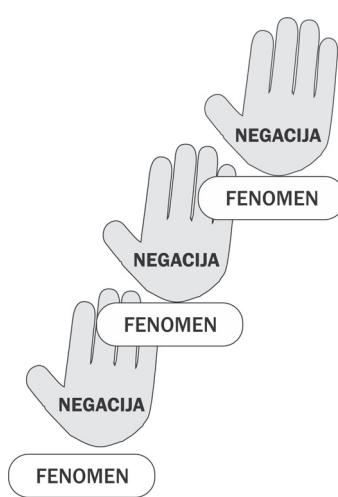
Metodološki razmatra što je mjerljivo, a što nemjerljivo, planira što i kada će istraživati i koristiti naturalističku kvalitativnu paradigmu te kada će se upustiti u kvantifikaciju problema s odabranim statističkim, matematičko-računalnim modelima analize.

*Javnozdravstveni profesionalac najprije kvalificira, a potom kvantificira istraživački problem.*

Javnozdravstveni profesionalac je hermeneutičar (*hermeneuein* – razumjeti, interpretirati). Njemu hermeneutika daje teorijski okvir za interpretativno razumijevanje s posebnim osvrtom na kontekst i ciljeve istraživanja. On je i dijalektičar jer je javnozdravstvena problematika zbilje suprotnosti.

## Dijalektika u javnom zdravstvu

U svakom ishodu javnozdravstvenog djelovanja, svakom procesu koji se odigrava u javnozdravstvenim sustavima, u svakom rezultatu istraživanja, pronalazimo proturječja, koja su motor razvoja dane problematike. Razvoj javnozdravstvenih ideja uvijek treba gledati u povijesnom kontekstu. Pogledamo li razvoj javnog zdravstva u Hrvatskoj, od dvadesetih godina (uvijek moramo početi od neke točke u vremenu) pa sve do danas, prepoznat ćemo sve složeniju i složeniju strukturu razvoja ideja i disciplina u javnom zdravstvu. Tih godina bit javnog zdravstva su činile higijena, socijalna medicina i epidemiologija, a uz te discipline formirale su i tri grupe javnozdravstvenih profesionalaca. Daljnji razvoj disciplina temeljio se na novim idejama u kontekstu društvenih promjena. Nastala je geometrijska progresija novih sadržaja, specijalizacija i subspecijalizacija. Tako su nastale specijalizacije školske medicine, zdravstvene ekologije, medicine rada, ekonomike zdravstva, socijalne medicine, medicinske sociologije sve do današnje javnozdravstvene informatike. To grananje postaje sve intenzivnije i postaje glavna karakteristika javnozdravstvene problematike, a ujedno i problem kategorizacije predmeta i sadržaja u javnom zdravstvu.



**Slika 2. Negacija negacije**

Pogledajmo razvoj ideologija u javnom zdravstvu. Tih godina vladala je centralistička koncepcija organizacije zdravstvene zaštite po uzoru na sovjetski koncept. Tada se je pojavio koncept sveobuhvatne, integralne medicine. Koncept ideologije jedinstvene medicine u Hrvatskoj shvaćamo kao Štamparovu ideju organizacije zdravstvene zaštite. Zatim se javlja ideologija ekonomskog neoliberalizma. Na vidiku je ideja tehnološko-znanstveno determinirane zdravstvene zaštite kojoj je moto „*self-managed patient supported by healthcare and social system*“.

U razvoju ideologija događa se negacija negacije: prva ideja, prva ideologija, misao (teza) refleksijom se opovrgava, da bi se pokazala kao neadekvatna (to je negacija teze). Sinteza je kontinuirano nastavljanje tog procesa negacije negacija. Prepoznavanje proturječja bit je svake fenomenološke reflektivne analize.

Javnozdravstvenog profesionalaca karakterizira argumentirana debata. On koristi dijalektiku (grčki dijalektike) tj diskurs između dvije ili više osoba koji imaju različita gledišta o nekom subjektu ili objektu želeći doći do istine razumnim argumentima.

## Kriteriji određivanja istine fenomenoloških istraživanja

Kriteriji određivanja istine fenomenoloških istraživanja su različiti i ovise o tome radi li javnozdravstveni profesionalac u kvantitativnom ili kvalitativnom modusu. U kvantitativnom modusu on koristi standardne kriterije interne valjanosti (eng. *internal validity*), eksterne valjanosti (engl. *external validity*), pouzdanosti (engl. *reliability*) i objektivnosti (engl. *objectivity*).

U javnom zdravstvu koji je i društveno-politička disciplina puna konfliktata, zagonetnih situacija, različitih interesa i vrednovanja, Fauconnetava misao (1972) o istini čini se primjenjivom „*svako društvo ima svoj režim istine – to je generalna politika istine; to je tip diskursa koji je prihvratljiv i funkcionira kao istina; to je mehanizam razlikovanja istinite od lažne tvrdnje, način kako nešto odobravamo; tehnike i procedure vrednovanja; status onih od kojih tražimo da kažu što se ubraja u istinu*“.

Guba i Lincoln (1989) primjenjujući princip konstrukcionizma piše „*istina je stvar konsenzusa informiranih i sofisticiranih stvaralaca, a ne slaganje s objektivnim realitetom; činjenica nema vrijednost osim unutar vrijednosnog okvira, prema tome ne može biti objektivna procjena bilo koje pretpostavke; uzrok i efekt ne postoje osim ako ih pripisujemo nečemu/nekome; 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 propitivanjem (engl. Qualitative inquiry) nemaju specijalni status niti legitimnost, oni jednostavno predstavljaju drugu konstrukciju koju koristimo prema stvaranju konsenzusa*“.

Osnovni je problem u pitanju što je interpretativna valjanost, a što se odigrava kao sam čin prosudbe. Lincoln i Guba (1985) dali su ove pojmove u procesu interpretacije:

- **Dokumentiranost.** 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; u naturalističko-kvalitativnim interpretacijama se usmjerava na pojedine segmente tekstnih podataka, istražuju se i provjeravaju 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, a istraživač je uronjen u dnevni život istraživanja.
- **Komunikativna valjanost.** Finalni rezultati prezentiraju se sudionicima i dionicima kako bi se o njima raspravljalo, a interpretacija mora biti povezana sa socio-kulturnim aspektom i ideologijom zajednice.
- **Triangulacija.** U svim dijelovima istraživanja primjenjujemo triangulaciju. Istraživač koristi multiple i različite vrste podataka, s različitim teorijskim stajališta. On triangulira (istraživač - objekt – ideje, metode, teorije) svaku informaciju i procjenjuje njezinu valjanost. Konačni cilj je sinteza metoda, eventualno meta-metoda.

Teminološkim kriterijima određivanja istine u kvalitativnim istraživanjima dodjeljujemo suprotni naziv, tako umjesto o internoj valjanosti govorimo o

vjerodostojnosti (engl. *credibility*), umjesto eksterne valjanosti govorimo o autentičnosti (engl. *authenticity*), umjesto pouzdanosti govorimo o prenosivosti (engl. *transferability*), a umjesto objektivnosti govorimo o potvrđnosti (engl. *confirmity*).

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 (Browson et al., 2003).

Što god istražuje, o čemu odlučuje i gdje i kako intervenira javnozdravstveni profesionalac se svojim intelektom nalazi u Hegelovom trojstvu (engl. *trinity*) univerzalnosti, partikularnosti i individualnosti.



**Slika 3. Mnogostrukost**

# FILOZOFIJA U JAVNOM ZDRAVSTVU

Filozofija je riječ s mnogo značenja. Lingvistički, ona je označitelj, skup riječi koji tvore morfem, i označenik, koji izražava njen sadržaj i značenje. U kontekstu traženja značenja filozofije u javnom zdravstvu citirat će tri argumenta, tri vitalna tipa pitanja u filozofskom propitivanju (*Philosophical Inquires*):

- informativna pitanja koja određuju o čemu se radi,
- praktična pitanja usmjerena na postizanje određenih ciljeva i
- evaluacijska, odnosno direktivna koja govore o tome što uzeti za cilj (Rescher, 2010).

Ta tri pitanja metodološka su osnova svakog javnozdravstvenog djelovanja i intervencija.

Zašto uopće filozofija u javnom zdravstvu, zar znanstvena metodološka paradigmata nije doстатна? Odgovor treba tražiti u definicijama filozofije i javnog zdravstva. Zapravo što filozofi, a što javnozdravstveni istraživači rade kada rade, ili, bolje, što misle, što se odigrava u njihovim glavama?

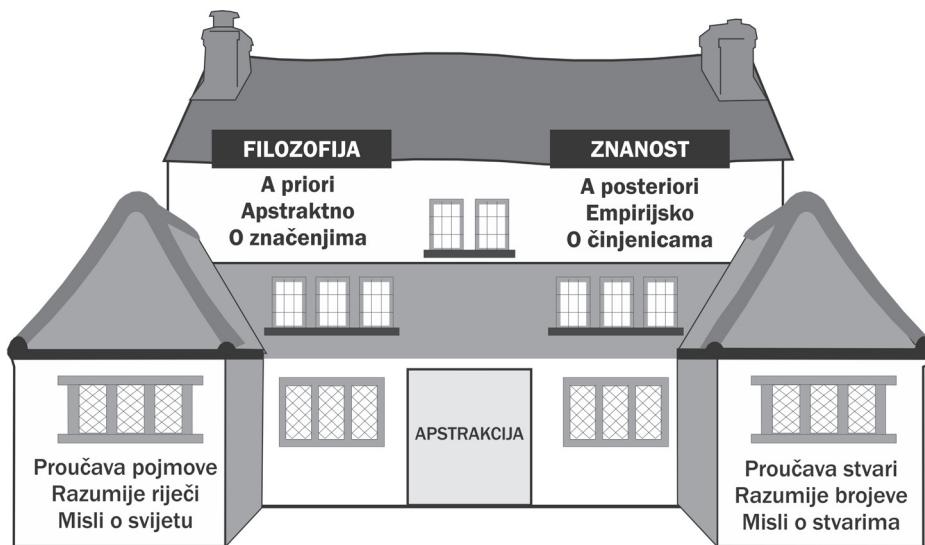
Iako je znanost potekla iz filozofije, filozofija nije znanost. Filozofija nema svoju metodu. Prema nekim filozofima, kada bi filozofija razvila svoju metodu prestala bi biti filozofija i postala bi znanost (Berčić, 2012). Filozofiju ne možemo naučiti niti prakticirati kao *mathemata*. Uloga filozofa nikada ne može biti poput uloge advokata, niti može predstavljati sustav koji građani moraju slijediti (Foucault, 2008). Prema Foucaultu, filozofija je forma diskurzivne prakse unutar svoje vlastite povijesti koja postavlja pitanje „što je razjašnjenje?“. Filozofija je diskurs o suvremenosti i u suvremenosti. U bilo kojoj aktivnosti javnog zdravstva odigrava se snažno javni diskurs o zdravstvenom sustavu, njegovu funkcioniranju, posebno o načinu organiziranja zdravstvene zaštite stanovništva.

Heidegger (2012) piše „ono pak što filozofija prema svojoj biti može i mora jest mislilačko ostvarenje putanja i obzorja onog znanja koje daje mjeru i rang, u kojem i iz kojega neki narod poima i do ispunjenja dovodi svoj opstanak u povijesno-duhovnom svijetu, onog znanja koje bodri i izlaže opasnosti i iznuđuje sva pitanje i sva vrednovanje“, te dalje spominje da se „od filozofije očekuje unapređenje, čak ubrzanje praktično-tehničkog kulturnog pogona u smislu olakšanja“. Sjetimo se ovog teksta kada budemo razmatrali humanistički put u analizi javnozdravstvenih istraživanja.

Heidegger (2014) postavlja pitanje što filozofija treba? Od svojeg početka, od Heraklitova *en panta*, filozofija ne misli mnoštvo, nego mnogostruktost na način kako je objedinjena. Zato se filozofija može i treba založiti za moć objedinjavanja. *Filozofija je istovremeno genitivus subjectivus i objectivus*. Posao je filozofije

tumačenje pojmove i kriterija koje koristimo na intuitivnoj i proturječnoj razini u našim činjenjima i djelovanju.

Znanost je, u pravilu, empirijska što podrazumijeva da polazi od *realnosti* – a posteriori. Filozofija podrazumijeva umovanje o *apstrakciji* koja se u pravilu može preslikati u realni svijet - a priori. Filozofija se bavi *značenjima*. Što onda filozof radi? On razvija definicije izvjesne problematike, određuje riječi i tekstove koje sam stvara ili preuzima iz neke druge problematike, tumači pojmove i kategorije dobivene analitičkim postupkom te sinoptičko gleda na probleme društvene prakse.



Slika 4. Filozofija vs znanost

A što je javno zdravstvo, a priorno ili a posteriorno?

Javno zdravstvo je znanost i vještina u sprečavanju bolesti, u produživanju života i promicanju fizičkog i mentalnog zdravlja te u učinkovitosti uz organizirane napore zajednice u sanaciji okoliša, kontroli infekcija i drugih bolesti u zajednici i u obrazovanju pojedinca - temeljno i u osobnoj higijeni, organizaciji zdravstvene službe u ranom dijagnosticiranju i sprečavanju bolesti te razvoju socijalnog ustroja koji će osigurati svakom pojedincu životni standard primjeren za održavanje zdravlja; organiziranje ove pogodnosti na takav način omogućit će svakom građaninu da ostvari svoje pravo da se rodi zdrav i da dugo živi (Winslow, 1926).

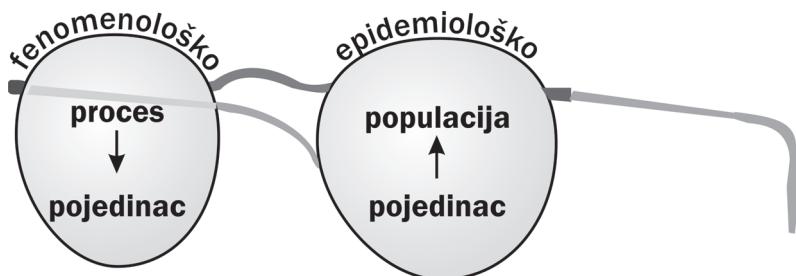
To je stara definicija javnog zdravstva koja pokazuje svu kompleksnost javnog zdravstva. Dva pojma u toj definiciji ukazuju na suvremenost, učinkovitost uz organizirane napore zajednice te razvoj socijalnog ustroja. Javno zdravstvo je, s jedne strane biomedicinska, a sa druge društveno-politička aktivnost. Ona

ostvaruje svoje ciljeve znanstvenom metodologijom te *društveno-političkim procesima zajednice*.

U suvremenim javnozdravstvenim istraživanjima koristimo dvije metodološke paradigmе, prva je *kvantitativna epidemiološka i statistička*, a druga je *kvalitativno-naturalistička-fenomenološka*.

U kvantitativnoj smo pozitivisti i redukcionisti. Sirovina obrade je brojčana vrijednost na skali, inzistira se na pravilu aditivnosti i ordinalnosti (engl. *etic scientific perspective*). Postavljamo tvrdnje, hipoteze, i tražimo zakonitosti (nomotetička paradiigma). Inzistiramo na reprezentativnosti uzorka i ocjenama statističkih parametara. Bit analize je generalizacija koja počiva na teoriji vjerojatnosti, distribuciji slučajnih varijabli, stohastici, zakonu velikih brojeva te statističkim i matematičko-računarskim modelima analize.

U kvalitativnoj paradiigli smo fenomenolozi. Probleme analiziramo s različitih aspekata, svjesno koristeći svoje percepcije, imaginaciju, memoriranje, vremensko i prostorno promatranje koje nam omogućuje razumijevanje kompleksnosti problema i postavlja okvir za empirijska istraživanja. Priroda podataka je idiografska, traži se cjelovita slika problema, osniva se na posebnom individualnom, a sirovina obrade su riječi, tekstovi (engl. *emic perspective*). Ne postavlja hipoteze, ali hipotetski prepostavlja izvjesne probleme unutar analiziranog sustava kao zagonetna stanja, probleme konfliktnih situacija zbog alternativnih stavova i mišljenja. Njezin teorijski koncept je teorija procesa u kojima promatramo događanja i ishode kao 'input-output' procese.



Slika 5. Fenomenološko vs Epidemiološko

Obje paradigme dijalektički su predložene uvijek u svojoj suprotnosti, uvijek u svojoj kompleksnosti, ne samo mnoštvenosti onoga što sadrži odvojive elemente analize nego i u mnogostrukosti, što znači mnogo usporednih i uzastopnih pojava u cjelovitom odigravanju javnozdravstvenih problema.

Međutim, u modernoj znanosti pojavljuje se nova metodološka paradiigma, paradiigma tehnološkog scijentizma koja ima ogroman utjecaj u trenutku kada istraživači planiraju svoja istraživanja. Ona ima globalni utjecaj. Pojavilo se

novo ponašanje. Istraživač, upoznavši novu tehnologiju direktno je primjenjuje i podešava hipoteze prema novoj metodologiji. Tako se događa da tehnologija neposredno utječe na problematiku istraživanja, a svaka idejnost istraživanja je zanemarena. Globalni tehnološki scijentizam ne samo da definira istraživačima problem istraživanja, nego mu i pruža tehničko rješenje problema. Um istraživača je zanemaren. Tako se događa da važna biološka pitanja rješavamo samo biofizikom, genomske analize bio-informatikom, a sociološke simulacijama. Upravo tu treba tražiti filozofsko propitivanje najjačeg spoznajnog rješenja nekog istraživačkog problema,

Huxley (2002) zaključuje „*zajednički temelj svih zapadnih kultura izmaknuo se ispod naših nogu; no znanost je znanost, nije mudrost, bavi se kvantitetom, a ne kvalitetama kojih smo neposredno svesni; sve što je sada zajedničko jest znanost i informacija*“.

Gdje onda pronaći filozofiju u javnom zdravstvu?

Jedan od odgovora jest, onda kada u javnozdravstvenim istraživanjima proučavamo različita iskustva putem percepcija, misli, memorija, imaginacije, želja i htijenja koje osvještavamo i uključujemo u društvene i lingvističke aktivnosti. To je Husserlova i Heideggerova fenomenologija. To je pitanje relacije subjekta i objekta, svijesti i materije, a u filozofiji ga formuliramo kao ‘mind/body’ teoriju.



**Slika 6. Gualia-quanta krug**

U filozofiji i danas traje debata o ‘mind/body’ teoriji. Sve fenomenološke teorije opisuju problem kao „Ja subjekt apstraktno u relaciji sa Ono objektom“. U starogrčkoj filozofiji postoje dva pojma, *Eunomenon* što predstavlja realitet per se, potpuno neovisan o nama te *Phenomenon* što je pojava stvari, način našeg iskustva i značenja u našoj svijesti. Fenomenologija je studij našeg iskustva, načina kako doživljavamo svijet/objekt.

Koja je veza javnozdravstvenog istraživača kao subjekta i istraživačkog problema kao objekta? On kao subjekt, metode koje primjenjuje i sam objekt istraživanja čine jedan jedinstveni proces. Mijenjamo li bilo koji element tog procesa rezultati istraživanja ne mogu biti istovjetni. Taj jedinstveni proces sadrži dvije premise, premisu *Qualia* i premisu *Quanta*. Qualia i Quanta su dva pola jednog te istog analitičkog procesa (Vuletić, 2013).

Qualia je subjektivna moć zapažanja osobnog iskustva, a Quanta najmanja moguća diskretna jedinica nekog fizičkog svojstva. Drugim riječima, Quanta su fizikalni fenomeni koje razumijemo putem kvantitativnih matematičkih relacija, a Qualia kategorije pojmovne analize koje misaono razvijamo tijekom istraživačkog analitičkog procesa. Oni nisu odvojeni procesi, to je jedinstveni proces s dva pola koji nisu u uzročnim relacijama nego koordinirajući, korespondirajući proces tijekom analitičkog procesa (Rescher, 2010).

Istraživači mjere fizikalni, biološki i društveni svijet, ali ga doživljavaju kao qualia. Qualia je multisenzorski realitet, to je naše iskustvo, to je naša ‘common sense’ percepcija svijeta, to je osnova naših iskustava (Chopra & Kafatos, 2014). Istraživanja su dva povezana svijeta, vanjski fizikalni, biološki ili društveni što je naša concepcija realiteta, ali nekompletna te unutarnjeg, subjektivnog koje doživljavamo kao iskustvo.

Objektivni fizikalni svijet doživljavamo iskustveno u našoj svijesti kao qualia. Ne postoji druga veza s objektivnom stvarnošću. Quanta postoji samo kroz qualia. Qualia je samoorganizirajuća, tj. ona sama po sebi evoluira. Perceptivni svijet je ono što se odigrava u centralnom nervnom sustavu čovjeka. Qualia i Quanta su konstrukcijski blokovi istraživanja. Međutim, problem svjesnog iskustva, odnosno qualia, otvoreni je znanstveni problem. Mnoge probleme qualie kognitivne su znanosti eliminirale. Filozofska je pitanje hoće li uopće to pitanje biti riješeno razvojem tehnologije.

# REFLEKSIJA U JAVNOM ZDRAVSTVU

## Javnozdravstveni profesionalac

Javno zdravstvo pripada svijetu biomedicine, sociologije, povijesti, politike i filozofije. Javno zdravstvo zahtijeva cjelovitu sliku izvjesnog problema. U svijetlu mnogih metodoloških paradigma, čini se da je fenomenološka paradigma najprikladnija za opisivanje i analizu cjelovitosti javnozdravstvene problematike.

Patton (2002) postavlja važno pitanje: što je značenje, struktura i bit živog iskustva o nekom fenomenu za neku osobu ili grupu ljudi. Van Mannen (1990) pak postavlja pitanje o prirodi fenomena: što je to zapravo i bez čega to ne bi moglo biti ono što jest. U fokusu je doživljeno iskustvo (engl. *lived experience*), akt o nekom realnom objektu.

Prema stariim grčkim filozofima *εννέμενον* je realni objekt koji postoji bez nas i izvan nas, a *φενόμενον* je objekt koji zapažamo. Fenomenologija je filozofska analiza strukture objekta u našoj svjesnosti. To je apstrakcija onoga što je objektivno te što konkretno postoji.

Za Husserla (1913) fenomenologija znači proučavanje načina na koji ljudi opisuju stvari i iskustvo preko našeg senzornog sustava. Njegova je osnovna prepostavka da se ono što smo dobili percepcijom realnog objekta odigrava neovisno o njemu, u našoj svjesnosti. On je dualist.

Za Heideggera, naprotiv, fenomenologija je posvećena opisu i istraživanju iskustva naše svijesti. Dok je za Husserla fenomenologija transcendentalna, za Heideggera je hermeneutička.

*Hermenutika se bavi značenjima i pojavljivanjem a ne mjeranjem, s kvalitetom a ne kvantitetom, s iskustvom a ne ponašanjem.*

Douglass & Moustakis, 1995.

Bez obzira na različita fenomenološka shvaćanja, uvijek postoji zajednički fokus na istraživanju kako mi, ljudska bića, dajemo smisao iskustvu u našoj svjesnosti. Metodološki, to znači i uključuje pažljivo i potpuno prikupljanje podataka i informacija kako ljudi doživljavaju neku pojavu - kako gledaju, opisuju, osjećaju i vrednuju neki fenomen te kako se osjećaju i pronalaze smisao u raspravi s drugima.

Kako to postići? Dubokim opažanjima, komunikacijama i intervjuiranjem ljudi koji su neposredno doživjeli iskustva u nekoj pojavi (njihov ‘*lived experience*’) te suprotstavljanjem iskustava iskustvima drugih (Patton, 2002).

Gdje i kako smjestiti fenomenologiju u javno zdravstvo?

Klasična definicija javnog zdravstva koju je postavio Winslow (1920) glasi: "Javno zdravstvo je znanost i vještina u sprečavanju bolesti, u produživanju života i promicanju fizičkog i mentalnog zdravlja te učinkovitosti uz organizirane napore zajednice u sanaciji okoliša, kontroli infekcija i drugih bolesti u zajednici i u obrazovanju pojedinca - temeljno i u osobnoj higijeni, organiziranjem zdravstvene službe na takav način, kako bi se omogućilo svakom građaninu ostvarenje svojih prava da se rodi zdrav i dugo živi.

Možemo li zamisliti suvremeniju definiciju javnog zdravstva? Ova ukazuje da javno zdravstvo nije samo biomedicinska disciplina nego i društvena s naglaskom na društveno i političko. Javno zdravstvo ostvaruje svoje ciljeve u društvenim zajednicama s intenzivnim naporima zajednice.

Foucault (2004) opisuje granicu između biomedicinskog i društveno-političkog, odnosno između znanosti i prostora, tj. okruženja koje zakonima i jezičnim formama čini znanost primjenjivom i operacijski učinkovitom. Tu granicu on naziva prezentacijom mogućnosti, ili episteme, odnosno, a priori povijesnim znanjem i javnim diskursom koji se vodi unutar određenog povijesnog konteksta. Na toj granici između biomedicine i društveno političkog okruženja nalazi se javno zdravstvo koje prezentira mogućnosti realizacije biomedicine u društvenom okruženju. Opis i procjena episteme zajednice, tj. mogućnosti te zajednice je 'conditio sine qua non' u učinkovitom javnozdravstvenom djelovanju.

Kako javnozdravstveni radnik doživljava tu granicu i taj fenomenološki proces? Subjektivnim i personalnim fenomenološkim procesom interakcije između objektivnog, konkretnog, konačnog te subjektivnog i apstraktnog, tj. refleksijom i reflektivnom analizom.

## Refleksija i reflektivna analiza

*Sve što jest dolazi od uma, temelji se na umu i oblikovano je umom.*

Canon, 500 p.n.e

Pod refleksijom u filozofiji podrazumijevamo uspoređujuće i provjeravajuće naknadno promišljanje izravno zamjećenog, osjećajnog sadržaja. U užem smislu, refleksija je povratak duha samome sebi, nakon čina spoznaje, čime se omogućuje prihvaćanje spoznajnog, i to tako što spoznavajuće i spoznato stoje u odnosu međusobnog repliciranja - dok u prvom činu zamjedbe, koja je izravno osjetilno zamjećivanje, spoznavajući duh izlazi izvan sebe, u drugom činu spoznaje, refleksije, duh se vraća natrag samom sebi skupa s pohranjenim osjetilnim materijalom koji u obliku predodžbe postaje predmetom mišljenja i onim što uvjetuje mišljenje kao takvo (Hrvatska enciklopedija, Leksikografski zavod M. Krleža).

U filozofiji postoji stajalište prema kojemu se riječ *duh* zamjenjuje riječju *svjesnost*. Proces refleksije odigrava se u svjesnosti i evolucijska je tekovina homo sapiensa. To nas čini apstraktnim bićem sposobnim *konkretno* oblikovati u *apstraktno*.

Iako je refleksija stalan dio naše svjesnosti, mi nismo automatski refleksivne osobe. Mentalna je empirija koja uključuje aspekt intelekta i svjesnog iskustva. To je kombinacija misli, percepcije, memorije, emocija, htijenja, volje i imaginacije uključujući nesvjesne kognitivne procese. Refleksiju kao evolucijsku tekovinu nije potrebno učiti, no moramo je u sebi individualno razvijati. Ona treba biti sastavni dio kurikuluma javnozdravstvene edukacije.



**Slika 7. Put do kompletног znanja**

Refleksiju shvaćamo kao stvaranje slike o sebi i nekom opaženom objektu. Važno je napomenuti da ukupna slika objekta uključuje i onoga koji tu sliku stvara. Ona je razumijevanje i perspektiva našeg htijenja. Filozofija je refleksija o vlastitim vjerovanjima i postupcima. Refleksija o vlastitim vjerovanjima je teorijska filozofija, a refleksija o vlastitom djelovanju je praktična filozofija. (Berčić, 2012). Refleksija je centralna karakteristika ljudske naravi. S njom razlučujemo

realne objekte i druge subjekte. Bit procesa refleksije opisao je Bohm (2009): „Ono što nam se javlja kao prezentacija neće biti isto kao i sama stvar - riječ je o vrlo apstraktnom ili općenitom obliku. Drugim riječima, reprezentacija se sjedinjuje s prezentacijom tako da ono što je predstavljeno, već je re-prezentacija, to jest ponovo je predstavljena. Dobivamo ono što bismo mogli nazvati konačnim prikazom, to jest posljedicom osjeta, misli i uvoda. Sve to zajedno ujedinjuje se u jedan konačni prikaz. Refleksija je ono što anti-redukcionisti smatraju da kognitivne znanosti ne mogu riješiti. Redukcionisti pak smatraju da je to stvar vremena te mogućnosti mjerena nekog fenomena, koje će kad tad, u razvoju tehnologije biti riješeno“.

## Reflektivna praksa

Reflektivna praksa je mentalni proces propitivanja i kontinuirane analize, i odlučivanja tijekom rutinske, istraživačke prakse čovjeka. Ona je kritična analiza intervjuja svega onoga što se odnosi na našu praksu. Ona je model kvalitativne analize koji koristimo u raznim istraživanjima, posebno u edukacijskim istraživanjima.

Kolbs (1984) smatra da ne postoji slijed „njaprije konkretno, a zatim apstraktno“, a Rescher (2012) pak naglašava da konkretno i apstraktno nisu u uzročnoj vezi, nego koordinirajući. Oni se odigravaju istovremeno u cikličnom procesu, najprije kao reflektivna opservacija i konceptualizacija, a fazom aktivnog činjenja i eksperimentom iskazuje se, uzrokuje i izvještava.

Ne ulazeći u sistematski prikaz različitih modela reflektivne prakse navodimo dva modela, Bortovov (1970), i Gibbsov (1988).

Bortovov model refleksije posebno je primjenjiv u aktivnom djelovanju i istraživanjima. Model je formuliran kao tri ŠTO: što radiš, zašto radiš i što ćeš dalje raditi (engl. *what, what for, and now what next*). Odgovori i esej na ta pitanja ovise o kontekstu problema te daju apstrakciju konkretnog djelovanja, evaluaciju te smisla što se kani, a što se planira.

Što	Zašto	Što dalje
1. Što je bit tvog djelovanja 2. Što faktički činiš 3. Što je dobro/uspješno, a što loše/neuspješno u tvom činjenju	1. Zašto je potrebno činiti 2. U čemu je važnost tvog činjenja	1. Što bi još trebalo dalje činiti 2. Što bi ti još mogao učiniti 3. Koje posljedice očekuješ nakon tvog činjenja

Slika 8. Matrica intervjuja

**Tablica 1.** Matrica fenomenološke slike

Gibbsov model prikazuje refleksiju kao ciklički slijed:

1. **Deskripcija** - što se to odigrava u objektu događanja
2. **Osjećaji** - što osjećate i mislite o danom događanju
3. **Evaluacija** - što je iskustveno dobro, a što loše
4. **Analiza** - koji smisao iz toga možete izvući
5. **Zaključak** - što ste drugo mogli učiniti
6. **Akcijski plan** - što dalje u budućnosti želite raditi i postići

Važno je napomenuti da u suvremenoj istraživačkoj praksi sami stvaramo svoj vlastiti model refleksije s kojim ono konkretno u istraživanju prenosimo specifično u našu apstrakciju.



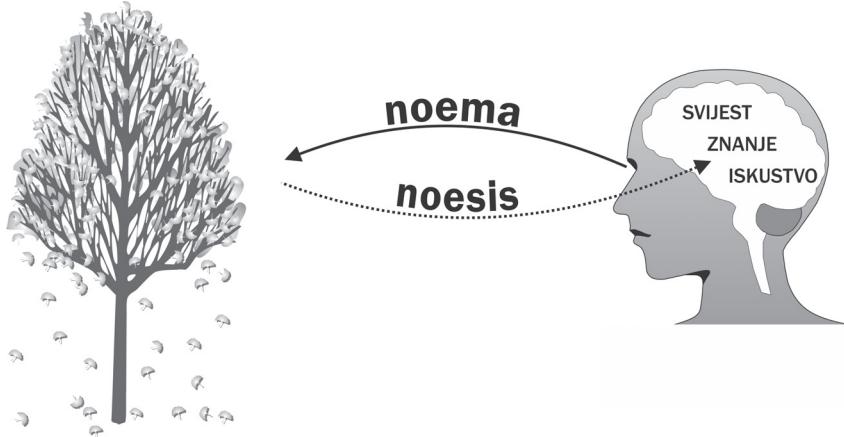
**Slika 9.** Vrtlog refleksije

## Fenomenološka metoda istraživanja javnozdravstvenih procesa

Fenomenološku analizu iskazujemo jezično stvaranjem smislenog teksta. U svojoj biti ona je lingvistička analiza. Potrebno je radi shvaćanja suštine analize razmotriti neke pojmove za razumijevanje procesa fenomenološke analize (Patton, 2002):

1. Intencionalnost odnosno namjera je htijenje koje se odnosi na naše svjesno, interno, vlastito iskustvo o biti svjesnog nečega, znanja i zahtjeva kako da prikažemo sebe i stvari oko sebe, da shvatimo svijet kao neodvojive komponente nečega.

2. Svaka intencionalnost ima interpretativnu formu 'noema' i 'noesis'. Noema je ono što realno postoji, a noesis je ono kako to vidimo i doživljavamo. Integracija noema i noesis čini bit našeg iskustva.



**Slika 10. Noema i Noesis**

Sukladno tomu, u svakoj javnozdravstvenoj analizi moramo iskazati intencionalnost, interpretativnu formu noema i noesis. Fenomenološka analiza u svojoj esenciji uključuje prvo, reduciranje volumena problema, slijedi identifikacija značajnih obrazaca problema, zatim stvaranje okvira za komunikaciju s biti problema istraživanja.

### Koraci fenomenološke analize

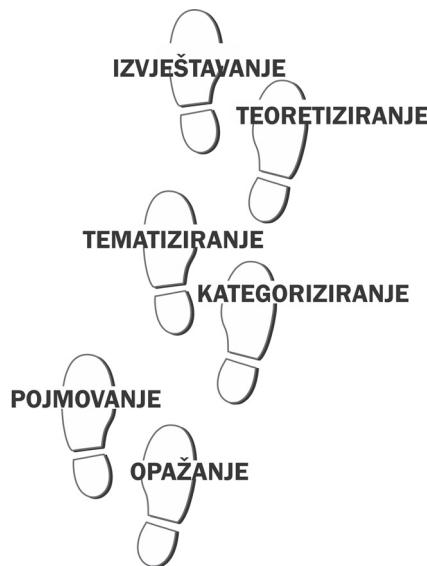
1. Stavljamo sebe u poziciju Epoche. Epoche (gr. εποχή) je starogrčka riječ koja znači suzdržati se od davanja suda, odnosno udaljiti se od uobičajenog načina opažanja stvari.

*Epoche zahtijeva gledati ono što nam je pred očima, ono što opisujemo. U ovoj fazi istraživač iz stanja ja ne znam što ne znam prelazi u stanje ja sada znam što ne znam.*

Radimo pojmovnu analizu o kakvim se populacijskim procesima radi, da li o konfliktnim interesima grupacija ljudi, nekim alternativnim rješenjima ili jednostavno, zanima nas što se to u populaciji izvjesnog problema zbiva te kakav se javni diskurs odigrava. Istraživač mora, u Berkeley-om kontekstu, postojati i biti viđen, '*esse est percipi*' te razviti svoj vlastiti okvir promišljanja.

2. Standardnim tehnikama kvalitativne analize odlučujemo o modelu uzorkovanja, načinu prikupljanja podataka i informacija (opažanjem, intervjuiranjem, fokus-grupama ili etno-metodološkim sudjelovanjem u populaciji).

3. Rezultate rada prikazujemo digitalnim tekstom i pripremamo tekstnu analizu.
4. Digitalni tekst podvrgavamo opetovanom čitanju i analizi s ciljem prepoznavanja glavnih pojmova teksta, lociramo ključne fraze i tvrdnje koje neposredno govore o fenomenu koji promatramo i proučavamo. Zatim interpretiramo značenje pojedinih fraza, razmatramo značenje te bitne oznake pojmova proučavanog teksta te izvodimo prve definicije na osnovu ovog dijela tekstne analize.
5. Formiramo listu pojmova/kategorija prve, druge i eventualno treće konstrukcije nad-pojmova.
6. Integriramo sve pronađene pojmove, nad-pojmove i kategorije u jedinstvenu sintetičku sliku proučavanog fenomena koristeći matrične i grafičke tehnike.
7. Pišemo izvještaj o svim koracima, rezultatima i zaključcima fenomenološke analize.



**Slika 11.** Koraci fenomenološke-analize

# ‘EPISTEME’ JAVNOZDRAVSTVENIH ISTRAŽIVANJA

Epistemogija je studiranje i proučavanje znanja neke grupacije ljudi, sudionika nekog javnog diskursa. U trenutku i kulturi zajednice uvijek možemo pronaći *episteme*, koja dešifriira uvjete i mogućnosti svih znanja i spoznaja zajednice te posebno njezino ponašanje, bilo da je teorijski izraženo ili prešutno postoji u praksi. *Episteme* je nevidljiva javnozdravstvenim djelatnicima unutar nekog zdravstvenog i društvenog sustava zajednice. Govorimo o epistemološkoj nesvjesnosti zajednice, izvjesnog povjesnog razvitka nečega pa i epohe.

## Kako istraživati *episteme* zajednice?

Istraživanje *episteme* zajednice svodi se na pitanje koji je teorijski okvir unutar kojeg se manifestira dati fenomenološki problem zajednice, koje i kakvo je znanje i doživljeno iskustvo te zajednice? Radi se o empatičkoj komunikaciji i ulasku u zajednicu te intervjuiranjem informiranih članova zajednice.

Istraživanje *episteme* zajednice uključuje proučavanje materijalne, zdravstvene i duhovne elemente kulture koje možemo smatrati da se prenose u zajednici negenetskim putem, dakle ponašanjem. Možemo izreći da upoznajemo memetiku date zajednice. Fokus je na socio-kulturnim skupinama ljudi u zajednici, njihovim vrednovanjima i vrednotama, kao i načinima zdravstvenog života zajednice.

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

Intervjuiranjem ključnih osoba zajednice (engl. *key informants*) te nadzornika (engl. *keeper*) iz zdravstvenog, ekonomskog, crkvenog i drugog života na osnovi kojih stvaramo *episteme* zajednice. Sliku stvaramo participativno, objektivno i kritički. Svako distanciranje od nekih oblika života zajednice, na primjer političkog, dovodi do iskrivljenja *episteme* zajednice.

Analiziramo heuristički i intuitivno koristeći razne analitičke pristupe, induktivno i deduktivno, s različitih aspekata, triangulacijom. Kontekst istraživanja je participativan, socijalan i političko-povijestan.

Svaka zajednica ima svoju povijesno izgrađenu *episteme*. Ona je entitet i kao entitet mi je analiziramo. U intervjuiranju važna je formulacija pitanja tzv. ‘questioning’. Navodimo osam standardnih otvorenih pitanja kao orijentaciju tijekom otvorenog intervjeta (Vučetić, 2013):

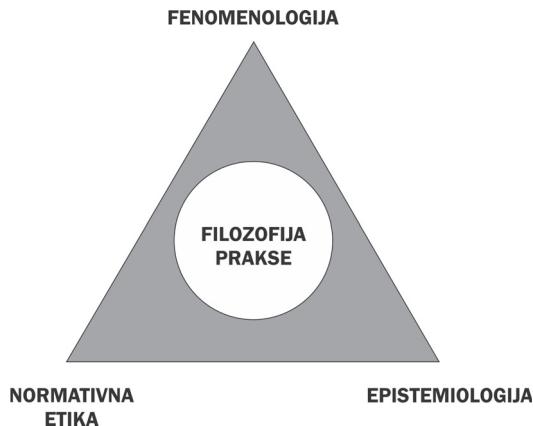
**Tablica 2.** Prepoznavanje episteme zajednice

1. Kakva je kultura zajednice, materijalna, zdravstvena, kulturna, duhovna te koje su društvene i etičke vrijednosti?
2. Kako stanovnici i populacijske skupine ostvaruju svoj realni život, što je istina, koja je percepcija realiteta te zajednice ?
3. Smislenost dnevnih zdravstvenih ponašanja i njihova društvena prihvatljivost?
4. Koje i kakve priče prošlosti kolaju u zajednici, koje su nove, suvremene priče?
5. Što se svakodnevno događa u zajednici?
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 planova za budućnost?



**Slika 12.** Prepoznavanje episteme zajednice

Fenomenološka analiza u javnozdravstvenim istraživanjima predstavlja kompleksan intelektualni izazov. Ona ne samo da dovodi do razumijevanja fenomenološkog problema nego je osnova odlučivanja u javnom zdravstvu. Odlučivanje nije samo plod logične objektivne analize nego i fenomenološke apstrakcije realnog objekta.



**Slika 13. Filozofski trijas**

## Normativna etika

*Fenomenologija se definira i kao životno iskustvo.*

U toj definiciji fenomenologija se susreće s *normativnom etikom*, etikom akcija i djelovanja. U kontekstu javnozdravstvenog djelovanja to uključuje brojna pitanja kako etički i moralno djelovati, kako u stvaranju zakonodavstva tako i ponašanja. Postoji jedan jedinstveni odgovor na ta pitanja, a to je jednakost (engl. *equity*). Teorijski, zakonodavstvo je relativno lako rješivo. Civilna društva i vjerske zajednice deklarativno su to rješili. Njihovom refleksijom etičkog načela jednakosti na problematiku jednakosti zdravstvene službe, učinio bi se prvi korak k primjeni i razumijevanju te problematike u zajednici.

# JAVNOZDRAVSTVENI PROFESIONALAC - HERMENEUTIČAR

U javnozdravstvenim istraživanjima moguća su dva polazišta pri izboru primarnog entiteta. U jednom je primarni entitet shvaćen kao partikularnost, individuum, tj. ispitanik, a sekundarno ga se projicira na univerzalnost tj. populaciju. To je polazište karakteristično za epidemiološka, odnosno kvantitativna istraživanja. U fenomenološkim, odnosno kvalitativnim istraživanjima javnog zdravstva primarni entitet je populacija, sustav, organizacija, a sekundarno ga se projicira na pojedinca, ispitanika, člana izvjesne populacije, sustava ili organizacije.

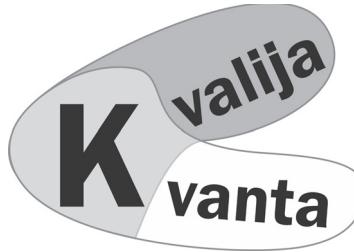
Do kompletног znanja i odlučivanja o izvjesnom javnozdravstvenom problemu, nakon inicijalne senzorne sfere i percepcije, imamo dva hermeneutička puta, put mјerenja i put opservacija. Jedan je put pojmovna analiza i *idiografsko* (eidos, prikazivanje u duhu, slika, lik, bit, ideja) prikazivanje, a traži cjelovitu sliku problema. Drugi je put analiza frekvencija i *nomotetičko* (nomos, zakon) prikazivanje koje polazi od neke tvrdnje, hipoteze te traži zakonitost. Oba se puta susreću u sferi kompletног znanja i spoznaja zaključivanja i odlučivanja.

Što znači biti hermeneutičar? Većina filozofskih pojmoveva pa tako i hermeneutika nastala je u povijesnoj i jedinstvenoj filozofskoj epohi stare Grčke koja se protezala kroz 500 godina prije nove ere.

*Hermeneuo* znači tumačim, razlažem, a hermeneutiku danas definiramo kao umijeće izlaganja i tumačenja, dokazivanja i razumijevanja, a u novijoj filozofiji kao metodu izlaganja i objašnjenja smisla i bitka (Heidegger).

U javnozdravstvenim istraživanjima početnu fazu čini senzorna percepcija danog javnozdravstvenog objekta istraživanja. Istraživač ne isključuje sebe kao subjekta nego je naprotiv angažiran te s metodologijom i objektom istraživanja čini cjelinu: subjekt-metodologija-objekt. Među njima ne postoji uzročna veza, nego su koordinirajući jedinstveni entitet koji daje specifičan, za tu relaciju, rezultat istraživanja. Mijenjaš li bilo što u subjektu ili u metodologiji mijenja se ishod i rezultat istraživanja.

U našoj svijesti i kognitivnom procesu raspolažemo s dvije snage, dvije hermeneutike, dvije apstrakcije, kvalitativnom i kvantitativnom. One čine dijalektičku suprotnost, negaciju negacije, ali upravo to omogućava dostizanje kompletног znanja i razumijevanja izvjesnog javnozdravstvenog problema.



**Slika 14.** Dihotomija kvalija - kvanta

Istraživač direktno participira u istraživanju kroz praksu, angažiran s objektom istraživanja i to kao svojom vlastitom ekspresijom (engl. *self-expression*). Usaporete li ovu istraživačku situaciju sa situacijom dvostruko slijepog pokusa, u kojom je subjekt isključen, lakše ćete shvatiti suštinu javnozdravstvenih istraživanja.

Sjetite se prve strofe evanđelja po Ivanu: *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.*

Promatrati i istraživati svijet, a zatim ga riječima opisati, prva je vrednota u evoluciji intelekta vrste Homo sapiens. To je fenomenologija, studiranje pojavnosti snagom riječi, a u našoj svijesti pojavljuje se kao Qualia. Tek kasnije čovjek počinje prebrojavati, a još kasnije računati, a u našoj svijesti to je Quanta. U našoj svijesti to su dvije snage mišljenja i apstrakcija, one se dopunjaju i samo tako možemo postići kompletno znanje i razumijevanje izvjesnog javnozdravstvenog problema.

Qualia i Quanta su evolucijske tekovine homo sapiensa. U nekom evolucijskom trenutku čovjek je razvio sposobnost refleksije kao jedinog načina promatranja i doživljavanja objekta. To je bio genski „make up“. U qualia razvijaju se intelektualne operacije pojmovne analize, tematiziranje i teoretiziranje. U quanta, koja se razvijaju evolucijski kasnije, razvija se sposobnost prebrojavanja, zatim računanja, da bi se konačno razvila sposobnost promatranja i analiziranja svijeta matematičko-računarskim modelima.

Možemo reći da u qualia proučavamo pojmove, razumijemo riječi tekstove te stvaramo svoju vlastitu *misao i sliku o problemu i svijetu*. U quanta razumijevamo brojeve, proučavamo stvari te razvijamo svoju *misao o stvarima*.

Stoga u sustavima edukacije i kurikuluma istraživanja studentsku populaciju treba izvještiti u razvijanju qualia i quanta. To nisu dva pojma, to je isti pojam s dva pola, kognitivni alat za promatranje i razumijevanja svijeta i stvari.

U Hegelovoј logici univerzalnost-partikularnost-individualnost ili konkretna univerzalnost predstavlja osnovni koncept, pojam heuristike. Univerzalnost je ne-determinirana, partikularnost je determinirana, a individualnost je samodeterminirajući, tj. sam subjekt. To je osnovna relacija u javnozdravstvenim istraživanjima. Partikularnost javnozdravstvenog istraživača je javnozdravstveni konkretni problem (npr. roditeljsko odbijanje cijepljenja njihove djece), koji se uopćava na univerzalnost tj. izvjesnu populaciju (koja odbija cijepljenje svoje djece), i dovodi do individualnosti (svijest istraživača o problemu cijepljenja djece) čime se spoznaje suština dane problematike.

## **Hermeneutika – predmet u kurikulumu poslijediplomske nastave iz Javnog zdravstva**

Poslijediplomska sveučilišna nastava iz područja javnog zdravstva tradicionalno je predmetna i nedovoljno dijalogizirana. U takvoj nastavi nedostaje dijalog između nastavnika i studenata kao i studenata međusobno te nastavnika međusobno, a bez dijaloškog odnosa nije moguće postići profesionalnost.

U procesu stjecanja kompletног znanja o nekom javnozdravstvenom problemu student treba polaziti od osjetilne izvjesnosti i dijalektički osvjetljavati dani problem te heuristikom razviti punu svjesnost i samosvijest o tom javnozdravstvenom problemu. Na taj način može se doseći potpuno znanje i sposobiti um da spremam donosi odluke.

Iako hermeneutiku ne možemo ukalupiti u neki algoritam, jer je hermeneutika personalna vještina čitanja, analize i interpretacije teksta. U početku, na razini senzorne izvjesnosti i percepcijom grubo osvjećujemo realni objekt. Prikupljujući u toj fazi mnoštvo informacija dolazimo do velikog volumena podataka, prelazimo na razinu redukcije tog velikog volumena kako kvalitativnim modelima tako i kvantitativnim modelima reduciranjem. Kvalitativni modeli uključuju vještine pojmovne analize i stvaranja kategorija, a kvantitativni multivarijatne modele dimenzionalnosti. U oba slučaja istraživač identificira značajne obrasce istraživanog problema, razvija teme i koncept, da bi u sljedećoj najvišoj razini razvio teorijski okvir za razumijevanje problema i biti pojavnosti cjeline problematike.

# JAVNOZDRAVSTVENI PROFESIONALAC - FENOMENOLOG

*Uzmite fenomenologiju kao početak filozofije, koju čete vi nastaviti.*

Hegel

Javnozdravstveni istraživač kao fenomenolog upoznaje svijet preko svoje individualne svijesti, svijesti svoje sredine, svoje zajednice i naroda, a on je zajednici podređen te predstavlja njezin realni dio.

Njegova individualnost je u društvenoj pojavnosti i zbilji, nije produkt prirode nego rezultat društveno-povijesnog razvoja koji predstavlja njegovu osnovnu determinantu.

Za javnozdravstvenog istraživača, u sinoptičkom pogledu postoji jedinstvo svijesti i svijeta, mišljenja i zbilje. Za njega je umno zbiljsko i *vice versa*. Za njega vrijedi Heraklitova misao: *na bilo koji put staneš, nećeš mu nikada naći kraja*.

Sve što kao subjekt doživi i proživi, stavlja u jednodimenzionalni niz dijalektičke suprotnosti i kontinuiranog procesa negacije negacije. On ne samo što opaža, nego je svjestan svoje refleksije u sebe, a to će reći, da u spoznaji stvari preobražava osjetilnu izvjesnost i percepciju u pojmove i kategorije, u mišljenje koje ukazuje na bit problema pa stvari imaju svoju istinu samo kao pojmovi.

Javnozdravstveni istraživač proučava i studira veze i oblikovanja između objektivnog, realnog događanja i svojeg subjektivnog, apstraktnog poimanja izvjesnog javnozdravstvenog problema. To znači biti fenomenolog i odgovor na pitanje što je suština fenomenologa.

A što je njegova *pragm*? To nisu *mathemata* (oblikovanja spoznaja matematičkim formulama i relacijama), nego su poslovi i djelatnosti, praksa i raznovrsni oblici vezani za sprečavanje bolesti, unapređenja zdravlja i kvalitetnog produženja životnog vijeka populacije kroz intenzivnu potporu zajednice (engl. *intensive community support*).

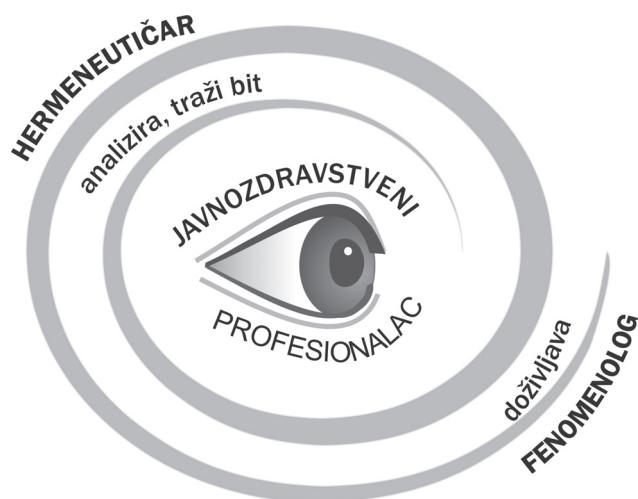
Usporedimo li fenomenološku pragmu s *tehne* eksperimentalnih istraživanja, uvidjet ćemo da je fenomenologija druga strana svakog novčića - s jedne strane je kontrolirano eksperimentalno istraživanje, a s druge fenomenološko ispitivanje razumijevanja i smislenosti.

Prakse javnozdravstvenog istraživača su diskurzivne prakse u kojima proučavamo igru istinitog i lažnog, i, ugrubo, ako hoćete, oblike istine kao parezija (grč. govoriti slobodno i istinito) u istinitom diskursu u poretku politike (Foucault, 2010).

Zapravo, fenomenolog izražava svoj filozofski diskurs ispitivanja aktualnosti kojoj pripada, izriče i razmotra svoju aktualnost te određuje svoje djelovanje i činjenje što ga ostvaruje unutar te aktualnosti. Parafrazirajući Foucaulta, u tome se krije filozofija javnozdravstvenog istraživača.

Jedno su tehnike, kako epidemiološke, statističke i druge suvremene informatičke, i sve nove tehnologije u suvremenoj znanosti, kao što je genomika i obrada podatkovne masovnosti (engl. *big data*) koje su danas sastavni elementi svakog traženja znanstvene istine. Drugo, to su filozofska misleća pitanja o smislenosti ‘stvari’ onoga što se događa upravo sada, u odnosu s vlastima i moćima te sučeljavanja s ideologijama danog realiteta.

Shvatimo li javno zdravstvo samo kao biomedicinsku disciplinu, naći ćemo se u poteškoćama razumijevanja uvjetovanosti i uzročnosti nekog događanja, jer koliko je javno zdravstvo biomedicinsko, toliko je i društveno, kulturno i političko. U politici ono nalazi svoju zbilju, svoju filozofiju, ne da bi iskazalo istinu politike, već se sučeljava s politikom da bi iskušavalо svoju istinu (Foucault, 2010).



**Slika 15.** Dihotomija javnozdravstvenog profesionalca

## Referencije

- Berčić, B 2012, *Filozofija*, Svezak drugi, Udžbenici Sveučilišta u Rijeci, Rijeka.  
Bohm, D 2009, *O dijalogu*, AKD d.o.o., Zagreb.  
Borton, T 1970, *Reach, Teach and Tuch*, Mc Graw Hill, London.  
Chopra, D & Kafatos, MC 2014, ‘From Quanta to Qualia: How Paradigm Shifts into Science, Philosophy Study’, vol. 4, no. 4, pp. 287-301.

- Cresswell, JW 2013, *Qualitative Inquiry and Research Design, Choosing among Five Approaches*, SAGE Publications, Los Angeles.
- Desmonde, W 2011, ‘Between Finitude and Infinity’ in *Hegels and the Infinite. Religion, Politics, and Dialectic*, ed S Žižek, C Crocket & C Davis, Columbia University Press, New York.
- Douglass, B & Moustakis, C 1975, ‘Heuristic Inquiry: The Internal Search to Know’, *Journal of Heuristic Psychology* , vol. 25, no. 13 Summer, pp. 39-55.
- Foucault, M 1972, *The Archeology of Knowledge and Discourse in Language*, Pantheon, New York.
- Faucoult, M 1980, Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972–1977, Harvester, Brighton, p.197.
- Foucault, M 2004, Philosophie, anthologie, Gallimard, Paris.
- Foucault, M 2010, Vladanje sobom i drugima, Izdanja antiBARBARUS, Zagreb.
- Gibbs, G 1988, Learning by doing: a guide to teaching and learning methods, Further Education Unit, Oxford.
- Guba, EG & Lincoln, YS 1989, Fourth Generation Evaluation, CA Sage, Newbory Park.
- Hegel, GWF 1955, Fenomenologija duha, Kultura, Zagreb.
- Heidegger, M 1982, The Basic Problems of Phenomenology, Indiana University, Press Bloomington.
- Heidegger, M 2012, *Uvodjenje u metafiziku*, Biblioteka META, Zagreb.
- Heidegger, M 2014, *Četiri seminara*, Biblioteka META, Zagreb.
- Huxley, AL 2002, *Kontrapunkti*, Vrhovi svjetske književnosti, Zagreb.
- Lincoln ,YS & Guba, EG 1986, ‘But Is It Rigorous? Trustworthiness and Authencity in Naturalistic Evaluation’, vol. 1986, no. 30, pp. 73-84.
- Van Manen, M 2014, ‘Philosophical Methods: The Epoche and Reduction’, in *Phenomenology in Practice*, Left Coast Press, Inc. , Walnut Creek, CA, pp. 215-239.
- Vuletić, S 2013, *Qualia javnog zdravstva*, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb.
- Winslow, CE 1926, ‘Public Health at the Crossroad’, *Am J Public Health*, vol. 16, no. 11, pp. 1075-1085.



## **II. DIO**

# **PRIMJERI REFLEKSIJA I FENOMENOLOŠKIH OPSERVACIJA JAVNOZDRAVSTVENE PROBLEMATIKE**

## **PROJEKTNE TEME**

*Silvije Vuletić*

*Sanja Musić Milanović, Marija Delaš, Maja Lang Morović*

*Iva Pejnović Franelić*

*Ivana Pavić Šimetin*

*Nataša Basanić Čuš, Branko Jurić, Albert Marinculić*

*Goranka Petriček*

# SPECIFIČNE POTREBE JEDNORODITELJSKIH OBITELJI

Silvije Vuletić

## Epoche

Epoche (grčki *εποχή*) je starogrčka riječ, a odnosi se na suzdržavanje od zaključka „za“ ili „protiv“ kao konačnog koraka u postizanju ataraksije.

U fenomenologiji, epoche predstavlja metodološki stav prema kojemu se treba suzdržati od zaključka da nešto postoji ili može postojati, kao prvom koraku u fenomenološkom prepoznavanju, razumijevanju i opisu onoga što se osjeća da jest.

Dakle, to znači oslobođiti se bilo kakvog tvrdog mišljenja, čuvati se predrasuda u istraživanjima, pogotovo na samom početku istraživačkog procesa. Lingvistički, to znači reducirati složenost nekog pojma, u našem slučaju pojma jednoroditeljske obitelji.

Suzujući fokus istraživanja jednoroditeljskih obitelji došli smo do prepoznavanja, razumijevanja i opisa fenomena jednoroditeljske obitelji. Jednoroditeljska obitelj je označitelj, morfem s više različitih označenika, značenja te riječi. Tako to može značiti „majka-dijete ili djeca“ ili pak „otac-dijete ili djeca“. Primjerice, prepoznao se fenomen kao „majka, koja po rođenju djeteta, nakon raspada partnerstva s ocem djeteta postaje samohrana majka“.

Daljim razmatranjem postavilo se pitanje, koji model istraživanja primijeniti u prepoznavanju cijele problematike samohranih majki. Odmah smo odustali od epidemiološko-statističkog modela. Kao prvo, popis samohranih majki u nekom području ne postoji što onemogućava reprezentativnost uzorka istraživanja. Drugo, ne interesa nas incidencija i prevalencija problema samohranih majki te mnoge korelacije i kovarijacije značajki problema samohranih majki. Nas interesira istraživanje s ciljem spoznaje realnog problema samohranih majki. Treba utvrditi uvjete, potencijalno i uzroke pojave tog fenomena u samoj zajednici. Na osnovi spoznaje tog problema u zajednici treba prepoznati okidač te pojave (engl. *trigger*) s ciljem intervencije, olakšanja ili čak pozitivnih promjena problematike samohranih majki.

Fenomenološki nas interesira *qualia*, a ne *quanta* problematike samohranih majki.

## **Metodologija**

Metodologija i analiza u fenomenologiji razmatra se Hegelovim logičkim konceptom: univerzalnost, partikularnost i individualnost. To je heuristički princip, prvi je nedeterminiran, drugi je determiniran, a treći je samodeterminirajući. Preneseno u fenomenološkoj metodologiji razmatramo relaciju subjekt kao individualnost, partikularnost kao konkretni objekt, a univerzalnost kao općenitost u procesu pojmovne analize i kategoriziranja.

## **Subjekt-istraživač**

Odlučeno je da subjekt ovog akcijskog istraživanja bude terenska patronažna sestra. Razlozi su bili ovi: patronažna sestra u našem sustavu zdravstvene zaštite je profesionalac koji skrbi i komunicira s otvorenom populacijom koja je određena teritorijem na kojem živi. Patronažna sestra je izučena i raspolaže s tehnikama za sprečavanje bolesti i unapredavanja zdravlja populacije. Ona je zdravstveni radnik koji je osposobljen istraživati populaciju s etnografskim tehnikama. Ona zadovoljava kriterij jedinstva subjekta, metode i objekta istraživanja. U akcijskom istraživanju i utvrđivanju specifičnih potreba jednoroditeljskih obitelji, fokus je stavljen na utvrđivanje potreba samohranih majki u određenoj zajednici.

## **Uzorak**

Istraživanje se je provodilo postupno, u etapama. Najprije su se organizirali tematski sastanci u kojima je procijenjeno trenutno stanje i trendovi te postojeće stanje zdravstvenih i socijalnih problema samohranih majki. Održane su dvije radionice na kojoj su različiti dionici oblikovali operativni koncept istraživanja. Entitet je definiran - samohrane majke u dobi do 35 godina s djetetom ili djecom od 0 do 7 godina. Istraživanje je prijavljeno Etičkom povjerenstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, dobivena je dopusnica te prihvaćeni obrasci za informirani pristanak ispitanica.

U istraživanju je korištena tehnika namjernog uzorkovanja „informacijama bogatih“ ispitanica - samohranih majki (jedini samohrani otac nije uvršten u analizu). Patronažne sestre s terena koji pokrivaju u prvoj su etapi odabrale 79 ispitanica iz populacije šest zdravih gradova (Zagreb, Poreč, Labin, Rijeka, Dubrovnik i Vinkovci). Sve su ispitanice dale pristanak za intervju i za snimanje. U drugoj etapi nakon godinu dana intervjuirano je 27 ispitanica iz istog uzorka s ciljem procjene promjena i uspješnosti interveniranja.

## Fenomenološki intervju

### Obavezni pojmovi prvog intervjeta

1. Što je dovelo do jednoroditeljskog statusa ?
2. Kako ste riješili stambeno pitanje?
3. Kako rješavate financijsku problematiku?
4. Koliko vaša radna okolina iskazuje razumijevanje i podršku?
5. U kojoj mjeri i na koji način vaši biološki roditelji i njegova obitelj sudjeluju u brizi i odgoju djeteta?
6. Na koji vam način i u kojoj mjeri vaša obitelj iskazuje potporu?
7. Tko vam i na koji način pomaže u skrbi djeteta?
8. Kako rješavate potrebe za učenjem, igrom i aktivnostima?
9. Kako provodite slobodno vrijeme s djetetom?
10. Kako rješavate svoje intelektualne i društvene potrebe i razvoj karijere?
11. Opišite vaše prehrambene navike
12. U koje ste se programe uključili za podizanje kvalitete života i za pomoć?
13. Koje vrste pomoći bi vam bile korisne od društva?
14. Razmišljate li o vrtiću za djecu?
15. Kako zadovoljavate zdravstvene potrebe ?
16. U kojoj mjeri koristite zdravstvene usluge?
17. Kakva vam je dostupnost zdravstvenih službi?
18. Kako ste se osjećali unutar braka, zajednice?
19. Jeste li se suočili s nasiljem unutar vaše obitelji?
20. Koja vrsta nasilja se dogodila unutar vaše obitelji?
21. Koja prava koristite?
22. Tko vas je informirao o vašim pravima?
23. Je li vas je netko od službenih osoba informirao o vašim pravima?
24. U kojoj ste mjeri zadovoljni dobivanjem informacija o vašim pravima?
25. S obzirom da ste sam roditelj kako se nosite s vašom okolinom?
26. Koliko se često družite s prijateljima?
27. Je li odnos vaše okoline sada drukčiji prema vama?
28. Imate li kakvih prijedloga za nas, patronažne sestre?

Fenomenološki intervju je dijaloški intervju između onog koji intervjuira i onog koji je intervjuiran. U ovom akcijskom istraživanju dijaloški par čine patronažna sestra i samohrana majka. Treba naglasiti da u fenomenološkom intervjuu patronažna sestra ne propituje niti ispituje samohranu majku, nego empatičnim razgovorom zajedno dolaze do znanja i značaja problematike samohrane majke.

Proveden je standardizirani otvoreni intervju. Na tematskim radionicama dogovoren je s kojim pojmovima i kategorijama te determinantama opisujemo zdravstvenu, socijalnu, psihološku, pravnu i ekonomsku problematiku problema samohranih majki. Kako bi se postigla komparabilnost tekstova intervjuja, dogovoren je 25 standardnih obaveznih pitanja koja je svaka sestra trebala pitati. Sve ostalo bilo je otvoreno. Intervju je vodila jedna patronažna sestra dok je druga (s njom u paru) bila promatrač.

Patronažna sestra najprije obrazlaže svrhu intervjeta, zatim dogovora prikladno vrijeme intervjeta obavezno u stanu majke, te nakon formalnog potpisivanja intervjuiraju u slobodnom i neograničenom vremenu. Priprema intervjeta zahtijevala je bar dva kontakta patronažne sestre. Tehnički, sestra je koristila diktafon i sama pripremala transkripte u elektroničkom formatu.

## **Analiza transkripta**

Postupak prepoznavanja pojmove u nekom tekstu, jednostavnih i složenih, zovemo dekonstrukcijom teksta.

*Dekonstrukcija teksta* počinje s prepoznavanjem i izvlačenjem karakterističnih riječi, misli, kratkih rečenica i stvaranjem popisa tzv. mikro-pojmova. Pojam je misaona sinteza bitnih, zajedničkih obilježja istovrsnih predmeta koja ima opseg i sadržaj (Hrvatski enciklopedijski rječnik, 2002).

Daljnji korak dekonstrukcije teksta je definiranje nadređenih pojmove na osnovi mikro-pojmova, tzv. makro-pojmova, a termin koji najčešće koristimo jest kategorija. Kategorija je fundamentalni pojam koji sadrži najopćenitija svojstva, veze i odnose postojanja i mišljenja, te je osnovni element svake analize teksta. Relacija tekst - mikro-pojam - kategorija je osnovna relacija tekstne analize. Pojam je sadržan u tekstu, tekst opisuje rezultat intervjeta i odnosi se prema objektu istraživanja isto kao i mjerjenje, brojevi u kvantitativnim istraživanjima. Tekst i brojevi niz dva su elementa, sirovine svake analize. (Vuletić, 2013).

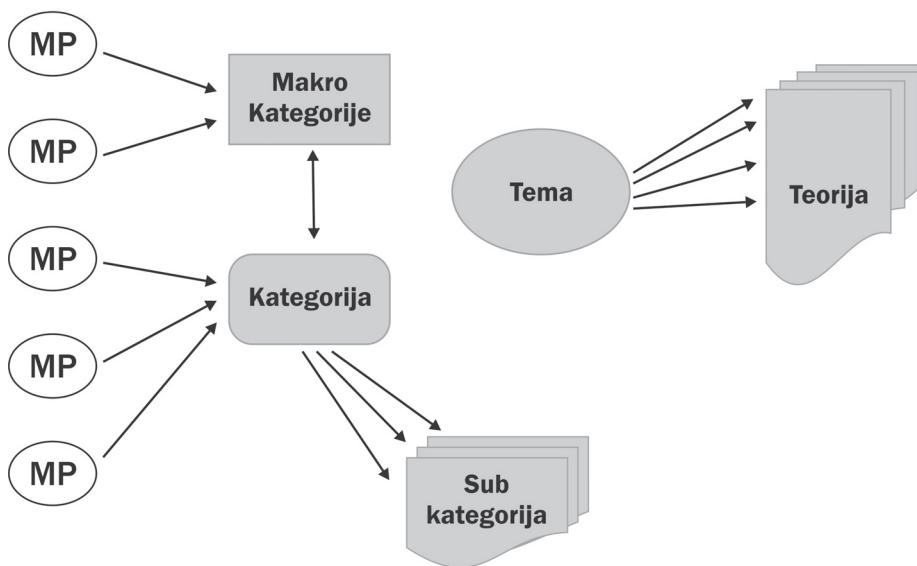
U skladu s ciljevima, tekstna je analiza usmjerenja prema kognitivnim aspektima i značenjima aktera i sudionika (ideologije, pravila, osobni koncepti). Takvim usmjerenjem tekstne analize prepoznato je pet kategorija koje opisuju i tumače problem samohranih majki u istraživanoj zajednici.

### Ciljevi analize:

1. Spoznati realni problem samohranih majki
2. Utvrditi uvjete koji dovode do samohranih obitelji (prepoznati 'trigger' nastanka)
3. Istražiti s ciljem promjena i olakšavanja prepoznatog problema
4. Analizirati s različitih aspekata (triangulacija)

Analiziramo li sadržaje opisanih kategorija otvaraju se brojne teme koje upućuju na potrebe interveniranja. Spomenemo li samo kategoriju institucijske pomoći i zahtjeva samohranih majki ili ponašanje oca, ili ponašanja majčine i očeve rodbine, odmah ćemo ustanoviti teškoću i delikatnost intervencija tog tipa djelovanja na ponašanje pojedinih aktera, sada prepoznatog sustava i tijeka problematike samohranih majki u danoj zajednici.

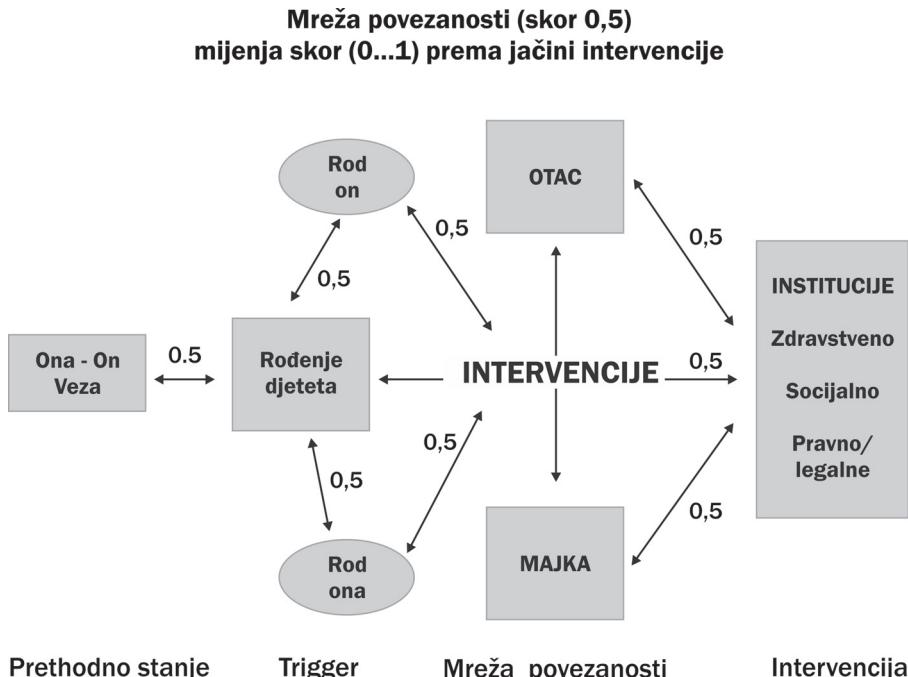
### Model analize intervjeta



**Slika 1. Kategorije tekstne analize projekta  
'Istraživanje problematike samohranih majki'**

Na slikama 1 i 2 prikazan je model tekstne analize i model intervencije. U modelu intervencije prikazani su svi akteri istraživanog sustava, prikazane su sve veze koje zajedno čine mrežu povezanosti i međuutjecaja pojedinih aktera sustava. Ovaj model omogućuje kvantifikaciju intervencije. Primjerice, veze su opisane s koeficijentom 0.5 što označuje slučajnost veza. Recimo da želimo naglasiti intervenciju socijalne i pravne službe na ponašanje oca djeteta, otežat ćemo vezu *institucijska pomoć – otac* s koeficijentom 0.9 što znači da ćemo u ovoj

intervenciji dati primat na djelovanje ponašanja oca, kako sa socijalnog tako i s pravnog aspekta, tj. izbjegavanja alimentacija.



**Slika 2. Model fenomenološke analize problema ‘Samohranih majki’**

Tematiziranjem teksta i formiranjem teorijskog okvira analize tražimo pravila ponašanja, uvjetovanost, a rijetko zakonitost pojave koju istražujemo. Dakle, idiografski, a ne nomotetički.

Pitamo se o smislu pojedinačnih događanja problematike samohranih majki, o razumijevanju, što se to događa, i shvaćanju zašto se netko/nešto dogodilo u istraživanom fenomenu samohranih majki neke zajednice.

## Ponavljanje intervjuja

Jedan od osnovnih principa fenomenološkog istraživanja je *ne prekidati postignute kontakte i veze od strane patronažne sestre*. Tu je uključena izrada intervencija, praćenje potreba, savjetovanje, povezivanje s postojećim službama i nevladinim udrugama te uključivanje u različite programe za pomoći i podizanje kvalitete života, formiranje baze podataka za djelovanja, podrška samoorganizaciji roditelja, posebno majke, razvoj i ponuda usluga besplatnih usluga namijenjenih djeci i majkama u zajednici - dijapazon djelovanja je ogroman.

U tu svrhu u drugoj etapi patronažne su sestre provele 27 ponovnih intervjuja. Procjenjivale su ponovno socijalni status, stambeno pitanje, materijalnu situaciju, radnu okolinu, zdravstvene usluge, kvalitetu života, aktivnosti djeteta, osobni napredak, prehrambene navike, potporu oca i njegove obitelji, potporu majčine obitelji, okoline i raznih programa poboljšanja teških situacija. Za većinu intervjuja možemo reći da je uspostavljen stalan dijaloški fenomenološki intervju dviju osoba koja nastoje promijeniti i poboljšati svu zdravstvenu i socijalnu patologiju problematike samohranih majki u zajednici.

Analiza tekstnih transkripata je u tijeku. Navodimo 27 kategorija bitnih promjena koje su se dogodile tijekom godine dana praćenja, a prepoznate su tekstnom analizom. Izrekom mikropojmovi glase:

- *promjena na bolje po svim osnovnim elementima rizika,*
- *pozitivna promjena oca,*
- *majka ne reagira na kontakt i gubitak veze,*
- *usprkos jačim promjenama u životu elementi rizika se komplikiraju,*
- *gubitak kontakta,*
- *svi elementi rizičnosti i dalje postoje, a razvijaju se i novi rizici,*
- *prekid kontakta, a očekivanja se nisu ispunila,*
- *i dalje ista situacija, a majka ništa ne poduzima,*
- *pozitivno-zaposlenje, ostalo bez promjena,*
- *pozitivna promjena u oca, ostalo isto,*
- *promjena nagore usprkos mirenju socijalne službe,*
- *majka i dalje borbena i aktivna da poboljša situaciju koja je i dalje teška s minimalnom pomoći institucija,*
- *i dalje neriješena situacija bez minimalnih promjena na bolje, a rizičnost još složenija,*
- *majka s puno nastojanja da promijeni situaciju, ali elementi rizičnosti ostaju isti,*
- *samostalna i aktivna majka koja održava tešku situaciju, ide prema boljem,*
- *samostalna i aktivno sve rješava sama, a glavni problem je oslobođiti se partnera,*
- *samostalna i poduzetna majka koja rješava rizičnost situacije,*
- *samostalna majka koja poboljšava situaciju no glavni elementi rizičnosti ostaju isti, a neki se i pogoršavaju,*
- *majka samostalna i poduzetna situacija poboljšanja susretom novog partnera,*

- *dijete u stresu gubitkom oca,*
- *nema pomoć institucija,*
- *samostalno i poduzetno rješava svoju situaciju,*
- *svi problemi i dalje isti, jaki, jedino svjetlo je susret nove osobe koja ima razumijevanje za nju i djecu,*
- *i dalje bez pomoći, komunikacija sa mužem i institucijama i dalje loša,*
- *situacija poboljšanja s obzirom na posao i maltretiranje od muža, ostalo isto,*
- *dominira loša komunikacija između oca i majke,*
- *otpor djeteta spram oca,*
- *situacija poboljšana zbog pomoći institucija, informiranje od patronaže,*
- *pogoršana situacija na poslu (ukinut doplatak, radi samo jednu smjenu),*
- *otac ne plaća alimentaciju niti pita za dijete,*
- *nema pomoć institucija*

U tijeku je dalja analiza transkriptata prepoznavanje tema i stvaranje teorijskog okvira praćenja i analize problematike samohranih majki.

## Evaluacija

Evaluacija, vrednovanje svih procesa i ishoda tijekom fenomenološke analize zahtijeva sistematsko prikupljanje informacija iz svih faza i etapa istraživanja. Ona mora biti kontinuirani proces i ni u kojem slučaju ne smije se izvoditi po svršetku istraživanja. Evaluacija služi stvaranju teorije kako i zašto se problem razvija ili rješava tijekom istraživanja.

Odgovoriti na teorijska pitanja koja nam se nameću za vrijeme analize, znači odgovoriti *što se to u procesu rješavanja problematike dogodilo te zašto se upravo tako dogodilo.*

Odgovor na *što* ukazuje nam koliko smo razumjeli dani fenomen, a odgovor na *zašto* jesmo li ga i shvatili.

Pragmatički, evaluacijski kriterij ovog fenomenološkog istraživanja je: što sam dobio, kako mogu dobivene rezultate vrednovati? To se svodi na pitanje partikularizacije i generalizacije. Može li se partikularno iskustvo generalizirati kao nešto sveobuhvatno i sveopće. Odgovor na ta pitanja srž je fenomenološke evaluacije (Vuletić, 2013).

U ovoj fazi istraživanja formulirana su četiri tipa indikatora za programske procjene:

**A. *INPUT indikatori*** (faza ulaza u program i intervencije).

Input indikator uključuje materijalne i mentalne resurse koji su potrebni za implementaciju programa i intervencija. Rade se indikatori za politike programa, ljudskih i materijalnih resursa, financija, facilitatora, radionica, treninga, fondova.

*Primjer:* broj patronažnih sestara koje su izrazile spremnost i znanje sudjelovanja u projektu

**B. *OUTPUT indikatori*** (izlaz iz programa/intervencije)

Output indikatori mjere jesu li se planirane aktivnosti programa ostvarile. Output indikatori procjenjuju kako je program prenesen na korisnike, objekte intervencija, kakve su reakcije korisnika na akcije itd. Output indikatori procjenjuju kvalitetu aktivnosti (*quality monitoring*). Treba napomenuti da output indikatori monitoriraju implementaciju i kvalitetu, ali ne donose informacije o rezultatima i impaktu aktivnosti.

*Primjer:* Koliko je radionica održano, koliko predavanja, koliko propagandnih materijala podijeljeno, koliko edukativnih sastanaka s majkama održano, koliko dogovorenih intervjua itd.

**C. *OUTCOME indikatori*** (ishod programa/intervencije)

Outcome (Outcome = rezultat) indikatori specifično se odnose na ciljeve intervencija, tj. na rezultate intervencija. Outcome indikatori pokazuju kvantitetu ('koliko mnogo') i kvalitetu ('kako dobro') programi i aktivnosti su implementirani.

*Primjer:* broj provedenih fenomenoloških intervjua, korisnost intervjua u prepoznavanju kategorija i sl.

**D. *IMPAKT indikatori*** (učinak programa/intervencije)

Impakt (impact=učinak s odmakom) indikatori ukazuju na stanja koja su realizirana zbog naših intervencija. Oni ostaju trajno u ponašanjima populacije ispitanika.

*Primjer:* broj ili postotak majki s kojima je realiziran kontinuitet intervencije ili problem potpuno ili djelomično riješen (npr. alimentacija).

**Zaključno:** Svaka programska procjena bi u pravilu trebala započeti s meta-programom. Meta-program je kvalificirano i kvantificirano izražen cilj koji se želi postići do određenog datuma. On mora biti prikazan s kompletним setom indikatora, prikazujući logični slijed procesa Input-Output-Outcome-Impakt.

**ONA – ON veza:**

Bračna/nebračna, trenutna/trajna veza koja ne odgovara po zrelim svojstvenim vrijednostima zajedničkog života, u njoj je geneza i uzročnost nastanka problematike jedno-roditeljskih obitelji

**ONO – rođenje djeteta:**

Triger svih problema samohranih majki, ono uzrokuje probleme, promjene i nove oblike ponašanja svih aktera novog socijalnog mikro-svijeta

**ONA – nova:**

Mlada žena do 35 sa 7 i manje godišnjim djetetom, zrela i realno prihvata svoju situaciju, često s visokim stupnjem samostalnosti, pravim odnosom prema stigmi, mnoge sa zanimanjem, ali bez zaposlenja; u otežanoj ekonomskoj situaciji, naglašenoj brizi za dijete te odgađanje društvenog života

**ON- novi:**

Muškarac potpuno nespreman prihvati svoje novo dijete, ponašanje - niječe i izbjegava obaveze, često već ima dijete u drugom braku, ponekad serijski stvara isti, ali novi problem u novoj vezi, otežava postupak alimentacije, često bez zanimanja i sa slabim financijama

**ONA – rodbina:**

Brze i prve reakcije na rođenje unuka, najčešće se mobiliziraju u nizu baka – sestra – ujna – prijateljica, nikada muški član obitelji

**ON – rodbina:**

Isključivo (rijetke iznimke) potpora svome sinu, često niječu unučad, optužbama majke te rijetko i nedovoljno prihvacačaju neku mini-obavezu prema unučadi.

**Institucijska pomoć:**

*Zdravstvena pomoć* i skrb osigurava se pedijatrijski za dijete i ginekološki za majke; PZZ se u pravilu ne pojavljuje; *socijalna i pravno-legalna* nedovoljna i nepotpuno provedena; informacijski mrak

**Zahtjevi:**

dječji vrtići, CSS alimentacija, nositi se s birokracijom, financije svih vrsta, savjeti svih vrsta, edukacija majki, 24-satni telefon, sistem upućivanja prava na zaštitu

Što je pokazalo ponovno intervjuiranje?

Analizom transkriptata ponovljenog intervjuiranja prepoznate su tri kategorije: promjena nabolje, stanje isto ili se pogoršalo, i gubitak kontakta sa samohranom majkom. Do poboljšanja je došlo u petnaest slučajeva. U osam je slučajeva stanje ostalo isto ili se pogoršalo, a u četiri slučaja patronažne su sestre izgubile svaki kontakt sa samohranim majkama.

### ***Situacija se poboljšala.***

*Po svim rizicima došlo je do poboljšanja: pozitivna promjena oca, majka se zaposlila, osjeća se bolje nakon rastave, dobiva alimentaciju, uzima sve u svoje ruke, oslobođa se partnera, sama bez institucija rješava svoje teškoće, susret s novim partnerom, dobila vrijedne informacije od patronažne službe.*

### ***Situacija ista ili pogoršanje***

*Rizici su isti ili se pogoršavaju: usprkos nastojanjima sve ostaje po starom, dolaze novi rizici, loša komunikacija s ocem, dijete je razvilo otpor prema ocu, majci ukinut doplatak, otac maltretira majku i ne pokazuje interes za dijete, odbija plaćanje alimentacije.*

### ***Gubitak kontakta sa majkom***

*Strima je majkama izgubljen svaki kontakt dok je jedna odbila svaku komunikaciju s patronažnom sestrom.*

Kako dalje nastaviti fenomenološko praćenje samohranih majki?

Krajnji cilj (*target*) projekta praćenja jednoroditeljskih obitelji bio je uvesti skrb patronažnih sestara oko samohranih majki kao svoju stalnu rutinsku aktivnost. Do sada je samo jedna patronažna sestra uvela grupni rad sa samohranim majkama na svojem terenu. U principu, fenomenološka evaluacija treba završiti s impaktom, naime, *jesu li, kako su i koliko su patronažne sestre uvrstile skrb samohranih majki u svoju rutinu.*

# REFLEKSIJA NA PROVEDBU PROJEKTA COSI U HRVATSKOJ

**Sanja Musić Milanović, Marija Delaš, Maja Lang Morović**

Istraživanje Svjetske zdravstvene organizacije – „*European Childhood Obesity Surveillance Initiative*“ (COSI) pokrenuto je sa svrhom osvjećivanja problematike epidemije debljine u populaciji djece rane školske dobi, s ciljem kontinuiranog praćenja kretanja trenda debljine u djece. Republika Hrvatska (RH) priključila se istraživanju u školskoj godini 2015/2016. Istraživanje je prema protokolu Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) provodio Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) uz potporu Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta (MZOS) te Ministarstva zdravlja (MZ).

U sklopu istraživanja, provedena su antropometrijska mjerena (mje-renje tjelesne visine, tjelesne mase, opsega struka i bokova) i ispunjeni su anketni upitnici (upitnik za provoditelje istraživanja, upitnik za škole i dobrovoljni upitnik za obitelj djeteta). Opisana refleksija nastala je kao rezultat refleksija 14 članova tima provoditelja i članova koordinacijskog tima na provedbu istraživanja COSI u RH. Originalne pojedinačne refleksije prikazane su kao prilog ovom tekstu.

Priprema, koordinacija i provedba istraživanja na terenu bile su najvećim dijelom vrlo pozitivno iskustvo za sve nas. U pripremnoj fazi, nesvesni očekivanja i pomalo u strahu, kao provoditelji, prošli smo edukaciju za provedbu te se međusobno upoznali i napravili plan terenskog rada. S obzirom na relativno mali broj timova provoditelja, izazov je bio provesti mjerjenje u svim odabranim školama unutar RH u vremenskom razdoblju od 8 tjedana. Ograničavajuće je bilo i logističko planiranje prijevoza. Naime, dostupnim automobilima u vlasništvu HZJZ-a smjeli su upravljati samo njegovi zaposlenici pa je po jedan predstavnik HZJZ-a trebao biti u svakom od timova što je često bilo vrlo teško izvedivo zbog prostornih udaljenosti i smjenskog rada škola. U velikom broju škola razredna nastava se provodi samo u jutarnjoj smjeni pa nismo mogli obići više od dvije škole dnevno.

Ipak, zahvaljujući timskom radu, provedba je prolazila dinamično i u pozitivnoj atmosferi, često izazivajući smijeh zbog izgubljenosti na brojnim cestama i puteljcima koji su vodili do odabranih, često na karti pogrešno označenih škola po cijeloj Lijepoj našoj. Poneke nesuglasice uglavnom su bile vezane uz preferencije škola, ali su sve završavale pozitivno i dodatno povezale članove timova na privatnoj i profesionalnoj razini. Uz osnaživanje suradnje, pozitivna strana sudjelovanja u istraživanju bio je i doprinos stvaranju slike stanja uhranjenosti djece u RH i promicanju zdravlja u djece školske dobi.

Predstavnici škola su uglavnom bili vrlo susretljivi i odlični domaćini te bi nas u školama dočekivali ne samo s toplim napitkom već često i s ponuđenim cjelovitim obrokom. Druga strana, negativan stav nekih nastavnika prema istraživanju imao je negativan učinak na odaziv roditelja koji nisu bili motivirani na sudjelovanje njihove djece te su odbili sudjelovanje njihovog djeteta u istraživanju.

Najveće zadovoljstvo prilikom mjerena bilo nam je vidjeti osmjehe i sjaj u očima mališana s kojima smo se susretali. Zahvaljujući susretljivosti većine nastavnika, suglasnosti roditelja, ispunjeni roditeljski upitnici najčešće bi nas dočekali spremni na stolu, a djeca odjevena u sportsku odjeću bi znatiželjno iščekivala naše sljedeće korake. Ponekad bi strah nadvladao znatiželju pa bi nas povezivali s bijelim kutama i bolnim injekcijama. Poneka djeca su se zbog veće tjelesne mase sramila pristupiti mjerenu. Međutim, čim bi pred djecom otvorili transportnu torbu, pokazali opremu, pružili im osmijeh i obećali da nitko neće vidjeti njihove mjere, strah je nestao s njihovih lica, a nestrpljenje da napokon dođu na red za mjerjenje samo bi još više poraslo. Djeca čiji roditelji nisu potpisali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju bila su razočarana i pokušavala su nas uvjeriti da ih ipak uključimo, no iz etičkih razloga morali samo ih odbiti i, poštujući odluku roditelja, izostaviti iz mjerena.

Izvor nezadovoljstva i osjećaja nelagode predstavljala je početna potreba prilagodbe na električnu varijantu upitnika koji uključuje antropometrijska mjerena djece. Ovaj upitnik bio je predviđen za direktan unos u bazu podataka prilikom samog mjerena što nije bilo uvijek moguće zbog loše internetske veze u školama i produženog trajanja cjelokupne provedbe mjerena u pojedinoj školi. Uz to, korištenje računala prilikom mjerena djece stvaralo je barijeru u odnosu s djecom i otežavalo spontanost i neposrednost u kontaktu. Upitnik za škole i upitnik za roditelje, koje su također popunjavalni provoditelji mjerena, bili su u tiskanoj formi te ih je bilo potrebno naknadno upisati u bazu podataka što je zahtijevalo dodatno vrijeme nakon provedenog mjerena djece u školama.

Za samu evaluaciju uspjeha provedbe istraživanja važno je da je istraživanje dovršeno po planu, uključenost dionika: od djece, preko škola, suradnih Ministarstava pa do tima provoditelja te značenje dobivenih rezultata za RH kao neovisnu državu te kao zemlju članicu Europske unije i Europskog ureda SZO.

Prva stepenica u uspjehu provedbe istraživanja COSI u RH je što smo, u zadanom roku od 8 tjedana, uspjeli dovršiti sva mjerena djece u cijeloj državi, u svim školama koje su prostorno smještene i u kontinentalnom dijelu Hrvatske i na otocima. Provedba mjerena, osim prikupljanja podataka značila je i rad u multidisciplinarnom timu što je doprinijelo razvoju naših komunikacijskih i organizacijskih sposobnosti. Negativna strana ovog dijela bila je električni model unosa podataka u bazu podataka. Korištenje računala u školama otežavalo nam je provedbu jer je produljivalo vrijeme mjerena u školama, zahtijevalo

dobru internetsku vezu koju u nekim školama nije bilo moguće ostvariti te je stvaralo barijeru u kontaktu između učenika i ispitivača. Osim toga, naknadno upisivanje roditeljskih upitnika predstavljalo je problem jer je nekolicina pitanja bila izmijenjena u odnosu na hrvatski prijevod upitnika pa je unos ovih podataka zahtijevao posebnu pažnju.

Reakcije dionika, od djece, ostalih djelatnika škole, suradnih ustanova te naših kolega provoditelja, uglavnom su pozitivne. Od otvorenosti nadležnih ministarstava, vedrog duha razrednih nastavnika i ostalih djelatnika škole te razigrane znatiželje učenika do ambicioznosti i motivacije kolega provoditelja sve je prošlo u najboljem redu. Ipak, u pojedinim školama mogla se sresti nepripremljenost učitelja koji nisu svaki put bili upućeni u svrhu i metodologiju istraživanja. Što se tiče djece, ona su uvijek bila spremna sudjelovati u istraživanju te su nemali broj puta bila razočarana ukoliko baš njihovi roditelji nisu dali pristanak za sudjelovanje u istraživanju. I naši kolege provoditelji, koji su prošli edukaciju SZO iz metodologije istraživanja, bili su motivirani i dobro raspoloženi.

Cjelokupna provedba i značenje istraživanja COSI u RH može se sagledati kroz pozitivne i negativne strane odnosa između koordinacijskog tima i ostalih dionika koji se mogu prema bliskosti sa samim timom podijeliti na tim provoditelja istraživanja, osnovne škole uključene u istraživanje, RH u cijelosti, regionalni ured SZO te ostale europske zemlje koje su također sudjelovale u provedbi istraživanja u istom vremenskom periodu (Tablica 1).

Najbliža suradnja koordinacijskog tima HZJZ-a bila je s provoditeljima istraživanja. Većinu kolega provoditelja istraživanja činili su specijalizanti epidemiologije, ali i zdravstveni djelatnici i suradnici koji su prošli edukaciju SZO o metodologiji COSI-a. Timovi su se sastojali od 2 istraživača. Budući da se istraživanje moralo provesti u svim županijama, na kontinentu i na otocima, formiranje i koordinacija multidisciplinarnih timova predstavljala je izazov koji je uspješno svladan, suradnja javnozdravstvenih djelatnika iz cijele RH bila je vrlo pozitivna i ugodna, a istraživanje je provedeno u planiranom roku.

Sljedeća razina suradnje bila je s osnovnim školama. Veliki uzorak je omogućavao reprezentativnost, ali i teško dohvataljivu broku što je zahtijevalo dodatne koordinacijske i komunikacijske vještine.

Istraživanje COSI se provodi u vrijeme nastave i ne zahtjeva dodatne dolaske djeteta na mjerjenje. Pozitivno je što se mjerjenje odvija u prostoru koje dijete poznaje i na koje je naviklo, u okružju vršnjaka. No, kako pozitivne, ovakva provedba ima i svoje negativne strane koje se ogledaju kroz prostornu udaljenost škola što dovodi do povećanja ukupnih troškova istraživanja, otežane koordinacije, ali i ometanja provedbe redovnog nastavnog plana. Kako bi izbjegli ometanje nastave, dolazili smo u škole u unaprijed dogovorenim terminima, a učiteljicu razredne

nastave zamolili smo za suradnju u smislu pripreme materijala i usmjeravanja učenika u prostorije u kojima su se provodila mjerena. Djelatnici i učenici škola, kao i mi iz tima provoditelja, bili su uglavnom pozitivno raspoloženi i suradljivi pa je i provedba mjerena na terenu protekla u najboljem redu.

**Tablica 1. Kategorije i mikro-pojmovi**

Kategorije	Mikro-pojmovi
Znanstveni doprinos rješavanju JZ problema debljine u djece:	Stvaranje slike stanja uhranjenosti djece u RH Provjeta antropometrijskih mjerena djece Uspjeh provedbe i postizanje reprezentativnosti uzorka Sustav praćenja stanja uhranjenosti učenika nižih razreda osnovne škole Medunarodna suradnja i usporedivi podaci
Iskustvo provoditelja na terenu; jake i slabe strane:	Terenski rad otežan prostornom udaljenosti škola Pozitivno iskustvo sudjelovanja provoditelja u svim fazama Mali broj timova provoditelja Povezanost članova tima Pozitivna atmosfera među kolegama Rijetke nesuglasice Osnaživanje suradnje Multidisciplinarnost Otežana provedba korištenjem elektroničke verzije upitnika Olakšana provedba zbog protokola SZO Suradljivi vs. nesuradljivi predstavnici škola
Osjećaji mjerene djece	Radost i znatiželja djece Strah djece od liječničkog pregleda Mjerenja u školskom okruženju kao prostoru sigurnosti djece Sram djece vezan uz vlastitu tjelesnu masu Želja djeteta za sudjelovanjem Prilagodba komunikacijskog stila provoditelja u radu s djecom
Osjećaji roditelja mjerene djece:	Etički aspekt aktivnog pristanka za sudjelovanje djeteta u istraživanju od strane roditelja Razlozi nepotpisivanja aktivnog pristanka od strane roditelja
Multisektorska suradnja:	Pozitivne reakcije dionika Multidisciplinarnost

Najveću poteškoću provedbi predstavljala je baza podataka u koju smo na licu mjesta bilježili podatke o djetetu. Ovaj način unosa, osim tehničkih smetnji i produljenog vremena trajanja mjerena u školi, stvarao je i barijeru u odnosu učenik – provoditelj istraživanja. Korištenje klasične papirnate forme, u ovom slučaju bilo bi praktičnije jer omogućuje neposredni odnos s djecom te skraćuje vrijeme provedbe na terenu.

Sljedeći izazov na koji je tim provoditelja nekad nailazio u školama bio je nepripremljenost nastavnika. Iako smo svi unaprijed zamolili da nam se pri dolasku u školu osigura popis djece s datumima rođenja, ponekad bi te podatke morali samostalno prepisivati. Važnost ovih podataka neizmjerno je velika, s jedne strane jer je proces ometanja nastave bio kraći (prozivanje djece, povezivanje rezultata mjerjenja s datumom rođenja djeteta), a s druge strane što su koristili u izračunu odaziva u sudjelovanju. Manjkavost ovog segmenta rada na terenu predstavljalala je problem prilikom analize prikupljenih podataka te su sve škole zbog toga bile naknadno telefonski kontaktirane vezano za podatak o broju djece po razredu.

Uz tehničke poteškoće i povremenu nepripremljenost, ponekad bi učenici čiji roditelji su odbili sudjelovanje u istraživanju bili razočarani i zbumjeni i svejedno su željeli biti uključeni u mjerjenja. Nažalost, tada bi iz etičkih razloga članovi tima morali odbiti mjeriti djecu što je rezultiralo pokunjenošću i nezadovoljstvom mališana. O razlogu odbijanja roditelja možemo samo nagađati - od nepovjerenja prema sustavu i dobrim namjerama provoditelja istraživanja s ciljem postizanja boljeg općeg dobra, do zasićenosti brojnim inicijativama, istraživanjima i projektima koji se u posljednje vrijeme često provode u osnovnim i srednjim školama. Uz pismeni pristanak roditelja na sudjelovanje djeteta u istraživanju, također smo i pri provedbi mjerena od svakog djeteta tražili i aktivni pristanak za sudjelovanje kako bi provedba bila u potpunosti usklađena s etičkim načelima. U budućoj provedbi COSI-a, ali i ostalih istraživanja ovo iskustvo može se pozitivno iskoristiti i učiteljima razredne nastave, koji su u neposrednom kontaktu s roditeljima, naglasiti ovaj problem i važnost informiranja roditelja o razlozima provedbe istraživanja ovog tipa i negativnim posljedicama debljine na cjeloživotno zdravlje.

Pozitivan učinak istraživanja ovog tipa za cijelu regiju, a posebno za RH ogleda se kroz dobivanje uvida i začetak sustava praćenja stanja uhranjenosti učenika nižih razreda osnovne škole.

Sudjelovanje u međunarodnom istraživanju organiziranom prema protokolu SZO-a pokazalo se kao odlično iskustvo svim članovima tima, jer smo dobili priliku izbrusiti svoje kompetencije, od profesionalnog segmenta prikupljanja podataka i preuzimanja opreme, koordinacije i ispravnog uzimanja antropometrijskih mjera do senzibilizacije i prilagodbe u komunikaciji s djecom.

Također, istraživanje je u cijelosti provedeno uz visoku razinu odaziva ispitanika. Iako rezultati o stanju uhranjenosti te prehrambenim i navikama tjelesne aktivnosti učenika nižih razreda osnovne škole u ovoj fazi još nisu dostupni, početak provedbe istraživanja COSI u RH predstavlja temelj sustava praćenja navika, školskog okruženja i stanja uhranjenosti djece u RH.

## **Prilog - Originalne pojedinačne refleksije**

1. „Ovo istraživanje za mene je bilo intenzivno i emotivno snažno obojeno. Budući sam i sama prije nepunih dvije godine postala majka, odlazak na teren i druženje s osnovnoškolcima (pogotovo najmlađima) doživjela sam kao užitak, a ne posao. Dječja znatiželja, razigranost i dosjetljivost, dovodili su nas do suza. Ponekad je bilo straha i nepovjerenja no kroz igru i smijeh, moj tim brzo bi pridobio povjerenje malih glavica. Radi takvih trenutaka, sretna sam što sam mogla sudjelovati i biti dio ovog istraživanja. Isto tako zahvalna sam mojim kolegama, koji su činili moj tim. Odlično smo se slagali i oko svega se lako dogovorili, što je terenski posao činilo još lakšim i jednostavnijim.“ (Juanette Budimilić Mikolaci)
2. „Djeca, koju smo antropometrijski ispitivali, su samo naša mala dječica. Na koncu konaca, jedino sto ostaje nakon nas samih su - oni. I zašto, uza sve to, ne omogućiti im i zdraviji, kvalitetniji život? U tijeku projekta COSI, osobno sam naišla na izvrsnu suradnju kako s kolegama iz cijele Hrvatske tako i s nadređenima. Za djecu je samo istraživanje bilo - uigrano učenje o zdravlju, razgovarali su s nama, pitali o svemu, a dobili i odgovore, Nadam se da će i sami prenijeti roditeljima svoje doživljaje cime se educira i njih same.“ (Višnja Gogić)
3. „Rad s djecom u provedbi COSI-a bio mi je poseban izazov. Osobno sam se uvjerila da je vrlo važan pristup i način komunikacije, odnosno kako se obraćamo djeci. U jednom razredu sam nakon obavljenog mjerjenja dobila na dar dva crteža od dvije učenice što me je posebno razveselilo. To je bilo vrlo simpatično, djeca su nam na taj način izrazila dobrodošlicu i zadovoljstvo što sudjeluju u ovom važnom istraživanju. Uvijek kada sam okružena djecom ispunji me neka posebna pozitivna energija, kao da se nalazim u nekom drugom svijetu punom iskrenog ozračja, ushićenja i životne radosti, a tako je bilo i tijekom provedbe COSI-a. Smisao cijelog projekta iz moje perspektive u konačnici je prevencija kroničnih bolesti i promocija zdravlja. Smatram da je najvažnije pravilne i zdrave životne navike usvojiti u najmlađim danima jer se tako najlakše osigura optimalan rast i razvoj djece, a u budućnosti time bi se spriječilo nastajanje i razvijanje brojnih kroničnih bolesti koje danas predstavljaju veliki javnozdravstveni problem. Tijekom ispitivanja susrela sam se s vrlo zanimljivim i zdravim odabirom sadržaja zajutraka, primjerice danas popularnih smoothija, ali s druge strane, bilo je i djece koja prije škole ništa ne doručkuju. Zaključno, sudjelovanje u projektu je jedno lijepo iskustvo te se nadam da će cijeli projekt biti korak u obuzdavanju suvremenih kroničnih bolesti.“ (Iva Janković)
4. „Početak mog specijalističkog usavršavanja iz epidemiologije i dolazak na Hrvatski zavod za javno zdravstvo ostat će mi povezani sa COSI istraživanjem.

U to vrijeme sve mi je još bilo novo, oko mene su se koristile meni nepoznate razne kratice brojnih istraživanja, projekata kao i imena brojnih ljudi te je u mojoj glavi sve bilo zamršeno. Ipak, znala sam da je samo pitanje vremena kada će sve sjesti na svoje mjesto dobivajući sve bolji uvid u ono što se radi i mojim uključivanjem u radne aktivnosti. Jedna od kratica bila je i COSI. „Za COSI ćemo trebati... Za COSI nazovite... COSI..COSI..“ stalno se čulo nešto vezano za COSI. I on mi se činio zamršen dok nisam i sama počela sve više sudjelovati u pripremama za njegovu provedbu. Bila je to odlična prilika proći sve korake u pripremi istraživanja, sudjelovati u njemu od početka. Kada je došla na red provedba istraživanja na terenu pobudilo je to u meni veliko uzbuđenje, ali i mali strah kako ćemo to odraditi i hoće li sve proći u redu. Uslijedila su brojna mjesta, brojni kilometri, brojne škole, brojna djeca. U svim su nas školama lijepo dočekali, djeca su se veselila mjerjenjima i bila prije svega znatiželjna jesu li narasla i koliko od početka školske godine. Na kraju je sve prošlo zaista odlično i ispunilo i više od svih mojih očekivanja. Vrijeme nas je također služilo što je uvelike olakšalo naše putovanje od škole do škole, iz županije u županiju. Nakon provedenih mjerjenja i rada na terenu trebalo je nastaviti s upisom podataka, što je bio manje zabavan posao. No, da bismo u konačnici mogli raditi analizu i dobiti informacije o rezultatima i to je bilo neophodno, a upravo znatiželja kakvi će biti rezultati je održavala moju motivaciju. COSI će za mene ostati u lijepom sjećanju. Donio mi je veliko iskustvo, i radno i životno. Sada za mene on više nije samo kratica, COSI su za mene ljudi, osmjesi, mirisi, okusi, boje i predivni krajolici.“ (Diana Jovičić)

5. „Svako mjesto, svaka škola, svako dijete pustolovina nova. Moja je počela onoga dana kad se oko COSI-a stvorila galama. Priliku za suradnju želi svatko; samo da sve prođe brzo i glatko. Roditelji su bili prava muka; kao da nikad nisu vidjeli mjerjenje struka! Neki svoje dopuštenje nisu dali koliko god mi dubili na glavi. Učitelje i učiteljice nije baš bilo briga, ali djeca... za njih je to bila prava igra. Poredani u učionici ko vojnici stoje pitajući se za ime moje. Predstavljajući sebe i kolegu pitaju se koji/koja sam po redu? Sve oči djece uprte u mene, željno čekajući da mjerjenje krene. Uzmem im mjere struka i boka, djevojčice viču; mala sam, a ne visoka. Glasni žamor razredom kruži, shvatiš odmah tko se sa kim druži. Često mi kažu ja debela nisam, samo sam jaka, kaže mama da je to od zraka. A kad nam vaga vrtoglavu ode, kažemo im da nismo ovdje zbog mode. Uputiš im riječi nježne i meke jer u svakom vidiš svoje dijete. Ponosno se vraćaju u klupe svoje, oni su heroji nikog se ne boje. Kad školsko zvono zazvoni za kraj sata vrište po hodniku BILO JE SUPER ! mama, tata...“ (Lana Kasumović)
6. „Projekt COSI i moje sudjelovanje u njemu sam doživio kao vrlo zanimljivo i nadasve pozitivno iskustvo. Suradnja s zaposlenicima škola, uključenih u ovaj

projekt, bila je izvrsna. Svi učitelji razredne nastave, ravnatelji škola i stručni suradnici (najčešće pedagozi škole) su bili susretljivi, spremni na suradnju i zainteresirani. Najviše me se dojnilo što smo uspjeli zainteresirati one čija je dobrobit osnovni razlog provedbe ovog projekta – učenike. Zasipali su nas brojnim pitanjima, a mi smo ih kroz odgovore pokušavali educirati o potrebi i koristima zdravih stilova života. Vrlo pozitivno je da smo ostvarili suradnju s učiteljima razredne nastave koji su uspoređivali svoje podatke s našima zbog svoje evidencije. U svim školama su nas, kao izvrsni domaćini, sručno primili i ponudili napitcima i školskim obrokom te nas na trenutak ponovno vratili u školske klupe. Dojma sam da smo uspjeli zainteresirati i veliki broj roditelja koji su na roditeljskim sastancima, prema priči učitelja, postavljali brojna pitanja, ali su većinom bili pozitivnog stava. Veseli me što smo uspjeli podići svijest roditelja o važnosti pravilne prehrane te ih motivirati da utječu na formiranje pravilnih, zdravih navika kod svog djeteta. Ne želim izdvajati niti jednu školu, ali čini mi se kako su nam se ipak malo više radovali u manjim školama.“ (Slaven Krtalić)

7. „COSI je projekt kojim je započelo moje specijalističko usavršavanje iz epidemiologije te će samim time taj projekt uvijek biti i ostati za mene poseban. Ono što me se ponajviše dojnilo jest timski i terenski rad gdje smo se uspjeli povezati i mi istraživači međusobno te također s našim malim sudionicima cijelog projekta. Ponekad me smetalo to što nisu svi sudionici bili jednak predani i ponekad su se mjerena, a i kasnije upisivanja radila onako ‘samo da se odradi’, no ipak to je onaj ljudski faktor na koji trebam uvijek računati u budućim istraživanjima i ne uzrujavati se ako je meni nešto jako važno, a drugima to tek neki tamo projekt. Terenski rad je koliko zanimljiv koliko i naporan, jer kad se samo sjetim koliko škola smo znali dnevno obići i koliko puta smo svakome ponaosob ponovno govorili što i kako treba, jer ipak su to mali kikići koji se u tren zbune kada im u učioniku stignu neki nepoznati ljudi koji će ih pritom mjeriti i vagati. Ono što zaista moram priznati jest kolikogod da se činilo paradoksalnim, ali zbilja nakon tako nabijenog rasporeda po terenu samo upisivanje rezultata došlo je kao odmor. Jednom kada se uhvatilo ritam, pohvatalo se gdje što na tipkovnici laptopa služi za koji dio upitnika to je bilo kao pjesma... A i rezultati na koje smo nailazili su bili zapanjujući. Posebno su me veselilo, a ponekad i rastužilo kada bi roditelji ostavljali komentare na kraju roditeljskih upitnika. Bilo je tu od tužnih komentara gdje roditelji spominju kako bi rado priuštili djeci bolju prehranu, ali nemaju novaca do onih koji su povećanu tjelesnu težinu svoga djeteta pravdali na razno razne pa nekada i izrazito smiješne načine. Ono čemu se kao sudionik u tako velikom istraživanju veselim jesu rezultati cjelokupnog istraživanja te kakvi su u odnosu na druge europske zemlje. Veselim se i sljedećem COSI-ju, ali se do tada nadam da ćemo uspjeti poduzeti nešto kako bismo zaustavili rastući trend prekomjerne tjelesne

težine i pretilosti u djece te kako bismo obrazovali naše mališane o važnosti raznovrsne prehrane.“ (Nika Matovac)

8. „Neznanje. Strepnja. Nepoznato. Kolege. Olakšanje. Rad, rad, rad. Novi prijatelji. Rastanak.“ (Bojana Nikitović)
9. „Tijekom provedbe COSI istraživanja obišli smo više osnovnih škola na području Istarske županije. Projekt je bio dobro organiziran. Bio je to moj prvi veći terenski epidemiološki rad. Projekt mi je omogućio da upoznam ljudе iz obrazovnog sustava u Istri. Bilo je vrlo zanimljivo čuti njihova razmišljanja o problematice pretilosti kod djece. Redovito smo se doticali i drugih tema pa sam naučio dosta o trenutnom stanju u osnovno školskom obrazovanju. Posebno sam zapamtilo riječi jedne ravnateljice: većina djece danas zna sva svoja prava, a ne može nabrojati tri svoje učeničke obvezе. Druženje sa djecom je isto bilo za mene produktivno. Naučio sam dosta o njihovim prehrambenim navikama i o odnosima u obitelji. Nadam se da će uskoro dobiti priliku sudjelovati u sličnom projektu.“ (Željko Pušelja)
10. „Dakle, prvo bih napomenuo da u vezi COSI projekta nisam osjetio neku emocionalnu komponentu, već više jedan određeni vid profesionalnog izazova u smislu koordinacije i provedbe terenskog rada na ovako opsežnom teritorijalnom području (preko 150 škola u cijeloj RH). Sam projekt kao takav mi se izrazito dopao, jer osobno volim i terenski i timski rad. Osvrnem li se na COSI nakon što smo sve odradili, iskreno rečeno ne bih mijenjao apsolutno ništa! Počevši od uvodnih predavanja, preko koordinacije s kolegama specijalizantima epidemiologije (što kao malu digresiju na temu smatram Vašom odličnom odlukom da nas okupite, pošto je iznimno bitno da se kolege u našoj struci dobro upoznaju, razmijene kontakte i budu na pomoć jedni drugima u dalnjem poslu) pa sve do samog rada s djecom i djelatnicima u školama; ne vidim nekog posebnog dijela za poboljšanje. Naravno da uvijek može bolje, ali mislim da bi svi bili sitničavi ako bismo išli tražiti veće nedostatke u projektu ovolikog obuhvata. Zaključno, sve skupa je bilo jedno pozitivno i nadasve drugačije iskustvo, iščekujem sa zanimanjem rezultate COSI-ja i nadam da će ovakvih projekata/istraživanja biti čim više u budućnosti.“ (Ivan Stanić)
11. „Moja su iskustva pozitivna jer je cijeli projekt po mom mišljenju bio dobro pripremljen. Rad sa zdravom djecom može biti samo osvježenje od svih obaveza na poslu. Naravno da za takvu aktivnost i provođenje mjerena treba imati sklonosti ili roditeljskog iskustva jer su se neki kolege/ice gubili. Uz dobru pripremljenost od strane ravnatelja škola i učiteljica cijelo provođenje mjerena djece je proteklo u veseloj atmosferi koju su đaci doživjeli kao neku igru. Jedino smatram da svim zainteresiranim školama treba predočiti rezultate projekta kada bude gotov. Iako ovakvi projekti nisu moj primarni

profesionalni interes (najviše se želim baviti suzbijanjem zaraznih bolesti i cijepljenjem putnika, pomoraca i migranata), prihvatio sam i odradio angažman profesionalno jer smatram da je problem prehrane djece u najranijoj školskoj dobi izuzetno važna javno-zdravstvena tema.“ (Mario Sušan)

12. „Osobno, ovo mi je bilo prvo aktivno sudjelovanje u bilo kojem projektu tokom svoje edukacije tako da je COSI program predstavljao nešto potpuno novo za mene počevši od terenskog rada, koordiniranja rada s kolegama, obradom podataka... Pohvalio bih svoje kolege s kojima sam bio na terenskom djelu obavljanja provedbe COSI projekta jer su predano i marljivo obavljali svoj dio posla. Zadovoljstvo razrednika, a ponajviše djece koja su uz nestrpljenje, zaigranost i bez ikakvog straha čekala svoj red za mjerjenje predstavljala su nam najpozitivnija iskustva u provedbi COSI-a, ali i samu potvrdu da smo svoj posao odradili na susretljiv i korektan način. Na kraju, sama činjenica da sam sudjelovao na projektu koji će prikazati objektivnu sliku stanja prehrane i posljedičnog fizikalnog statusa učenika rane školske dobi na razini Republike Hrvatske, pruža mi osjećaj zadovoljstva jer će prikupljeni podaci u budućnosti pomoći u osmišljavanju projekata promicanja zdravlja putem zdrave prehrane u školama. Na zdravlje se treba misliti od malih nogu, a mi smo tu da mladim generacijama učenika to i prenesemo kako bi to shvatili kao odgovoran obrazac ponašanja..,“ (Ivan Štivić)
13. „Rad na COSI projektu je za nas, specijalizante epidemiologije PGŽ, u neku ruku zbližio. Ne mogu reći da nije bilo svađa, tu i tamo bi se porječkali vezano uz to kome će koja škola pripasti, tko će s kime otići na teren, no to su sve sitnice. Sa sadašnjim vremenskim odmakom mogu reći da je to bilo jedno lijepo i zanimljivo iskustvo. Razno razni događaji mi trenutačno padaju na pamet, no s obzirom da imam ograničenu mogućnost pisanja, u kratkim crtama ću opisati ono što mi je ostalo nاجupečatljivije. Odlaskom u jednu našu riječku školu, kolegica i ja smo ugodno ostale iznenađene dočekom od strane pedagoga i tajnice. Nakon kratkog razgovora upoznavanja (i kolača ☺) započele smo rad u razredu gdje su nam djeca postali asistenti u mjerenu. Pripremali bi nam vagu za kontrolu tjelesne težine svojih razrednih kolega, namještali visinomjer, pazili da svatko izuze cipele i skine mašnice, gumice i špangice iz kose. Stoga smo za tren oka bile gotove! Prilikom odlaska u talijansku školu, probudile smo naš pomalo uspavani talijanski te kod nastavka rada u drugoj školi skoro smo zabunom nastavile pričati jezikom naših susjeda. U još jednoj školi smo naišle na proslavu rođendana i naravno da smo bile počašćene bombonima i čokoladicama, i to u povećoj količini. Uz većinu lijepih iskustava ne bi bilo u redu ne spomenuti i pokoju manje lijepu situaciju, kao na primjer plač jednog djeteta koje zbog svoje malo veće tjelesne težine nikako nije htjelo pristupiti mjerenu. Ili neugodan događaj s jednom učiteljicom koja nam nije htjela dati podatke o djeci čiji su roditelji

odbili mjerjenje radi straha od „internetske zloupotrebe,,. No, to je samo kap u moru ugodnog druženja i zanimljivog iskustva. Iza svega toga ostaje lijepo sjećanje, osjećaj dobro odrađenog posla i želja da će se ovim našim zajedničkim radom doprinijeti kvaliteti života naših mladih generacija.“ (Andrea Šuran)

14. „Sudjelovanje u COSI projektu je bilo korisno i zanimljivo iskustvo. Osobno prvi put sam sudjelovala na projektu Svjetske zdravstvene organizacije koji se bavi važnom javnozdravstvenom temom i nastoji pratiti trendove vezane za prehranu djece i promjene tjelesne težine u djece. Inicijalni sastanci i dogovaranje protokola su mi pružili uvid u složenost provođenja ovakvog projekta. Također su mi sastanci ostali u pozitivnom sjećanju jer smo se svi upoznali, s mentorom i sa svim kolegama, budućim specijalistima epidemiologije. Rad unutar svoga tima mi je omogućio bolje upoznavanje svojih kolega. S obzirom da su ispitanici bili smješteni na različitim lokacijama naše županije upoznali smo i krajeve lijepe naše. U provođenju samog projekta potaknuli smo ispitanike (djecu i roditelje) da promišljaju o važnosti primarne prevencije i promocije zdravlja. Nažalost pokazalo se da u nekim školama ravnatelji/profesori uopće nisu bili upoznati s istraživanjem, a negativan stav pojedinih profesora prema istraživanju je često utjecao i na odaziv ispitanika na mjerjenje. U pojedinim, na sreću i rijetkim momentima je bilo i frustrirajuće održati profesionalnu interakciju s negativnim stavom pojedinih sudionika u istraživanju. Voljeli bi još naglasiti da je možda potrebna i malo kvalitetnija komunikacija između mlađih koordinatora s timovima, pogotovo u momentima kada nastanu pojedini problemi.“ (Morana Tomljenović)



**Slika 1.** Grafički prikaz razina provedbe  
COSI istraživanja u Republici Hrvatskoj

# O SKLONOSTI STUDENATA KOCKANJU I KLAĐENJU

Iva Pejnović Franelić

Svrha istraživanja uz uporabu duhana, alkohola i droga među studentskom populacijom bila je utvrditi i sklonost studenata prve godine sveučilišnih studija kockanju i klađenju, što je bio dio moje doktorske disertacije (2013), a kao dio istraživanja o zdravstvenim ponašanjima i percepciji preventivnih aktivnosti u sklopu znanstvenog projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta pod nazivom „Značajke, kretanje i odrednice ovisničkog ponašanja u mladim“ na zagrebačkom dijelu uzorka. Istraživanje je provedeno 2009. godine. Voditeljica znanstvenog projekta bila je prim.dr.sc. Marina Kuzman, prof.vs, dr.med. Istraživanje na zagrebačkom dijelu uzorka provedeno je uz podršku Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar iz Zagreba, timova za školsku i adolescentnu medicinu, a koordinirano je iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo na kojem sam zaposlena. Sudjelovala sam u svim fazama istraživanja što obuhvaća: izučavanje literature, rad na odabiru dodatnih pitanja u upitniku, pripremnu fazu prikupljanja informacija vezano uz odabir uzorka, odabir uzorka, kontaktiranje i konzultiranje timova na terenu vezano uz prikupljanje podataka, u jednom dijelu prikupljanje podataka na terenu, šifriranje upitnika, u jednom dijelu upis u bazu podataka, provjeru kvalitete upisa, odabir varijabli za analizu i statističku obradu podataka, u određenom dijelu statistička obrada podataka, interpretacija rezultata istraživanja. U dijelu osiguravanja preduvjeta i prijave za provođenje ovog istraživanja dobila sam mogućnost opažanja procesa što mi je kasnije u nekim profesionalnim situacijama bilo vrijedno iskustvo. S obzirom na javnozdravstveno područje medicine kojim se bavim okruženje u najširem smislu dio je mog interesa te sam željela upravo istražiti povezanost istog sa sklonosću kockanju i klađenju u populaciji studenata. Slijedom istog napravila sam odabir varijabli koje su ušle u statističku analizu.

Prvi osjećaji koje povezujem s pripremnom fazom istraživanja bili su kako komunicirati interes za istraživanjem i ovog područja ovisnosti, kockanje i klađenje, za koje sam se zainteresirala nekoliko godina prije, obavljajući sistematske pregledne srednjoškolaca, pilotirajući instrument za probir mentalnog zdravlja. Otvaralo se puno pitanja, uključujući postojeće instrumente, rezultate dostupnih provedenih istraživanja u Hrvatskoj i svijetu. Pretražujući literaturu, kontaktirajući stručnjaka na području promicanja zdravlja u Kanadi te stručnjake koji se bave mladima kao i liječenjem ovisnosti sakupila sam potrebne informacije kako bih zagovarala interes da se i ova tema uvrsti u područje istraživanja. Započevši s definicijom i time što je to kockanje i klađenje važno je razmotriti i šire okvire u kojima se navedeno ponašanje odvija, a to su igre na sreću. Igre na sreću u javnosti, usuđujem se reći tada općoj ali i dijelu profesionalne, bile su

daleko od percepcije potencijalno opasnog ili moguće rizičnog ponašanja što mi je dalo objašnjenje na moj početni osjećaj zbumjenosti kada sam trebala kolegama objašnjavati i dokazati npr. popisom literature da moguće i u Hrvatskoj i među studentskom populacijom u nekom udjelu taj problem možda postoji te da ga želim istražiti. Ponekad sam se na početku u tom procesu osjećala sama. Tada nije bilo sličnih, sveobuhvatnih, već provedenih istraživanja među studentskom populacijom u Hrvatskoj čiji su rezultati tada meni bili dostupni. Općenito gotovo da i nije bilo ili vrlo malo istraživanja na tom području u Hrvatskoj. U to vrijeme općenito nisam pronašla puno istraživanja o navikama, životu i zdravlju naše studentske populacije, a to je dio populacije o kojima će u mnogočemu ovisiti i naša budućnost kao i budućnost zemlje, što je bila i moja dodatna motivacija za odabir ciljane populacije istraživanja. Iz kratkog iskustva rada u različitim školskim ambulantama tijekom i nakon specijalističkog usavršavanja iz školske medicine zaključila sam kako se u nekim ponašanjima i navikama studenti osim po spolu razlikuju i ovisno o pripadnosti pojedinom fakultetu, odnosno znanstvenom području studija. Tada sam to mogla opovrgnuti. Želja mi je bila to i znanstveno dokazati ili opovrgnuti. Od tuda se stvorila ideja za hipotezom istraživanja. Koraci vezani uz zahtjeve organizacije i koordinacije provođenja istraživanja na terenu bili su mješavina različitih osjećaja od ponekad tjeskobe i konfuzije do euforije i zadovoljstva zbog odrađenog posla. Kasnije su se ispreplitali s intenzivnim osjećajem iščekivanja rezultata postojji li pojavnost, rizik i javnozdravstveni izazov, s čim je povezan te kome i čemu treba usmjeriti intervenciju. Dobar osjećaj koji je proizašao iz spremnosti kolegica u školskim ambulantama da pomognu u prikupljanju rezultata kao i kasnije svih članova tima te spremnost učitelja i mentora koji su uložili vrijeme, trud i podijelili znanje i iskustvo stvorio mi je trajni osjećaj radosti i zadovoljstva.

Sažeto rečeno rad na istraživanju predstavljao mi u stručnom smislu dragocjeno, pozitivno iskustvo. Iako sam imala uvid u proces sličnih istraživanja na terenu iskustvom rada u dva međunarodna istraživanja ESPAD (*the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) i HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) na kojima sam dio istraživačkog tima od 2001./2002., odnosno 2003. godine, svako novo istraživanje novi je specifičan izazov kako na organizacijskom tako i na stručno-znanstvenom području. Odlazak na teren uvijek je izazov. Suradljivost kolegica u školskim ambulantama, spremnost na pomoći i prepoznavanje vrijednosti rezultata koji su trebali proizaći iz istraživanja bila mi je prva subjektivna potvrda smislenosti istraživanja. Nepostojanje unificiranih, „idealnih“ uvjeta provedbe istraživanja percipiram kao nedostatak. Provedba u sklopu sistematskih pregleda moguće rezultira slabijom koncentracijom studenata što može rezultirati nekonistentnošću odgovora. Moguće je kako oni koji prepoznaju da imaju problem nisu pristali na anketiranje. Istraživanje je vremenski provođeno u cijelom razdoblju drugog semestra što moguće može

dovesti do određene razlike među onima koji su ispunjavali upitnik na početku i kraju semestra. Istraživanjem su obuhvaćeni samo studenti sveučilišnih, ne i stručni studija. Ispitivane aktivnosti u volonterskom radu te crkvi/vjerskoj zajednici koje su povezivane u statističkom modelu potrebno je pomnije istražiti s nekoliko detaljnijih pitanja stavljajući naglasak ne samo na sudjelovanju u određenim aktivnostima već korištenju npr. vjerskih uvjerenja pri donošenju odluka, odnosno internalizaciji vjerskih učenja.

Prema Jessoru (1998) razmatrajući rizične i zaštitne čimbenike rizičnih ponašanja općenito nedvojbeno je kako oni djeluju zajedno, gdje ulogu imaju i stvaranje društvenih veza kao i stvaranje osobnih i društvenih kompetencija. Derevensky i suradnici (2004) govore o obiteljskoj koheziji ali i povezanosti sa školom u smislu zaštitnih čimbenika za prevenciju problematičnog kockanja. Poznavati čimbenike koji su povezani s određenim ponašanjem vrlo je važno za rano prepoznavanje rizika. Dio populacije neće nikada prijeći granicu koja ih može odvesti u rizik i problem. Važno je i poznavati odrednice adolescencije s obzirom da studenti prve godine studija to još uvijek jesu, u svojoj završnoj fazi. Mladi u dobi od 18 do 24 godine još su u procesu samoistraživanja. Arnett (2000) govori o razvojnom razdoblju od kraja adolescencije do sredine dvadesetih kao o razdoblju "nastajanja odrasle dobi". To se novo razvojno razdoblje temelji na promjenama zapadnog društva koje je omogućilo odgađanje odraslih odluka vezanih uz brak i djecu do razdoblja nakon sredine dvadesetih godina. Upravo će ih vrijeme studija dodatno oblikovati i odrediti u kasnijem profesionalnom i osobnom djelovanju kao i svi izazovi s kojima će se na tom putu susretati. Studentski život za mnoge predstavlja odvajanje od obitelji i prijatelja, odlazak iz obiteljskog doma, novo okruženje, početak života u studentskom domu, brigu oko egzistencije ali stavљa pred njih i nove izazove i nove slobode s kojima se trebaju moći nositi. Promatranje ponašanja koje percipiramo zabavnim, privlačnim i pozitivnim utječe na to želimo li ga zadržati ili odbaciti. Kockanje i klađenje u toj dobi može osim igre i zabave biti svojevrstan simbol inicijacije u svijet odraslih, rješavanje krize mладenaštva, oblik upoznavanja i sretanja ljudi, način socijalizacije s prijateljima, redukcija napetosti, podizanje raspoloženja, zaborav problema, potiskivanje dosade i depresije, podržavanje nade o lakoj i brzoj zaradi, samoliječenje dijela psihičkih problema.

Analizirajući rezultate istraživanja dobila sam vrijedne informacije i stekla uvid u određena rizična ponašanja studenata prve godine sveučilišnih studija na Zagrebačkom Sveučilištu u odabranom uzorku kao i njihove sociodemografske karakteristike. Rezultati su mi pomogli bolje razumjeti ulogu socioekonomskog i psihosocijalnog okruženja vezanih uz sklonost kockanju i klađenju. Pokazalo se analizom kako većina analiziranih sociodemografskih karakteristika nema značajan utjecaj na rizično i problematično kockanje i klađenje. Nije dokazano kako su različita znanstvena područja studija rizični čimbenika za rizično i

problematično kockanje i klađenje. Istraživanjem je potvrđeno kako je muški spol najjači čimbenik povezanosti rizičnog i problematičnog kockanja i klađenja. Iz rezultata možemo zaključiti kako svi trebaju biti uključeni u programe promicanja zdravlja te univerzalnu prevenciju, a posebnu pažnju treba usmjeriti populaciji mladića koji se bave sportom, puše, konzumiraju alkohol te rizično voze kao i populaciji djevojaka koje konzumiraju drogu, pokazuju nisko samopoštovanje i angažirane su u vjerskim zajednicama i volonterskom radu. Probir za rizično i problematično kockanje i klađenje uz intervju za druga rizična ponašanja i psihološke karakteristike ličnosti trebale bi biti sastavni dio probira u studentskoj populaciji kroz rad službi za školsku i adolescentnu medicinu i savjetovališta za mentalno zdravlje. Izbjegavanje kockanja i klađenja jedini je način da se potpuno izbjegne rizik, ali studenti koji se odluče kockati i kladiti trebaju znati stvoriti granice vezane uz novčane iznose i vrijeme provedeno kockajući i kladeći se. Javnozdravstveni pristup polazi od multidimenzionalne perspektive, prepoznajuci društvene kao i pojedinačne odrednice, zasniva se na načelima promicanja zdravlja uz proaktivran pristup izazovu.

Preventivne aktivnosti na području rizičnih ponašanja treba započeti dovoljno rano s ciljem usvajanja vještina, znanja, stavova, što ranije modifikacije pogrešnih spoznaja uz jačanje vještina rješavanja problema kao i suočavanja s istim. Potrebno bi bilo razviti i evaluirati programe osmišljene ciljano za studente te im omogućiti kontinuitet skrbi od podizanja svijesti, probira, preporuke, kratke intervencije, savjetovanja do tretmana osoba u problemu kockanja i klađenja. Sustavni probiri na području mentalnog zdravlja i rizičnih ponašanja u sklopu sistematskih pregleda i skrbi za studentsku populaciju omogućuju pravovremeno uočavanje problema i iznalaženje rješenja te pomoći na prelasku u odraslu dob, stvarajući tako kapital zdravlja za budućnost.

Prednost istraživanja vidim u integraciji ovog dijela istraživačkih pitanja koji se odnose na kockanje i klađenje u veći projekt što je omogućilo jednostavniju provedbu, ali i veće područje analize.

U istraživanje treba uključiti i stručne studije kako bi istražili obilježja određenih ponašanja čitave studentske populacije. Pilotiranjem modificiranog upitnika mogu se dobiti nove, vrijedne informacije. Istražila bih uvođenje skala probira za rizično i problematično kockanje i klađenje, testirane na hrvatskoj populaciji među adolescentima za prvu godinu studija, a za više godine studija one testirane na odrasloj hrvatskoj populaciji. Istraživanje treba ponoviti i na višim godinama studija te usporediti rezultate. Organizaciju istraživanja pokušala bih ostvariti u kraćem vremenskom razdoblju. S obzirom na dobivene rezultate preventivne programe za kockanje i klađenje treba specifično spolno osmisiliti tako da privuku mušku populaciju.

## **Referencije**

Pejnović Franelić, Iva (2013) Sklonost studenata prve godine sveučilišnih studija prema kockanju i klađenju. Doktorska disertacija, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Arnett J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*. 2000;55:469-480

Derevensky, J., Gupta, R., Dickson, L., & Deguire, A-E. (2004). Prevention efforts toward reducing gambling problems. In J. Derevensky & R. Gupta (Eds.), *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 211-230.

Richard Jessor. New perspectives on adolescent risk behavior. Cambridge University Press, 1998.

# ZDRAVLJE I DOBROBIT ŠKOLSKE DJECE I MLADIH U DRUŠTVENOM OKRUŽENJU

Ivana Pavić Šimetin

U međunarodno istraživanje o zdravstvenom ponašanju učenika (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC) uključena sam gotovo cijeli svoj radni vijek, gotovo petnaest godina. Posljednje četiri godine nacionalni sam voditelj ovog istraživanja. Riječ je o istraživanju koje podupire Svjetska zdravstvena organizacija i koje se po međunarodno usuglašenoj metodologiji provodi u više od 40 zemalja Europe i svijeta. U strateškim dokumentima Svjetske zdravstvene organizacije koji se odnose na školsku djecu i mlade uvijek se navode podaci tog istraživanja kao temelj za utvrđivanje prioritetnih područja ugroženosti zdravlja mlađih i donošenje globalnih preporuka o očuvanju i unaprjeđenju zdravlja mlađih. Istraživanje se provodi svake četiri godine. U skandinavskim zemljama koje su započele s ovim istraživanjem, provodi se još od 1980-tih godina dok je u Hrvatskoj prvi put provedeno 2002. godine, a nakon toga 2006., 2010. i 2014. godine.

Metoda provođenja istraživanja je anketiranje učenika. Anketiranje se provodi pod premissama anonimnosti i dobrovoljnosti. Iako se samo anketiranje učenika provodi u ožujku ili travnju svake četiri godine unutar približno dva tjedna, za mene kao voditelja istraživanja rad na ovom istraživanju kontinuirano traje. Tako pripreme novog vala istraživanja započinju približno dvije godine prije samog anketiranja, upravo u vrijeme kada prethodni val istraživanja završi objavljinjem međunarodne i nacionalne publikacije. Pripreme za novi val istraživanja uključuju međunarodnu suradnju u razvoju i validaciji upitnika i cijele metodologije, s obzirom na to da se i upitnik i cijela metodologija trajno unaprjeđuju i prilagođuju promjenama i specifičnostima zemalja uključenih u istraživanje. Primjerice, on-line ispunjavanje anketnih upitnika relativno je novija metoda anketiranja koja znatno smanjuje troškove istraživanja, a ujedno pridonosi kvaliteti podataka - nema pogrešaka kod prepisivanja odgovora iz papirnatog upitnika u računalo. S ponosom mogu istaknuti da je u Hrvatskoj posljednje istraživanje (2014. godina) provedeno on-line s čim se može pohvaliti manji broj zemalja.

U cijelom provođenju istraživanja možda je najljepše, svojevrsna nagrada za cijeli angažman i poticaj za dalje, sudjelovanje na međunarodnim sastancima istraživača. Sastanci se održavaju dva puta godišnje, svaki put u drugoj zemlji. Kod redovitih odlazaka na sastanke (s čim se zbog drugih radnih obaveza, nažalost, ne mogu pohvaliti) stvaraju se čvrsta prijateljstva, ali i nove poslovne suradnje između polaznika, a to su predstavnici više od 40 zemalja uključenih u istraživanje.

Osim međunarodne suradnje, pripreme za novi val istraživanja uključuju rad na prijevodu i prilagodbi upitnika i drugih materija poput uputa za nastavnike i učenike, dogovor s Ministarstvom znanosti, obrazovanja i sporta i sa školama koje su uključene u istraživanje, uzorkovanje, priprema baze podataka itd. Najveći radni angažman potreban je ipak posljednjih tjedana prije anketiranja učenika, za vrijeme anketiranja i neposredno nakon anketiranja. Nakon anketiranja započinje intenzivan rad na podacima, analizi i izradi nacionalnih pokazatelja o samom provođenju istraživanja poput odaziva na istraživanje.

Približno godinu dana nakon provedenog istraživanja nacionalna baza podataka je pripremljena na način da može postati dio međunarodne baze podataka. Približno dvije godine nakon anketiranja međunarodna baza podataka u kojoj su istraživanja iz svih zemalja uključenih u istraživanje s odgovorima od više od 200 tisuća učenika, postaje spremna, završava analiza osnovnih pokazatelja i objavljuje se međunarodna publikacija. U međunarodnim okvirima koordinativnu ulogu imaju dva istraživačka centra: Međunarodni koordinacijski centar pri Sveučilištu St. Andrews, Medicinski fakultet, Velika Britanija i Centar za upravljanje bazom podataka na Odjelu za promicanje zdravlja i razvoj Sveučilišta u Bergenu, Norveška. Istovremeno s objavljivanjem međunarodne publikacije pripremamo i objavljujemo našu nacionalnu publikaciju. Nacionalna publikacija pokazuje usporedbu situacije u našoj zemlji u posljednjem istraživanju s onim kakva je bila u prethodnim valovima istraživanja dok tih podataka u međunarodnoj publikaciji nema. Tako se u međunarodnoj publikaciji može vidjeti puše li hrvatski učenici i učenice više ili manje u odnosu na učenike i učenice iz drugih zemalja. U nacionalnoj publikaciji može se vidjeti jesu li više pušili hrvatski učenici i učenice 2002. ili 2014 godine.

Iako se može činiti da je sve u istraživanju zadano na međunarodnoj razini, to ujedno donosi sa sobom odgovornost da se sve odradi upravo onako kako zahtijevaju međunarodni standardi. Nerijetko se u međunarodnoj publikaciji može vidjeti da su neke zemlje posebno označene u pojedinim pokazateljima kao one čiji podaci zbog određenih metodoloških nesavršenosti nisu u potpunosti usporedivi s ostalim zemljama. Ili pak jednostavno bude navedeno da neka zemlja nije bila u stanju dostaviti određeni podatak. Podaci tih zemalja nerijetko bivaju izostavljeni iz znanstvenih radova u prestižnim međunarodnim časopisima. Naravno da svaki voditelj istraživanja zazire od takvog isticanja njegove zemlje. Zbog toga svaki novi val istraživanja donosi najprije neizvjesnost pa čak i stregnju oko toga hoće li sve biti u redu. Prvi pokazatelji da je istraživanje uspješno obavljen, a to je potvrda međunarodnog centra da prihvataju hrvatsku bazu podataka, donose ushićenje i sreću jer ništa ne raduje više od uspješno obavljenog posla. Čitanje prvih rezultata istraživanja, kako se ponašaju, kako žive i koliko su zdravi naši učenici sada u odnosu na prethodne godine i kako se ponašaju, kako žive i koliko su zdravi u odnosu na učenike iz drugih zemalja uvijek je praćeno uzbudnjem

i nervozom, ali neminovno i razočarenjem. Razočarenjem u to da se situacija u neki pokazateljima pogoršala, da je Hrvatska vrlo visoko u odnosu na druge zemlje u pokazateljima u kojima bismo bili sretni da smo najniže (primjerice Hrvatska treća u pušenju, među prvih 5-6 zemalja u pijenju alkohola). Objavljanje nacionalnih podataka, zajedno s internacionalnim prilikama je za posebnu mješavinu ponosa i neugode. Ponosa zbog prisutnosti u međunarodnim okvirima (tu smo mi iz Hrvatske bok-uz-bok s drugim zemljama), dobro obavljenog posla i pokojeg pokazatelja po kojem smo bolji od drugih zemalja. Neugode zbog spoznaje da je u nekim područjima došlo do pogoršanja i da teško možemo reći što smo to od posljednjeg istraživanja raditi, a da spriječimo takvu nepovoljnu situaciju.

O zdravlju mladih kao o važnoj, možda čak temeljnoj društvenoj vrijednosti postoji javni konsenzus opće i stručne javnosti. To jedinstvo u tvrdnji da je riječ o nečemu ključnom za dobrobit i napredak društva u cjelini najbolje je prikazano u krialici „na mladima svijet ostaje“. U nebrojenim strategijama, akcijskim planovima i drugim važnim i vrijednim dokumentima, unutar granica naše zemlja i izvan, istaknuta je važnost ulaganja u zdravlje mladih i brige cijelog društva o zdravlju mladih. Mladost karakterizira visoka razina zdravlja u odnosu na druge dobne skupine. Mala djeca često poboljevaju od različitih infekcija. Također, mladi su zdraviji od odraslih, a pogotovo od „zlatne dobi“ u kojoj se javljaju kronične nezarazne bolesti koje su vodeći uzroci obolijevanja i smrtnosti. Izuzetak su naravno mladi s kroničnim bolestima i teškoćama u razvoju. Ako su mladi uglavnom dobrog zdravlja društvo ne bi trebalo imati tešku zadaću. Ne trebamo ništa ispravljati, poboljšavati ili liječiti već samo omogućiti mladima da sačuvaju to zdravlje. Neminovalno se nameće pitanje zašto je onda to teško, zašto smo neuspješni u čuvanju zdravlje učenika. Istraživaču je važno što prije jasno shvatiti i u potpunosti prigriliti činjenicu da ovo istraživanje ne može samo po sebi ništa promijeniti. Ono samo pokazuje kakva je situacija, stanje stvari u jednom trenutku u vremenu na uzorku učenika za koji vjerujemo da predstavljaju svoje vršnjake. Ovo istraživanje čak ne može pokazati što je uzrok, a što posljedica već samo i isključivo *kakvo* je stanje stvari. Važne su aktivnosti koje bi dovele do promjena u društvu, a koje bi se temeljile na ovom istraživanju. To su strategije, akcijski planovi i projektne aktivnosti koji se donose na temelju ovog istraživanja, a kada se donesu nisu mrtvo slovo na papiru već se provode u svakodnevnom životu i pulsu društva. Kod prezentiranja nepovoljnih rezultata ovog istraživanja teško je zatomiti osjećaj vlastite krivice i svaliti krivicu na nekog drugog, institucije, počevši od vrtića i škola, koje bi trebale skrbiti o djeci i raditi na dobrobit djece, na roditelje koji bi trebali više paziti na djecu, odgajati ih pravedno i dosljedno, ali ne i strogo (nikako ne strogo kako se ne bi radilo o nasilju), medije koji uvijek šalju krive poruke i prikazuju u dobrom svjetlu one koji su najgori (jer oni koji su najbolji i onako ne trebaju medijsku reklamu), industriju koja proizvodi ono što se dobro prodaje i ostvaruje profit, a ne ono što bi bilo dobro za mlade. Može

se prozvati sve po redu zbog nebrige i neodgovornosti, jer u krajnjoj liniji svaki akter je mogao napraviti više. No ostaje pitanje, crv sumnje, o tome što sam ja na svom radnom mjestu učinila ili još gore propustila učiniti.

I bez dubinske analize može se primijetiti da je ovo istraživanje, ovaj izvor informacija, vrlo osjetljiv na promjene u društvu. Primjerice, 2002. 49% hrvatskih učenika i učenica nije imalo računalo u obiteljskom domu, 2014. godine navedeno se odnosi na svega 3% učenika i učenica dok 35% njih živi u obiteljima s 3 ili više računala. Vrijeme koje učenici i učenice provode pred TV ekranima smanjuje se od 2002. godine. No to se ne događa zato što smo djecu naučili da je važno kretati se te im omogućili „kretanje kao lakši izbor od sjedenja“ (još jedna krilatica u borbi za zdravlje nacije). Manje vrijeme koje učenici provode pred TV ekransom posljedica je ponajprije toga što TV ecran kod mlađih zamjenjuju drugi ekran od računala, pametnih telefona do tableta i konzola za računalne igrice, što se vrlo lijepo vidi u ovom istraživanju.

Posebno je zanimljiva skala obiteljskog imovinskog stanja posebno razvijena u ovom istraživanju. Kako učenici nisu samostalno aktivni na tržištu rada njihov socioekonomski status ovisi o obitelji, o podacima o njihovim roditeljima, a ne o njima samima. Klasični pokazatelji socioekonomskog statusa poput stupnja obrazovanja roditelja i vrste posla koji obavljaju roditelji (tradicionalna podjela poslova na bijeli i plavi ovratnik) pokazali su se neprimjenjivi u ovakvim istraživanjima u kojima učenici sami ispunjavaju, anonimno i dobrovoljno, anketu. Neprimjenjivi su jer učenici te podatke o svojim roditeljima ne znaju. Ne znaju ih bez obzira na zemlju u kojoj žive i bez obzira imaju li već 15 godina pa bi u mnogim zemljama već i sami mogli biti aktivni na tržištu rada. Velika grupa istraživača, ponajbolji, vodeći stručnjaci za zdravlje i dobrobit mlađih iz brojnih pa čak i svih zemalja uključenih u istraživanje, sve redom visoko obrazovani kadar i to na različitim područjima od medicine, sociologije, psihologije, socijalne pedagogije do antropologije i drugih ipak najčešće humanističkih znanstvenih područja godinama je raspravljalo i nadalje raspravlja i traži optimalno rješenje za to kako izmjeriti socioekonomski status obitelji učenika. Osnovna dvojba je koja pitanja postaviti učenicima, a da ona pokazuju socioekonomski status njihovih obitelji u zemljama te da se pri tome mogu usporediti podaci za primjerice Albaniju i Armeniju s podacima za Švedsku i Švicarsku.

Skala obiteljskog imovinskog stanja posebno razvijena u ovom istraživanju je 2014. godine sadržavala sljedeća pitanja: koliko računala, automobila, strojeva za pranje posuđa i kupaonica posjeduje obitelj, ima li učenik svoju sobu te tijekom posljednjih 12 mjeseci koliko je puta oputovao na praznike ili ljetovanje s obitelji izvan svoje zemlje. Jednostavnost pitanja po tko zna koji put potvrđuje da su najgenijalnija rješenja uvijek i najjednostavnija. Skala se u proteklim valovima istraživanja mijenjala, prilagođavala društvenim promjenama. Još 2002.

sadržavala je pitanje o mobitelu no tijekom vremena pokazalo se da toliko veliki udio učenika ima svoj mobitel da se čak i u najmanje razvijenim zemljama tim pitanjem bogati od siromašnih učenika ne mogu razlikovati.

Odgovori na ova pitanja proračunavaju se u jedinstveni indeks od 0, najniže obiteljsko imovinsko stanje, do 100, najviše obiteljsko imovinsko stanje. Indeks obiteljskog imovinskog stanja za Hrvatsku 2014. godine iznosi 56. Time se Hrvatska smjestila na 15. mjesto zemalja uključenih u istraživanje te je u svega 14 zemalja zabilježen niži indeks obiteljskog imovinskog stanja. Zemlje nižeg obiteljskog imovinskog stanju od Hrvatske su većinom zemlje istočne i jugoistočne Europe. Najniži indeks imala je Albanija (38) a najviši Luksemburg (76). Tako su odgovaranjem na ova banalna pitanja učenici potpuno nesvesno i nemamjerno iscrtali geopolitičku kartu Europe. Zemlje u kojima žive rasporedili su praktički jednak precizno kao međunarodno priznati indeksi generirani temeljem podataka državnih zavoda i instituta za statistiku o primjerice bruto društvenom proizvodu ili Gini indeksu.

Je li veći problem alkohol, pušenje ili nešto treće, kakve su prehrambene navike, jesu li se pojavili novi rizici za zdravlje poput *cyberbullying-a* i sl., koja su djeca i mladi više ugroženi, oni iz bogatijih ili siromašnijih obitelji, oni koji žive na sjeveru ili jugu, istoku ili zapadu Europe, u zemljama tranzicije ili nekim drugim zemljama, stariji (15 godina) ili mlađi (11 godina), muškog ili ženskog spola na sva ta pitanja nudi odgovor ovo istraživanje.

Taj odgovor vrlo često nije precizan, odnosno govori o tome da nema jasnih razlika i prepoznatljivih uzroka ponašanja mlađih i obilježja mlađenackog zdravlja ovisno o promatranom društvenom čimbeniku, bilo da je to socioekonomski status, geografsko obilježje ili geopolitičko obilježje, cjelovitost obitelji, brojnost obitelji ili drugi čimbenici iz obiteljskog života. No ipak pozorni promatrač može primijetiti određene zakonitosti. U posljednjem valu istraživanja provedenom 2014. godine za većinu zemalja, uključujući Hrvatsku, pokazalo se da je više imovinsko stanje obitelji povezano za većim šansama za bolje zdravlje i zdravstveno ponašanje. Ili jednostavnim rječnikom, zdravije je biti iz bogatijih obitelji. U većini zemalja, uključujući Hrvatsku, učenici i učenice iz obitelji višeg imovinskog stanja češće peru zube, jedu voće, tjelesno su aktivniji, češće komuniciraju s prijateljima putem elektroničkih medija te su zadovoljniji životom. Učenice iz obitelji višeg imovinskog stanja češće uspješno komuniciraju s ocem i majkom, imaju bolji školski uspjeh. U manjem broju zemalja, uključujući Hrvatsku, pokazalo se da učenice iz bogatijih obitelji rjeđe eksperimentiraju s marihanom. Viši imovinski status obitelji pokazao se kao negativan samo kod muškog spola i to u manjem broju zemalja, uključujući Hrvatsku, i to u zlostavljanju vršnjaka, spolnoj

aktivnosti i ozljeđivanju pa su učenici iz bogatijih obitelji češće bili skloni ovim negativnim oblicima ponašanja nego učenici iz siromašnijih obitelji. Zanimljivo je da se čak i u ovim pokazateljima jednostavnim promatranjem podataka može naći objašnjenje nekih od ovih pojavnosti. Primjerice, učenici se najčešće ozljeđuju u sportskim aktivnostima. Učenici iz bogatijih obitelji češće se bave sportom pa postaje jasno da se bogatiji učenici češće ozljeđuju jer se češće bave sportom.

Osim ovih zakonitosti, odnosno jedinstvenih uzoraka povezanosti u većini zemalja, dubljom analizom mogla su se utvrditi određene anomalije u hrvatskom uzorku učenika i učenica koje su još više podcrtavale važnost socioekonomskih čimbenika. Od 2002. godine kada je prvi put provedeno ovo istraživanje u Hrvatskoj pa do 2006. ili 2010. u većini parametara koji govore o nezdravim stilovima života poput pušenja, pijenja alkohola, nepravilnih prehrambenih navika, držanja dijete i sl. zabilježen je više ili manje kontinuirani porast. Također se moglo primijetiti da su neka nepovoljna ponašanja poput pijenja alkohola, pušenja ili uzimanja marihuane, ali i pijenja slatkih pića te vrijeme koje učenici provode pred ekranima razno razne vrste češća kod učenika iz bogatijih obitelji. Sličan je fenomen u istom razdoblju zabilježen i u nekim drugim zemljama tranzicije. Nametnula se pretpostavka da se neka ponašanja koja su u razvijenim zemljama općeprihvaćena kao negativna, u zemljama u tranziciji doživljavaju kao izraz moći i uspjeha. Cigarete, alkohol, marihuana, slatka pića, računala, konzole za igranje igrica i drugi ekrani zahtijevaju određena materijalna sredstva i platežnu moć zbog čega su češće prisutna u bogatijim obiteljima. Može se pretpostaviti da su u prvom desetljeću 21. stoljeća roditelji u zemljama u tranziciji imali nesavladivu potrebu iskazivati ljubav djeci kroz materijalno, jer su materijalnog u komunističkim režimima uvelike bili lišeni, čak i po cijenu lošeg utjecaja na zdravlje i dobrobit djece. Zanimljivo je da su neka druga istraživanja, poput Hrvatske zdravstvene ankete, u prvom desetljeću 21. stoljeća pokazala da su djeca iz bogatijih hrvatskih obitelji deblja nego djeca iz siromašnijih obitelji. Bilo bi važno istražiti jesu li ovi negativni fenomeni češćeg pijenja slatkih pića i provođenja vremena pred ekranom bogatije hrvatske djece početkom 21. stoljeća bili toliko izraženi da su doveli do debljanja djece iz bogatijih obitelji. Ako jesu, također bi trebalo istražiti jesu li takvi fenomeni i nadalje prisutni u našem društву. Ako smo ih uspjeli savladati, je li to dokaz određene punoljetnosti našeg društva. Češći problem debljine bogate djece predstavlja svojevrsnu inverziju u odnosu na razvijeni svijet. Globalno je u razvijenom svijetu posljednjih desetljeća potpuno jasno da su bogatija djeca mršavija od siromašnije djece. To se tumači činjenicom da je ono što deblja jeftinije, a time i dostupnije siromašnijima nego ono od čega se ne deblja, počevši od nepravilne prehrane do svih razloga za tjelesnu neaktivnost siromašnijih. Fenomen deblje djece iz bogatijih obitelji zabilježen je samo u najsuviši u hrvatskim predjelima svijeta, dijelovima Afrike i Azije, te se objašnjava činjenicom da su siromašna djeca u tim zemljama gladna.

Sve ovo pokazuje snagu utjecaja socioekonomskih čimbenika na zdravlje, te nije ništa novo, a pogotovo revolucionarno, već je dobro poznato i mnoga puta potvrđeno u literaturi. No to bolno ukazuje na veliki problem nas koji radimo u zdravstvu. Radi se o pitanju što uopće možemo učiniti za zdravlje mladih kada su socioekonomski okolnosti toliko moćne, a na njih zdravstveni sektor nema nikakvog, a posebno ne pozitivnog utjecaja. Teško je naći smisao u beskonačnom nizu dokaza da zdravlje mladih ovisi o bogatstvu njihovih obitelji. Teško je naći smisao kad to nagonski pretpostavljaju ili barem naslućuju ne samo stručnjaci već i laici, kad je na poboljšanje socioekonomskog statusa nemoguće utjecati iz zdravstvenog sektora, a vlade, prošle, sadašnje i buduće, u svojim programima uvijek imaju za cilj poboljšanje socioekonomске situacije.

Višestruke su slabosti presječnih istraživanja koja se provode anketiranjem ispitanika, u slučaju HBSC istraživanja, anketiranjem učenika. Jedno od pitanja koji se češće nameće je koliko možemo biti sigurni da učenici pružaju točne i iskrene odgovore. Svaki istraživač koji je duže vezan uz ovakvo međunarodno istraživanje vrlo će lako priznati da je netočnost svakako prisutna. No nadalje će, s više ili manje pritajenim ponosom, istaknuti da to u stvari ne predstavlja problem. Objasnit će da najveći značaj ovih podataka nije njihova absolutna vrijednost, jer što, primjerice, znači podatak da je u posljednjih nekoliko mjeseci 10% ili 12% učenika bilo dva ili više puta izloženo vršnjačkom nasilju. Je li to puno ili malo, je li to veliki ili mali problem za neku zemlju, otkrivamo usporedbom s drugim zemljama i s prethodnim godinama pa je tako relativna vrijednost ovih podataka puno važnija od absolutne vrijednosti. Općenito se smatra da relativna vrijednost podataka u pogledu točnosti nije upitna. Smatra se da su netočnosti u odgovaranju učenika jednako prisutne u svim zemljama, sada i prije deset i više godina. Učenici su jednakо skloni zaboraviti, krivo se prisjetiti, zatajiti ili iz čiste zabave, inata ili obijesti netočno odgovoriti u svim zemljama danas i prije deset i više godina. Često mi se nameće pitanje je li to stvarno tako i to posebno u odnosu na jedno pitanje. To pitanje glasi „Jesi li ikada imao/la spolni odnos?“.

Hrvatska je na ovom području, od kada je 2002. godine prvi put provedeno istraživanje, uvijek vrlo nisko pozicionirana u odnosu na druge zemlje. U 2002. godini jedino je u Poljskoj manje ispitanika odgovorilo pozitivno na ovo pitanje, 2014. jedino u Armeniji. Druga istraživanja pokazuju da je prosječna dob stupanja u prvi spolni odnos u našoj zemlji između 16. i 17. godina pa sa sigurnošću možemo zaključiti da je ovo područje za Hrvatsku manje problematično nego primjerice pitanje pušenja i alkohola. No, postavlja se pitanje je li stvarno toliko malo problematično da nam je najsličnija Armenija. Primjerice, prema podacima OECD-a, adolescentna stopa fertiliteta (broj poroda na 1000 žena u dobi od 15-19 godina) za Hrvatsku za 2011.-2015. iznosi 10. U zemljama istočne i jugoistočne Europe nešto je veća nego u našoj zemlji, a u Armeniji iznosi 24 (?). No, zanimljivo je da u Austriji iznosi 7, a u Sloveniji 4. Može se zaključiti da naši

mladi rjeđe primjenjuju mjere zaštite od trudnoće nego mladi u Austriji i Sloveniji (što potvrđuju podaci HBSC istraživanja), s obzirom da naše adolescentice češće rađaju, iako se rjeđe upuštaju u spolne odnose. Iako je ispunjavanje upitnika anonimno, kod ovog pitanja možebitni problem iskrenosti u odgovaranju posebno podcrtava velike spolne razlike. Naime, u Hrvatskoj 2014. godine spolno aktivnih u dobi u od 15 godina je 21% učenika i svega 6% učenica, pa se, pola u šali, a pola u zbilji, postavlja pitanje s kim se mladići upuštaju u spolne odnose. Nizak udio spolno aktivnih učenika, a posebno učenica, u našoj zemlji vjerojatno se može objasniti većim udjelom vjernika katoličke i drugih vjeroispovijesti nego u nekim drugim zemljama, ali i tradicionalnim obiteljskim odgojem, te određenim konzervativnim stavom društva u odnosu na ova pitanja. Taj konzervativni stav posebno se mogao uočiti kod svih kontroverzi oko uvođenja zdravstvenog odgoja u škole u proteklim godinama. Nema sumnje da je riječ o „škakljivom“ pitanju, ali radi li se o tabuu pitanje je na koje odgovor na žalost ne pruža HBSC istraživanje. Potrebna su druga, dubinska istraživanja za odgovor na pitanje je li u našoj sredini ovo pitanje više „škakljivo“ nego u nekim drugim zemljama, te naše djevojke imaju potrebu prikriti istinu o svom spolnom ponašanju možda više nego djevojke iz drugih zemalja, zemalja čijem bi okruženju htjeli pripadati.

U velikoj zrcici nedostataka i slabosti koje prate presječna istraživanja poput ovog, najveća prednost HBSC istraživanja proizlazi iz mogućnosti međunarodne usporedbe, te iz dugogodišnjeg kontinuiteta u provedbi istraživanja. Međunarodna provedba ovom istraživanju daje značaj već u impozantnom broju učenika kao i stručnjaka istraživača iz brojnih zemalja koji su uključeni u istraživanje. Teško je ostati ravnodušan na to da se podaci za Hrvatsku nalaze zajedno s podacima za 40 i više zemalja. Sama vjerodostojnost podataka rasta kada podaci ukazuju na to se određeni trendovi, promjene, povezanosti, dobne i spolne razlike, geografske zakonitosti ili pak socioekonomski razlike pojavljuju na isti ili sličan način u više zemalja. Također, mogućnost da se današnji učenici usporede s njihovim vršnjacima prije deset ili više godina izaziva respekt. Općenito kod istraživanja ovog tipa (presječna istraživanja koja se provode na način da učenici samostalno, anonimno i dobrovoljno ispunjavaju anketu) bilo bi dobro posegnuti za međunarodnim istraživanjem, dugotrajne tradicije i dobro definirane metodologije. Ako je ikako moguće potrebno je izbjegći zamku u koju često upadaju istraživači početnici, a to je kreirane vlastite ankete, koliko god se jednostavno i inovativno istraživačko pitanje čini.

Ovakvo istraživanje može pokazati kakva je situacija, ali koji su uzroci i koja rješenja problema, a pogotovo kako pokrenuti društvo na promjene, na boljšetak svih nas, ne može se otkriti niti utvrditi ovakvim istraživanjima. Također, ovakvo istraživanje kao i sva druga istraživanja samo po sebi ne može dovesti do nikakvog pomaka na bolje. Nakon istraživanja potrebne su konkretne aktivnosti usmjerenе zdravlju ljudi za čiji je mjerljiv utjecaj na zdravje potrebno više godina

kontinuiranog i dosljednog provođenja. Vrhunac istraživačkog uspjeha je ako takve uspješne aktivnosti proizlaze iz problema na koje je ukazalo istraživanje. U tom slučaju više nego i u jednom drugom vrijedi što je govorio Arhimed: dajte mi oslonac i dovoljno dugačku polugu i pomaknut ću svijet. Što prije mladi znanstvenik prigrli ove zakonitosti istraživačkog rada, to će mirnije i s manjim razočarenjem, a s većim ushitom i uspjehom raditi.

U više godina i desetljeća provođenja ovog istraživanja diljem svijeta, podaci su uglavnom ukazivali na pogoršanja ili stagnaciju dok su promjene na bolje bile izuzetno rijetke. Potpuno neočekivano međunarodno izvješće posljednjeg HBSC istraživanja provedenog 2014. godine urednika Inchley J. i suradnika originalnog naslova “Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.*“ (Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7) otkrilo je brojne pozitivne pomake u zdravlju djece i adolescenata u mnogim zemljama. Zadovoljstvo životom općenito se poboljšalo, pijenje alkohola i pušenje učenika i učenica kao i druga rizična ponašanja, poput upotrebe marihuane i tučnjava, izrazito se smanjilo u mnogim zemljama. Nažalost, ovakvi pozitivni zaključci ne odnose se u potpunosti na Hrvatsku, a pogotovo kada se uzme u obzir pušenje i pijenje alkohola. Iako je u pušenju i alkoholu u Hrvatskoj 2014. godine zabilježen blagi trend smanjenja u odnosu na prethodne godine, ne slijedimo trendove drugih zemalja gdje je pad jače izražen zbog čega smo i dalje pri vrhu. Hrvatska je među zemljama s najvećom učestalosti pušenja kod učenika: treća u dobi od 15 godina u tjednom pušenju i 6. po pušenju u dobi do 13 godina i ranije. Hrvatska je između 3 do 6 zemalja u kojima se najviše učenika opija i piye redovito svaki tjedan.

Nameće se pitanje što su radile druge zemlje u kojima je došlo do znatnog poboljšanja. Što je dovelo do smanjenja u pušenju i pijenju alkohola kod učenika i učenika u tim zemljama, što možemo i trebamo naučiti od tih zemalja, možemo li nešto od toga primijeniti u Hrvatskoj. Ta se pitanja nameću i na njih je neophodno tražiti odgovore u sljedećem razdoblju. Neophodne su dubinske analize nacionalnih strateških odluka i aktivnosti, te promjena u zakonodavnom okviru zemalja koje su uspjele ostvariti pomake na bolje. Primjena takvih aktivnosti, uz modifikaciju sukladno nacionalnim specifičnostima, moglo bi nakon dužeg razdoblja izostanaka ozbiljnih promjena na bolje dovesti do poboljšanja i u našoj zemlji.

Shema istraživanja o zdravstvenom ponašanju učenika (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC)

Osnovni koraci četverogodišnjeg ciklusa:

1. Priprema anketiranja (suradnja na međunarodnoj i nacionalnoj razini) – oko 2 godine
2. Anketiranje učenika, oko 2-4 tjedna, ožujak-travanj svake 4. godine
3. Priprema nacionalne i međunarodne baze podataka – oko 1 godina
4. Priprema i analiza nacionalnih i međunarodnih podataka – oko 1 godina
5. Objavljivanje nacionalne i međunarodne publikacije – isti dan (povratak na korak 1.)

Neophodna nadogradnja:

1. definiranje ključnih problema/prioritetnih područja
2. identificiranje primjera dobre prakse u zemalja koje su uspjele ostvariti pomake na bolje
3. definiranje i kontinuirano provođenje strateških aktivnosti

Znanstveno-istraživački rad temeljem HBSC istraživanja:

1. upoznavanje s HBSC istraživanjem
2. definiranje istraživačkog pitanja
3. analiza baze podataka prethodnih valova istraživanja i/ili prilagodba kod sljedećeg vala istraživanja (moguće su minimalne prilagodbe koje ne narušuju metodologiju istraživanja)

# GALEB KLAUKAVAC KAO NOVI JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM

Nataša Basanić Čuš, Branko Jurić, Albert Marinculić

## U čemu je problem?

Prema zapažanjima stručnjaka u Poreču i Istri, epidemioloških pokazatelja rizika prijenosa bolesti sa životinja na ljude u našoj regiji, iskustava zapadnoeuropskih luka i turističkih središta, temeljem praćenja sličnih problema od strane europskih stručnjaka, na osnovi zapažanja i zabrinutosti građana Poreča i nadležnih u gradu Poreču identificirali smo problem uzrokovani povećanjem populacije galeba klaukavca (*Larus cachinnans*). Galeb klaukavac pripada skupini velikih galebova i najveći je veliki galeb juga Europe. Prirodno se gnijezdi na stjenovitim i pješčanim otocima, plažama, klifovima, rtovima i travnatim ili grmovitim riječnim otocima. Posljednjih godina u velikim europskim turističkim središtima i lukama, a tako i u Poreču i Istri, galebovi su postali urbane životinje i gnijezde se na urbanom prostoru. U Poreču i na području Poreštine evidentiraju se brojna potpuno oblikovana aktivna gnijezda i to na ravnim krovovima zgrada, kuća i hotela što osobito zabrinjava i smeta građane i velike turističke kuće. Galeb klaukavac se prirodno hrani vrlo različitom hranom, ribom, raznim morskim beskralješnjacima,



Slika 1. Galeb

malim sisavcima (glodavci), jajima ptica i sl., a u zadnje vrijeme, u urbanim zajednicama, gotovo isključivo otpacima na odlagalištima otpada. Vrlo su proždrljivi i nasrtljivi, osobito u uvjetima povećane populacije i u reproduktivnom periodu dok othranjuju ptice. Danas, narasloj populaciji galebova glavni izvor hrane predstavljaju kućni otpaci te legalne odnosno ilegalne deponije smeća.

Galeb klaukavac je vrlo snažna i prilagodljiva ptica pa mu je brojnost u značajnom porastu gotovo u čitavom svijetu. To je velika ptica koja se brzo razmnožava i dugo živi - prosječno 25-30 god., a poznato je da je najstariji živući galeb imao 49 godina. Praktično je čitav životni vijek reproduktivan i može davati potomstvo, a nema predatora odnosno prirodnih neprijatelja. U urbanim središtima galebovi se hrane i danju i noću pod svjetлом što nije uobičajeno i normalno za životni ritam ptice te tako postaju još snažniji i veći. Svojom snagom i rasponom krila mogu se kretati do 100 km dnevno u potrazi za hranom ali u pravilu to ne čine u turističkim središtima gdje imaju izobilje hrane nego se u velikom broju, zadržavaju na istim područjima. Više ne žive samo na moru nego i u unutrašnjosti Istre i RH, npr. na Jakuševcu u Zagrebu.

Znanstveno je potvrđeno da velik broj galebova u rekreacijskim vodama poput bazena i plićaka te na stolovima ugostiteljskih objekata postaju potencijalni prijenosnici različitih uzročnika bolesti opasnih za ljude (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli* i dr.). U literaturi se različite vrste galebova nazivaju „urbanim štakorima“ odnosno rezervoarima virusnih i bakterijskih bolesti opasnih za čovjeka (adenovirusne infekcije, H5N1, kampilobakterioza).

Istraživanja su pokazala da izmeti galebova sadrže veliki broj koliformnih i patogenih bakterija. Od onih koje su dokazane svakako su najznačajnije bakterije iz rodova *Salmonella* i *Campylobacter*. Uslijed narasle populacije uloga galebova u onečišćenju rekreacijskih voda je do danas također dokumentirana u svjetskim istraživanjima. Galebovi u urbanom prostoru zauzimaju pozicije na bazenima te konstantno uznemiravaju ljude prilikom obroka na otvorenim terasama, uzimaju im hranu s tanjura, te potencijalno zagađuju ta mjesta zadržavanjem, čas na deponijima, čas šećući po stolovima ugostiteljskih objekata.



Slika 2. Jato galebova



Slika 3. Galeb u restoranu

S problemom povećane populacije galeba klaukavca susreću se brojni hrvatski, ali i europski gradovi. Narasla populacija galebova predstavlja veliki problem u velikim europskim lukama i turističkim središtima, posebno u Velikoj Britaniji ali i u SAD-u. Galebovi ugrožavaju ljude jer, kao urbana ptica ne boji se ljudi, napada i otima im hranu pri čemu ih nerijetko povrijedi snažnim kljunom i kandžama.

Statistička predviđanja europskih stručnjaka govore o čak četverostrukom povećanju populacije galeba klaukavca u sljedećih 5 - 10 godina. Stoga ističu važnost ranih intervencija u svim zajednicama, odnosno regijama s prekomjernom populacijom galebova i promjernim primarnim staništima galebova na urbanim lokacijama.

Na zapadu su zabilježeni napadi na ljudi s ozljedama i krvavim ranama, infarkt kod napadnute osobe uslijed stresa i straha od napada ptice, ali i napadi galebova na druge životinje, npr. slučaj da galebovi napadnu i usmrte psa čivavu (*Chihuahua*) dok s vlasnikom šeće u urbanom prostoru. Tim je povodom, premijer Ujedinjenog Kraljevstva David Cameron sazvao hitnu konferenciju na temu opasnosti od galebova za 2016. godinu. Posljednjih godina proračuni brojnih atlantskih britanskih destinacija redovito uključuju sredstva namijenjena monitoringu i pronalaženju mjera za smanjenje populacije galebova s ciljem zaštite ljudi od fizičkih napada galebova u potrazi za hranom i mogućeg prijenosa bolesti uslijed velikog broja ptica u urbanom prostoru.

U Poreču i na području Istre, galebovi se gnijezde od travnja do lipnja i tom prilikom formiraju velike kolonije koje mogu sadržavati čak 8.000 parova.

Kolonije se najčešće nalaze na pustim otočićima što je slučaj desetaka otoka u okolini Poreča te drugih općina i gradova Istre ali u sve većem broju i u urbanom prostoru. Ležu 2 do 4 jaja varijabilne boje i šara (zelenkasta, smeđa ili siva). Ptići izlaze za 26 – 30 dana. Mladi opernate za 5 - 6 tjedana. U podneblju Istre galeb klaukavac nema prirodnog predatora, a ima dovoljno hrane što osigurava optimalne uvjete za nekontrolirani rast populacije ptica. Hrvatski ornitolozi su utvrdili da šestomjesečni galeb u Poreču naraste i izgleda kao jednogodišnja ptica.

Stručnjaci iz Veterinarske bolnice Poreč, Veterinarskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i hrvatski ornitolozi su utvrdili da su Poreč i druga turistička mjesta Istra i Hrvatske izrazita meta galebova zbog velikih hotelskih kompleksa i velike količine otpada što za galebove znači velika količina hrane i optimalni uvjeti za potomstvo.

Narasla populacija galebova na području Poreča i Poreštine uzrokuje probleme. Posljednjih godina se na teritorijalnom području Poreštine bilježe učestali napadi galebova na građane, na djecu u okolini škola za vrijeme odmora, i na turiste koji na javnim prostorima konzumiraju hranu. Posebno se to događa u reproduktivnom periodu kada galebovi othranjuju i čuvaju ptiće.

Nadalje, galebovi uzrokuju velike štete mehaničkim onečišćenjem prostora - izmeti na terasama hotela i drugim ugostiteljskim objektima, prljanje fasada izmetom i sl. Ometaju urbani prostor gnijezđenjem na krovovima hotela i kuća te intenzivnim graktanjem koje u urbanom prostoru ometa domicilno stanovništvo i turiste. Na Poreštini su zabilježene i velike količine parazita s perja galebova na krovovima pojedinih zgrada. Provedene su i pojedinačne intervencije povodom ulaska ektoparazita galebova u sobe hotela.

Zbog svega navedenog grad Poreč i opisano teritorijalno područje Istre odlučili su se za ovaj pionirski projekt u RH. Time se Poreč i okolno područje upisuje

na kartu gradova EU i svijeta koji se aktivno suočavaju i bore s navedenim problemom narasle populacije galebova i time odgovorno skrbe o svom okruženju i građanima postupajući istovremeno humano prema pticama sukladno Zakonu o zaštiti životinja. Supervizor porečkog projekta, profesor Albert Marinculić naglašava da se s problemom višestruko narasle populacije ptica treba suočiti na vrijeme i kontinuirano kontrolirati rast populacije ptica. Također naglašava da se treba pripremiti na period kada će postojećoj populaciji od okvirno 3000 ptica na Poreštini, a znatno više u Istri, ponestati hrane uslijed zatvaranja deponija. Postavlja se pitanje hoće li ptice tada biti „suradljive“ ili neće. Moguće je pretpostaviti da će se dio ptica seliti u potrazi za hranom ali i da će postati sve agresivnije u urbanom okruženju u odnosu na ljude, a sve u nastojanju da prehrane sebe i potomstvo te osiguraju životni prostor.

## Prioritet za djelovanje

Stručnjaci različitih struka iz Poreča okupljenih oko projekta Zdravi grad Poreč, građani i predstavnici gradske vlasti procijenili su da je suočavanje s prekomjernom populacijom galebova na području Poreča i Poreštine jedno od prioritetnih područja iz oblasti ekologije i zdravlja, brige za sigurnost, kvalitetu života i zdravlje građana. S tim u vezi, prije šest godina započeo je probni projekt iz projektnog ureda Zdravi grad Poreč okupljanjem zainteresiranih dioničara na teritorijalnom području Poreštine. Problem je pokazao izraziti interes za multisektorsko povezivanje jer se radi o problemu koji pogarda i stručnjake i građane ali i velike turističke tvrtke, a onda, naravno, i predstavnike gradskih vlasti. U okviru projekta Zdravi grad Poreč kontinuirano se, od 1993. godine procjenjuju prioriteti za zdravlje i lokalne specifičnosti te postoji izrazit senzibilitet stručnjaka, političara i građana za prepoznavanje prioritetnih problema u zajednici. Identificirani problemi mobiliziraju resurse grada za djelovanje i postižu konsenzus lokalnih dioničara. Tako su za problem narasle populacije galebova napravljene smjernice za djelovanje.

## Konsenzus u zajednici

Identificiranje problema u Poreču, na području turističkih općina Poreštine i susjednih gradova sjeverozapadne Istre mobiliziralo je ove zajednice na promišljanje o projektu i suočavanju sa problemom. Nastojanja da se Poreč suoči s ovim problemom naišlo je na konsenzus politike, struke, građana i velikih turističkih tvrtki. Ključnu ulogu u suočavanju s problemom imali su predstavnici struke i to Veterinarska bolnica Poreč i Veterinarski fakultet Zagreb. Projekt je započeo postavljanjem nositelja projekta, koordinacije, supervizora, zainteresiranih dioničara, potrebnih sredstava, izučavanjem literature o iskustvima u Europi i svijetu te definiranjem ciljeva projekta. Već je inicijalno bilo jasno

da se projekt treba planirati dugoročno u ciklusima od pet godina i monitorirati pomake poštujući Zakon o zaštiti životinja.

**Pokretanje projekta:** Problem je prepoznat tijekom 2008./09. godine. Probni projekt *Kontrola i suzbijanje prekomjerne populacije galeba klaukovca i kontrola rizika za zdravlje ljudi* je započeo je u drugoj polovici 2010. godine u suradnji porečkih stručnjaka različitih profila, građana i gradskih vijećnika. Planiran je za teritorijalno područje Poreštine od rijeke Mirne do Limskog kanala.

**Koordinatori projekta:** Projektni ured Zdravi grad Poreč i Grad Poreč (resorni Upravni odjel za društvene djelatnosti, socijalnu skrb i zdravstvo)

**Nositelj i operativni izvršitelj** projekta za Poreštinu: Veterinarska bolnica Poreč

**Supervizija i praćenje projekta:** profesor Albert Marinculić

**Vanjski suradnici:** Ministarstvo okoliša i prirode RH, Udruga ornitologa RH, Veterinarski fakultet u Ljubljani, ustanova Natura Histrica i drugi

**Dioničari u projektu:** Grad Poreč, Općina Vrsar, Općina Funtana, Općina Tar – Vabriga, turističke zajednice Poreča, Vrsara, Funtane, Tar-Vabriga, TZ IŽ te velika turistička poduzeća Riviera, Plava Laguna, Maistra i Laguna Novigrad. Tijekom 2014./15. projekt je teritorijalno proširen na područje grada Novigrada i Rovinja koji su iskazali da žele projekt realizirati na svom području.

**Glavni cilj projekta:** Uspostaviti sustav praćenja, kontrole i smanjenja populacije galeba klaukavca na teritorijalnom području Poreštine i Istre, u skladu s interesom JLS-a teritorijalnog područja Istre, te vraćanje galeba iz urbanog područja na njegovo primarno stanište - otočiće i hridi.

## Specifični ciljevi projekta

1. Odrediti potencijalni zdravstveni rizik prekomjerne populacije galebova za stanovnike i povremene posjetitelje Istre, te za kupače putem potencijalnog medija za širenje bolesti - vode;
2. Uspostaviti monitoriranje populacije galebova te razraditi optimalne mjere i aktivnosti koje će utjecati na smanjivanje populacije i rizika koje prekomjerna populacija galebova za sobom nosi;
3. Razraditi i realizirati edukativni program za senzibiliziranje građana na pravilno postupanje s pticama, samozaštitu i razumijevanje problema - edukativno-informativne letci, predavanja, radio emisije, edukativni članci u medijima.
4. Širiti teritorijalno područje obuhvata projektom.

## Analiza provedbe projekta

Da bi se djelovalo na problem osim monitoriranja i praćenja populacije galebova izučavane su metode koje se koriste u zapadnom svijetu. Bilo je jasno da problem postoji i da je problem osjetljiv i kompleksan jer zadire u životinjsku vrstu, a svaka životinjska vrsta je dio prirodnog lanca i ravnoteže te ga je potrebno sagledavati s različitih aspekata potpuno poštujući smjernice stručnjaka iz ovog područja (veterina, ornitolozi, resorna ministarstva RH).

S druge strane, zbog evidentnih poteškoća koje proizlaze iz neprirodnog rasta populacije galebova svakim danom sve se jače artikulira potreba za kampanjom smanjenja populacije koja je u Ujedinjenom Kraljevstvu prepoznata pod nazivom „Cull the gull“. Prema pregledu literature i iskustvu zemalja koje su implementirale programe u gradovima EU može se zaključiti da su najbolji rezultati postignuti korištenjem tzv. metode *postavljanja lažnih jaja* koja se u tu svrhu i nude na tržištu. Dosadašnje laičke metode koje su se koristile među građanima poput sakupljanja i / ili uništavanja jaja, pokazale su se potpuno nedjelotvornima s obzirom da je poznato da galebovi imaju izuzetno veliku mogućnost adaptacije i vrlo brzo polažu nova jaja. Dapače, ako im se ukloni dva jaja u narednom lijeganju liježu četiri jaja kako bi prilagodbom osigurali svoju reprodukciju. Istraživanja su pokazala da su zbog gubitka jaja, uklanjanja i razbijanja, galebovi u mogućnosti položiti čak dodatnih sedam jaja.

**Zašto galeb klaukavac više nije samo turistička atrakcija?**

**I mi možemo pomoći!**

**ŠTO MOŽEMO UČINITI?**

Nemojmo ih nikada hraniti!

Nastojimo koristiti prikladne, zatvorene posude za odlaganje smeća!

Nemojmo odlagati smeću u vrećama koje oslobodi u javnim kutijama satima postaju galebovima glavna atrakcija i Izvor hrane!

O GALEBU KLNAKAVCU

Galebo klaukavac je najveći galeb lučnog dijela Europe i vrlo česta urbana ptica našeg pribora. To je velika i snadna ptica, snažno grudnog koša i široko postavljenim krilima u letu. Tijelo mu je prekriveno perjem bijele boje i to na području glave, vrata i donje strane tijela. Perje na ledima mu je svijetlo sive boje. Krila na vrhovima su crne boje sa svijetlosukšasticim rubovima. Donja strana krila im je bijela.

Zabilježimo mjesa gnijezdenja i o tome obavijestimo odgovorne organizacije!

NAZOVITE:

Veterinarska bolница Poreč  
tel: 052 432-128  
e-mail:  
veterinarska.ambulanta-porec@inet.hr

U europskim razmjerima do danas se najučinkovitijom metodom pokazala upravo *metoda polaganja lažnih jaja* te je ista primijenjena i u našem projektu.

Licencirana lažna jaja proizvode se u Velikoj Britaniji i to ona koja galebovi u potpunosti prihvataju i ne razlikuju od svojih pravih jaja te se za potrebe projekta upravo ova jaja naručuju. Iskustva europskih gradova koji se susreću s istim problemom i koji su primijenili ovu metodu već su počeli zadovoljavajuće rezultate u kontinuiranoj dugoročnoj primjeni. Galebovi u čitavom reproduktivnom periodu leže na lažnim jajima, čuvaju ih, ne polažu nova i tako se u svakom reproduktivnom periodu može smanjiti broj novih ptica. Zanimljiv nalaz realizacije projekta u Poreču je da galebovi nakon 2 do 3 godine napuštaju gnijezda u

Slika 4. Letak

kojima se ne izlegu ptici i savijaju gnijezda na novim lokacijama. Na taj način nastojimo gniyežđenje galebova iz urbanog prostora ponovno vratiti na njihova primarna staništa – otočice i hridi.

## **Plan akcije**

Projekt se pripremao u 2010-toj, počeo s realizacijom u 2011-toj, i kontinuirano traje i dalje. U godini 2016. razrađen je plan za naredno petogodišnje razdoblje koji sukladno specifičnim ciljevima sadrži sljedeće segmente:

### **1. Ispitivanje populacije galeba klaukavca, prstenovanje i praćenje mobilnosti te monitoriranje ukupne populacije**

Rezultati monitoriranja bili su osnova za implementaciju mjera, prihvatljivih suvremenih humanih metoda smanjenja i kontrole populacije galeba klaukavca i u prvom petogodišnjem razdoblju realizacije projekta. Prema postojećim podacima hrvatskih ornitologa krenulo se s pretpostavkom da na teritorijalnom području projekta, od rijeke Mirne do Limskog kanala, ima između 4000 i 5000 ptica koje stalno obitavaju na ovom području. Također je bilo jasno da se točan broj ptica zbog njihove izrazite mobilnosti, ne može precizno utvrditi, jer galeb u jednom danu može biti i u Poreču i u Zagrebu na Jakuševcu ili u Italiji. Važan zadatak stručnog tima bio je identifikacija gniyežđenja pojedinih kolonija na teritorijalnom području projekta te pristupanje izradi mapa gniyežđenja. Posebno je bilo značajno mapirati gnijezda u urbanom prostoru - krovovi kuća i hotela. Za te su potrebe poslužili preleti aviona, obilasci otočića plovilima te je dojavni centar za građane koji su identificirali gnijezda na urbanom prostoru i javljali stručnjacima u Veterinarskoj bolnici Poreč. Mapirani su i svi deponiji koji galebovima predstavljaju izvor hrane. Čini se da su na teritorijalnom području projekta najugroženija naselja s ravnim krovovima i ravni krovovi hotela, ali se galebovi gnijezde i na kosim krovovima kuća.

### **2. Planiranje i provedba humanih mjera smanjenja populacije galeba klaukavca na urbanom području**

Prema literaturi i iskustvu zemalja koje su implementirale programe u gradovima EU pokazalo se da su najbolji rezultati postignuti primjenom metode lažnih jaja koja se za tu svrhu i nude na tržištu u Velikoj Britaniji, licenciranom proizvođaču. Lažna jaja se svake godine naručuju za potrebe našeg projekta upravo iz Velike Britanije.

### **3. Provedba ispitivanja za pronalaženje potencijalno opasnih uzročnika**

Stručnjaci, ornitolozi i Veterinarski fakultet u Zagrebu izlovljavaju ptice posebnim «automatskim mrežama». Potom uzorkuju izmet ptica i analiziraju parazite iz

izmeta i perja što omogućava procjenu rizika od prijenosa potencijalno opasnih uzročnika bolesti s galeba na čovjeka, odnosno opasnost od zoonoza. U svrhu provedbe mjera iz područja parazitologije organizirano je postavljanje plastičnih podloga s kojih se sakupljalo uzorke izmeta za laboratorijske analize. Organiziran je izlov ptica na deponijima teritorijalnog područja projekta - «automatske mreže» na deponiju „Košambra“ i deponiju grada Rovinja „Kukuletovice“. Potrebnu specijaliziranu opremu za izlov ptica osigurali su hrvatski ornitolozi. Ulovljenim pticama se tako uzeo biološki materijal koji je naknadno analiziran u laboratoriju kao i paraziti s perja. Hrvatski ornitolozi lovili su galebove posebnim tehnikama putem mreža, kako se ptice ne bi ozlijedile. Sve su ptice nakon prstenovanja i uzimanja uzorka puštene na slobodu. Kod ptica s teritorija projekta dokazana je prisutnost crijevnih bakterija (*Salmonella*, *Escherichia coli* i *Staphylococcus aureus*, *Compylobacter sp.*) koje u određenim uvjetima mogu biti uzročnici zaraznih bolesti kod ljudi i nekih životinjskih vrsta. Rezultati nalažu poseban oprez jer se ptice kreću i hrane na deponijima, a istovremeno se zadržavaju u urbanom prostoru, na stolovima ugostiteljskih objekata, borave i u rekreativnim vodama, zadržavaju se u blizini vrtića i škola. To je osnovni razlog zbog kojeg se u projektu ptice nastoje humanim mjerama vratiti iz urbanog prostora na svoja prirodna staništa - otočiće i hradi - te kontrolirati njihova populacija.

#### 4. Segment edukacije i senzibilizacije građana

Građani teritorijalnog područja su educirani o ponašanju u odnosu na pticu, adekvatno zbrinjavanje kućnog otpada radi uklanjanja izvora prekomjerne hrane za galeba, provedena je edukacija o samozaštiti i razumijevanju problema koje galebovi uzrokuju u prekomjernoj populaciji (letcima, radio emisijama, predavanjima za gradane itd.), tiskani su edukativni letci na hrvatskom i engleskom jeziku u nakladi od 17 tisuća primjeraka.

## Zaključno

Sve mjere i metode koje se primjenjuju u projektu uskladene su sa Zakonom o zaštiti životinja te provedene uz informiranje Ministarstva okoliša i prirode RH i konzultiranjem hrvatskih ornitologa. Tijekom realizacije projekt predviđa isključivo humane metode pristupa pticama pri čemu nije dozvoljena niti jedna intervencija koja na bilo koji način ugrožava žive ptice ili žive ptice. Također, u suradnji i temeljem uputa resornog ministarstva posebna pažnja je posvećena brizi o zaštićenim pticama koje se mogu gnijezditi na mjestima na kojima se gnijezdi i galeb. Tako se metoda lažnih jaja u odnosu na galebove nije primjenila na područjima na kojima se gnijezde zaštićene ptice (npr. gnjurac) nego na velikom broju gnijezda savijenih na urbanom prostoru Poreča i Poreštine.

Projekt je osmišljen kao dio višegodišnjeg kontinuiranog nastojanja da se kontrolira i smanjuje populacija galebova i gniježđenje u urbanom prostoru jer se efekti i učinkovitost primijenjenih metoda mogu utvrditi samo u dugoročnom periodu, 5-10 i više godina. Galeb je snažna ptica koja u našem podneblju nema prirodnog predatora, živi prosječno 30-tak godina, ima izobilje hrane zbog bazično turističkog područja te je smanjenje broja ptica postepen i dugoročan zadatak.

Činjenica je da samo cjelovit pristup problemu i podjela društvene odgovornosti za sigurnost građana i posjetitelja na istom području mogu polučiti opstanak projekta i pozitivne ishode. Posebno važni partneri u projektu su građani koji stručnim timovima dojavljaju mesta gniježđenja galebova u urbanom prostoru, a nerijetko se u projekt žele uključiti kao volonteri.

Prvih nekoliko godina realizacije projekta na Poreštini, području Novigrada i Rovinja pokazuje smanjenje populacije galebova i približavanje glavnog cilju projekta, a to je sačuvati galeba kao simbol podneblja i omogućiti mu pretežito gniježđenje na primarnim staništima - otočićima i hridima.

## Referencije

- Aragonés, L, López, I, Palazón, A, López-Úbeda, R & García, C 2016, ‘Evaluation of the quality of coastal bathing waters in Spain through fecal bacteria Escherichia coli and Enterococcus’, *Science of The Total Environment*, vol. 566–567, pp. 288-297.
- Araujo, S, Henriques, IS, Leandro, SM, Alves, A, Pereira, A & Correeia, A 2014, ‘Gulls identified as major source of fecal pollution in coastal waters: A microbial source tracking study’, *Science of The Total Environment*, vol. 470–471, pp. 84-91.
- Cragg, J, Clayton, YM & Pathol JC 1971, ‘Bacterial and fungal flora of seagull droppings in Jersey’, *J Clin Pathol*, vol. 24, no. 4, pp. 317–319.
- Gould, DJ & Fletcher, MR 1978, ‘Gull droppings and their effects on water quality’, *Water Research*, vol 12, no. 9, pp. 665-672.
- Karagüzel, A, Köksal, I, Baki, A, Uçar, F, Gök, I & Cirav, Z 1993, ‘Salmonella and Shigella carriage by gulls (*Larus sp.*) on the east Black Sea region of Turkey’, *Microbios*, vol. 74, no. 299, pp. 77-80.
- Lévesque, B, Brousseau, P, Bernier, F, Dewailly, E & Joly, J 2000, ‘Study of the bacterial content of ring-billed gull droppings in relation to recreational water quality’, *Water Research*, vol. 34, no. 4, pp. 1089-1096.
- Poirel, L, Munoz-Price, S, et al. 2011, ‘Seagulls Carrying ESBL-Producing Enterobacteriaceae Along the Shoreline in Miami Beach’, Paper presented at the 51st *ICAAC*, Chicago, IL.

# DIJABETES U SFERI RADA OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Goranka Petriček

Istraživanje *Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika* provedeno je u sklopu znanstveno istraživačkog projekta odobrenog od Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa, Živjeti s kroničnom bolesti: iskustvo bolesnika, šifra projekta: 108-1080317-0280. Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta odobrilo je istraživanje (Broj 04-1162-2006).

*Hipotezom istraživanja* predmijevalo se da su bolesnici oboljeli od infarkta miokarda (IM) u procesu suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življjenja s kroničnom bolešću suočeni s većom potrebom za promjenama u dotadašnjem životu, jače su pogodeni bolešću i teže se prilagođavaju na bolest od bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 (ŠBT2).

*Opći cilj istraživanja* bio je istražiti i opisati iskustvo bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM u suočavanju, upoznavanju, prihvaćanju i življjenju s ovim kroničnim bolestima u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika.

Radi ostvarenja općeg cilja istraživanja, postavljena su *tri specifična cilja istraživanja*. Prvi cilj bio je istražiti i opisati proces bolesnikova upoznavanja bolesti po sebi te sa specifičnim karakteristikama "vlastite" bolesti. Drugi cilj bio je istražiti i opisati iskustva bolesnika s promjenama koje su te bolesti izazvale u funkciranju vlastitog tijela (simptomi, znakovi, onesposobljenost), njegovim životnim navikama, ciljevima, vrijednostima i prioritetima, funkciranju obitelji i njegovoju ulozi u obitelji kao i funkciranju socijalne mreže - prijatelja i radnog okružja. Treći cilj bio je istražiti i opisati koji su olakotni a koji otežavajući čimbenici za bolesnikovo življjenje sa ŠBT2 ili IM.

Radilo se o kombiniranom kvalitativnom i kvantitativnom istraživanju (engl. *mixed-method research*) kojim su metodom problemski usmjerenog polustrukturiranog intervjuja, intervjuirana 64 ispitanika (Fraenkel & Wallen, 2006).

U kvalitativnom dijelu istraživanja, metodom problemskog usmjerenog (dubinskog) polustrukturiranog intervjuja, prikupljeni su podaci od 64 bolesnika (32 koji boluju od ŠBT2, i 32 bolesnika koji su preboljeli IM). Za analizu i interpretaciju podataka primijenjena je kvalitativna teorijski utemeljena analiza (engl. *grounded theory method*) sa svrhom da opiše, objasni i razumije proživljena iskustva grupe ljudi (Hesse-Biber i sur., 1998). Značajke teorijski utemeljene analize uključuju paralelno prikupljanje, analizu podataka i uzorkovanje (engl. *theoretical sampling*). Nadalje, u procesu analize primijenjena je triangulacija istraživača s ciljem osiguranja validnosti istraživanja (Patton, 2002).

U kvantitativnom dijelu istraživanja tih istih bolesnika, standardiziranim upitnicima prikupljeni su podaci o doživljaju bolesti, zdravstvenom lokusu kontrole, zadovoljstvu životom i socijalnoj podršci.

Istraživanje je konceptualizirano i dizajnirano kao primarno kvalitativno, što opisuje sljedeća proceduralna shema: QUAL+quant (Morse 1991). Navedeno upućuje da su i kvalitativni i kvantitativni podaci prikupljeni paralelno, s manjim naglaskom na kvantitativnom dijelu, s ciljem da se utvrdi konvergiraju li rezultati oba istraživanja u smjeru jednog, zajedničkog razumijevanja istraživanog fenomena (Tashakkori & Teddlie, 1998). Smisao ovog triangulacijskog dizajna je u tome da se obje metode istovremeno uzajamno upotpunjaju te umanjuju slabost svake pojedinačno. Nadalje, kombinacija metoda daje potpuniju sliku proučavanog fenomena nego da se koristi samo jedna od metoda (Fraenkel & Wallen, 2006).

Uzorak ispitanika prikupljen je preko liječnika opće i obiteljske medicine (LOM) u Gradu Zagrebu. Ciljnu populaciju liječnika činili su svi liječnici zaposleni u djelatnosti opće i obiteljske medicine Grada Zagreba, u sva tri Doma zdravlja Grada Zagreba (DZ Zagreb Centar, DZ Zagreb Istok i DZ Zagreb Zapad). Odabran je slučajni uzorak od 16 liječnika iz osnovnog skupa od ukupno 424 liječnika. Također je istom metodom odabrano 8 zamjenskih liječnika za slučaj ako prethodno izabrani liječnici ne pristanu sudjelovati u istraživanju. Svaki liječnik identificiran je liječničkim brojem.

Za inicijalni uzorak ( $n=32$ ) otvorenim namjernim uzorkovanjem svaki je liječnik odabrao po jednog bolesnika vodeći se početnim kriterijima za odabir: vrsta bolesti (ŠBT2 ili IM), duljina trajanja bolesti (2-5 godina), dob (45-65 godina), spol (muški, ženski) i posjedovanje karakteristike dobrog informatora. Od 16 odabranih LOM, osmorica su izdvojila jednog muškarca koji boluje od IM i jednu ženu koja boluje od ŠBT2, koji su prvi po redoslijedu došli u ordinaciju u ispitivanom periodu. Preostalih osam liječnika su napravili to isto, ali u obrnutom smislu. Izdvojili su jednu ženu koja boluje od IM i jednog muškarca koji boluje od ŠBT2, koji su prvi po redoslijedu došli u ordinaciju u ispitivanom periodu. Sljedeća 32 bolesnika odabrana su aksijalno, selektivnim uzorkovanjem temeljem koncepcija proizašlih razvojem utemeljene teorije, uz uvjet zadovoljenja početnih kriterijima za odabir (Hesse-Biber i sur., 1998).

Izabrane bolesnike liječnici su individualno pozvali na razgovor u ordinaciju. Objasnili su im cilj i svrhu istraživanja, kriterije odabira ispitanika, zagarantirali anonimnost i pružili informacije o ispitivaču. Objasnili su i metodu istraživanja, trajanje intervjua, odnosno ispunjavanje upitnika. Bolesniku su uručili *Obavijest za bolesnika*, zamolili ga da pročita i ponudili dodatno obrazloženje. Također su osigurali vrijeme potrebno da razmisli hoće li sudjelovati u istraživanju, te ukoliko je bolesnik odlučio sudjelovati, dogovorili su datum i sat odvijanja intervjua.

Podaci o bolesniku i njegovu iskustvu s kroničnom bolesti prikupljeni su u domu bolesnika, iznimno ordinaciji izabranog liječnika, ovisno o izboru ispitanika. Istraživač se predstavio, upoznao bolesnika sa sponzorom istraživanja, objasnio svrhu istraživanja i način odabira ispitanika, zagarantirao anonimnost, te uzeo pisani pristanak od ispitanika o dobrovoljnom sudjelovanju u istraživanju. Zatim je slijedilo prikupljanje podataka potrebnih za ovo istraživanje. Ono se sastojalo iz nekoliko dijelova:

1. Ispunjavanje Upitnika o općim podacima o bolesnicima – ispitanicima;
2. Problemski usmjereni (dubinski) polu-strukturirani intervju;
3. Ispunjavanje Upitnika za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90-2), Upitnika doživljaja bolesti - kratka verzija (IPQ-B), procjena subjektivne kvalitete života i socijalne podrške bolesnika.

Intervjuiranje (vremenskog raspona od 30-45 minuta) provedeno je uz primjenu pitanja za problemski usmjereni (dubinski) polu-strukturirani intervju, koji se sastoji od 6 tematskih pitanja (engl. *grand tour questions*) otvorenog tipa, te dodatnih potpitanja koja su imala za cilj istražiti iskustvo bolesnika: od početnih simptoma, potom suočavanja s dijagnozom bolesti, prihvaćanja i života s bolešću (ŠBT2 ili IM). Dodatna pitanja su korištena ukoliko je bila potrebna daljnja elaboracija. Pitanja su utemeljena u literaturi, potom raspravljana na međunarodnim tečaju i radionici na temu kvalitativnih istraživanja, a provedeno je i probno istraživanje (Petriček i sur., 2009).

Po završetku intervjuia bolesnik je ispunio *Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja* (ZLK-90-2) i *Upitnik doživljaja bolesti - kratka verzija* (IPQ-B), te je procijenjena subjektivna kvaliteta života i socijalna podrška bolesnika. Istraživač je bio prisutan za vrijeme ispunjavanja ovih upitnika kako bi bio od pomoći u slučaju nejasnoća ili nerazumijevanja pitanja, ali se držao suzdržano kako ne bi remetio bolesnika.

Od 64 provedena intervjuia 4 nisu zadovoljila Kvaleove kriterije za ocjenu kvalitete te su izuzeti iz procesa analize (Kvale, 1996). Stoga je učinjen transkript 60 intervjuia.

Primijenjena kvalitativna analiza podataka na principima utemeljene teorije predstavlja jedan od najutjecajnijih modela kvalitativne analize podataka (Glaser & Strauss, 1967; Strauss i Corbin, 1998). Provedena su tri glavna tipa kodnih postupaka: otvoreno, aksijalno i selektivno kodiranje. Između ove tri vrste postupaka nije postavljena jasna demarkacijska linija, već su oni kontinuirano kombinirani. Konačnom analizom ove analitičke procedure postavljene su u referentni okvir kondicionalne matrice (Halmi, 2005). Otvorenim kodiranjem podaci su segmentirani (dekontekstualizirani), istraženi, konceptualizirani i

kategorizirani. Njime su identificirani i razvijeni koncepti prema svojstvima i dimenzijama podataka. Potom su aksijalnim kodiranjem prethodno „razbijeni“ podaci povezani u cilju postupnog preciznog opisa i potpunog objašnjenja fenomena. Selektivnim kodiranjem odabrane su središnje kategorije, te se sustavno otkrivale supstantivne relacije između ostalih kategorija, validirane te relacije, uz dopunjavanje kategorije novim elementima u svrhu njihova daljnog razvoja i sofisticiranja, s ciljem pročišćenja i integracije kategorija u oblik koji je generirao utedeljenu teoriju (Hesse-Biber i sur., 2004). Zasićenje podataka postignuto je sa 18 intervjuja (od 30 po bolesti). Ostali intervjuji nisu osiguravali nove relevantne informacije (Strauss i Corbin, 1998).

Proces triangulacije istraživača proveden je na sljedeći način: analizu je inicijalno proveo glavni istraživač, uz pomoć analitičkog pomagala Atlas.ti kompjuterskog programa za kvalitativnu analizu podataka (ATLAS.ti licenca). Paralelno je grupa od 3 istraživača analizirala prvo individualno, potom grupno svih 60 intervjuja, ručno. Potom se grupa od tri istraživača susrela i postigla konsenzus rezultata analize. U konačnici je glavni istraživač učinio usporedbu između svojih rezultata i rezultata grupe istraživača. U slučaju neslaganja ili nejasnoća, sva četiri istraživača se susrela i postigla konsenzus. Konačni rezultati predstavljaju konsenzus sva 4 istraživača (Patton, 2002).

Kvantitativni podaci prikazani su tablicama frekvencija, tablicama kontingencije i deskriptivnim mjerama. U statističkoj analizi primjenjeni su, s obzirom na mali broj ispitanika i distribuciju rezultata, odgovarajući neparametrijski statistički testovi (Mann-Whitney). U analizi tablica kontingencije korišten je hi-kvadrat test, a po potrebi Fisherov egzaktni test. Za analizu povezanosti korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Rezultati su interpretirani na 1% i na 5%-tnej razini značajnosti. U obradi podataka koristio se statistički program Statistica, ver. 7.1. licenca Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa (STATISTICA, ver.7.1 licenca).

Provodenje istraživanja rezultiralo je pojavom različitih *emotivnih i kognitivnih reakcija* u glavnom istraživaču.

**Radost i zadovoljstvo** istraživača jer je većina namjerno odabranih ispitanika s karakteristikama dobrog informatora zaista posjedovala iskustvo suočavanja i življjenja s ovim bolestima (ŠBT2 ili IM) i bila sklona u detalje opisati svoja iskustva, imala sposobnost izražavanja i autorefleksije, imala vremena za razgovor i bila voljna sudjelovati u istraživanju.

Potom **iznenadenost** sa upoznavanjem iskustva ispitanika vezano uz njihovo suočavanje s bolešću, specifično s osobnom bitkom koju je većina prolazila po postavljanju same dijagnoze

bolesti u smislu trebaju li uopće prihvati bolest ili ne, kao i sa osobnom bitkom o potrebi prihvatanja uputa liječnika o preporučenom liječenju (trebaju li uopće provoditi naše preporuke). Navedeno je rezultiralo da u početku, po samom postavljanju dijagnoze, bolesnici uglavnom nisu provodili preporučeno liječenje ili je ono bilo diskontinuirano.

**Osjećaj praznine i zabrinutosti** s obzirom da tijekom studiranja, na Medicinskom fakultetu nije bilo dostatno osviještena uloga samog bolesnika u liječenju, kao niti važnost bolesnikove percepcije bolesti i preporučenog liječenja, podrške obitelji, radne okoline, kao niti utjecaj svega navedenog na konačan ishod bolesti. Navedeno posebice dolazi do izražaja u liječenju ovih kroničnih bolesti.

**Suosjećanje** obzirom na: usamljenost bolesnika uslijed shvaćanja da se bolest događa njima samima i da prihvatanje bolesti moraju sami "odraditi"; trajno prisutnu nostalgiju u njihovu životu za prošlim vremenima (prije novodiagnosticirane bolesti); nemir i strah bolesnika od budućnosti s bolešću.

Vezano uz provedbu samog istraživanja u istraživaču se također javila i *zabrinutost i anksioznost* kod provedbe 34-tog intervjeta – pitanje dalnjeg pronalaženja vremena i snage za daljnja 34 intervjeta.

*Iskustvo* stečeno ovim istraživanjem, po provedenom intervjuiranju 64 bolesnika, konstantnoj komparativnoj analizi prikupljenih podataka i paralelnom prikupljanju novih podataka rezultiralo je sljedećim zaključcima:

Još jednom je potvrđena *prednost odabira kvalitativne metode individualnog intervjeta pri istraživanju doživljaja bolesti* jer su ispitanici bili skloni iznositi intimne detalje svoga života vezano uz istraživano područje, koje svakako ne bi podijelili u tom opsegu da smo primijenili kvalitativnu metodu fokus grupe. Stoga se primjenom individualnog intervjeta osigurala mogućnost "izražavanja" i uvida u "unutarnji" svijet bolesnika (njihove emotivne i kognitivne reakcije, refleksija na vlastito iskustvo života s bolešću, te očekivanja od nas profesionalaca) čime se dobila potpunija slika bolesnikova suočavanja, nošenja i života s istraživanom bolešću. Važnost individualnog intervjeta očituje se i u činjenici da su bolesnici imali mogućnost iznijeti svoj doživljaj bolesti u dostašnom vremenu koji često nismo u mogućnosti osigurati u vremenski ograničenoj konzultaciji od 10-15 minuta u ordinaciji LOM-a.

Loše iskustvo karakteristično za kvalitativna istraživanja pa tako i ovo – *vremenska zahtjevnost* ovdje je posebno došla do izražaja jer je odabrana kvalitativna analiza

podataka koja predmijeva paralelno prikupljanje i analizu podataka. Stoga je bilo potrebno ne samo provesti intervju, već brzo učiniti transkript i analizu svakog od njih da bi se moglo provoditi daljnje uzorkovanje utemeljeno na teoriji koja proizlazi iz podataka. Na taj je način fenomen vremenske zahtjevnosti bio još više izražen.

Pitanje *veličine uzorka* također bi se moglo razmotriti. Broj ispitanika u ovom istraživanju bio je 64 (32 ŠBT2 i 32 IM). Kako literatura upućuje da se zasićenost podataka obično dostiže kod 18-20 intervjeta zasigurno je obuhvaćen preveliki broj ispitanika.

S obzirom na veliki broj ispitanika u uzorku pokušalo se ubrzati provedbu istraživanja naručivanjem većeg broja ispitanika na intervju po danu. Tako se u nekoliko navrata naručilo do pet bolesnika u rasponu od jednog sata. Navedeno se nije pokazalo opravdanim jer je postupak intervjuiranja zahtjevan za intervjuera. Svaki ispitanik ima svoj specifični svijet i da bi se isti u potpunosti mogao razumjeti, postaviti potrebna dodatna potpitanja, potrebno je da intervjuer bude prisutan "duhom i tijelom" u njegovoj priči, da se "uživi" u ispitanikov svijet. Navedeno je bilo vrlo zahtjevno za intervjuera, tako da posljednji intervju u tom danu nisu bili tako sadržajno bogati, stoga nisu udovoljili Kvaleovim kriterijima za procjenu kvalitete intervjeta i izuzeti su iz analize (Kvale, 1996). Stoga se nakon ovog iskustva naručivalo po maksimalno tri ispitanika po danu što je bio optimalan broj ispitanika.

Unatoč zahtjevnosti za provođenje, odabrana analiza podataka bazirana na utemeljenoj teoriji pokazala se prikladnom za proučavanje procesa unutar inividuue, inter-personalnih relacija i recipročnih efekata među individuama i socijalnim zbivanjima. Primjenjiva je za proučavanje tipičnih socijalno-psihosocijalnih tema kao što su motivacija, osobno iskustvo, osjećaji, identitet, privlačnost, predrasude i međuljudska suradnja i konflikt (Straus, 1987).

Sama odluka da istražujem bolesnikov doživljaj bolesti pokazuje da smatram da je liječnikovo saznanje bolesnikova doživljaja vlastite bolesti važno u procesu skrbi za samog bolesnika. Međutim, svjesna sam da, iz raznih razloga, može i negativno utjecati na proces skrbi (ili barem ne koristiti).

Otvorila sam područje istraživanja naglašavanjem važnosti pristupa koji podupiru skrb za kroničnog bolesnika, kao što je angažiranje bolesnika u procesu prevencije i liječenja kao osnovnog provodioca zdravstvene skrbi. No, također sam pri tom bila svjesna da će neki od intervjuiranih bolesnika smatrati ovakav pristup manje važnim.

Rezultati ovog istraživanja u suglasnosti su s rezultatima istraživanja iz relevantne medicinske literature koji su istraživali problematiku zdravstvenog

ponašanja, bolesniku usmjerenu skrb, kao i bolesnikov doživljaj bolesti. Tako je Balint naglasio potrebu "razumijevanja bolesnika kao jedinstvenog ljudskog bića" (Balint, 1969), a Mac Whinney istaknuo važnost pozicioniranja bolesnika u središte konzultacije kao i uvažavanja perspektive bolesnika pri pronalaženju zajedničkih ciljeva liječenja naglašavajući da "liječnik mora pokušati ući u bolesnikov svijet - "vidjeti" bolest bolesnikovim očima" (Mac Whinney, 1989).

Imala sam određenu sumnju do kojeg stupnja bolesnici žele podjelu donošenja odluka vezanih za proces liječenja. Temeljem vlastitog iskustva u svojem radu s bolesnicima, ponovno potvrđeno ovim istraživanjem, neki bolesnici nisu željeli dijeliti niti donositi odluke vezane uz liječenje, već su očekivali da je to dio liječnikova rada.

Velika dobrobit koji sam osjetila u radu s bolesnicima u ordinaciji obiteljske medicine po završenom istraživanju jest da pokušavam biti, koliko je to god više moguće, orijentirana bolesniku i uzeti u obzir njihovo viđenje problema, kontekst njihova života, te osobni motiv za provođenje preporuka liječenja. Bolesnici uvijek reagiraju pozitivno, lakše ostvarujemo dogovor oko liječenja a takve konzultacije jačaju dobar odnos između bolesnika i njihova liječnika.

Može se zaključiti da ovo istraživanje još jednom potvrđuje da prakticiranjem konvencionalnog biomedicinskog modela prakticiranja medicine koji bolest promatra zasebno, neovisno od osobe koja od nje boluje kao i od socijalnog konteksta te osobe, postoji opasnost da liječnik ne prepozna važne čimbenike od strane samog bolesnika koji mogu utjecati na adherentnost na preporučeno liječenje. Stoga, u praćenju bolesnika, valja svakome ponaosob pristupiti visoko individualizirano respektirajući njegova opća, iz zdravstvenog kartona inače lako dostupna svojstva, kao i njegovo viđenje problema i bolesti, njegove ideje - znanje i iskustvo o čemu se zapravo radi i što bi valjalo poduzeti, njegove brige o očekivanom tijeku i prognozi bolesti te mogućnostima i ograničenjima njegova vlastita djelovanja. Nipošto se ne smije zanemariti sudioništvo okoline i kontekst unutar kojeg bolesnik živi i radi (Petriček 2012). Samo objedinjavanjem bioloških, psiholoških i socijalnih podataka u medicinskom radu dobit ćemo komprehenzivni pogled na bolesnika i njegovu bolest uz uvid u proksimalni i distalni kontekst njegova života, što će biti dobra početna baza za sveobuhvatniju i, u konačnici, učinkovitiju skrb.

Rezultati ovog istraživanja koreliraju visoko sa Westonovim opisom bolesniku usmjerene skrb: "To je proces stjecanja kvalitativnog znanja i razumijevanja ljudskog bića; utvrđivanja bolesnikovih potreba, motiva i očekivanja, temeljem njihova iskustva sa zdravljem ili bolešću" (Weston i sur., 1989). Stoga rezultati mogu imati svoju korist u informiraju liječnika o specifičnim strategijama koje treba primijeniti unutar pristupa usmjerenog bolesniku; potrebno je čuti, razumjeti i diskutirati bolesnikovo iskustvo (Petriček i sur., 2015).

Učinkovita medicinska praksa zahtijeva narativne kompetencije, odnosno sposobnost da se oda priznanje, razumije, interpretira i djeluje uzimajući u obzir priču i iskustvo drugih. Iskustva bolesnika moguće je koristiti u obrazovanju medicinskih studenata kao prikladan model za empatiju, refleksiju, profesionalnost i povjerenje. Sposobnost uzimanja u obzir priče i iskustva bolesnika važno je ne samo u diplomskoj i poslijediplomskoj edukaciji, već i tijekom kontinuiranog profesionalnog razvoja. Refleksija na priču bolesnika u peer grupi uz superviziju zasigurno ima utjecaj na stavove i vrijednosti sudionika. Ukoliko zdravstvene profesionalce osvijestimo o važnosti bolesnikovih stavova i vrijednosti, kao i njihovu utjecaju na provođenje preporučenih postupaka liječenja, možemo ih potaknuti da češće traže i uzimaju u obzir bolesnikovo mišljenje u svojem sva-kodnevnom radu (Berglund i sur., 2012).

Iskustvo svakog bolesnika je jedinstveno i duboko ukorijenjeno u kulturnom kontekstu njegova života. Stoga postoji potreba za dalnjim istraživanjima na ovu temu u različitim populacijskim grupama i različitom okruženju.

Refleksija na učinjeno pomaže učeniku da bolje razumije kompleksne i ponekad zabrinjavajuće situacije (za koja ponekad nema pravog rješenja) te ih pretvori u novo znanje i nove akcije u budućnosti. Primjena refleksije uklapa se i u kulturu zdravstvenih profesionalaca koja potiče promatranje učinjenog i samoprocjenu, te se analizom i uočavanjem slabih i dobrih strana profesionalcu omogućava da poveća samoučinkovitost te poduzima akcije s većom sigurnošću (Eva & Regehr, 2005).

Stoga poučena iskustvom iz opisanog istraživanja u sljedećim kvalitativnim istraživanjima svakako bih modificirala dizajn uzorka ispitanika. Tako bih se prilikom planiranja broja ispitanika ograničila na njih 20 jer je saturacija postignuta već sa 18-im intervjonom što je u suglasju s preporukama relevantne literature (Strauss i Corbin, 1998). Također bih povećala raspon godina ispitanika u cilju saznanja većeg raspona iskustva bolesnika (i nekoliko desetaka godina nakon početka bolesti) i saznanja kako se s vremenom život s bolešću mijenja. K tome, bilo bi korisno saznati kako ispitanici koji nisu radno aktivni doživljavaju ove bolesti. Obuhvatila bih i one ispitanike koji imaju teži oblik ovih bolesti u cilju saznanja njihova iskustva suočavanja i življenja s bolešću, s aspekta pronalaženja čimbenika na koje bi kao liječnici mogli utjecati ne bismo li eventualno potaknuli bolesnika da uspješnije provodi liječenje te time prevenirali komplikacije ovih bolesti.

S obzirom da su ispitanici isticali važnost podrške obitelji (čak i promjene životnog stila cijele obitelji) u provođenju preporučene terapije, uz otegotni utjecaj ukoliko je obitelj bila distancirana ili ispitanik samac, bilo bi interesantno

novim istraživanjem istražiti članove bliske obitelji ispitanika i kako je bolest njihova člana djelovala na njih i njihov život.

Medicinsko znanje i praktične vještine zajedno s profesionalnim stavom, bez predrasuda, i s dobrim komunikacijskim vještinama, kvalitetna su podloga a ujedno i osnova za razvoj i daljnje njegovanje dobrog odnosa između liječnika i pacijenta. Brojni istraživači pokušali su pronaći "ključne sastojke" dobre komunikacije i u konačnici ova nastojanja rezultirala su usvajanjem 'koncepta 'bolesniku usmjereni skrbi' kao indikatora kvalitetne konzultacije (Mead i sur., 2002). Unatoč navedenim spoznajama istraživanja upućuju da liječnici još uvijek prečesto djeluju u okviru biomedicinskog modela postavljajući si kao glavni zadatak da bolesnikovu poteškoću zbog koje se javio taj dan liječniku, pretoče u dijagnozu bolesti. A što je postavljanje dijagnoze nego sumiranje tipičnih znakova i simptoma kombiniranih s rezultatima pretraga? Ovakvim pristupom bolesnik je još uvijek objekt, a ne subjekt sa važnom pričom relevantnom za objašnjenje samog problema/bolesti (Broom, 2000). Stoga se ističe potreba za novim istraživanjima bolesnikova doživljaja bolesti i prezentacija njihovih rezultata u diplomskoj i poslijediplomskoj nastavi te kontinuiranoj medicinskoj edukaciji, kako bismo u procesu edukacije medicinskih profesionalaca osvijestili i ukazali na važnost bolesnikova doživljaja bolesti i njegovu povezanost s ishodima skrbi. Navedeno posebice dolazi do izražaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gdje je uslijed visoke prevalencije kompleksnih nediferenciranih problema i psihosocijalnih poremećaja, porasta incidencije kroničnih nezaraznih bolesti, potom odsustva kompleksne dijagnostičke i terapijske tehnologije, i uz dugoročnu prirodu odnosa liječnik-pacijent - naglasak na uspješnoj komunikaciji liječnika i bolesnika (Mead i sur., 2002).

## Referencije

1. ATLAS.ti Educational Single User License/License key: 761E8-D37EA-0E56M-MQWM1-014OO.
2. Balint, E 1969, 'The possibilities of patient-centred medicine', *JR College Gen Pract* vol. 17, pp. 269-76.
3. Berglund, M, Westin, L, Svanström, R & Sundler, AJ 2012, 'Suffering caused by care--patients' experiences from hospital settings', *Int J Qual Stud Health Well-being*, vol 7, pp.1-9.
4. Broom, BC 2000, 'Medicine and story: a novel clinical panorama arising from a unitary mind/body approach to physical illness', *Adv Mind Body Med*, vol. 16, no. 3, pp. 161-77.
5. Eva, KW & Regehr, G 2005, 'Self-assesment in the health professionals: a reformulation and research agenda', *Acad Med*, vol. 8, pp. 46-54.
6. Fraenkel, JR & Wallen, NE 2006, *How to design and evaluate research in education* 2<sup>nd</sup> edition, McGraw-Hill Higher Education, New York.

7. Halmi, A 2005, *Strategije kvalitativnih istraživanja u primijenjenim društvenim znanostima*, Naklada Slap, Jastrebarsko.
8. Hesse-Biber, SN & Leavy P 2004, *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, Oxford University Press, New York.
9. Kvale, S 1996, *Interviews: An introduction to Qualitative Research Interviewing*, Sage, London.
10. McWhinney, I 1989, 'The need for a transformed clinical method' in: *Communicating with medical patients*, eds M Stewart & D Rotter, Sage, London.
11. Mead, N & Bower, P 2002, 'Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature', *Patient Education and Counseling*, vol. 48, pp. 51-61.
12. Mead, N, Bower, P & Hann, M 2002, 'The impact of general practitioners' patient-centeredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement', *Soc Sci Med*, vol. 55, no. 2, pp. 283-99.
13. Morse, JM 1991, 'Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation', *Nursing Research*, vol. 40, pp. 120-123.
14. Patton, MQ 2002, *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3<sup>rd</sup> ed., Sage publications, London.
15. Petriček, G, Buljan, J, Prljević, G, Owens, P & Vrcić-Keglević, M 2015, 'Facing the diagnosis of myocardial infarction. A qualitative study', *Eur J Gen Pract*, vol. 30, pp. 1-7.
16. Petriček, G 2012, *Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika (doktorska disertacija)*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
17. Petriček, G, Buljan, J, Prljević, G, Murgić, L, Katić, M & Vrcić-Keglević, M 2009, 'Life with a chronic illness - ongoing study' in: *Book of abstracts. European General Practice Research Network. «Research on Multimorbidity in General Practice»*, European General Practice Research Network, Dubrovnik, Croatia, p.19.
18. STATISTICA, ver.7,1; StatSoft, Inc., 2005.
19. Strauss, A 1987, *Qualitative analysis for social scientist*, Cambridge University Press, New York.
20. Strauss, A & Corbin, J 1998, *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, 2<sup>nd</sup> ed, Sage publications, London.
21. Tashakkori, A & Teddlie, C 1998, *Mixed methodology*, Sage, Thousand Oaks, CA.
22. Weston, WW, Brown, JB & Stewart MA 1989, 'Patient-centred interviewing part I: understanding patients' experiences', *Can Fam Physician*, vol. 35, pp. 147-51.
23. Wichowski, HC & Kubsch, SM 1997, 'The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, pp.

## **EDUKACIJSKE TEME**

*Senka Samardžić*

*Maja Lang Morović*

*Maja Miloš*

*Neda Pjevač*

*Jelena Gulašija*

*Valentin Ivančić*

*Ivan Janč*

# OVISNOST UČENIKA ČETVRTOG RAZREDA SREDNJE ŠKOLE

Senka Samardžić

Deseta Revizija Međunarodne klasifikacije bolesti definira sindrom ovisnosti kao klaster fizioloških, ponašajnih i kognitivnih fenomena u kojem uporaba tvari poprima mnogo veći prioritet za određenog pojedinca od drugih ponašanja, koji su nekoć imali veću vrijednost. Središnja opisna karakteristika sindroma ovisnosti je želja (često jaka, ponekad neodoljiva) za uzimanjem psihoaktivnih droga (koji može ili ne mora biti medicinski propisano), alkohola ili duhana. ([http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)) Ovisnost se odlikuju nemogućnošću kontrole ponašanja, unatoč postojanju fizičkih ili psiholoških posljedica, a ima biološke, psihološke i socijalne odrednice.

Kako bi istražili fenomenologiju ovisnosti analizirala sam 44 eseja koja su pisali učenici 4. razreda srednje škole u dobi od 17 do 18 godina. Tim učenicima sam predavala tijekom jedne školske godine i mislim da smo imali dobru komunikaciju. Nastava se inače odvija *ex cathedra* i nije previše stimulativna za današnju mladež. Oni više cijene interaktivniji pristup, te oblike nastave u kojima sam dolaze do novih spoznaja. Krajem školske godine sam ih upitala jesu li voljni napisati svoje viđenje problema ovisnosti. Učenici su bili vrlo zainteresirani jer su vidjeli priliku da kažu svoje mišljenje o nečemu, a ne da samo interpretiraju činjenice. Tijekom mjesec dana su mi na mail pristizali njihovi eseji koje su mi slali s grupnog razrednog maila, kako bi privatnost bila zajamčena. Svega pet učenika nije poslalo svoje uratke. Objasnila sam im koji je način analize, te obećala prvo njima prezentirati rezultate i s njima ih prodiskutirati.

Većina učenika je imala iskustvo s nekim od sredstava ovisnosti, bilo to jednom, ili se ponašanje javlja kao obrazac konzumiranja, uglavnom vikendima. Samo četiri učenika nisu imali nikakva vlastita iskustva. Oni uglavnom zauzimaju osuđujući stav prema konzumentima, slabije izlaze, što bi mogli protumačiti i kao izbjegavanje pritiska društva koje je jedan od važnih čimbenika u ovim obrascima ponašanja. Iako je tema eseja bila općenita - „ovisnosti“, gotovo svi učenici su pisali konkretno o tvarima s kojima su imali iskustva. Najčešće se konzumira alkohol, zatim cigarete, te marihuana. Gotovo svi ispitanici ne misle da imaju problem u smislu ovisnosti, uglavnom navode da misle da mogu prestati s ovisnošću kad god zaželete. Učenici prepoznaju i „novu“ ovisnost – ovisnost o tehnologiji; igranju igrica, internetu i korištenju društvenih mreža. Identificiraju gubitak socijalnog kontakta (funkcioniranja) koji se javlja kao posljedica ove „moderne“ ovisnosti.

Kao „okidači“ konzumiranja najčešći su utjecaj/pritisak prijatelja (društva), te želja da se pobegne od problema, stvarnosti, želja za opuštanjem i zabavom, znatiželja i ispitivanje granica. Prijatelji/vršnjaci igraju važnu ulogu u inicijaciji – prvom iskustvu s psihoaktivnim tvarima.

Obično su pritisci izraziti prilikom izlazaka, a većina opisuje prvo iskustvo s brojnim tjelesnim simptomima koji su, u najmanju ruku, neugodni, no to ih ne odbija od ponovnog uzimanja. Zabrinjavajući je i stav koja prevladava: mladi se ne mogu zabaviti i opustiti bez alkohola? Izlasci su vezani s konzumacijom i posljedično promiskuitetnim i/ili delikventnim ponašanjem: „...*Ne mogu shvatiti kada se cure hvale drugima kako su se petkom ili subotom s nekim pokupile. Svaki vikend idu van i svaki vikend neki novi frajer...*“. Izlasci su uglavnom u danima vikenda, a gotovo svi mladi opisuju da nemaju vremensko ograničenje, često ostaju vani do ranih jutarnjih sati, pa i nekoliko dana?! Sva su psihoaktivna sredstva dostupna mladima, zakoni se ne provode, a cijene su dostupne (“...za 20kn mogu se rastaviti od života...”).

U ovoj vulnerabilnoj dobi, adolescenciji, učenici nisu niti djeca niti odrasli. Intenzivne tjelesne, emocionalne i psihosocijalne promjene utječu na pojavu niza problema, kako ih učenici doživljavaju. Od odnosa s roditeljima, nastavnicima, do odnosa s vršnjacima i pokušaja što boljeg socijalnog funkcioniranja (uklapanja u društvo). Nakon društva vršnjaka, najznačajniji utjecaj na obrazac ponašanja imaju roditelji, odnosno obitelj. Obitelj ima prvu i najvažniju odgojnu ulogu u djetetovom životu. Djeca uče gledajući i oponašajući roditelje. Kroz emocionalne odnose unutar obitelji i njihovu brigu, ljubav i nježnost djeca razvijaju samopouzdanje, povjerenje u sebe i druge, te osjećaj pripadnosti zajednici. Roditelji se uglavnom ponašaju preliberalno; dozvoljavaju sve, nema kontrole i zabrane, ili je zabrana deklarativna/ne provodi se. U razgovoru s učenicima na moje pitanje „Koju poruku vam šalju roditelji ovakvim ponašanjem?“, nakon kraćeg vremena šutnje dobila sam odgovor: „Šalju nam poruku da ih nije briga“. Druga skupina su strogi roditelji koji se ponašaju kontrolirajuće, kažnjavaju i na taj način sprečavaju konzumiranje ili ga čine rjedim. Mladi zbog ovakvog roditeljskog pristupa razvijaju tehnike prikrivanja piganstva i/ili konzumiraju manje količine alkohola; „...*Naravno, moji roditelji ne znaju da sam se taj put napila jer sam došla kući kada su oni već spavali i pokušavala sam biti što tiša...*“. Ovakvih, kontrolirajućih roditelja je mnogo manje. Naravno da su važni, no, na sreću malo ih je, i roditelji koji su i sami ovisnici, najčešće o cigaretama i alkoholu. Oni svojim primjerom stimuliraju mlade da i sami postanu ovisnici, a ukoliko i brane konzumiranje, takvi su pokušaji jalovi, jer u stvarnosti nemaju kredibiliteta. Jedan je učenik je i napisao: „...*Al isto mi govore da ne pušim cigare i da ne pijem alkohol, al mi uvijek daju para (onak'šta ču s tol'kim parama ak'neću popit i ak'neću zapalit), tak da kontam da oni sve znaju samo mi tak' kažu da budu oni sigurni da su mi*

*rekli sve šta su trebali, a sad ‘oču ja poslušat il ne to je moj problem...“* Ponašanje roditelja se mora gledati u kontekstu socijalno-ekonomskog situiranja u državi, gdje velika nezaposlenost, nesigurnost na tržištu rada, niski dohoci, te kulturološki blagonakloni stav prema konzumiranju (osobito alkohola i duhana) imaju na njih velik utjecaj. Sve ove okolnosti su definirale stavove roditelja, kao odraslih osoba prema ovisnostima, a njihovi stavovi velikim dijelom utječu na formiranje stavova njihove djece. Je li ovo začarani krug, odnosno, kako prekinuti ovakvu, negativnu interakciju? Utjecaj društvene zajednice prepoznaju i mladi: „...*Mislim da bi, sve što je loše u ovom sustavu, mogli iskorijeniti stvaranjem novog sustava, stvaranjem novog društva...*“ Nameće se pitanje prepoznaju li oni svoju ulogu, odnosno mogućnosti da sami mijenjaju društvo, odnosno stvaraju „novo“?

Čitanjem refleksija nameću se dva obrasca ponašanja; konzumenata i onih koji ne konzumiraju sredstva ovisnosti, a konzumenti pokazuju pattern ponašanja redovitih konzumenata ili onih koji su imali iskustvo, ali više ne konzumiraju sredstvo, odnosno konzumiraju ga u malim količinama i neredovito.

Mladi – nekonzumenti nisu imali osobnog iskustva s sredstvima ovisnosti, imaju izrazito osuđujući stav prema konzumentima „...*Ne pijem. Ne pušim. Ne drogiram se. Fuj. Odvratno. Što se tim mojim vršnjacima mota po glavi? Čemu svo to opijanje? Ah, da, zbog prihvaćanja u društvu. Nemaju svoje pameti...*“ i „...*Nikad se nisam napila, niti pijem, a nisam probala ni cigare i droge i jako sam ponosna na sebe pošto vidim da doslovno nema osobe koja nije ovisno o barem nečemu...*“. Istovremeno su svjesni društvene izoliranosti („...*Možda neki moji prijatelji misle da sam čudna jer se nikad nisam napila ili “napušila”...*“), te se sami pitaju: „...*Kako izbjegći stigmatizaciju najboljih a zatim i ostalih prijatelja? Kako se oduprijeti tome i uopće zadržati prijatelje?...*“). Ovo je skupina mlađih koji su izrazito osjetljivi i svakako je među njima udio onih koji će s vremenom popustiti pritiscima okoline. Samo „jaki“ će ostati na svom putu, pa i po cijenu društvene izoliranosti. Možda bi daljnjom analizom njihove mikrookoline mogli saznati koji su to čimbenici koji su utjecali na ovakvo ponašanje, te ta saznanja koristiti u budućim intervencijama?

Svim konzumentima su zajednički dob prvog kontakta sa sredstvima ovisnosti – to je 7. ili 8. razred osnovne škole, odnosno dob od 13 ili 14 godina. Razlozi su znatiželja, želja za opuštanjem, dobrim provodom ili rješavanje anksioznosti zbog problema u školi ili s roditeljima. Važan je utjecaj društva vršnjaka koji potiču prvu konzumaciju. Svi nastavljaju konzumirati sredstva bez obzira na prve loše tjelesne simptome koji se javljaju nakon konzumacije („...*Alkohol me ne privlači i nije mi fin, ali čini da se osjećam opuštenije i sretnije, i samo zato ga ponekad pijem..*“). Iz ovih redova se regrutiraju mlađi koji redovito uzimaju sredstva ovisnosti, najčešće alkohol, cigarete i marihuanu („...*Probaš jednom da bi bio „faca“ pa ti se svidi, pa onda samo vikendima, pa se omakne i utorkom i*

*srijedom... “). Konzumiranje povezuju s ponašanjem „...zbog kojih bi se mogao kajati cijelog života... “ (promiskuitet, delikvencija, agresija). Rijetki se pitaju jesu li ovisnici; „...jesam li ovisnik ako kažem “ne mogu ja bez cuge” ili “mogu ja bez cuge ali zašto bi’?... ”.*

Oni umjereniji navode da piju zbog opuštanja („...Danas volim popiti vikendom, čisto da se malo opustim... “), te uglavnom navode da žele izbjegći loše tjelesne posljedice i osuđivanje okoline zbog izrazito ekscesivnog ponašanja „...Mislim da je u redu da djevojka popije vani nešto od alkohola, ali nije u redu kada čujem da se napila kao stoka, te da je povraćala i da se ničega ne sjeća. Za mene je moje iskustvo bilo grozno i ne bi to nikad ponovila... “.

Već i prvim čitanjem refleksija bilo je jasno da je problem ovisnosti složen. Kako bi dobila bolji uvid u čimbenike koji utječu na pojavu i razvoj ovisnosti pokušala sam ih shematski prikazati.

Kao glavna „čvorišta“/ čimbenici su se izdvojili: karakteristike pojedinca, roditelji, ovisnost, društvo i zdravstveni sustav.

Karakteristike pojedinca su dob početka/ kontakta sa sredstvima ovisnosti, povodljivost, želja za zabavom, uklapanjem u društvo, isticanjem i potreba za rješavanjem problema. Na karakteristike pojedinca utječu prijatelji (društvo vršnjaka), obitelj, društvena zajednica, ovisnost i zdravstveni sustav. Nakon pojedinaca jednu od ključnih uloga imaju roditelji koji imaju svoje karakteristike obzirom na ponašanje prema djeci (blagi, strogi, konzumenti) i u interakciji su s društvenom zajednicom, ovisnostima kao pojavom i zdravstvenim sustavom.

Društvena zajednica je definirana tranzicijskim procesima, legislativom i njenim provođenjem, cijenom legalnih i ilegalnih proizvoda i kulturološkim prihvaćanjem ovisnosti, što se u konačnici odražava na dostupnost sredstava ovisnosti.

Gledajući shemu nameću se i mogućnosti intervencije; edukacija mladih u smislu jačanja kapaciteta ličnosti kako bi se bolje/uspješnije nosili s problemima i konfliktima karakterističnim za adolescentsku dob, promoviranje novih (pozitivnih) vrijednosti, pružanje novih sadržaja mladima te osiguravanje dostupne psihološke pomoći. Intervencije usmjerene prema roditeljima bi bile osnivanje škole roditeljstva (možda razmisliti i o obvezujućem pohađanju?), a intervencije vezane za društvenu zajednicu su povećanje cijene legalnih sredstava ovisnosti, poboljšati provođenje zakona što uključuje borbu protiv ilegalnih sredstava, promoviranje novih vrijednosti u društvu, te političko opismenjavanje odraslih ali i mladih kako bi stekli elementarna znanja o mogućnostima utjecanja na sustav (društvo). Zdravstvena služba bi trebala bolje (ranije) prepoznavati ovisnost i bolje provoditi liječenje, npr. osnivanjem škola nepušenja i klubova liječenih alkoholičara.

U srednjoj školi predajem unazad desetak godina.

Moj je dojam da su mlađi postali nedovoljno ambiciozni, nenavikli na kritičko razmišljanje, ukalupljeni u sustav (i obrazovni), pod čim podrazumijevam inertnost, svladavanje zadataka tijekom školovanja na način na koji se to radilo i prije pedeset godina?

U dvadesetprvom stoljeću, globalizaciji, internetizaciji, dostupnosti informacija, konkurentnosti, svijesti (ili „ne-svijesti“) potrebe izvrsnosti za i malo dostojanstveniji život u ovom okruženju? Korištenje interneta na „krive“ stvari – mislim na opsjednutost društvenim mrežama, bez imalo političke i/ili društvene „pismenosti“. Mlađi ljudi, intelektualci, oni na kojima Svijet ostaje? Je li ovakav produkt društva namjeran i smišljen? Trebaju li nam kritički promišljivači ili želimo poslušnike? Poslušnike koji se anesteziraju vikendom ili češće jer je to lakši put? Ili, jer ne znaju drugi način za pružiti otpor (rješavati probleme)?

## Što je ovisnost? – refleksije učenika

1. Što je ovisnost?! Za mene ovisnost nisu bomboni, kokain ili heroin, ljudi koji krenu tim putem nisu ovisni o supstancama koje mijenjaju stanje svijesti u šarene livade posute bijelim prahom, oni su ovisni o sadašnjem trenutku. Trenutak nakon konzumacije kada supstance počnu djelovati i konzumirati domaćina na oči dolaze šarene naočale koje mijenjaju percepciju, stanje svijesti, prikrivaju probleme, ali nakon što prode osjećaj i otvore oči problemi su i dalje tu, nisu nestali. To je kao da pijete 5 različitih tableta da prikrijete jedan simptom, on je i dalje prisutan samo što je sveden na minimum intenziteta. I što u tom trenutku? Kada pusti doza, kada otvorиш oči i shvatiš da nemaš ništa u životu, sto problema, loši odnosi, varanje i sl. – što imaju pored tog bijelog praha koji ih varljivo gleda sa staklenog stola? Ništa... U zabludi su oni koji misle da oni konzumiraju drogu ili alkohol, to su stvari koje konzumiraju konzumenta. Nakon ovog patetičnog dijela teksta prožetog nekim *fancy* riječima želim reći svoje mišljenje u vidu čistog razuma i realnosti, kada se nađeš u trenutku kada ti neko pruži ruku i u ruci se nalazi to nešto što bi ti mogao probati, pred tobom je da odlučiš, tanka je linija između da i ne, uvijek će biti. U tom trenutku kada se osoba nađe pred takvim iskušenjem, sve je na individualnoj razini, ne postoji društvo ili netko tko će osobu natjerati, nagurati mu to u nos, venu, usta etc. Sve što osoba treba reći u tome trenutku je – NE! ...ali naravno kao i uvijek postoji „kvaka“ u tome, ljudi su izrazito produktivni i funkcionalni kada se nalaze u životnoj situaciji gdje imaju prijatelje, obitelj, lijep život neovisno čak i o materijalnom stanju, na kraju krajeva čovjek je socijalno biće, biće izbora, ne biće reakcije, to je racionalno razmišljanje, ali što u trenutku kada

*ratio* postane apsolutno zanemaren posljedično nekom problemu ili traumi? Kada se osoba suoči sa smrću bližnjeg, prometna nesreća, otkaz na poslu, sustavno maltretiranje u školi, nasilan otac, osuđivanje društva – dođe do izoliranosti, traume, tragedije, drame... Droga i alkohol?! Nije stvar u kemiji, to nije kemija, to je kavez! Kada smo sretni i zadovoljni našim životom, vezat ćemo se sa ostalim ljudima ostvarivati kontakt, ali kada to ne možemo zbog gore navedenih primjera, tada cilj kontakta neće biti druga osoba, već nešto što olakšava realnost – šarene naočale! To može biti konstantno provjeravanje svog *smart phone*-a, pornografija, video igre, *junk food* ili kokain, ali na kraju ćemo se s nečim povezati, to nam je u prirodu, takvi smo. I tu dolazi do trenutka kada mi gledamo u ruku, a u njoj se nalazi predmet kušnje, negacija odnosno „NE!“ koje sam spomenuo ranije u tekstu postaje teška za izgovoriti, nedoumice i crne misli, i sljedeću sekundu se ta supstanca nađe u tijelu, radi čuda, nestaju hipoteke, loše ocjene, smrt, problemi sa roditeljima, savršen trenutak ugode, konzumiranje postaje sve češće i za čas je takva osoba u kavezu iz kojeg sama vjerljivo neće moći izaći, kreće se u krugu ljudi koji imaju isti problem – ovisnost, a tko će onda takvu osobu izvući iz kaveza? Društvo, država, pametni sociolozi, socijalni radnici, psihijatrija, tabletice, luđačka košulja? Umjesto da pomognemo takvim ljudima, potaknemo ih da riješe svoje probleme, mi ih izoliramo, osuđujemo i naposljetku potpuno izbacujemo iz zajednice. Teško im je pronaći posao, imati dobar uspjeh u školi i stabilizirati se – bacamo ih u zatvorske ćelije koje su zapravo kavez. Stavljam ljudi koji nisu u dobrom stanju, u još gore stanje i osuđujemo ih što se ne odviknu od svoje ovisnosti. Pročitao sam negdje citat: „Suprotno od ovisnosti nije trijeznost, suprotno od ovisnosti je sreća.“ Smatram da je ovo citat koji izrazito koncizno opisuje situaciju. Problem je na individualnoj razini, ali i na društvenoj, problem teško da će se riješiti na individualnoj razini, ali na društvenoj razini već ima itekako potencijala. Na posljetku, čovjek je često posesivno biće, i ovisnosti su, realno, normalna stvar, moj savjet za mlade, pa i one starije jest – pažljivo birajte sredstvo ovisnosti! Jer je enormna, ali i očita razlika između ovisnosti o drogama i alkoholu od recimo ovisnosti o video igrarama, čipsu i Coca-Coli...

2. Ovisnosti su tema o kojoj se da puno pričati. Od ovisnosti sam probala puno toga, mislim nije to puno ali alkohol, cigare i neke lake droge, mislim da je i previše. U zadnje vrijeme mislim da sam ovisna i o internetu ali to sad nema nikakve veze. Nisam sad stara, imam 18 godina, ali kad sam bila mlađa i dok me baš derao pubertet i htjela sam raditi sve ono što mojim roditeljima smeta napravila sam par stvari koje nisam trebala. Znate kako to u društvu ide, probaš jednom da bi bio „faca“ pa ti se svidi, pa onda samo vikendima, pa se omakne i utorkom i srijedom. Ne kažem da se kajem zbog toga, jer se po meni jednom živi i treba svašta probati kako god to sad glupo zvučalo,

ali mislim da treba stvarati uspomene ma kakve one bile da se jednog dana u starosti ne bih pokajala. No, sada kad sam „starija“ i „pametnija“ stvorila sam čvrste stavove što se tiče opojnih sredstava. Neke ipak odobravam, cigara se i sama ne mogu riješiti makar bih uistinu htjela. Što se tiče alkohola također odobravam ali u određenim granicama i prilikama. Travu i ostalu drogu, sad bi neko rekao „trava nije droga“, čije mišljenje ja ne dijelim jer uništava mozak isto kao i nešto jače iako se o njoj ne može biti ovisan, nikako ne odobravam. Mislim da je to potrebno jedino „wannabefacama“. Radiš gluposti svojim roditeljima, koji su totalno „ne kul i glupi“ iako ti stvarno žele najbolje. Na kraju ti jedino ti roditelji i ostanu koji te vode na razna odvikavanja koja ti uniše život i nikad se ništa više ne vrati na staro. Da ne pričam o tome što si sve pod utjecajem droga i alkohola u stanju učiniti, stvari, zbog kojih bi se mogao kajati cijelog života. Znam da sad onaj tko ovo čita misli „joj što ona priča, što ona zna!“, ali znam jer imam dva „sadavećivša“ prijatelja koji su u zatvoru zbog jedne glupe pijane večeri. Da završim priču, mislim da bi stvarno mlade trebalo više osvijestiti o ovisnostima i njihovim posljedicama, treba krenuti već od osnovne škole, jer su došla vremena da djeca jednostavno prerano dolaze u doticaj s njima.

3. Što je to ovisnost? Kako reći ne tako zanimljivoj stvari? Kako izbjegići loš utjecaj najboljeg prijatelja ili prijateljice? Kako jedini piti sokić dok svi ostali piju alkoholna pića? Kako ne konzumirati drogu ako te netko od prijatelja ponudi? Kako reći ne i zadržati prijatelje? Kako reći ne i ostati na vrhu i dalje? Misliš da ne možeš? Gledaj i uči. Ovisnost za neke mala stvar, a za neke vrlo teška i velika. Danas u svijetu, kod mlađih, starih, kod ljudi različitih vjera, različite dobi, različitog statusa ovisnosti su globalni problem. Ne znam zbog čega, je li problem ovo novo moderno doba, novi načini zabava, novi trendovi? Žele li mlađi vidjeti koliko mogu dotaknuti dno? Koliko zabava može biti zapravo zabavna? Je li tu najbitniji hedonizam? Ugoda, opuštanje, užitak na svaki način u kratkom vremenu? To kratko vrijeme nam može donijeti sreću, zadovoljstvo, utopiti tugu, riješiti sve probleme, ali to je tih nekoliko minuta koji nas mogu odvesti na kraju do samoga dna, ponekad i do smrti. Sama uvijek znam reći ne, ali poznam puno ljudi koji su se izlijecili, koji se liječe ili kojima je pomoć stvarno potrebna, jer me to zanima. Volim istraživati. U našem selu, na misi, bio je jedan dečko koji je pričao o svom problemu ovisnosti, od kojeg se jedva izvukao, bez pomoći ikoga. Ostao je sam, jer zbog tih ovisnosti, svi su ga se odrekli. Nikoga nije imao. Ovdje je bila riječ o heroinskoj ovisnosti. Bio je sam, potonuo je do samog dna, ali na kraju je uspio. Rekao je da mu je samo vjera pomogla. Krenuo je s lakinim drogama, ali što je vrijeme protjecalo dalje bile su mu potrebnije teže droge. Ostao je bez svakog prijatelja jer je bio patnja za sve, nikome nije donosio ništa dobro. Sam kaže da je mislio da mu pomoći nije potrebna jer on to može

sam, ali na kraju morao se obratiti udruzi za odvikavanje koja mu je uvelike pomogla. Trebalo mu je 6 godina kako bi bio čist. Nekoliko puta je pokušao s odvikavanjem, ali nije uspio, nakon trećeg puta uspio je. Droga, droga je problem koji se ne događa drugima, svaka mlada osoba je u mogućnosti doći u doticaj s drogom, imala novaca ili ne, bila odgojena strogo ili ne. Imam prijatelja koji se još uvijek pokušava izboriti s problemom ovisnosti. Kada ga pitam koji mu je motiv bio da započne takav život, kaže mi radoznanost, pripadnost prijateljima, da ga ne odbijaju, da i dalje bude frajer koji izigrava nešto i nekoga, jer je nesposoban da bez droge riješi problem koji napravi, da riješi svadu bez udaraca i teških riječi. Pričao mi je kako je to sve započelo, prvi put je drogu konzumirao kako bi isprobao kako ona zapravo funkcionira, hoće li mu stvarno pomoći da se riješi svih problema, pa makar i na trenutak? Kako on kaže rekao je samo ovaj put, neću se navući, kod nekoga tako stvarno i bude, ali netko posegne za drogom i drugi i treći i četvrti dan, i tako nastavi. Tako je bilo i s njim. Probao je, svidjelo mu se, riješio je svaki problem na kratko vrijeme, zašto ne bi opet? Što mu može biti, mislio je. I onda, sve češće je počeo uzimati drogu u društvu i za bolje raspoloženje, kako on kaže da može prevladati strahove i tugu koja ga je tada mučila, rastava roditelja mu je teško pala. Pritom, na to je trošio i puno novaca, majka mu je davala koliko je mogla, a on je trošio i zadnju lipu na drogu. Sve mu se i dalje činilo tako bezopasnim jer je mislio da može kad god poželi prestati s tim. Ali nije, prevario se. Droga mu je postala svakodnevica, rješavanje svakog i najmanjeg problema. Prije je bio odličan mamin sin, sada je zanemarivao sve obaveze, bježao iz škole kako bi preuzeo drogu, ostao je bez svojih starih prijatelja, koji nisu nastavili njegovim putem, sada se nalazio u društvu narkomana. Sada mu je već bilo teško odustati. Kada nije imao novaca, krao bi, vršio nasilje, prosio, sve za drogu. Nije imao uz sebe nikoga tko bi ga pokušao usmjeriti na pravi put. Onda se dogodilo još nešto gore, majka mu je umrla. Ostao je bez oca koji ih je napustio, bez prijatelja koji mu nisu ni pokušali pomoći, bez majke koja mu je umrla, sada je imao razloga da nastavi put ovisnosti. Njegovim životom više nije vladao nitko, osim droge. Kako kaže, droga mu više nije pružala nikakvo zadovoljstvo, ali jednostavno ju je morao uzimati. Znao je da to nije dobro, ali sam nije mogao odustati. Droga je bila njegov život. Onda je otisao u udrugu za odvikavanje. Povjerio se, rekao im svoje probleme, a oni su učinili sve da mu pomognu. Prvo je morao proći tu apstinencijsku krizu. Kaže da mu je to bilo najgore vrijeme koje je ikada imao u životu, toliko se navikao na drogu da je ovo bilo mučenje. Svaki dio tijela mu je govorio da mora uzeti određenu dozu, ali nije imao, nije mogao. Dobivao je lijekove, a poslije toga morali su biti sigurni da se ponovno neće vratiti drogi. Smjestili su ga u terapijsku zajednicu jer nije imao roditelja ni bližih rođaka koji bi se brinuli o njemu. U toj zajednici proveo je tri godine. Ja sam ga upoznala na dobrotvornoj priredbi i tako čula njegovu životnu priču.

I dan danas kada vidi drogu boji se da ne posegne za njom. Ima doživotne posljedice. A zašto mu je to trebalo u životu, uvijek ga pitam. Vjerujte mi ni sam ne zna odgovor na to pitanje, kao nijedan bivši ili sadašnji ovisnik. Problemi, bili oni veliki ili mali, mogu se riješiti bez zapadanja u ovisnosti. Također poznajem jednu osobu koja je bila dugogodišnji alkoholičar, i iako sada ne konzumira alkohol kaže da je i dalje alkoholičar jer to ne može izbaciti iz sebe. Kaže da je najveća varka i zapreka bilo baš to jer je sam sebe uvjерavao da nije alkoholičar, a zapravo je bio. Dugo mu je trebalo da sam sebi, pa i drugima prizna da je alkoholičar. Ali uspio je i to mu je pomoglo, puno. U našoj okolini mladi odrastaju u okolini gdje alkohol košta pet kuna i gdje je potrošnja alkohola normalni dio svakodnevice. Na trgovinama i u kafićima piše ‘*zabranjena prodaja duhanskih proizvoda i alkoholnih pića osobama mlađim od 18 godina*’, a malo tko se toga pridržava. Sada se mladi već s 12 godina prvi put napiju. Jedna djevojka mi je ispričala također svoju životnu priču, prvi put kad je konzumirala bilo što od alkoholnih pića i psihоaktivnih tvari bilo je u prvom srednje, na tulumu, kako bi se uklopila u društvo. Počela je s jednim pivom, te kasnije nije mogla odbiti ni marihuanu. Onda svaki drugi tulum nije mogao proći bez alkohola i marihuane. Iako joj to nije bilo ništa posebno, nije mogla odbiti prijatelje i ispasti luzer.

4. Ovisnost je čovjekova loša navika. Ona je robovlasmnik. Tako je ja i doživljavam. Svaki čovjek ima svoju ovisnost, bila ona alkohol, droga, cigarete ili nešto što se danas ne smatra za ovisnost, ali ona to svakako jeste. Meni ovisnost simbolizira strast za nečim. Moja je strast glazba, ali danas nitko neće reći za to da je ovisnost, osim mene jer ja znam da sam ja njezin ovisnik (i oni, meni slični). Jednom sam se u životu napila. I bilo mi je zanimljivo. To mi je bio kao nekakav eksperiment. Zanimalo me kako alkohol utječe na mene. Rezultati eksperimenta su me zadivili. Sve bude dobro dok sjediš i pijesi, ali problem nastaje tek kad ustaneš. Tada dođe do poremećaja u centru za ravnotežu. Zadivilo me to što nisam imala nikakvih drugih problema, i osim toga što sam ostala “bez dlake na jeziku” (ili kako se to već kaže). Međutim, to nije postala moja ovisnost. Za mene su ove današnje ovisnosti produkt kapitalizma i zato su mi, same po sebi, odbojne. No mnogi mladi tako ne misle. Oni su pod velikim utjecajem društva i svojih vršnjaka. Smatram da se zato i počinju drogirati ili piti. Žele da se uklope u društvo. Gotovo svi današnji roditelji osuđuju ovisnost, a mnogi od njih ni ne znaju šta im dijete radi. Istina je da mi svoju djecu od ovisnosti ni ne možemo zaštiti. Trebali bi ih educirati o štetnosti ovisnosti prije nego što odrastu, ali mali broj roditelja to radi. Edukacija bi mogla biti prevencija ovisnosti, ali kolika je vjerojatnost da će takvo dijete, koje je educirano, sutra biti ovisnik? Ne znam dati odgovor na svoje pitanje. Mislim da bi, sve što je loše u ovom sustavu, mogli iskorijeniti stvaranjem novog sustava, stvaranjem novog društva. Time bi, možda, mogli

i iskorijeniti ovisnosti. I tu postoji jedna veliko ali. Tko nam može garantirati da bi mi to postigli. Tko bi uopće i potaknuo inicijativu o stvaranju novog sustava, kad je nama tako dobro sada (kako nam kažu na tv-u)? Ova nacija je mumija. Možemo mi pričati o ovome koliko god hoćemo, no moramo znati da riječi nemaju nikakvu veliku vrijednost. Treba prijeći na djela.

5. Nemam baš iskustva s alkoholom jer me ne privlači toliko piće ali jednom sam se napila na rođendanu kod svoje priateljice. Bila sam znatiželjna jer nikad nisam toliko pila i uvijek sam prije toga bila zuja. I tako sam ja popila oko 11 vodke s redbullom. U početku mi je bilo zabavno a poslije sam povraćala i nisam mogla sama hodati. Ne mogu reći da mi je bilo loše sutradan, dobro sam se osjećala i sjećala sam se svega. Nakon toga nisam mogla pomirisati vodku sigurno godinu dana. Volim popiti čašu vina jednom u 2 mjeseca otprilike ili kad je neko slavlje, ali ne više od toga jer mi je odmah loše. Često čujem od svojih vršnjaka kako se hvale kad se napiju, ali meni je to sramotno pogotovo za jednu djevojku kao što je mene bilo sramota kad su drugi pričali kako sam bila pijana. Mislim da je u redu da djevojka popije vani nešto od alkohola, ali nije u redu kada čujem da se napila kao stoka, te da je povraćala i da se ničega ne sjeća. Za mene je moje iskustvo bilo grozno i ne bi to nikad ponovila. Naravno, moji roditelji ne znaju da sam se taj put napila jer sam došla kući kada su oni već spavalii i pokušavala sam biti što tiša. Tada sam pohađala prvi razred srednje škole. Ne izlazim baš često van, nije da ne volim, ali radije odem do kina npr. subotom ili pogledam kod kuće film, no kad izadem popijem jednu čašu alkoholnog pića da si podignem raspoloženje malo i da se opustim. S drugim ovisnostima nisam imala iskustva i nadam se da neću.
6. Prvo što mi pada na pamet o ovisnostima i ovisnicima je ta da su to psihički poremećene osobe koje se ne mogu i ne znaju kontrolirati. Tim svojim ovisnostima očigledno pokušavaju prikriti ili neke svoje nesigurnosti i strahove, dokazati se u društvu... Smatram da ovisnici postaju prvenstveno zbog svoje okoline, prijatelja koji ih očigledno nagovaraju ili se ovi osjećaju drugaćije, odbačeno. Danas se sve više i više i na vijestima i u novinama možemo pročitati da dijete ili čak starija osoba zbog nekih ovisnosti recimo završila u zatvoru, radila neke nepodopštine ili još gore da je umrla. Stvarno je žalosno što djeca misle da moraju probati sve te što žele da se dokažu u društvu da ispadnu cool. Još gore mi je kada čujem kako djeca u osnovnoj školi znači doslovno „bebe“ izlaze van opijaju se, drogiraju, puše i što je najgore hvale se time. Iskreno ne razumijem što im je u glavi jer možda prkose roditeljima ili čak što ja mislim da je najvjerovaljnije ne žele ispasti papci i kukavice u društvu. Takoder je žalosno što većina roditelja ne provjerava svoju djecu, ne razgovaraju s njima te ne poduzimaju ništa u vezi toga. Smatram da roditelji najviše trebaju obratiti pozornost na svoju djecu te učiti ih i dobrom

odgoju. Na odgoj mislim da već od najranije dobi roditelj objasni djetetu što je dobro a što loše. Možda je glup primjer ali evo moj tata puši ja mislim otkad zna za sebe i jednostavno ne može prestati jer je to preraslo u ovisnost, ali nas je odgajao da uvijek sami odlučujemo i donosimo pravilne, pozitivne te razaznamo što je dobro a što je loše. Nikad se nisam napila, niti pijem, a nisam probala ni cigare i droge i jako sam ponosna na sebe pošto vidim da doslovno nema nikoje osobe koja nije ovisno o barem nečemu. Iskreno i ne želim nikada ništa od toga konzumirati. Nešto što me tako sekira kod ovisnika je kada kaže da njemu tako bude super, da zaboravi na probleme, da uživa i bude sretan. Mislim, zar ste toliko glupi da se ne možete s ničim drugim zabaviti i provoditi. Ne izlazim van po tim klubovima jer mi se ne sviđa ta atmosfera ta djeca koja na sve strane bljuju, puše... ali iskreno mislim da me prijatelji smatraju čudnom jer ništa od toga nisam probala. Možda ljudima koji na početku konzumiraju neku od ovisnosti zapravo to i ne bude „nešto dobro“ ali vjerojatno pošto u društvu počnu to stalno konzumirati jednostavno postanu ovisni. Mislim da kod takvih uzroka da bi svatko trebao imati čvrsto izgrađen svoj stav ili po mom mišljenju da si nađu nove prijatelje... Još gore mi je što djeca u današnje vrijeme mogu tako lako nabaviti ili cigare ili drogu. Voljela bih naravno da se to može izbaciti iz prodaja jednostavno da se ukloni. Znam da to nije moguće pogotovo što ne samo državi već i cijelom svijetu stalo samo do zarade. Jednostavno ne razumijem ...

7. Moja ovisnost o alkoholu je počela jednim meni lošim iskustvom, ali opet ključnim događajem za preokret u mom mladom životu. Bilo je to prije par godina na jednoj rođendanskoj zabavi, u meni tada novom okruženju, s velikom željom da se uklopim u društvo, postavili su mi zadatak bez mogućnosti odbijanja. Zadatak je bio da moram pojesti pola plate meze u roku od 3 minute, i tijekom obavljanja zadatka, dodavali su mi crveno suho stolno vino i par kolača bez najave da mi zapapre zadatak (ne znam koliko znate, činjenica je da crveno suho vino isušuje usnu šupljinu pa je još teže gutati). Zadatak je izvršen, ali kasnije slijedi horor. Od žeđi, počinjem piti bambus da izbacim toliku sol iz sebe što će završiti kobno za mene. Gubitak zdravog razuma, povraćanje nadugačko i naširoko, somnolencija, predmet sprdnje u društvu... Iduće jutro se budim s jakom glavoboljom i teškom glavom, majka kuha puno juhice za oporavak, a otac više iz svega glasa. Definitivno moje prvo i zadnje pijanstvo u životu.... Od tada pijem, ali umjereni da ne moram sebe sramotiti i opet povraćati. Ovo je bio moj prvi kontakt sa alkoholom, nakon tog iskustva moj zaključak je da se može lijepo zabaviti i bez alkohola u što sam se više puta do dana današnjeg uvjerila.
8. Prvo na što pomislim pri riječi „ovisnost“ je droga, alkohol i cigarete, naravno. Mislim da smo svi ovisni o nečemu. Za sebe mogu reći da sam ovisna o kavi, cigaretama, pomalo i o internetu. Međutim, smatram da sam

još uvijek u onim nekim generacijama koje nisu toliko opsjednute društvenim mrežama, koje sjede kod kuće i dopisuju se, igraju igrice po cijeli dan. To vidim kod svoga mlađeg brata. Igrica ga je totalno promijenila, svaki slobodan trenutak pokušava iskoristiti na igranje. Ne slažem se s osobama koje tvrde kako su ovisnici slabići koji nemaju samokontrolu. Jednom kada probaš, čisto zbog zabave, avanture, novih iskustava, teško da ima kraja. Svi moji prijatelji i većina poznanika barem jednom se napila u životu. To ih ne čini ovisnicima niti lošim osobama, ali u trenutku kada počnu ugrožavati svoju egzistenciju, i kasnije, egzistenciju svoje obitelji, tada nastaje problem. Moj bivši dečko bivši je ovisnik o kokainu, a osoba je s najjačim karakterom koju sam ikada upoznala. Nekad i popije, ali kontrolira se. Puši i kocka. Znao je i poslije prestanka uzimanja kokaina tu i tamo ponovno uzeti, ali nije mu stvarao problem. Moj brat također je ovisnik, ali na njemu se točno vide sve one promjene i sve posljedice koje to nosi sa sobom. Ja osobno sada ne konzumiram ništa, i ne privlači me. Prvi put sam se napila u 6. razredu, cigaretu probala također, a u 1. srednjem sam travu pušila. Napila sam se puno puta, i mogu reći da mi je većinom bilo loše iskustvo, uvijek se nešto loše dogodilo. I opet pijem. Tko zna zašto. Sve počinje tako, mladi smo, baš nas briga. Posljedice ne postoje. Granice ne želimo. I završi loše. Mislim da bih, da imam malo manje znanja o tome, u jednom trenutku sigurno popustila. Stvarno sam protiv toga, ali samo zato jer učim na tuđim greškama. Ovisnost vidim kao očajničku potrebu za nečim, pa čak i najmanjom sitnicom, totalno nebitno kojom. Onaj trenutak kada dobiješ ono što si željno iščekivao vrijedan je sve te patnje prije. Ništa drugo nije ti važno, taj cilj je na prvom i jedinom mjestu. Ista stvar je s „kockarima“, igrat će samo za taj osjećaj iščekivanja i pobjede. Kad izgubiš, ideš ponovno. Kad ne možeš ponovno, priznaš si da ti treba pomoći. Prihvatiš pomoći ako ti ju netko pruži, i vraćaš se na staro. Osim naravno same bolesti ovisnosti, mislim da je veliki problem socijalna izolacija i padanje u depresiju (kod težih ovisnosti). Kad su na vrhu, misle da im nitko ne treba, sve mogu sami, najbolji su. Kada padnu, ne žele priznati da su pali, pa čim se malo uzdignu, opet bježe po svome. Ne možeš ih uvjeriti da su krivu koliko god se trudio. Ni ne vidimo zapravo koliko smo danas okruženi ovisnostima, i koliko smo i sami ovisni. Svijet je postao zatvoren, sve je javna tajna. Činjenica da mi je prijatelj 4 godine živio u inozemstvu u ogromnoj zgradbi koja tako reći služi za ovisnike potpuno me šokirala. Prestižna, bogata zemlja, a u zgradbi po hodnicima leže ljudi s iglama u rukama. I nikome ništa. Djeca ovise o društvenim mrežama, parkovi prazni. Cijeli „balkan“ pije i puši od 13.- te godine. Ne razumijem je l' nam to stvarno toliko potrebno? Ne mogu li se ljudi nositi sa svojim problemima i stresovima i bez toga? Ne mogu ni ja objasniti razloge zbog kojih ne mogu prestatи pušiti. Probala sam sto puta, svaki put isto. Ali mislim da se sve može kad se hoće. Samo treba dobar razlog i motivacija.

9. Jedan od najgorih ljudskih poroka su ovisnosti. Sve više mladih postaju ovisnici pokušajem bijega od problema ili najčešće na nagovor prijatelja i društva. Ovisan o nečemu znači ne imati slobodu, tražiti utjehu u alkoholu, cigaretama, drogi, hrani. Svaka osoba koja je ovisna o cigaretama, drogi, alkoholu, vrsti hrane smatra da će tako pobjeći od problema. Mladi čiji su roditelji također ovisnici, slijede primjer roditelja jer ih nisu naučili i odgojili da postoji i drugi, jednostavniji, da se problemi riješe. Najveći broj mladih je ovisan o cigaretama, razlog zašto su počeli pušiti je nagovorili su ga prijatelji da proba pa “oni puše što ne bih i ja”, to je cool, izgledaš društvenije i privlačnije za okolinu. Najčešći izgovor zašto ne prestanu pušiti je ne mogu probao sam, ali osjetim dim i moram zapaliti ili to me smiruje, ne želim prestati. Naravno da mogu, ali to ne žele kako bi ostali na položaju u društvu i kako ga ne bi rugali, “šta kao prest’o si, ajde zapali šta foliraš”. Dakle, razlog za sve veći broj osoba oboljelih od karcinoma je slobodna prodaja cigareta, duhana i drugih duhanskih proizvoda. Duhan više nije prirodno sušen, nego je u njega dodano tisuće kemikalija kancerogenih za ljudski organizam. Najveća tuga je što se ljudima to govori i na kutiji lijepo piše štetnost cigarete, uz to su sve skuplje, cijene su nenormalno visoke za kutiju cigareta, ali ljudi nisu osviješteni i dalje ne žele prestati s tim i osim što svoje zdravlje ugrožavaju, zdravlje pasivnih pušača je još ugroženije. Kad je riječ o alkoholu moderno je da se svaka mlada osoba do punoljetstva ako ne ranije, ne napije se ili proba neku vrstu alkohola. Prvi put probaju, zabave se, bude im super i misle da je alkohol razlog zašto su se proveli pa će i drugi put jer se želim zabaviti. Ko koliko može popiti je najbitnija stvar u društvu, ko najviše podnese je najbolji, najjači u društvu. Tako se sve više mladih osnovnoškolaca hvali kako popije 10 piva zazuji i za par sati se otrijeznii, ne povraća, nije mu muka, ma super mu je on je faca. Na osnovu takvog jednog drugi žele da budu primijećeni pa se opijaju do neizdrživosti kako bi što prije stekli otpornost na alkohol tj. mogli podnijeti što veću količinu alkohola. Zašto i ne bi, adolescenti dolaze u tu dob odrastanja kada počinju izlaziti, osamostaljuju se od roditelja, žele sve probati. Petkom parti piva 7kn, a inače je 12kn pa to je jeftino, džabe, idemo se ubiti od alkohola, subota sve žeste 5kn, medica 1kn, razmišljanje mladih, “za 20kn mogu se rastaviti od života”. Jedan čovjek je jednom dobro i rekao svojoj kćeri “pij samo rakiju, dosta ti je 10kn za večeras, kad sok košta 15kn”. Ugostitelji to i rade da bi se mladi napili i zabavili, ne sjećajući se kako je bilo pa će doći opet da ponove. Da ne pričam o slobodi ulaska maloljetnim osobama u noćne klubove, nitko nikog ne provjerava, kazne tako reći ne postoje, ulaz je svima sloboden kako bi se što više alkohola prodalo. Kad izadem svaka druga osoba je pijana, svaka treća naduvana ili drogirana, ali svi redom cigarete drže u rukama, nekad se pitam da li ja živim na nekom drugom svijetu, ne uklapam se u te ljude, ali ih ne osudujem, jednostavno dostupnost tim ovisnostima im je pružila priliku da ih i probaju. Nema zakona, nema

pravila, nema odgoja, autoritet se ne poštuje, mladi su pusti i misle da sve mogu to je jednostavno razlog zašto svijet ide u pogrešnom smjeru - svijetu ovisnosti.

10. Ovisnost za mene predstavlja slabu točku. Točku u kojoj se mnogi pokušavaju pronaći tragajući za boljim sutra, tražeći nadu koju su davno izgubili. Pronalaze se u različitim vrstama ovisnosti, alkoholu, drogama, kocki, te na taj način pokušavaju riješiti svoje probleme ne shvaćajući da ne idu naprijed, već ostaju zarobljeni u mutnom bunaru koji postaje sve dublji i dublji. Imala sam tu (ne)sreću upoznati osobu koja je pošla baš tim putem. Dugo se već poznajemo i stvarno smo dobri prijatelji. Nije se to dogodilo preko noći, ali dan za danom vukao je noć koja je itekako ostavljala traga. Imao je teško djetinjstvo, završio je u popravnom domu, koji mu je trebao pomoći, riješiti njegove probleme, to ni izbliza nije bilo tako. Upravo ondje upoznao je društvo kojem iako nije pripadao, morao se družiti. Znao je da nije dobro to što rade, ali nije si mogao pomoći. Često je izostajao sa nastave, bježao od kuće, bježao iz doma. Tako sve počinje. Napunivši 18 godina, jedva je čekao napustiti dom, smatrao je da je dovoljno zreo i samostalan da može dalje, da samostalno može donositi odluke i zarađivati za svoj "kruh". Konstantno je bio okružen legama i legicama, kako ih je rado nazivao, bio je uvjeren da bi baš oni uvijek bili tu za njega ako mu u bilo kojem trenutku zaškripi. On je bio takav, uvijek je bio tu za njih, uistinu je. Prolazili su tjedni, mjeseci pa i cijela godina. Ništa se nije mijenjalo, osim njegovih navika. Posla nije bilo, ostajao bi do dugo u noć budan sa svojim legama, pričali bi pili, i ponekad zapalili koji joint. Ubrzo jedan, dva dnevno nisu mu više bila dovoljna, vrlo brzo došao je do rekordnih 12, a njemu ništa nije bilo "bolje". Postupno je prelazio na jača sredstva koja su ga smirivala. Često dok smo razgovarali sam je naglašavao kako zna da to nije dobro, kako on može i vrijedi bolje od toga, samo čeka da mu se otvorí prilika za neki posao. To bi bila karika za početak nove stranice u njegovu životu. Ponuđen mu je posao u obližnjem mjestu. Rado ga je prihvatio, sam je sebi obećao da je to početak nečeg novog. I je, bilo je. Ali ne zadugo. Tjedan dana je radio, bio je vrijedan daleko od toga, ali nikako nije mogao dolaziti na vrijeme na posao. Ona okupljanja do dugo u noć nisu prestajala, ubrzo je dobio otkaz. To ga je shrvalo. Smatrao je kako se samo opojnim sredstvima može smiriti. Ubrzo je tu bio i speed i različite kemije koje je unosio u svoj organizam, osjećajući se jačim a zapravo je samo propadao. Kad god bi imao novaca potrošio bi ga ili na kemiju ili na piće, ubrzo su izbačeni iz stana u kojem su boravili. Život ga je dogurao do ruba, ili je sam sebe doveo do toga. Spavao je na kolodvorima nije mu bilo bitno da li je mokar ili suh, glad više nije osjećao. Krupne plave oči, pune života i snage, sada su bile prazne. Bile su krvave u njima se izgubio svaki tračak nade. Tada ga više nisam mogla prepoznati, iako je i dalje tvrdio da zna da

mu to šteti, i da će prestati. Bio je svjestan da ne može prestati odjednom kao što nije ni počeo s 12. Smatrao je da sebe može kontrolirati, ali nije mogao, izgubio se u mračnom tunelu, bez puta, bez ikakvih putokaza za bolje sutra. Često smo se znali nalaziti i razgovarati, povjeravao mi je tajne i stvari koje nikome nije, vodio me na različita mjesta. Često mi je govorio o tome kako je mogao uspjeti, što bi volio raditi, čime se baviti. Skupa smo mu tražili posao, nešto da se makne od ovog "svijeta". Nešto gdje bi on mogao birati društvo, a ne da društvo bira njega. Trenutno radi na sezoni, opet će pokušati otvoriti novo poglavlje, i naučiti lekciju iz starog. Nadam se da će uspjeti.

11. Ovisnost je širok pojam, može se biti ovisan o alkoholu, drogi, pušenju, kocki, ali i o internetu i drugim stvarima kao što je hrana i slično. Mislim da se ovisnim osobama treba pomoći. Prvo te osobe moraju shvatiti sami da im je potrebna pomoć jer ako oni nemaju volju i ne shvaćaju težinu svojeg problema, ni liječenje neće biti učinkovito. Većina ovisnika o drogi i alkoholu će teško priznati, čula sam više slučajeva da se u obitelji dogodi nešto loše kao što je razvod i slično, tek tad osobe shvate ozbiljnost problema. I sama sam to prošla s mojim tatom. Pio je alkohol, svakodnevne svade i problemi, mama je već bila na rubu i prijetila mu je razvodom, napokon je onda shvatio da je stvarno ozbiljno i odlučio je prestati piti jer i kako sam kaže osjećao se loše i da mu nije organizam dobro, sad ne piye alkohol godinama i ponosim se njime, a on je također drugi čovjek. Nevjerovatno je kako alkohol mijenja čovjekovu ličnost, znam kako subotom u izlasku bude kad se moji prijatelji napiju, samo budu agresivni i kad ih netko pogleda ili slučajno u prolazu zakači, odmah bi se tukli, a inače su dobri dečki dok kod nas cura nije tako. Ne smaram ovisnosti ono što mladi i tinejdžeri subotom piju, za mene je ovisnost kad osoba ne može svakodnevno bez alkohola. Nekad i sama se uplašim da se mogu navući na alkohol iako znam da je nemoguće jer se mogu zabaviti i kad pijem sok subotom. Nemam baš nekog iskustva s osobama koje su ovisni o opojnim drogama, ali sam gledala film o tome i bila u Centru protiv ovisnosti. Bio je jedan gospodin koji je godinama uzimao opojna sredstva, izgubio je puno toga, mislim da je rekao da je pokušao i samoubojstvo, ima ožiljke na glavi od raznih napadača, uspješno se liječi 5 godina. Što se tiče kocke, imam prijatelja koji je ovisan o kocki i koji je izgubio dosta novaca na aparatima. Dobio je veliku svotu novaca od prodane zemlje, imao je težak život i htio je započeti sve ispočetka. Htio je iznajmiti stan u Osijeku i zaposliti se, položiti vozački i kupiti nekakav auto i vratiti dugove. Kad je dobio novac, vratio je neke dugove, a ostalo je izgubio na kocki, bilo je to prije nekih 2 godine, ali sad se opametio i zaposlio se iako znam da i dan danas zna odigrati listić, nadam se da će naći curu koja će ga dovesti u red. Osobe se srame priznati da su u problemu iako u većini slučajeva to ne razumiju. Gledala sam puno videa u kojem osobe uzimaju opojna sredstva i umru od toga. Jedan par je

bio na nekakvom mjestu u sred zime u autu, uzeli su meth drogu, nakon toga su izgubili orijentiranost i krenuli su po mećavi hodati, pokušali su se vratiti, ali nisu znali odakle su došli, nakon toga su se smrzli i umrli. Droga mijenja osobu i fizički i psihički. U filmu sam vidjela kad soba ima križu, počinje se tresti i vikati da želi drogu i da mu je potrebna, oznoji se, postaje agresivna. Osoba je u krizi u stanju svašta napraviti i sebi i bližnjima, nije svjesna u tom trenu što radi jer droga spali mozak, više ju ni najbliža osoba ne može prepoznati. Djeda mi je bio alkoholičar, išao je na liječenje i pio je tablete za smirenje, ali se nije pridržavao uputa liječnika i miješao je tablete i alkohol i nakon nekog vremena, mozak mu je bio spaljen do te mjere da je mislio da su ga svi napustili i počinio je samoubojstvo. Ovisnost je tihi ubojica, ako se na vrijeme ne poduzmu određene mjere, bit će kasno.

12. Ovisnost smatram stvarno velikim problemom, što za ovisnika, ali i za njegovu obitelj jer ona ne pogađa samo ovisnika već i njegov najbliži krug ljudi. Zbog ovisnosti može doći do raspada obitelji, prijateljstava, do gubitka povjerenja nama bitnih ljudi. Nisam probala nešto puno poroka, a i one koje jesam, probala sam najčešće iz znatiželje, da osjetim kakav je to osjećaj. Prvi put kada sam se napila bila sam prvi razred srednje škole, bila sam vani s najboljom prijateljicom i s još par ljudi iz društva. Prije toga i nisam imala nekakva posebna iskustva s alkoholom, a nisam ni izlazila pretjerano, ali taj prvi izlazak mi je ostao dobro u pamćenju. Nismo ni imale nešto puno novaca (nije to bilo ni tako davno), ali boca vodke je bila jeftinija nego što je sada. Kupile smo bocu vodke i juice, kako smo pile (s puno više soka već vodke) soka je relativno brzo i nestalo nakon čega smo počele piti čistu vodku. Nije mi uopće bila fina ta vodka, ni ne znam zašto sam ju uopće i pila. Sjećam se dobre zabave, dobrih pjesama, ludiranja i plesa, ali i trenutka kada sam bila već prilično pijana pa sam sjela i zamolila prijateljicu da mi donese čašu vode, a ona me nije razumjela te mi je donijela čašu vodke na što sam se ispovraćala istog trenutka, sjećam se i jutra poslijе kojeg sam provela u kupatilu na katu nadajući se da moji neće ništa skužiti, ali kako sam ušla u kuću i jesu li me moji čuli iskreno nemam pojma. Danas volim popiti vikendom, čisto da se malo opustim, iako mi to i nije toliko potrebno. Ovisnost o cigaretama smatram najvećom gluposti, iako i sama pušim. Nekada mi zna biti i loše od cigara ako uzmem jače od onih koje ja pušim, no ne smatram se ovisnikom o duhanu, mislim da mi mogla prestati samo da to poželim.
13. Na povoljive osobe i onima koji nemaju šta raditi dosta utječe društvo. Te osobe neće odbiti poziv za pijanku ili nešto sl. Također mislim da su zabave s puno alkohola povod opijanju, što je danas kod većine mladih normalno. Iako svi kažu da čim prvi puta nešto probaš, ako ti se svidi da ćeš opet, ja tako ne mislim. Mislim da postoji neka granica u početku kada možeš reći dosta ili uopće nemaš potrebu za time. Ovisnost se može izbjegći.

14. Tko pije zlo ne misli. Mislim da nije velika stvar kada netko popije. Ljudi piju iz različitih razloga; sreća, tuga, dosada, utjecaj prijatelja, ali treba imati nekakvu granicu. Što se tiče ovisnosti mislim da se u početku svi mogu kontrolirati i prestati na vrijeme, ali različite nedaće koje nam život donosi mogu jako utjecati na to. Potpora obitelji, prijatelja je jedna od ključnih stvari u izlječenju, samo treba biti dovoljno uporan. Svima nam u životu zna biti teško, pa ljudi u tome traže utjehu. Mislim da je uvijek bilo i uvijek će biti problema s ovisnošću.
15. Svaka osoba je različita i ima svoj stav. Tako svaka osoba neće posrnuti zbog užitka ili nagovora nekog drugog. Mislim da su ovisnosti svrstane u kategoriju teže i lakše. Većina adolescenata je jednom ili više puta u životu eksperimentirala s drogom, duhanom i alkoholom, a sve veća dostupnost marihuane čini tu grupu eksperimenata sve brojnijom. Jednom zadovoljena radoznalost ili dokaz „odraslosti“ mogu završiti na jednom ili nekoliko pokušaja i to se u najvećem slučaju i događa. No kod jednog dijela mlađih ponovni kontakt sa sredstvom ovisnosti i rizična situacija ili okolina može potaknuti želju za nastankom uzimanja sredstva. Pojam ovisnosti ne mora se odnositi samo na psihoaktivna sredstva. Čovjek može biti ovisan o igrama na sreću, televiziji, internetu, a zajednička je značajka aktivnosti vezane uz tu ovisnost mogu postati središnji sadržaj i čimbenik njegovog življjenja.
16. Prvo što mi padne napamet prilikom riječi alkohol su veselje i problemi. Veoma širok pojam koji obuhvaća ovisnost, ali i lijepo trenutke u kojem se organizam relativno relaksira i dolazi do osjećaja sreće. Ne smatram da alkohol treba konzumirati, kao niti druge ovisnosti. Relativno se slažem da je u redu samo nazdraviti, ovisno gdje se nalazim; rođendan, svatovi. Ja sam djevojka i unatoč tome imam stav da je sramotno kada se cura napije, a posebice u gradu. Ja nemam iskustva s alkoholom, popila sam samo par čaša od kojih mi nije bilo ništa. U svemu treba znati koliko je dosta, biti obziran i znati se kontrolirati. Najgore je što oni koji se napijaju, misle da su netko i nešto, a ustvari poslovica poput ove govori sve: „čega se pametan stidi, glup se ponosi“. Samo problemi mogu doći, briše se sjećanje i dolazi teški mamurluk. Također ne znam koji je užitak biti pijan, kada znaš da ovo sve dolazi skupa s time. Razočarana sam u to što se događa u našem gradu. Prilikom par izlazaka dogodilo se da su nekome ubacili nešto u piće, mislim da se dobro treba paziti, nositi piće uvijek sa sobom, te tražiti da konobar pred očima otvori bocu. Danas nažalost nikome nije za vjerovati. Doživjela sam takva dva događaja. Prijateljici je konobar naočigled dok je bila pijana ubacio tableticu u alkohol, ona je vrlo brzo izgubila osjećaj orijentacije, spominjala je samo tu tabletu i svoga psa (hahah), stanje joj je bilo katastrofalno, povraćanje, blijeda kao krpa. Dok se prijatelju dogodilo to da mu je na neviđeno ubačeno nešto u piće dok je otišao samo pozdraviti jedno drugo društvo i otišao od nas.

U jednom trenutku otišao je u toalet i od tada ostao тамо. Nosili smo ga до stana, intenzivno je povraćao и sutradan se apsolutno ničega nije sjećao. Oboje su bili у како lošem stanju у којем nisu znali за себе, upropošten je cijeli izlazak, а и njihovo zdravlje je dugo bilo narušeno. Najviše mislim da društvo potiče на ovisnosti, npr. ako se njih četvero drogira у društvu, nakon nekog vremena ће i peti početi, jer постоји ono glupo nepisano pravilo “izbačen si из društva, ako nisi kao mi”. Također ima puno naivnih tinejdžera, koji se uspiju nagovoriti, zbog same želje. Imam jako veliku povezanost с родитељима и ne znam kako bih si mogla dopustiti takvo ponašanje будући да znam što mi sve pružaju, koliko se trude и каквом me smatraju. Također im nikada ne bih mogla slagati. Iako se nisam dovela у такву sličnu situaciju, vjerujem da bi se родитељи razočarali у мене и ne bi bilo исто kao prije. Također nemam povoda опćenito за porocima, niti vidim нешто добро у njima. Samo vidim naivne ljude koji su jednom upali у замку из koje im je teško izaći, npr. ovisnost о cigaretama. Žalim ih jednostavno, puno bolje mogu потрошiti te novce, а и добро nam je poznato koje sve bolesti može uzrokovati nikotin. Loše je то што u mojoj školi ima jako puno pušača, а oni ће biti medicinski djelatnici, jednog dana. Mislim da takve osobe trebaju biti primjer drugima и znati objasniti bolesnicama зашто, kako i kada je potrebno reći ne. Samo čvrst karakter vodi prema uspjehu. Život je onakav kakav si ga sami napravimo, sve što je dobro ne kupuje se novcem и uvijek sami trebamo odlučiti što je najbolje за nas. Samo mi carujemo svojim vlastitim животом и biramo svoj put. Moj ide u potpuno drugom smjeru; ovisnosti, poroci и ostale loše stvari nisu mi ni “p od na pameti.”

17. Ovisnost као што сама riječ kaže znači да si ovisan о некoj stvari или некoj radnji. Osoba je zarobila samu себе, uzela si je slobodu. Njezina svakodnevica не може proći bez tih stvari. Ovisnik zanemaruje obaveze, neprimjereno se ponaša. Mijenja mu se и društveni живот, gubi prijatelje, а то dolazi и до napetosti и sukoba у obitelji. Za te osobe ništa drugo nije važno niti itko drugi jer oni svoj живот и цijelog себе pridodaju tome. Gubi себе и ljude oko себе misle да су sretni no zapravo se zavaravaju и sami себе „pokopavaju“. Vidjele sam razne ovisnike, о alkoholu, kocki, drogi, и чак и о kompjuterskim igricama. Oni se razlikuju по стварима о kojima su ovisni или на kraju svi дођу на исто имају исте проблеме не могу против svojih poroka и zarobljeni su, не znaju рећи ne и ne znaju kako se ponašati bez tih sredstava. Imaju zajednički osjećaj zadovoljstva и жељу за ponovnom konzumacijom tih sredstava. Najviše sam se susrela с ovisnicima о alkoholu, ne mogu održati obećanje да ће piti manje ili uopće neće, чак пiju dok voze, osjećaju se pregaženo, depresivno и na pamet им padaju „crne misli“, имају најčešće “rupe u pamćenju” - zaboravljaju što су радили dok су bili pijani, lažu о количини popijenog alkohola, и misle да с njim ће i помоћу njega nestati svi problemi. Sve novce које имају троše на

alkohol a kada potroše počinju krasti najprije od svojih bližnjih ili kasnije od ostalih. Zaboravljuju na ljude oko sebe i čak su im u takvom stanju spremni učiniti nešto nažao. Zbog jedne „tekućine“ uništavaju svoj život i život ljudi oko sebe. U ovisnosti se najčešće nađu ljudi koji za sebe kažu da se to njima ne može dogoditi govore da oni znaju kad treba stati i mogu prestati kada žele gdje zapravo sami sebe zavaravaju i tješe se. Većina adolescenata je jednom ili više puta u životu probala duhan i alkohol, marihuanu i tako je sve započelo iz znatiželje ili da bi bili prihvaćeni u društvu. Ovisnost ni u kojem slučaju nije dobra i u svim stvarima treba biti umjeren i naći granicu. Ovisnost je vrsta bolesti i kada osobe jednom postanu ovisne i onda kada imaju volju se izlječiti, lako posustanu i vrate se na staro zato je liječenje je dugotrajan proces i nikada nema garancije za njihovo izlječenje. Ovisnost ima četiri faze, prva je proba npr. iz znatiželje ili utjecaj drugih, zatim druga gdje se sve češće konzumira, npr. jer im se svidjelo pa zašto ne bi još jedanput, zatim treća faza gdje to postaje navika i četvrta najteža faza kada se postaje ovisnik. Zbog tih sredstava zanemaruješ sve ostalo, bez toga više ne možeš. Čak se nalaze u začaranom krugu, npr. jer da bi zaboravili kakve im je probleme donijela ta ovisnost još vise žude za tih sredstvima. Smatram da svaki čovjek mora imati svoj karakter, jer se samo tako može izvući iz ovisnosti uz podršku obitelji i prijatelja koji imaju veliku ulogu u životu ovisnika. Mislim da je život dovoljno lijep i uzbudljiv bez alkohola droge i cigareta, trebali bi se svi baviti nekim sportom, družiti s prijateljima i obitelji, jednostavno uživati u životu kakav on zaista je i iz njega izvlačiti samo ono najbolje.

18. Prvi put sam se napila u osmom razredu osnovne škole na oproštajnoj zabavi. Svi su pili pa sam i ja pomislila, zašto ne bih i ja? Nisam znala kako se pije, pa sam pila sve i svašta iako su mi rekli da ne mijesham pića. Smiješno je to što sam mislila da pod mijesanje spada sipanje različitog pića u jednu času. Nije dobro završilo. Cijelu noć sam povraćala, a brat je cijelu noć bio uz mene. Roditelji i brat su mi se smijali kad sam rekla što sam sve pila i da nisam mijesala pića. Nakon toga, nisam pila sve dok nisam krenula u treći razred srednje škole. Tada su počeli izlasci, opijanja i druge loše stvari... Tad nisam uopće mislila da je to nešto loše. Izlazila sam svaki vikend, svaki vikend bila pijana k'o krava. Jedva sam čekala petak jer sam razmišljala kako mi treba alkohol da se opustim i zaboravim na sve brige. Radila sam stvari kojih nisam ni bila svjesna, pa su mi prijatelji dan poslije pričali kakve sam gluposti radila. Počelo se pričati loše o meni, ali nije me bilo briga. Govorila sam da se jednom živi i da kasnije neće biti vremena za zabavu. Najgore u svemu je što su moje prijateljice podržavale moje mišljenje i govorile mi da se ne obazirem na mišljenja ljudi koji mi ne znače. Sad znam da nisu radile dobru stvar. Jedine od osoba do čijeg mi je mišljenja stalo vodile su me pogrešnim putem. Nakon godinu dana intenzivnog opijanja i zajebavanja sam se smirila i

počela razmišljati svojom glavom. Ne sjećam se kad sam se zadnji put napila. Zgadio mi se alkohol. Prije sam mogla sama strusiti litru bilo čega, a sada popijem 2-3 čaše ako se nešto slavi. Jedna od mojih prijateljica također je sišla s tog puta alkohola i prešla na drugi, još gori. Probala je bombon. To je počelo sa uzimanjem jednom u mjesecu, pa 2-3 puta, pa vikendom, a onda i dva u jednoj noći i to kod kuće. Puno puta sam razgovarala s njom, ali ona tvrdi da to nije ovisnost i da svakako ne može postati ovisna jer je to skup sport. Nakon toga počelo je laganje ukućanima vikendom kad nema novca kako joj treba za upad u klub 100-200 kn. Naše prijateljstvo počelo je polagano pucati jer nije uopće uvažavala moje savjete i mišljenja već je opravdavala drogu. Tad znate da je osoba otišla u k\*\*\*\*. Bilo je i toga da su njeni roditelji dolazili autom pred moju kuću oko 3, 4 ujutro tražiti ju, dok sam ja spavala. Počela se seksati sa svakakvim ljudima, raditi jako, jako loše stvari. Bile smo dugo u svađi, dok nije razmisnila što je izgubila. Ispričavala mi se i smanjila je s bombonima u tom periodu, ali samo zato što više nije bilo novca. I pomirile smo se, ali to prijateljstvo više uopće nije isto. Ima drugo društvo, nastavila je s bombonima i izlazi svaki vikend s društvom. Toliko o tome da se promijenila zbog našeg prijateljstva. A ja sam odustala. Odemo na kavu tu i tamo, ali se priča svodi samo na to kakav je osjećaj na bomponu, prepričava njene glupe halucinacije i misli da je na nekom drugom svijetu. Mrzim to.

19. Zasigurno svi ljudi oko nas imaju neku ovisnost, a da toga nisu ni svjesni. U pravilu, sam pojam ovisnosti automatski navodi ljude na negativnu pomisao, kao što su ovisnosti o cigaretama, alkoholu, itd. Zapravo ljudi mogu postati ovisni o apsolutno svemu, neke od tih ovisnosti su manje lošije od drugih, ali zapravo sama ta ovisnost označava nešto bez čega ne možemo. I to radimo u velikim količinama, a svi znamo da su velike količine loše. Moje mišljenje je da su ovisnosti sastavni dio svake osobe i da osoba ne bi imala svoje ja da nema neku ovisnost. Bila to ovisnost o kocki, cigaretama ili čistoj kući. Smatram da su ovisnosti zapravo nešto što definira osobu, prisjetimo se koliko puta smo nekog nazvali čistunko, gym bay ili alkos, samo zbog njihovih ovisnosti, tako da svijet bez ovisnosti ne bi bio isti ovakav svijet kakav je danas, i smatram da su ovisnosti dobre stvari. Ako je neka ovisnost loša, uvjek se može potražiti pomoć oko toga, a o nama ovisi koliko žarko se želimo riješiti te ovisnosti.
20. Kada netko kaže ovisnost prva asocijacija su mi alkohol i droga. Prvi susret s alkoholom mi je bio prije 3 godine. Izašla sam van sa starijim društvom i slavili smo rođendan. Prije toga mislila sam da alkohol još dugo neću probati, ali posustala sam i napila sam se. Vrtilo mi se u glavi, tjeralo me povraćati i drugi dan sam imala glavobolju. Roditelji nisu ništa skužili, a ja sam rekla da više nikad neću piti, no to se nije ispunilo. I danas kada izađem sa društvom

popijem, ako ništa drugo da se opustim jer je lakše tako biti vani i uživati. Sve moje prijateljice popiju, ali nikada nismo došle do toga da moramo na ispumpavanje želuca ili u policijsku postaju. Ovisnost je sranje i kad jednom probaš uvijek će te privlačiti i sigurno ćeš probati opet... opet i opet.

21. Ovisnost je navika, štoviše loša ponavljana radnja, koju radimo dugo vrijeme, te je iznimno teško prestati s njom. Ovisnost je psihički poziv da ponavljanje radimo nešto što nam stvara ugodu, najčešće se radi o konzumaciji raznih opijata, koji na naš organizam imaju štetan utjecaj. Svaka ovisnost je štetna jer čini ponavljanjem postupak koji svakim ponavljanjem dovodi do toga da organizam traži veću količinu opijata ili nečeg o čemu smo ovisni. Ovisnost opsjeda, zarobljuje osobu u svoj začaran svijet. Najčešće ljudi nisu svjesni svoje ovisnosti, smatraju da nije ništa prešlo granicu, ne razmišljaju kako to može prijeći u svakodnevnicu, nekada banalna stvar koja pruža trenutke ugode sada postaju trenutci koji ne prolaze, trenutci bez kojih ne možemo. Ovisnosti počinju istraživanjem novih stvari, radoznalošću, potrebom za zabavom, vodeći se rečenicom „samo jednom se živi“, no kakva je kvaliteta tog jednog života kojeg imamo, pate li samo osobe koje konzumiraju, kako je obiteljima, prijateljima. Ovisnost uništava psihu, društveni život, ljubavi, u životu postaje samo važno kako doći do opijata. Kad organizam jednom osjeti ugodu, mozak to pohrani, te na samom početku rijetko traži konzumaciju, no što dalje sve više i više opsjeda organizam. Psiha je naš pokretač. Misli upravljaju nama samima, te samo jaka volja, karakter, podrška bližnjih može izvući iz pakla ovisnosti. Ovisnost je postala normalan dio života. Ljudi robuju opijatima, tehnologijama, hrani. Okrećući se oko sebe, vidim koliko je naše društvo zapravo pasivno, pristaje na sve što je ponuđeno. Dostupnost svih opijata je danas izuzetna. Ulice, parkovi, igrališta nisu više sigurni kao nekada, jer nailazak na korištene igle, nije rijetkost. Poznanici koji su ovisnici, žive bijedan život, jedno je na šta su sve spremni pristati kako bi dobili što im je potrebno. Ovisnost od ljudi napravi da se ponižavaju, dosegnu dno dna, a da ih to ni najmanje ne dira. Dostupnost je danas i prednost i mana, jer ništa nije štetno ukoliko se sami ne odlučimo na to. Biti dovoljno karakterni jak, jedini je način opstanka u svijetu poroka. Rasuđivanje granice zabave, konzumacije alkohola, te mjera kad prestati, učestalosti konzumiranja, količine alkohola, presudno je za ne upasti u klopku noćne more. Mladež smatra kako je ovisnost daleko od njih, smatramo svi kako se to događa nekom drugom. U vrijeme adolescencije, nikom ne dopuštamo da nam proturječi, smatramo da smo mi najpametniji, sve dobromjerne savjete shvaćamo kao negodovanje, konzervativizam, hirovitim ponašanjem i tjeranjem inata svim autoritetima, najčešće probavamo sve ponuđeno samo za jednu noć, neće biti ništa, pa samo ću probati i tako iz večeri u večer i postaneš ovisan a da se ne uspiješ ni okrenuti. Ovisnost bilo koje vrste je pakao, zarobljuje svakog svog korisnika,

iako stvara ugodu, uništi sve oko tebe, ponekad kasno uviđanje problema, dovodi do toga da si ostavljen sam na svijetu, ne vidiš izlaz, i izgubiš svaku želju za prestankom, samo se prepustiš i uništiš se do kraja. Ne pijem. Ne pušim. Ne drogiram se. Fuj. Odvratno. Što se tim mojim vršnjacima mota po glavi? Čemu svo to opijanje? Ah, da, zbog prihvaćanja u društvu. Nemaju svoje pameti. Znači, sad sam ja manje vrijedna i manje prihvaćena jer se ne opijam? Ma nemoj. Ne mogu vjerovati, ali ni shvatiti što sve ljudi neće učiniti za malo pažnje i malo slave u društvu. Vjerojatno počinju konzumirati sve to zbog društva i okoline. Ako mogu svi, zašto ne bih mogla i ja? Pa da, ako svi skoče u bunar, skočit će i ja. Eh, generacijo moja, razočarana sam svime. Žalosno je da se toliko mladih svakog vikenda opija i baca novac u nepovrat. Kao da se to ne može pametnije potrošiti. Kupiti nekome poklon, dati potrebitima, platiti roditeljima račun, otići na putovanje. Oh, žalosno je da to niti nije vaš novac, nego novac vaših roditelja. Sramite se. Toliko od mene. Protivnik alkohola, cigareta, droge i svega sličnoga.

22. Moje društvo počelo je intenzivno izlaziti još u 8. razredu kada ja nisam smjela i onda je naravno bilo nagovaranja “nemaš pojma što propuštaš, nagovori svoje nekako, pa i plači ako treba na to će sigurno popustiti” što sam se ja bojala jer su mi roditelji bili dosta strogi. I tako nakon svakog njihovog izlaska kada čujem kako im je bilo super, izlazilo se i meni. Nagovarala sam roditelje, koji su se bojali pustiti me jer sam bila tek 8. razred, pa su samo nešto odugovlačili kada prođe prvo polugodište, pa je prošlo i ništa od mog izlaska, pa kažu kada završiš osmi razred, prošlo je i to i opet ništa, pa kada prođe prvo polugodište prvog razreda, prošlo je i to i nisam mogla više sjediti u kući dok se moje društvo zabavljalo i nekako sam ih uspjela nagovoriti. U početku je to bilo ograničeno do 1, 2 sata iza ponoći, tamo negdje u 2. razredu do 3, a sada dođem kući i oko 6. Najgore od svega mi je što me mama svaki put dočeka na vratima sa svojim rijećima “pirni da vidim jesи li pila”. Tako da sam već naučila koja je moja granica, kada trebam stati s alkoholom da bih kući došla normalna. Jednom sam se napila da se baš ničega nisam sjećala i rekla sam, nikad više. Nema ništa gore od toga, sutradan mučnina, glavobolja, ništa ne mogu jesti, ali je zato boca od 2 litre vode bila pored kreveta. Naučila sam koliko mi je potrebno da budem zuja i to mi je dovoljno. Ne mogu biti u izlasku i piti sok jer tada nisam opuštena i nemam slobodu plesati, sve me živcira, guraju me, proliju iks puta piće po meni, ovako kad sam zuja sve mi je super. U mom društvu od nas nekoliko samo jedna osoba nikada ne piye, pa tako moje prijateljice i ja imamo neku sigurnost i znamo da će nas podsjetiti za stvari jer se znalo dogoditi da zaboravimo torbu, jaknu ili štikle u izlasku. Volim svoje društvo jer su svi uvijek za zabavu i s njima nikada nije dosadno.
23. Prvo na što mi pada na pamet kada razmišljam o ovisnostima su naravno alkohol, cigarete i droga, ali odmah nakon toga tehnologija. Mislim da to

postaje sve češći i veći problem i da nam je to postalo toliko svakodnevno da ljudi ne shvaćaju ili ne žele shvatiti da su o tome ovisni. Svi mi, svakodnevno komuniciramo preko različitih društvenih mreža, objavljujemo različite stvari, zapravo sve manje komuniciramo međusobno, oči u oči. Mislim da je to veliki problem, da ljudi postaju nepismeniji i da nas sve to skupa zaglupljuje, ali svakim danom tehnologija postaje sve naprednija i jednostavno ne možemo to izbjegići. No, trebamo izbjegavati koliko god je moguće ne objavljivati, dijeliti s cijelim svijetom ono što zapravo ne moramo. Mislim da je ovisnost stvar izbora i da svatko u bilo kojem trenutku može prestati, samo ako dovoljno jako to želi i ako ima pomoći i podršku. Ljudi se podvrgavaju ovisnostima zbog različitih životnih situacija, ali zbog toga ne rješavaju probleme, nego se samo upuštaju u još veće. Što se mene tiče nema opravdanja za to, ali svakako mislim da bi mi kao budući zdravstveni djelatnici trebali imati razumijevanja i pomoći nekom ako je to ikako moguće. Ne trebamo osuđivati te ljude, niti trebamo preispitivati njihove razloge, nego jednostavno pronaći način da im pomognemo

24. Mladi ljudi koriste sredstva ovisnosti u želji za drugačijim iskustvima, u želji da se osjećaju bolje ili drugačije, ne uzimaju u obzir opasnost. Razlozi za prvi uzimanje droge ili konzumiranja alkohola su najčešće znatiželja, pozitivna očekivanja, želja da ne budu izdvojeni iz društva ili želja da pobegnu od nekih svojih problema. Smatram da je utjecaj vršnjaka jedan od čimbenika zašto mladi odluče da posegnu za sredstvom ovisnosti. Ovisnost vuče za sobom i niz drugih problema, a ne samo ovisnost kao takvu. Zbog agresivnog ponašanja koje uzrokuju konzumiranje droge ili neke druge ovisnosti, dolazi do raskola u obitelji nakon kojega većina završi na ulici. Sama ovisnost ne utječe samo na jednu osobu, odnosno na osobu koja konzumira narkotike, nego i na sve oko nje. Ne mogu vam pričati o svojim iskustvima s alkoholom ili drogama jer ih nisam imala i sretna sam zbog toga. Možda neki moji prijatelji misle da sam čudna jer se nikad nisam napila ili "napušila". Svima je to neki poseban doživljaj kada se napiju i plešu i opuste se ali za mene to ne predstavlja ništa. Nije mi fora ići van i napit' se k'o stoka i da sutra ne znam za sebe. Zapravo mi je odvratno kad se cure napiju. Ne mogu shvatiti kada se cure hvale drugima kako su se petkom ili subotom s nekim pokupile. Svaki vikend idu van i svaki vikend neki novi frajer. Jednostavno dobiju za cijeli život etiketu. Vjerovatno dok su ljudi pijani ili dok se drogiraju osjećaju se odlično, u svom su svijetu i ne znaju za sutra. Mogu napraviti neke stvari koje zapravo ne žele i sutradan će se kajati zbog toga ali biti će kasno za sve. Jednostavno ne razmišljaju o posljedicama.
25. Što je zapravo ovisnost? Moja percepcija ovisnosti je zapravo takva da postoji svakidašnja ovisnost i ovisnost o kemijskim supstancama. Da razlučim jednu stvar, svakidašnja ovisnost poput interneta, kompjuterskih igrica, slatkiša

doista može prijeći u ozbiljnije stanje, ne isključujem tu mogućnost. Ali smatram da u samom startu veću štetnost donose ovisnosti o kemijskim supstancama. Možda imam krivu percepciju, ali na spomen "ovisnost" automatski mi se glavom vrzmaju riječi kao što su droga, trava, alkohol, cigarete. Također ovdje bih svrstala hedonizam ali i bijeg, bijeg od problema. Većina mladih, neću generalizirati ali je to u ovom pitanju doista preteško, počinje vikendom. Opuštanje, društvo, zabava, veće samopouzdanje te ono najomraženije, tko sam što sam faca sam, biti kul i zabavan, glavni u ekipi. Osobno mrzim osobe koje sebe samoga u svojoj glavi percipiraju kao vođu ekipe, nisi dobar ako ne pušiš i ne piješ a ujedno i ako ti neka njihova ultra glupa fora nije presmiješna. Onda nisi dio ekipa, izoliran si. Mislim da je to glavni i najveći problem mladih današnjice. Počinju konzumirat' alkohol, cigarete da bi se uklopili u društvo, da bi ih netko primijetio. Kako izbjegići stigmatizaciju najboljih a zatim i ostalih prijatelja? Kako se oduprijeti tome i uopće zadržati prijatelje? Ovisnost kao strast za nečim što se možda i ne smatra nekom ovisnošću, poput "mojih" svakidašnjih ovisnosti je primjerena i nitko nikoga po pitanju toga ne bi osudio niti stigmatizirao. No, okrenuvši se ovisnosti o kemijskim supstancama mogu reći da veliki dio populacije osuđuje. U jednu ruku meni je to čak i okej, jer čekaj, svatko bira svoj put u životu, kako izabereš tako ćeš i živjeti. Naravno u svemu ima preinake i ne generaliziram, tipa nekoga tko se uvalio u probleme do grla da ne zna gdje bi, nekoga komu je smrtno stradao najbliži član njegova kruga života, ili još pak puno stvari, ali za ovisnike koji su počeli konzumirati to iz hira i požude za značajnim statusom u životu to osuđujem i ne odobravam. Moje prvo iskustvo s alkoholom bilo je u 2. razredu srednje škole, iskreno sramim se, nije mi primjereno za djevojku nikakav oblik težeg opijanja, nije damski ni ženstveno. No kako se kaže, treba sve probati, probala sam, i alkohol i cigarete i travu, a danas, danas samo nekad u izlasku popijem dva tri pića. Ne privlači me toliko, nije me ni onda privlačila nijedna od tih stvari, ali sam probala. Nisam cura zagrijana za stalne izlaska, ne čini me to baš sretnom niti me to ispunjava, više volim otići u kino, ili na kavu, prošetat' gradom. Nisam partibrejker, kad se izade zabavim se ja i opustim i bez pića ali izlazak nije stvar koju ne mogu dočekat' i koja me opušta, ajme. Imam 18 godina, uskoro punim 19, i već prije godinu dana se zgrožavam na djevojke koje se demoliraju svaki vikend, vikend više nije subota nego srijeda, četvrtak, petak i subota, koje okolo povraćaju izgubljene u vremenu i prostoru tek sat vremena nakon što su došle u kafić, a da ne pričam o ostajanju u kafiću do 7 ujutro kada samo pijanci i najveći ološi ostaju. Nikada, pa ni sada nisam imala ograničenja za izlazak, dolazila bih kada želim, ne nisu moji roditelji popustljivi i ravnodušni čak su i previše brižni, nego dopuštaju da sama o tome odlučim ukoliko je za njih to normalno. Tata bi me svaki put dočekao i otključao vrata, takva je navika u mojoj obitelji. Idem s većere subotom

navečer, prolazim pored tih super kafića ispred kojih sjede polugole djevojke izbljuvanih cipele u moru ispovraćanog sadržaja, a prijatelji ju okolo slikaju, ne znam jesu li to prijatelji uopće? Nisi dovoljno dobar ako ne možeš biti kao bure bez dna po pitanju alkohola a da ti ne pozli. Gdje ovaj svijet vodi? U društvu sam imala svakavih osoba, jedna prijateljica bi nakon određene doze alkohola naokolo manipulirala većim brojem muškaraca tokom večeri dok bi druga prijateljica pila štогод stigne, doslovno ići od stola do stola i naginjati u sebe nešto što je drugom ostalo u čaši. Nema zakona niti pravila niti odgoja koji bi mogao spriječiti takve osobe. Doista mislim da je potrebno uvesti edukaciju o ovisnostima već u razredima osnovne škole, žalosno za reći ali možda čak i peti, šesti razred. U obitelji, hvala bogu, nemam iskustva s težim ovisnostima. Osim brata. Jako sam ljuta i isfrustrirana njegovom općinjeničku igricama. Takoder, ne samo ja, nego i roditelji. On trenira, druži se, prolazi s 5.0, ali svaki sekund slobodnog vremena provodi za računalom, a osnovna škola je. Zašto? Koja je potreba u tome? Uz igrice je naučio savršeno pričati engleski i sve to stoji, ali ta zaluđenost, time sam frustrirana. Mislim da je ovisnost golema tema za raspravu i diskusije, ali čemu sve to, ovisnik će i dalje biti ovisnik a netko drugi će i dalje biti protivnik. Možda bi sve bilo i u redu po pitanju kemijskih supstanci da proizvođači u to ne stavljuju supstance koje u našem mozgu stvaraju neophodnu želju za još većom dozom. Ovisnost nije mala stvar, ali džabe svaka riječ.

26. Kada pomislim na riječ ovisnost osjetim gađenje u smislu da su ovisnici robovi svojih slabosti. I to me plaši. Prvi put u životu sam alkohol probala u četvrtom razredu osnovne škole kada je brat slavio 18 i on me je nagovorio da moram s njim nazdravit'. I od jednoga sam piva bila pijana kao klada, sjećam se da nisam mogla sići sa stepenica. I užasno mi je bilo muka, ali nikako nisam mogla povraćati, užas. Od tada više nisam pila do prvog izlaska u 8-om razredu, svaki sljedeći izlazak po jedno piće više. I tako sam se jednom napila, nisam mogla hodati, morala sam se cijelo vrijeme držati za zid ili za nekog pored mene. Iako sam znala posljedice pijanstva svejedno sam ih ponovila nekoliko puta, ali sam svaki put bila svjesna svega, samo što hodati nisam mogla, na sreću brzo se otrijeznim pa mogu mirno ići kući pred mamu. Mama mi uvijek govori kad izlazim da pazim što radim i da ne pijem alkohol, no međutim ne mogu je uvijek poslušat', ali se kontrolišem kad planiram popiti po neko piće. Osuđuje me kad čuje od drugih da sam bila pijana. I zabrani mi izlaske. I onda se osjećam loše. Mrzim alkohol i osjećam se užasno jadno kad ga pijem jer se mogu dobro zabaviti' i bez njega, čak štoviše, bolje se provedem kad ništa ne popijem. Draži su mi izlasci u kojima sam plesala u štiklama, nego oni u kojima sam noge lomila. Kada vidim pijane cure osuđujem ih jer to sve uglavnom bude nekontrolisano i odvratno izgleda. Što sam starija sve više mi se gadi i ne konzumiram alkohol jer mi više ništa nema

u tome zanimljivo. I smatram da smo ga u životu svi trebali proći kako bi naučili što je dobro, a što ne za nas. Neki iz tuđih, neki iz svojih grešaka nauče pa ostave alkohol, a neki nikad i iz ničijih i postanu alkoholičari i narkomani. Žalim te ljudi jer su među njima i moji prijatelji kojima ne mogu pomoći to je jednostavno njihov put, ne mogu ih osuđivati jer njihovi roditelji to znaju, a prepostavljam da ni oni nisu bolji.

27. Možemo biti ovisni o svemu. Ja sam ovisna o slatkome, pogotovo čokoladi. Alkohol me ne privlači i nije mi fin, ali čini da se osjećam opuštenije i sretnije, i samo zato ga ponekad pijem. Dosad sam se par puta napila, no osjećaj nije baš dobar. Shvatila sam da ako ću piti, pit ću umjereno i ne često. Ali alkohol mi nije potreban da se zabavim. Često izadem van, a da ne popijem ni kap alkohola dok drugi frendovi oko mene piju. Jednostavno ne osjetim potrebu za njim. Što se tiče droga, ponekad mi znaju biti privlačne. Ali nikad nisam probala. Možda hoću jednog dana kad budem htjela probati nešto novo. Nemam neko posebno mišljenje da hoću ili neću, jednostavno ću vidjeti. U mojoj obitelji je tata počeo sve više piti. To mi nije nikakav povod jer sam već dovoljno stara da razumijem što si on radi i da se ne bih trebala ugledat' na njegove loše navike. Sve u svemu, mislim da je u redu popiti malo za opustiti se, ali nikako napit' se, jer nam to ništa dobro ne donosi. Svatko je ovisan o nečemu. Ja biram čokoladu.
28. Moje prvo pijanstvo dogodilo se kada sam slavila svoj 17. rođendan. To je bila definitivno kobna noć jer inače nisam nikad pila i nisam često izlazila pa nisam znala kad mi je dosta i tu noć sam se baš ono ubila od alkohola. Bili smo u klubu i meni sve super, sve pet, i samo odjednom u stomaku nešto, i ispovraćala se po podu ispod stola sve otišlo, zaštitari me vidjeli i istjerali me van iz kluba, a meni sve stvari ostale unutra pa su mi prijatelji donijeli. Ja zvala tatu u 3 sata da dođe po mene i nije niš' skonto ja se skulirala, sve super. Inače kad idem van sad kad su me roditelji počeli puštat' ali ne često, ne pijem puno, onako znam kad trebam stati ali nekad me pogodi neka pjesma ili nešto i onda popijem više i tak po par pjesama kroz noć pa bude strašno kad ideš kući, haha. Sad kak imam dečka već godinu dana većinom idemo skupa van nas 4-5 u društvu bude, i idemo autom, tak da uvijek jedan koji vozi mora biti trijezan pa imam siguran prijevoz kući to mi je oke. Moji su sigurni kad sam ja s njim onda se ne sekiraju kak bi se sekirali da idem s nekim ovako, jer znaju da pazi na mene. Ja se sa svojima uvijek dogovorim kad idem, gdje idem, s kim idem i kad se vraćam kući i onda kad dođem kući pošaljem im poruku na mob da znaju kad sam stigla jer ih ne volim budit' ne znam jes' spavaju ili ne, i sve bude okej. Al isto mi govore da ne pušim cigare i da ne pijem alkohol, al mi uvijek daju para (onak, šta ću s tolkim parama ak neću popit i ak neću zapalit), tak da kontam da oni sve znaju samo mi tak kažu da

budu oni sigurni da su mi rekli sve šta su trebali, a sad oču ja poslušat il ne to je moj problem. Ja baš onak kad idem van kad pijem uvijek moram jest jer mi bude loše u stomaku i onda tak kad popijem, ne znam, na primjer čašu vina dobro mi je, a već druga mi onak smeta u stomaku i onda opet imam osjećaj neki da se nisam dobro najela, i onda sam piješ i prođe te to i onda moš' pit' kolko hoćeš, al najteže je na početku pit' bar meni, ne znam kak je drugima. Evo noćas sam bila vani bilo nam je predobro došla sam kući u 3 i čim sam legla u krevet morala sam se ispovraćat, a bilo mi sve super nisam se ni osjećala tolko pijano. Što se tiče ovak nekih droga to ne konzumiram ništa, sam nekad znamo zapalit', mi iz društva.

29. Za mene je ovisnost sve ono što kod čovjeka izaziva potrebu uživanja u stvarima koje djeluju loše na njega (na fizičko i psihičko zdravlje, financijsko stanje, probleme u obitelji i društvu), a mogu izazvati čak i smrt. Alkohol, pušenje, droga i kockanje izazivaju teže ovisnosti. Danas, u vrijeme razvijene tehnologije, mladi (a i kako je krenulo, i starije osobe) sve više vremena provode koristeći se mobitelom i društvenim mrežama. Iako ih i ja koristim, mislim da su vrlo štetne, i da zaglupljaju ljudi. Otkako skoro svi imaju pristup internetu, na ulici više nema igre, druženja, a mladi koji odlaze na kavu, zapravo ne komuniciraju, nego drže mobitele u rukama. Shvatila sam koliko nas društvene mreže zaglupljaju i stvaraju ovisnost. Zato mi je najbolji dio mjeseca onaj kada su mi potrošeni svi megabajti na mobitelu. Vratila bih se na ovisnost o drogi i pušenju. Nikada nisam probala drogirati se, ali jesam povukla dim cigare i uopće mi se nije svidjelo. Ne razumijem kakav užitak cigare pružaju onima koji ih puše. Puno mojih prijatelja puše, zapravo skoro svi osim mene. Neki su čak pokušali odviknuti se od cigara, ali im nije uspjelo. Iako znam neke starije osobe koje su se nakon 20 godina pušenja odvikli. Alkohol konzumiram kada idem van, ali ne pretjerujem. Popijem nekoliko pića, čisto zbog zabave jer se ne mogu opustiti drugačije. Znam koliko mi je dovoljno i znam se kontrolirati. Samo sam jednom imala posljedicu, tj. povraćala sam, ne zbog količine alkohola nego zbog miješanja različitih vrsta.
30. Kada pomislim na ovisnost odmah mislim na potrebu za nečime. Ovisnost sama po sebi je jako teška potreba za nečim što će nam pomoći u teškim situacijama ili nas smiriti. Na svu sreću nemam u svojoj obitelji ni okolici nikoga tko se bori sa bilo kojom ovisnosti. Imamo različite vrste ovisnosti kao što je alkohol, kocka, droga, cigarete...i još puno drugih. Jedna od ovisnosti je internet, ne bih rekla da sam ovisna o internetu ali mi je dosta potreban u životu i većinu vremena provodim na internetu. Danas bi život bez njega bio nezamisliv i vjerujem da nema osobe na svijetu koja ga ne koristi, mislim da to nije dobro, ljudi bi više vremena trebali provoditi uz knjige i u prirodi a ne se zaglupljivati internetom, ali kao što rekoh danas se bez interneta ne

možeee. Od svih ovisnosti mislim da je najteža alkohol, droga nije toliko zato što je skupa... ali do alkohola mogu svi zato što je dostupan i starima i mladima. Danas se vani u klubovima može vrlo lako doći do alkohola po vrlo jeftinim cijenama. Kako svi mladi provode previše vremena na internetu tamo mogu vidjeti kada je u kojem klubu akcija na određenu vrstu alkohola. I, naravno, to privuče nas mlade. Ne izlazim toliko često van ali sam vidjela svakakve scene kada se osobe napiju, čak i mlađe od 15 godina. Kad izađem van znam granicu do koje mogu piti i nikad ne pretjeram, i uvijek se dobro zabavim. Mislim da su mladi pod pritiskom društva i da zato toliko piju. Roditelji ne bi trebali puštat' van djecu prije nego napune 17 godina, mislim da je to vrijeme kad su dovoljno zreli da znaju koliko piti i u kojim granicama. Droga je isto teška ovisnost, nisam baš dobro upoznata s njom ali znam da ju je isto vrlo lako nabaviti i da jako brzo može dovesti do smrti. Svi znamo da su cigarete loše i to vidimo na svim kutijama, ali ih i dalje ljudi kupuju i upotrebljavaju. Par puta sam i ja, mislim da je to više bilo zbog društva, ne zbog mene same. Svim obiteljima i osobama sa ovisnosti treba pomoći i na vrijeme početi sa liječenjem i terapijom.

31. Ovisnost se odnosi na stil života koji u sebi sadrži samu ovisnost, fizičku i psihološku, ali pretežno ističe stalnu uporabu pa čak i bavljenje drogom. Ovisnosti nam dolaze u raznim oblicima kao što su npr. droga, alkohol, kockanje itd., a u našoj današnjici čak i računala stvaraju ovisnost. U današnje vrijeme ovisnosti su vrlo rasprostranjene među ljudima, a ponajviše među adolescentima. Adolescenti su u takvom životnom razdoblju da ih puno toga zanima te se lako navuku na neku od ovisnosti, bilo to samovoljno ili na nagovor drugih. Oni najčešće postaju ovisnicima zbog toga jer žele da ih ostali smatraju „cool“ te se i oni sami smatraju tako konzumirajući neku od vrsta ovisnosti. Loš utjecaj tu igra veliku ulogu, a loš utjecaj im pružaju njihovi prijatelji koji ih potiču na uporabu. Kada ih jednom nagovore da isprobaju, u tom trenutku svatko od njih napravio je prvi veliki korak prema svojoj ovisnosti koja će ga u skorije vrijeme savladati. Svaka ovisnost započinje tim prvim pokušajem, bilo da je to narokomanija, kockanje ili bilo koja od ovisnosti, samo im se način u koraku razlikuje, postupak je isti, kockar osvoji dobitak prvi puta, drugi puta, treći isto a, četvrti puta već je vjerojatno izgubio kuću na kocki, a time i cijelu obitelj, a narkoman uzme prvi šut, pa drugi, pa treći, a četvrtim završava predoziran. To je zla sudbina ovisnosti. Svaki roditelj oprezno pazi na svoje dijete, čuva ga od svega lošega, ali kako djeca odrastaju i roditelji polako gube kontrolu nad njima, ona sama počinju odlučivati šta će učiniti sa sobom i životom i tako ih njihovo neiskustvo i neznanje odvede u krivom smjeru, u smjeru ovisnosti. Ponajprije se radi zabave počinju opijati u parkićima s društvom šta roditelji ne znaju jer dijete to lukavo sakriva od njih, a s vremenom prođu na travu pa u većini slučajeva i na jače stvari. Svaki

roditelj nikako ne podržava ni jednu vrstu ovisnosti pa ni onu da im dijete visi za računalom od 0-24 sata dnevno, ni jedna od ovisnosti nije zdrava, a svaki roditelj to ponajbolje zna jer upravo su oni ti koji nas se trude uputiti u smjeru života bez ovisnosti. Moje osobno mišljenje o ovisnostima ni u kome slučaju nije pozitivno, gledam na ovisnosti u potpuno negativnom smislu jer ovisnosti nikome nikada nisu donijele ništa dobro u životu. Ovisnosti su loše, zbog njih se gube životi, bilo to fizičko ili psihičko umiranje. Smatram da bi se sve vrste ovisnosti trebale ukloniti, time želim reći da bi se videoigrice, alkohol i cigarete trebale u potpunosti ukloniti s tržišta, droge još više pronalaziti i u potpunosti spaljivati, a njihovi proizvodači doživotno zatvorski kazniti, tada više ne bi bilo ovoliko zla i pogibija na ovome svijetu. Bilo bi nam svima dosta ljepše i lakše živjeti.

32. Ne smatram se ovisnikom, ali uvijek sam opušteniji kada malo popijem. Sve ovisnosti su loše za zdravlje, ali nismo mi krivi što je stanje u svijetu takvo kakvo je i ljudi će uvijek biti ovisni o nečemu. Naravno, u umjerenim količinama je sve u redu. Ne trebamo pretjerivati ni u čemu. Ovisnosti će nas jednom otjerati u grob, ali sve je to za ljude i jednom se živi.
33. Kad sam se prvi put napiio, onda mi je to sve bilo super, ali sad kad gledam klince toliko stare ne mogu vjerovati da sam ja takav počeo piti s prijateljima po parkovima. Već onda su nam prodavali alkohol, a i da nisu, uvijek smo našli nekog ko bi nam kupio. Većina ljudi iz društva je pilo, ali ove koje nisu htjeli nikad nismo tjerali na to ili ih rugali zbog toga. Dosta prijatelja je isto tako počelo pušiti u šestom i sedmom razredu. Mene cigare nisu privlačile do srednje škole dok nisam počeo pušiti iz zajebancije krajem prvog razreda. Nekad sam se svadao sa starim zbog toga ali je to prestalo početkom drugog razreda. Mi kao društvo nismo nikad izlazili van u Tvrđu ili tako nešto nego smo češće bili vani ili ako je nekom kuća bila prazna. Prijatelju su roditelji često putovali, pa smo organizirali partije kod njega i znali smo tamo ostati po 3 - 4 dana da kući odemo samo javiti se, otuširati i pojesti nešto. Sada svaki vikend smo negdje pijemo i niko nema neko ograničenje kada mora biti kod kuće jedino ako se ne mislim vratiti kući onda bi treb' o poslati poruku ili nazvati i javiti da neću spavati kod kuće. Kad izađemo negdje u kafić popijem ili kavu ili pivo jer mi se svakako više isplati popiti 0,5 l piva za 10 kn nego 0,25 l kole za 12 kn.
34. Ovisnosti su po mome mišljenju vrlo velik problem današnjice. U većini slučajeva iz puke znatiželje i isprobavanja, želje za pripadanjem i osjećaja zajedništva prerasta u ovisnost - nepotrebno. Mislim da se ljudi koji se ne mogu kontrolirati najčešće dovode do takvih situacija gdje nema gore, samo dolje u ponor. Najčešće ih na to potakne neka teška situacija u životu u kojima ne budu dovoljno jaki. Neki žive u zabludi da im samo droga ili alkohol mogu

dati osjećaj ugode, zadovoljstva ili čak hrabrosti, Kada bi mogli birati između života i smrti (ovisnosti) većina bi izabrala život naravno, ali zar je to tako lako u životu? Naravno da nije. Svatko odlučuje i odgovara za sebe pa tako i bira put kojim će krenuti. Ovisnosti stvaraju razne socijalne probleme. Osobno ne konzumiram alkohol, drogu, ne pušim, niti se kockam. Nadam se da nikad neću postati ovisan o svemu tome ali nikad ne znaće što vam život nosi. Mislim da je alkoholizam jako veliki problem među mladima. Neki roditelji uopće ne kontroliraju svoju djecu ili im ograničavaju izlaska, ne kažem da bi nekoga od 16 godina trebalo u 22h ušuškati u krevet, ostaviti mu svjetlo da se možete vratiti, ugasiti svjetlo (provjeriti da li spava). Trebali bi samo pokazati tko je „gazda“ i kako se trebaju ponašati. Jučer sam bio vani u Đakovu i neki dečko od 15 godina je radio takve pizdarije da je policija morala intervenirati, a prijatelj mi je rekao da to nije bilo prvi puta. Jako mi je ružno vidjeti kako neke mlade djevojke drže pivo i cigaretu u ruci. Ipak tako su face ili kul, visoko pozicionirane u društvu, glavne i tako dalje. Najgora stvar je kad se neki moji prijatelji „namazu“ pa povraćaju, nasilni su ili rade gluposti pa onda i ostali u društvu ispadaju kreteni. Sve to tako počinje, samo ću probati, ja to samo u društvu, ne mogu odbiti kada me netko ponudi... Osobno sam jako karakterno jak i nikada nisam probao cigarete, a alkohol mi se nikako ne sviđa, probao jesam par puta, ali ništa od te ljubavi.

35. Kada govorimo o ovisnosti o alkoholu uzimamo li u obzir mlade koji konzumiraju alkohol svaku subotu ili samo starije osobe koje nakon nekoliko žesta završe u kanalu zatim u bolnici sa cirozom jetre ili upalom gušterače? Postaje li se ovisnik sa „samo jos jednom ću“? Jesam li ovisnik ako kažem „ne mogu ja bez cuge“ ili „mogu ja bez cuge ali zašto bih?“ Jesu li ovisnici svjesni da su ovisnici? Koliko bih pitanja još mogla postaviti a ne bih mogla dati odgovor. Iz svog iskustva mogu reći da se s alkoholom počinje u 7. ili 8. razredu osnovne škole. Svi se osjećaju odraslo, prije svega odgovorno (sami za sebe), osjećaju se kao da je biti pijan biti „odrastao“, „pametan“... počela sam piti sa svojih 13 godina, sada imam 18 i više ne pijem. Odrasla sam na selu i pili smo podjednako kao i djeca u gradu. Do alkohola smo većinom dolazili tako da bi nam kupili stariji braća ili sestre, ili bi nam čak, u trgovinama prodali. Pili smo po parkovima, dječjim igralištima, okolo škole, na pruzi i slično, snašli bi se. Neki od mojih prijatelja i danas piju, i više nego prije, tj. većina njih. To je njima sasvim normalno, i ne vide ništa loše u tome. Nekada se pitam, nisu li osobe sa 18, 19 godina već prošle fazu pijančevanja, sakrivanja od roditelja, itd... Pila sam od svog 8. razreda do 2. srednje. Cijeli osmi razred, prvi srednje i polovicu drugog. Tada sam upoznala svog dečka, sada bivšeg, jer se kao i svi propio, on se tome uvijek protivio pa sam prestala piti, ostalo je isto do danas. O tom potom. Mladi su izloženi velikom pritisku sto se tiče alkohola, on danas pije zbog društva, jer bi bio prozvan i ismijan da

to ne radi, tako je i s većinom. Ne dolazim u česti kontakt sa alkoholom baš zato što ne izlazim. Kad izađem, uvijek me nagovaraju da popijem nešto, da će mi biti dosadno itd. Alkohol je danas normalna pojava i ne gleda se na njega kao na nešto što stvara ovisnost i što ozbiljno šteti zdravlju. Razlog zašto više ne pijem je taj što se tako osjećam boljom osobom, zrelija sam, brinem za svoje zdravlje, treniram i pametnija sam kad sam trijezna, i zato sto znam da mogu bolje od toga. Poznajem još samo nekoliko od svojih prijatelja koji ne piju. Moj stav prema alkoholu je da šteti mladima isto koliko i starijima koji su već prokockali svoje zdravlje, mladi dolaze u stanja da čine ružne stvari koje ne bi napravili da su trijezni, štete svome dragocjenome zdravlju, čeznu za alkoholom jer im onda stvarnost postaje dosadna, dosadno im je biti trijezan takorečeno. Gdje smo zalutali i gdje smo pogriješili? Je li stvar u odgoju, osobnosti, utjecaju vršanjaka, roditelja, dečka/cure? Izgubila sam odnos s puno prijatelja nakon što sam prestala piti. Neki su mislili da se ze zam da ne pijem više i prošla sam tešku fazu, ne zbog odvikavanja od alkohola nego zbog provociranja prijatelja. Vjerujem da neki mladi koji brže sazriju prestaju piti baš iz tog razloga, postajemo zreliji. ali, pitanje je kako neke osobe sa 25 i dalje nisu zrele da ostave alkohol? Preteško je dati odgovor na pitanje zašto ne mladi, nego i osobe općenito piju? Svatko bi dao poseban odgovor. Ono o čemu često razmišljam i čega se često bojam, mogu li mladi preći u kronične alkoholičare? Mogu li uništiti i prokockati svoje živote? Mogu li ih stvari iz mladosti koštati života? Tu nećemo spomenuti samo alkohol kao ovisnost nego i drogu koja sve više i više prevladava u našem društvu. Da, prevladava! bilo bi čudno da kao ja kažes ne pušim travu, a još čudnije da kažeš "nisam nikad probao travu" s odgovorom "ne znaš šta propuštaš" i "ti nisi normalna". Nikada se nisam srela sa drogom, i zato ne mogu puno govoriti o njoj, ali je također veliki problem u našem društvu. Govorim o ljudima, mladima za koje znam da su okrenuli živote zbog droge. Droga i sve druge ovisnosti nisu problem pojedinca, one su problem obitelji, problem prijatelja, ovisnosti su problem društva! Problem društva u kojem mi živimo. Pušila sam od 7. razreda do drugoga srednje, puno teže sam ostavila cigarete nego alkohol. Živ su otrov. Znala sam da će mi nakon cigareta biti loše, da će mi srce brze udarati, da će se početi jače znojiti i da će mi ostati odvratni satima neizbrisivi miris, ali ipak sam im se vraćala. Uvijek sam imala pretjeranu reakciju na cigaretu, nisu mi prijale, ali sam ih uzimala, a počela sam pušiti jer su pušili svi u mom društvu. Nekad su mi došle na zadovoljstvo, ali jedu zdravlje i čovjeka. Ostavila sam cigarete s velikom mukom. Razmišljala sam i tome kako kocka uopće postaje ovisnost? Ako izgubim 20 kn, dobro, ako izgubim 30, dobro ali ako opet i poslije toga izgubim 40, jesam li glup da dajem i 50? Najveće razočaranje mi je bilo kada sam bila mlada i čula da su aparati i lutrija namješteni. Da profitiraju oni koji drže kockarnice, a ne oni koji tamo

odlaze. Ispraznost, ovisnosti su ispraznost, one čovjeka ne upotpunjaju, već ga prazne, uzimaju malo po malo od čovjeka, njegovu sreću, strpljenje, radost. Ovisnosti nas jedu. Ovisni smo o mobilnim uređajima bez da bi to priznali. Kako bi se uopće dogovorila nešto a da ne bi poslala sms? Kako bi drugi znali kako ja izgledam a da nemam fejs ili instagram? Čudakom bi smatrali onog koji danas nema facebook. Ovisnosti su oko nas, ali mi ih prihvaćamo, ne borimo se protiv njih. Jesu li današnja djeca, djeca na putu za “pakao”?

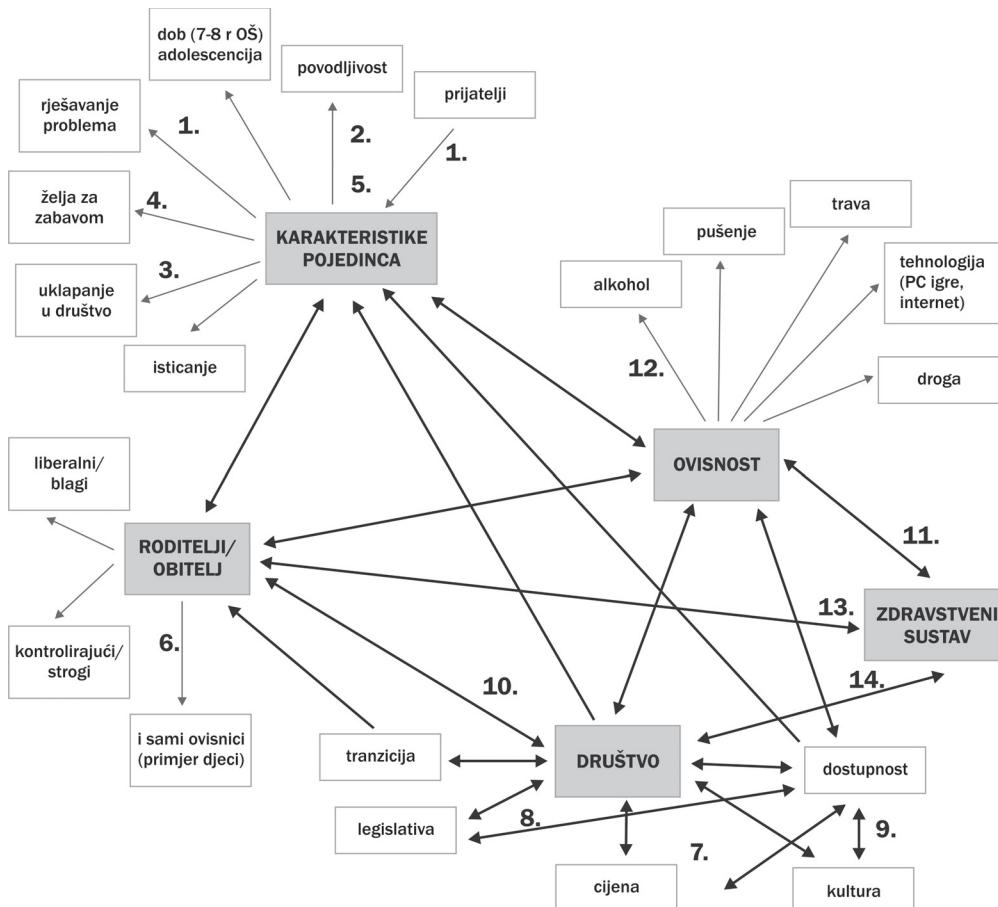
36. Moje mišljenje o ovisnostima je da su to suvišne stvari u životu i uzaludno trošenje novca. Ljudi koriste cigarete drogu i alkohol kad su živčani nije im po volji ili im je dosadno. U mojoj društvu nitko ne puši i svima nam to smeta pa se moramo gušit' u dimu cigarete u kafićima, alkohol je u redu ali postoji granica. Najgora stvar za curu je da pada, povraća i ide od dečka do dečka u kafiću. Droege se u mojoj društvu ne koriste ali znam ljudi koji to povremeno rade da bi bili u određenom “elitnom” društvu. Puno ljudi popusti znatiželji i nagovaranju društva pa isprobavaju razne stvari koje ce probati “samo jednom”, i onda se navuku kod starijih ljudi razne ovisnosti uništavaju obitelji. Ovisnici se izoliraju, počinju krasti novac iz svoje kuće, ne misle kako njihova obitelj neće imati što jesti zbog njihovog malog užitka.
37. Ne pijem. Ne pušim. Ne drogiram se. U životu nisam zapalio cigaru, niti ne planiram. Napio sam se svega dva puta u životu; prvi put jer me zanimalo kakav je osjećaj, drugi put da se mogu opustiti u društvu dok smo bili vani. Nakon toga sam odlučio da više neću nikada piti te se toga pridržavam, unatoč tome što me prijatelji nagovaraju da idem van i pijem s njima. Mislim da ovisnosti danas sve više privlače ljudе, iako mi nije jasno zašto. Najviše od svih tih gluposti, nazovimo to tako, mi smeta kladionica. Nisu mi jasni ljudi koji mogu davati, odnosno ulagati novac, a zauzvrat najčešće ne dobiti apsolutno ništa. Pogotovo mi nisu jasni ljudi kojima djeca nemaju što jesti, a oni daju novac za nešto, što samo ako imaju sreće, jako velike sreće mogu dobiti natrag. Nemam takvih primjera iz vlastitog života i dragi mi je zbog toga. Ne znam kako bih postupila da mi se netko bližnji kladi ili kocka. Što se tiče droge, također mi nisu jasni takvi ljudi. Čemu uništavanje života, sa sredstvima koja im ne mogu donijeti nikakvo dobro u životu nego im samo mogu naštetiti. Čemu uništavanje zdravlja? Nemam ni takvih primjera, a mislim da za zabavu u životu to nije potrebno te da ako si u dobrom društvu je dovoljna dobra atmosfera. A alkohol, njega smo vjerojatno svi probali i svi smo se, recimo to tako, napili. Njega ne smatram toliko lošim, jer on,za mene osobno, ne može izazvati neku pretjeranu ovisnost. Jako mi smetaju kronični alkoholičari i osobe koje misle da ne mogu živjeti bez njega, jer to po meni jednostavno nije moguće.

### 38. Pjesma o ovisnosti (poslano doktorici)

Sestra je opet pomahnitala,  
opušteno sestro popijte vina litar-dva  
bježi joj s puta da te ne bi pitala!  
Ide ručak svi bi jeli,  
poslije ručka Normabeli,  
može Tramal taman!  
Psihofarmaci, inflamatorni lijekovi  
minute učenja prolaze k'o vjekovi.  
Opet si počeo, ma nisam ni prest'o sestro.  
Ide vizita svi na mjesto, kad je odgovaranje,  
svaki učenik k'o da je nest'o!  
Precizni kada apliciramo,  
nikada ne komplificiramo,  
samo malo provociramo,  
kad bolnu točku lociramo,  
medicinari su borci znamo.  
Dobit posao u KBC-u za nas je danas k'o xanax -  
znači znanstvena fantastika,  
radit ćemo u kineskoj, odjel - plastika!  
Ako dobijemo posao, odjavimo se sa biroa  
zovite Hercula Poirota, jer bi to bio nerješiv misterij.  
Veza je danas jedini kriterij, tako da dragi moji k'o ima štelu,  
kulirat će se u odijelu na odjelu, čekat' poslovnu podjelu!  
Acidi borici stoji ti gore na polici,  
dan se poznaje po stolici,  
mi k'o zombiji ujutro u bolnici,  
radna snaga k'o u tvornici  
sreća nismo završili u crnoj kronici,  
kako i hoćemo kad nas tretiraju k'o da tintu ločemo!  
Draga vlado mi posla hoćemo!  
Dajte nam ono što je naše,  
a ne da naginjemo Guiness flaše,  
i u njemačkoj crkvi molimo očenaše!

Nakon analize pojedinačnih refleksija učenika na problem ovisnosti rezultate sam prezentirala samo onim učenicima koji su sudjelovali u ovom istraživanju. Ispitanici su pokazali interes za rezultate, te se razvila vođena diskusija koja je rezultirala istovjetnim zaključcima do kojih sam i ja došla nakon analize njihovih refleksija. Zaključak učenika/ispitanika je da je, osim ostalih intervencija u društvu, neophodno preventivno raditi s mladima u cilju razvijanja zdravih životnih navika, razvoju samopoštovanja i pozitivne slike o sebi, razvoju komunikacijskih

vještina i savladavanju tehnike rješavanja sukoba. Ovi oblici rada s mladima bi najbolje rezultate dali integriranjem u školski (predškolski?) program.



**Slika 1. Mreža čimbenika ovisnosti i mjera koji utječu na njihovo sprječavanje**

#### Legenda:

1. Edukacija rješavanja problema i konflikt-a
2. Edukacija - jačanje kapaciteta ličnosti
3. Promoviranje novih (pozitivnih) vrijednosti
4. Pružanje novih sadržaja mladima
5. Psihološka pomoć mladima
6. Škola roditeljstva
7. Povećanje cijene legalnih sredstava ovisnosti
8. Poboljšati učinkovitost provođenja zakona
9. Promovirati nove vrijednosti
10. Političko opismenjavanje odraslih
11. Prepoznavanje ovisnosti i liječenje
12. Klubovi liječenih alkoholičara
13. Škola nepušenja
14. Bolja prevencija ovisnosti

# **REFLEKSIJA NA POSLIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ JAVNOG ZDRAVSTVA**

**Maja Lang Morović**

Sustav poslijediplomske edukacije edukacijskih rehabilitatora vrlo je raznolik, kako tematski, tako i metodološki. Osobno, odlučila sam upisati poslijediplomski sveučilišni studij (PDS) „Javno zdravstvo“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. U ovom radu, koristeći Gibbsov model refleksije, opisat ću osobno iskustvo pohađanja istog.

Akademске godine 2013/2014., prijavila sam se na PDS „Javno zdravstvo“ pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Vijest o primitku primila sam 29. siječnja 2014.g. putem elektroničke pošte. Uz opis programa studija i izvedbeni plan, kao budući polaznici dobili smo informaciju o tome kako su studenti koji nisu završili fakultet zdravstvenog usmjerenja, među kojima i ja, obvezni položiti razlikovni ispit iz predmeta Uvod u medicinu i Opća epidemiologija. U privitku poslani nastavni plan i opis PDS-a temeljito je opisivao nastanak i razvoj najstarijeg poslijediplomskog studija na Medicinskom fakultetu koji postoji još od 1948.g., program studija, bazične i specifične kompetencije koje će polaznici usvojiti, opis nastavnog programa, trajanje, provedbu i završetak studija.

Program je obuhvaćao usvajanje znanja iz tri osnovna područja javnog zdravstva, procjene zdravstvenog stanja, osiguranja zdravstvene zaštite, te izrade pravilnika, kroz 12 obaveznih kolegija, izborne kolegije i stručni poslijediplomski rad.

Nastava je bila podijeljena u dva semestra, odnosno 10 modula, blokova nastave koju su provodili vrhunski javnozdravstveni stručnjaci ovog područja, a uz iznimku terenskih posjeta, održavala se na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Rockefellerova 4, Zagreb. Skupina od 19 pojedinaca različitih profesija i iskustava činila je generaciju poslijediplomskih studenata javnog zdravstva generacije 2013/2014. Nastava je počela 17. veljače, prvim, uvodnim blokom u kojem su se studenti imali priliku upoznati međusobno te s ciljevima i načinom rada, kao i s voditeljima kolegija, vodećim stručnjacima iz područja javnog zdravstva, te s njima kratko porazgovarati. Kroz nastavne blokove prošli smo vrlo različite teme, te pristupili javnom zdravstvu sveobuhvatno, učeći se mnogim neophodnim vješti nama, od upoznavanja sa zdravstvenim sustavom, procjene zdravstvenog stanja populacije, preko javnih istupa, kroz rad u zajednici, pa sve do usvajanja znanja iz područja osiguravanja kvalitete, modela financiranja i ekonomske isplativosti pojedinih intervencija. Završetak nastave, 16. siječnja 2015. obilježen je kolegijima *Zdravstvena tehnologija* i *Financiranje zdravstvene*

*zaštite*, te javnom prezentacijom studentskih završnih projekata i završnom evaluacijom studija. Tema koju sam izlagala i naslov mog završnog projekta bio je „Mali sajam zdravlja – vrtić za kvart/kvart za vrtić“.

Moj osobni motiv za upis PDS-a Javno zdravstvo bile su potrebe zdravstvenog sustava koje sam uočila kroz gotovo desetogodišnji rad na klinici te visoka razina intrinzične motivacije za usvajanjem novih znanja i želja za obogaćivanjem mogućnosti stručnog doprinosa populaciji djece s rizikom koji su temelj mojeg stručnog interesa. Stoga su dobra vijest o primitku na studij, kao i tijek izvedbe programa PDS-a bili praćeni entuzijazmom i željom za učenjem. Redovitim polaženjem i aktivnim sudjelovanjem u nastavi povezala sam se s ostalim polaznicima, grupom različitih stručnjaka koji se svi na direktni ili indirektni način bave javnim zdravstvom, svatko dodajući dozu osobnosti u pristupu. Uz polaznike medicinare, veći udio polaznika činili su studenti ne-medicinari.

Kombinacija koju su činili izostanak formalne edukacije iz ovog područja i interes za javno zdravstvo bila je izvrstan temelj za učenje i razvoj novih ideja. Ova naizgled heterogena skupina ljudi duboko se povezala i na stručnoj i privatnoj razini.

Uz povezivanje s kolegama, otvoren pristup studiju omogućio mi je i kvalitetno povezivanje s predavačima i profesorima od kojih sam neke, kao javnozdravstveno dijete, već od prije poznavala.

Poseban osjećaj bio je sudjelovanje u nastavi koju je vodio moj otac, profesor Slobodan Lang. Sudjelovanje na njegovim, osebujnim i specifično sveobuhvatnim predavanjima, kojima sam u danima adolescencije često pružala otpor, dala jednu novu prizmu tom velikom čovjeku, koji je uz sve svoje uloge, bio i moj otac. Ovdje sam uspjela upoznati još jednu njegovu stranu, onu kojoj se toliki broj ljudi divio.

Naučila sam ga gledati kao čovjeka velikih ideja, a osjećaje nerazumijevanja i nejasnoće njegovog djelovanja zamijenila sam osjećajima dubokog poštovanja i neopisive povezanosti. Tad sam shvatila da me cijeli život odgajao da živim i razmišljam načinom javnozdravstvenog pristupa i to na nenametljiv i neusmjeravajući način. Čak je i moja odluka o upisivanju studija bila samostalna, a njega sam o istoj tek „usputno“ obavijestila. Danas znam koliko su ga moje „usputne“ vijesti usrećile i ispunile.

Uz duboke emocije i entuzijazam, te polaznike različitih profesija koji su svakoj tematskoj jedinici davali različite perspektive i cijelu grupu obogatili za umijeće sveobuhvatnog pristupa, pozitivne strane u polaženju poslijediplomskog sveučilišnog studija javno zdravstvo bile su način na koji je sam studij bio

koncipiran, obuhvaćene teme, te mogućnost aktivnog uključivanja u sva aktualna javnozdravstvena zbivanja. Još jedna, pozitivna strana, bez koje ne bih ni bila u mogućnosti sudjelovati u nastavi bila je dobra volja mog tadašnjeg poslodavca i sloboda da polazim gotovo sva predavanja. Iako meni pozitivna, nekim studentima to je bila negativna strana i barijera u polaženju studija, pa često, zbog nerazumijevanja poslodavca ili obima i vrste posla, nisu bili u mogućnosti uskladiti obaveze s vremenskim rasporedom predavanja što je rezultiralo njihovim izbivanjem sa nastave. Nadalje, sam koncept studija naizgled je bio bespriječoran, te je obuhvaćao baš sve što se činilo da bi javnozdravstveni studij trebao pokrивati. Jedinice poput zdravlja u zajednici, sustava zdravstvene zaštite, promicanja zdravlja, kvalitativnih analiza i primjeri dobre prakse u području promicanja zdravlja detaljno su i kvalitetno odrađeni, na način da studentima daju jasan i strukturiran uvid u problematiku i pristup rješavanju javnozdravstvenih izazova vezanih uz navedene cjeline. Ipak, usprkos posvećenosti nastavnika, ponekad se mogao uočiti manjak vremena za usvajanje sadržaja vezanih uz predviđenu tematsku cjelinu, primjerice u području planiranja ili evaluacije javnozdravstvenih intervencija. Posvećenost i otvorenost pojedinih predavača, dijeljenje brojne literature i primjera dobre prakse te ponekad i nedostatak vremena za obradu svih želenih tema, pratila je zatvorenost i nezainteresiranost rijetkih koji su dijelili samo šture informacije, a tematsku cjelinu ili jedinicu koja je bila programom propisana samo formalno proveli. Srećom, ovaj pristup bio je uočen kod rjeđih predavača koji su uglavnom bili u ulozi sporadičnih gostiju predavača. Kako smo kao grupa bili vrlo motivirani i željni novih znanja, ponekad se nismo zadovoljavali programom predviđenim sadržajem čak ni kad je nastavnik bio vrlo suradljiv i pristupačan. Iz tog razloga zatražili smo proširivanje tema iz kolegija *Statističke i epidemiološke metode u javnom zdravstvu* za što nismo dobili mogućnost realizacije uz detaljno objašnjenje o planiranju nastavnog programa i nemogućnosti izmjena u tijeku provedbe. Siječanj 2015.g. značio je početak nove godine, ali i završetak provedbe nastave. Ovim je proces poučavanja i prenošenja znanja kroz poslijediplomski sveučilišni studij „Javno zdravstvo“ bio završen. Cijeli proces primjereno je zaokružen evaluacijom od strane studenata i nastavnika. Na zajedničkom sastanku podijelili smo svoje dojmove i iskustva, dali preporuke za buduće generacije i spomenuli eventualna neostvarena očekivanja. Cjelokupno iskustvo tijeka nastave bilo je vrlo pozitivno, a za završetak cijelog studija i stjecanja diplome iz područja javnog zdravstva, odnosno ekvivalentu međunarodnom „Master of public health MPH“ potrebno je položiti sve ispite i obraniti završni ad čemu se osobno nadam u skoroj budućnosti.

Analizirajući tijek i iskustva dobivena kroz poslijediplomski studij, smatram da se većina programskog sadržaja provela po planu, bez zamjerki i uz najveće pohvale voditeljima studija za stručnost i prijateljski odnos s polaznicima. Međutim, neke cjeline nisu udovoljile očekivanjima i teorijskog podlozi i izvedbenom planu studija. Osvrćući se na specifičnosti u negativnim iskustvima,

vidi se da su tri navedena problemska područja takva da svako iziskuje specifičan način rješavanja. Jedan organizacijski vrlo teško, koji je prisutan na svim poslijediplomskim usavršavanjima, a odnosi se na odnos poslodavca i studenta kao barijere za redovito polaženje nastave i svladavanje sadržaja. Jedan od načina za svladavanje ove barijere je promjena termina provedbe nastave. Uzveši u obzir količinu tematskih jedinica koje su bile pokrivene i planiranih kompetencija koje student treba imati završetkom studija, bilo bi izuzetno teško promijeniti termine na opće zadovoljstvo poslodavaca, radnih obaveza, studenata i nastavnika, ali i prostornih uvjeta koje je isto tako potrebno unaprijed planirati. Uz neujednačenost mogućnosti izbjivanja od strane poslodavca, gotovo je nemoguće uskladiti očekivanja i volju studenata za ulaganjem svojeg slobodnog vremena u dodatno polaženje nastave.

Odnos poslodavac-student kao barijera svladavanju nastavnih sadržaja potvrdila se u svim sektorima, iako su pojedini poslodavci pokazali veću otvorenost i podršku studentima u odnosu na druge. Drugi uočeni problem koji bi organizacijski i iskustveno bilo lakše izbjegći odnosi se na nezadovoljstvo studenata izazvano subjektivno nedostatnom posvećenosti pojedinih nastavnika.

Velika pomoć u prevenciji ovog tipa nezadovoljstva u studenata, po mom mišljenju, je oslanjanje na studentske evaluacije. Bazirajući novi studijski program sukladno pozitivnim ili negativnim reakcijama studenata prethodnih generacija moguće je identificirati dva tipa nastavnika, posvećene i formalne, kao i detektirati jake i slabe strane svakog nastavnika i gosta predavača, te ih sukladno tome poticati na uključivanje u nastavu. Evaluacija se također može konstruktivno koristiti kako bi pojedini predavači dobili uvid u vlastite metode poučavanja te se, u slučaju motiviranosti i želje za sudjelovanjem u ovom tipu nastave, dodatno pripremiti i obogatiti sadržaje svojih kolegija. Treće problemsko područje, čija prevencija je moguće izvediva, no uz formalne i organizacijske ograničavajuće faktore, je nezadovoljstvo studenata izazvano nefleksibilnosti programa i nemogućnosti ponude dodatnih nastavnih sadržaja iz kolegija prema kojima su studenti pokazali poseban afinitet. Uzimajući u obzir različitu dinamiku pojedine generacije studenata ovisno o profesionalnom sastavu iste, u planiranju i organizaciji programskih sadržaja bilo bi poželjno ostaviti prostora za fleksibilnost i prilagodbu sadržaja profesionalnoj strukturi studenata. Uz uključivanje dodatnog bloka predavanja ili ostavljanje nekoliko otvorenih jedinica pred kraj studija za dopunu sadržajima koje generacija procjenjuje da im je potrebna, pokazao bi praćenje modernih obrazovnih preporuka kroz korištenje individualiziranog pristupa u poučavanju kao i mogućnost prilagodbe i djelovanja nastavnika u području javnog zdravstva u skladu s potrebama trenutka i specifičnostima ciljane populacije.

Sve u svemu, na temelju pozitivnih iskusta-va heterogene skupine polaznika različitih profesija stvorila se vrlo ugodna i pozitivna atmosfera studija i analitički

način promišljanja svake obrađene teme. Ovaj tip raznolikosti cijelom je programu PDS-a, koji je koncipiran i ukupno proveden na vrlo kvalitetan način, dao dodatni doprinos. U ovakvom okruženju mogli smo doživjeti javno zdravstvo na inter, multi i transdisciplinaran način, kakvo ono i jest. Spoznali smo razlike u razmišljanju stručnjaka iz primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, donositelja odluka i drugih važnih javnozdravstvenih dionika kao i načine komunikacije sa svakim od njih. Naučili smo tko su dionici u javnom zdravstvu i njihove uloge kroz iskustvo u grupi polaznika, kroz brojne prikaze modela dobre prakse, ali isto tako i kroz javnozdravstvene akcije kojima smo u svakoj prilici nazočili. Mogućnost uključivanja u događanja u organizaciji Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i partnerskih institucija pružila nam je osjećaj pripadnosti velikoj javnozdravstvenoj obitelji. Mogućnost javnozdravstvenog djelovanja i sudjelovanja u edukacijama, simpozijima, akcijama promicanja zdravlja i sl. još u ulozi studenta bili su dodatna motivacija, misao vodilja i neiscrpna inspiracija.

Iskustvo studiranja na PDS-u „Javno zdravstvo“ dodalo je dodatnu perspektivu mojoj osobnoj percepciji izazova u zdravstvu, učvrstilo stavove i pojačalo interes za aktivno uključivanje u javnozdravstveni rad i prenošenje iskustava individualnog rada na populacijsku razinu. Po završetku studija, bogatija za brojna nova iskustva, uvidjela sam snagu svojeg prethodnog iskustva u direktnom kliničkom radu i dobila dodatna sredstva, motivaciju i potvrdu za nastavak profesionalnog rada u području promicanja zdravlja u suradnji s timom vrhunskih stručnjaka i velikih ljudi. Uz sve pozitivne aspekte, rad na barijeri poslodavac-student s ciljem mogućnosti svladavanja gradiva, detektiranje posvećenih i formalnih nastavnika, te omogućavanje fleksibilnosti u kurikulumu neke su od preporuka za dodatno podizanje kvalitete studijskog programa.

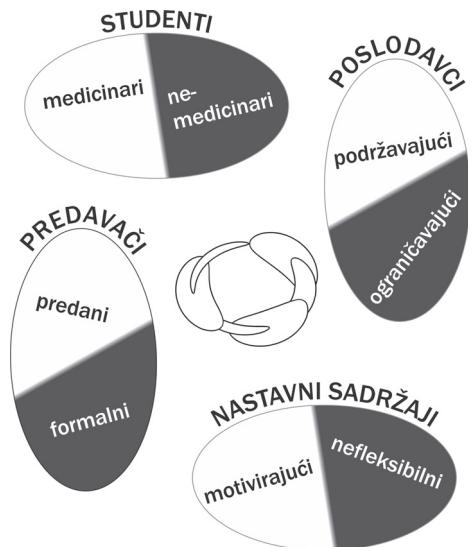
Cjelokupan pozitivan doživljaj poslijediplomskog studija „Javno zdravstvo“ za mene ne znači završetak, već tek ulaznicu u svijet javnog zdravstva. Na ovom putu slijedi još mnogo učenja i usvajanja različitih znanja o specifičnim zdravstvenim stanjima, izazovima, metodama intervencije, prevenciji bolesti, promicanju zdravlja, projektnom managementu, pisanju proračuna, kontroli kvalitete indikatora, evaluaciji i svim ostalim temama bez kojih je javnozdravstveno djelovanje tek dobra volja pojedinca, a koje čine osnovu stvaranja dugoročnih promjena i doprinose, štamparovski kazano, stvaranju okoline u kojoj ne samo da ne postoje bolesti, već vlada potpuno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje. U tu svrhu, moj cilj, kao pojedinca ta kao javnozdravstvenog djelatnika, je nastaviti rad u području poboljšanja slike zdravlja populacije kroz promicanje zdravlja i usvajanje navika o zdravim stilovima života u djece do 6 godina.

Korištenje Gibbsovog modela za refleksiju iskustva studiranja na PDS-u „javno zdravstvo“ bilo je vrlo zanimljivo. Ovaj analitički način promišljanja pozitivnih i negativnih strana iskustva, te uvid u osobne emocije učvrstio je ovo sveukupno pozitivno iskustvo koje sam doživjela i osvijestilo dugoročne pozitivne rezultate

odлуке o upisu i polaženju PDS-a „Javno zdravstvo“ na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“.

## Kategorije dobivene opservacijom

- Usvajanje znanja iz javnog zdravstva
- Struktura poslijediplomskog programa
- Student poslijediplomskog studija
- Želja za sudjelovanjem u razvoju zdravstvenog sustava
- Intrinzična motivacija
- Želja za znanjem
- Profesionalni entuzijazam
- Povezanost s kolegama
- Student medicinari i nemedicinari
- Povezanost s kolegama i nastavnicima
- Emocionalni doživljaj oca profesora
- Različite perspektive studenata različitih profesija
- Sveobuhvatni pristup
- Pozitivna strana koncipiranosti studija
- Mogućnost aktivnog uključivanja i pristupa
- Odnos student/poslodavac kao barijera polaženju nastave
- Manjak vremena za usvajanje pojedinih tematskih sadržaja
- Posvećeni vs. formalni predavači
- Motiviranost grupe studenata
- Dojmovi i iskustva studija kao preporuka za dalji razvoj studija
- Nefleksibilnost programa
- Preporuka za korištenje individualiziranog pristupa u nastavi
- Prilagodba aktualnim javnozdravstvenim potrebama
- Osjećaj pripadnosti javnozdravstvenoj zajednici
- Uključivanje i aktivni pristup
- Osobni rast
- Mogućnosti javnozdravstvenog djelovanja
- Dodatna motivacija
- Početak javnozdravstvenog rada



**Slika 1. Dijalektičke odrednice PDS-a Javno zdravstvo iz perspektive polaznika**

# NEMEDICINSKE STRUKE U JAVNOM ZDRAVSTVU

Maja Miloš

Kako bi se dobio uvid u rad nemedicinskih struka u javnom zdravstvu obrađeno je šest osobnih refleksija različitih nemedicinskih struka: dva sanitarna inženjera, inženjer biologije, psiholog, sociolog i socijalni pedagog. Cilj refleksivnih analiza ideografske je prirode, odnosno saznati smisao djelovanja pojedinačnih događaja i emocija koje se odvijaju tijekom rada ispitanika.

Matrica intervjua sadržala je tri okvira - problemska područja koja odgovaraju na pitanja „što i kako činiš“ s ciljem dobivanja saznanja o konkretnom djelovanju u javnom zdravstvu, „zašto to činiš“, odnosno koja je svrha djelovanja u javnom zdravstvu te „što dalje činiti“, odnosno koje su smjernice za budućnost

Intervju je bio problemski orijentiran s ciljem saznanja što se odigrava u procesu djelovanja u javnom zdravstvu, koji smisao svom djelovanju ispitanici pridaju i što se može zaključiti na temelju njihovih osobnih refleksija.

## Fenomenološka perspektiva refleksivne analize

*“U školi razmišljamo o matematici, razmišljamo o pravopisu, razmišljamo o gramatici. No tko je ikada čuo za razmišljanje o razmišljanju?... Ako razmišljamo o elektricitetu, možemo ga bolje razumjeti, a kada razmišljamo o razmišljanju čini se da bi sami sebe mogli bolje razumjeti.”*

Harry Stottlemeier (Lipman, 1982, p. 17, prema: Syed i sur, 2013)

Teorijska podloga reflektivnih analiza inspirirana je fenomenološkom tradicijom s ciljem saznavanja kako pojedinci pridaju značenje svom iskustvu (Starks i Brown-Trinidad, 2007), odnosno kreiraju značenja kroz iskustvo interakcije s okolinom (Bortolotti, 2011). Fenomenologija kao “znanost o fenomenima” nastoji kontekstualizirati iskustva te promatrati bit same stvari prikazivajući njihovo jedinstvo i istinu<sup>1</sup>. Hockland opisuje fenomenologiju kao “glas čeznuća misli i duše” (Hockland, 1923 navedeno u Alfirević, 1925), shvaćanje “bistva u fenomenu” i traženje biti koju ne dokazujemo već je određujemo neovisno od vanjskog iskustva (Alfirević, 1925).

1 Fenomenologiju kao „znanost o fenomenima“ razvio je Husserl (1859–1939) koji je postavio zahtjev: »Natrag k samim stvarima« (Zurück zu den Sachen selbst) te razvijao fenomenološku metodu koja proučava „svijet fenomena“, odnosno „svijet stvari kako su nam one dane s obzirom na svoju bit i bitak“ (Leksikografski zavod Miroslav Krleža: Hrvatska enciklopedija)

Fenomenološka analiza proživljenog iskustva ne zahtjeva veliki uzorak za svoju analizu već je dovoljan uzorak od samo nekoliko pojedinaca koji su iskusili određeni fenomen kako bi se otkrili njegovi temeljni elementi (Starks i Brown-Trinidad, 2007). U shvaćanju refleksivnog procesa važno je prepoznati razliku između onoga što je zaista proživljeno i onoga što je ispričano o proživljenome (Paterson i Chapman, 2013) u kontekstu svjesnog promatranja i razmišljanja o iskustvu, emocijama i akciji koji će se interpretirati i iz kojih će se učiti (Boud et al., 1985 navedeno u Paterson i Chapman, 2013).

Proces reflektivnog razmišljanja kreće od pojedinca, od sebe ("ja") i preispitivanja svoje pozicije neovisno o tudim idejama i mislima. Preispitivanjem vlastitih vrijednosti, stavova i prepostavki kreira se temelj vlastitog tumačenja događaja s ciljem stvaranja veze između onog proživljenog i kako proživljeno smjestiti u kontekst novih događaja (Syed i et al., 2012). Ideja refleksivnog modela potječe od američkog filozofa Johna Deweya koji ističe važnost refleksivnog razmišljanja za razliku od razmišljanja općenito (vjerovanja, sanjarenja i sl.). Refleksivno promišljanje predstavlja „lanac misli“ pomoću kojih dolazimo do rješavanja problema, što nije potrebno primjenjivati u situacijama koje nisu problematične jer tada nije prisutna nepravilnost, odnosno „poremećaj“ u obrascu razmišljanja (Malthouse et al., 2015). Među prvim teoretičarima refleksivnih modela ističe se David Kolb i njegov ciklus učenja (1984) koji je postavio osnovne temelje refleksivne prakse. Kolbov poznati ciklus učenja započinje s opažanjem konkretnog iskustva, nastavlja s refleksijom (razmatranjem), razvijanjem koncepta (teoretiziranjem) te završava akcijom, odnosno primjenom novog iskustva. Jedan od najpoznatijih modela refleksivne prakse zadnja dva desetljeća je refleksivni ciklus Grahama Gibbsa (1988) koji se sastoji od šest faza refleksivnog procesa shematski prikazanih na Slici 2. (Jasper, 2003).

## Što rade nemedicinske struke u javnom zdravstvu?

Djelovanje ispitanika „nemedicinara“ koji rade u javnom zdravstvu uglavnom je usmjерeno na oblikovanje i provedbu heterogeno profiliranih programa i projekata (rad s mladima, suzbijanje nejednakosti u zdravlju, zdravo starenje, mentalno zdravlje). Većina ispitanika, uz provedbu projekata, bavi se znanstveno-istraživačkim radom te sudjeluju u obrazovnom procesu (organizacija i provedba nastavnih aktivnosti). Neki od ispitanika aktivno sudjeluju ili su sudjelovali u radu nevladinih organizacija različitih profila.

U interpretaciji svog djelovanja, kod većine ispitanika naglasak je stavljen na prikupljanje podataka i prikaz stanja u svrhu daljnog prijenosa znanja te unapređenja struke. Osim navedenog, neki od ispitanika aktivni su u organizaciji i provedbi javnozdravstvenih tribina/simpozija/kongresa.

Tijekom svog djelovanja, kod ispitanika se događa određena vrsta promjene, što na osobnoj razini, što na razini zajednice. Odvijaju se različite vrste emocija te komunikacija sa suradnicima i dionicima:

- „Uočavam da se tijekom mog činjenja odvija promjena u okolini i u meni samoj. Odigrava se primanje i davanje“ (I1)
- „Suradnja s drugima uključenima – ispitanicima i nadležnim na državnoj i lokalnoj razini“ (I2)
- „Komunikacija je ključna stvar koja se odigrava tijekom činjenja“ (I3)
- „...izmjenjuju se pozitivni i negativni osjećaji vezano za rezultate djelovanja ovisno o suradnji koja je u datom trenutku potrebna“ (I4)

Smatraju kako do promjena uglavnom dolazi kada se djeluje kolektivno, a ne na razini pojedinca, iako ne isključuju značajnost doprinosa na individualnoj razini. Ističu važnost suradnje i komunikacije koja se odvija tijekom djelovanja, a uz nju često vežu i negativne emocije do kojih dolazi kada njihov rad nije prepozнат od strane nadležnih institucija ili unutar struke.

## Što se dobro/uspješno, a što loše/neuspješno odvija tijekom djelovanja?

Ono što je dobro i uspješno u djelovanju ispitanici su istaknuli kroz pozitivne emocije koje osjećaju tijekom rada te kada je finalni produkt uspješan rezultat njihovog djelovanja („U mom radu uspjeh znači pozitivan utjecaj na klijenta – kada program koji nudimo dovodi do promjene percepcije iskrenim propitivanjem društvenih normi“ (I5); „Dobro u mom činjenju je da ono postoji i da je motivirano pozitivnom pozadinom, težnja da se radi zajednički i da se promatra finalni produkt“ (I1). Ističu kako novim saznanjima proizašlim iz istraživanja i projekata koje provode doprinose znanstvenoj i stručnoj javnosti, a samim time i populaciji.

Negativna iskustva uglavnom su povezana s nedostatkom vremena i gomilanjem posla te neprepoznavanjem uloženog truda od strane kolega ili nadležnih institucija („Negativno je moje pokušavanje da sve činim uz ogroman trud i emocije koje ulažem, što često rezultira neprepoznavanjem među kolegama te gomilanjem posla“ (I4), „Neuspješnost vidim ... u nesudjelovanju osoba koje bi prema svojim pozicijama trebale biti zainteresirane“ (I3), „Neuspjeh također može značiti da ovakav pristup u radu s mladima nije prepoznat kao kvalitetan i potreban od strane društvenih institucija koje bi mogle i trebale širiti ovakve programe“ (I5)).

Također, većina ispitanika istaknula je nezadovoljstvo zbog nedovoljne usmjerenosti na procese evaluacije, što je ujedno i pokazatelj uspješnosti programa i projekata koje provode.

**Tablica 2. Što se dobro/uspješno, a što loše/neuspješno odvija tijekom djelovanja nemedicinskih struka u javnom zdravstvu?**



činjenje postoji i motivirano je pozitivnom pozadinom	nedostatak vremena i sagorijevanje
nova saznanja i prijenos znanja	nedovoljna usmjerenost na procese evaluacije
učinkovitost projekata (trud se isplati)	borba s birokracijom
pozitivan utjecaj na klijenta (promjena percepcije)	neprepoznavanje uloženog truda i emocija
učenje, stjecanje iskustva samoaktualizacija	nedopiranje do pojedinca
	neprepoznavanje djelovanja od strane nadležnih institucija

## Intrizična motivacija djelovanja nemedicinskih struka u javnom zdravstvu

Kod svih ispitanika može se prepoznati vjera u dobročiniteljstvo i želja za doprinosom zajednici kroz svoje djelovanje. Pozitivnim pristupom radu i emocijama koje ulažu pronalaze svrhu činjenja i djelovanja u struci („važnost mog činjenja veže se uz mogućnost doprinosa prema zajedničkom dobru“ (II); „Važnost mog činjenja je empatija i emocije koje ulažem u javnozdravstveni rad“ (I3). Osim nastojanja da doprinesu zajednici, pronalaze svrhu i u vlastitom razvoju i ulaganjem u sebe. Smatraju da je kolektivizam krajnji cilj kojem treba težiti te ističu važnost multidisciplinarnog pristupa koji „predstavlja formulu za uspjeh“. Posebno u radu s mladima, ističu važnost ulaganja u budućnost cijele zajednice („svi koji postoje i koji jednom ostaju kao generacija za podizanje novih generacija nositelji su promjena“ (I1); „Rad s mladima ulaganje je u budućnost cijele zajednice“ (I5)). Stavljaju naglasak na širenje znanja te integraciju znanja različitih struka („Javnozdravstveni stručnjaci trebali bi činiti jedan multidisciplinarni tim sastavljen od različitih struka kojima je zajednički nazivnik briga o zdravlju kako bi se objedinilo prikupljanje podataka, informatizacija, praćenje promjena, procjene rizika za zdravlje...“) (I3).

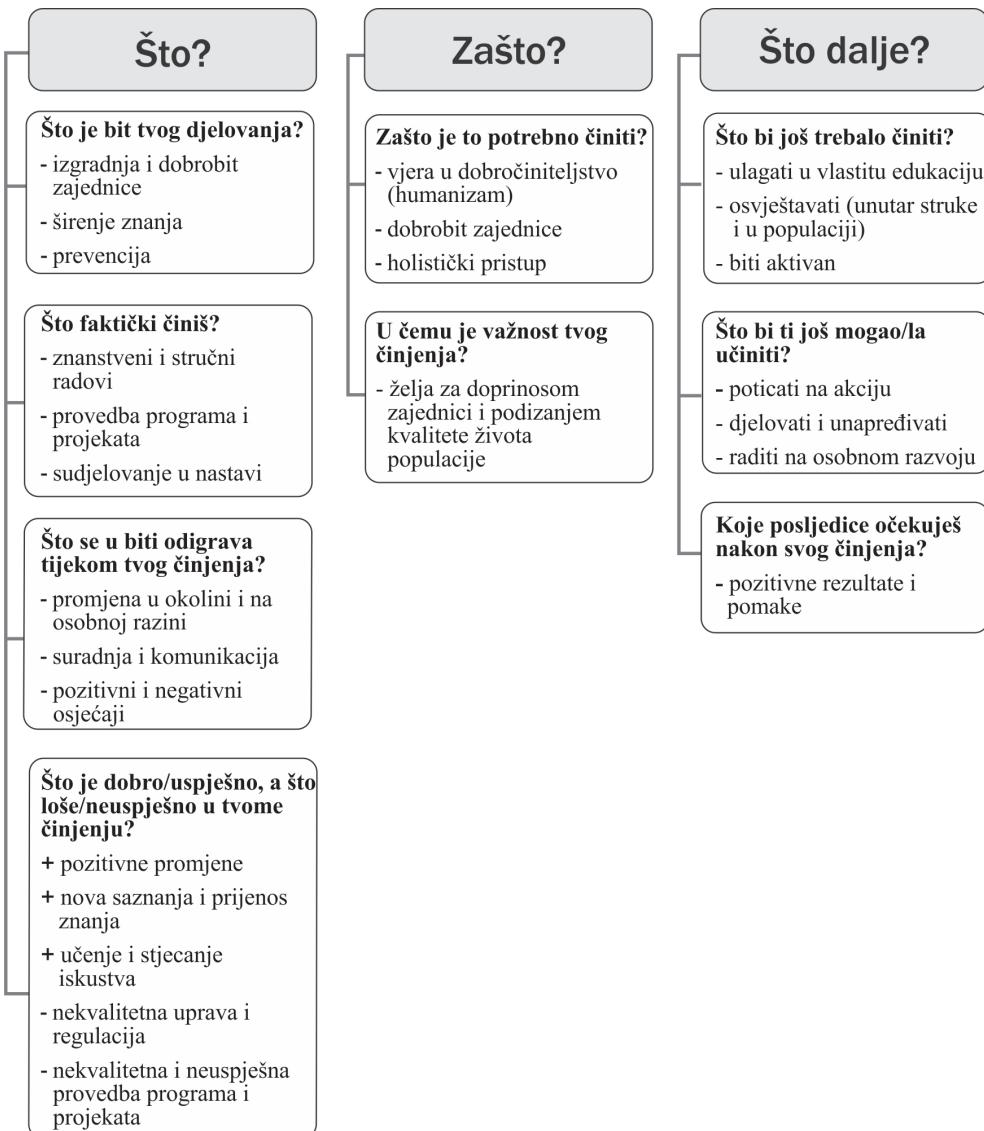
Važnost činjenja istaknuta je nastojanjem da novim saznanjima doprinesu unapređenju kvalitete života populacije. Smatraju da svojim djelovanjem mogu doprinjeti smanjenju nejednakosti u zdravlju i općenito nejednakostima u društvu („*Nejednakosti među stanovništvom su u porastu u svim segmentima, a ako gledamo na nejednakosti u zdravlju dolazimo do činjenice da su one nepravedne i mogu se izbjegći, ali su i posljedica nejednakih životnih mogućnosti*“(I3), „*Radionice su prostor za razbijanje mitova i dezinformacija koje su mladi usvojili tijekom socijalizacije te pružanje ispravnih informacija kroz sustavni grupni proces*“) (I5).

## **Smjernice za budućnost**

Ispitanici smatraju kako bi „*daljnje činjenje trebalo sadržavati upit prema zajednici*“, odnosno kako je potrebno uključiti članove zajednice koji bi sudjelovali u zajedničkom nastojanju za ostvarivanjem bolje budućnosti(I1). Unatoč prerekama na koje nailaze u svom djelovanju, ističu kako ne bi trebalo odustajati, već nastaviti djelovati prema svojoj savjesti (I2). Kada je riječ o kolektivnom djelovanju, smatraju da je potrebno „*raditi na razvijanju svijesti javnozdravstvenih stručnjaka o zajedničkom djelovanju, nastupanju i osnaživanju djelovanja na cijelom području*“(I3) te poticati na veću odgovornost(I4). Kao problem prepoznaju pasivnost u djelovanju kao čestu pojavu koja se događa kroz vrijeme kod većine profesionalaca. Smatraju da „*takav način dopušta da se odvijaju stvari koje nikome ne koriste, nekvalitetni ljudi se nalaze na vodećim pozicijama jer se kvalitetnima ne da ulagati dodatni napor za akcije*“ (I4). Naglašavaju kako je takvu praksu (pasivnost u radu i nedostatak odgovornosti) potrebno što prije zaustaviti. Također, većina ispitanika ističe potrebu za ulaganjem u vlastiti razvoj i edukaciju kako bi mogli dati veći i kvalitetniji doprinos tijekom svog djelovanja.

Kao ishod svog djelovanja, očekuju pozitivne pomake te bolju organiziranost zajednice („...*veću dostupnost usluga u zajednici i bolju usklađenost istih sukladno potrebama pojedinca*“(I1)). Također, očekuju promjene u kvaliteti i pristupu istraživačkom radu u smislu „*ozbiljnog istraživačkog napretka, prema potrebama stanovništva, a ne pragmatičnog prilagođavanja znanosti trenutnim, politički podobnim potrebama*“(I3). Smatraju kako je potrebna integracija svih dionika kako bi se ostvario cilj javnog zdravstva, a to je „*prevencija bolesti, promocija zdravlja te posjedično, produženje godina života cjelokupne zajednice*“(I4).

Napomena: broj ispitanika nalazi se u zagradama



**Slika 1. Kategorije odgovora unutar matrice intervjuja**

## Zaključak

Analizom osobnih refleksija na djelovanje u javnom zdravstvu nemedicinskih struka može se zaključiti kako postoji kolektivna težnja za doprinosom zajednici na svim poljima – bilo kroz vlastiti rad ili kroz osobnu potrebu za osvještavanjem i poticanjem na činjenje dobra unutar struke i u populaciji.

Iako su prepoznate mnoge prepreke i izazovi tokom rada, ispitanici su pozitivno usmjereni te smatraju da svojim djelovanjem, poticanjem na akciju i ulaganjem u vlastiti razvoj mogu dovesti do pozitivnih promjena. Ističu kako je važno djelovati interdisciplinarno i multidisciplinarno kada je riječ o javnom zdravstvu te očekuju pozitivne ishode u radu ukoliko se djeluje kolektivno i savjesno sa zajedničkim ciljem, a to je unapređenje kvalitete života svih pojedinaca unutar zajednice.

## Referencije

1. Alfirević, A 1925, ‘Fenomenologija. Obnovljeni život’, *Časopis za filozofiju i religijske znanosti*, vol. 6, no. 4, pp. 240-248.
2. Bortolotti, L 2011, ‘Does reflection lead to wise choices? Philosophical Explorations’, *An International Journal for the Philosophy of Mind and Action*, vol. 14, no. 3, pp. 297-313.
3. Jasper, M 2003, *Beginning reflective practice. Foundations in Nursing and Health Care*, Nelson Thornes Ltd: United Kingdom.
4. Malthouse, R. et al 2015, ‘Reflective questions, self-questioning and managing professionally situated practice’, *Research in education*, vol. 94, pp. 71-87.
5. Paterson, C & Chapman J 2013, ‘Enhancing skills of critical reflection to evidence learning in professional practice’, *Physical Therapy in Sport*, vol. 14, no. 3, pp. 133-138.
6. Starks, H & Brown Trinidad S 2007, ‘Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis and grounded theory’, *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 10.
7. Syed, N et al. 2012, *Faculty of public health tips on writing effective reflective notes. Faculty of Public Health of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom*. Available from: <http://www.fph.org.uk/uploads/FPH%20Tips%20on%20Writing%20Effective%20Reflective%20Notes.pdf> [7 June 2016]
8. Smith, J, *Phenomenology. Internet Encyclopedia of Philosophy*. Available from: <http://www.iep.utm.edu/phenom/> [7 June 2016]
9. Fenomenologija. Leksikografski zavod Miroslav Krleža: Hrvatska enciklopedija. Available from: <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=19238> [7 June 2016]

# UČENJE KLINIČKIH VJEŠTINA U KABINETU VJEŠTINA

Neda Pjevač

Nakon završenog studija medicine, svi liječnici moraju ovladati osnovnim vještinama kardiopulmonalne reanimacije kao i najjednostavnijim dijagnostičkim i praktičnim vještinama. Kako bismo ovladali bilo kojom od tih vještina potrebno je i više godina. Prema nekim istraživanjima, idealno vrijeme za učenje vještina je već na prvoj godini studija. Za učenje vještina važna je i adekvatna oprema, kompjutorski programi koji podržavaju nastavu, rad u malim skupinama i nastavnici s iskustvom. Petz definira vještinu kao brzo i precizno izvođenje nekog složenog slijeda radnji i razlikuje psihomotorne (manualne) od verbalno-simboličkih (intelektualnih) vještina.

Kabinet vještina na našem je fakultetu otvoren 1989. godine. Organiziran je poput sličnih kabinetova na većem broju medicinskih fakulteta u svijetu, raznih medicinskih škola, službi hitne medicinske pomoći, vojsci itd. gdje su pokazali vrlo dobre rezultate. Tada je i počelo moje iskustvo u radu Kabinet vještina. U početku, nastava nije bila organizirana, nastavnici nisu znali da kabinet postoji, a oprema se najčešće posudivala. Počeli smo s tečajevima prve pomoći za studente medicine, liječnike, medicinske sestre i osoblje. Interes je bio velik. Gotovo da i nije bilo dana da termini tečajeva nisu bili popunjeni. Vježbali smo na modelima koje smo dobili u okviru projekta „Trajno usavršavanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“ kojeg je provodila Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ u suradnji s Japanom. Prednost je dana modelima za kardiopulmonalnu reanimaciju i intubaciju za odrasle i djecu te dijagnostičkim modelima za dijagnostički pregled dojke, ginekološki i rektalni pregled. Izabrani su najpotrebniji modeli na područjima na kojima je najteže, nemoguće ili opasno i neopravdano provesti početno učenje vještina na ljudima.

Zamišljena orientacija Kabinet vještina pokazala se opravdanom za vrijeme rata, kada su stotine zdravstvenih radnika, studenata i laika u Kabinetu osposobljeni za hitnu pomoć, uz vježbe reanimacije na lutkama te uz nastavne video materijale. Pokazalo se da nije bitna oprema nego osoblje koje zna i hoće provesti nastavu.

Kako je vrijeme prolazilo tako je i rasla svijest o upotrebi modela u svakodnevnoj nastavi. U početku je sve ovisilo o entuzijazmu pojedinih nastavnika. To se nekako preklapalo s mojim entuzijazmom i željom da se što više njih upozna s kabinetom i mogućnostima koje on pruža. Često sam razgovarala s kolegama, uglavnom mlađim, koji su znali da studentima kao i njihovim generacijama je uvijek bilo premalo praktičnih vještina. Međutim i iskusniji nastavnici dolazili

su u kabinet i interesirali se o mogućnostima korištenja modela u nastavi. Taj entuzijazam širio se tako da nas je svaki dan bilo sve više „zaraženih“ ovakvim načinom poučavanja studenata kliničkim vještinama. Radilo se u relaksiranim uvjetima, ugodnoj atmosferi i malim grupama. Nastavnik se mogao posvetiti svakom studentu ponaosob te pratiti kako on izvodi pokazanu mu vještinu. Nije bilo stresa, ni nervoze, nikome nije nanošena bol, jedino se na modelima vidio trag višekratnog korištenja. Budući da svi modeli i oprema imaju svoj vijek trajanja, vremenom ih treba obnoviti. Oprema je skupa pa je trebalo naći načina da se obnovi. Fakultet je prepoznao našu potrebu za obnovom pa smo nabavili novu opremu i pomladili kabinet. Danas se u njemu odvija sljedeća nastava:

- Prva pomoć - prva godina studija,
- Hitna stanja - šesta godina studija,
- Temelji liječničkog umijeća,
- Klinička onkologija - četvrta godinastudija,
- Epidemiologija, simptomatologija i prva pomoć kod ugriza otrovnih životinja Jadranskog mora - izborni predmet, prva godina studija,
- Palijativna skrb onkološkog bolesnika - izborni predmet, prva godina studija,
- Etiologija, prevencija i rano otkrivanje tumora izborni predmet - druga godina studija,
- Kliničke vještine izborni predmet - treća godina studija,
- Clinical oncology - četvrta godina studija.

Od 2006. godine redovito se održavaju vježbe u Kabinetu vještina za polaznike specijalizacije iz Obiteljske medicine.

Prateći literaturu uočljivo je da u zadnje vrijeme postoji tendencija razvoja Kabineta vještina. Liverpool i Duunde neki su od eminentnih centara koji imaju veliko iskustvo u učenju vještina na modelima.

Stjecanje iskustva i uvježbavanje pojedinih vještina, važan su dio učenja koje se ne može steći bez praktičnog rada i vježbanja tijekom studija. Prednosti praktičnog rada na modelima su aktiviranje studenata, obuhvaćanje ograničenog broja studenata, omogućavanja vrednovanja stupnja postignuća obrazovnih ciljeva, razvijanje sposobnosti zapažanja i odlučivanja.

Često su me studenti pitali je li lakše izvoditi vježbe na modelu ili na živom čovjeku. Ono što je prednost učenja na modelima je povratna informacija. Studenti i mladi liječnici su usporedili iskustva pa je nekima bilo lakše intubirati pacijenta nakon što su to uvježbali na modelu. Rekli su mi kako su bili puno sigurniji, nisu bili pod velikim stresom i unaprijed su znali što i kako se radi.

Studenti završavaju studij medicina, a da neke vještine nisu imali prilike uvježbavati. Dati intravensku injekciju jedanput ili dvaput ne znači da je tu vještinu i uvježbao. Vještina je uvježbana kad gotovo prelazi u automatsku radnju. Znamo iz iskustva da i automatske radnje mogu pridonijeti propstu jer nešto što svaki dan radim podrazumijevam da znam savršeno i da je propst nemoguć. Postoje niz postupaka koji čine cjelinu, ako učinimo i najmanji propst narušava se cjelovitost i time dolazi u opasnost ishod. Učenje intravenskih, intramuskularnih, intradermalnih i subkutanih injekcija na modelu pokazalo se kao dobar način uvježbavanja vještina. Prednosti su svakako velik broj aplikacija, sigurnost, smanjen stres što se ne može pripisati situaciji kada se to izvodi na pacijentu, jer znamo da ne postoje dvije identične ruke, već uvek postoji faktor iznenađenja, stres kod pacijenta, duboke vene, krhke vene. Ono što svakako pridonosi sigurnijem i boljem postupku je sigurnost i unaprijed stvoren algoritam koji doprinosi boljem fokusiranju na sam postupak. Studenti su zainteresirani za ovakav način učenja vještina i žele to naučiti dobro.

Učenje na modelu dojke i prostate spada u dijagnostičke postupke. Kada pitam studente imaju li iskustvo u pregledavanju dojke i prostate, većina kaže da nema, te model služi kao jedini način da usvoje vještinu. Nakon što im pokažem kako se vještina izvodi, studenti jedan po jedan izvode, oponašaju pokazanu im vještinu. Iz njihovih postupaka može se isčitati i vidjeti njihova zainteresiranost i motivacija da vježbe svladaju najbolje što mogu. Neki studenti me zamole mogu li opet doći vježbati kako ne bi zaboravili ono što su netom izvježbali. Većina studenata je pozitivno ocijenila učenje vještina i smatraju to vrijednim iskustvom. Neki su mi rekli da im je to jako pomoglo kad su bili u realnim situacijama te da nisu imali tako velik stres jer su unaprijed znali što treba učiniti. Studentica koja je bila na stažu i reanimirala pacijenta, rekla mi je da bi joj stres bio još veći da sve to nije dobro svladala na modelima za vrijeme nastave u Kabinetu vještina.

Nove metode nastave koje se sve više upotrebljavaju u nastavi jesu simulacije, kompjutorske simulacije, učenje s pomoću modela i programsko učenje. Svi ovi oblici i metode zahtijevaju veća materijalna ulaganja u nastavu, ali i dodatno obrazovanje nastavnika.

Materijalno-tehničke osnove nastave uvjeti su koji izravno i neizravno djeluju na nastavu. Izvorna stvarnost uključuje prirodne i laboratorijske uvjete, iskustva iz života, igranje uloga i metodu slučajeva. Na raspolaganju su i različita vizualna i auditivna nastavna sredstva, te specijalizirane učionice u kojima se s pomoću medija odvija nastava. Prostor i oprema utječu na subjektivno osjećanje sudionika nastavnog procesa. Na kraju sve ovisi o dobro educiranom i motiviranom nastavniku koji je spreman svoje znanje podijeliti drugima.

# GDJE SU LJUDI U MALOM MJESTAŠCU VELIKA?

Jelena Gulašija

Zagreb ne ostavljam. Zagreb se ne ostavlja. Zagreb je naš medicinski centar izvrsnosti. Kada ste već šesta godina medicinskog fakulteta, gotovo ste svakodnevno na KBC-u Rebro i izgubite dojam da bilo što izvan Zagreba postoji. Za vas postoje samo referentni centri, centri izvrsnosti, liječnici koji slove kao najbolji u državi, neki čak i u Europi. Lijepo je tako živjeti. Naviknete se i mislite, sve je kao Zagreb.

Možda u podsvijesti onih koji žive u Zagrebu, a nisu Zagrepčani, postoji još uvijek saznanje da nije sve razvijeno kao Zagreb, ali zagrebačko blještavilo ponekad je toliko jako da je bilo kakvo svjetlo pored njega teško zamijetiti.

Zagreb ne ostavljam. Zagreb se ne ostavlja. Ali, na terensku nastavu se mora ići. Postoji jedno sićušno mjesačce Velika, nedaleko od Požege, koje čuva Požeška kotlina okružena planinama Psunj, Papuk, Dilj, Krndija i Požeška gora. Kotlina toliko dobro zaštićuje, čuva svoja mjesačca i ne dozvoljava užurbanom načinu života da se doseli, trudi se držati ga podalje i u tome još uvijek uspijeva. Bili smo tjedan dana u toj kotlini, ponovno u prirodnom okruženju, idealnom da se čovjek ponovo sjedini sa prirodom, životinjama, kolegama, mještanima i na kraju sa samim sobom. Što sam očekivala? Što sam našla? O pitanju očekivanja je besmisленo govoriti nakon proživljenoga jer je proživljeno promijenilo očekivano. Dakle, ostaje pitanje što sam pronašla. Na nešto sam naišla, nešto je mene našlo, a nešto sam aktivno tražila. Najveći dojam na mene ostavilo je anketiranje ljudi u selu Biškupci i posjet Domu za odrasle osobe Ljeskovica.

Anketiranje stanovnika u selu Biškupci zapravo je bilo prikupljanje podataka za javnozdravstveno istraživanje o razlozima neodazivanja na preventivne programe. Naša velika grupa podijelila se u male grupice i svaka grupica dobila je određene stanovnike sa adresama koje je trebalo pronaći. Zadatak zaista jednostavan. Nakon što smo svi položili anatomiju, fiziologiju, patologiju, internu, kirurgiju što je za nas bilo pronaći par kuća u selu i anketirati stanovnike? Može li jednostavnije?

Autobus nas je doveo do dna sela i naša potraga za prvim gospodinom s popisa je počela. Samo nekoliko koraka bilo mi je dovoljno da shvatim zašto je malo selo Velika veliko. Kolegica i ja pronašle smo prvu adresu i krenule prema vratima kuće. U prizemlju te kuće se nalazio dućan, maleni seoski. U izlogu su bile dječje igračke koje stoje tu već godinama, možda i desetljeće, možda i više, sudeći prema njihovom izgledu, jer omoti u kojima su se nalazile su izbljedjeli od stajanja na

suncu i čekanja da ih neko dijete uzme. Naš gospodin s popisa živio je na prvom katu i mi smo krenule prema stepenicama. Odjednom ispred nas stvorio se veliki crni labrador koji je lajao, režao i branio svoj teritorij. Nikada dotad nisam se susrela s labradorom koji laje, reži, kreće prema nama spreman da nas i ugrize. Nismo nastavile dalje, ali srećom, izašla je supruga toga gospodina. Pitala nas je što radimo tu i kako smo dospjele u dvorište. Mi smo joj objasnile da prikupljamo podatke za javno zdravstvo i da tražimo njenog supruga. Ona, nezainteresirana i sa željom da što prije završi razgovor sa nama, samo nam je odgovorila da je na poslovnom putu i, hvala Bogu, pridržala psa dok smo izlazile. Tada smo kolegica i ja shvatile da nam ipak neće biti baš tako lako obaviti ovaj zadatak, ali hrabro smo nastavile dalje našu potragu.

Ubrzo smo se našle u novom problemu. Kuće u tom selu nisu bile poredane po brojevima, nego razbacane, a moglo se i dogoditi da više udaljenih kuća ima istu adresu. Kako se snaći u takvom selu? Shvatile smo da nema drugog načina ako želimo obaviti svoj zadatak nego provjeravati kuću po kuću. Nakon nekog vremena, pronašle smo kuću drugog gospodina čija supruga je također rekla da je na poslovnom putu. Pomalo nam je već postajalo sumnjivo kako je i taj gospodin na poslovnom putu, ali nismo mogle ništa napraviti nego zahvaliti se i nastaviti dalje. Sljedeća na redu bila je starija gospođa i nakon što smo provjeravajući kuću po kuću, pronašli je, odbila je razgovor sa nama. Rekla je da ima posla koje mora obaviti dok se još vidi, da ona nema vremena za nas i zamolila nas da odemo. Otišle smo i krenule u potragu za sljedećom, također starijom gospođom. S adresom njene kuće čak se i nismo toliko namučile, bila je udaljena tek nekoliko kuća od kuće prethodne gospođe iako je razlika brojeva bila veća od sto. Ponovo isti problem, ponovo zaključano dvorište, ali uz malo spretnosti, uspjele smo ući. Kucamo na jedna vrata kuće, odgovora nema, kucamo na druga vrata kuće, nema odgovora. Zar je moguće da je i ta starija gospođa također na poslovnom putu? Kolegica i ja nismo odustajale. Ponovno smo se vratile na prva vrata i kucamo, predstavljamo se i tražimo da nam se otvori. Odjednom začujemo: „Možete ići, nemam vremena razgovarati s vama.“

Čudno je kako nitko u selu gdje je vrijeme stalo nema vremena za nas. Kolegica i ja smo uporne u svojoj nakani da porazgovaramo s gospođom i ona napokon pristaje, otvara vrata i mi ulazimo. Unutra nas dočeka jedna mala pogrbljena starica, obućena u crno s maramom na glavi kakve odavno već nisam vidjela. Kaže da je strah otvarati i da nikome ne otvara, da živi sama s psom, da je sin nekada posjeti. Nije nas ponudila da sjednemo, same smo pitale. Nevoljko je rekla da možemo, valjda nije htjela da dugo ostanemo. Ni taj njen maleni psić se nije htio sprijateljiti s nama. Stajao je blizu nas i režao. Vanjsku hladnoću odmah je zamijenila toplina te sobice od peći na drva, a vanjski mirni i čisti zrak je zamijenio miris peći i čulo se pucketanje drva.

Krenule smo odmah s anketom da što prije završimo jer se nismo osjećale dobrodošle. Pitale smo je radi li preventivne preglede i kakvog je općeg zdravlja. Rekla je da ne radi, da nema smisla, da je imala velikih zdravstvenih problema koje je rješavala u Rijeci jer da joj nitko od „njenih“ doktora nije vjerovao, a da je ona mršavila pa su obiteljsko-privatnim vezama došli do doktorice hematologa u Rijeci koja je gospođu shvatila ozbiljno i pomogla.

Kolegica i ja objasnile smo joj važnost preventivnih pregleda. Poslije svega toga, na pitanje hoće li se sada odazivati na preventivne preglede dobole smo negativan odgovor. Zahvalile smo se gospođi, ona nam je barem dala priliku da joj objasnimo. Nismo uspjele promijeniti njeno mišljenje.

Naš zadatak anketiranja nije uspješno završio. Bilo je teško pronaći domove tih ljudi, još teže doprijeti do njih samih, a promijeniti njihove stavove i uvjerenja gotovo je nemoguće. Sada se ja pitam:

„Tko je odgovoran da ti ljudi ne žele razgovarati s nama? Zašto oni ne vjeruju da bi ova država napravila program kojim bi pronašla bolesne i izlijecila ih? Kako njima u selu dovesti najnovije medicinske spoznaje? Jesu li im najnovije medicinske spoznaje uopće potrebne kada oni niti ne pristaju na razgovor s nama? Treba li pokušati promijeniti takva sela, jer takvih sela je puno ili jednostavno prihvatići njihovo izumiranje kao dio prirodnog evolucijskog procesa?“

Lakše je bilo naučiti anatomiju, fiziologiju, patologiju, internu, kirurgiju nego odgovoriti na ova pitanja. Učeći te predmete mi smo stjecali znanja koja smo sad trebali primijeniti, ali kako primijeniti znanje kada druga strana to odbija? Jesmo li odgovorni ako ne pružamo pomoć onima koji je ne žele ili je to njihovo pravo koje mi ne poštujemo? Tko je uopće relevantan da bi nama kao društvu mogao dati odgovore na ova pitanja?

Potpuna suprotnost ljudima u selu Biškupci bili su korisnici Doma za odrasle Ljeskovica. Prolazili smo kroz odjele, odnosno njihove sobe, njihov dom. Korisnici su pokazali veliku želju za druženje s nama, htjeli su se rukovati, osjetiti da smo fizički tu, da nisu sami, a mi smo bježali i osjećali se nelagodno i nesigurno zbog predrasuda o mentalno bolesnim ljudima. Vjerojatno su se jednako nelagodno i nesigurno osjećali stanovnici sela Biškupci kada smo mi htjeli uspostaviti kontakt s njima. Puni su predrasuda o nama, a ja ih i ne krivim, jer zašto da vjeruju da im dolazimo pomoći, ako su uglavnom negativna sva iskustva koja su dosad imali s liječnicima? Kakvo je naše društvo u kojem trenutno živimo?

Kako objasniti da ljudi koje je društvo proglašilo mentalno bolesnima i nesposobnima za samostalan život nam prilaze, a ljudi mentalno zdravi bježe od nas? Tko je odgovoran za ovakvo stanje i najvažnije od svega kako ćemo to stanje promijeniti?

„Teren“ je nešto sasvim drugačije. Periferijom je nemoguće upravljati iz centrale. Iz centrale se pretpostavlja o periferiji, jednako kao što se iz periferije pretpostavlja o centrali, a pretpostavka nije znanje. Nije se moglo drugačije doživjeti, trebalo je ići, jedino doživljeno je doživljeno svim vlastitim osjetilima, i jedino sva podražena osjetila stvaraju osjećaje, a jedino osjećaji imaju šansu nešto promijeniti.

Taj put promijenio je moju percepciju zadaće nas kao budućih liječnika. Nije dovoljno samo osmisliti program na papiru, treba ga primijeniti na državu, na županiju, na grad, na selo, unijeti ga u svaku obitelj i pobrinuti se da svaki član obitelji bude obuhvaćen. Zdravstvo je preduvjet i temelj društvenog napretka. Izdaleka promatrano, ništa nije kako se čini. Čak ni Požega nije ravan kraj, a kažu da se Zagreb ne ostavlja.

# **ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U ZDRAVLJU ZAJEDNICE**

**Valentin Ivančić**

„Zdravlje u zajednici“ je kolegij koji se održava u sklopu nastave šeste godine Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Nastava je koncipirana kao terenska praksa na području Požeško-slavonske županije i to gradova Požege i Pleternice, općina Kaptol, Čaglin, i Velika gdje smo bili i smješteni. Zadatak nas studenata bio je odlazak u obilaske s patronažnim sestrama koje su nam bile dodijeljene i aktivno sudjelovati u njenom radu, razgovarati s pacijentima i komentirati s patronažnom sestrom njezine postupke i postupke pacijenata koje smo posjećivali. U sklopu te nastave jasno smo imali prilike doživjeti rad i vrijednost patronažne sestre, ali i dijela sustava primarne zaštite u međusobnoj suradnji, a koji je na neposrednoj usluzi pacijentima.

Patronažne sestre svojim radom obuhvaćaju površinom velika područja jer su naselja međusobno jako razvedena. Ceste koje ih spajaju čine prave mreže prometnica, a što se više udaljuju od centra općine ili grada, tim više to postaju loše i dotrajale prometnice, pa i makadami.

Stanovnici ovoga kraja su mahom stariji, umirovljenici niskih primanja, niskog stupnja obrazovanja, žive odvojeni od svoje obitelji ako ju imaju, a često im je i bračni drug preminuo pa žive sami. Neki žive u kući zemljjanog poda, trošnih zidova i krova, loše toplinske izolacije, bez pitke vode u kući već samo s vanjskim bunarom i s vanjskim zahodom. Dodatno otežava i činjenica da ne postoji javni prijevoz, pa je i sam odlazak liječniku ili čak u trgovinu nekima luksuz i ovise izravno o socijalnim uslugama i mjesnim dobročiniteljima.

U takvim uvjetima patronažna sestra povezuje sve te ljude i državne službe, djeluje poput produžene ruke državnih službi, i to ne samo zdravstvene službe već i socijalne.

Zdravstveni problemi pacijenata koji žive na takvom području samo su kap u moru socioekonomskih. Njihova je potreba za druženjem i razgovorom bitnija od bolnog ulkusa na nozi, bitnije im je osigurati topli obrok ili obrok uopće, nahraniti životinje ako imaju gospodarstvo i čuti se s obitelji. Kada im dođe patronažna sestra u dom raduju se jer znaju da ih ona razumije i da će ih saslušati i to doista djeluje terapijski. Ona će tako kroz razgovor saznati što pacijente muči i otkriti njihove prave potrebe kojih niti oni možda nisu svjesni. Njezin svaki dolazak je ciljan i s razlogom, ona promatra pacijenta i što se sve promijenilo od njenog

zadnjeg posjeta svjesna da joj pacijenti sami mnogo toga ne će ili ne žele sami reći. Tu je jako bitno povjerenje koje ona gradi s pacijentima, a koje postoji upravo zbog kontinuiteta djelovanja patronažne sestre sa istim pacijentima te se stvara osobna veza između nje i pacijenata, a iz koje proizlaze jako puno prednosti u njenom radu. Tako su njeni zdravstveni savjeti uvijek bolje prihvaćeni, a pitanja pacijenata uvijek budu postavljena bez straha i zadrške. Taj moment je posebice bitan kod starijih i slabo obrazovanih jer liječnik u ordinaciji često ne zna koliko ga je pacijent shvatio, pogotovo jer mu pacijenti iz udaljenih krajeva rjeđe dolaze pa ih ne poznaje dovoljno, a često niti nema vremena objašnjavati i tumačiti sve što pacijente zanima. Stoga su informacije koje nakon posjeta patronažna sestra daje nadležnim liječnicima obiteljske medicine često ključne u odabiru terapije. U tom slučaju ona će biti prva osoba s kojom će se liječnik savjetovati. U tom smislu patronažna sestra i njen odnos s pacijentima i liječnikom djeluje u dva smjera jer liječniku daje informacije i zapažanja koja je ona u svom terenskom radu i redovnim obilascima skupila, a liječnik joj daje upute što i kako dalje postupati s istima. Također njena jednako bitna uloga je i kao profesionalca samostalnog terapeuta koji djeluje u domu pacijenta i može postići ponekad i ono što liječnik niti nije predviđio te se ponaša aktivno i dinamično u odnosu na pacijenta reagirajući na novonastale probleme i okolnosti te ih aktivno zbrinjava, savjetuje pacijente i obavještava liječnika.

Patronažna sestra čini osovinu zdravstvene zaštite ljudi na području zabačenih mjesta udaljenih od grada. Ona je istovremeno socijalni radnik, medicinski radnik, susjed i prijatelj. Njena uloga u životima tih ljudi je puno veći nego što to piše u opisu posla.

Ako je prisutna dulje vrijeme, njena uloga urasta još dublje u živote tih ljudi, što sam imao prilike svjedočiti neposredno kada je patronažna sestra poznavala svoje pacijente dulje od 30 godina. U takvim prilikama njeno značenje je emocionalno i gotovo dobiva obiteljski status jer ne samo da je upoznata s pacijentima osobno, već je upoznata i sa okolnostima koje ga definiraju kao osobu, koje mu definiraju socioekonomski kontekst uvjeta života i odnosa sa susjedima, obitelji i prijateljima. Patronažna sestra je stoga karika koja spaja liječnika obiteljske medicine u njegovoj ordinaciji i njegove pacijente u njihovim domovima i na taj način se stvara kontinuitet zdravstvene zaštite od doma pacijenta sve do njegovog zbrinjavanja u bolnice tercijarne zaštite što inače u takvima uvjetima ne bi bilo moguće. Njen rad u uvjetima udaljenih pacijenata, niskog socioekonomskog statusa i malih mogućnosti neprocjenjiv.

I iako su to pacijenti koji naizgled imaju velike potrebe, oni žive skromnim životom i rijetko su nesretni ili depresivni. Iako sam bio iznenađen u kakvima sve uvjetima ljudi žive i smatrao da su nezadovoljni uvjetima života, nakon svih

posjeta koje sam odradio s patronažnom sestrom shvatio sam da im ne treba mnogo da budu sretniji i zadovoljni. Problem je njihov stupanj obrazovanja, odnosno prosvjećenost o načinu života, higijeni, brizi o vlastitom zdravlju i vlastitom domu. Takvim pacijentima je teško objasniti i osnove higijene, pa im primjerice povišeni krvni tlak ili šećerna bolest predstavlja preapstraktne pojmove i bolesti koje oni jednostavno ne mogu razumjeti, a uzimanje terapije naravno time postaje još manje bitno. Kvaliteta življenja i način života je neprikladan i to pretežito zbog svjesnosti o obvezi i nužnosti optimalne higijene ili primjerice pripreme hrane, a ne zbog mogućnosti. Naravno da tome pridonose okolnosti života u zabačenim mjestima i podrška koja često nedostaje, ali ono što je bitno je da se niti okolnosti niti način življenja niti svijest neće promijeniti same od sebe. Takve izolirane zajednice nisu nužno zakinute za kvalitetan život time što su udaljene od urbanih centara ili što su rijetko naseljene. Način i kvaliteta života su prvenstveno odraz svijesti ljudi koji žive u njima, a svijest se razvija prosvjetnim djelatnostima, kako na sljedeće naraštaje kroz dulje vrijeme, tako i trenutno djelujući na sadašnje stanovništvo i obuhvaćajući istovremeno više generacija, ali najviše starije i one trenutno u potrebi. Mogućnosti u ovim zabačenim mjestima nisu idealne, dapače, teško je imati javni prijevoz na takvim velikim udaljenostima a da bude ravnopravan i učinkovit i teško je posjećivati liječnika ako je tako teško dostupan. Ali kada bi postojala volja lokalne zajednice i volja samih stanovnika, način života mogao bi se promijeniti i doprinijeti podizanju i kvaliteti življenja, a pri tome razmišljam pogotovo o sljedećim naraštajima koji bi trebali biti nositelji te promjene.

Za promjene treba prvenstveno vrijeme, a dok se one ne počnu provoditi, smatram da je zaista dostoјna uloga koju imaju patronažne sestre jer poznaju pacijente na svim razinama što im otvara mogućnost da djeluju na pacijente kao osobe u cijelosti, od zdravstvenog savjeta, socijalne podrške, prosvjetne djelatnosti i kao terenski djelatnik koji djeluje na mjestu stanovanja pacijenta pogotovo jer takvima takav oblik pomoći najviše i znači.

# ZDRAVLJE U ZAJEDNICI

Ivan Janč

Iz Zagreba, središta Lijepe naše, autocom A3 kroz četiri županije na periferiju u petu, Požeško-slavonsku koja se sakrila u Zlatnoj dolini, krenula je turnusno odabrana grupica od 20 studenata šeste godine medicine kako bi primila dar iskustva koji im je fakultet poklonio zbog pet prethodnih, teških i iscrpnih godina mukotrpnnog sjedenja za knjigom i umnog rada. Cilj je bio Velika. Osrednje veliko selo koje se smjestilo ispod južnog obronka 953 metara visoke gore i Parka prirode Papuka. Samo mi selo nije bilo nepoznanica jer je poznato po bazenima i NK Kamen Ingradu koji je na vrhuncu svoje moći 2003. ugostio njemački Schalke iz Gelsenkirchena u Kupu UEFA.

Preko puta stadiona nalazi se Villa Štefica u kojoj smo bili smješteni i u kojoj smo šest dana jeli zasigurno jednu od najboljih hrana koje sam ikada okusio. Naravno, uz takvo "gorivo", nije bilo teško obavljati poslove za koje smo bili zaduženi, jer kao što rekoh to je bila nastava. Svih šest dana smo bili zaposleni. Svatko je individualno prošao različitim putem, ali je zajednički kostur puta ostao isti. Morali smo obići patronažu, javno zdravstvo, obiteljsku medicinu, školu i dom za odrasle. Raspoređeni smo bili u grupe po dva studenta koji su se međusobno odabrali tako da je suradnja mogla biti na najvišem nivou od prvog do zadnjeg dana.

U nedjelju, po dolasku, shvatio sam da mi uopće nije jasno što smo došli raditi.

U patronaži sam bio, javno zdravstvo mi je bilo gubljenje vremena, obiteljsku medicinu kao predmet sam odslušao, a za Dom u Ljeskovici nisam znao da je uopće u planu. Najveća mi je enigma od svih bila prezentacija petim razredima o pubertetu. Osjećao sam čak blagu anksioznost pri pomisli na četvrtak kada je to bilo zakazano. Naime, bilo mi je nepoznato kako izgledaju djeca u petom razredu, što znaju i kako se ponašaju u određenim trenucima. Skoro petnaest godina je prošlo otkad sam grijao klupe petog razreda i zaboravio sam kako je to imati deset ili jedanaest godina. Uglavnom, zauzeo sam "status quo" prema nadolazećem tjednu i pustio vrijeme neka doneše svoje.

U ponедjeljak se već ispostavilo da sam dobro odlučio što nisam uranio s predrasudama.

Patronaža po slavonskim selima je blago za skupljanje iskustva zbog kojeg nas je fakultet poslao. Osim prekrasnog krajolika kojim se prolazi, ljudi su u kućama izrazito ugodni i jako dobri domaćini pa onome tko je u patronaži nije

potrebna stanka za jelo jer se po kućama "mora" jesti. S finansijskog gledišta to nije dobrostojeći kraj Hrvatske pa u kućama živi više generacija, ali im to ne oduzima od vedre atmosfere u zraku. Mnogo se kuća grije na drva, a ljudi su stoga bili zaposleni oko kuće jer zima dolazi. Nadalje, obitelji su vjerski usmjerene pa je i interijer tako ukrašen. Patronažni pacijenti su uglavnom novorođenčad i žene u jeseni života. Kroz razgovor s ljudima u patronaži saznao sam da je sve manje novorođenčadi i da su razredi sve manji jer je emigracija jako zahvatila ove krajeve. Nije isplativo biti mali poljoprivrednik, samo OPG-ovi opstaju, a za mlade ljudi nema posla. Što se tiče zapadne filozofije o zdravoj prehrani sojom, tofuom i chia sjemenkama, ova su sela izvrstan primjer da se "doživjeti stotu" može i na kobasici, krumpiru, luku i vodi iz bunara. Većina kuća ima bunare koji su vjerojatno samo arhaični ostatak nekadašnjeg domaćinstva i ponegdje posluže za napojiti životinje. Vodovod je proveden, kao i kanalizacija tako da su ljudima osigurani pristojni uvjeti za život. Požega, grad u kojem se svake godine održava poznati festival Zlatne žice Slavonije, je središte županije. Valis aurea, Zlatna dolina, je kotlina između Papuka, Psunja, Krndije, Dilj gore i Požeške gore koja je posljedično jako loše prometno povezana sa susjednim centrima pa je stoga požeška bolnica morala dobiti adekvatnu opremu za liječenje hitnih pacijenata. 2014. ista je bolnica proglašena najboljom u Hrvatskoj izborom HZZO-a. U to smo se uvjerili kratkim posjetom nekoliko većih odjela. Sve je novo, čisto i spremno za nadolazećeg pacijenta. Kao primjer, odjel kirurgije obavlja sve česte operacije rutinski, a u one rijetke se ne upuštaju nego ih šalju u referentne centre što je zapravo odlika dobrog liječnika i profesionalca. Primum nil nocere je prvi postulat Hipokratove zakletve na kojeg mnogi "stručnjaci" uslijed ego tripa ponekad zaborave.

Najveći izazov, kao što već rekoh, predstavljala mi je prezentacija u školi. Kolega i ja smo ju obavili u najmanju ruku besprijekorno. Ocijenjeni smo maksimalnim ocjenama od strane djece i k tomu se dobro zabavili. Djeca u toj dobi vrlo često upiru prstima i rijećima u nekoga, sramežljiva su ako ih se proziva i često ih ponese žamor. Ali, potpuno neočekivano, disciplinirana su i slušaju ako ih se zna zabaviti sitnim trikovima ili referencama koje su njima bliske na zadatu temu. Jako su povodljivog mišljenja za "kolovođom" koji je najglasniji, ali su pametna i suradljiva. Pitanja na temu nikada neće nedostajati pa tako nije ni nama. Pubertet je nešto što je njima jako blisko i što ih zanima jer dodiruje tabu teme o kojima s roditeljima ne razgovaraju. Mi, studenti šeste godine, smo skupina koja je savršeno balansirano udaljena od njih godinama koliko im je i bliska i prema tome izvrstan odabir za predavača takve teme. Poučen ovim iskustvom, zasigurno ću profitirati s pedagoške strane u budućnosti.

Naravno, put u Veliku je i svojevrstan izlet gdje nije nedostajalo vremena za bolje upoznavanje i zabavu s kolegama uz pjesmu i svirku.

Još sam u uvodu spomenuo dar iskustva zbog kojega nas je fakultet poslao na put. Iskustva uvida u oskudnije uvjete nego što smo ih navikli viđati na Rebru, Vinogradskoj ili Šalati. Nije u Hrvatskoj sve tako bajno kao u Zagrebu. Ne žive svi po kafićima na Cvjetnom trgu ili Tkalcicu.

Poslali su nas da vidimo borbu malog čovjeka za svakodnevnicu. Dok netko zavrći ventil radijatora na tri, netko mora cijepati drva pola sata vani. Isti taj što je cijepao drva pola sata vani će trebati duplo više vremena do prve zdravstvene ustanove gdje mu možda neće biti ponuđena adekvatna pomoć zbog pomanjkanja ljudi ili resursa. Ukratko, otvorio sam oči.

# PRAVIČNOST

*Ana Borovečki*

*Maja Miloš i Maja Lang Morović*

*Silvije Vuletić*

# PRAVIČNOST KAO ETIČKI KONCEPT

Ana Borovečki

## Definicija

Godine 1990. u dokumentu pod nazivom „Koncepti i principi pravičnosti u zdravlju“ (The concepts and principles of equity in health) kojeg je izdao Regionalni ured za Evropu, Svjetske zdravstvene organizacije Margaret Whitehead definirala je nejednakosti u zdravlju kao razlike u zdravlju koje su nepotrebne, nepoštene, nepravedne i koje je moguće izbjegći. Ovaj dokument potaknuo je niz rasprava o pravičnosti (engl. *equity*) u zdravlju.

Pravičnost je etički koncept koji označava socijalnu pravdu i poštenje a temelji se na principima distributivne pravednosti.

Pravičnost u zdravlju definira se kao odsustvo socijalnih, nepravednih ili nepoštenih razlika. Često pravičnost u zdravlju definiramo kao odsustvo sistemskih razlika u zdravlju ili odsustvo sistemskih razlika u društvenim odrednicama zdravlja između društvenih skupina koje imaju u podlozi različit stupanj društvenih prednosti/nedostataka, tj. različit položaj u društvenoj hijerarhiji.

Nejednakosti u zdravlju sistemski stavljuju one skupine ljudi koje su socijalno u lošijoj poziciji (npr. jer su siromašni, žene, članovi određenih etničkih, rasnih ili religijskih skupina) u još lošiji položaj što se tiče njihova zdravlja.

Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti. U *društvene odrednice zdravlja* ubrajamo: uvjete stanovanja nekog domaćinstva, uvjete života u nekoj zajednici i radnom mjestu, zdravstvenu zaštitu kao i političko i društveno okruženje koji na njih utječu. Zdravstvena zaštita spada u društvene odrednice zdravlja ne samo u smislu dostupnosti i korištenja usluga zdravstvene zaštite nego i kroz pitanje alokacije resursa, načina finansiranja i kvalitete. *Društvene prednosti i nedostaci* koji se tiču zdravlja odnose se na moć i prestiž koji pokazuju kako su ljudi smješteni u društvenoj hijerarhiji. Društvene skupine koje se nalaze u boljem ili lošijem položaju su one koje se međusobno razlikuju po prihodima, obrazovanju, zanimanju, rasi, etničkoj pripadnosti, religiji, spolu, dobi, geografskom smještaju, invaliditetu i posebnim potrebama, spolnoj orijentaciji kao i nekim drugim obilježjima karakterističnim za pojedina društva i okolnosti. *Sistemske razlike u zdravlju* podrazumijeva da se one ne pojavljuju slučajno ili povremeno nego da je njihova povezanost s društvenim položajem značajna, česta i stalno prisutna.

*Pravičnost* u zdravlju nije isto što i *pravednost*. Pravičnost se temelji na vrijednostima dok za pravednost to nije nužno tako. Koncept pravičnosti u zdravlju orijentiran je na distribuciju resursa i ostale procese koji dovode do posebnog oblika nepravednosti, tj. sistemskog oblika nepravednosti u zdravlju ili u društvenim odrednicama zdravlja.

Sistemski oblik nepravednosti u zdravlju ili u društvenim odrednicama zdravlja se javlja između društvenih skupina koje se nalaze u boljem ili lošijem društvenom položaju. Dakle, radi se o nepravednosti u zdravlju koja je nepoštена. Nisu sve razlike u zdravlju nepravedne. Potpuno je u redu očekivati da su mlađi ljudi zdraviji od starijih, muškarci imaju probleme s prostatom, a žene ne, ženska novorođenčad imaju manju porodajnu težinu od muške. No razlike u procijepljenoći između djevojčica i dječaka ili razlike u pristupu zdravstvenoj zaštiti s obzirom na etničku ili rasnu pripadnost spadaju u područje pravičnosti u zdravlju.

Koncept pravičnosti u zdravlju povezan je i s ljudskim pravima.

Pravo na zdravje definirano je kao pravo na najveći ostvarljiv standard zdravlja.

U društвima često oni u socijalno najboljim pozicijama imaju najviši ostvarljiv standard zdravlja za neko društvo. Zbog toga je važno pružiti svim članovima društva jednake mogućnosti, tj. jednaka prava na zdravlje. Ljudska su prava međusobno povezana i nedjeljiva pa je tako i pravo na zdravlje povezano i s ostalim ljudskim pravima kao što je pravo na obrazovanje, pravo na slobodu od diskriminacije, pravo na adekvatnu zdravstvenu zaštitu.

Često se, kada se govorio o pravičnosti u zdravlju, govorio i o nejednakostima u zdravlju (engl. *health inequalities*) ili o socijalnim nejednakostima u zdravlju (engl. *social inequalities in health*). Ovi se termini i kod nas koriste kako bi se izbjegao termin nepravde u zdravlju (engl. *health inequities*) koji mi tako ne prevodimo na hrvatski nego za ovu sintagmu također koristimo prijevod nejednakosti u zdravlju. Ipak, termin *health inequity* ima moralno i vrijednosno značenje pa se ponekad, i u engleskome jeziku, izbjegava njegovo korištenje. Svi ovi termini označavaju isto: nejednakosti u zdravlju ili društvenim odrednicama zdravlja između društvenih grupa koje su u boljem ili lošijem društvenom položaju, tako da se favoriziraju one društvene skupine koje su u boljem položaju. Pred kraj ovog dijela treba se još osvrnuti na jednu činjenicu.

Margaret Whitehead definirala je nejednakosti u zdravlju kao razlike u zdravlju koje su nepotrebne, nepoštene, nepravedne i koje je moguće izbjеći.

Neki autori preporučuju da nejednakosti u zdravlju uistinu jesu nepotrebne, nepoštene i nepravedne, ali da se pitanje mogućnosti njihova izbjegavanja treba jasnije definirati. Nejednakost u zdravlju treba se temeljiti na činjenici da su

nepravda i nepoštenje stvari koje treba izbjegavati i da je u tome implicirana njihova mogućnost izbjegavanja.

## Teorijske postavke i pravičnost

Teorijski, postoje moralne teorije koje se eksplisitno ne bave problemom pravičnosti, npr. utilitarizam. Naime, utilitarizam se bavi ukupnim dobrom, tj. računa kako u određenom trenutku postići najviše dobra za najviši broj ljudi. Pritom treba voditi računa da se što bolje izračuna i kvantificira što je to najveće, tj. ukupno dobro za najveći broj ljudi. Pritom se može dogoditi da takav pristup bude značajno daleko od koncepta pravičnosti. Npr. mi možemo izračunati da će primjena besplatne mamografije na žene određene dobi biti najbolje rješenje koje će smanjiti smrtnost od karcinoma dojke i nastojat ćemo to provesti na najvećem broju žena te dobi. No takav pristup, iako učinkovit, ipak ne pokriva cijelu populaciju pod rizikom te ostavlja po strani one žene koje nemaju pristup zdravstvenom sustavu iz bilo kojeg razloga (financijskog, geografskog).

Pravičnost je najviše zastupljena u deontološkim teorijama gdje ona proizlazi iz dužnosti svakog od nas da se brinemo za svakog od nas. Tu je možda najznačajnija teorija pravednosti Johna Rawlsa (1921-2002). Rawls smatra da su načela pravednosti pomoću kojih se trebaju urediti temeljne društvene institucije ona oko kojih bi se suglasili racionalni ljudi u pravičnim okolnostima. Izvorno, radi se o hipotetskoj situaciji u kojoj se pravične okolnosti ostvaruju na način da se racionalni ljudi nalaze iza vela neznanja koji skriva njihov spol, rasu, nacionalnost, društveni i imovinski status. Rawls smatra da bi ljudi pod tim okolnostima izabrali sljedeća dva načela pravednosti.

1. Načelo jednakih sloboda: svaka osoba treba imati jednako pravo na najširi ukupni sustav jednakih temeljnih sloboda kompatibilan sa sličnim sustavom sloboda za sve.
2. Društvene i ekonomске nejednakosti treba urediti da su ujedno
  - a) na najveću korist onih najugroženijih, u skladu s načelom pravedne štednje (načelo razlike), i
  - b) povezane s položajima i pozicijama otvorenim za sve pod uvjetima pravične jednakosti mogućnosti (načelo pravične jednakosti mogućnosti).

Međutim, kada govorimo o pravičnosti, najrašireniji je Aristotelov pristup koji pravičnost dijeli na horizontalnu i vertikalnu pravičnost. Horizontalna pravičnost zahtijeva da jednakе slučajeve uvijek tretiramo na isti način. Vertikalna pravičnost traži od nas da različite slučajeve tretiramo različito. Samo u kombinaciji ova dva načina postupanja ostvarujemo pravičnost u punome smislu.

## Kako mjeriti pravičnost u zdravlju?

S obzirom na to da je nastanak zdravstvenih nejednakosti kompleksan proces na koji utječe mnogo faktora, a povezan je i s društvenim odrednicama zdravlja čiji su uzroci višestruki i kompleksni, mjerjenje pravičnosti u zdravlju može biti vrlo zahtjevan postupak. Tako u nekoj sredini možemo vidjeti da su nejednakosti u zdravlju povezane s primanjima, ali uzrok ne leži u samim primanjima nego u drugim faktorima povezanim s time (obrazovanju, obitelji u kojoj je netko rođen, uvjetima života i rada i slično).

Na osnovu Rawlsove teorije pravednosti američki filozof Norman Daniels razvija svoj sustav principa koji daju pravičnost u zdravlju. On to želi provesti na osnovu devet mjerila koje naziva *mjerilima pravičnog zdravstvenog sustava* (engl. *benchmarks of fairness*). Za Danielsa „fairness“ jest širi koncept od „equity“ (pravičnost). On uključuje u sebe pravičnost u zdravstvenim ishodima, pravičnost u financiranju, pravičnost u pristupu svim oblicima zdravstvene zaštite, ali i učinkovitost u upravljanju i raspodjeli sredstava, odgovornost prema društvu (tako da društvo ima utjecaj na odluke i izbore zdravstvenih prioriteta) i odgovarajuće oblike autonomije pacijenta i pružatelja zdravstvenih usluga. Ovaj je koncept razvijen za analizu i stvaranje smjernica i evaluaciju zdravstvene reforme u SAD-u za vrijeme prve Clintonove administracije.



**Slika 1.** Centar pravičnosti

Prvo mjerilo odnosi se na *intersektorsku suradnju u ostvarivanju prava na zdravje*. Ovdje želimo vidjeti postoji li mogućnost utjecaja na društvene odrednice zdravlja iz raznih područja (zdravstvene, socijalne i ekonomske politike, politike zapošljavanja, obrazovanja) kako bi se vima osigurale jednake mogućnosti za razvoj.

### Mjerilo 1. Intersektorsko javno zdravstvo

- I. Stupanj utjecaja koji povećava udio stanovništva koji ovisno o geografskom smještaju ima pristup:
  - osnovno o prehrani,
  - stanovanju (skučenost prostora, beskućnici, fizička pristupačnost)
  - ekološkim čimbenicima (čista voda i pročišćavanje otpadnih voda, sanitacija (kontrola vektora), čisti zrak, smanjena izloženost na radnom mjestu i smanjena složenost okolišnim štetnim utjecajima)
  - obrazovanju i zdravstvenoj kulturi (pismenost, osnovno obrazovanje, zdravstvena pismenost (prehrana, pušenje, sredstva ovisnosti, spolni odgoj)
  - javnoj sigurnosti i smanjenju nasilja (smanjenje prometnih nesreća, smanjenje nasilja (nad ženama i djecom, ubojstva, silovanja)
- II. Razvoj informacijske infrastrukture za praćenje nejednakosti u zdravstvenom statusu
  - redovito mjerjenje nejednakosti u zdravstvenom statusu odgovarajućim pokazateljima
  - istraživanja intervencija koje mogu smanjiti razlike u zdravstvenom statusu
- III. Stupanj u kojem je postoji aktivna intersektorska suradnja na lokalnoj, regionalnoj i/ili nacionalnoj razini kako bi se poboljšale društvene odrednice zdravlja te stupanj u kojem su ranjive skupine uključene u definiranje planova i programa

Drugo mjerilo odnosi se na mogućnost uklanjanja financijskih prepreka dostupnosti zdravstvene zaštite, tj. kako one koji ne mogu nešto platiti uključiti u zdravstveni sustav.

## **Mjerilo 2. Financijske prepreke dostupnosti zdravstvene zaštite**

### I.. Pokrivenost neformalnim sustavima plaćanja

- univerzalni pristup najprimjerenijim paketima osnovnih usluga i poboljšanje paketa s vremenom

### II. Formalni sustavi zdravstvenog osiguranja

- postoji li tendencija prelaska iz neformalnih u formalne oblike zdravstvenog osiguranja
- jesu li smanjene sljedeće prepreke prelaska na formalne sustave plaćanja: korupcija, provođenje naplate poreza, smanjenje otpora radnika i poslodavaca
- kakva je pokrivenost ovim sustavom zdravstvene zaštite obitelji, troškova prijevoza, troškova lijekova, postoji li uniformiranost paketa zaštite za sve vrste zaposlenika bez obzira na radna mesta i njihove uvjete rada

Treće mjerilo ima za cilj vidjeti da li postoje geografske barijere dostupnosti zdravstvenog sustava, ali i barijere koje su rezultat društvenog položaja, spola, dobi, rase i kako ih ukloniti.

## **Mjerilo 3. Nefinancijske prepreke dostupnosti zdravstvene zaštite**

### I. Smanjenje geografski loše raspodjele sadržaja i usluga, osoblja, lijekova, rada medicinskog osoblja

### II. Smanjenje rodnih razlika s obzirom na:

- status pojedinca u obitelji, mobilnost, dostupnost usluga, reproduktivnu autonomiju,
- dostupnost onih usluga koje su potrebne s obzirom na spol pacijenta, pomoć lokalnog društva kako bi se smanjile spolne razlike

### III. Smanjenje razlika s obzirom na kulturu (jezik, stavovi na način gledanja i praksi važnih za bolesti i zdravlje, oslanjanje na narodnu medicinu, percepcija kvalitete javnog sektora)

### IV. Smanjenje diskriminacija s obzirom na rasu, religiju, klasu, spolnu orijentaciju, bolesti, uključujući i stigmatizaciju skupina koje primaju javne zdravstvene usluge

Četvrto mjerilo želi vidjeti da li postoje nejednakosti u kvaliteti i pristupu i pokrivenosti zdravstvenom zaštitom.

#### **Mjerilo 4. Sveobuhvatnost s obzirom na pristupačnost i pokrivenost zdravstvenom zaštitom**

- I. Sve učinkovite i potrebne usluge smatraju se dostupnim (financijska dostupnost i fizička dostupnost usluga)
- II. Sve su usluge ujednačene kvalitetu i dostupne svima

Peto mjerilo želi vidjeti kakav je način financiranja pravičan. Daniels je mišljenja da bi to bio onaj baziran na porezima.

#### **Mjerilo 5. Pravično financiranje**

- I. zdravstveni sustav financira se prema platežnoj moći svakog pojedinca
  - ako se temelji na porezima (koliko su progresivne porezne stope i koje skupine plaćaju iz svog džepa gotovinom)
  - ako se temelji na premiji zdravstvenog osiguranja (koliko se u obzir uzimaju kod izračuna pojedini populacijski parametri i koje skupine plaćaju iz džepa u gotovini)
  - ako se temelji na plaćanju iz džepa svakog pojedinca (je li plaćanje iz džepa pojedinca tako napravljeno da se teret prebacuje na one bolesne)

Šesto mjerilo želi vidjeti kakva je učinkovitost i kvaliteta zdravstvene zaštite i temelji li se ona na EBM (medicini zasnovanoj na znanstvenim spoznajama).

#### **Mjerilo 6. Učinkovitost, kvaliteta zdravstvene zaštite**

- I. Primarna zdravstvena zaštita (sudjelovanje zajednice, integracija s ostatkom sustava intersektorska integracija)
  - poticaji
  - odgovarajuće raspodjela sredstava za PZZ
  - interaktivno sudjelovanje zajednice, uključujući i vulnerabilne skupine
  - mehanizmi upućivanja na druge razine zdravstvene zaštite („vratari“ u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, mogućnost zaobilazeњa primarne razine, poštivanje autonomije)

- II. Provedba prakse utemeljene na spoznajama, odnosno činjenicama u zdravstvenoj politici, javnom zdravstvu, prevenciji, terapijskim intervencijama (poticaji za izradu smjernica, metode evaluacije utemeljene na znanstvenim spoznajama)
- Informacijska infrastruktura i baze podataka (istraživanja kliničkih i javnozdravstvenih intervencija utemeljenih na znanstvenim spoznajama, istraživanja zdravstvenog sustava, potreba populacije i postotka iskoristivosti)
- III. Mjere za poboljšanje kvalitete (redovite procjene kvalitete uključujući i istraživanje zadovoljstva, akreditacijski plan bolnica, profesionalna edukacija)

Sedmo mjerilo želi vidjeti kakva je administrativna učinkovitost sustava, tj. je li sustav transparentan, bez korupcije i nepotizma.

#### **Mjerilo 7. Administrativna učinkovitost**

- I. smanjenje administrativnih troškova
  - nabava odgovarajuće tehnologije, obuka za njeno korištenje te njeno održavanje
  - smanjenje prekomjernih marketinških troškova
  - učinkovito korištenje osoblja (smanjenje viška osoblja, imenovanja i napredovanja na temelju stručnosti)
  - adekvatna bazeni rizika za osiguravatelje
  - smanjenje struktura koje se dupliciraju , uključujući i integraciju vertikalno organiziranih programa
  - smanjenje troškovi transakcije, prijenosi osoblja ili pacijenata
  - smanjiti gubitak potrebnih kadrova iz sustava u cjelini (odljev mozgova)
  - smanjiti suficitarnost nekih usluga u nekim područjima
- II. Smanjenje troškova nabave
  - smanjenje varijabilnosti cijena
  - smanjenje troškova lijekova preko objedinjene nabave
  - oslanjanje na (kvalitetne) generičke lijekove, gdje je to moguće
- III. Smanjiti prebacivanje troškova
  - s primarne na tercijarnu razinu
  - na pacijenta
  - na javni sustav osiguranja

#### IV. Smanjiti zlouporabe i prijevare i neprimjerene poticaje

- ponovno slanje pacijenata (nepotrebni pregledi)
- davanje lijekova za dobit od strane liječnika
- postupci naplate
- nekvalificirani praktičari
- neprikladna promocija lijekova i uređaja
- prisvajanje javnih resursa za privatnu praksu

Osmo mjerilo mjeri demokratsku odgovornost sustava, tj. postoji li kontrola zdravstvenog sustava od strane civilnog društva, tj. građana.

#### **Mjerilo 8. Demokratska odgovornost i osnaživanje**

- I. Eksplicitni javni detaljni postupci za vrednovanje usluga s potpunim javnim izvješćima (korištenje izvješća, izvješća o provedbi, izvješća o poštovanju standarda, korištenje adekvatnih kvalificiranih savjetnika)
- II. Eksplicitne procedure za raspodjelu sredstava uz transparentnost i razložno opravdanje za odluke koje donese „dioničari“ u sustavu
- III. Globalno budžetiranje
- IV. Pravedni žalbeni postupci (pravne procedure za nesavjesno liječenje, mogućnost rješenja arbitražom)
- V. Odgovarajuća zaštita privatnosti
- VI. Mjere za provedbu u skladu s pravilima i zakonima
- VII. Jačanje civilnog društva (poticanje zagovaračkih grupa, poticanje javne rasprave uključujući i sudjelovanje vulnerabilnih skupina)

Deveto mjerilo želi vidjeti postoji li u sustavu autonomija pacijenata i autonomija pružatelja usluga. Naime, želi se vidjeti ostvaruju li pacijenti svoju autonomiju i imaju li prava na drugo mišljenje, pristup medicinskoj dokumentaciji, na odlučivanje, odbijanje i davanje suglasnosti za određene terapijske i dijagnostičke postupke itd. Također se želi vidjeti imaju li pružatelji usluga autonomiju u donošenju odluka i mogućnost npr. slanja pacijenta nekome drugome ukoliko sami ne žele ili nisu kompetentni provesti određeni terapijski dijagnostički postupak (priziv savjesti i slično).

### **Mjerilo 9. Autonomija pacijenta i pružatelja usluga**

#### I. Stupanj izbora pacijenta

- u odbiru pružatelja usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- u odabiru pružatelja specijalističke zdravstvena zaštite
- u odabiru alternativnih pružatelja zdravstvena zaštite
- u odbiru alternativnih medicinskih postupaka

#### II. Stupanj autonomije pružatelja usluga (praktičara)

## **Referencije**

1. Culyer, AJ 2001, 'Equity – some theory and its policy implications', *Journal of Medical Ethics*, vol. 27, pp. 275-283.
2. Braveman, P & Gruskin S 2003, 'Defining equity in health', *J Epidemiology Community Health*, vol. 57, pp. 254-258.
3. Blackwood, R, 'Equity in Health. Health Knowledge'. Available from: [www.healthknowledge.org.uk](http://www.healthknowledge.org.uk)
4. Kolm, SC 1998, *Modern Theories of Justice*, MIT, Cambridge Massachusetts, London.
5. Daniels, N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, & Pannarunothai S 2000, 'Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries', *Bull World Health Organ*, vol.78, pp. 740-50.

# **REFLEKSIJA NA TEKST O KONCEPTU PRAVIČNOSTI U ZDRAVLJU**

**Maja Miloš i Maja Lang Morović**

Uz mnoštvo detalja u tekstu se govori o konceptu pravičnosti općenito, o teorijskim postavkama na kojima se temelji te daje jasan uvid u razumijevanje pravičnosti u zdravstvu. Također, doteče se pojma nejednakosti, čija etiologija je multidimenzionalna te prelazi granice zdravstvene struke. Udžbeničkom preciznošću i organiziranošću, tekst čitatelju daje dovoljno informacija kako bi samostalno, na kritički način mogao donijeti odluku, odnosno zaključak o pravičnosti zdravstvenog sustava.

Čitajući ovaj tekst čitatelj može iskusiti brojne emocije i misaona previranja. Od teorijskih poimanja termina pravičnosti i njegovih implikacija u sustavu zdravstva, javljaju se kritička pitanja o provedbi istog koncepta u realitetu našeg zdravstvenog sustava. Interes brojnih autora za obradenu temu, ali i hijerarhijski način na koji su Danielsove smjernice o mjerjenju pravičnosti u zdravstvu nastale, oslikava kompleksnost razmišljanja o pojmu pravičnosti u zdravstvu. Počevši od deontologije kao pravca koji u nama stvara moralnu dužnost i obavezu brige o ostalim članovima društva na osobnoj razini, preko njezine primjene u zdravstvu kroz horizontalnu i vertikalnu pravičnost, ulijeva povjerenje u teorijsku snagu ovih koncepata, ali istovremeno izaziva osjećaj nelagode i osvješćuje nepravičnosti hrvatskog zdravstvenog sustava.

## **(Ne)pravičnost u hrvatskom zdravstvenom sustavu**

Čitanjem teksta javljaju se promišljanja o pozitivnim i negativnim stranama sustava u cijelosti. Definiranje pozitivnih strana o pravičnosti u sustavu zdravstva leže u teorijskoj pozadini sustava koji je svima dostupan, kako fizički tako i finansijski jer poštuje ekonomske nejednakosti stanovnika, odnosno minimizira finansijske prepreke dostupnosti zdravstvene zaštite. No, s druge strane, sagledamo li realitet hrvatskog zdravstvenog sustava, možemo uočiti kako se ovdje javljaju velike sistemske razlike kao posljedica:

- geografskog položaja – razlika između ruralnih i urbanih područja (centralizacija, veća udaljenost od grada – slabija kvaliteta usluga),
- obrazovanja – različite prilike za obrazovanje iako je besplatno i „svima dostupno“,
- socijalnih determinanti,

- nestandardiziranih postupaka u planu zdravstvenih mjera – mnoge aktivnosti koje podižu kvalitetu temelje se na intrinzičnoj motivaciji zdravstvenih djelatnika,
- razlike u edukaciji djece o zdravlju i pravima – različiti su programi prevencije, a u predškolskom programu prevencija je zanemariva,
- nejednakosti preventivnih mreža,
- nejednake razvijenosti palijativne skrbi,
- razlike u dostupnosti hrane – nedostupnost u trgovinama u manjim mjestima, cijena hrane je nejednaka,
- razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite.

Ovdje su navedene samo neke od nepravilnosti u hrvatskom sustavu općenito, a neke od njih usko su vezane uz ljudska prava. Uspoređujući navedeno stanje s navedenim teorijskim postavkama i načelima pravičnosti, uočava se visoka razina nepravičnosti i nepoštivanja svih opisanih teorijskih koncepata pravičnosti u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a i u društvu općenito, što je usko i hijerarhijski povezano.

## **Od teorijskih postavki do realiteta**

Kritičkim promišljanjem samog teksta ali i opisanih nelogičnosti, postavlja se dodatno logično pitanje odgovornosti za dovedeno stanje i razloga održavanja takvog stanja već dugi niz godina. Kao što smo navele u uvodnom dijelu teksta, teorijska snaga navedenih koncepata pravičnosti u zdravlju je neupitna, ali u pitanje se dovodi sustavna provedba te dosljednost i ustrajnost u postizanju istih. Sustav vođenja države možemo promatrati kao živi organizam koji se sastoji od više razina, a polazi od one osnovne – mikro razine u kojoj se nalazimo mi kao pojedinci. Nadalje, zajednica sa svojim djelovanjem i energijom predstavlja snažan i djelotvoran segment sustava – segment u kojem se događaju promjene. Zašto neke zajednice žive zdrav sustav, a u nekima je toliko izražena nepravičnost kao što je to primjer hrvatskog sustava? Osvrnemo li se na deontološke teorije koje su u tekstu navedene kao najzastupljenije po pitanju definiranja pravičnosti, možemo zaključiti kako pravičnost započinje upravo na individualnoj razini. Prema tome, odgovornost polazi od pojedinca. S ciljem dostizanja jednakosti, pravednosti i pravičnosti u sustavu zdravstva, svatko od nas, a posebice stručnjaci zaposlenih u zdravstvenom sustavu, ima moralnu dužnost i sam u svojem radu koristiti opisane postavke i usmjeravati svoj rad za dobro ostalih članova društva. Tek tada možemo potaknuti promjene, koje će se zatim replicirati na razinu zajednice, pa tako i na sustav zdravstva i konačno, sustav u cijelosti.

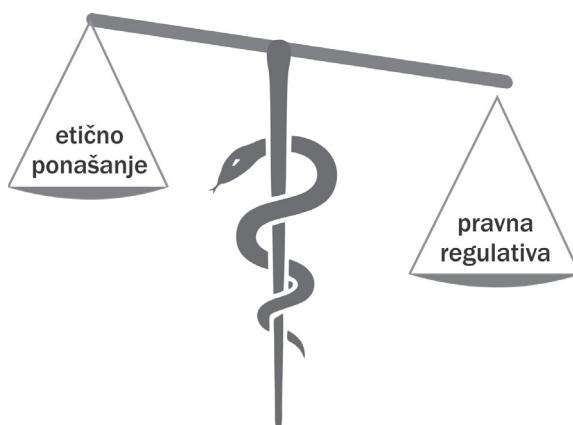
## Kako povećati pravičnost?

U svakoj od ovih razrada spominje se ista problematika, odnosno pravičnost s ciljem postizanja najvećeg dobra, izbjegavanja nepravde i pružanja jednakih mogućnosti svim pripadnicima društva.

Zdravlje, kao temeljno ljudsko pravo svakog pojedinca, trebalo bi samo po sebi biti pravično, a napor i sustava trebali bi biti usmjereni upravo prema omogućavanju jednakih usluga zdravstvene skrbi za sve. U zdravlju, pravičnost se ogleda kroz sistemske razlike, a sam koncept i njegova realizacija prelaze granice zdravstvene djelatnosti i zdravstvenog sustava.

Pitanje nejednakosti u zdravlju, kao što je navedeno u tekstu, važno je vrlo jasno definirati i svim naporima stalno podsjećati sve djelatnike zaposlene u zdravstvu da se u svom radu vode idejama pravednosti, pravičnosti i jednakosti, a u najvećoj mogućoj mjeri izbjegavaju činiti propuste koji dovode do razlika. Početna točka je promišljanje o sebi i vlastitim postupcima.

Što bismo mogli učiniti na individualnoj razini kako bismo utjecali na povećanje pravičnosti u vlastitom djelovanju i okruženju? Postoje li postupci (i koji su to) koje činimo na svjesnoj ili nesvjesnoj razini, a kojima podržavamo postojeće stanje nepravičnosti? Jesmo li uistinu svjesni razina nepravičnosti u zdravlju, a i u društvu općenito?



**Slika 1.** Vaga pravičnosti

# **REFLEKSIJA NA KONCEPT PRAVIČNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

**Silvije Vuletić**

Pravičnost je etički koncept koja označava socijalnu pravdu i poštenje, a temelji se na distributivnost pravednosti izvjesnog sustava zdravstvene zaštite.

S javnozdravstvenog aspekta, fokus je na pravičnosti u svim društvenim skupinama neke zajednice, posebno onima koje su naročito ranjive zbog svog različitog položaja u društvenoj hijerarhiji.

Osnovno je pitanje: Je li pravičnost zdravstvene zaštite održiva u hrvatskom sustavu javnog zdravstva?

Svjesni smo kako je pravičnost zdravstvene zaštite u dubokom konfliktu sa interesima, vrijednosnim sustavima, osjećajima i društvenoj hijerarhiji koji vladaju u nekoj zajednici. Pojedinci, obitelji i zajednica u susretu s nepravičnosti doživljavaju kronični stres. Zajednica ljudi jako je osjetljiva na nepravičnost bilo čega i bilo koga.

Kada procjenjuje pravičnost u nekoj zajednici javnozdravstvenog profesionalca zapljuškuju pravičnost, zakonodavstvo, profesija, populacijske skupine. To je realitet svake zajednice koja se nalazi u stalnom konsenzusu s danim zakonodavstvom, društvenim kretanjima i vrijednosnim sustavima pojedinaca.

Razmotrimo li pravičnost u zdravstvenim i društvenim sustavima u zanemarenim populacijskim skupinama, npr. Roma, možemo ustanoviti da zakoni manje ili više odgovaraju pojmu pravičnosti.

Javnozdravstveni profesionalci se u praksi „lome“ oko pravičnosti radi nejednolikog pristupa i pružanja usluga zdravstvene zaštite. Distribucija pravičnosti otežana je provedbom zakona radi geografskih i socijalnih razlika koje realno postoje, i vrijednosnih sustava populacijskih skupina u nekoj zajednici.

Sjetimo se samo ne tako davne afere, kada su roditelji zahtijevali separaciju svoje djece od romske djece. Brojni su takvi primjeri osiguravanja pravičnosti u našem društvu. Hrvatska je izrazito heterogena kako geografsko-ekološki tako i po društvenom položaju i značenju u društvenoj hijerarhiji našeg stanovništva.

U konceptu i principima pravičnosti razrađeno je devet mjerila pravičnosti zdravlja. Shematski prikaz tih mjerila prikazan je u Slici 1. Lako je stanoviti da

u nas ne postoji takav sustav mjerila pravičnosti. Međutim, naše javno zdravstvo nužno mora početi sa stvaranjem takvog mjernog sustava.

Zadaća je javnozdravstvene profesije da razvije neprekidnu diskurzivnu platformu pravičnosti zdravstvene zaštite.

Javno zdravstvo kao struka i znanost mora definirati:

- norme pravičnosti i ponašanje u zdravstvenoj zaštiti.
- znanje o pravičnosti,
- pravila ponašanja kako javnozdravstvenih profesionalaca tako i zajednice.

Definiranje javnog zdravstva kao struke može se postići samo dijaloški. Takav dijalog traži argumentiranu razmjenu suprotstavljenih tvrdnji i iskustva diskurzivne prakse, ono što uključuje starogrčka riječ *parrhesia* u smislu „govoriti slobodno“.

Dijalog je višestruki proces koji propisuje mnogo više od uobičajenih predodžbi od razgovornog načina razgovaranja i o govornoj razmjeni.

Važno je prijeći s diskursa moći i nadglasavanja u dijaloški diskurs koji iz suprotnog suglasja stvara nešto novo.

Možda bi Aristotelov pristup pravičnosti bio pogodan model u planiranju pravičnosti zdravstvene zaštite. Aristotelov pristup govori o horizontalnoj pravičnosti, koja zahtijeva da jednakе slučajeve uvijek tretiramo na isti način te vertikalna pravičnost u kojem različite slučajeve tretiramo različito. Ta ideja starog grčkog filozofa čini se zgodnim modelom projenjivanja pravičnosti u sustavu organizacije i provođenja zdravstvene zaštite. Naime, u vertikalnoj centralističkoj osi zakona i uredaba od ministarstva do obiteljskog liječnika te lokalne zajednice vlasti i moći, u toj hijerarhiji postoji niz različitih momenata za definiranje i uklapanje pravičnosti u akte i ponašanje javnozdravstvenih i socijalnih profesionalaca. U horizontalnoj osi pravičnosti, osim pravnim aktima koji bi rušili barijere provođenja pravičnosti, važno je uspostaviti javni diskurs o vrijednosnim sustavima koji vladaju u nekoj zajednici, bolje reći o *epistemi* dane zajednice.



**Slika 1. Pravičnost**

## **JAVNOZDRAVSTVENA TEMATIKA**

*Želimir Jakšić*

*Aleksandar Džakula*

*Aleksandar Džakula*

*Damir Ivanković*

*Goranka Rafaj*

*Josipa Kern*

*Ankica Džono Boban*

*Karmen Lončarek*

*Darko Ropac*

*Ksenija Vitale*

*Ankica Senta Marić*

*Matko Burić*

*Duško Popović*

*Silvije Vuletić*

# FENOMENOLOGIJA JAVNOG ZDRAVSTVA

Želimir Jakšić

Fenomenologija javnog zdravstva je surova i opasna tema. Ne može se raditi naravno samo o pobrojavanju raznih fenomena (opisa ili definicija) javnog zdravstva, jer to obavezno vodi do toga da se od drveća ne može vidjeti šuma. To mora biti bar neka dijalektika ideja i poj ava, a najbolje spoznaja što se iza tih fenomena krije. I tu postaje opasno da se razbije mnoge nade i iluzije onih koji osjećaju javno zdravstvo kao svoj dom.

Javno ne dolazi naime niti od nekog demokratskog pojma javnosti niti od znanstvene suprotnosti javno (pozitivno) i tajno (opskurno) i neznanstveno, već od jasne državne definicije javnosti. To nas vodi odmah u širu porodicu i porijeklo javnog zdravstva.

## Porijeklo

Skrb za zdravstvo u antičko doba dolazila je od boga Apolona i polu-bogova nižeg ranga Asklepija (s poznatim Eskulapovim štapom, znakom autoriteta, sa zmijom bjelicom što je bila u vezi sa zemljom i ponovnim rađanjem), te Pandore (bogate i lijepе, koja je uklanjala sve bolove) i Higijee (siromašne i skromne, koja se brinula o zdravlju). Tu još nema mjesta za javno zdravstvo, premda su mu to simbolički predci od kojih je nesumnjivo on daleki nasljednik Galenove Higijee.

Kršćanski srednji vijek ostavio mu je u nasljeđe sažeto iskustvo pravila Regimen sanitatis Salernitanum kojih ako se ne držiš bit će kažnjen, jer sam si to zaslужio, kao i kod drugih grijeha koje činiš.



Neposredan predak javnog zdravstva je Johann Peter Frank (1745-1821). Rođen na graničnom području njemačke i francuske (europske?) kulture (studirao medicinu u Metzu i Heidelbergu, a kasnije predavao u Paviji, Beču, Vilniusu i Petrovgradu). Bio je prototip mnogih kasnijih javno-zdravstvenih radnika. Shvaćao je da je većina bolesti posljedica siromaštva, imao je srce socijalnog medicinara i imao hrabrosti reći da svi imaju pravo na dostojan život i zato treba podijeliti zemlju najsirošnjima, jer se glad i bolest vide na licima radničke klase.

Od 1799. počeo je izdavati svoje monumentalno djelo *System einer vollstaendigen medizinischen Polizey*, kojeg je dopunjavao do kraja života tako da su zadnji svesci izašli tek posthumno. Ideje su mu bile revolucionarne ali on sam nije bio revolucionar, već je vjerovao da su socijalne razlike neizbjegne, i da se reforme mogu provesti prosvijećenim apsolutizmom, medicinskom politikom i ‘policijom’.

Tako je i do danas. Javno zdravstvo je uz skute vlasti i provodi državnu politiku i rijetko i načelno dostiže radikalne ideje svog neposrednog oca. Ponekad od krute zbilje pobjegne u ‘znanost’ (povijest i sociologiju medicine ili metodologiju istraživanja), češće u bavljenje organizacijom i managementom, ponekad u samaritanske dužnosti prema najugroženijim stradalnicima.

Nepovoljno je kad se upusti u klerikalnu solidarnost s postojećim institucijama (jer je tako najsigurnije da se može preživjeti ili ‘bar nešto ostvariti’), striktnu administrativnu legitimnost prakse ili konačno u birokraciju skupljanja podataka za političke izvještaje državnoj vlasti (‘naše je da stručno ustanovimo stanje, a akciju provode drugi’).

Dogada se također još gore (‘naše je da pronalazimo one koji ne provode zakone i propise, a akciju provode drugi, za to ovlašteni.’) kad sudjelovanjem u provođenju propisa i izbjegavanjem vrednovanja svog djelovanja jedan broj službi unutar javnog zdravstva uspijeva osigurati sigurna sredstva koje izravno (plus neizravne solidarnosti) plaćaju oni koji su navodno ugroženi i koje zaštićuju. To su naročito one službe koje se brinu o nekim ‘uhvaćenim’ skupinama kao što su školska djeca, ‘živežari’, športaši, vozači, posebne grupe radnika itd.

Slično se zalutati može i u drugim smjerovima u moralno dvojbena područja. Na primjer, razdvajanje prakse i proklamiranih ciljeva (skrivena ili nesvjesna reklama upotrebe pojedinih aparata, određene hrane, simboličkih postupaka itd.), pristranim tumačenjem pojava koje se želi suzbiti ili potaknuti (npr. shvaćanja o cijepljenju, slobode činjena zla sebi i drugima: pušenje, religiozno shvaćanje bolesti kao kazne i sl.), te u indoktrinaciji razumijevanja odnosa među ljudima (npr. narcizma, uljepšanih i pogrdnih odnosa), lažnim povezivanjem ljudi i struktura moći (političkih, gospodarskih, vlasti, npr. ‘zdravih škola’, ‘zdravih gradova’ itd.).

U razotkrivanju pozadine tih ‘stranputica’ i skrivenih interesa koji se iza tog kriju može pomoći ‘destrukturniranje’ fenomena, npr. analizom onih koji imaju virtualnu, a koji stvarnu korist u tijeku vremena, praćenjem putova kojim se ostvaruju u troše sredstava.

Na Tablici 1 su podaci jednog od rijetkih empirijskih istraživanja o učinkovitosti utrošenog novca koji je dan stanovnicima, socijalnoj i zdravstvenoj zaštiti u razvijenim zemljama OECD. Podaci su dobiveni složenim postupkom i rezultate

treba interpretirati oprezno. Rezultati su prikazani promjenom mortaliteta kod odabranih grupa bolesti (kardiovaskularnih, raka, alkoholizma, samoubojstava i tuberkuloze). Ukupno je najbolji rezultat postignut za ulaganje u socijalnu zaštitu (u toj vreći gdje su izmiješane zemlje i rezultati mortaliteta raznih bolesti, te populacija i službe koje se razlikuju značajno po sredstvima koja im stoje na raspolaganju). Premda se taj relativni rezultat može interpretirati na razne načine, on nas mora upozoriti na već prije uočenu činjenicu da specifične i specijalizirane stručne službe ne moraju biti najefikasnije u rješavanju problema svoje specijalnosti. Zato interes i privlači Finska inicijativa iz 2006 ‘Zdravlje u svim politikama (HiAP – Health in all policies).

**Tablica 1. Socijalna zaštita i zdravstvo**

Korisnici 100 dolara	Stanovnik	Soc. zaštita	Zdravstvo	R <sup>2</sup>
postotak promjene mortaliteta po uzrocima	↓	↓	↓	↓
Ukupni mortalitet	-0,14%	-0,99%	-0,01%	0,906
Cirkulacijski	-0,31	-1,23	-0,28	0,901
Rak	-0,03	-0,07	-0,82	0,535
Alkohol	-0,21	-2,80	+0,97	0,773
Samoubojstvo	+0,19	-0,62	-3,15	0,239
Tuberkuloza	-0,59	-4,34	+2,11	0,716

Za razdoblje 1980-2005 po podacima 15 europskih razvijenih zemalja izračunato je kolika je bila promjena mortaliteta povezana za 100 dolara povećanja prihoda po stanovniku, a koliko u socijalnoj službi, i u zdravstvu .

Fenomenologija javnog zdravstva i ljudi koji se njime bave kako smo ustanovili i u raznim razdobljima i u raznim zemljama mnogostruko je raznolika. Razlog je da se mora i služba i struka uvijek ponovno prilagođavati vladajućem državnom sustavu i društvenoj, ekološkoj i zdravstvenoj situaciji. To se fenomenološki teško može pravovremeno uočiti.

Međutim, upravo je u tom širem okviru moguće ne samo prepoznati zašto i kako dolazi do promjene sadržaja i metoda djelovanja već u pozadini pojedinih fenomena prepoznati razlog i činioce koji dovode do promjena, odnosno koji su suvremeni rođaci javnog zdravstva i kakva je moć javnog zdravstva u toj familiji.

Na Tablici 2. su pojednostavljeno prikazani osnovni socijalni problemi kojima se javno zdravstvo bavilo. Nisu prikazani važne demografske prilike ni medicinski sadržaji i njihove promjene (od gladovanja i zaraznih bolesti do tzv. kroničnih nezaraznih bolesti, duševnih smetnji i zdravstvenog ponašanja) da se njima ne prikriju socijalno-medicinski problemi koji čine srž javnozdravstvenog djelovanja.

**Tablica 2. Jahači Apokalipse**

SOCIJALNE POJAVE KOJE BI TREBALO SVLADATI JAVNO ZDRAVSTVO			
od Biblike i totalitarne do socijalne pa do neoliberalne države			
Biblijska vremena	‘Uređena država’	Suvremena država	‘Posrnula’ vremena
Glad	Neznanje	Siromaštvo	Isključivost
Kuga	Očekivanja	Invaliditet	Asocijalnost
Rat	Bolest	Neznanje	beznađe
Smrt	Bijeda	Nepravičnost	Opterećenost
	Lijenost	Nezaposlenost	Nerad

Biblijska vremena su na tablici ilustracija drevnog apokaliptičkog straha kad su već postojale tradicionalne mjere zajednice u opasnosti, te neke društvene intervencije, teško usporedive s današnjim javnim zdravstvom. Pod uređenom državom prikazani su problemi industrijske države kako ih je doživljavao W Beveridge. ‘Posrnula vremena’ kao i ‘Biblijska vremena’ su dio okvira koji su danas javlja i širi kao strah i proširena depresija, što javno zdravstvo i danas upotrebljava u promicanju svojih nastojanja, ali još ni samo ne zna riješiti. Nesumnjivo je, međutim, da se radi o dinamičkim promjenama koje su tu, koje se i dalje razvijaju, dijelom vraćaju, isprepliću i ključaju.

**Tablica 3. Promjene stavova o načinu uspješnog djelovanja javnog zdravstva**

Državno uređenje	Važni autori i ‘hijerarhija’ metoda	Dominantni kapital
Prosvjećeni apsolutizam	JP Frank: <i>zakoni prinuda odgoj</i>	LJUDSKI
Rano industrijsko društvo	R Virchow: <i>politika zakoni odgoj</i>	MATERIJALNI
Totalitarni sustavi	A Grothjan, NA Semaško: <i>nasilje i/ili ‘kupovanje’ socijalnog mira</i> (posebna skrb za radnike i vojнике)	DRŽAVNI
Država blagostanja	W Beveridge: <i>državna regulacija, soc. osiguranje; participacija zajednice</i>	SOCIJALNI
Neoliberalno društvo	M Friedman: <i>individualna odgovornost, monetarizam, slobodno tržište, slabljenje službe JZ</i>	FINANCIJSKI
<i>Naziranja budućih problema</i>	Održivost tehnološkog napretka (nejednakosti); Globalizacija (širenje bolesti, dominacija fin.kapitala); Migracije i terorizam; Ekologija (vatrogasna, 5 min. prije 12)	INTELEKTUALNI

Na Tablici 3 je koncentrirana pažnja na pristup i način rada javnog zdravstva. Može se nazrijeti da je u vrijeme njegove mladosti bilo i najuspješnije i u rukama velikih reformatora došlih iz familije socijalne medicine, prvo kao javno zdravstvo, a onda kao ‘novo javno zdravstvo’ uz bok moćnije kliničke medicine. Kasnije su sve veću ulogu preuzeli ekonomisti i političari, uz sve manju grupu zainteresiranih medicinara i sve veće grupe različitih stručnih disciplina. Velike međunarodne organizacije igraju važnu ulogu i prikrivaju stvarno moćne finansijske i gospodarske međunarodne korporacije. Individualna sloboda kao fenomen, uz individualnu odgovornost što istupa u prvi plan, ruši zajedništvo, slabi uzajamnost što je bilo obiteljsko blago porodice javnog zdravstva. Nažalost je dvojbena i mala utjeha da dolazi doba ‘intelektualnog kapitala’ koji će suzbiti ili riješiti probleme koji su pred vratima stvaranjem nekog ‘najnovijeg’, globalnog, pomalo religioznog javnog zdravstva. I medicina i sa svojim nametljivim javnim zdravstvom, a i njihovo nekad dobro srce socijalne medicine moraju se skromno i poslušno smjestiti u kut do sigurne buduće zdravstveno-kulturne revolucije.

Raznolika fenomenologija i praktični naglasci djelovanja upozoravaju nas na to da nisu u najširim razmjerima riješena temeljna pitanja.

**Tablica 4. Znamo li što želimo**

Dugovječnost	ili	Kvalitetu življenja
Moć	ili	Zajedništvo
Zdravlje	ili	Život
Bogatstvo	ili	Poštenje
Znanje	ili	Spoznaju
Napredak	ili	Razvoj
<b>I jedno i drugo, naravno, ali možda bi trebali više ono drugo!</b>		

U Tablici 4 pobrojana su neka od osnovnih pitanja o koja se sapliću sva rješenja i koncepcija sustava svih postojećih pa i prošlih i budućih fenomena javnog zdravstva.

Kad bismo samo mogli željom ostvariti pobrojane ciljeve, ili, ako hoćete vrijednosti, koje bi trebale zadovoljiti potpunog čovjeka ne bismo mogli izabrati, ali svakodnevno svatko vrlo određeno bira, ponekad slično s drugima (moda), ponekad vrlo različito (protest). Znači li to da ne može biti zajedničkog sustavnog rješenja ili da nas promatranje fenomena još uvjek upućuje na to da budemo površni i odlučujemo *ad hoc* ?

Ne, oni nas usmjeravaju da nađemo dublje korijene tog složenog fenomena, pa treba ovako zaključiti: Već iz ovog prikaza pokazuje se da zdravlje nije važnije od života i da nije zdravo živjeti za zdravlje, a da javno ne može biti državno, već zajedničko i slobodno.

# O REFORMAMA ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ KAO PRIČA O „TRI VELIKE RIJEKE“

Aleksandar Džakula

## Tri procesa i njihove akutne dominantne faze

Hrvatski zdravstveni sustav još uvijek ima snažne tradicije i znanja u pružanju zdravstvene zaštite kao i naslijedenu strukturu. Tu strukturu čini velika mreža dobrih javnih ustanova čiji su osnivači država ili jedinice regionalne samouprave, koji kroz osnivačka prava još uvijek uspjevaju kontrolirati ključne velike procese u zdravstvenom sustavu. No, dugotrajna kriza u zdravstvu najviše erodira upravo te temeljne strukture, to jest, supstancu i ukupni kontekst zdravstvenog sustava.

Dok erozija uništava supstancu sustava, većina građana i upravljačke strukture u zdravstvu bave se samo površnim, lako uočljivim manifestacijama te erozije. Za građane to su, primjerice, problemi liste čekanja, visina izdvajanja za osnovno zdravstveno osiguranje, participacije, i općenita pitanja kvalitete usluga (razlika kvalitete usluga između različitih ustanova, ljubaznost osoblja i sl.).

Strukture koje sudjeluju u upravljanju zdravstvom mahom se bave problemima svakodnevnoga gospodarenja zdravstvom kao što su deficit, dugovanja ustanova, problemi zapošljavanja, manjak zdravstvenog kadra.

Kontinuirano slabljenje zdravstvenog sustava može se objasniti kroz značenje i promjene u tri ključna procesa koja nisu adekvatno prepoznata niti adekvatno vrednovana u niti jednoj zdravstvenoj reformi od 1945. godine.

Polazište ovog zapažanja je, da hrvatski zdravstveni sustav nije adekvatno sagledavao tri ključna procesa kao dio jedne cjelovite priče „velike rijeke zdravstva“:

- proces razvoja medicinskih tehnologija,
- proces porasta i promjene potreba, odnosno zahtjeva i povezano s tim ograničenja resursa,
- promjene i porast potrebe za modernim upravljanjem koje nije samo racionalizacija nego je i mudro i cjelovito vođenje sustava.

Neuspjeh ili propust da se ta tri ključna procesa i uz njih povezani trendovi i pojave stave u jedan kontekst zdravstva i da se njima cjelovito i povezano bavi, rezultira stanjem zdravstva od 90-tih na ovamo.

Naime, sve naše reforme bile su fokusirane na rješavanje akutnih problema, odnosno pojava koje su se predstavljale kao problem, ali zapravo suštinski nisu zadirale u dublje procese koji su te probleme uzrokovali. Jedan od najvažnijih procesa koji obilježava organizaciju zdravstvenog sustava jest sam razvoj medicine i zdravstvenih tehnologija. On ima svoju dinamiku koja je konstantno razvojna - od razvoja prvih pomagala, a onda kasnije i dijagnostičkih sredstava kao što je rendgen, te kasnije s revolucijom antibiotika i drugih lijekova. Mi smo zapravo svjedoci jedne ekspanzije tehnologija koje snažno vuku cijeli zdravstveni sustav prema naprijed.

Drugi bitan proces koji se neprekidno odvija je zapravo proces promjena i razvoja potreba i zahtjeva. Potreba, jer otkrivamo da mogućnosti, odnosno medicinske tehnologije, otvaraju nove horizonte pa se time na neki način i širi i prepoznaje veći krug potreba i mogućnosti u populaciji. S druge strane, građani prepoznaju mogućnosti novih tehnologija kao priliku da svoj život učine boljim, dužim, kvalitetnijim i s manje patnje.

I na kraju, treći proces, koji ne pratimo ali s kojim se stalno suočavamo, je proces osiguravanja i razvoja resursa koji će razvijene medicinske tehnologije i iskazane zahtjeve i potrebe moći učiniti realističnim, i, drugim riječima, realizirati ih u sustavu kroz mudro i cjelovito upravljanje.

Dakle, tri su ključna procesa koja se događaju paralelno a koji, u cjelini, određuju odnos prema zdravstvenom sustavu. Prvi je razvoj medicine i medicinskih tehnologija, drugi je razvoj i oblikovanje potreba i zahtjeva sukladno prepoznavanju potreba i sukladno formuliranju zahtjeva u odnosu na ono što i građani misle da suvremena medicina može i na kraju, treći, to je ograničenje odnosno realitet resursa kojima trebamo omogućiti ostvarenje održivog odnosa mogućnosti medicine i resursa koji su nam na raspolaganju. Promatrajući ove procese kao usporedne „rijeke“ koje određuju život zdravstva, treba istaknuti da je u periodu od 1945. svaki od procesa „imao svoje“ vrijeme, svoju fazu u kojoj se je posebno isticao i određivao ponašanje, odnosno donošenje odluka i upravljanje zdravstvenim sustavom.

## **Dominantne faze – periodi u kojima je pojedini proces obilježio upravljanje zdravstvom**

*Prva faza dominacije u upravljanju zdravstvenim sustavom vezana je uz proces razvoja medicinskih tehnologija.* Ova je faza obilježena velikom razlikom između medicinskih tehnologija koje se mogu iskoristiti na dobrobit naroda i resursa koji

su na raspolaganju. Taj period obilježava stanje nakon Drugog svjetskog rata. Iako još nedovoljno razvijena, medicina je daleko ispred resursa i, na neki način, ona je vodeća snaga kojom se pokušava dostići javni sektor. U tom periodu dominira potreba za velikim razvojem, za ekspanzijom, izgradnjom zgrada, bolnica, objekata, nabavkom opreme, uvođenjem novih tehnologija. Drugim riječima, to je jedna iznimno značajna ekspanzionistička snaga medicine u zdravstvu, to je prostor velikih investicija, širokog razvoja u kojem se doista doživljava procvat medicine i tehnologije i njihove primjene u svakodnevnoj praksi.

Taj period u Hrvatskoj traje gotovo sve do početka 80-tih godina što je vidljivo i po objektima, rasporedu objekata, mreža pa i ukupnim investicijama u zdravstveni sustav. Nažalost, Hrvatska u tom periodu još uvijek nije prepoznala ukupna ograničenja ove faze, tj. ograničenja suvremene medicine, ograničenja koja su prepoznali Marc Lalonde i Ivan Illich. Oni u toj ekspanziji, koja impresionira svojom tehnološkom snagom i dostignućima, prepoznaju i značajna ograničenja. Naime, prepoznaće se da taj tehnološki „boom“, tehnološka ekspanzija doista nude iznimno puno dobrega. Nude spašavanje života, nude smanjivanje patnji ali zapravo ne mogu osigurati sve ono što populacija treba i očekuje, a tu se misli na zdravlje. Ivan Illich 70-tih godina objavljuje knjigu s naslovom *Medical Nemesis*, a javlja se i reakcija kanadskog ministra zdravstva Lalondea koji govori o ograničenjima medicinskih tehnologija i potrebi da se uvedu nove paradigmе i novi pogledi na skrb o zdravlju i korištenju medicinskih tehnologija. Ovoj reakciji pripada i pojava koncepta salutogeneze po Antonovskom.

U Hrvatskoj, taj trend prepoznavanja ograničenja medicine dolazi tijekom 80-tih godina i vrlo brzo se profesionalci priključuju pokretu za promicanje zdravlja, između ostalog i prvim skupom Zdravih gradova u Zagrebu. Međutim, iako taj cijeli proces traje tijekom 90-tih kao nacionalna široka fronta on se uglavnom pretvara snažnu civilnu inicijativu koja tek u pojedinim sredinama ili dijelovima većih sustava doživljava svoju afirmaciju.

*Druga faza* koja slijedi nakon primarne ekspanzije medicinskih tehnologija je faza u kojoj se počinju javljati *ograničenja u resursima*. Dva su razloga nastajanja tih ograničenja. Jedan razlog leži u ekspanziji medicinske industrije čiji je razvoj nemoguće pratiti s resursima. S druge strane dolazi do promjena u populaciji - starenjem stanovništva rastu i zahtjevi i potrebe za zdravstvenom zaštitom.

Faza ograničenja resursa, koja u Hrvatskoj počinje 70-tih godina a vrlo je izražena 80-tih godina, dodatno je opterećena s fenomenom „socijalne sigurnosti“. Politika i doktrina socijalizma pokušava zdravstvenu zaštitu staviti u prvi plan kao oblik najvećeg postignuća društva u kojem svi imaju pravo na zdravstvenu zaštitu. Fenomen ograničenja resursa i potrebe da ih se što kvalitetnije alocira iskazuje

se i kroz sustav samoupravljanja, tj. kroz samoupravne interesne zajednice (SIZ) u kojima pružatelji usluga, zdravstveni radnici, direktno pregovaraju s korisnicima zdravstvenih usluga - što i kako osigurati u zdravstvenom sustavu. To je bio pokušaj da se ograničenja resursa na neki način harmoniziraju i pretvore u održivi model, u kome će se pojaviti „win-win“ pozicija između predstavnika zdravstvenog sustava i građana odnosno korisnika. Možemo reći da 80-te godine ili tu drugu fazu ograničenja resursa karakterizira i stabilizacija, ali i pokušaj da se poveća efikasnost zdravstvenog sustava i da se uvedu novi načini upravljanja. S jedne strane, novi načini upravljanja su samoupravni sustav i samoupravno upravljanje, a s druge strane, potreba za uvodenjem kvalitetnog, bolje obrazovanog i samostalnijega managementa.

*Treća faza u promjenama odnosa prema zdravstvenom sustavu započinje 90-tih godina.* Ona predstavlja možda najzahtjevniji odnos u *upravljanju zdravstvenim sustavom* koji se u svojim začecima a i kasnije u realizaciji (koja će potrajati više od 15 godina) gotovo isključivo svodio na *racionalizaciju*. Naime, sustav uvođenja povećane efikasnosti modernijeg upravljanja koji je zamišljen i testiran 80-tih godina, zbog početka tranzicije i rata, naprasno je prekinut. Umjesto unapređenja sustava upravljanja uvodi se obveza, odnosno imperativ racionlizacije potrošnje u zdravstvu koji se pokušava riješiti centralizacijom sustava. Tako period ranih 90-tih godina (do 1993. godine) dominantno obilježava kontrola troškova u zdravstvenom sustavu. Naglašava se potreba da se neracionalno trošenje tijekom 80-tih godina socijalizma stavi u nove moderne okvire i ograniči primjereno resursima (smanjenim zbog krize i rata).

Međutim, ni tada, što je vidljivo iz izjava autora reformi ranih 90-tih godina, nisu provedene adekvatne analize da se utvrdi koji su to procesi, a koja stanja koja treba promijeniti kako bi sustav doista bio efikasniji. S obzirom na činjenicu tranzicije i međunarodnog pritiska jedna od opcija za rješavanje problema neracionalnosti u zdravstvu bila je i privatizacija. Tako se kao gotovo jedino rješenje u ranim 90-tim godinama nameće privatizacija u zdravstvenom sustavu, a na nacionalnoj razini centralna kontrola nad ukupnim trošenjem u zdravstvu. Takva odluka zapravo ima višestruko značenje. Bez provedenih analiza ona izabire jedno određenje, privatizaciju, a da detaljnije ne razmatra moguće učinke i značenja za državu. S druge strane, zaustavlja se široka fronta započetog sustava mjera promicanja zdravlja koji predstavljaju veliko i značajno nasljeđe 80-tih godina. Na cijelu priču o privatizaciji i racionlizacijama nadovezuje se jedna pomalo kontradiktorna mјera, a to je decentralizacija - razdvajanje domova zdravlja u domove zdravlja kurativne prirode i zavode za javno zdravstvo.

Dakle, trenutak potrebe za racionlizacijom rezultira cijelim nizom poprilično kaotičnih, a ponekad i kontradiktornih mјera koje su do današnjih dana nerazriješene.



**Slika 1. „Eko sustav paralelnih riječnih tokova“**

## **Novija povijest - reforme i „reforme“ od 1990. godine**

Dogadanja u novijoj povijesti treba sagledati kroz ključne procese koji su se dogodili u zadnjih 25 godina promjena u zdravstvenom sustavu. Na prvom mjestu je proces racionalizacije koja se materijalizira kroz središnju kontrolu države, a to znači jedinstvenoga zavoda za zdravstveno osiguranje, dakle, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i s njim povezanog Ministarstva zdravlja. Snaga i moć se koncentriра na te dvije instance i one ostaju kontinuitet koji jedini kupuje uslugu na tržištu i regulator koji predstavlja volju države. Oni provode ključne reforme, odnosno imenuju ljudе na ključnim pozicijama u svim državnim zavodima i svim ustanovama tercijarne razine kojima je država osnivač. Osim centralizacije, visoke razine kontrole i konstantnog pritiska za racionalizaciju, važno je vidjeti gdje su nastala ograničenja u samim reformama. Prvo ograničenje nastalo je procesom decentralizacije. Naime, Hrvatska je imala tradiciju decentraliziranog sustava gdje su općine imale svoje SIZ-ove i donosile dobar dio odluka na lokalnoj razini. Kada se to pokušalo obnoviti, 1993. godine pojavile su se novoformirane županije. Županije, kao novoformirana tijela nisu mogле naslijediti tradiciju SIZ-ova niti onog dijela poslovne birokracije koja je nestala ili prešla u strukture zavoda za zdravstveno osiguranje. Tako je upravljanje zdravstvom na lokalnoj razini, dakle, upravljanje domom zdravlja, novoformiranim zavodom za javno zdravstvo, općim i specijalnim bolnicama, našlo se u rukama ljudi koji za to nisu bili kompetentni. I taj veliki hendikep nije riješen sve do današnjih dana. Naime, upravljanje lokalnim zdravstvenim sustavom je prepusteno lokalnoj političkoj volji. Bez stručne ekspertize, bez regulatornog stručnog tijela na lokalnoj razini, direktno imenovanjem osobe na poziciju ravnatelja u nekoj ustanovi politika se pretakala u poslovanje neke zdravstvene ustanove. Kad govorimo o zdravstvenoj ustanovi, tu se događa niz problema.

## **Narodno zdravlje i primarna zdravstvena zaštita**

Možda najznačajniji problem, događa se na razini doma zdravlja. Naime, u namjeri da se odvoji javno od privatnog, odnosno budućeg privatnog i pokrene proces privatizacije, 1993. godine se donosi odluka o odvajanju javno zdravstvenih službi iz doma zdravlja u posebnu ustanovu, odnosno zavod za javno zdravstvo. Ideja je bila da se zavod za javno zdravstvo fokusira na javnozdravstvene aktivnosti, odnosno na populacijsko zdravlje, dok bi preostali dio ambulanti i ordinacija mogao biti predmet privatizacije i prelaska u privatni sektor. Dio koji je ostao vezan uz dom zdravlja, zapravo uzrokuje veliki problem. Zavodi za javno zdravstvo, po svom sastavu i po svojoj temeljnoj misiji, nažalost, nisu mogli preuzeti cjelovitu brigu o javnom zdravlju, te se njihov fokus na kraju sveo na kontrolu zaraznih bolesti, zdravstvenu ekologiju i provođenje poprilično opsolventnih javnozdravstvenih mjera koje nisu pratile suvremene trendove u prevenciji, odnosno promicanju zdravlja. S druge strane, preostali domovi zdravlja su bili bez snage, autoriteta, loše vođeni, u konstantnom iščekivanju privatizacije i, konstantno, između nejasne vizije budućeg razvoja i povijesti koja je bila slavna, bogata i snažno vezana unutar jedne zajednice.

Isto tako, u profesionalnom smislu, razdvajanje javnog zdravstva nije provedeno adekvatno za što su najbolji primjer patronaža i školska medicina. Zapravo, isključivanjem nekih službi iz doma zdravlja gubimo njihovu temeljnu funkciju i, što je najgore, u fokusu nikako nisu adekvatno ušle kronične nezarazne bolesti i promjene u populaciji već se kontinuirano zadržavamo na održivanju formalnog javnog zdravstva. Formalno javno zdravstvo uključuje procedure koje su prije svega, primjerene zaraznim bolestima i jednom obliku administrativnoga skrbljenja za zdravlje, a ne proaktivnom djelovanju koje je primjeren modernom promicanju zdravlja odnosno modernoj preventivi.

## **Bolnice kao čvorišta zdravstva**

U periodu 90-tih u nekim su sredinama još uvijek postojali i medicinski centri, dakle, posebni oblici organizacije koji su objedinjavali primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu koji su i nastali kao ideja racionalizacije i boljeg korištenja resursa. Takvi medicinski centri se raspadaju i ono što od njih ostaje su domovi zdravlja i županijski zavodi za javno zdravstvo (ZZJZ). Ključni servis ostale su bolnice, opće i specijalne, te bolnice koje ostaju kao velike organizacije već tada sa servisima i kapacitetima koji daleko nadilaze potrebe lokalnog stanovništva. Disproporcija između potreba stanovništva i kapaciteta bolnica nastala je iz više razloga. Jedan je razlog u tome da su moderne tehnologije omogućile kraći boravak pacijenata u bolnici, drugi, da se u velikom broju sredina smanjio broj stanovnika koji gravitiraju pojedinoj bolnici, a treći, da su već same bolnice

po svom dizajnu bile vrlo optimistično građene kako bi kvalitetno i opsežno pokrile ne samo svoje stanovništvo, nego i stanovništvo drugih krajeva, pa čak i drugih republika. Primjer za to su bolnice u Kninu, u Karlovcu, pa čak i bolnice u Zagrebu koje su trebale prihvatići i dio stanovnika iz Bosne i Hercegovine, a slično je i sa Slavonskim Brodom. Na kraju, upravljanje bolnicama, osim što je bilo prekapacitirano, osim što je bilo neujednačeno bilo je opterećeno i činjenicom da su zapravo bolnice djelovale izvan sustava. Drugim riječima, nije postojao jedinstveni nacionalni sustav bolnica. Bolnice kao ustanove (i one od lokalnog osnivača) bile su podređene centralnoj vlasti, HZZO-u i Ministarstvu i izvršavale njihova očekivanja i obveze. S druge strane, bile su snažno u vlasti lokalnih političara koji su kroz različite vrste projekata, investicija i, što je najgore, zapošljavanja, zapravo realizirali neke svoje lokalne, male projekte i ambicije - koji su nerijetko završavali otvaranjem mesta, servisa, usluga i odjela koji su samo trošili i krivo usmjeravali ukupni razvoj jedne bolnice.

Tako se je bolnički sustav 90-tih otisnuo na pučinu na kojoj prestaju razlike između lokalnog i nacionalnog, između povijesno nerealnih ambicija i kapaciteta i modernih tehnologija. Cijelo to vrijeme bolnički je sustav zapravo predstavljao jedan socijalni i gospodarski kufer kojim se stanovnicima osiguravala blizina bolničke zaštite, a dijelu stanovništva i sigurno radno mjesto.

## Zaključak

Polazište ove refleksije je da hrvatski zdravstveni sustav nije adekvatno prepoznao tri ključna procesa „velike rijeke zdravstva“, odnosno nije ih sagledavao kao dio jedne cjelovite priče. To su, dakle,

- proces razvoja medicinskih tehnologija,
- proces porasta i promjene potreba, odnosno zahtjeva i povezano s tim ograničenja resursa,
- potrebe za modernim upravljanjem koje nije samo racionalizacija nego je i mudro i cjelovito vođenje sustava.

Neuspjeh ili propust da se ta tri ključna trenda i pojave stave u jedan kontekst zdravstva i da se njima cjelovito i povezano bavi, rezultira stanjem zdravstva od 90-tih na ovamo. To stanje karakterizira visoka razina centralizacije koja ograničava jedan kreativni management na mjestima gdje je on moguć, a druge strane, poprilično slabo i neadekvatno upravljanje resursima na lokalnoj razini gdje bi oni trebali biti takvi da se adaptiraju lokalnim potrebama.

## Zanemarene teze

Uz velike procese koji su neadekvatno prepoznati kao značajni, još su dvije teze izostavljene u pristupu brzi za zdravlje. To su, teze koje mi znamo ali ih zapravo ne doživljavamo kao značajne pa ih i ne uzimamo u obzir kad provodimo zdravstvene reforme.

Prva od tih teza je da su *socijalne determinante ključ prema kojem moramo određivati reforme* u zdravstvu i njegove strukture i procese. Globalni trend danas u kome se socijalne determinante uočavaju, odnosno uočavaju se stanja uzrokovana lošim determinantama zdravlja, sve je vidljivije da upravo socijalne determinante predstavljaju i postaju značajniji i veći problem iz koga se onda generiraju mnogi drugi zdravstveni problemi.

Druga teza, zanemarena ili se o njoj uopće gotovo i ne raspravlja dovoljno, je *zdravlje i zdravstvo kao preduvjet razvoja društva i države*. Dakle, zdravlje i zdravstvo su investicija, a ne trošak. Naime, kod nas nije dovoljno osviješteno da je zdravlje nacije jedan od ključnih kapitala, jer zdravlje nacije, osim što osigurava zadovoljstvo i sreću građanima (što je zapravo bit društva), osigurava i ekonomski prosperitet te nam omogućava jedan prostor normalnog života. Dakle, ono je definitivno ključna razvojna komponenta.

Treća zanemarena teza je *odnos zdravstvene politike i socijalne skrbi*, socijalne politike. S vremenom na vrijeme one se povezuju u realitetu, one funkcionalno komuniciraju, ali zapravo nemamo cijelovito riješenu zdravstvenu i socijalnu politiku kao jedan integrirani model. Iz prethodnih se teza vidjelo koliko je to važno, jer s jedne strane socijalne determinante određuju zdravlje, određuju angažman i potrebe u zdravstvenom sustavu, a s druge strane, zdravstveni sustav i njegova efikasnost određuju način djelovanja i prioritete u socijalnoj skrbi. Taj dio, poveznica, kod nas ne postoji niti se doživljava kao nešto što je jako važno, nešto što nadilazi dnevnu suradnju između institucija, odnosno profesionalaca. Konceptualno, dakle, socijalna i zdravstvena politika kod nas su odvojene i ne doživljavaju se kao nešto što je zapravo jedno političko tijelo.

## Referencije:

- Antonovsky, A (1979). *Health, Stress and Coping*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A (1987). *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Illich, I (2010). *Medicinska Nemeza : eksproprijacija zdravlja*, Zagreb: Litteris.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Ministry of

National Health and Welfare. (Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>.)

Škrbić, M. (1978). *Uvod u ekonomiku zdravstva*, Zagreb: Jumena.

Kesić, B. (1983). *Život i zdravlje: poruke onima koji dolaze*, Zagreb: Stvarnost.

Letica, S. (1989). *Zdravstvena politika u doba krize : evropsko iskustvo kao jugoslavenska perspektiva*, Zagreb: Naprijed.

Hebrang, A, J. Njavro, I. Mrkonjić (1993). *Komentar Zakona o Zdravstvenoj zaštiti i Zdravstvenom osiguranju*, Zagreb: Privredni biro.

Lindström B, Eriksson M., 2005, *Salutogenesis*, Journal of Epidemiology and Community Health, 59:440-442

Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K and Sekelj-Kauzarić K., (2014). *Croatia: Health system review*, Health Systems in Transition, 16(3): pp. 1–162

Sakarishvili, G, (2005). *Decentralization in Healthcare: Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*. 1st ed. Budapest, Hungary: Open Society Institute Budapest

Lončarek, K, (2007). *Krema protiv smrti i druge priče*, Split: Kultura & Rasvjeta.

Hrvatski sabor, (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020.*.. Zagreb: Narodne novine.

The World Health Organization, (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Canada: The World Health Organization.

Hrvatski sabor, (2013). *Ustav Republike Hrvatske*. Zagreb: Narodne novine.

Hrvatski sabor, (1997). *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine.

The World Health Organization, (2016). *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Vancouver: The World Health Organization.

# PETNAEST GODINA U SVIJETU ZDRAVSTVA

Aleksandar Džakula

*Ovaj tekst zbog traženog formata i namjene pisan je u formi osobnog iskaza, ali većina aktivnosti koje se spominju realizirane su kao timski rad, i za to sam neizmjerno zahvalan kolegama i prijateljima s kojima sam radio. Bez njih ne bi bilo niti ovog teksta.*

Kako se 2016. godine navršilo petnaest godina otkako profesionalno radim na pitanjima organizacije zdravstvene zaštite, učinilo mi se prigodno da svoj osvrt na sustav zdravstva pokušam sagledati i kroz tu vremensku dimenziju. Područje upravljanja zdravstvom činilo mi se već tokom završetka studija kao prostor u kojem se nekako osjećam najslobodnije, u kojem stečeno znanje medicine ostaje „na životu“, a istovremeno mi se otvaraju mogućnosti za promišljanja, analize, maštanja... Također, osjećao sam da u prostor upravljanja zdravstvom mogu usmjeriti i dio mog društvenog angažmana, i da zdravstvo kao čvrsta struktura osigurava da se tako uložena pozitivna namjera i energija neće rasplinuti niti izgubiti. Tako je prije petnaest godina završila moja entuzijastička i „freelancereska“ faza: zaposlio sam se na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite.

Evo što sam donio u miraz, što sam do tada znao i umio, da mi je moglo biti od koristi: rad u udrušama za psihosocijalnu pomoć; volontiranje u civilnom sektoru, suradnja na različitim liječničkim „radilištima“ (od predklinike, preko rada na hitnoj pomoći, do ordinacija obiteljske medicine); projektni angažmani na programima promicanja zdravlja (Zdravi gradovi, promicanje dojenja itd.).

## Fascinacija i učenje

Početci mog bavljenja zdravstvenim sustavom bili su snažna smjesa fascinacije i učenja. Fascinacija je nastajala na ovoj mojoj čvrstoj prepostavci: Ako je medicina tako složena u svakom individualnom slučaju, kako tek mora biti složen sustav koji upravlja tisućama slučajeva?! Fascinirala me i slika velike snage „mašinerije“ javne uprave: ministarstva, HZZO-a, povjerenstava... Ti snažni dojmovi bili su mi moćan motiv za upoznavanje, učenje, uključivanje. Zbog njih sam se, skijaškim jezikom rečeno, „bacao na glavu“ u projekte, akcije, poslove - ukratko: u sve što mi se nudilo i sve što sam mogao sam kreirati. Učio sam na sve zamislive načine: čitajući, pitajući, pokušavajući, grijšeći, podučavajući druge, promišljajući...

## Entuzijazam i akcija

Količina znanja koju sam stekao u prvih nekoliko godina dala mi je sigurnost i spremnost da se poduhvatim nekih projekata, da oblikujem i predložim nešto konkretno. Iako tada, kao i danas uvijek svjestan koliko će uvijek premalo znati o tako golemom i kompleksnom sustavu kao što je zdravstvo.

Prilika se pružila sredinom 2006. godine, kad je zapeo projektni zadatak kojeg su od Vlade RH dobili konzultanti iz inozemstva, a odnosio se na izradu prijedloga decentralizacije javne uprave u RH. Naše se uključivanje odnosilo na izradu prijedloga modela decentralizacije sustava zdravstva. Izrada konkretnih prijedloga zahtijevala je vrlo širok angažman, puno usklađivanja, posizanje za iskustvima iz povijesti, a nadasve mnogo učenja iz tuđih iskustava. Bio je to rad koji mi je hranio entuzijazam i koji me je pripremio za mnogo važniji angažman na reformskim zahvatima koji su započeli 2008. godine. Činjenica da smo na projektu decentralizacije uspjeli izgraditi cjelinu u zadanim stručnim i pravnim okvirima bila je snažan dokaz da se takvim pitanjima može i mora pristupiti sustavno. Također, da je u tome potreban velik profesionalni angažman, mnogo analiza, te mnoga konzultacija s profesionalcima koji na vlastitoj koži svakodnevno doživljavaju realitet zdravstvenog sustava.

I tako, oborужan znanjem i iskustvom očekivao sam akciju s konkretnim rezultatima, promjenama koje će značiti prekretnicu. Zapravo, slijedio sam optimizam koji je imao pokriće – reformirala se primarna zdravstvena zaštita, redefinirali su se odnosi koji su godinama mjesto prijepora, ministarstvo zdravstva imalo je snažnu poziciju i bilo je spremno je boriti se, ali...

Ali nisu baš svi elementi bili usklađeni. Tad sam prvi put spoznao koliko kod nas snažno dominira doktrina „Blitzkrieg-promjena“, kako se u promjene kreće snažno, kao na prepad, i usmjereni na samo nekoliko ciljeva. No, pripreme su pritom provedene slabo ili nikako. Odlučnost postoji, ali se snage formiraju *ad hoc* – prema *ad hoc* potrebama i interesima. Proces započinje snažno i glasno, na način koji jedva ostavlja mesta sumnji u uspjeh: otvaraju se bitna pitanja, otpuštaju se postojeći okviri, pokreće se promjena... No ubrzo se javljaju otpori, oni bivaju sve jači, promjena ne ide kako se očekivalo, i tako nastane prisila na kompromise. Potom se donose odluke, uglavnom zato da se sprječi potpuni povratak na staro (ako se uopće uspjelo i pomaknuti sa staroga). Tako donesenim odlukama manjka preciznost i jasnoća, a to pak povećava otpore. Uslijed toga, promjena se većinom stavlja na led, stanje se održava inercijom, a ako se povremeno nešto uistinu i promijeni, tu je u pravilu pod utjecajem prigodno povezanih

i udruženih interesa. Do tada se već i zaboravilo zašto je sve počelo. Štoviše, svatko počinje rašomonski tumačiti na svoj način što, kako i zašto se događalo.

Shvatio sam „istinsko gorivo“ - promjena ne nastaje političkom moći ili odlukom, već dobro pripremljenim i aktivno vođenim procesima promjene - temeljenima na dobro obrađenim sadržajima. Spoznao sam kako je operativna snaga javne uprave iznimno mala. Izvana djeluje kao da je moćna, ali već i površna analiza otkriva da se snaga javne uprave iskazuje samo kroz sposobnost da se nešto otežava, usporava i onemogućava. Je li to nešto što Slavoj Žižek naziva „zlonamjerna ravnodušnost birokracije“?

U javnoj upravi ne postoji kapacitet razvoja, kreiranja: ako se nešto želi to su korekcije ili jednostavne brze promjene, ne vjeruje se u dugoročnost. Planiranje se smatra izlišnjim.

## Kritičnost i činjenje

Može li se znanje i iskustvo iskoristiti za neposredno djelovanje? Što više znam i što sam iskusniji, to pitanje postaje mi sve teže i tjeskobnije. Zato su mi dragocjene prilike za provjeru, a time ujedno i za samo dokazivanje. Malcom Gladwell te „prilike“ naziva „kontekstom za promjene“. Takva prilika pojavila se 2011. s inicijativama za sustavno organiziranje palijativne skrbi u Istarskoj županiji i Gradu Zagrebu. Ciljevi isti, problemi slični, ali dva posve različita konteksta. Započinjem analizu jednog i drugog „izazova“; istražujem literaturu, slučajeve. Često i mnogo razgovaram o palijativi sa svima kojih se dotiče: profesionalcima, volonterima, laicima, političarima. Mnogo je tu iskustava, dobre volje i želja da se nešto učini; obilje gotovih „rješenja“ koja, eto, „samo treba primijeniti“; česte su greške iz najboljih namjera, spoticanja na razne sitne interese. Procjenjujem da će za bilo kakav ozbiljniji zahvat trebati ciklus od 3-5 godina – upravo onoliko koliko literatura navodi da traje ciklus u kojem se strateški zahvati provode, ili bar započinju prvim koracima.

I tako smo krenuli u spiralu promjene: procjena stanja i trendova (potrebe, resursi); oblikovanje okvira i platforme za djelovanje (iz stručne literature, „policy“-dokumenata te iskustava iz prakse); rad s dionicima... i tako u šest ciklusa tokom dvije godine. Šest puta isti ciklus, svaki put mali pomak prema naprijed: naporno, izazovno, sve vrvi od sitnih i krupnih zapreka. Ključno je bilo što smo na samom početku oblikovali viziju temeljenu na definicijama i vrijednostima palijativne skrbi iz usvojenih međunarodnih dokumenata. Uzimali smo u obzir sve informacije, ali i za svaku tražili da se prodiskutira i vrednuje. Slijedili smo logiku strateškog planiranja, baš kako se navodi u udžbenicima, ali obojenu emocijama, spremnošću na neuspjeh, otvorenošću za razlike. I uvijek s

jasnim iskazom vlastite odgovornosti za sve što se predlaže i čini. Odlučili smo da svaki korak mora rezultirati nekim „proizvodom“ (zaključcima, planom rada, novim alatom...), da svi „proizvodi“ moraju biti dostupni svima, te da svi mogu iskazati svoje mišljenje i dati prijedloge; štoviše, zahtijevali smo to od njih.

Evo što smo postigli: epidemiju razvoja palijativne skrbi. Na više od pedeset mjesta u Hrvatskoj „buknule“ su razvojne aktivnosti na zajednički dogovorenim načelima, rast organizacije oblikovane prema dogovorenom modelu i zajedničkoj viziji.

Po čemu se to razlikuje od drugih iskustava? Prije svega, uspjeli smo zadržati razvoj palijativne skrbi izvan fokusa dnevнополитичких интереса. Prihvatali smo palijativnu skrb kao višestruko kompleksnu i tako se s njome bavili. Čvrsto smo se držali modela uvođenja strateških promjena. Isticali smo i primjenjivali praksu izrade „policy“-dokumenata. Inzistirali smo na sudjelovanju svih dionika. Ponavljali smo i isprobavali prijedloge sve dok ne bi postigli razinu konsenzusa, tako da i oni koji se i ne slažu, „mogu živjeti s prijedlogom“. Sve naše proizvode (odluke, alate, organizacijska rješenja) odmah smo slali na provjeru u realitet. Uvažavali smo sve dionike, neovisno jesu li se željeli uključiti u aktivni proces ili ne. Radili smo i brzo i mnogo, ali nismo tražili brza rješenja.

# REFLEKSIJA NA BUDUĆU KARIJERU U JAVNOM ZDRAVSTVU

Damir Ivanković

*Misli, osjećaji i analogije na samom početku puta*

## Uvod... i tema za neki drugi put

Da bih se obranio (ne i *ogradio*), moram odmah reći da nisam sasvim siguran kako sam u potpunosti shvatio *bit* refleksije o karijeri. Pogotovo na samom početku karijere. Biti zbumen je povremeno i kratkotrajno dobro. Pitati, u slučaju nedoumica, je uvijek pametno. No, ovog puta sam odlučio namjerno *ne biti* pametan i sam razmisliti o čemu bih želio, možda i trebao pisati proširujući ovu temu. Nasreću, čini mi se kako tema javnozdravstvene karijere ne ostavlja puno prostora za pogrešku. Možda jedino za pogrešnu interpretaciju.

Dvije su mi se teme na kojima radim i o kojima razmišljam odmah nametnule kao vrlo logične za refleksiju o karijeri u (javnom) zdravstvu i znanosti.

Nastavno na prošlogodišnje razgovore sa svojim šefom Ivanom Pristašem na sličnu temu te gledajući nedavno sjajan dokumentarac o Diani Vreeland, kolumnistici i urednicu modnih časopisa Harper's Bazaar i Vogue sedamdesetih godina prošlog stoljeća, počeo sam ozbiljno razmišljati o ulozi (materinskog) jezika u razmišljanju i djelovanju. Naime, u tom dokumentarcu suradnici, sada već pokojne gospođe Vreeland, objašnjavaju kako, iako je desetljećima živjela u Americi, nikada nije izgubila izrazito *kontinentalni* naglasak u svom govoru – posljedica pariškog odrastanja u britansko-američkoj obitelji. Objašnjenje ne staje na naglasku. Naime, kroz interpretaciju njenih kolega i suradnika, ali i kroz video snimke u samom filmu, vidljivo je kako Vreeland, *upravo* zbog ne-nativnosti engleskog te *čudnih* i često *neispravnih* rečeničnih konstrukcija, uspijeva postići originalnost svojih ideja te ih na vrlo neobičan ali duhovit i učinkovit način predstaviti.

Nastavno na ovo razmišljanje, a potaknut zatečenim niskim stupnjem razvijenosti inovativnosti, komunikacije i komunikacijskih vještina unutar javnog zdravstva (ali i *od* javnog zdravstva prema van) pomislio sam kako bih trebao pisati o ulozi (facilitirajućoj ili ograničavajućoj) jezika u javnozdravstvenoj (i znanstvenoj) komunikaciji. Koliko nas naš materinski jezik i (ne)poznavanje stranih jezika (u znanstvenom diskursu - naravno s fokusom na engleski) ograničava u uspješnoj i učinkovitoj komunikaciji? Ovdje ne razmišljam o osnovnoj razini nepoznavanja jezika, već o činjenici da većina nas ima samo jedan materinski jezik, a ostale namjerno u nekom trenutku života učimo.

Da li nam *stranost* nekog jezika možda otvara nove mogućnosti razumijevanja pojmoveva i pojava koje izvorni govornici nemaju jer ih „uzimaju zdravo za gotovo“? Ili nam *stecenost* naučenog jezika zatvara mogućnost pristupa potpunom razumijevanju (kao i finesama stila)? No, ovo će biti tema za neki budući razgovor, rad ili refleksiju...

## Generalist ili specijalist?

Na kraju sam se ipak odlučio pisati o temi karijere u javnom zdravstvu iz perspektive – izbora i motiva. Od prvog trenutka specijalizacije, a vjerojatno i nešto ranije od toga, počeo sam promatrati tko se čime bavi, te kako se i kada odluči baviti *baš* tim područjem? Javno zdravstvo je *užasno* široko (i duboko) polje. Tko ima *pravo glasa* na pojedinu temu? Tko se može smatrati *stručnjakom* u pojedinom području? (P)ostati *generalist* ili *specijalist*? Ovo pitanje sam, prošle godine, na Europskom forumu u Bad Gasteinu, postavio doajenu europskog javnog zdravstva Martinu McKeeju tijekom „career mentoring session-a“. Odgovor koji sam dobio - „trebamo i generaliste i specijaliste“ – nije me zadovoljio. To sam znao i prije. Očito je kako je odluka što (i kada) postati vrlo individualna.

Nalazim se u specifičnom trenutku profesionalnog života i razvoja, koji uključuje program specijalizacije, profesionalno bavljenje mnogim različitim temama, putovanja, upoznavanje novih ljudi, njihovih pozicija, zadaća i motiva te, dakako, puno učenja i izloženosti novim saznanjima, vještina i paradigmama.

Direktni poticaj za početak pisanja ovog teksta bio je zahtjev mog šefa djelatnicima Službe za medicinsku informatiku i biostatistiku Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo da, za potrebe planiranja rada Službe ali i osobnog i profesionalnog razvoja svakog zaposlenika, kratko napišu gdje se vide u sljedećih pet godina u smislu profesionalnog života i/ili razvoja. Odmah moram priznati da sam ovdje reciklirao dio teksta iz tog dokumenta te ga poprilično proširio.

## Zašto svaki dan ustajemo iz kreveta i bavimo se javnim zdravstvom?

U mojoj *osobnoj* kombinaciji raznih postojećih teorija profesionalne motivacije i razvitka, koje sam proučavao te osobnog iskustva, mislim da ljude na njihovom poslu drže:

- smisao odnosno svrha,
- majstorstvo, učenje, unaprjeđivanje (engl. *mastery*),

- sloboda ili autonomija, i
- sukladnost, poravnanje (engl. *alignment*):
  - vrijednosti,
  - interesa,
  - vještina i
  - potreba (sustava ili poslodavca).

## Svrha, smisao i kako ih lako izgubiti

Prepoznati i možda još važnije, održati smisao u onome što radimo je neopisivo važno za svakog profesionalca.

Na prvu bi se reklo kako imamo sreću da djelujemo (a ako to dobro radimo i – živimo) u području javnog zdravstva koje po definiciji sadržava i znanost i umjetnost (!) sprječavanja bolesti, produljivanja života i promicanja zdravlja. Plemenito, raznoliko, humano, utemeljeno na znanosti... Kako je uopće moguće *izgubiti* osjećaj svrhe u javnom zdravstvu? Iz kratkog, ali ne tako skromnog iskustva, svuda oko sebe vidim da je itekako moguće. Demotivirajući uvjeti rada, izostanak prepoznavanje rezultata i potrebe za ulaganjem u ljude, negativna selekcija u izboru kadrova samo su neki od vanjskih uzroka koji, u kombinaciji sa unutarnjim razlozima poput krivih motiva za bavljenje javnim zdravstvom ili krive procjene vlastitih mogućnosti i sposobnosti, dovode do *kohorte* javnozdravstvenih *zombija* koje sam susreo u ovom kratkom periodu svoje karijere. Problem sa zombijima je što:

- ne komuniciraju (o tome sam kratko pisao gore),
- ne napadaju se međusobno, ali se
- hrane drugim ljudima i pri tome
- su zarazni.

Pošto nisam veliki ljubitelj niti poznavatelj zombi tematike, a dotakao sam se ove analogije, pokušao sam proučiti *teoriju* kako se prestaje biti zombi. Nikako! Zvuči grubom, ali jedino *rješenje* uključuje sačmaricu. Znakovito za analizu karijere u javnom zdravstvu - prevencija je zapravo jedini *lijek*.

## Svaki dan u svakom pogledu... napredovati?

Naravno da će svaki javnozdravstveni profesionalac izjaviti kako želi učiti, osobno i profesionalno napredovati te bolje raditi svoj posao na korist pojedinca i društva. No, koliko ih to zaista čini?

Na primjeru rada u području medicinske informatike, izuzetno dinamične i promjenjive grane javnog zdravstva, vidim koliko je teško *odlučiti* učiti, razvijati se i napredovati. Posebno ako se susrećemo s alatima i metodama koje su sasvim nove, disruptivne i nama nepoznate. Prvi korak k tome je stanje *otvorenog umu*. Ukoliko ne možemo *izaći iz kutije* i na stvari, ljudi i događaje gledati na barem malo drugačiji način nego *do sada* – nikada nećemo zadovoljiti kriterij *majstorstva*. To će dovesti do paradoksalne situacije u kojoj potreba za zadovoljstvom (ostanak u vlastitoj *zoni ugode*) vrlo brzo dovodi do nezadovoljstva (osjećaja profesionalne stagnacije i zaostajanja).

Ovaj fenomen nije specifičan niti za javnozdravstveni milje niti za javnu, odnosno državnu službu generalno. Isti sam *modus* opazio i u priličnom broju tvrtki privatnog sektora. Osim osobne sklonosti izlaženju *iz kutije* i znatiželjnog karaktera (koji, poslovno, ponekad zna i ubiti mačku) u poticanju želje za majstorstvom veliku ulogu moraju igrati dva koncepta koja (pre)sporo ulaze u mentalitet javnog zdravstva i javnozdravstvenog menadžmenta (da ne kažem *vodstva*) – upravljanje promjenama i kulturom organizacije.

Peter Drucker, *guru* teorije menadžmenta je slavno izjavio „sve što znamo o budućnosti jest da će biti drugačija“. Koliko nas je zaista spremno na činjenicu da će (javnozdravstveni) posao u koji se upuštamo danas, za 10 godina izgledati sasvim drugačije. S trendom ubrzavanja. Tko je od današnjih javnozdravstvenih profesionalaca *srednje generacije* očekivao da će se u svojoj karijeri ponovno baviti pandemijama, migracijama i cijepljenjem kao žarišnim problemima na svjetskoj razini? Tko je očekivao da će vještine i znanja projektnog menadžmenta biti važnije od mnogih *medicinskih* znanja stečenih tijekom fakulteta i specijalizacije? Više nego ikada prije, kompleksni problemi prevladavaju nad tehničkim problemima u javnom zdravstvu. Tehnički problemi imaju prilično *direktna* tehnička rješenja. Kompleksni problemi se teže definiraju, nemaju jedno rješenje te, kao najvažnije, zahtijevaju razmišljanje *izvan kutije* i procjenu. Kako u eri vječne mijene i kompleksnih problema opremiti *javnozdravstvenake* s alatima za ono što će ih čekati tokom karijere? Osobno mislim – teško. Upravo zbog toga je bitno gajiti kulturu znatiželje i inovacija.

Već spomenuti Drucker je također izjavio „kultura jede strategiju za doručak“. Zanemarimo na trenutak činjenicu da malo javnozdravstvenih institucija, organizacija i programa u Hrvatskoj uopće i ima strategiju – no, koliko ih posjeduje (odgovarajuću) kulturu? Kultura organizacije bi trebala funkcionirati kao *temelj* na osnovi kojeg se gradi – strategije, planovi, programi, akcije... Iskrenost, usmjerenost k rezultatu, odgovornost, suradnja, adaptivnost, inovativnost, *pobjednički mentalitet*... Koja javnozdravstvena organizacija gaji ove vrijednosti u srži svog funkcioniranja?

## **„Sam svoj gazda“ ili „samo svoj gazda“?**

Sloboda i autonomija su pojmovi i koncepti koji se, iz mog dosadašnjeg iskustva češće zlorabe nego koriste kao alati za inovativan, neovisan i smislen rad. Interpretacija i praksa su jednako krive u „policy“ kao i u *terenskoj* i *akademskoj* sferi. Autonomija u hrvatskom javnom zdravstvu znači – „to je moje *kraljevstvo*. Nitko ne zna to čime se bavim bolje od mene – i sukladno tome ne može o tome što radim ili sam napravio/la suditi“. Možda je ovo problem *malih zemalja* i *malih javnih zdravstava* u kojima zaista ne možemo očekivati više od nekoliko *stručnjaka* iz pojedinog područja.

Autonomija bi trebala značiti neovisnost od vanjskih utjecaja, kontrolu nad radnim danom te (djelomičnu) slobodu u planiranju radnih zadataka i ciljeva. Autonomija ne bi trebala zanemariti svrhu postojanja institucije s kojom ili za koju radimo, konstruktivan dijalog niti potrebu za vanjskom validacijom i evaluacijom.

## **Osobne i institucionalne vrijednosti, interesi, vještine i potreba - slaganje kockica**

Zanimljivo je koliko ljudi shvaća *važnost* poravnavanja zvijezda u *astrološkom* smislu (novac, zdravlje, ljubav i posao) ali vrlo rijetko razmišlja o poravnavanju *ovozemaljskih* osobnih vrijednosti, interesa i vještina. Možda bi poravnavanje ovog potonjeg smanjilo ili dokinulo potrebu za rješenjima *izvan* nas samih.

Vratimo se na zdravstvo, zdravstveni sustav i javno zdravstvo. Jako bi zanimljivo bilo analizirati ustanove, institucije ili zdravstvene sustave kroz prizmu ovih komponenata – vrijednosti, interesa, vještina i potreba. Koje vrijednosti gaji zdravstveni sustav Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravstva (zdravlja?), i koji mu je fokus interesa? Da li su u skladu s tim usmjereni i razvijene vještine Hrvatskog i svih županijskih zavoda za javno zdravstvo. Educira li Škola narodnog zdravlja pojedince koji će zadovoljiti ove potrebe? Bavi li se istraživačkim radom u skladu sa potrebama sustava i populacije?

Analizirajući osobnu situaciju, s prve dvije točke, vrijednostima i interesima, u ovom trenutku karijere nemam većih problema... što se ne može reći za neka prethodna profesionalna iskustva. Trenutno mi javno zdravstvo zaista pruža puno svrhe i prostora, ako već ne i poticaja i usmjerena za učenje. Kao što sam već spomenuo, sustav može biti taj koji svrhu *sakrije* ili ne *postavi* okvir za učenje. Ostaje pitanje da li se fokusirati i na što se fokusirati? Kada u toku karijere odlučiti o tome?

Ono o čemu razmišljam u zadnje vrijeme je - kako poravnati vrijednosti, interes, vještine i potrebe poslodavca/sustava te od kuda početi? Čini mi se da nema jednostavnog ili točnog *bottom-up* ili *top-down* pristupa.

Vrijednosti su, u godinama kada ljudi počinju karijeru u javnom zdravstvu, već poprilično fiksne i tu ne treba očekivati neke velike i dramatične promjene. Svakako, nužno je da svatko za sebe pokuša osvijestiti svoje osobne i profesionalne vrijednosti. U suprotnom možemo osjećati kao da nam drugi ljudi, sustav ili posao *nameću* vrijednosti koje ne *osjećamo*. Nešto što često zaboravljamo te se nađemo na poslu koji ne *shvaćamo kao naš*.

Interesi su druga ključna razina. Ako ih nema ili su slabi, ni profesionalni uspjeh niti razvoj ne možete biti ništa bolji. Za razliku od sustava vrijednosti interesi definitivno s vremenom jačaju, slabe ili se u potpunosti mijenjaju. Trebalо bi, a dio progresivnijeg privatnog sektora već i je, uvesti nekakav sustav periodičkog preispitivanja interesa pojedinca i ustanova. Čini mi se kako je u suprotnom vrlo lako upasti u kolotečinu „to radimo jer smo to oduvijek radili“ s rizikom za *zombifikaciju*.

Vještine se uče kako bi se posao mogao uspješno odraditi. Opet, i uz najbolju volju (vrijednosti i interes) posao se ne može napraviti bez vještina/e. Kako ih učimo? Kako ih prenosimo? Kako ih komuniciramo? Za shvaćanje i kontroliranje vlastitih interesa smo više sami odgovorni, dok bih rekao da je za vještine više zadužen nadređeni, poslodavac, organizacija i sustav.

Potrebe poslodavca i sustava su kraj (ili početak) poravnavanja. Ipak, one su od svih nabrojanih komponenti najpodložnije vanjskih utjecajima i promjenama te nikako ne bi trebale biti fiksna točka.

## Umjesto zaključka – profesionalni život u perspektivi

Za početak ћу parafrazirati analogiju odnosa profesionalnog i privatnog života koju sam čuo prvog radnog dana na svom prvom *pravom* poslu od tadašnjeg šefa, čovjeka kojega izuzetno cijenim kao profesionalca i menadžera ali ponajviše kao čovjeka. Priča je išla nekako ovako...

„Kada krenemo graditi karijeru, nalazimo se u situaciji žongliranja s tri loptice. To je samo po sebi teško. No, osim znati žonglirati, jako je važno znati da te tri loptice nisu napravljene od istih materijala.

Prva je teniska loptica. To je karijera. Naravno da je bitna, no ukoliko nam ona ispadne – odskočit će. Možda ne na prethodnu

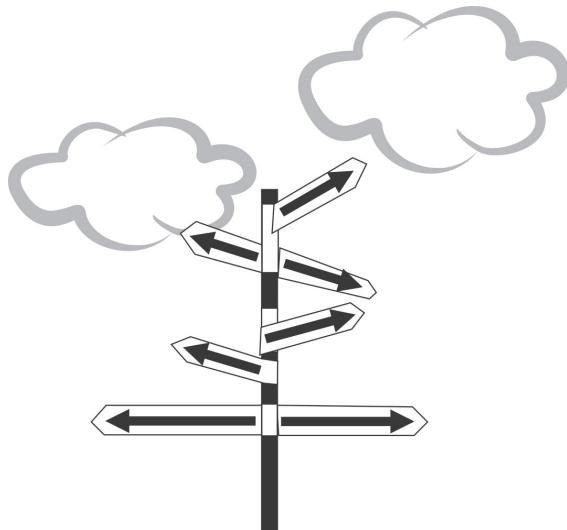
visinu, ali uz nešto truda možemo ju vratiti na prethodno ili još bolje stanje.

Druga loptica je ona standardna loptica za žongliranje punjena pijeskom. To je loptica privatnog života. Obitelj, prijatelji, hobiji, aktivnosti u lokalnoj zajednici... ta loptica neće odskočiti ukoliko nam ispadne. Ostat će na podu te čemo ju morati podići uz saginjanje i veći trud.

Treća loptica je staklena. Ukoliko nam ona ispadne, velika je šansa da će se razbiti ili trajno oštetiti. To je loptica zdravlja.“

Ispada kako su uvod i niz prikazanih analogija bili gotovo jednako dugački kao i sama razrada i *osobni* dio refleksije. No, nekada je bitnije i teže kako dobro formulirati okvir i pravo pitanje. Odgovor tada bude kratak, jednostavan i jasan.

Ovdje to nije slučaj. Čini mi se kako sam završio s više pitanja nego odgovora. Možda povod za daljnje razgovore, rasprave i razmišljanja...



**Slika 1.** Kamo poći?

# PRAKSA PATRONAŽNE DJELATNOSTI

Goranka Rafaj

Sestre pružaju više od 80% zdravstvenih usluga u zemljama u razvoju. Često rade u zdravstvenim ustanovama udaljenima od centara, u kojima je loš ili nikakav pristup najnovijim informacijama o zdravstvenoj njezi. Ipak svakodnevno brinu o ljudima s raznim bolestima te odgovaraju na uobičajene potrebe stanovništva – promocija zdravlja, prevencija bolesti, porođaji, skrb o unesrećenima, starijim i umirućim osobama.

Patronažna zdravstvena zaštita je medicinsko-socijalna djelatnost čiji je cilj promicanje i očuvanje zdravlja pojedinca obitelji i zajednice. Ono što ju čini prepoznatljivom i drukčijom je to što se odvija izvan zdravstvenih ustanova, najčešće u kući korisnika i što se promicanje optimalnog zdravlja postiže radom i partnerstvom s pojedincima, obiteljima, grupama te užom i širom zajednicom. Prema tome možemo reći i da patronažna djelatnost ima preventivnu, edukativnu i informativnu ulogu s obilježjima medicinsko-socijalnog djelovanja. Skrb patronažnih sestara za pojedince i obitelji predstavlja sredstvo za poboljšanje zdravlja stanovništva.

One su edukatori i zagovornici pacijenta. Ključni pojmovi sestrinstva u zajednici uključuju pojmove poput zdravog životnog stila, vlastite brige o zdravlju, holizam, smanjenje rizičnih faktora i povećanje kvalitete života te bi stoga promicanje zdravlja i prevencija bolesti trebale biti integralni dio rada na području naprednog sestrinstva. S obzirom da se opći globalni uvjeti neprekidno mijenjaju, značajna je osjetljivost patronažne skrbi za stalno uočavanje novih zdravstvenih rizika.

Tri glavne funkcije sestre u zajednici odnose se na:

- procjenu (monitoriranje zdravstvenog statusa i stvaranje slike zdravlja u zajednici),
- razvojnu politiku (koja započinje procesom interakcije sa zajednicom) i
- uvjerenja (odnose se na javnu percepciju svega što pružatelji zdravstvenih usluga čine u najboljem interesu zajednice).

*Reflektivna praksa* pruža mnoge izazove za sestrinstvo. Reflektivna praksa je način na koji sestre promišljaju kako sve dijelove sestrinskog procesa povezati sa skrbi za pojedinca, obitelj, grupu i zajednicu kao cjelinu i kreirati nove, bolje i kvalitetnije pristupe zdravstvenoj njezi. Sestre u zajednici su jedinstvene jer u svako vrijeme mogu skrbiti za pacijenta koji je star, mlađ, zdrav, bolesan koristeći različite načine na putu dosezanja zdravlja i dobrobiti. Svojim refleksivnim

pristupom nastoje dosegnuti najbolje i najučinkovitije načine skrbi uzimajući u obzir etičke, kulturne i socijalne prilike. Kako istražiti uvjete u kojima ljudi žive i utjecaj načina života na zdravlje, utjecaj socioekonomskih prilika na zdravlje, stavove prema zdravlju i bolesti ako kao profesionalci ne uđemo u obitelj, napravimo adekvatnu procjenu i uočimo prisutne fenomene?

Reflektivna praksa je povezana s učenjem iz iskustva i predstavlja važnu strategiju za profesionalce spremne na cjeloživotno učenje. Čin refleksije je način poticanja profesionalaca na razvoj autonomije, kvalifikacije i samoodređenosti. Sudjelovanje u reflektivnoj praksi povezano je s poboljšanjem kvalitete skrbi, potiče osobni i poslovni rast i premošćuje jaz između teorije i prakse. Razvoj razumijevanja okruženja zajednice kao radne okoline identificira podršku dostupnu patronažnim medicinskim sestrama u ovakvom radnom okruženju, ukazuje na potrebu uvođenja refleksije kao alata za učenje i razmatranje određenih modela refleksije koji najviše odgovaraju patronažnim medicinskim sestrama. Rad Platzera i suradnika iz 1997. godine govori da je učenje kroz refleksiju jače ako postoji razumijevanje okvira koji potiču strukturirani proces vođenja refleksije.

Kako ne postoji samo jedan model refleksije potrebno je izabrati jedan kao okvir kroz koji će sestra promisljati i djelovati, okvir u kojem će se osjećati najudobnije i koji joj najbolje pomaže u učenju iz vlastitog iskustva. Najvažniji aspekt bavljenja sestara pisanjem nije samo povećanje postojećih znanja već i stvaranje novih modela i koncepta i novih znanja koja se mogu koristiti u sestrinskom radu.

Kada sestre razmisle o situaciji, one ne samo da vide više nego vide i drugačije. Drugačiji način gledanja situacije ogleda se u izjavama o posvećenosti akcijama koje dolaze u završnoj fazi refleksije.

Uvjeti pružanja sestrinske skrbi u zajednici uvelike se razlikuju od uvjeta u bolničkom okruženju. U obzir treba uzeti mnoge aspekte. Okoliš i mjesto pružanja skrbi su različiti. Prilikom posjeta pacijentu patronažna sestra je gost u njegovoj kući i ona odlazi u kuću uz najavu. Prilikom kućnog posjeta izložena je načinu na koji je korisnik izabrao živjeti što također može utjecati na njen odnos prema korisniku i na način na koji će pružati sestrinsku skrb. Domovi u kojima sestra pruža skrb nisu načinjeni sa svrhom pružanja skrbi bolesniku pa je ponekad pravi izazov kako intervenciju izvesti sigurno i učinkovito bez ugrožavanja načina obiteljskog života osobe - uloga sestre nije prosudba načina nečijeg života. To od patronažne sestre zahtijeva primjenu iste ne-diskriminirajuće prakse koja se primjenjuje prema korisnicima u drugim okruženjima. Važno je ne podcijeniti ovaj problem stvaranja pozitivnih odnosa s bolesnikom i njegovom okolinom. Važno je razviti vještine u upravljanju odnosom s pacijentom i osigurati da ti odnosi budu kvalitetni i puni povjerenja. Da li će sestra zadobiti bolesnikovo povjerenje ovisi o njenom razumijevanju bolesnikovih potreba i njenom načinu

zagovaranja njegovih potreba - to je prvi izazov za patronažnu medicinsku sestru. Ovaj odnos je jedinstven i zahtijeva profesionalan odnos koji štiti i sestrui bolesnika. U preambuli ICN-ova Etičkog kodeksa za sestre se navodi: "U srži sestrinske profesije poštovanje je ljudskih prava, uključujući kulturološka prava, pravo na izbor i život, dostojanstvo i pravo na poštovanje. Pružanje zdravstvene njegе nije ograničeno pitanjima dobi, bokom kože, vrstom, kulturom, invaliditetom ili bolešću, rodom, seksualnom orientacijom, nacionalnošću, političkim uvjerenjima, rasom ili socijalnim statusom." Sestre s društvom dijele odgovornost pokretanja i pružanja podrške aktivnostima cilj kojih je ispuniti socijalne i zdravstvene potrebe javnosti posebno ranjivih dijelova populacije.

Drugi izazov za patronažne medicinske sestre je učinkovito planiranje vremena kada se nastoji izvršiti sve dodijeljene i planirane obveze. Iako žele provesti vrijeme u izgradnji odnosa s bolesnikom također se moraju držati rasporeda i paziti na vrijeme provedeno s pojedinim bolesnikom.

Tijekom vremena iskusna patronažna sestra se izvješti u načinu ponašanja kao da ima dovoljno vremena i da su joj trenutni posjet i bolesnik najvažniji, a u sebi diskretno već planira drugi posjet na svom popisu. Mnoge sestre u zajednici također naglašavaju problem izolacije u odnosu na bolničko okruženje gdje uvijek postoji netko za razgovor i savjet.

Na terenu je patronažna sestra sama i sve odluke donosi samostalno bez mogućnosti trenutne konzultacije. Određivanje osobe za kontakt i konzultacije na terenu prije nego patronažna sestra ode na teren bio bi primjer dobre prakse jer je rad sestara u zajednici izgrađen na temeljima dobrog i učinkovitog partnerstva i rada u timu. Patronažna sestra mora biti upoznata i sa zemljopisnim područjem na kom korisnici žive, pa nerijetko dosta vremena potroši na upoznavanje okoliša u kom korisnici žive i koji mora uzeti u obzir prilikom procjene o pacijentu. To se odnosi na stanovanje – koja vrsta stanovanja se preferira na području koje posjećuje, postoji li mješavina različitih tipova smještaja, kakvi su uvjeti stanovanja obitelji koju posjećuje; zatim je potrebno procijeniti okoliš – čistoća ulica, infrastruktura, mogući vandalizam, parkovi i zelene površine; koji je javni prijevoz dostupan, kakva je učestalost javnog prijevoza, postoji li u blizini škola, vrtić, postoje li trgovine, ljekarna, poštanski ured, koliko je udaljen liječnik obiteljske medicine, koja je najbliža bolnica, kakva je organizacija hitne pomoći na tom području, postoji li na tom području socijalna služba, fizioterapeut. Za sve ove informacije se najčešće podrazumijeva da patronažna sestra zna unaprijed. Istina je da patronažne sestre najčešće dobro poznaju svoj teren, ali to je rezultat dugogodišnjeg rada. Dob naših patronažnih sestara najčešće je između 41 i 60 godina (Županić, 2013). Međutim, mora se uzeti u obzira da su patronažne sestre ponekad prisiljene iz raznih razloga promijeniti teren a i da se zapošljavaju nove. Primarna zdravstvena skrb koju vode sestre u zajednici ima koristi i kao čimbenik

borbe protiv slabe dostupnosti nekih područja u smanjenju nejednakosti pružanja zdravstvenih usluga u izoliranim područjima.

Brojne su uloge koje medicinska sestra može preuzeti u zajednici. Prema Harkness i De Marco (2012) „eliminiranje zdravstvene nejednakosti je zajednički trud svih zdravstvenih djelatnika ali izravno se ovim pitanjima bave sestre u zajednici vrlo često na osobnoj razini“. Nejednakosti su prisutne i kada su posrijedi istraživanja. Tako objavljen članak sestre istraživača HIV-a govori o tome da klinička istraživanja ne predstavljaju uvijek potpuno i relevantno situaciju stanovništva koje se ispitivalo. Sestre s iskustvom pružanja direktne skrbi pacijentu i komunikacije te visoke razine povjerenja koju imaju u javnosti „jedinstveno su pozicionirane“ te mogu osigurati da pacijenti budu dobro informirani a da istraživački protokoli budu razvijeni tako da osiguraju sudjelovanje svih skupina populacije u istraživanjima. „Sestre posebno prepoznaju važnost suradnje s marginaliziranim skupinama stanovništva tijekom upravljanja bolestima i u procesu liječenja“ (Cohn, 2007).

Sve navedeno upućuje na činjenicu da patronažne medicinske sestre često moraju „misliti izvan okvira“ kako pružiti skrb kvalitetnije na nov način.

U svim profesionalnim ulogama važno je razmišljati o situaciji, bila ona pozitivna ili negativna. Na refleksiju se gleda kao na teoriju kritičkog mišljenja i proces preispitivanja iskustva kako bi se opisalo, analiziralo i evaluiralo učenje iz prakse. Čin refleksije je u ljudskoj prirodi u trenucima kada nam se čini da „nešto nije u redu“. Reflektivnu praksu bi patronažne medicinske sestre trebale shvatiti kao primjer dobre prakse, kao način za unaprjeđenje i jačanje prakse i kao kontrolni mehanizam.

Postoje mnogi modeli refleksije koji se mogu koristiti kako bi se pomoglo promišljanju o praksi. Nije važno koji se model koristi sve dok se proces dogada. Koji će se model primjenjivati ovisi o iskustvu, percepciji, smislenosti, principima i primjeni. Refleksija postaje više od promišljajuće prakse – ona postaje proces okretanja promišljajuće prakse u potencijalnu situaciju učenja. Učenje se mora i koristiti s ciljem promjene postupaka ili ponašanja. „Refleksija bez djelovanja je kao građenje kula u zraku“ (Freire, 1972; Ghaye, 2011).

U reflektivnom ciklusu (Gibbs, 1988) postoji šest koraka:

- **Opis** – što se dogodilo u određenoj situaciji?
- **Osjećaji** – identificirati svoje odgovore na određeno iskustvo (npr. što smo mislili ili osjećali?)
- **Evaluacija** – možete li prepoznati što je bilo dobro ili loše u određenoj situaciji?

- **Analiza** – osjećaji i evaluacija će dati smisao doživljenom iskustvu
- **Zaključak** – uza sve navedene informacije u mogućnosti smo upitati se „što smo naučili iz navedenog iskustva?“
- **Akcijski plan** – konačno možemo planirati buduću skrb mijenjajući svoje postupke na temelju refleksije
- 

## **Jednostavan primjer refleksije novozaposlene patronažne medicinske sestre korištenjem Gibbs-ovog reflektivnog ciklusa**

### **Opis**

„Išla sam posjetiti pacijentiku koja je na terapiji inzulinom. Imali smo dogovoren način pristupa u njen dom ukoliko ona ne bi bila u mogućnosti otvoriti vrata. Ušavši u njen dom našla sam ju da leži na podu u polusvjesnom stanju. Bilo je potrebno brzo napraviti inicijalnu procjenu i odlučiti je li potrebno pacijentiku prevesti u bolnicu. Moja procjena je bila da se vjerojatno radi o hipoglikemiji. Nakon što sam ju blago protresla bila je u mogućnosti odgovoriti na moja pitanja a šećer izmјeren glukometrom pokazao je niske vrijednosti šećera u krvi.“

### **Osjećaji**

„Osjetila sam strah jer sam bila sama s pacijenticom i nisam imala nikoga da mi pomogne. Bila sam zabrinuta ne znajući hoću li joj znati pomoći. Uhvatila me panika i srce mi je počelo snažno tući. Bezglavo sam tražila njene glukozne bombone za koje nisam znala gdje ih drži.“

### **Evaluacija**

„Dobra strana situacije je bila da sam učinila ispravnu procjenu stanja pacijentice, reagirala sam brzo, dala sam joj glukozi i ostala pored nje dok se nije oporavila dovoljno da je mogla ustati s poda pa sam izvršila ponovnu procjenu stanja. Ono što me je zabrinulo bila je količina vremena koju sam utrošila na traženje glukoznih bombona za koje nisam znala gdje ih dijabetičari obično drže a pacijentica mi nije bila u stanju suvislo odgovoriti. Također, shvatila sam da educirajući pacijentiku o njenoj bolesti nisam dotaknula pitanje hipoglikemije što je bio propust.“

### **Analiza**

„Osjećala sam se sretnom što sam imala mogućnost osloniti se na svoje znanje o dijabetesu i što je pacijentica vjerovala u mene. Također sam se osjećala ponosnom što sam prevenirala odlazak pacijentice u bolnicu za nešto što se moglo riješiti i kod kuće. Bila sam vrlo pažljiva s količinom vremena koje sam provela s ovom pacijenticom jer me čekao obilazak još nekoliko pacijenata.“

## **Zaključak**

„Naučila sam vjerovati svojim kliničkim prosudbama i shvatila sam da se mogu sama nositi s ovakvima situacijama.“

## **Akcijski plan**

„U budućnosti uvijek će znati gdje moji pacijenti dijabetičari drže svoje glukozne bombone i sigurno neće propustiti dio edukacije pacijenta o hipoglikemiji.“

Ovu situaciju mogli smo analizirati i kroz JOHARI prozor (Joseph Luft & Harrington Ingram, 1955) koji nam omogućuje malo više i dublje istražiti sebe.

Razmatranje ove četiri domene trebalo bi nam pomoći odrediti što je poznato nama, što je poznato drugima i što je nepoznato. To nam može pomoći u dobivanju povratnih informacija o uspješnosti i povećanju samosvijesti o vlastitoj praksi.

## **Isti praktični primjer refleksije korištenjem Johari prozora**

„Išla sam posjetiti pacijentiku koja je na terapiji inzulinom. Imali smo dogovoren način pristupa u njen dom ukoliko ona ne bi bila u mogućnosti otvoriti vrata. Ušavši u njen dom našla sam ju da leži na podu u polusvesnom stanju. Bilo je potrebno brzo napraviti inicijalnu procjenu i odlučiti da li je potrebno pacijentiku prevesti u bolnicu. Moja procjena je bila da se vjerojatno radi o hipoglikemiji. Nakon što sam ju blago protresla bila je u mogućnosti odgovoriti na moja pitanja a šećer izmјeren glukometrom pokazao je niske vrijednosti šećera u krvi.“

### **Poznato „ja“**

„Osjećala sam se sretno jer sam bila sposobna primijeniti svoja znanja o dijabetesu u danom trenutku i što je pacijentica vjerovala da radim ispravno. Također sam se osjećala povlašteno što sam uspjela spriječiti odlazak pacijentice u bolnicu. Bila sam vrlo pažljiva u upravljanju vremenom s obzirom da sam imala još nekoliko dogovorenih posjeta.

### **Skriveno „ja“**

„Osjetila sam strah jer sam bila sama s pacijenticom i nisam imala nikoga da mi pomogne. Bila sam zabrinuta ne znajući hoće li joj znati pomoći. Uhvatila me panika i srce mi je počelo snažno tući dok sam bezglavo tražila glukozne bombone.“

### **Slijepo „ja“**

„Kada sam svoju zabrinutost za pacijentiku i način mog reagiranja ispričala glavnoj sestri bila sam vrlo iznenađena količinom njenog povjerenja u mene i moje sposobnosti suočavanja sa hitnim situacijama. Izjavila je da prati moj rad i da zna da će se s ovakvima situacijama primjereno nositi.“

### **Nepoznato „ja“**

„Kako raste moje iskustvo osjećam kao da radim na tome da postanem lider u brizi za bolesnike u okruženju doma.“

U hrvatskom sestrinstvu ne postoji kultura sistematične reflektivne prakse. Medicinskim sestrama a i ostalim zdravstvenim profesionalcima često je teško govoriti ili pisati o tome što znaju i kako koriste svoja znanja. U tu svrhu uvijek se možemo koristiti pitanjima koja nam pomažu pisati reflektivni osvrt – gdje se zbio događaj, tko je sudjelovao, što se točno dogodilo, kako smo mi sudjelovali u tome, što smo osjećali, kako smo doprinijeli situaciji, što se desilo poslije, što smo naučili iz tog iskustva (nova vještina, novo znanje, profesionalni razvoj, osobni razvoj).

Kada patronažna sestra ulazi u obitelj može zatražiti sve članove obitelji da daju svoje viđenje određene situacije važne za obitelj. To bi brzo moglo pokazati da svaki član obitelji ima drugačiji pogled na situaciju (što treba uzeti u obzir). Obitelj može tvrditi da su neke pretpostavke o tome što je važno slične, a da su neke posve različite. Refleksija može dovesti do svjesnosti o tome odakle dolaze te pretpostavke – iz prošle obitelji, odnosno zajednice. Ovisno o situaciji, patronažna sestra može doprinijeti raspravi predstavljajući njihove perspektive kao profesionalac što može predstavljati još jedan institucionalni stav koji valja uzeti u obzir. Pretpostavke i vrijednosti patronažne sestre kao profesionalaca predstavljaju vrlo vrijedna znanja koja pacijent i obitelj koriste u razumijevanju svoje situacije.

Sestre mogu koristiti refleksiju kao način svog djelovanja i istraživati probleme pojedinca i obitelji. Što to znači, ovisit će o sestri i situaciji.

Neke mogu postati više svjesne usporavanja razgovora, biti sklonije istražiti kompleksnost nego tražiti brzo rješenje problema. Neke će ostati sjediti čekajući od bolesnika spremnost na donošenje odluka. Svjesnost o temeljnim vrijednostima i socijalnoj pravdi omogućuje sestrama da se odupru organizacijskom pritisku i dogovore ishode koji su prikladniji za bolesnika. Također sestre mogu zamoliti bolesnike da opišu svoje iskustvo, nešto što je značajno i kako oni vide svoju ulogu u zajednici. Takvi se zapisi mogu objediniti i dati značajne podatke o zajednici i njenoj raznolikosti i problematici. Otkrivanje različitih fenomena

putem objedinjavanja refleksija može biti vrijedan alat za različita istraživanja i planiranje preventivnih intervencija koje se ne moraju uvijek temeljiti na statistici i brojkama, već se mogu temeljiti na uočenim fenomenima potkrijepljeni nizom refleksija koje govore o istom problemu. Za zajednice koje proživljavaju sukobe kritički osvrt može potaknuti ljudе da najprije pišu iz vlastite perspektive a zatim iz perspektive nekoga tko se ne slaže. Neke zajednice koriste umjetnost kao način izražavanja života u zajednici. Rad patronažne sestre može pomoći u dalnjim promišljanjima o toj zajednici, što znači način njihova života i zašto je ta zajednica važna.

Neki oblici istraživanja su posebno orijentirani na kritičko promišljanje. Kemmis (2001) na primjer razlikuje tri oblika akcijskog istraživanja:

- istraživanje s naglaskom na učinkovitost,
- s naglaskom na proces kako je došlo do promjene i
- kritički reflektivni proces koji ima za cilj ne samo poboljšanje rezultata i samorazumijevanja već pomaže profesionalcima i u kritici svog društvenog ili obrazovnog rada i radnih vrijednosti.

Kritički reflektivni proces ima za cilj i uplitanje u kulturne, društvene i povijesne procese svakodnevnog života rekonstruirajući ne samo praksu i praktičara već i postavke te prakse što ima za cilj spajanje osobnog i političkog u kolaborativna istraživanja usmjerenih k transformaciji situacija (prevladavanje osjećaja nezadovoljstva, otuđenja, ideološke distorzije i sl.).

*Rezultati! Dakle, dobio sam mnoge rezultate, no znam i nekoliko tisuća stvari koje neće funkcionirati.*

Thomas Edison

Rezultati reflektivne prakse sestara u patronažnoj djelatnosti vode osmišljavanju inovativnih pristupa i njihovo uvođenje u praksu. Međutim, brojni kompleksni čimbenici utječu na to da li će inovaciju biti moguće provesti u praksi – osobne karakteristike i motivacija uključenih u proces inovacija i kulturna i organizacijska okolina u koju se inovacija uvodi. Informacije o uvođenju inovativnih pristupa na područje prakse daje jedan od najvažnijih radova na tu temu a to je Rogersova *Diffusion of Innovations* (Rogers, 1995). U njoj su pomno opisani stupnjevi uvođenja inovacija u praksu. Proces započinje uvođenjem uključenih strana u inovativni proces. Slijedi formiranje stajališta o inovativnom procesu što dovodi do idućeg stupnja na kojem se donosi odluka - treba li nastaviti s razvojem inovativnog pristupa. Slijedi implementacija i eksperimentiranje s pristupom. Tijekom stupnja potvrde, nova metoda postaje dijelom svakodnevne prakse zamjenjujući dotada primjenjivani pristup. Ovaj proces uključuje i „širenje informacija“ i „difuziju“. Širenje informacija podrazumijeva planiranu formalnu komunikaciju s ciljem prijenosa novih informacija putem formalnih komunikacijskih kanala kao što su

organizacijske hijerarhije. Difuzija je neformalan proces prihvaćanja ideja putem neformalnih decentraliziranih načina.

Iako je reflektivna praksa identificirana kao vrijedan alat za pomoć medicinskim sestrama da osvijeste svoje snage i slabosti za mnoge je to težak koncept.

Patronažne sestre u našem sustavu izmjenjuju svoja iskustva, pričajući o njima u pauzama na poslu. Iako se najčešće radi o iskustvima, vrlo vrijednima i korisnima za unaprjeđenje sestrinske prakse, ona se ne bilježe i ne objavljuju sustavno i na jednom mjestu kako bi bila dostupna svima i služila unaprjeđenju sestrinskog djelovanja u zajednici. Kako bi razvili kulturu reflektivnog pisanja u sestrinstvu s ciljem poboljšanja sestrinske skrbi i zdravstvene skrbi uopće, bilo bi potrebno sestre već na početku njihovog obrazovanja usmjeravati reflektivnim osvrtima jer je razmišljanje o svakom iskustvu i bilježenje svakog iskustva uvijek nova prilika za učenje i za patronažnu sestru i za bolesnika. Također je potrebno na jednom mjestu sistematično objavljivati reflektivna iskustva, analizirati ih i na temelju njih stvarati nove načine djelovanja u zdravstvenoj njezi.

## Zašto je važna reflektivna praksa?

Reflektivna praksa je važna za sve, a posebno za medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti - iz niza razloga. Prvo, sestre su odgovorne za pružanje skrbi na najbolji mogući način za pacijente i njihove obitelji. Moraju se fokusirati na svoja znanja, vještine i ponašanja kako bi se osiguralo da su u stanju ispuniti sve zahtjeve koje pred njih stavlja rad u zajednici. Drugo, reflektivna praksa stalno zahtijeva od medicinskih sestara ažuriranje profesionalnih sposobnosti. Treće, medicinske sestre putem reflektivne prakse mogu razmatrati svoj način interakcije i komunikacije s multidisciplinarnim timom. To je profesija koja ovisi o kulturi međusobne potpore. Patronažne medicinske sestre trebaju postati samosvjesne, samo-usmjerene i u kontaktu s okolinom. One mogu ostvariti taj cilj ako u potpunosti iskoriste priliku da dobiju povratnu informaciju o njihovom utjecaju na bolesnika, obitelj, radnu okolinu i organizaciju kao cjelinu. Prikupljanje povratnih informacija uključuje korištenje složenih vještina u otkrivanju obrazaca ponašanja, povezivanja i donošenja odgovarajuće odluke.

Sestre ponekad razmišljaju kako nemaju vremena živjeti vlastiti život a kamoli da razmišljaju o reflektivnoj praksi. Međutim, postoje načini kako obogatiti iskustvo refleksije koji oduzima samo nekoliko trenutaka vremena.

Povratne informacije dolaze od drugih ljudi u mnogo različitih oblika - verbalno ili neverbalno. Od drugih primamo povratne informacije o našem ponašanju, sposobnostima, vrijednostima, načinu na koji se odnosimo prema drugima i, u konačnici o našem vlastitom identitetu. Zato je povratna informacija ključna

za proces refleksije. Traženje povratne informacije treba biti usmjereni prema ljudima za koje vjerujete da će dati iskren odgovor i čije mišljenje cijenite. Na ovaj način sestra može dobiti različite perspektive svog ponašanja. Ove perspektive mogu se razlikovati i povremeno biti kontradiktorne. Međutim, svatko od nas ima „svoju kartu svijeta“ i moramo biti svjesni različitih pitanja koja proizlaze iz iste situacije. Još jedan dragocjen pristup refleksiji je da se sestra upita „što sam naučila danas?“ To je pozitivan pristup obradi podataka i konstruktivan način rješavanja događaja koji je mogao biti traumatičan. Oslanjanje na drugoga da nam kaže što smo naučili i da li je to dobro, dio je naše kulture i obrazovanja. To je još jedan način rada s drugima s ciljem da i oni razviju svoje reflektivne vještine. Iako je važno pronaći načine za poboljšanje naše učinkovitosti nikada ne smijemo zanemariti naša pozitivna postignuća i vrednovanja osobne snage. Kada sestra prepozna nešto što želi promijeniti nabolje potrebno je da u isto vrijeme razmišlja i o pet pozitivnih stvari koje je načinila u protekla 24 sata. Zatim je potreban objektivni pregled vlastitog iskustva. To je sofisticirana vještina koja patronažnoj sestri može omogućiti procesiranje temeljnih elemenata osobnog iskustva. Empatija kao pokušaj razumijevanja što druga osoba misli, čuje ili razumije, nas može staviti u neku vrstu konflikta sa samima sobom ali može dati novu perspektivu analizi sestrinskog iskustva. Vođenje dnevnika refleksije je jedan od načina za bilježenje naših misli, osjećaja, kritika, pohvala i prijedloga. Analiza dnevnika može nam pružiti korisne informacije o tome što radimo dobro a što je potrebno mijenjati. Dnevnički zapisi odražavaju složenost naše osobnosti. Planiranje budućih akcija je dio učenja i refleksijskog procesa. Planiranje i činjenje i malih promjena može biti vrlo učinkovito. Činjenje malih promjena može zahtijevati manje truda i hrabrosti nego činjenje velikih promjena. Drugo, ako promjena nema željeni učinak, postoji još jedan izbor – napustiti plan ili povećati količinu uloženog vremena i truda. U slučaju da odlučimo napustiti plan, gubitak vremena i energije je minimalan. Treba ustrajati u svojim planovima dok se ne vidi da li imaju učinak.

Vitalni dio reflektivnog procesa je donošenje plana za promjene i kreiranje budućnosti sestrinske skrbi i vlastite budućnosti.

Pristup i tehnike reflektivne prakse u patronažnoj djelatnosti ovise o čimbenicima kao što su motivacija, duljina radnog staža u sestrinstvu, predanost i posvećenost pacijentima i njihovim obiteljima.

Iako se refleksija zasada stidljivo spominje u našem sestrinstvu kao tehnika za poboljšanje i unaprjeđenje sestrinske skrbi općenito, u budućnosti bi mogla zauzimati značajno mjesto u praksi patronažnih medicinskih sestara. Patronažne sestre su u poziciji da putem reflektivne prakse pruže kreativna i inovativna rješenja za izazove s kojima se suočavaju one same i oboljeli, te na taj način na dnevnoj bazi utječu na život pacijenata, obitelji i zajednice.

## Referencije

- Cohn, E 2007, 'Including marginalized Populations in HIV Clinical Trials: A new role for nurse-Researchers', *Policy, politics & Nursing Practice*, vol. 8, no. 4, pp. 271-275.
- Delgado, M, *Community Social Work Practice in an Urban Environment*, Oxford University Press, New York – Oxford.
- Fook, J & Gardner, F 2007, *Practicing Critical Reflection*, McGraw Hill – Open University Press, Berkshire.
- Gibbs, G 1988, *Learning by Doing: a Guide to Teaching and Learning Method*, Further Education Unit, Oxford.
- Harkness, GA & DeMarco, R 2012, *Community and Public Health Nursing. Evidence for Practice*. Walters Kluwer/Lippincot Williams and Wilkins, United States.
- HUMS (Hrvatska udruga medicinskih sestara) 2007, *Vodeća uloga sestre u inovativnim pristupima zdravstvenoj njezi*, Hrvatska udruga medicinskih sestara „Svijet sestrinstva“ priručnici za medicinske sestre, Zagreb.
- HUMS (Hrvatska udruga medicinskih sestara) 2011, *Zatvaranje jazova: Poboljšati dostupnost i pravičnost zdravstvene zaštite*, Hrvatska udruga medicinskih sestara, Zagreb.
- HUMS (Hrvatska udruga medicinskih sestara) 2011, *Pružiti njegu, biti na usluzi zajednici: Vodeća uloga medicinske sestre u skrbi za oboljele od kroničnih bolesti*, Hrvatska udruga medicinskih sestara, Zagreb.
- International Council of Nurses 2008, *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*, ICN, Geneva.
- Kemmis, S 2001, 'Exploring the relevance of critical theory for action research: emancipatory action research in the footsteps of Jurgen Habermas', in *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, eds PA Reason & H Bradbury, Thousand Oaks, London, Sage, New Delhi.
- Luft, J & Ingham, H 1955, 'The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness', in Proceedings of the western training laboratory in group development, UCLA, Los Angeles.
- Platzer, H, Blake, D & Snelling, J 1997, 'A review of research into the use of groups and discussion to promote reflective practice in nursing', *Research in Post-Compulsory Education*, vol. 2, no. 2, pp. 193-204.
- Rogers, E 1995, *Diffision of Innovations*. Free Press, New York, 5th ed.
- Somerville, D & Keeling, J 2004, 'A practical approach to promote reflective practice within nursing', *Nursing Times*, vol. 100, no. 12, pp. 42–45.
- The Queen's Nursing Institute. Transition to Community, Transition to Community Nursing Practice*, Available from: <<http://www.qni.org.uk/docs/Transition%20to%20Community%20-%20INTRODUCTION.pdf>>. [20 October 2016].
- Županić, M 2013, *Organizacija, obrazovanje i kompetencije patronažnih medicinskih sestara*, Available from: <<http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/167>>. [15 October 2016].

# INFORMATIZACIJA ZDRAVSTVA RADI ZDRAVLJA?

Josipa Kern

## Kako su podaci ušli u moj profesionalni život?

Ne sjećam se da sam ikada sanjala o podacima. Podacima, koji će ući u moj život, profesionalni, naravno. U dvanaestoj ili trinaestoj sam godini sanjala povijest antičkog doba, ali braća Grakho su izbrisali moj san. Na red je tada došla matematika - činila se jednostavnom ali se pokazalo da to baš i nije uvijek tako. Meteorologija i geofizika? Ipak sam odustala. Zaposlila sam se na epidemiološkom projektu, tek toliko za početak, nisam još znala što će raditi na tom svom prvom radnom mjestu. Uostalom, mislila sam, vratit će se matematički i baviti se onim što sam studirala. To znam, ili barem mislim da znam.

Moj prvi zadatak je bio hi-kvadrat, dakle, statistika. Nije me oduševila pomisao da će takve stvari raditi i dalje. Uostalom, podaci nisu bili moj san. Naučila sam programirati – Fortran, Cobol. Analiza varijance bio je moj prvi program. Ne ona standardna. Trebalo je analizirati tzv. fraternitete, odgovoriti na pitanje jesu li biokemijski podaci poput glukoze u krvi doista nešto što je vezano uz krvne veze. Bilo je malo zanimljivije od hi-kvadrata. Programirala sam i izradu tablica frekvencije vezano uz uzroke smrti u populaciji – dijagnoze prema dobi i spolu umrlih i sl. Tada još nismo imali statističke pakete i sve je trebalo napraviti *ab ovo*.

Radila sam i u sasvim prizemnom području, upisu studenata na fakultet, tzv. klasifikacijski ispit. To me je iscrpljivalo, ali i to je završilo.

A onda je došla medicinska informatika. Pa još i nastava iz medicinske informatike za studente medicine. Nije mi bila baš bliska ni struka ni studenti koji su se spremali postati liječnici. A nismo baš imali ni primjerena oruđa za takvu nastavu za koju je bilo razumno očekivati da bude praktična, bez puno priče. Konačno, to je ipak nešto za buduće *liječnike*. Oni ne očekuju priče poput „što se može s kompjutorom“, a nije baš ni meni kao nastavniku bilo normalno da im govorim o kompjutorima. Konačno, kompjutori su samo strojevi, ako ih se tako i može nazivati. Kako li ćemo se razumjeti? Zašto baš liječnici trebaju medicinsku informatiku? Ako da, što i kako i koliko?

Odgovor je došao mnogo, mnogo kasnije. Pojavio se internet, pojatile su se tehnologije koje danas nazivamo informacijskim i komunikacijskim tehnologijama (IKT). One omogućuju lako baratanje s podacima. Tu je u prvom redu računanje – otuda je sve i počelo. Zatim, razmjena podataka i informacija, dakle, komunikacija. Traženje informacija o nečemu postalo je top-tema danas. Danas „guglamo“ da

bismo saznali novosti u svijetu, da bismo saznali nešto iz povijesti ili da bismo našli informacije o struci, npr. o medicini. Tu su danas dostupne bibliografske baze podataka o publikacijama iz struke i znanosti. No, treba znati kako tražiti nešto na internetu. Hoćemo li prakticirati metodu „i čorava koka nađe zrno“ ili ćemo tražiti „znalački“? Ključne riječi postaju ključna točka, ali kako ih odabrat? Mislimo li svi na isto kada kažemo elektronički medicinski ili zdravstveni zapis? Je li to isto? Ili, „evidence based medicine“? Pojam se formulira na engleskom jeziku pa drugi jezici imaju problem kada ga pokušavaju prevesti. Podrazumijeva li „evidence“ doista „dokaz“ kako se to obično prevodi? Istraživači s francuskog i njemačkog govornog područja potakli su pitanje značenja pojma „evidence“. I mi smo se tome pridružili.

Činjenica je, nadalje, da podaci danas postaju ključna stvar u životu kako profesionalnom, stručnom, tako i u znanosti, ali i u privatnom životu. Pitanje pouzdanosti podataka, njihove zaštite od uništenja i zloporabe, njihova moć prilikom argumentiranog odlučivanja – sve su to elementi koji su doveli do „novih“ struka poput *podatkovne znanosti i podatkovne etike* (engl. *data science; data ethics*), ili *digitalne forenzike* (engl. *digital forensics*). Jesu li one stvarno nove struke? Rekla bih, ne, nisu nove, ali su danas toliko sadržajno narasle da ima smisla dati im ime. Može se reći da se radi o *specijalističkim* područjima, specijaliziranim za susret s podacima.

Konačno, danas je potpuno jasno da medicinska, biomedicinska, zdravstvena ili javnozdravstvena javnost ne mogu ostati izvan stvarnosti. Sada sam potpuno svjesna da studentima medicine ali i ostalih zdravstvenih usmjerenja, npr. poput sestrinstva *treba* znanja iz područja koja sam opisala. IKT se danas bespogovorno primjenjuje u zdravstvu, u zdravstvenom sustavu, u istraživanjima, unapređivanju kvalitete rada, u poslovanju i odlučivanju. Doduše, ovo zadnje možda ne još dovoljno. Promjene se događaju u organizaciji zdravstva ali se vrlo rijetko, mogla bih reći gotovo nikada ne evaluira što se dogodilo promjenom organizacije zdravstva i kakve su posljedice. Primjerice, je li koncesionarstvo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dovelo do kvalitetnije zdravstvene zaštite na prvoj razini – nisam sigurna da je taj potez u organizaciji doista evaluiran.

Uvođenje informacijskih i komunikacijskih tehnologija (IKT) u zdravstveni sustav i zdravlje kao važni entitet ljudskog življenja predstavlja fenomen koji bih pokušala ocrtati s vlastite točke gledišta. Tri su osnovna pitanja kojima bih se pozabavila:

- Što se čini vezano uz promatrani fenomen,
- Zašto se čini to što se čini,
- Kako dalje, odnosno što bi se još trebalo ili moglo činiti u sklopu promatranog fenomena.

Dakle, idemo redom:

## Što je bit (moga) djelovanja?

Uvođenje informacijskih i komunikacijskih tehnologija u zdravstveni sustav i zdravlje zahtijeva u prvom reduznanje. Da bi se osiguralo znanje sudsionika odnosno budućih korisnika treba provoditi primjerenu *edukaciju* studenata medicinskog odnosno zdravstvenog usmjerenja. Tijekom edukacije posebnu pozornost treba obratiti *terminologiji*, tj. „nazovimo stvari pravim imenom“. Tijekom realizacije fenomena važno je jasno odrediti *smjer* realizacije – deklarativno i strateški. S obzirom na to da se stvar realizira u nekom okruženju (infrastruktura, ljudi), *okruženje* treba pripremiti i aktivirati.

## Što činim, odnosno što činimo?

Edukacijski programi za studente medicine uvedeni su već 70-tih godina prošlog stoljeća na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Najnoviji edukacijski programi su uskladeni s Preporukama za edukaciju iz medicinske informatike koje je kreirala Međunarodna asocijacija za medicinsku informatiku (IMIA). Skripta i priručnici zamijenjeni su udžbenikom (zadnje izdanje iz 2009.) i priručnicima za praktični rad, posebno za studente medicine a posebno za studente sestrinstva. Stomatološki fakultet je također kroz kraće vrijeme imao medicinsko-informatičke sadržaje. Uveden je i poslijediplomski studij pod nazivom Zdravstveni informacijski sistemi u zajednici triju fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (Medicinski fakultet, Elektrotehnički fakultet, Prirodoslovno-matematički fakultet). Na Doktorskom studiju Medicinskog fakulteta uvedeno je više medicinsko-informatičkih predmeta, uglavnom izbornih.

Deklaracijom o e-zdravlju Odbora za e-zdravlje Akademije medicinskih znanosti Hrvatske definiran je smjer uvođenja informacijskih i komunikacijskih tehnologija u zdravstveni sustav i zdravlje. Deklaracijom je „dotaknuta“ i edukacija kroz izričaj da i IKT profesionalci trebaju specifično znanje vezano uz uvođenje IKT u zdravstveni sustav, ali i edukacija građana – korisnika zdravstvene zaštite vezano uz korištenje informacija o zdravlju preko interneta (npr. HON code kao certifikat kojim se potvrđuje da se informaciji na mrežnoj stranici može vjerovati jer ju je „složila“ kompetentna osoba ili kompetentna grupa).

Skupovi, simpoziji koje bienalno organizira Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku (HDMI) i Bilten HDMI šire informacije o postignućima i izazovima pri uvođenju IKT u zdravstveni sustav i zdravlje. Daje se prilika davateljima

IKT usluga, odnosno proizvođačima aplikacijskih rješenja da „reklamiraju“ svoje proizvode, ali i korisnicima (npr. liječnicima OM) da kažu što misle o tim proizvodima.

Infrastruktura koja nužno prati uvođenje IKT u zdravstveni sustav i zdravlje uključuje normizaciju (Hrvatski zavod za norme, Tehnički odbor 215 – Medicinska informatika; Udruga HL7) i evaluaciju (EuroRec, Prorec Hrvatska).

## Što se u biti događalo tijekom vremena?

Uvođenje medicinsko-informatičkih sadržaja odnosno predmeta Medicinska informatika u sveučilišni studijski program rezultirao je nizom poteškoća – neshvaćanje medicinsko-informatičkih sadržaja od strane nastavnika medicinskih predmeta i vodstva fakulteta. Posljedica toga je bilo premještanje predmeta na niže godine studija (prva, druga, treća), u vrijeme dok student još nije sreo pacijenta a kamoli medicinsku dokumentaciju. Dakle, nije moguće govoriti o elektroničkom zdravstvenom zapisu, niti ga graditi. Također u to je doba studija nemoguće govoriti i o sekundarnoj uporabi podataka iz medicinske dokumentacije, dakle o analizi podataka statističkim ili bilo kojim drugim metodama. Ipak, na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu smo postigli da se medicinsko-informatički sadržaji pozicioniraju u studiju nakon „odslušanog bar jednog kliničkog predmeta“, na petoj godini studija što bi i trebao biti kriterij za pozicioniranje medicinske informatike u studiju medicine.

Isto tako, nakon desetak godina od uvođena ukinut je i poslijediplomski studij Zdravstveni informacijski sistemi. Unatoč opisanim teškoćama, izrađeno je nekoliko studentskih radova nagrađenih rektorovom ili dekanovom nagradom, nekoliko diplomskih radova (čak jedan i na Stomatološkom fakultetu), niz magistarskih radova i disertacija.

Udžbenik Medicinska informatika je postao službeni udžbenik svih četiriju medicinskih fakulteta u Hrvatskoj (premda u Splitu ne postoji medicinska informatika kao zasebni predmet, a u Rijeci i Osijeku još uvijek se predaje na drugoj godini studija).

Što se tiče Deklaracije o e-zdravlju, pojedini su njezini izričaji ušli u zakonsku regulativu u Republici Hrvatskoj (Zakon o zdravstvenoj zaštiti) i strateške dokumente (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020., Strateški plan razvoja e-zdravlja). Posljedica Deklaracije je i projekt edukacije za specijaliste medicinske informatike realiziran u suradnji Fakulteta organizacije i informatike (Varaždin) i Medicinskog fakulteta (Zagreb). Doduše, studijski program još nije zaživio.

Normizacija je, čini se, i dalje problem. Možda je to stvar nerazumijevanja problematike, važnosti pojma interoperabilnosti bez kojega integrirani zdravstveni informacijski sustav nije moguć, ali možda se radi i o politici Hrvatskog zavoda za norme koji zahtijeva plaćanje članarine da bi se moglo djelovati unutar tehničkih odbora.

## **Što je bilo dobro, odnosno uspješno a što se pokazalo lošim, odnosno neuspješnim**

Dobro ili loše, uspješno ili neuspješno – to su pojmovi koje svatko shvaća na svoj način, sve ovisi o osobi koja može biti ili optimist ili pesimist. Ponekad mi se čini da smo mnogo napravili – uveli smo medicinsko-informatičke edukacijske sadržaje na pravo mjesto u studiju budućih liječnika (Zagreb), sastavili smo ih u skladu s aktualnim međunarodnim standardima (preporuke IMIA), studenti pokazuju zanimanje za takve sadržaje (radovi), deklaracija je prihvaćena (segmenti su ugrađeni u važne dokumente) itd. S druge strane, tri fakulteta još uvijek nemaju pravo mjesto za medicinsko-informatičke sadržaje, a to je ipak više od polovine studenata medicine u Hrvatskoj. Nadalje, terminologija poput „elektronički zdravstveni zapis“ još uvijek nije usvojena, a ako se taj naziv i rabi, pitanje je što govornik pod tim pojmom podrazumijeva – to je, dakle, nešto na čemu još treba raditi. Naime, ne možemo se međusobno razumjeti ako pojma nismo jasno definirali.

Pitanje je osim toga trebamo li slijepo slijediti ono što se radi i govori u svijetu (činjenica je da uvodenje IKT u zdravstvo i zdravlje i u svijetu nije do kraja uspješno riješeno, dok je npr. administriranje propisivanja lijekova kod nas gotovo savršeno realizirano), ali pitanje je i smijemo li potpuno ignorirati svjetske trendove (npr. kriteriji za evaluaciju aplikacija).

Jedna je stvar koju ipak treba spomenuti kao loše ili neuspješno: *nedovoljna suradljivost* sudionika (bez obzira radi li se o edukaciji, praksi, regulativi ili nečem četvrtom). Možda za to ipak treba još vremena.

## **Zašto je to potrebno činiti?**

Uvođenje IKT u zdravstvo i zdravlje je neminovno događanje danas svagdje, u svijetu i kod nas. IKT omogućava dobivanje informacija za primarnu uporabu (liječenje bolesnika) ali i za sekundarnu uporabu (izvještavanje, analiza zdravstvenog stanja populacije, planiranje i sl.). Nove tehnologije proizvode sve više podataka (masivnost, tzv. „big data“), interdisciplinarnost jako različitih struka (zdravstvene struke, tehničke struke, analitičari podataka,

pravne, ekonomski i druge struke) je neminovnost, troškovi zdravstvenog sustava sve su veći. Ovakve predispozicije zahtijevaju nova znanja (edukacija na raznim razinama), razumijevanje (terminologija, komunikacija, normiranost), dogovaranje (strategije, konsenzus), suradljivost. Na svemu tome treba raditi, a na prvom je mjestu *edukacija* s jezgrom koja mora biti *presjek znanja svih struka* angažiranih u fenomenu koji zovemo uvođenje IKT u zdravstveni sustav i zdravstvo.

## U čemu je važnost tog činjenja?

Očekivano je da će valjani sustav temeljen na IKT omogućiti učinkovitu uporabu podataka.

Aksiom: „Podatak s upisuje samo jedanput a koristi svagdje gdje god je potreban i onoliko puta koliko je potreban“.

Da bi se takav sustav realizirao potrebna su različita znanja pa u činjenju opisanog (edukacija, usmjeravanje informatizacije i sl.) vidi se njegova važnost.



**Slika 1.** Meandriranje prema e-zdravlju

## **Što bi još trebalo učiniti?**

Intenzivirati opisane aktivnosti. Posebno raditi na *intenziviranju suradljivosti*. To se, međutim, ne odnosi samo na odraslu populaciju. Prvenstveno treba privikavati mlade na suradljivost, možda već od „vrtićke dobi“.

## **Koje posljedice treba očekivati?**

Uspije li se u uspostavljanju *suradljivosti* educiranih sudionika (medicinskih, odnosno zdravstvenih i tehničkih struka), etabliranju *zajedničkih potrebnih znanja* raznih struka kao i tzv. međustruke, odnosno medicinskih informatičara, jasnim *definiranjem kriterija* kojima treba udovoljavati zdravstveni informacijski sustav (sadržaj i oblik medicinske dokumentacije, definiranje primarnih i sekundarnih informacija koje se temelje na medicinskoj dokumentaciji, primjerena fleksibilnost u uporabi podataka), *kontinuiranim nadzorom* nad realizacijom i unapređivanjem zdravstvenog informacijskog sustava, odgovarajućim cjelovitim *zakonskim i etičkim pokrićem*, može se očekivati učinkovit integrirani zdravstveni sustav koji se temelji na IKT.

## **Vrijeme?**

Kada će doista doći do realizacije očekivanog? Optimizam, pesimizam ili što je realno? Pesimizam nije nešto što čovjeka može pokrenuti da išta radi. Bez imalo optimizma nema smisla živjeti. Nekritični optimizam nas uljuljuje u nadi da će se sve riješiti samo od sebe, jednoga dana kada vila zamahne čarobnim štapićem - o, kako bi to bilo lijepo! Vili se, nažalost, ne možemo nadati. Doduše, možemo sanjati njezin dolazak, ali san ostaje samo san. Čini se ipak da nam ostaje da pokušavamo, pokušavamo i pokušavamo doći do želenog. Očekivano je da će biti ometanja, bit će padova, uspjeha i padova, politika dovodi do meandriranja razvoja na mnogim poljima djelovanja. Svi govore o promjenama, svi "žele" promjene, a činjenica je – netko je rekao – da promjene želi samo beba u mokrim pelenama. Pa, postanimo bebe i pokušajmo se riješiti mokrih pelena...

## **Referencije**

Andrijašević, L Angebrandt, P & Kern, J 2012, 'Users' satisfaction with the primary health care information system in Croatia: a cross-sectional study', *Croat Med J.*, vol. 53, no. 1, pp. 60-65.

Kern, J, Becue, M, Hercigonja-Szekeres, M & Vuletić, S, 2002, 'How to find out burning problem of telemedicine?', *Stud Health Technol Inform*, vol. 90, pp.138-142.

Kern, J 2006, 'Evaluation of teleconsultation systems', *Int J Med Inform*, vol. 75, no. 3-4, pp. 330-334.

- Kern, J 2008, 'Health and medical informatics in Croatia', *Health Info Libr J*, vol. 25, no. 4, pp. 302-308. doi: 10.1111/j.1471-1842.2008.00824.x.
- Kern, J & Petrovečki, M urednici 2009, *Medicinska informatika*, Medicinska naklada, Zagreb.
- Kern, J 2010, 'Kakav treba biti zdravstveni informacijski sustav? Što imamo i što očekujemo?', *Infotrend*, vol. 177, no. 1-2, pp. 32-37.
- Kern, J, Erceg, M & Poljičanin, T 2010, 'Učinkovitost javnozdravstvenih nadzornih sustava', *Acta Medica Croatica*, vol. 64, pp. 415-423.
- Kern, J & Deželić, Đ 2016, 'Evidence Based Medicine – kako prevesti na hrvatski jezik?', *Liječničke novine*, vol. 15, no. 151, pp. 92-94.
- Kralj, D, Kern, J, Tonković, S & Končar, M 2015, 'Development of the quality assessment model of EHR software in family medicine practices: research based on user satisfaction', *J Innov Health Inform*, vol. 22, no. 3, pp. 340-58. doi: 10.14236/jhi.v22i3.158.
- Mantas, J, Ammenwerth, E, Demiris, G, Hasman, A, Haux, R, Hersh, W, Hovenga, E, Lun, KC, Marin, H, Martin-Sanchez, F & Wright, G 2010, 'IMIA Recommendations on Education Task Force. Recommendations of the International Medical Informatics Association (IMIA) on Education in Biomedical and Health Informatics', First Revision, *Methods Inf Med*, vol. 49, no. 2, pp. 105-120.
- Ministarstvo zdravlja & Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje 2014, *Strateški plan razvoja eZdravlja u Republici Hrvatskoj – SPeZ*. Dostupno na: [https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan\\_razvoja\\_eZdravlja.pdf](https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan_razvoja_eZdravlja.pdf). (3. siječnja 2017.).
- Ministarstvo zdravlja 2012, 'Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020', *NN*, vol. 116. Dostupno na: [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012\\_10\\_116\\_2519.html](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_10_116_2519.html). (3. siječnja 2017.).
- Odbor za e-zdravlje Akademije medicinskih znanosti Hrvatske 2011, *Deklaracija o e-zdravlju*. Dostupno na: <http://www.amzh.hr/novosti%20i%20dogadaji.html> (3. siječnja 2017.).
- Polašek, O & Kern, J 2012, 'Medical informatics across Europe: analysis of medical informatics scientific output in 33 European countries', *Inform Health Soc Care*, vol.37, no. 1, pp.12-21, doi: 10.3109/17538157.2011.590256.

# REFLEKSIJA NA STRATEGIJU RAZVOJA ŽUPANIJSKOG ZDRAVSTVA

Ankica Džono Boban

Jednog dana pročitam tekst da je u našu županiju u jednu zdravstvenu ustanovu „*stigao najmoderniji dijagnostički aparat s kojim se može pohvaliti tek nekoliko bolnica u Hrvatskoj*“ . Prije par mjeseci pročitala sam kako je „*instaliran novi digitalni uređaj, jer digitalizacija je u trendu ...*“, zatim „*nabavljen je aparat koji je vrhunac moderne tehnologije za rano dijagnosticiranje tumoroznih promjena*“, „*aparat koji trenutno na tržištu predstavlja nadstandard i nemaju ga mnogi bolnički centri*“ i brojne slične napise svako nekoliko čitam u tisku, na portalima ... Visoko kvalitetna dijagnostika, modernizacija županijskog zdravstva, hvale vrijedna ulaganja u medicinsku opremu, a i cijena nove aparature uglavnom je navedena.

Davne 1272. godine Veliko i Malo vijeće i tadašnji knez Marko Justinijanij donijeli su *Statut (Liber statutorum)* kao temeljni pravni dokument dubrovačke komune, kasnije Republike, koji je potom prihvaćen na javnom zboru dubrovačkog puka. U tom prvom dubrovačkom zakoniku donijeti su mnogi medicinsko-higijenski i socijalni propisi, kao npr. obvezno čišćenje ulice subotom odnosno „*svatko je bio dužan čistiti onaj dio ulice koji se nalazio ispred njegove kuće*“, a svaka je kuća bila obvezna imati sanitarni čvor (nužnik). Bilo je zabranjeno bacanje smeća pred gradska vrata. 1304. godine dubrovačka vlada je donijela odluku o gradnji prve državne cisterne (*puča*) kod *Divone* (Sponze) za opskrbu stanovnika pitkom vodom. Zbog porasta broja stanovnika i sve veće oskudice vode 1436. sklopljen je ugovor za gradnju vodovoda i fontani (Beritić 1963). 1407. godine uređena je cijela gradska kanalizacija, popločane su važnije ulice i trgovi o kojima su brinuli četiri gradska čistača (1415.) (Tadić, 1969). Godine 1377. donesena je prva karantenska uredba na svijetu pod naslovom „*Došljacima iz kužnih krajeva se zabranjuje ulaz u Dubrovnik ili okolicu*“, zapisana u dubrovačkoj knjizi zakona *Liber viridis*, uvedena je obvezna karantena (Bazala, 1972). Tom odlukom propisano je da sve osobe koje dolaze iz sumnjivih, zaraženih krajeva, odnosno mjesta u kojima su vladale kužne bolesti, moraju provesti 30 dana u izolaciji. Za primjenu zdravstvenih uredaba i protuepidemijskih mjera brinuli su protukužni službenici *kacamorti* (Blažina Tomicić, 2007). Općenito, zdravstvena kultura Dubrovnika ima dugu, bogatu povijest javnozdravstvenih mjera u skrbi za zdravlje i vlastele i pučana.

Svijest o važnosti higijene i sprečavanja širenja bolesti, o zdravlju Grada i njegovih stanovnika bila je na visokoj razini ili, kako je napisao naš znanstvenik Stjepan Ćosić „*statutarne norme dokaz su visokog stupnja civiliziranog života koji su*

*dosegnuli stari Dubrovčani*“. Jesu li Dubrovčani donositelji ovih vrlo vrijednih propisa znali za pojam primarna prevencija? To zapravo nije ni bitno. Međutim znali su koliko te mjere znače za čistoću i zdravlje Grada te u konačnici za njegov opstanak i prosperitet...

U vrijeme pisanja ovog teksta (jesen 2016.) ne postoji strategija razvoja županijskog zdravstva, a poznato je da strateško planiranje za zdravlje omogućuje ekonomično korištenje uglavnom ograničenih resursa, veće zadovoljstvo korisnika i bolje zdravlje populacije. Strateško planiranje osigurava usmjeravanje sredstava u područja u kojima postoje najveće potrebe i gdje će intervencije biti najučinkovitije. Stoga je jedan od temeljnih uvjeta takvog planiranja uključivanje predstavnika zajednice, građana i njihovih lidera od procjene potreba do procesa odlučivanja. Nakon Domovinskog rata, prva procjena javnozdravstvenih potreba i prioriteta u županiji napravljena je 2002.-2003. godine. Naime, u sklopu partnerskog projekta razvoja i jačanja menadžmenta za zdravlje u lokalnoj i regionalnoj upravi i samoupravi poznat pod nazivom „Zdrave županije“ županijski interdisciplinarni tim predstavnika vlasti, struke i lokalne zajednice izradio je županijsku sliku zdravlja i Strateški okvir plana za zdravlje za pet tada identificiranih javnozdravstvenih prioriteta pod mentorstvom profesionalaca s Medicinskom fakultetom Sveučilišta u Zagrebu i Centra za kontrolu i prevenciju bolesti iz Atlante (*Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, Sjedinjene Američke Države). To su bili prvi dokumentni takve vrste u županijskoj politici zdravlja temeljeni na participativnoj metodi procjene županijskih javnozdravstvenih potreba i prioriteta s aktivnim uključivanjem zajednice. Kao predstavnica struke bila sam članica županijskog projektnog tima te zajedno s ostalim članovima tima završila intenzivan proces modularne edukacije, čiji se pristup „learning-by-doing“ („učenje kroz rad“) pokazao kao izvrstan alat za izgradnju i jačanje suradnje između javnozdravstvenih partnera na županijskoj razini. Tijekom dvije godine provedbe aktivno sam sudjelovala u svim projektnim fazama od procjene županijskih javnozdravstvenih potreba (koristeći dvije metode za dobivanje informacija: metodu fokus grupe u populaciji srednjoškolske djece i intervju kao otvoreni razgovor s osobama starije životne dobi) do konačne izrade županijske slike zdravlja i strateškog plana za zdravlje.

Početak ovog projekta bio je vezan za decentralizaciju zdravstvenog sustava i sve je predstavljalo jedan veliki izazov. To je bio izazov u mom profesionalnom životu ali i izazov lokalnoj zajednici kao i zajednici stručnjaka. Spoznaja da će se tijekom projektnih aktivnosti i edukativnih modela naučiti temeljne funkcije javnog zdravstva, a istovremeno naučeno i primijeniti u praksi izazivala je osjećaj ushićenja. Želja za novim znanjem jačala je moj osobni angažman u projektu, povećavala moj entuzijazam koji sam dijelila s projektnim suradnicima. S novim vještinama raslo je moje samopouzdanje, vjera u sebe, s pogledom prema naprijed i sve bliže dostignuću planiranih ciljeva. Moja uloga u timu kao i uloga svakog

člana bila je ključna karika za kontinuitet rada, za provedbu aktivnosti, ali i za napredak. Bili smo spremni na moguće barijere, nismo odustajali, pronalazili smo nove mogućnosti i rješenja kako bi se projekt razvijao. Bila sam podrška ostalim članovima tima kao i oni meni. Bilo je stresnih situacija (je li učinjeno kako treba, što je propušteno, rokovi se bliže a još treba dosta napraviti...) pa smo smijeh i šalu često koristili za opuštanje i kao most između nastalih poteškoća i novih rješenja. Ustvari, sve je uvijek završavalo osmijehom, i bio je to divan osjećaj. S jedne strane pritisak od obveza, a s druge zadovoljstvo zbog novog znanja i u očekivanju rezultata koji sutra („u budućnosti“) trebaju dati vrijedne rezultate.

Moje iskustvo je vrlo pozitivno, nezaboravno. Otkrila sam prednost rada kao dio tima. Spoznala sam da je dobar timski rad ključ uspjeha kada su resursi ograničeni. Naše različite točke gledišta i različite ideje bile su doprinos našem zajedničkom radu, pokretač kvalitetnijem sagledavanju određenih činjenica u različitim dimenzijama. Osobno sam u takvoj atmosferi suradnje, prihvaćanja i dijeljenja osjećala pozitivnu energiju. I u trenucima kada je tim bio brojčano smanjen nije se odustajalo. Ipak nije sve bilo tako sjajno. Bili smo i umorni, „zasićeni“ obvezama na poslu s jedne strane, a projektnim s druge. Vrijeme je bilo najčešći „neprijatelj“ tijekom projektnih aktivnosti, uvijek nam je nedostajalo. Ipak vrijedilo je biti dio projektnog tima, vrijedilo je proći kroz sve projektne aktivnosti.

Kad se pitam je li imalo smisla, odgovor je: da; jer profesionalne i komunikacijske vještine koje sam stekla ojačale su moje stručne kompetencije. Nasuprot tome, nekoliko godina nakon tih projektnih aktivnosti uviđam kako je entuzijazam, dobra volja i spremnost članova tima da se napravi društveno-ekonomski i stručno nužan iskorak u osiguranju usluga, koje će pridonijeti poboljšanju kvalitete života lokalnog stanovništva, postao gotovo povjesni izazov u ne tako dalekoj prošlosti. Naime za dva tada identificirana javnozdravstvena prioriteta uvedene su nove usluge koje većim ili manjim dijelom i danas funkcioniraju (usluge gerontodomaćica te mreža dionika u prevenciji ovisnosti na jednom lokalnom području). Nakon županijske slike zdravlja i strateškog okvira plana za zdravlje nije napravljen „Plan za zdravlje“, važan strateški dokument županijske zdravstvene politike kao što su ga izradile neke druge županije. Svrha takvog dokumenta je sveobuhvatniji pristup u rješavanju javnozdravstvenih potreba i problema na regionalnoj razini, koje su građani sa strukom prepoznali tijekom participativne procjene. To je ključan korak za županijsku zdravstvenu politiku i one koji donose javne politike na regionalnoj razini, jer prihvaćanje i podržavanje takvog dokumenta (temeljenog na participativnoj procjeni) predstavlja dobar argument za sve ostale odluke iz zdravstvene politike.

Međutim, sve se ugasilo, nestalo, došao je netko koji nije imao vremena, strpljenja ili volje, ili iz neznanja, pitati što je bilo dobro i pozitivno, što nastaviti i kojim putem krenuti. Tko je ili što je zatvorilo vrata?! Zašto je puno važnije kupiti skupi sofisticirani aparat nego prihvati participativnu ulogu lokalne zajednice u procjeni javnozdravstvenih potreba i unapređenju kvalitete zdravlja i življenja u zajednici. Nabava jednog uređaja tek je segment u sveukupnoj zdravstvenoj zaštiti koja obuhvaća pet osnovnih mjera. Da se ne zaboravi, to su: unapređenje i promicanje zdravlja te sprečavanje i suzbijanje bolesti kao primarna prevencija, rano otkrivanje bolesti kao sekundarna, liječenje i rehabilitacija kao tercijarna prevencija. Tko nije video smisao i dobrobit, zašto je negirana i zašto nije prepoznata važnost participativne procjene potreba lokalne zajednice? Uistinu je lijepo čuti kako je u nekim županijama napravljena nova procjena javnozdravstvenih prioriteta gdje su se lokalna zajednica, stručnjaci i političari usuglasili o Planu za zdravlje.

Noviteti u zdravstvenoj zaštiti su kako suvremeni uređaji i suvremene dijagnostičke metode tako i nove metodologije rada. Takav je bio projekt opisan u ovom tekstu, projekt kojeg je Odjel za globalno zdravlje CDC-a iz Atlante nagradio 2006. godine za izvrsnost, a 2013. posebnom nagradom, koja se dodjeljuje iznimnim programima koji su unaprijedili lokalni kapacitet upravljanja i rukovođenja za zdravlje te time i bolje zdravstvene ishode. Osobno mi je žao što u našoj županiji druga faza projekta „Plan za zdravlje“ nije nastavljena s ciljem učinkovitijeg i racionalnijeg planiranja i korištenja zdravstvenih i drugih raspoloživih i potrebnih resursa za veće zadovoljstvo i bolje zdravlje svih nas. Neki procesi moraju biti:

- dugoročniji kako bi postigli planirane ciljeve,
- zahtijevaju sveobuhvatniji angažman raspoloživih resursa,
- ekonomičnije i namjenski korištene kapacitete.

Mi to imamo i možemo napraviti ako se prihvati praksa utemeljena na znanstvenim spoznajama u sustavnom procesu odlučivanja i pružanja usluga, koja je pokazala dosljednost u poboljšanju mjerljivih zdravstvenih rezultata i, naravno, ako se uistinu prihvati često izgovorena fraza „stručnost ne podobnost“. Dakle i u našoj regionalnoj dubrovačko-neretvanskoj praksi polazište za upravljanje za zdravlje trebaju biti procesi odlučivanja temeljeni na kombinaciji kritičkog mišljenja i raspoloživih znanja. Bez cost-benefit analize u zdravstvenoj zaštiti, bez participativne procjene javnozdravstvenih prioriteta na regionalnoj razini i bez plana za zdravlje, javni diskurs o zdravlju i dalje će biti diskurs o bolesti, diskurs o novim dijagnostičkim ili terapijskim metodama. Treba zapamtiti da su prva dva pitanja: Što ćemo i koliko uložiti u promicanje zdravlja? Što ćemo i koliko uložiti u preventivu? Potom dolazi treće pitanje: Što ćemo i koliko uložiti za razvoj dijagnostičko-terapijskih postupaka? Svima nam je poznata uzrečica „bolje spriječiti nego liječiti“. Je li naša realnost takva?!

## Referencije

- Bazala, V 1972, *Pregled povijesti zdravstvene kulture Dubrovačke Republike*, Dubrovački horizonti, Zagreb, p. 15, 57, 19, 32, 199.
- Beritić, L 1963, *Dubrovački vodovod*. Dubrovnik, p. 2.
- Blažina Tomić, Z 2007, *Kacamorti i kuga*, HAZU Zavod za povjesne znanosti u Dubrovniku, Zagreb – Dubrovnik, pp. 81-111.
- Liber viridis*, c. 49, f. 78. (Državni arhiv u Dubrovniku).
- Statut grada Dubrovnika*, prir. i prev. Ante Šoljić, Zdravko Šundrica i Ivo Veselić. Dubrovnik: Državni arhiv u Dubrovniku, 2002: L. VIII, c. 57.
- Tadić, J 1969, ‘Stari Dubrovnik i njegova zdravstvena kultura’, *Acta Historica Medicinae Pharmaciae Veterinae*, vol. 9, no. 1-2 , pp. 6-8.

## PALIJATIVA

### Karmen Lončarek

Po temeljnoj medicinskoj edukaciji sam oftalmolog. Period učenja struke pamtim, naprsto, kao strastven. Sve svoje raspoloživo vrijeme usmjerila sam na klinički rad i učenje. Za uže područje izabrala sam najteži dio struke, retinologiju. Volim teške stvari.

Što sam više znala o struci, sve su mi razvidnija bila njena ograničenja i skromni dosezi. Iako su pacijenti gledali u nas retinologe kao u božanstva svjetlosti, svrsishodno interveniranje (npr. fotokoagulacija retine) bilo je moguće u manje od pet posto slučajeva, pri čemu su mnoge od tih intervencija bile neuspješne ili uzaludne. Najveći moji uspjesi bili su kad bih tjeskobnim pacijentima, koji su u strahu od potpune sljepote već obišli tucet mojih kolega, potvrdila da će sačuvati preostali vid. Za njih je to bilo kao da sam skinula zlu čaroliju. Pamtim njihove zagrljaje, ljubljenje ruku, suze radosnice. Dakako, da mi je godilo taštini.

Kad me jedan prijatelj zamolio da opišem svoj posao (u to vrijeme iza mene je bilo desetak godina staža), sažela sam ovako: "Skidam uroke i katalogiziram ljudsku nesreću." U to vrijeme u mojoj osobnoj elektroničkoj bazi podataka bilo je osam tisuća uredno katalogiziranih pacijenata s bolešću retine, dakle ljudi koji već jesu, ili će u dogledno vrijeme izgubiti znatan dio svog vida.

Retinološki posao radi se u mraku. Zimi bih na posao dolazila po mraku, u mraku radila, i po mraku se vraćala kući. Nekoliko godina nakon odlaska iz oftalmologije nisam nosila sunčane naočale: nisam mogla nagledati se svjetlosti.

Jednom mi je retinološka medicinska sestra rekla za pacijenta koji je netom prošao kroz vrata: "Ovaj je za laser". Po njegovoj blijedoj koži i slaboj orientaciji u prostoru prepoznala je da boluje od uznapredovalog dijabetesa i dijabetičke retinopatije. Tog časa u meni je nešto puklo: pomisao da ću do kraja radnog vijeka biti vezana za biomikroskop kao galion za veslo, postala mi je nesnosna.

Na Zapadu postoje konzultantske službe i razrađene procedure koje usko specijaliziranim liječnicima pomažu da promijene struku. U Hrvatskoj toga nema i bila sam prepustena vlastitoj inicijativi. Jedina druga medicinska struka koja mi se učinila dostoјna truda bilo je javno zdravstvo. U klinici, (čak ako si i heroj!), uvijek spašavaš jednoga po jednoga. Uspjeh vidiš brzo i neposredno. U javnom zdravstvu pak, uvijek radiš kao štabni general: ako dobro obavljaš svoj posao, spašavaš život tisućama. No, taj uspjeh ne možeš doživjeti ni brzo, ni neposredno. Ponekad je jedini znak uspjeha izostanak nekih statističkih pokazatelja nakon mnogo godina. Za takvu spoznaju potrebna je posve drugačija vizura i vrsta

znanja, koje se teško i dugo grade, kao što je i za uživanje u klasičnoj muzici ili slikarstvu potrebno najprije mnogo znati o ritmu, harmoniji i kompoziciji. Ta težina me privukla.

Da ne duljim, završila sam nekoliko godina formalne edukacije iz javnog zdravstva u Hrvatskoj i SAD. Kratko potom, neobičnim spletom okolnosti zapalo me mjesto bolničkog menadžera za kvalitetu. U tadašnje vrijeme bila je to formalna funkcija koja je zahtijevala vrlo skroman angažman. Već nakon par tjedana bilo mi je razvidno da to nije radna sredina u kojoj ću pustiti korijen, i zato sam odlučila u preostalom kratkom vremenu naučiti o bolnici što je više moguće. Sasvim sam prestala raditi u oftalmologiji i prihvatile se rada na kvaliteti u punom radnom vremenu. U uredu sam bila vrlo malo. Većinu vremena obilazila sam bolnicu, upoznavala ljude, funkcije, kliničke procese, kuhinju, praonicu, vozni park, virila pod svaki kamen, u svaku štakorsku rupu i šišmišje gnijezdo. Bilo je to vrijeme mog postupnog raskida s mehanicističkim pristupom biomedicini te idejom zdravstvenog sustava kao kompleksnog stroja. A nadasve, bilo je to vrijeme potpune očaranosti bolnicom kao super-organizmom. Naučila sam sve bitno o bolnici: od sprečavanja intrahospitalnih infekcija do zbrinjavanja otpada i deratizacije.

Takva prilika događa se javnozdravstvenjaku samo iznimno, kao što se marinskom biologu iznimno pruži prilika da mjesecima roni s jatom kitova u arktičkom moru. Čak nekoliko godina kasnije, radeći na razvoju modela palijative na KB Dubrava, noću sam obilazila bolničke hodnike, izlazila na terasu slušati huk ventilacijskih turbina i promatrati veličanstvenu arhitekturu te zgrade nalik svemirskom brodu. Kakva čudesna samodostatnost! Izgrađena je tako da se može posve izolirati od vanjske atmosfere, a unutra je sve - od kirurških dvorana do frizerskog salona i kapelice. Hodala bih oko zgrade zagledana u srebrne cijevi i oplatu boje plitkog mora s oduševljenjem kakvim biolog promatra gorostasnog morskog sisavca.

S prijateljem A., specijalistom javnog zdravstva kojega sam upoznala na svom javnozdravstvenom školovanju u Zagrebu, često sam se savjetovala o svom poslu. Kad sam ga jednom pitala što, ili koga još moram obuhvatiti u svom radu, rekao je: "umiruće". Nikad ga nisam pitala kako je nadošao na tu ideju. Iako oftalmologija ima nultu stopu smrtnosti, umiranje u bolnici nije mi bilo strana tema. Viđala sam ga dok sam kao specijalizant dežurala na bolničkom hitnom traktu, kao konzilijarac na odjelima visoke smrtnosti, ali i kao čovjek naprosto, jer sam u deset godina iz vlastite kuće sahranila četvero starijih. K tome, poznavala sam ideje Ivana Ilicha, Edgara Morina, Atula Gawandea, Richarda Selzera. No, ideja smrti u bolnici kao vrhunskog medicinskog neuspjeha bila je toliko monolitna i sveprožimajuća. Nisam znala otkud početi.

Jedna indijska izreka kaže: "Kako pojesti slona? Nađi mjesto gdje ćeš zagristi, a onda polako dalje." Mjesto se ukazalo neobičnim stjecajem okolnosti. Jednom

dok sam razgovarala s poznanicom redovnicom, k nama je ušao kolega i sa suzama me zamolio da pomognem njegovom prijatelju koji pati. Radilo se o jedva punoljetnom mladiću koji je umirao od iste vrste karcinoma od koje je umro i njegov otac u tridesetoj godini. Mladić je ležao na intenzivnoj njezi, tijela posve izobličenog od edema, zapomagao je na sav glas zato što mu je ispaо epiduralni kateter, a anesteziolog nije mogao brzo doći. Socijalna pozadina bila je ovakva: mladić je bio Rom, nepismen, nezaposlen, homoseksualac, musliman; otac umro u tridesetoj godini od iste vrste karcinoma, mati teška duševna bolesnica koja uopće nije poimala da joj je sin bolestan. Ukratko, ljudska nesreća u svom najčišćem, koncentriranom obliku.

Tri dana koliko je trajala mladićeva agonija, moja redovnica i ja obilazile smo ga nemoćne da pomognemo - ja da organiziram dobру analgeziju, ona da pruži duhovnu podršku. U meni je rastao osjećaj koji mi je teško opisati - osjećaj koji je stalno ponavljaо jednu misao: "U mojoj bolnici više nitko neće zapomagati zbog bolova". Nije to bio nikakav uzvišen i plemenit osjećaj, već primordijalni bijes i odlučnost kakve će prije osjetiti pećinska medvjedica kad joj taknu u mlade.

Tih je dana sklopljeno neobično savezništvo kroz koje smo moja redovnica i ja, svaka u svom socijalnom i poslovnom okruženju, upele svim svojim snagama da pridobijemo što veći broj ljudi za ideju hospicija. Kad smo napokon uspjele dogоворити radni sastanak ravnatelja bolnice i nadbiskupa, znale smo da smo naš kamen dokotrljale do vrha, i da će dalje gravitacija raditi za našu stvar.

U to doba desila se moja smjena s mesta menadžera za kvalitetu. Džentlmenskim dogovorom između ravnatelja i nadbiskupa uređeno je da idućih godinu dana radim kao medicinski direktor hospicija u osnivanju. Bio je to pomalo bizaran aranžman, budući da sam ja ateist, no kad god bi nadošlo pitanje povezano s religijom, moj stav bio je ovaj: umiranje se dešava s ove strane smrti, dok je čovjek živ; za dobru skrb o umirućemu sporedno je što mislimo da će se s njegovim postojanjem dešavati s one strane.

U tih godinu dana imala sam priliku koja se desi jednom ili nijednom u životu, da primijenim i provjerim sve teorijsko znanje koje sam imala o organiziranju i o palijativi. Kasnije se pokazalo da je osnivanje hospicija kao velik, monolitan događaj bilo presudno za daljnji razvoj palijative. Hospicij je bio nepobitan dokaz da je u Hrvatskoj moguće razviti profesionalnu palijativnu skrb. Tek mnogo vremena nakon što je hospicij primio prvog pacijenta, shvatila sam koja bi bila osobna cijena da je projekt propao - moja vizija bila bi označena kao halucinacija i to bi me trajno obilježilo. S ovom pameću više se ne bih upustila u tadašnji rizik.

Kažu da ništa nije tako uspješno kao uspjeh. Nakon novootvorenog hospicija, tim, s kojim sam već dulje surađivala mogao je mirno ponuditi Ministarstvu zdravljа

jedan kompleksan projekt razvoja nacionalne palijative. O tome je mnogo toga rečeno na drugom mjestu u ovoj knjizi, pa neću ponavljati. Osim toga, kao kliničar sam i dalje nagnjala radu s pacijentima, tako da sam progrurala osnivanje zavoda za palijativu u svojoj bolnici i polako umrežavala ljudi koji su shvaćali da palijativa pomaže ne samo pacijentima, već i njima kao profesionalcima. To jest, našla sam mjesto gdje da zagrizem u bolničkog slona.

Zatraženo je da o osobnom iskustvu profesionalnog rada odgovorim po određenoj shemi, pa evo takvog odgovora.

## Što?

**Što je bit mog djelovanja:** U kaotičnim zbivanjima koja se dešavaju u pacijentu i oko pacijenta na kraju života – njegovom tijelu, duhu, socijalnim odnosima, medicinskim procesima koji ga se tiču – uvodim red, prvenstveno na način da se iz ishodišne točke u ciljanu točku pristigne najkraćim putem.

**Što faktički činim:** U osnovi, pronalazim ishodišnu i ciljnu točku, potom definiram najkraći put između njih. To može značiti, primjerice, da utvrđujem da je pacijent u posljednjoj godini života (ishodište); potom, da utvrđujem koji su njegovi ciljevi (koje poslove želi dovršiti, kako želi provesti preostalo vrijeme, koji su mu najveći problemi i nepodmirene potrebe), potom pronalazim putove i načine da te ciljeve ostvari uz najmanje resursa i rasipanja (pacijentove i tude energije, vremena, novca).

**Što se u biti odigrava tijekom mog činjenja:** Izvana, vrlo malo: sjedim s pacijentom, obitelji ili osobljem i pri tome govorim ili slušam. Ono nevidljivo su promjene paradigme razmišljanja, promišljeno donošenje odluka koje bi bez moje intervencije bile donesene naprečac ili neinformirano. No najvažnije je ono što se uopće neće odigrati: pacijent neće biti podvrgnut nepotrebnom postupku, neće trpjeti izbjegivu bol, a obitelj neće postavljati nerealne zahtjeve niti sagorjeti pružajući neadekvatnu skrb.

**Što je dobro/uspjehno a što loše/neuspješno u mom činjenju:** Možda najljepša stvar u palijativi što se uvijek, ali zaista uvijek, može učiniti nešto dobro. Iako je krajnji ishod uvijek isti - mrtav pacijent i ožalošćeni bližnji, uvijek moja prisutnost nosi malu promjenu nabolje. Čak i kad me pozovu k bolničkom pacijentu koji je odavno bez svijesti, više ništa ne osjeća i još ga samo nekoliko hropaca dijeli o smrti, i tad mogu zapaliti svijeću, čime medicinski neuspjeh pretvaram u ritual izlaska čovjeka iz društvene zajednice, i mogu prikladnim riječima ublažiti tjeskobu drugih pacijenata u sobi umirućega.

Ne osjećam da doživljavam neuspjehe, zato što smatram da su teškoće, zapreke, nazadovanja i krive procjene sastavni dio rada poput mojega. Ili, neuspjesi u mom

radu nisu popraćeni osobito negativnim osjećajima. Uostalom, ne bih ni mogla raditi posao gdje se repetitivno nižu sami uspjesi zato što bi mi ta monotonija brzo dojadila. Radila sam takav posao ranije – i umirala sam od dosade.

## Zašto?

**Zašto je to potrebno činiti:** Ne treba posebno objašnjavati zašto treba pomagati ljudima koji umiru. Naime, svi smo smrtni. Dio mog posla je i organiziranje sustava palijativne skrbi, i tu je odgovor sličan: pokušajte raditi s dezorganiziranim sustavom.

**U čemu je važnost mog činjenja:** Važnost rada u palijativi na razini zajednice razumljiva je, mislim, sama po sebi. Na osobnoj razini, to je kao u Herbertovoj “poruci gospodina Kogita”: “pozvan sam - zar nije bilo boljih”. Radim ovaj posao jer je neizmjerno važan, a nitko drugi nije ga htio ili umio obaviti.

## Što dalje?

**Što bi još trebalo dalje činiti:** Valja proširiti “zarazu” - educirati edukatore, ugraditi palijativu u više razina obrazovnog sustava, rad nekolicine ministarstava, rutinu zdravstvene i socijalne skrbi. Većinom, dakle, razvojni zadaci uspostavljanja solidnog održivog sustava. I dakako, promjena paradigme razmišljanja o palijativi i kraju života uopće.

**Što bih još mogla učiniti:** Prije svega, izdržati koliko bude potrebno da na čvrste noge postavim sve ono što mi je u ovom poslu dohvatno, a da se ne uruši kad se izmaknem (nažalost, brzo mi dosadi sve što postane rutina, a dosadu slabo podnosim). Nastojim naći i educirati nekoliko ljudi koji bi nakon mene, i bez mene, mogli nastaviti rad onako kako sam ga trasirala.

**Koje posljedice očekuješ nakon tvog činjenja:** Sve manje ljudi bit će izloženo izbjježivoj patnji na kraju života. Kao krajnja posljedica, nadam se, i meni će netko od onih koje sam pomogla “inficirati”, pružiti kvalitetnu palijativnu skrb kad mi kucne čas.

I na kraju - na stranu javno zdravstvo i palijativna skrb kao cjelina - po unutarnjem sam pozivu liječnik, i uvijek će klinički rad, a posebno s palijativnim bolesnicima, biti onaj dio skrbi prema kojemu će osjećati najveću strast. Naime, u palijativnoj medicini ima nečega hipokratovskog u smislu drevnosti i neposrednosti odnosa s pacijentom. Nikad mi za palijativnog pacijenta nije trebalo nikakvo medicinsko pomagalo. Patnja se čita na licu, dispneju se čuje izdaleka, edemi pokazuju da je srce na kraju, fini tremor čeljusti nagovješta da je smrt pitanje sati. Ne treba ni stetoskopa, ni laboratorija, niti slikovne dijagnostike da bi se razumjelo što se dešava s bolesnikom i predvidjelo što slijedi. Ni za pomoć umirućemu ne

treba komplikirana oprema. Naravno, potrebni su dobra postelja, antidekubitalni madrac, kisik, analgetici, te nadasve mnogo sestrinske njege. No, ništa manje nije potrebno spoznavanje granica mogućnosti iscijeljenja, i pravovremeno povlačenje iz uloge liječnika-iscijelitelja kako se bolesniku ne bi uskratila blaga smrt. To je trenutak kad liječnik postaje *amicus mortis*, bolesnikov prijatelj do smrti, netko tko će mu kazati gorku istinu i ostati s njim do neumitnog kraja.

Kad god je moguće, ostavljam tu dužnost bolesnikovom liječniku, jer je tako najispravnije, a i meni je lakše. No, ponekad se desi ono “zar nije bilo boljih”, i zapadne me da umirućemu iskreno odgovorim na mučna pitanja. Tad pažljivo važem svaku riječ i puštam da polako potone do bolesnika. To nikad i nikako nije ugodan osjećaj, ali je snažan, dubok, i pojačava osjećaj vlastitog postojanja. Najbliži je onome što je Romain Rolland opisao kao “oceanski osjećaj”, povezanost s nečim velikim čije su granice nespoznatljive kao one oceana. Mislim da je to najbliže onome što ja kao ateist mogu doživjeti svetim.

# REFLEKSIJA NA JEDNO STVARNO EPIDEMIOLOŠKO ZBIVANJE

Darko Ropac

Za refleksiju na jedno stvarno epidemiološko zbivanje iskoristit ću priču iz objavljene knjige u kojoj epidemiolog praktičar opisuje svoja iskustva u terenskom protuepidemijskom radu. U priči je riječ o akutnoj epidemiji gastrointestinalnih tegoba. U opisu epidemiološkog događaja nisu prikazani detalji koji bi se odnosili na precizne epidemiološke parametre već je događaj opisan bez tih detalja. Najprije ćemo pročitati priču a potom analizirati događaj slijedeći Gibbsov reflektivni model.

## Priča: *Escherichia coli* 0124

*E. coli* vrlo je jednostavna bakterija i svi su za nju čuli. Poznato je da se nalazi u probavnom traktu kao dio njegove normalne bakterijske flore. Tu je poželjna i sudjeluje u procesima razgradnje ostataka hrane. Ovu bakteriju možemo naći i na koži, osobito prstima ruku kad su zagađeni. Međutim, ako se nađe u tjelesnim sustavima i šupljinama, gdje bi trebali vladati sterilni uvjeti, izaziva ozbiljne probleme. Tako je čest stanovnik mokraćnog sustava gdje izaziva upalne promjene i poznate dizurične tegobe s pečenjem i učestalim mokrenjem. Ako se stalno nastani, uzrok je kroničnih upala od mokraćnog mjehura do bubrega. Za bolesnika doista nezgodno. Ova bakterija osvaja tijelo i kod imuno kompromitiranih, poput onih oboljelih od AIDS-a. Za razmnožavanje potrebna joj je organska materija koju lako nađe u tjelesnim sastojinama, ili u crijevima. Neko vrijeme može živjeti i u vodi, kada crijevnim sadržajem onamo dospije. Tako, analizirajući prisutnost ove i njoj slične (koliformne) bakterije u vodi, možemo zaključivati o zagadenosti vode crijevnim sadržajem. Voda joj, sama po sebi nije pogodan medij, ako u njoj nema dovoljno organske materije. Stoga bakterija nema u ispravnoj vodovodnoj vodi. Kao epidemiolog sretao sam se s ovom bakterijom u analizama zagađene i neispravne vode. Nisam očekivao da ću je upoznati kroz hidričnu epidemiju. Polovicom svibnja 1981. godine izbila je epidemija akutnog gastroenterokolitisa u Slatini (tada još Podravskoj). Pojavila se istodobno među vojnicima u vojarni, na jednoj od karaula, i među građanima. Zbog znatne zahvaćenosti vojnih kolektiva i svog eksplozivnog karaktera, tamošnji me zapovjednik o tome odmah obavijestio. Kao jedan od brzih epidemiologa istog sam dana bio u tom malom slavonskom gradiću. Nakon kratke orijentacije o oboljelima, shvatio sam da se vjerojatno radi o zaražavanju putem vode (hidrični put) zato što je bolesnicima zajednička bila jedino voda iz lokalnog vojnog vodovoda. Vodovod u vojarni služio je za potrebe vojske i za okolne stambene objekte samoga grada. U početku

mi nije bilo jasno kako to da su oboljeli i vojnici iz dislocirane karaule. Ubrzo sam i to razjasnio. Njihov vodovod bio je neispravan te su svakodnevno dovozili vodu iz vojarne u Slatini. Broj oboljelih građana bilo je teže utvrditi zato što je većina imala blage crijevne tegobe i nije se javila svome doktoru. Uspio sam anketirati njih tridesetak, među kojima je polovica imala tegobe. Sličan je omjer bio i među vojnicima.

Kako je došlo do epidemije i koji je uzročnik izazvao kliničku sliku s povraćanjem, temperaturom i učestalim proljevima? Kako bi se razjasnio dio pitanja trebalo je odmah započeti s etiološkom dijagnostikom. Stoga sam prikupio povraćene mase i proljevaste stolice, uzorke vode i kvarcnog pijeska iz filtra u crpnoj stanici. U svim uzorcima utvrđena je ista bakterija, *E. coli*. Kako je tolika količina te bakterije dospjela u vodovodni sustav, ako izuzmem diverziju na koju svaki vojni epidemiolog mora misliti?

Doznao sam da su početkom svibnja na području ovoga gradića pale veće količine oborina. Hidrometeorološki zavod mi je potvrdio da je kroz tri dana u prosjeku palo oko 10 mm vode po četvornom metru. Dan nakon tih oborina počinje hidrična epidemija koja doseže kulminaciju sredinom svibnja i to tri dana nakon pljuska pri kojem je palo čak 40 mm oborina. Shvatili su da je problem u lokalnom vodovodu i toga dana ga isključili, te zatražili pomoć epidemiologa. Kako više nije bilo zaražavanja, epidemija je brzo stala sama od sebe. Netko je mudro proveo pravu mjeru i isključio vodovod. Na meni je ostalo da razjasnim sve okolnosti nastanka epidemije i prikažem cijeli epidemijski proces. Istražujući epidemiju čovjek polako dolazi do prikrivene istine. Problem je očito bio u vodovodu. Kako je moguće da oborinska voda, nakon većih količina kiše, dospije u vodovod? Tu su mi pomogli ljudi koji su održavali vodovodni sustav. Prilikom većih oborina raste nivo kanalizacijskih voda u cijelom gradu pa tako i u vojarni. U kanalizacijski šahrt izljeva se višak vode iz crpne stanice. Na tome je mjestu nepovratni ventil koji bi trebao propuštati vodu samo u jednom smjeru. Kako je poklopac toga ventila bio zahrdao, nije više u potpunosti zatvarao tu komunikaciju. I tako je kanalizacijska voda stigla u crpnu stanicu i bila distribuirana u vodovodni sustav. Zarazili su se svi koji su tu vodu pili. Sama *E. coli*, izolirana iz vode i biološkog materijala, pokazivala je iste biokemijske osobitosti te istu osjetljivost na antibiotike. Radilo se o izrazito enteroinvazivnom tipu bakterije. Serološkom identifikacijom soja dokazano je da je to *Escherichia coli O124:K72 (B17)*. Znali smo joj ime i prezime i dodatnim testovima utvrdili njezinu izrazitu invazivnost za probavni trakt. Pregledavajući dostupnu literaturu nisam našao puno podataka o patogenezi i epidemiologiji oboljenja izazvanih enteropatogenim i enteroinvazivnim sojevima ove toliko "poznate" bakterije.

Ovu epidemiju iskoristio sam za prikazivanje značaja epidemije u vojnom smislu a ne samo s aspekta narušavanja zdravlja mladih ljudi. Želio sam prikazati značaj ispravne vode za vojnički kolektiv. Kako to prikazati onima na višim

zapovjednim razinama koji odlučuju o izdvajaju novca za priključenje vojarne na ispravni gradski vodovod? Svaka je vojska izuzetno osjetljiva na narušavanje spremnosti vojnika za izvršenje nekog borbenog ili neborbenog zadatka. To se nazivalo "bojeva gotovost" (spremnost). Svaki zapovjednik se zanimalo za bojevu gotovost svojih postrojbi. Zamislite da su graničari zbog proljeva u nemogućnosti vršiti nadzor državne granice što su oni tada i činili. Ili zamislite posadu tenka koja zbog čestih proljeva ne može sjediti u tenku već čući pokraj njega s hlačama ispod koljena. Da ne spominjem mornare, podmorničare, zrakoplovce i druge koji rukuju sa skupom borbenom tehnikom i čije zdravlje mora biti besprijekorno. E, ovo mi je bila prigoda napraviti nekoliko efektnih slika. Kad su vojnici prizdravili, naredio sam im da stanu u dvije vrste i pod potpunom ratnom spremom. Načinio sam tako nekoliko efektnih slika vojnika spremnih za svaku akciju. Potom sam izdvojio one koji su imali tegobe a da se pritom oni zdravi nisu maknuli sa svoga mjesta. I tako sam dobio snimke u kojima svaki drugi vojnik nedostaje.

"A znadete li gdje su sada vojnici koji nisu u stroju?", zapitao bih odgovorne u zapovjedništvima, prikazujući ove slike godinama poslije ovog događaja. Obično bi nastao muk zato što su znali da će poentirati svoje pitanje. Oni bi šutjeli, ili se smijuljili, a ja bih nastavio: "U grmlju, stenu i ni o čemu drugom ne razmišljaju." Potom sam načinio nekoliko slika cjelokupne borbene opreme na jednoj hrpi, uključujući i pješačko naoružanje koje su nosili oboljeli vojnici. Bila je to poprilična hrpa beskorisnog čelika i druge opreme.

"A znadete li što je ovo?", zapitao bih zapovjednike. "To je mrtvo oružje. Zamislite sada da su ovu vodu pili pripadnici neke elitne vojne jedinice, a ne pješadinci. Ovdje bi stajala gomila beskorisne skupe i sofisticirane vojne tehnike koju drugi niti ne znaju primjeniti", to su bile riječi kojima bih uvijek završio svoje izlaganje. Tim sam slikama postigao potrebnu razinu zanimanja i razumijevanja za prijedloge epidemiologa.

Evo, nakon što smo pročitali ovu priču pokušajmo je proanalizirati.

### **Prvi korak: Što se dogodilo?**

Kada epidemiolog primi obavijest o povećanom broju oboljelih s određenim zdravstvenim tegobama, na određenom području, u ograničenom vremenskom razdoblju, prvo što mu padne na pamet je velika vjerojatnost da je se radi o epidemijskoj pojavi određene bolesti. Pritom je svejedno da li se radi o masovnoj pojavi zdravstvenih tegoba akutnog ili kroničnog karaktera. Svaka brojčano neuobičajena masovna pojava nekih zdravstvenih tegoba kod određenih skupina ili u čitavoj populaciji, pobuđuje sumnju na izbijanje epidemije. Iz iskustva epidemiolog zna da epidemijska pojava neke bolesti izaziva uznemirenost javnosti koji u konačnici može urodit strahom od neizvjesnosti za zdravlje. Svi nadležni, ali i sama javnost, traže da se što hitnije sazna o čemu se radi te da se

poduzmu adekvatne mjere za suzbijanje dalnjeg širenja možebitne epidemije. To posebice traže nadležni u lokalnoj zajednici (društveno političke strukture), a u slučaju pojave bolesti među određenim društvenim ili organizacijskim skupinama (vojska, policija, škola, studentski dom i sl.) oni koji su odgovorni za nesmetano funkcioniranje tih struktura.

Što u tom smislu preostaje epidemiologu? Njemu na samom početku objašnjava-  
nja neke pojave, u ovom slučaju vjerovatne epidemije crijevnih tegoba, stoji na  
raspolaganju opis događaja. Pravilan pristup u prikupljanju podataka o navede-  
nom događaju omogućava mu da potpunim opisom događaja bolje shvati neke  
elemente samog događaja koji će ga kasnije voditi prema dijagnozi bolesti, mo-  
gućem putu širenja, zahvaćenosti izloženih osoba i sl. Čemu se u tom smislu treba  
posvetiti posebna pozornost? Prije svega podacima o vrsti zdravstvenih tegoba.  
Pravilan i potpun opis simptomatologije dovodi stručnjaka do organskog sustava  
unutar kojeg se nalaze i s kojim su povezani simptomi i znakovi bolesti. Oboljeli  
se žale na povraćanje, učestale proljevaste stolice, malaksalost i povišenu tjelesnu  
temperaturu. U ovom slučaju većina tegoba mogla bi se pripisati onima koje su  
povezane s probavnim sustavom. Očito se radi o epidemiji akutnog gastroente-  
rokolitisa. A stručnjak zna da se u tom slučaju može raditi o zaražavanju putem  
vode ili putem hrane. U slučaju povezanosti s hranom radi se o alimentarnoj, a u  
slučaju povezanost s vodom o hidričnoj epidemiji. Svaka od njih ima neke svoje  
karakteristike po kojima stručnjak može zaključiti s velikom vjerovatnošću o ko-  
jem putu prijenosa se radi. A kada to shvati može krenuti u razjašnjavanje izvora  
zaraze i temeljnog pitanja zašto je uopće došlo do izbijanja epidemije.

Iduće pitanje u opisu događaja je proširenost zaraze. Tko je sve zahvaćen  
zarazom? Već pri samoj dojavi o epidemiji postaje očito da se bolest sa sličnom  
simptomatologijom pojavila istovremeno među vojnicima u vojarni, potom u  
jednom dislociranom vojnom objektu (karaula), te među građanima u jednom  
malom slavonskom gradiću. Izbijanje sličnih zdravstvenih tegoba istovremeno  
među pripadnicima određenih izdvojenih skupina (u ovom slučaju vojnog  
kolektiva) i građana ukazuje na isti put širenja zaraze i isti izvor zaraze. Ako  
je tako, logično se nameće pitanje što je to zajedničko pripadnicima određene  
skupine (vojnici) i građanima u istom gradiću. Moguće bi bilo da su i jedni i  
drugi pojeli nešto u nekom od gradskih restorana. I to se događalo pa niti u ovom  
slučaju ne bi bilo neobično. Međutim, prigodom dobivanja temeljnih podataka  
o događaju, epidemiolog je saznao da su istovremeno oboljeli vojnici koji ne  
žive u istom gradu, već u udaljenom i izoliranom vojnem objektu (karaula).  
Samo oni koji su boravili na jednoj određenoj karauli, a ne i oni vojnici koji su  
boravili na drugim dislociranim objektima (karaulama). Ako nije hrana postoji  
vjerovatnost da je voda. Očito nešto je povezivalo sve te tri skupine bolesnika:  
vojnike koji borave u vojarni u samom gradu, vojnike u dislociranom objektu i  
neke stanovnike grada. To je ona enigma koju mora epidemiolog riješiti čim prije

kako bi shvatio čitav epidemijski proces i kako bi čim prije poduzeo adekvatne protuepidemijske mjere u cilju sprječavanja daljnje pojave i širenja epidemije. I konačno, epidemiolog u opisu događaja mora sagledati okolnosti pod kojima se pojavila epidemija. Ova epidemija je izbila polovicom svibnja. Da li je u to vrijeme bilo nešto neuobičajeno na tom području? Ima li okolnosti koje su mogle pridonijeti izbijanju epidemije? Spomenute je najvažnije na što je morao misliti epidemiolog kod prikupljanja preciznih podataka o samom događaju. A što je bolji i precizniji opis događaja to je vjerojatnost veća da će pojava biti pravilno objašnjena. Zbog toga je ova karika od izuzetnog značaja i nikako se ne smije shvatiti formalistički i ispod razine nečije velike stručnosti i poznavanja problema.

## **Drugi korak: Osjećaji koji navode epidemiologa na put prijenosa**

Kako epidemiolog reagira? Prije svega mora prikupiti podatke o pojavi koju istražuje, a to znači razgovarati sa svima koji su zahvaćeni ovom epidemijom. O kvaliteti prikupljenih podataka u opisu događaja ovisi i konačno razumijevanje pojave. Prije negoli dođe do potpunog razumijevanja događaja u svom promišljanju mora se suočiti sa svojim osjećajima u vezi prikupljenih podataka o događaju. Koristeći se svojim osjećajem, znanjem i iskustvom za epidemijski proces, daje svoje promišljanje o toj pojavi. On vrlo brzo uočava da je pojava bolesnika epidemijskog karaktera i da se velika većina javila u kratkom vremenskom razdoblju, što mu je ukazalo na eksplozivni karakter ove pojave. Bilo je jasno da je epidemijom zahvaćen vojni kolektiv u samom gradu, ali i dio građanstva, te vojnici u jednom dislociranom objektu. U samom početku epidemiolog raspolaže prikupljenim činjenicama koje opisuju događaj. Premda nije posve siguran, jer još ne raspolaže svim činjenicama a osobito nema na raspolaganju nepobitne dokaze, temeljem karaktera epidemijske pojave i kliničke slike, a prije svega temeljem svojih osjećaja, epidemiolog pomišlja na hidričnu epidemiju. Dakle, epidemiju koja se proširila vodenim putem. Osjećaji mogu često prevariti i navesti stručnjaka na krivi put u istraživanju neke pojave i nepotreban gubitak dragocjenog vremena. Vrijeme je osobito važno u epidemiološkom radu. Ako se na vrijeme prikupe potrebni relevantni podaci, ako se temeljem toga na vrijeme uzmu adekvatni uzorci za laboratorijsku dijagnostiku tek tada su stvoreni preduvjeti da se pojava pravilno shvati te da se na vrijeme poduzmu potrebne mjere u cilju zaustavljanja dalnjeg širenja zaraze. Moglo bi se reći da je osjećaj u radu značajan faktor u postizanju više razine kvalitete. No, on sam za sebe ne može biti dobar preduvjet uspješnog rada. Netko i bez osobito razvijenog osjećaja može postići dobar uspjeh u radu, uzimajući kao temelj svoga rada znanje i iskustvo. Ali, ako uz to stručnjak ima razvijene osjećaje koji ga usmjeravaju prema ispravnom zaključivanju može se reći da tada taj stručnjak ima prirodeni dar i da je za svoj posao ne samo stručno sposobljen već i nadaren.

## Treći korak: Evaluacija – stjecanje potpune slike o epidemijskom procesu

Evaluacija je izrazito intelektualni proces u kojem onaj koji proučava neku pojavu donosi adekvatne i logične zaključke utemeljene na dobro prikupljenim i logički interpretiranim podacima. Pritom se u misaonom procesu miješaju znanje, iskustvo, intuicija i sposobnost logičnog zaključivanja. S obzirom na to da su navedene kategorije individualne to je i kvaliteta evaluacijskog procesa individualna i može se znatno razlikovati od čovjeka do čovjeka.

U ovom dijelu procesa nameće se nekoliko pitanja koje je trebalo evaluirati. Što je bilo zajedničko svim oboljelim? Lako je bilo zaključiti da im je zajednička bila jedino voda iz lokalnog vojnog vodovoda. Vodovod u vojarni služio je za potrebe vojske i za okolne stambene objekte samoga grada. U početku epidemiologu nije bilo jasno kako to da su oboljeli i vojnici iz dislociranog objekta. Ubrzo je i to razjasnio. Lokalni vodovod na toj karauli bio je neispravan te su svakodnevno dovozili vodu iz vojarne u Slatini. To se u epidemiologiji naziva pozitivnom kontrolnom skupinom, koja je neobično važna za razjašnjavanje epidemijskog procesa. Što bi ona značila? Ako se dvije skupine izložene istom faktoru koji je odgovoran za neku pojavu, a po drugim se elementima razlikuju, tada za tu skupinu kažemo da je pozitivna kontrolna skupina. Ona nam potvrđuje u pozitivnom smislu neku našu pretpostavku, u ovom slučaju da je voda iz vojnog vodovoda bila glavni put prijenosa zaraze.

Koliko je oboljelih - jedno je od ključnih pitanja kojim se razjašnjava veličina epidemije. Broj oboljelih građana bilo je teže utvrditi zato što je većina imala blage crijevne tegobe i nije se javila svome liječniku. Zbog ove činjenice civilna zdravstvena služba kao i građanstvo nisu u početku bili uznemireni ovom pojmom. Nije bila registrirana pojava bolesnika, niti njihov broj, a niti težina kliničke slike – simptoma. Epidemiolog je uspio anketirati njih tridesetak, među kojima je polovica imala tegobe. Sličan je omjer onih s tegobama i onih bez tegoba bio i među vojnicima. To ukazuje na činjenicu da je uzročnik epidemije prilično patogen kada se tegobe javljaju kod polovice onih koji su mu bili izloženi. Zbog toga se interpolacijom može zaključiti o vjerojatnom broju osoba s nekim oblikom crijevnih tegoba, ako se zna podatak o točnom broju onih koji se koriste tim vodovodom. Ovime se došlo do mjesta gdje treba tražiti uzročnika. Očito je to vodovodni sustav koji je zajednički za sve skupine unutar kojih se bolest pojavila. Kako bi otkrio uzročnika trebalo je odmah započeti s etiološkom dijagnostikom. Stoga je epidemiolog prikupio povraćene mase i uzorke stolice, vode i kvarenog pijeska iz filtra u crpnoj stanici. Iz ovoga postaje jasno zašto se u epidemiji mora reagirati odmah. Samo jedan dan zakašnjenja i oboljeli ne bi više imali proljeve niti bi povraćali, tako da u uzorcima biološkog materijala ne bi više bilo moguće utvrditi uzročnika. Na taj je način, ciljanom bakteriološkom dijagnostikom u svim uzorci-

ma utvrđena ista bakterija, *Escherichia coli O124:K72 (B17)*, koja je u kasnijem laboratorijskom istraživanju pokazala svoja enteroinvazivna svojstva – osobitu sklonost razmnožavanju u probavnom traktu i izazivanja crijevnih tegoba.

S vojnog stanovišta od izuzetnog je značaja kako je ova bakterije dospjela u vodovodni sustav? Uvijek postoji sumnja u mogućnost diverzije, tj. namjernog podmetanja bakterije i izazivanja onesposobljenosti vojnog kolektiva. Kod svakog narušavanja borbene spremnosti neke vojne postrojbe interes za razjašnjavanje uzroka pokazuju zapovjedne i obavještajne strukture. Kad je riječ o narušavanju zdravlja, u ovom slučaju zbog izbijanja epidemije, glavnu ulogu u rasvjetljavanju svih okolnosti ima epidemiolog. Zbog spomenutog interesa drugih relevantnih vojnih struktura rad epidemiologa pod posebnim je nadzorom. Po završetku rada nužno je izvestiti zainteresirane o onome što je otkriveno i što je poduzeto, te da li postoji nečija krivnja za navedeni događaj. U tom smislu rad epidemiologa je poput rada isljednika koji nastoji razjasniti neki kriminalni događaj. Zbog toga epidemiolog posvećuje veliku pozornost u objašnjavanju uzroka i mehanizma nastanka zaražavanja.

Tri dana prije izbijanje epidemije pala je veća količina kiše radi čega je porasla razina kanalizacijskih voda u cijelom gradu, pa tako i u vojarni. U kanalizacijsku šahtu izljeva se višak vode iz crpne stанице. Nepovratni ventil koji bi trebao propušтati vodu samo u jednom smjeru bio je neispravan i tako je kanalizacijska voda stigla u crpnu stanicu i bila distribuirana u vodovodni sustav. Zarazili su se svi koji su tu vodu pili.

## Četvrti korak: Analiza – epidemijske pojave

Ovaj korak posve je intelektualan. Traži razumijevanje činjenica, njihovo povezivanje i razjašnjavanje svih elemenata jednog epidemijskog procesa i povezivanja u logičnu cjelinu. Nakon evaluacije prikupljenih podataka epidemiolog analizira ovu epidemijsku pojavu. Postalo mu je jasno što se dogodilo. Izbila je epidemija akutnog gastoenterokolitisa u tri odvojene skupine ljudi: među vojnicima u vojarni, među građanima i među vojnicima u jednom dislociranom objektu. Epidemija je izbila u kratkom vremenskom razdoblju, bila je eksplozivnog karaktera što je osobina hidričnih epidemija. Objasnio je da je voda bila zajednička za sve oboljele. Razjasnio je kako to da su oboljeli i građani (njihovi stambeni objekti bili su priključeni na interni vojni vodovod), te kako su oboljeli vojnici u karauli (dovozili su vodu za piće iz vojarne radi neispravnosti svog vodovoda).

Što je krenulo loše da je došlo do ove epidemije? Radi se o spletu nepovoljnih okolnosti. Nekoliko dana prije izbijanja epidemije pale su znatne oborine koje su podigle razinu kanalizacijskih voda. Višak vode iz crpne stанице izljevao se u kanalizacijski sustav. Povratak zagadene vode trebao je sprječiti povratni

ventil koji se mehanički zatvara kod porasta razine otpadnih voda u kanalizaciji. Zbog neispravnosti povratnog ventila u jednom kanalizacijskom šahtu zagađena kanalizacijska voda dospjela je u crpu za distribuciju pitke vode i tako raširila uzročnika po vodovodnom sustavu. Uočio je i činjenicu da je epidemija prestala onog časa kad je isključena crpna stanica u vojnom vodovodom sustavu, što je indirektno potvrdilo sve rezultate procesa evaluacije i analize epidemije. Kao etiološki čimbenik otkrivena je enteroinvazivna bakterija koja je utvrđena u svim uzorcima stolice, povraćenih masa i kvarcnog pijeska u crpnoj stanici.

## Korak peti: Zaključak

Epidemiolog je po osobinama epidemije vrlo brzo zaključio da se radi o hidričnoj epidemiji. Potom da je put prijenosa bila voda iz lokalnog vojnog vodovoda kojim su se snabdijevali vodom za piće korisnici iz vojarne, iz dislociranog vojnog objekta te dio građana koji su stanovali u okolnim stambenim objektima (koji su bili priključeni na spomenuti vodovod). Iz analize uzoraka koji su poslani na laboratorijsku obradu zaključio je da se radi o jednom izrazito enteropatogenom uzročniku (*Escherichia coli O124:K72 (B17)*). Iz prikupljenih podataka zaključio je da je do epidemije došlo radi neispravnosti povratnog ventila u kanalizacijskom šahtu u kojim se slijevala voda iz crpne stanice vodovoda. Nakon obilnih kiša podigla se razina kanalizacijskih voda i dospjela u crpu vodovodnog sustava te tim putem u vodovodne cijevi vojarne i okolnih kuća, a putem cisterne zagađena voda je prenijeta i u dislocirani vojni objekt u kojem je također izbila epidemija. Na ovaj način isključena je sumnja u mogućnost namjernog izazivanja epidemije ubacivanjem patogenog uzročnika u vodovodni sustav. Zaključak je uvijek vrlo koncizno iznošenje činjenica i dokaza koji su utvrđeni kroz sve prethodne korake.

## Šesti korak: Plan aktivnosti

Čim je postalo jasno da se radi o hidričnoj epidemiji bilo je nužno zatvoriti lokalni vojni vodovod kojim su se snabdijevali za piće kako vojnici u vojarni i na karauli tako i dio građana. Kako u svojoj priči navodi autor netko je to mudro već ranije učinio, prije njegovog dolaska. Što je trebalo učiniti također odmah? Trebalo je osigurati pitku vodu za sve one koji su ostali bez vode isključivanjem vodovodnog sustava. Radilo se o nekoliko stotina osoba pa je bilo vrlo važno učiniti to kvalitetno. Trebalo je čim prije riješiti uočeni problem u lokalnom vodovodnom sustavu. Trebalo je zamijeniti neispravni povratni ventil, zamijeniti filterski sustav u crpnoj stanici, te klorom dezinficirati čitav sustav. To su kratkoročne mjere koje su nužne da se čim prije riješi nastali problem. Dugoročno promatrano, trebalo je u plan akcije staviti priključivanje vodovodnog sustava u vojarni i onog za građanstvo na kontrolirani javni gradski vodovod, te popraviti lokalni vodovod na karauli.

# EKOLOGIJA KAO STRANAC U ZDRAVSTVU

Ksenija Vitale

Kada netko odrasta u zajednici koja generacijama vjeruje da sve što se dobije nekako treba dati dalje, da je napredak i kvaliteta, i profesionalna i privatna sadržana u krugu primanja i davanja, vjerojatno je predodređen da radi u javnom zdravstvu - u djelatnosti koja je više od usluge, više od zanata, više od znanosti.

Ipak, netko tko nije završio studij medicine, danas u Hrvatskoj teško nalazi mjesto u javnom zdravstvu i teško sudjeluje u donošenju odluka.

Područje gdje nemedicinari najviše rade je područje zdravstvene ekologije, koje se čak i ne doživljava kao pravo medicinsko područje. Osnovna paradigma zdravstvene ekologije je prvenstveno preventiva, a preventiva nije dovoljno interesantna niti dovoljno jasna u medicinskoj industriji. Iako je zdravstvena ekologija jasno definirana još u devedesetim godinama (WHO European Charter and Commentary, 1990) kao aspekt ljudskog zdravlja i bolesti koji su određeni faktorima u okolišu danas je u uvjetima edukacije djelatnika u zdravstvu ne doživljavamo kao bitnu, pogotovo ne na razini obrazovanja liječnika.

S druge strane iako se ne mora uvijek činiti vidljivim, okolina i stanje u okolini, pa tako i prepoznavanje tih odnosa utječe baš na sve nas. Svijet, i na mikro i na makro razini, svakim se danom sve više suočava s promjenama u okolišu koje do prije pedesetak godina nismo niti primjećivali, a danas su one tako brze i ponekad silovite da se ljudski organizam, a ni ljudsko društvo tome ne mogu prilagođavati dovoljno brzo i adekvatno.

Stoga kad studenta medicine na šestoj godini pitamo koji bi to aspekti zdravstvene ekologije mogli biti uključeni u opis vašeg budućeg posla i/ili zanimanja u devet od deset slučajeva nema odgovora, u najboljem slučaju netko će spomenuti neke kemijске faktore ili neke aspekte prehrane.

Zdravstvena ekologija je danas mnogo više od toga. Možemo reći da poznavanje principa zdravstvene ekologije uveliko proširuju onu poznatu definiciju zdravlja koja se odnosi na odsustvo bolesti i stanje općeg društvenog i mentalnog stanja dobrobiti, pa je ta definicija danas proširena u sfere da je čovjek zdrav ako živi svoj život zadovoljno i ispunjeno prema vlastitoj volji, ili, ako može postići u profesionalnom smislu ono što želi. Jednakost u pravnom smislu, ima sasvim drugačije značenje u okolišnom smislu i iako su pojmovi vezani za zdravlje i okoliš opisani i u Ustavu Republike Hrvatske nitko ne razmišlja o tome u svakodnevnim

sitacijama života u podrumskim stanovima, života u blizini odlagališta otpada, o životu bez struje ili vode. Ovi primjeri su samo najvidljiviji i najbanalniji, jer baš svaki aspekt naše okoline utječe na nas, danas više u bolesti nego u zdravlju, a stručnjaci iz ovog područja ne sudjeluju praktično uopće u donošenju odluka za urbani razvoj, za demografiju, za komunalnu djelatnost, za prostorni razvoj, za odgoj, za školstvo... da se ne nabraja dalje. Činjenica da srednjoškolci nemaju osiguranu užinu, da kućanstva nemaju struju ili vodu, da su zgrade preblizu prometnicama, da su materijali neekološki, da su prometnice bez signalizacije nitko ne doživljava kao javnozdravstveni problem ili kao faktore koji utječu na zdravlje.

U kreiranju javnog života ne čuje se profesionalni stav  
stručnjaka iz javnog zdravstva.

Moderne znanstvene zajednice i društva koja su osvijestila barem na toj razini odnose društva, zdravlja i okoliša postavile su kao glavni cilj okolišnu i ekonomsku održivost kroz četiri glavna elementa i to:

- sigurnost populacije i okoliša,
- reguliranost i pridržavanje određenih pravila,
- učinkovito korištenje prirodnih resursa, i
- učinkovito upravljanje otpadom,

tj. onim što vraćamo u okoliš nakon što smo uzeli i upotrijebili. Na kraju, potrebno je istaknuti i sve kulturno socijalne probleme. Za postizanje svih ciljeva u području navedenih elemenata razvijeni su i odgovarajući alati. Ovakva platforma je primjer holističkog principa koji je potreban da bi se prepoznale veze između okoliša, socijalnih i ekonomskih faktora i zdravlja populacije, ali i kontinuiranih promjena.

U Hrvatskoj, na žalost, svijest o okolišu promoviraju civilne i nevladine udruge koje su nošene uglavnom valovima snažnih emocija, ali diskretnih znanja i stavova koji nisu utemuljeni na znanosti.

Stručna i znanstvena zajednica jedno je litoposlijedcane znanja, nezainteresiranošću ili ih je pregazio opći ekonomski liberalizam bez pravog znanja što on donosi, teško je reći. Zdravstvo i upravljači u zdravstvu govore o prevenciji, ali dojam je da ne razumiju u pravom smislu ekonomsku vrijednost prevencije, jer je još uvijek isplativija kurativa od prevencije. U području zdravstvene ekologije svaka greška se skupo plaća ali tek u drugoj ili trećoj generaciji, pa je ponovo dojam da *gdje nema vlastitog iskustva nema niti jasnog stava*. Neki autori smatraju da su odluke vezane za upravljanje u zdravlju i okolišu više pod utjecajem vrijednosti nekog društva nego dostupnim znanstvenim činjenicama. Zato se i paradigma u zdravstvenoj ekologiji kontinuirano bori između racionalnog, socijalnog i

okolišnog modela, a stručnjaci u ovom području mogu očekivati samo još više etičkih, tehničkih i zdravstvenih dilema.

Jedna od najčešće citiranih izjava ili bolje rečeno savjeta o našem suživotu s našom velikom kućom, tj. planetom Zemljom je ona pape Ivana Pavla II. o tome kako smo naš okoliš samo posudili od budućih generacija. Međutim, možda je kompleksniji Rockefellerov savjet „vjerujem da svako pravo podrazumijeva odgovornost, svaka prilika obavezu, a svako posjedovanje dužnost“. Odgovornost najčešće vežemo uz moral, društvo, profesiju, danas i ekologiju, ali temelj svake odgovornosti je osobna odgovornost. Ako javno zdravstvo promatramo kroz prizmu odgovornosti jedne paradigme prema populaciji, gotovo kao roditelja prema djeci (iako je to možda malo simplificirana metafora) upravo u količini sposobnosti i vještina za prihvaćanje i shvaćanje odgovornosti leži razlika između sposobnih i nesposobnih, sretnih i sretnijih.

Odgovornost ne bi trebala biti samo vezana za posljedice  
već bi trebala imati značenje u smislu intervencije - ako smo  
odgovorni lakše ćemo ostvariti ciljeve.

Ako se vratimo na metaforu roditeljstva i zdravstvene ekologije, tj. javnog zdravstva, popuštanje je jednostavnije nego postavljanje granica. Odnos ljudske populacije i modernog okoliša zahtijeva znanje, stavove, strogost, otvorenu komunikaciju i odgovornost, pa je onda lakše te probleme ignorirati, dati im epitet nevažnosti i površnosti. Svaki sustav bi trebao imati ravnotežu odgovornosti pa bi u tom smislu profesionalci u području zdravstvene ekologije morali još više i još sveobuhvatnije raditi na edukaciji i intervencijama, a profesionalci unutar zdravstva i javnog zdravstva otvoriti i stvoriti nove komunikacijske kanale za takvu komunikaciju.

# **DEVEDESET GODINA NADZORA ŠKOLE NARODNOG ZDRAVLJA NAD VODOM**

**Ankica Senta Marić**

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ provodi „nadzor nad vodom“ još od svoga osnutka 1927. godine. Osobno sudjelujem u tim aktivnostima četrdesetak godina. Svjedok sam našeg ostanka u tim vodama usprkos svim promjenama u ustroju i djelovanju Škole kao i osnivanju i jačanju Zavoda za javno zdravstvo. Bivša Katedra higijene i socijalne medicine prelazi u veliku Katedru za higijenu, socijalnu medicinu i opću epidemiologiju da bi se na kraju raščlanila na sastavnice.

Higijena dobiva novi naziv Zdravstvena ekologija. U dijelu predmeta Zdravstvena ekologija dio nastave odnosi se na vode. Pored nastave Laboratorij za ispitivanje voda osnovan 1927. godine jedini je opstao i odolijeva izazovima poput „trebaju li takvi laboratoriji ostati na fakultetima“, i zahtjevima za opstanak poput brojnih propisa, akreditacija i ovlaštenja laboratorijskih radnika kao preduvjet za nastavak rada.

## **Prvo razdoblje Škole**

Škola narodnog zdravlja (ŠNZ) od samog osnivanja, kao središnje socijalno-medicinske državne ustanove “za zdravstveni odgoj naroda, s osobitim osrvtom na higijenske potrebe sela” imala je Odjeljenje za sanitarnu tehniku. Zadaća mu je bila pored nastave iz higijene i „proučavanja i poučavanja naroda“ i obavljanje praktičnih radova na terenu kao primjera za bolje higijenske uvjete življenja. Odjeljenje je izvodilo radove na području opskrbe vodom, uklanjanja otpadnih tvari, gradnje gospodarskih objekata, stanova, škola, zdravstvenih ustanova. To je bio jedan od najuspješnijih perioda i bilo je logično da rad Odjeljenja uđe i pretraga pitke vode. Već 1927. godine osniva se vlastiti laboratorij za sanitarnu analizu vode i otpadne vode. Analizu pitke vode i mineralne vode te ekspertizom otpadnih voda naročito kemijском analizom do osnutka Higijenskog zavoda sa Školom narodnog zdravlja bavili su se Državni epidemiološki zavod i razni kemijski instituti na fakultetima. Epidemiološkom zavodu slali su se materijali na pregled u slučaju epidemija tifusa i dizenterije kad se sumnjalo da je voda prenosilac. Odluku o slanju uzoraka vode donosili su kotarski liječnici. Kako je djelovanje ŠNZ prošireno na cijeli teritorij tadašnje države bio je problem kako poboljšati i povećati broj ustanova koje se bave ispitivanjem voda, ujednačiti metode i tu Škola propisuje jedinstvene laboratorijske metode za cijelu zemlju.

Razlog osnivanja laboratorijskih radnika na Školi bio je praktične prirode - da se što brže dobiju rezultati o kvaliteti vode u novosagrađenim objektima i što brže preporuče mjere sanacije.

Odsjek je izradio 1928. godine projekt „Pravilnik o nadzoru nad vodama za piće“ koji je prihvaćen 1931. i imao je zakonsku osnovu i vrijedio je za cijelu zemlju. Njime se određivao nadzor nad svim javnim vodovodima za piće i nad ledom koji služi hlađenju pila i jela.

S higijenskog stanovišta otpadne vode su i tada stvarale veće probleme nego pitka voda, a nadzora nad njima nije bilo. Zahtjevi za pretragu otpadnih voda bili su „samo izuzetni i slučajni“ i laboratorijski nisu bili ni uređeni za tu vrst pretrage. Odsjek je izradio i predložio Ministarstvu socijalne politike i narodnog zdravlja „Pravilnik o nadzoru nad otpadnim vodama naselja, te industrijskih i obrtnih poduzeća“. Nakon malih izmjena prihvaćen je i odobren 1937. godine.

Prema zapisima, Škola je, dakle, sudjelovala u analizama voda kao i u donošenju propisa s tog područja. Danas je jasno propisano tko donosi propise tako da već dugi niz godina je to u domeni pored ostalih i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo koji je bio u početku zajedno sa Školom, a pionirska struka sanitarnih inženjera prešla je na visoke škole i fakultete.

## Drugo razdoblje Škole

Poslije intenzivnog razvoja i uspjeha nakon Drugog svjetskog rata u Odjelu za sanitarnu tehniku mijenja se djelokrug rada. Zbog zakonske zapreke Škola nije više mogla provoditi sanitaciju niti utjecati na bilo kakvu izvedbu sanitarnih objekata po čemu je tridesetih godina bila poznata. Bitne promjene u djelovanju Škole su nastale nakon što postaje dio Medicinskog fakulteta te se orientira kao nastavna ustanova. Novi edukacijski subjekt postaje student. U to je vrijeme djelovala velika Katedra za higijenu, socijalnu medicinu i opću epidemiologiju. Sedamdesetih godina *higijena* mijenja naziv u *zdravstvena ekologija* i dolazi do promjena u samoj nastavi. Klasični problemi higijene se mijenjaju - od zaraznih bolesti prelazi se na promatranje ekoloških utjecaja na čovjeka.

Ipak, znanstveno-istraživački i stručni rad nije prestao. Pošto voda za piće postaje dio redovnog monitoringa samih zavoda za javno zdravstvo, može se reći da djelokrug rada prelazi na ostale vode u prirodi (površinske i podzemne). Pedesetih godina radi se na pionirskim istraživanjima upoznavanja hidrologije krša u Hrvatskoj (jezera Vrana, Plitvička jezera, Baćinska jezera, Modro oko, jezero Njivice, vrulje uzduž morske obale, kopna i otoka; podzemne vode i rijeka Krke, Korane, i dr.). Radile su se fizikalno-kemijske, bakteriološke i biološke analize kao i stratifikacija i to su bila prva istraživanja kod nas.

Godine 1974. značajna su hidrološka istraživanja u bosanskom kršu, s istraživanjima mehanizama autopurifikacije brdskih vodotokova, podzemnih vodotokova te istraživanja metoda radioaktivnih obilježivača u hidrologiji. Izrađuju se i metode planiranja zaštite kvalitete vode otvorenih vodotokova.

Proširuju se istraživanja na području dezinfekcije vode, te sanitacije bazena za kupanje i rekreaciju. Posebna pozornost posvećuje se identifikaciji i interakciji teških metala u podzemnim i površinskim vodama kao i kanalskoj i industrijskoj vodi. Veliki dio istraživanja bio je vezan na ispitivanje autopurifikacione sposobnosti krških podzemnih voda na eksperimentalnom poligonu u istočnoj Hercegovini u 1981., 1984. i 1987. godini te kasnije na rijeci Dobri u Ogulinu.

Proučavana je kakvoća rijeke Kupe od 1975. do 1980. godine. S obzirom na potrebne količine vode veliki vodovodni sustavi često koriste vodu otvorenih vodnih tokova. Predmet takvih radova je bio projektiranje regionalnog vodovodnog sustava Sisak-Petrinja na Kupi uzvodno od Petrinje.

Od najranijih poslova koji su se provodili do 2005. godine su ispitivanje prekograničnih rijeka uslijed zagadenosti otpadnim vodama sa strane stanovništva, industrije i poljoprivrede. Od 1963. godine zajedno s Mađarima sustavno se prati prekogranične rijeke Drava i Mura. Od 2000. godine do 2002. nastavljeno je ispitivanje na Dravi, zajedno sa Slovincima.

Proučavana je kakvoća rijeke Save i podzemnih voda nizvodno od nuklearne elektrane u Krškom. Izgradnjom nuklearne elektrane u Krškom očekivane su promjene prirodnog režima rijeke Save s obzirom na uvjete korištenja površinskih i podzemnih voda od strane potrošača - naročito grada Zagreba - te je bilo potrebno prije početka rada nuklearke utvrditi postojeće „nulto stanje”. Ispitivanja su obavljena tijekom 1981. i 1982. godine na potezu od Brežica do Siska.

## Što dalje?

Odjel za vode danas djeluje u sklopu Katedre za zdravstvenu ekologiju i medicine rada i sporta. Laboratorij je rješenjem Ministarstva vodoprivrede 1991. godine postao ovlašteni laboratorij te nakon obnavljanja djeluje i dalje. Laboratorij za ispitivanje voda postaje ovlašteni znanstveni laboratorij koji ispituje i ocjenjuje sastav i kakvoću voda na području otpadnih voda iz sustava javne odvodnje, tehnološke otpadne vode te površinskih i podzemnih voda.

Danas je ŠNZ renovirana i od 2006. godine laboratorij djeluje u potpuno obnovljenim i proširenim prostorima, a nabavljena je i nova laboratorijska oprema. Nastojimo raditi na vrlo zahtjevnom tržištu poštivajući uvjete za dobivanje dozvola, akreditacije i naravno sa stalnim pitanjem potrebe ovakvih laboratorijskih fakulteta kao i njegove isplativosti.

# FENOMENOLOŠKA SLIKA RADA U TURISTIČKOJ ZAJEDNICI

**Matko Burić**

U trenutku dok pišem ovaj rad prošle su već dvije i pol godine da sam se iz Zagreba, u kojem sam studirao i radio punih jedanaest godina, odlučio vratiti u mjesto u kojem sam odrastao, u Drvenik.

Elementarni razlog povratka je prihvatanje ponude za posao na mjesto direktora Turističke zajednice mjesta Drvenik (u dalnjem tekstu: TZM Drvenik). Tu, u tom trenutku, iz više razloga primamljivu ponudu sam nakon provedenog javnog natječaja primio od strane turističkog vijeća najmlađe turističke zajednice u Republici Hrvatskoj.

Kako sam izrazito lokal-patriotski osviješten te kako imam jaku crtu osobnosti koja teži nešto napraviti za društvo, a kako je samim svojim osnutkom TZM Drvenik postala institucija koja je nosilac razvoja mjesta Drvenik, i to ne samo u turističkom smislu, objeručke sam prihvatio ponuđeni posao.

U travnju 2014. godine sam postao direktor Turističke zajednice mjesta Drvenik, u tom trenutku najmlađi direktor ijedne turističke zajednice na Makarskoj Rivijeri, kojoj mjesto Drvenik teritorijalno i povjesno pripada.

Naravno, razloge povratka treba tražiti i u činjenici što nisam osjećao da na tada trenutnom radnom mjestu mogu nečem većem doprinijeti, a što mi je od ranog djetinjstva želja, te što sam smatrao da će objektivno brže i smislenije napredovati u eventualnoj daljnjoj karijeri, ukoliko mi to bude određena misao vodilja i ili preokupacija.

Naravno, što je jasno iz samog naziva institucije, turističke zajednice (u dalnjem tekstu: TZ) se osnivaju radi unapređenja i promocije turizma destinacije za koju određena TZ ima ingerenciju djelovanja, kao i radi unapređenja i promocije turizma Republike Hrvatske u cjelini.

Sami ciljevi djelovanja TZ-a, sukladno Zakonu o turističkim zajednicama i promicanju hrvatskog turizma (u dalnjem tekstu: Zakon o turizmu) su:

- poticanje i iniciranje razvoja i unapređivanje postojećeg turističkog proizvoda, iniciranje razvoja novih turističkih proizvoda područja za koje su osnovane, na način da upravljaju destinacijom na razini za koju su osnovane,
- promocija turističkog proizvoda područja za koje su osnovane,
- razvijanje svijesti o važnosti i gospodarskim, društvenim i drugim učincima turizma, te potrebi i važnosti očuvanja i unapređenja svih

elemenata turističkog proizvoda određenog područja, a osobito zaštite okoliša te prirodne i kulturne baštine.

Odnosno, jednostavnijim rječnikom rečeno – ciljevi djelovanja TZ-a uključuju rad na turističkom unapređenju destinacije kako bi ista bilo što više prepoznatljiva te paralelno s tim što više i što dulje turistički posjećena.

Nastavno na zadane ciljeve od strane zakonodavca, na dan stupanja na mjesto direktora, došao sam s gotovom strategijom napretka koja je sadržavala pobrojane specifične ciljeve za mjesto Drvenik. Naime, za tu činjenicu je zaslужan već spomenuti lokal-patriotski duh koji je oduvijek „čučao u meni“. Još za vrijeme studiranja (završio sam politologiju na Fakultetu političkih znanosti, op. a.) promišljao sam o Drveniku i napretku istog, te sam paralelno s tim izradio Strategiju razvoja, tako da sam već tada imao konture turističkog razvoja mjesta, ali i smjernice i premise kako doći do određene prepoznatljivosti, što je i bit djelovanja turističke zajednice.

Od prvih dana sam počeo provoditi svoj plan, koji je u međuvremenu postao i službena strategija turističkog razvoja mjesta Drvenik.

Konkretno, kao i u Zakonu o turizmu, također su postavljena tri cilja:

- prepoznatljivost mjesta,
- osjetno povećanje broja dolazaka i noćenja,
- produljenje sezone, u prvoj fazi na pred i posezonu, a u dogledno vrijeme i na cijelu kalendarsku godinu.

Naravno, do sva tri cilja se došlo ili se treba doći podrobno osmišljenim koracima, potezima i projektima, no za potrebe ovog teksta usredotočit ću se na one poteze i projekte koji posredno ili neposredno utječu na poboljšanje ili pogoršanje zdravlja prvenstveno domicilnog stanovništva, a paralelno i turista. Naravno, dužan sam objasniti ovu sintagmu „paralelno i turista“. Naime, iako su potezi i projekti, te zacrtani ciljevi do kojih se treba doći kroz navedene poteze i projekte, prvenstveno osmišljeni kao dodatni turistički sadržaj, nešto što je „po defaultu“ namijenjeno turistima, krajnji proizvod i koristi koji proizađu iz poduzetih radnji, prvenstveno koristi domicilno stanovništvo koje na području destinacije obitava 365 dana u godini, u odnosu na prosječnog turista koji se u Drveniku po statističkim pokazateljima zadržava nešto manje od sedam dana (broj prosječnog noćenja po gostu za 2016. godinu iznosi 6,8. op. a.).

Sukladno navedenim ciljevima djelovanja svake turističke zajednice, neophodno je za primijetiti da ako TZ ispunji svoj zadatak te podigne turističku vrijednost destinacije, i popunjenoć će biti veća. Samim tim, ljudi će biti zadovoljniji, jer će logično više uprihoditi, a kad su ljudi zadovoljniji i količina stresa je manja. Nadalje, kad je količina stresa manja, manji je i rizik od određenih oboljenja.

Naravno, kad čovjek ima više novaca, može si više i priuštiti, pa samim tim može više paziti i da mu zdravstveni karton bude uredniji.

Međutim, ovaj tekst neće biti o posrednom aspektu utjecaja na zdravlje koji proizlazi iz djelovanja ili pak nedjelovanja svake turističke zajednice, iako se TZM Drvenik pokazala uspješnom u ostvarivanju zadanih ciljeva (s 110.000 noćenja 2010. povećanje na 265.000 noćenja 2016., op. a.), pa samim tim, ako se vodimo zadanom premisom, pokazala se uspješnom i u uveseljavanju ljudi, odnosno iznajmljivača, dajući im kao „dobar poslovni partner“ jako dobru podlogu za povećanje dobiti. Ipak, u ovom tekstu će naglasak biti na konkretnim projektima koje je TZM Drvenik poduzela i ostvarila kako bi posredno ili neposredno utjecala na zdravlje okoline.

Kao što je već u tekstu navedeno, do definiranih glavnih ciljeva koje je TZM Drvenik stavila pred sebe, dolazilo se kroz ostvarivanje svojevrsnih mikro-ciljeva tokom određenog zadanog razdoblja koji doprinose široj slici razvoja te koji su određeni segment u dolasku do glavnog cilja.

Naime, kako je Drvenik mjesto koje ima jako puno teritorijalnog prostora koji nije urbaniziran, odnosno naseljen, gdje se ističu šume, brežulci i planina Biokovo, ili prostora koji je napušten, kao što su ostaci povijesnih fortifikacijskih utvrda ili Staro selo autohtone dalmatinske arhitekture, glavni aspekt razvoja dodatnog turističkog sadržaja je pronađen u razvoju sportsko rekreativnog i povijesno – arheološkog tipa turizma.

Oba tipa turizma koji su taksativno navedeni u Strategiji turizma Republike Hrvatske do 2020. godine, kao tipovi turizma koji se moraju više razvijati, te koji se na prostoru Drvenika izvrsno i izuzetno dopunjaju zbog mnoštva povijesnih staza kojima se dolazi do navedenih lokaliteta, a koje su bile, nažalost, zapuštene.

Nadalje, kroz dvije i pol godine u Drveniku su se osmislili i proveli mnogobrojni projekti koji su doprinijeli razvoju navedenih triju ciljeva. Prve godine je izgrađena trim staza, ukupne duljine 2.6 kilometara. Cijelom svojom duljinom staza prolazi kroz prirodu. Na njoj su smještena tri parka za vježbanje s ukupno jedanaest sprava za vanjsko vježbanje.

Pravi „boom“ u vidu ulaganja u sportsku rekreativnu infrastrukturu odvija se kroz drugu godinu mog mandata kada se realiziraju projekti kao što su:

- biciklistička staza Drvenik – Gradac (27.5 km),
- povijesna pješačka staza Alberto Fortis koja polazi od skoro samog mora te vodi preko Starog sela do planinskog vrha „Drveničke stine“ na 655 m/nv,
- penjaču zonu s 11 smjerova na ukupno dvije odvojene stijene te
- tri vidikovca koji se nalaze na obližnjim brežuljcima iznad naseljenog dijela mjesta koje je smješteno u pitoresknim uvalama.

Nadalje, popularizaciju svih tih sadržaja smo ostvarili tiskanjem mape koja se besplatno dijeli u uredu TZ-a i na recepcijama hotela.

Nakon određenog vremenskog odmaka, vidljivo je da je TZM Drvenik u potpunosti postigla svoj prvi cilj, a to je popularizacija navedenih projekata. Naime, sama mapa je za jedno ljeto „razgrabljen“ u više od 4.000 primjeraka te je golim okom bilo vidljivo koliko mnoštvo ljudi svakodnevno koristi izgrađenu infrastrukturu kako bi uživalo u prirodi ili tragalo za nečim novim što ima za vidjeti i doživjeti.

Također, prilikom izgradnje spomenutog sadržaja se paralelno čistio i okoliš, koji je nažalost zbog nesavjesnih i neobrazovanih pojedinaca na dosta mjesta služio kao ilegalni deponij. Turističkom valorizacijom tih mjesta se doprinijelo i svijesti tih ljudi, tako da nije vidljivo da niču novi ilegalni deponiji.

Stoga, uzimajući u obzir samo ono što je navedeno u ovom tekstu, dojma sam da se slobodno može zaključiti kako je TZM Drvenik dala jednu čvrstu, ali prvenstveno osnovnu podlogu i osnovne uvjete da se pučanstvo Drvenika i okolnih mjesta može rekreirati i obitavati u prirodi kroz cijelu godinu ta na taj način neposredno utjecati na svoje zdravlje i stanje organizma.

Činjenica da je preko 4.000 komada mapa razgrabljeno iz našeg ureda tokom samo tri mjeseca trajanja glavne sezone, daje mi za pravo da tvrdim da smo na dobrom putu u ostvarivanju glavnih ciljeva gledajući s turističkog, odnosno osnovnog aspekta našeg djelovanja, ali i da smo odradili izuzetan posao u smislu poticanja ljudi da se neposredno ili posredno počnu skrbiti o svom zdravlju i stanju svog organizma. Navedenim projektima smo ih neminovno potakli da obitavaju u prirodi i rekreiraju se, a samim time i zdravije žive.

Naravno, ostaje žal, a samim tim i obveza za budućnost što još uvijek u mjestu nemamo određeni zatvoreni prostor u kojem se osobe mogu rekreirati ili vježbati te na taj način „uprazniti“ dan kada je vani izuzetno loše vrijeme i kad se vanjski sadržaji objektivno ne mogu koristiti.

No, s ciljem ostvarivanja projekta osmišljavanja, izgradnje i/ili opremanja definiranog unutarnjeg prostora, TZM Drvenik nužno mora osmisliti još vanjskih sadržaja, jer je i više nego vidljivo po svim relevantnim i objektivnim pokazateljima, od kojih smo neke i naveli (4.000 razgrabljenih mapa) kako su ti projekti polučili ogroman učinak. Naime, neovisno o turistima koji u velikoj mjeri koriste sprave i staze te posjećuju vidikovce, zamjetno je da domicilno stanovništvo sve više obitava u prirodi te koristi izgrađenu infrastrukturu. Prvenstveno se to odnosi na jesensko razdoblje, kad je ljudima potrebna određena doza relaksacije i unutarnjeg psihičkog mira nakon odradene sezone. Mlađi dio populacije više koristi sportski dio sadržaja, kao što je trim staza, sprave i penjača zona, dok starije pučanstvo odlazi na vidikovce, uživati u pogledu, tišini i svim ostalim blagodatima koje priroda pruža.

Stoga, iako poboljšanje „zdravstvenog kartona“ pojedinca nije nigdje navedeno kao prioritet, pa čak kao ni sekundarni cilj djelovanja turističkih zajednica, taj segment je ipak, i to čak neposredno, zastupljen u samoj osnovi djelovanja istih.

Nažalost, u malim dalmatinskim mjestima (mogu kategorički tvrditi samo za dalmatinska mjesta zbog osobnog iskustva) često je slučaj da je jedna institucija, a nerijetko i samo jedna osoba nositelj cjelokupnog napretka, odnosno kreator svih politika mjesta.

TZM Drvenik od svog osnutka je preuzela tu, često nezahvalnu ulogu da bude predvodnica napretka mjesta na svim razinama, a ne samo na području turističkog djelovanja. TZM Drvenik je vrlo često praktički jedina institucija koja se skrbi o mnogim stvarima u mjestu, koje u dosta slučajeva nemaju poveznice s originalnim i osnovnim djelovanjem TZ-a. Samim time, TZM Drvenik je ujedno trenutno i jedina lokalna institucija koja može posredno ili neposredno napraviti nešto u poboljšanju zdravstvene zaštite lokalnog stanovništva, ili napraviti pak određene korake u podizanju svijesti o neminovnosti zdravog življenja. No to, naravno, nije dovoljno.

Iako se realno puno napravilo u okvirima u kakvima se radi, TZM Drvenik treba početi raditi na podizanju svijesti o zdravom životu kod ljudi, aspektu kojeg se zanemarilo iz razloga što je previše fokusa, energije i vremena utrošeno na samu izgradnju prije spomenutih sadržaja.

TZM Drvenik, ako već sebe vidi kao predvodnicu napretka mjesta, što objektivno i jest, mora biti inicijator novih ideja i projekata za koje nije izravno nadležna, no samim lobiranjem i ukazivanjem na potrebe za određenim stvarima, mora okupiti i ostale relevantne dionike koji su spremni raditi na razvoju mjesta, a time i razvoju zdravstvene zaštite. Nadalje, TZM Drvenik mora biti okosnica koja će okupiti i uključiti sve relevantne dionike u projekt razvoja novih grana turizma, a radi izuzetno povoljne klime i geostrateškog položaja, među njima i zdravstvenog tipa turizma koji je trenutno na razini cijele Hrvatske vrlo nerazvijena grana turističke ponude.

Naravno, u doglednoj budućnosti kad se realiziraju prvi zadani ciljevi, moraju se definirati neki novi te očekujem da će se u tom razdoblju studiozno pristupiti jačanju aspekata koji se nisu stigli obuhvatiti. Također, vidljivo je da je kroz ove dvije godine određeni pomak napravljen u involuiranju prosječnog građanina da se i on uključi u osmišljavanje projekata i politika, prvenstveno iz razloga jer je zadovoljan postignutim te jer je i sam korisnik izgrađene infrastrukture. Stoga očekujem da će se pojedinci sa svojim idejama još više uključiti u poboljšanje i osuvremenjivanje dodatnog turističkog sadržaja, jer kao što kaže stara poslovica: „Jednom kad se klupko zakotrlja samo se odmotava, samo ga je potrebno znati zakotrljati“.

# ZAŠTO SE NE RAZUMIJEMO?

Duško Popović

Prije petnaestak godina putovao sam po Slavoniji s profesorom Zdravkom Rajićem i jednog smo užarenog ljetnog dana, u hladovini ispred đakovačke katedrale, razgovarali o odnosu medicine i medija. Profesor Rajić rođen je u Čapljini 1937., diplomirao 1963. godine na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, na Prirodoslovno-matematičkom fakultetu 1971. završio poslijediplomski studij iz eksperimentalne biologije, a 1974. postaje docent i specijalist pedodoncije i preventivne stomatologije. Slijedi primarijat, profesura na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, članstvo u Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske. Bio je predstojnik Zavoda i Katedre za dječju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta i predstojnik Stomatološke klinike pri KBC Zagreb. Vodio je dva kolegija na poslijediplomskom studiju pri Stomatološkom fakultetu te sudjelovao u dijelovima nastave analognih studija iz područja Alkoholizam i druge ovisnosti, Školska medicina, Genetika te Zaštita majke i djeteta. Bio je mentor preko 20 magistarskih radova i 5 doktorskih disertacija, suautor i glavni urednik udžbenika *Dječja i preventivna stomatologija* te knjiga *Primarna zdravstvena zaštita, Hepatitis B i stomatologija, AIDS i stomatologija*, jednom riječju erudit i čovjek s mnogo zanimanja, pa između ostalih i medijskih zanimanja. Umro 2005. godine u Zagrebu. Dok smo sjedili ispred đakovačke katedrale profesor Rajić mi je ispričao zanimljivu i poučnu priču.

Na početku svoje znanstvene karijere profesor Rajić je napisao popularni članak o nekoj važnoj zdravstvenoj temi, a kada je objavljen (ako se dobro sjećam, u *Večernjaku*), požurio je k svojoj majci, ne bi li se pohvalio. Majka je bila otresita i prirodno inteligentna, ali u skladu s vremenom u kojem je stasala slabo obrazovana Hercegovka, koja je, pročitavši članak svoga sina, upitala komu ga je namijenio. Pa, Tebi majko, rekao je Rajić, i svakomu koga bi to moglo zanimati. Ali, ja tu ništa nisam razumjela, rekla je njegova majka. A ako nisam ja, neće ni drugi poput mene.

Zdravko Rajić tada je spoznao da medicina i mediji govore dva različita jezika i kako je potrebno znanje, strpljenje i uzajamno razumijevanje ne bi li se približili i zaista shvatili... s obje strane.

Oni ubičajeni stereotipi (a znamo da su stereotipi, šablone, pojednostavljenja i jednoumlja uvijek loši i krivi) kažu kako medicinari novinare doživljavaju kao nužno zlo, univerzalne neznalice koji samo jure za kakvom senzacijom, površne i ponekad čak zlonamjerne (!) tipove koji nisu u stanju točno prenijeti sofisticirane informacije koje dobiju od medicinara i koji znaju *baciti u blato* sve dobro i

plemenito, stručno i znanstveno što im medicinari nesebično prenesu. Tako me i jedan poznanik, sveučilišni profesor, liječnik, svaki put srdačno pozdravlja s „gdje si, žuta štampo“. Znam da je dobroćudan i dobromjeran i da se samo šali, ali čini se da i nesvesno otkriva stav mnogih svojih kolega o novinarima i novinarstvu.

Novinari, s druge strane, često o medicinarima misle da su ljudi koji puno znaju, ali nisu u stanju svoje spoznaje na svima razumljiv i prihvatljiv način prenijeti običnom puku, ljudima o kojima je govorila majka profesora Rajića.

Zdravko Rajić je od onog dana shvatio da se ne može jednakomisati za stručne i znanstvene kongrese i simpozije ili zbirke radova, za udžbenike i predavanja studentima i budućim kolegama, kao kad se piše za novinske članke ili pripremaju radijske ili televizijske emisije namijenjene općoj populaciji. Svaka struka ima svoj vokabular, svoje teme i šifre, svoj zatvoreni krug u koji često ne dozvoljavaju pristup *ostalima*.

Nedavno sam bio na promociji nekog medicinskog sveučilišnog udžbenika. Prije ulaza u dvoranu postavljeni stolovi na kojima se prijavljuju liječnici, pa medicinske sestre, pa... Pitam ljubazne djevojke, valjda studentice medicine ili mlade liječnice, „a gdje se prijavljuju novinari?“ Za trenutak me gledaju s nerazumijevanjem, a onda s osmijehom kažu, „nismo vas predvidjele, pa čemo vas staviti s *ostalima*“.

Zar se zaista očekuje da će se postavljanjem novinara među *ostale* i neadekvatnim odnosom dobiti njihova iskrena i stvarna suradnja, razumijevanje i potpora? Zar se doista ne shvaća da je mukotrpni, uporni, stručni i odgovorni, uvijek nedovoljno nagrađeni i plaćeni rad svih zdravstvenih radnika dobrim dijelom ovisan o njegovu društvenom prepoznavanju, a ono opet o tomu kako će ga javnosti prenijeti, protumačiti i uobičiti novinari? Da sad ne ulazimo u složene odnose novinara i urednika, vlasnika i *gazda*, pravih tema i tema koje donose novac za održavanje medija. Pravidnih i stvarnih sloboda, (auto)cenzura i brojnih ograničenja s kojima se novinari u svim medijima svakodnevno suočavaju.

Poslije toga dolazim na stručni simpozij kojeg je organizirala ugledna zdravstvena udruga, a nakon registracije osoba koja se predstavlja kao zadužena za PR me sa zanimanjem pita za koji će medij izvještavati. Kada joj kažem ime časopisa, zbumjeno me gleda i tvrdi da ne zna o kojem je časopisu riječ!? Časopis je inače među uglednijima u nas, prisutan više od dva desetljeća!

Spravom se od novinara zahtijeva informiranost i pripremljenost o sugovornicima i temama o kojima će izvještavati. Ne bi li bilo normalno očekivati jednaku pripremljenost medicinara o novinarima s kojima razgovaraju i medijima za koje ti novinari izvještavaju?

Mnogi liječnici koje poznajem ističu da ih već na studiju medicine pripremaju na odabranost i posebnost, na činjenicu da će raspolagati životom i smrću budućih pacijenata. Neki već tada spoznaju da o *svemu znaju sve*, bolje nego eksperti, u širokom dijapazonu od automehaničara do grafičkih urednika knjiga i časopisa. U (lažnoj?) samouvjerenosti se tako kasnije i ponašaju. Uzimaju si pravo da odlučuju i o stvarima o kojima drugi objektivno više i bolje znaju. No, nije li taj *nobless oblige* zaista to što znači, privilegija koja više obavezuje nego daje prava, tim veća odgovornost čim je pozicija i društvena uloga viša? Ili bi bar tako trebalo biti? Opet, s obje strane!

Dobar dio novinara među nekim se liječnicima i dalje doživljava baš kao žuta štampa, skupina univerzalnih neznanica sklonih samo senzacionalizmu, nužnoga zla koje nezadrživo nadire tražeći negativne senzacije. A liječnici i drugi medicinari shvaćaju među nekim novinarima kao u sebe zatvorena kasta, odvojena od vremena i sredine u kojoj djeluju i žive.

Jedno je od mogućih rješenja uzajamno prožimanje zanimanja i znanja obje profesije. Bilo je i ima primjera da su neki medicinari, poput profesora Rajića koji je bio autorom brojnih radijskih i televizijskih emisija, novinskih napisa i drugih oblika promocije zdravstvenih tema, pokazali iznimno zanimanje i talent za bavljenje novinarstvom, medijima uopće. Nekada su se htjeli izraziti i širiti vlastite ideje i zamisli pišući novinske članke, češće kreirajući radijske ili televizijske emisije, jer su osjećali ili se bar nadali da će to sami učiniti bolje nego da zadatak povjere profesionalcima. Nekada su se željeli okušati u nečem novom, u još jednom životnom izazovu. Mogli su se osloniti na svoje osnovno zanimanje i znanje o medicini općenito ili nekom njenom segmentu, a rezultati su naravno bili različiti, ovisno o mogućnostima autora i medija.

No, takvih je relativno malo.

Čini se da će ipak trebati i dalje, dugo i uporno, raditi na uzajamnom stjecanju povjerenja, produbljivanju znanja o *drugima*, o njihovim (i svojim) realnim mogućnostima i dosezima, o potrebama koje nas vežu i donekle zajedničkoj sudbini na istome poslu. Organizirati druženja i razgovore, forume i simpozije, različite oblike edukacije, za sve.

I nadati se najboljem.

# REFLEKSIJA NA 90-TU GODIŠNJICU ŠKOLE NARODNOG ZDRAVLJA „ANDRIJA ŠTAMPAR“

Silvije Vuletić

Čine li neku ustanovu ljudi ili je čini ideja? Što je s idejom a što s ljudima koji su činili, čine i činit će neku instituciju. Čini li ideja ljudi ili ljudi čine ideju? To je vječno filozofsko pitanje poput „što je prije, kokoš ili jaje?“.

Početkom prošlog stoljeća slušajući i prateći tadašnju suvremenu bečku svjetsku kliničku medicinu na bečkom medicinskom fakultetu u dva se studenta pojavio osjećaj za socijalno i, tada revolucionarni pojam, ‘narodno zdravlje’. Ta dva studenta bili su se Andrija Štampar i Berislav Borčić. Oba imena ne smijemo zaboraviti kada govorimo o razvoju Škole narodnog zdravlja. Prvi je bio ideolog a drugi praktičar, pragma je bila njegova jaka strana. Oba su imali javnozdravstvenu administrativnu karijeru. Štampar je bio ministar zdravlja tadašnje kraljevine SHS. Borčić je bio prvi dugogodišnji ravnatelj Škole narodnog zdravlja. Oba su radili i razvijali ideje javnog zdravstva u Kini, oba su djelovali internacionalno, Štampar u Ujedinjenim narodima (UN) i Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), a Borčić u UNICEF-u.

Štampar je ubrzo prešao s praktičnog liječnika na čovjeka koji započinje svoj, danas već stoljetni javni diskurs o socijalnoj medicini. Kroz pojam socijalne medicine Štampar koristi potpuno tada novi termin „upravljanje zdravstvom i zdravljem naroda“. Usporedite tu rečenicu s današnjim terminom cilja javnog zdravstva u sljedećih dvadeset godina „*population health and health management*“.

Ideja je nastala, a gdje su ljudi? U publikaciji „Pet godina socijalno-medicinskog rada u Kraljevini Srba, Hrvata i Slovenaca 1920 – 1925“ piše: „Jedna mala grupa ljekara iskoristila je taj povoljni psihološki moment (kraj prvog svjetskog rata), i ta mala grupa s velikom je ljubavlju i požrtvovanjem, jednom novom ideologijom žilavo radila zadnjih pet godina. Ova grupa svakim danom je bila sve veća i zahvaljujući potpori i uviđavnosti predstavnika zdravstvene politike u našoj centralnoj upravi, mogla je da u gotovo svim kulturnim središtima svijeta što bolje usavrši svoje znanje i na taj se način što bolje spremi za veliku zadaću, koja joj je bila povjerena.“ Rodila se hrvatska profesija javnog zdravstva, možemo reći i hrvatska preventiva.

Prva generacija javno zdravstvenih profesionalaca zvali su se preventivci, za razliku od kurativaca, tj. bolničkih i privatnih liječnika opće prakse. Deviza preventivaca bila je Štamparova misao: *Narod treba proučavati, narod treba podučavati*. U prvi

mah ta rečenica zvuči starinski. No ta rečenica ukazuje na bit i osnovni koncept javnozdravstvenog djelovanja danas. Danas je bit svakog javnozdravstvenog djelovanja da prije svakog interveniranja treba dani javnozdravstveni problem proučiti i istražiti s jakom znanstvenom obzirnosti i opreznosti.

S tom ideologijom i kredom Štampara o liječniku i organizaciji zdravstvene zaštite naroda (Grmek 1966) ta mala grupa javnozdravstvenih profesionalaca u samo pet je godina u tadašnjoj državi ustanovila i razvila dvije stotine i pedeset socijalno-medicinskih ustanova. Povjesno, to je bio izvanredni primjer hrvatske javnozdravstvene prakse.

Profesija javnog zdravstva postala je primjer socijalnog kapitala jer je bila profesija homogenih pojedinaca istih nazora s jakim međusobnim vezama (engl. *bonding*), ali i s efikasnim vezanjem i širenjem na druge intelektne grupacije preventivaca i socijalnih profesionalaca (engl. *bridging*).

Što je danas s ideologijom i ljudima nakon sto godina Štamparove vizije?

Hrvatsko javno zdravstvo odigrava se unutar suprotnosti triju ideologija. Jednu nazivamo *novim javnim zdravstvom* što je u biti Štamparova socijalna integralna zdravstvena zaštita. Drugu nazivamo *neoliberalnom kapitalističkom koncepcijom zdravstvene zaštite*, dok je treća, s intenzivnim trendom, *tehnološko-znanstveni koncept zdravstvene zaštite*. Sve tri ideologije kohabitiraju u hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite. Nalazimo ih raštrkane u zakonima, uredbama i politici. Često je ta kohabitacija izvor kaotičnosti zdravstvene zaštite u nas. U takvim situacijama javni diskurs više poprima političku moć nego dijaloški argumentiranu javnozdravstvenu diskurzivnu praksu.

Danas kada obilježavamo 90 godina rada i postojanja Škole narodnog zdravlja osjećamo da nema tih starih ideja, a među profesionalcima javnog zdravstva nema niti „*bonding*“ niti „*bridging*“. Jaka individualizacija negira kolektivnost.

Osnovnu suprotnost u razvoju novih ideologija čini poimanje javnog i privatnog.

Čini se da suprotnost kurative i preventive početkom prošlog stoljeća danas koegzistira kao javno-privatno zdravstvo. U svakom slučaju vrijedi Hegelova misao da će te suprotnosti biti motor razvoja budućih ideja javnozdravstvene prakse.

## Pogovor

Što prepostavljaju, o čemu govore i razmišljaju brojni javnozdravstveni djelatnici i istraživači, u svojim brojnim refleksijama? Ništa drugo nego ponovno spoznavanje svog objekta opažanja, djelovanja ili istraživanja, ali na novi način, svojom introspekcijom tj. refleksijom. Ono što je istraživač doživio svojom objektivnom i znanstvenom analizom, on reflektira vlastitim vjerovanjima, „mišljevinama“ i postupcima, ukratko preispituje ih. To je praktična filozofija i fenomenologija javnog zdravstva, propitivanje i preispitivanje vlastitog djelovanja i životnog i radnog iskustva (engl. *lived experience*).

Sokrat je tvrdio da ne-preispitani život nije vrijedan življenja. Analogijom, ne-preispitati rezultate svojih javnozdravstvenih istraživanja i akcija, nije vrijedno našeg postojanja i profesionalnosti. Sjetimo se te činjenice u našim znanstvenim javnozdravstvenim istraživanjima i praktičnim djelovanjima. Naša istraživačka praksa počinje statističkim analizama i konstatacijom da dobiveni rezultati nisu plod slučajnosti. Vrijednost dobivenih rezultata autori u raspravi uspoređuju s drugim istraživanjima čime njihovo istraživanje završava. Na taj način se ne treba završavati u javnozdravstvenoj praksi i istraživanjima.

Upravo na ovom mjestu i trenutku iskoristit ćemo hegelijansku misao, te reći, da javnozdravstveni istraživač kao fenomenolog, upoznaje svijet istraživanja i djelovanja preko svoje individualne svijesti, koja je kao svijest njegove sredine, njegove zajednice i naroda nad njim, jer on je zajednici podređen i predstavlja njezin realni dio. Njegova refleksija je sinoptičko gledanje na svijet i problem, njegovo umno je zbiljsko a zbiljsko je umno. Za javno zdravstvo vrijedi Heraklitova misao: Na bilo koji put staneš, nikada nećeš naći kraja.

Javnozdravstvena refleksija je mjesto u kojem se donose realne političke odluke o problemima zdravstvene zaštite populacijskih skupina, posebno kada planiramo intervencije. To su dijaloška odlučivanja, to mora biti parhessia.

Refleksijom se usredotočujemo na interpretativnu i duboku strukturu društvenog i političkog života javnog zdravstva. Refleksija je hermeneutika, tj. tumačenje i razumijevanje javnog zdravstva, odnosno podataka koje imamo. Postoji nešto što nazivamo kvantitativna pristranost u interpretacijama statističkih rezultata, gubi se komunikacija s društvenim i političkim životom javnog zdravstva.

Refleksija je od uvijek, od refleksije amebe do reflektivnosti današnjeg čovjeka. Refleksija je najvrednija evolucijska tekovina homo sapiensa, koja je nastala pod pritiskom čovjekove društvene i fizičke okoline i predstavlja naš mehanizam razumijevanja i shvaćanja kako sebe, naših istraživanja tako i svega drugoga.

## Sadržaj

Predgovor .....	4
-----------------	---

### I. TEORIJSKI OKVIR FENOMENOLOGIJE JAVNOG ZDRAVSTVA

*Silvije Vuletić*

Fenomenologija u javnom zdravstvu .....	7
Filozofija u javnom zdravstvu .....	15
Refleksija u javnom zdravstvu .....	20
Episteme' javnozdravstvenih istraživanja .....	27
Javnozdravstveni profesionalac - hermeneutičar .....	30
Javnozdravstveni profesionalac - fenomenolog .....	33

### II. PRIMJERI REFLEKSIJA I FENOMENOLOŠKIH OPSERVACIJA JAVNOZDRAVSTVENE PROBLEMATIKE

#### Projektne teme

Specifične potrebe jednoroditeljskih obitelji .....	39
<i>Silvije Vuletić</i>	
Refleksija na provedbu projekta COSI u Hrvatskoj .....	50
<i>Sanja Musić Milanović, Marija Delaš, Maja Lang Morović</i>	
O sklonosti studenata kockanju i klađenju .....	61
<i>Iva Pejnović Franelić</i>	
Zdravlje i dobrobit školske djece i mladih u društvenom okruženju .....	66
<i>Ivana Pavić Šimetin</i>	
Galeb klaukavac kao novi javnozdravstveni problem .....	76
<i>Nataša Basanić Čuš, Branko Jurić, Albert Marinculic</i>	
Dijabetes u sferi rada obiteljskog liječnika .....	85
<i>Goranka Petriček</i>	

#### Edukacijske teme

Ovisnost učenika četvrтog razreda srednje škole .....	96
<i>Senka Samardžić</i>	
Refleksija na poslijediplomski sveučilišni studij javnog zdravstva .....	130
<i>Maja Lang Morović</i>	
Nemedicinske struke u javnom zdravstvu .....	136
<i>Maja Miloš</i>	
Učenje kliničkih vještina u kabinetu vještina .....	143
<i>Neda Pjevač</i>	
Gdje su ljudi u malom mjestošcu Velika? .....	146
<i>Jelena Gulašija</i>	
Uloga patronažne sestre u zdravlju zajednice .....	150
<i>Valentin Ivančić</i>	

Zdravlje u zajednici .....	153
<i>Ivan Janč</i>	

## **Pravičnost**

Pravičnost kao etički koncept .....	157
<i>Ana Borovečki</i>	
Refleksija na tekst o konceptu pravičnosti u zdravlju .....	167
<i>Maja Miloš i Maja Lang Morović</i>	
Refleksija na koncept pravičnosti zdravstvene zaštite .....	170
<i>Silvije Vuletić</i>	

## **Javnozdravstvena tematika**

Fenomenologija javnog zdravstva .....	173
<i>Želimir Jakšić</i>	
O reformama zdravstva u Hrvatskoj kao priča o „Tri velike rijeke“ .....	178
<i>Aleksandar Džakula</i>	
Petnaest godina u svijetu zdravstva .....	187
<i>Aleksandar Džakula</i>	
Refleksija na buduću karijeru u javnom zdravstvu .....	191
<i>Damir Ivanković</i>	
Praksa patronažne djelatnosti .....	198
<i>Goranka Rafaj</i>	
Informatizacija zdravstva radi zdravlja? .....	209
<i>Josipa Kern</i>	
Refleksija na strategiju razvoja županijskog zdravstva .....	217
<i>Ankica Džono Boban</i>	
Palijativa .....	222
<i>Karmen Lončarek</i>	
Refleksija na jedno stvarno epidemiološko zbivanje .....	228
<i>Darko Ropac</i>	
Ekologija kao stranac u zdravstvu .....	236
<i>Ksenija Vitale</i>	
Devedeset godina nadzora škole narodnog zdravlja nad vodom .....	239
<i>Ankica Senta Marić</i>	
Fenomenološka slika rada u turističkoj zajednici .....	242
<i>Matko Burić</i>	
Zašto se ne razumijemo? .....	247
<i>Duško Popović</i>	
Refleksija na 90-tu godišnjicu škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ ...	250
<i>Silvije Vuletić</i>	
Pogovor .....	252