

ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА ТО ДА СЕ ЛЕКАРИ И СПЕЦИЈАЛИСТИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ АФИРМАТИВНО ИЗЈАСНЕ О ПРИХВАТАЊУ ДА ПОСТАНУ ПОРОДИЧНИ ЛЕКАРИ

Мирјана ЛАПЧЕВИЋ¹, Иван ДИМИТРИЈЕВИЋ², Јелена РИСТИЋ³, Мира ВУКОВИЋ⁴,
Радивоје НИКОЛИЋ⁵, Петар СТАНОЈЕВИЋ⁶

¹Дом здравља „Вождовац”, Београд; ²Институт за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд;

³Здравствени центар, Лесковац; ⁴Здравствени центар, Ваљево; ⁵Дом здравља „Раковица”, Београд;

⁶Дом здравља „Др Симо Милошевић” – Чукарица, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Заштита и унапређење здравља појединца, породице и друштва у целини, између осталог, зависи и од организације и ефикасности здравствене службе. Савремена здравствена служба у многим земљама усмерена је на заштиту и унапређење здравља породице као основне јединице друштва. Концепт животног циклуса породице указује на значај развојних и неразвијених криза, као и очекиваних и неочекиваних животних догађаја у настанку многих соматских и душевних обољења. Породична медицина и породични лекар могу на најбољи начин свеобухватно и континуирано превенирати и лечити многе болести које настају као производ породичне дисфункционалности.

Циљ рада Циљ овог истраживања, које је спроведено међу 473 лекара специјалиста опште медицине и 355 лекара опште медицине, био је да се утврде фактори који утичу на то да се они афирмативно изјасне о прихватању да постану породични лекари.

Метод рада Одговарајућа анкета од девет питања спроведена је међу 828 лекара у Србији. У статистичкој анализи примењени су Пирсонов χ^2 -тест (на таблице контингенције) и биномна логистичка регресија, где је зависна варијабла изјашњење лекара о евентуалном прихватању улоге породичног лекара под одређеним условима. Ако су одговори анкетираних лекара били „не” или „не знам”, они су бодовани са 1, а ако је одговор био потврдан, бодован је са 2. Као независне варијабле тестирану су одговори на преосталих осам питања у моделу.

Резултати Добијен је одговарајући логистички модел којим је зависна варијабла објашњена са 79,3%. Лекари који су се афирмативно изјаснили да би се под одређеним условима бавили породичном медицином високо значајно мисле да је улога породичног лекара корисна зато што породични проблеми утичу на здравље људи, да здравствену заштиту треба да организује породични лекар са тимом својих сарадника, а ови лекари, пре свега, статистички високо значајно припадају категорији специјалиста опште медицине. Остала питања су се појединачно показала као значајна после примене χ^2 -теста по понуђеним категоријама одговора, али нису показала значајну међусобну повезаност у добијеном регресионом моделу.

Закључак Специјалисти опште медицине, без обзира на године стажа, високо статистички значајно више се изјашњавају да би се бавили породичном медицином у односу на лекаре опште медицине. Породична медицина подржана савременим информационалним системом представља модел свеобухватне здравствене заштите основне човекове заједнице, са високим степеном рационалности, квалитета, ефикасности и економичности.

Кључне речи: породица; доктор опште медицине – породичне медицине; превенција; лечење

УВОД

Заштита и унапређење здравља појединца, породице и друштва у целини, између осталог, зависи и од организације и ефикасности здравствене службе. Савремена здравствена служба у многим земљама усмерена је на заштиту и унапређење здравља породице као основне јединице друштва. Породични лекар који добро познаје породичну динамику, квалитет комуникације, наследна, као и развојна оптерећења може континуирано много боље помоћи у односу на фрагментиране или мултипле стручне интервенције у оквиру породичног система [1]. Породица, као основна социјална јединица, има одлучујућу улогу у здрављу и болести својих чланова. Она је примарна јединица у којој се здравствене потребе формирају и решавају. Породица самостално, сопственим ресурсима решава око 75% укупних здравствених потреба грађана. Због тога здравствени систем треба да усмери деловање и прилагоди организацију рада здравствене заштите породице као целине [1]. У настанку бројних соматских и менталних обољења, као

и у процесу лечења и опоравка породица има значајну улогу. Породична динамика, квалитет комуникације и многе животне кризе и неочекивани догађаји у литератури су описани као фактори који битно утичу на настанак и исход бројних клиничких ентитета. Концепт животног циклуса породице настао је педесетих година 20. века, када је и породично лечење постало значајан терапијски приступ у медицини. Евелин Дивал (*Evelin Duvall*) [2] и Ројбен Хил (*Royben Hill*) [4] су дефинисали фазе у животном циклусу појединца и породице. Они су развојни циклус поделили у седам фаза: почетна породица, породица са малим дететом, породица са дететом предшколског узраста, породица са дететом школског узраста, породица са адолесцентом, одвајање адолесцента, построђитељска породица, када је и најмлађе дете отишло из породице. Хејли (*Halley*) је животни циклус породице поделио на 24 фазе, при чему је главни организациони моменат био улаз и излаз чланова породичног система (женидба, рођење, смрт, расељење и др.). Породични терапеути дефинисали су концепт развојног задатка, тј. структурних и емоционалних

промена које се дешавају приликом преласка из једне фазе у другу, што може створити бројне психолошке проблеме, поремећај комуникације и стрес, што се одражава на психичком и соматском плану. Уколико неко од чланова породице има соматско обољење, оно може бити погоршано. Због тога је потребно да лекар познаје и анализира ове процесе, како би породични систем напредовао.

Поред наведених (очекиваних) фаза, концепт животног циклуса породице објашњава и тзв. неочекиване животне кризе и догађаје, у које се убрајају бројна соматска и психијатријска обољења и стања, телесне повреде, малигна обољења, рођење хендикепираног детета, смрт чланова породице, развод, избеглиштво, губитак посла итд. Све ово битно ремети индивидуалну динамичку психосоцијалну равнотежу појединца и породице и захтева адекватан терапијски приступ.

Породична медицина, као савремен рационалан медицински приступ, свакако треба да укључи основна знања из животног циклуса појединца и породице и омогући породичном лекару да свеобухватно и системски посматра болесника кроз симптоме, синдроме, обољење и лечење у функцији породичне динамике. Болестан члан породице, како у соматском, тако и психолошком смислу, обично је производ поремећених породичних односа, комуникације и динамике. Због тога је читава породица јединица третмана, што је од великог практичног значаја за породичну медицину и породичног лекара [2-4].

Према дефиницији Светске организације лекара опште медицине – породичне медицине (WONCA) коју је прихватила Светска здравствена организација (WHO), породична медицина представља академску и научну дисциплину, с едукационим и истраживачким садржајем, базом података и клиничким активностима специфично оријентисаним ка примарној здравственој заштити. Породична медицина је

типична по томе што представља први контакт болесника са системом здравствене заштите, суочавајући се са здравственим проблемима појединца без обзира на године, пол и врсту болести. Ова грана медицине омогућава успешно коришћење здравствене заштите појединца кроз сарадњу породичних лекара с осталим лекарима различитих специјалности. Породични лекар брине како о појединцу, тако и о члановима његове породице и читавој заједници. Она такође подразумева ефикасну комуникацију између доктора и болесника и ван радног времена.

Породични лекар је лекар специјалиста адекватно едукован и примарно одговоран за континуирано унапређење здравља и свакодневну медицинску бригу о својим болесницима. Он има специфичну одговорност за здравље, како појединца, тако и породице и читаве заједнице. Његова обавеза је и планирање стратегије везане за преваленцију и инциденцију болести у заједници. Он истовремено мора решавати и акутне и хроничне проблеме истог болесника. У оквиру свог рада породични лекар интегрише физичке, психолошке, социјалне, културолошке и егзистенцијалне факторе болесника, користећи своје знање и указано поверење условљено честим контактима. Породични лекар промовише здраве стилове живота ради очувања и унапређења здравља и превенције болести. Породични лекар је дужан да континуирано ради на свом стручном усавршавању и на побољшању квалитета својих услуга [5].

ЦИЉ РАДА

Циљ овог истраживања, које је спроведено међу 473 лекара специјалиста опште медицине и 355 лекара опште медицине, био је да се утврде фактори који би утицали на то да се лекари афирмативно изјасне о прихватању да сами постану породични лекари.

ТАБЕЛА 1. Анкетна питања.

TABLE 1. Questionnaire.

Број питања Number of question	Питања Questions
1.	Да ли бисте прихватили улогу породичног лекара под одређеним условима? Would you accept the role of a family doctor under certain conditions?
2.	Да ли сте довољно обавештени о породичној медицини и породичном лекару? Are you adequately informed about family medicine and family doctor?
3.	Да ли се здравствено стање једног члана породице одражава и на остале чланове породице? Does one family member's health condition have influence on other members?
4.	Да ли породица као целина може боље функционисати (у односу на здравље) ако заштиту пружа породични лекар са тимом својих сарадника? Can family, as a whole, function better (regarding health) if health care is provided by a family doctor with his team of associates?
5.	На здравље, резултате у раду, успех у школи и друго утичу многи проблеми у породици (конфликтна стања, љубомора, нетолерантност, синдром „свекрва–снаја“, сукоб генерација и друго). Да ли је у тим случајевима улога лекара корисна? Health, work efficiency, school advancement are influenced by many family problems (conflict situations, jealousy, "mother-in-law – daughter-in-law syndrom, generation conflicts, etc.) Is the role of a doctor useful in such conditions?
6.	Да ли је, по Вашем мишљењу, боље да здравствену заштиту организује породични лекар са тимом својих сарадника? In your opinion, is it better that medical protection is organized by a family doctor with his team of associates?
7.	Колики је Ваш укупни лекарски стаж? What is your total length of service?
8.	Да ли сте специјалиста опште медицине? Are you a specialist of general practice?
9.	Ако јесте, колико година специјалистичког стажа имате? If you are, how many years of experience do you have?

МЕТОД РАДА

Одговарајућа анкета од девет питања спроведена је међу 828 лекара (Табела 1). У статистичкој анализи примењени су Пирсонов χ^2 -тест (на таблице контингенције) и биномна логистичка регресија, где је зависна варијабла изјашњење лекара о евентуалном прихватању улоге породичног лекара под одређеним условима. Ако су одговори анкетираних лекара били „не” или „не знам”, бодовани су са 1, а ако је одговор био потврдан, бодован је са 2. Као независне варијабле тестирани су одговори на преосталих осам питања у моделу.

РЕЗУЛТАТИ

Добијен је одговарајући логистички модел којим је зависна варијабла објашњена са 79,3% (Табела 2).

Лекари који су се афирмативно изјаснили да би се под одређеним условима бавили породичном медицином високо значајно мисле да је улога породичног лекара корисна зато што породични проблеми утичу на здравље људи (питање број 5), да здравствену заштиту треба да организује породични лекар са тимом својих сарадника (питање број 4), а ови лекари, пре свега, статистички високо значајно припадају категорији специјалиста опште медицине (питање број 8) (Табела 3). Остала питања су се појединачно показала као значајна после примене χ^2 -теста по попуњеним категоријама одговора, али нису показала значајну међусобну повезаност у добијеном регресионом моделу.

У табелама 4 до 11 приказане су фреквенције по таблицама контингенције, као и резултати анали-

ТАБЕЛА 2. Класификациона табела биномног логистичког модела.
TABLE 2. Classification table of binominal logistic model.

	Објашњено моделом Model defined		%	
	Питање 1 Question 1			
Опсервирано Observed	Не/Не знам No/I don't know	Да Yes		
Питање 1 Question 1	Не (Не знам) No (I don't know)	111	118	48.5
	Да Yes	53	546	91.2
Укупно Total				79.3

ТАБЕЛА 3. Варијабле у моделу.
TABLE 3. Model variables.

	B	SE	Wald	df	p	Odds ratio	95% интервал поверења за odds ratio 95% confidence interval for odds ratio	
							Доња граница Bottom limit	Горња граница Upper limit
Питање 4 Question 4	0.731	0.159	21.138	1	0.000	2.076	1.521	2.835
Питање 5 Question 5	-1.141	0.106	115.074	1	0.000	0.320	0.259	0.394
Питање 8 Question 8	-0.474	0.180	6.931	1	0.008	0.623	0.438	0.886
Константа модела Model constante	1.474	0.549	7.203	1	0.007	4.368		

зе χ^2 -тестом. Из табеле 4 види се да би високо статистички значајно више испитаника прихватило улогу породичног лекара без обзира на то колико су обавештени о породичној медицини и породичном лекару. Високо статистички значајно више испитаника који би прихватили улогу породичног лекара мисли да се здравствено стање једног члана породице одражава и на остале чланове породице, у односу на испитанике који ту улогу не би прихватили или су неодлучни по том питању (Табела 5). Такође високо статистички значајно више испитаника који би прихватили улогу породичног лекара мисли да породица као целина може боље функционисати (у односу

ТАБЕЛА 4. Приказ учесталости према одговорима на друго питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 4. Illustration of frequency according to answers on the second question and accepting the role of family doctor

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 2 Question 2	Да Yes	62	227	289
	Недовољно Inadequate	129	302	431
	Не No	38	70	108
Укупно Total		229	599	828

$$\chi^2=9.732; df=2; p=0.008$$

ТАБЕЛА 5. Приказ учесталости према одговорима на треће питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 5. Illustration of frequency according to answers on the third question and accepting the role of family doctor.

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 3 Question 3	Да Yes	111	364	475
	Углавном Mostly	109	215	324
	Мало Little	7	19	26
	Не No	2	1	3
Укупно Total		229	599	828

$$\chi^2=12.456; df=3; p=0.006$$

на здравље) ако заштиту пружа породични лекар са тимом својих сарадника у односу на оне који ту улогу не би прихватили или су неодлучни по том питању (Табела 6). Високо статистички значајно више испитаника који би прихватили улогу породичног лекара (Табела 7) мисли да је у поменутих случајевима улога лекара корисна у односу на оне који ту улогу не би прихватили или су неодлучни по том питању. Из табеле 8 се уочава да високо статистички значајно више испитаника који би прихватили улогу по-

ТАБЕЛА 6. Приказ учесталости према одговорима на четврто питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 6. Illustration of frequency according to answers on the fourth question and accepting the role of family doctor.

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 4 Question 4	Не No	13	4	17
	Мало Little	39	19	58
	Углавном да Mostly yes	129	229	358
	Да Yes	48	347	395
Укупно Total		229	599	828

$\chi^2=125.685$; $df=3$; $p=0.000$

ТАБЕЛА 7. Приказ учесталости према одговорима на пето питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 7. Illustration of frequency according to answers on the fifth question and accepting the role of family doctor.

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 5 Question 5	Не No	20	7	27
	Мало Little	96	142	238
	Да Yes	113	450	563
Укупно Total		229	599	828

$\chi^2=64.391$; $df=2$; $p=0.000$

ТАБЕЛА 8. Приказ учесталости према одговорима на шесто питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 8. Illustration of frequency according to answers on the sixth question and accepting the role of family doctor.

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 6 Question 6	Да Yes	103	543	646
	Не No	27	7	34
	Не знам I don't know	99	49	148
	Укупно Total	229	599	828

$\chi^2=203.681$; $df=2$; $p=0.000$

родичног лекара мисли да је боље да здравствену заштиту организује породични лекар са тимом својих сарадника у односу на оне који ту улогу не би прихватили или су неодлучни по том питању. Без обзира на стаж, статистички значајно више испитаника

ТАБЕЛА 9. Приказ учесталости према одговорима на седмо питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 9. Illustration of frequency according to answers on the seventh question and accepting the role of family doctor.

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 7 Question 7	<10 година <10 years	80	161	241
	11-19 година 11-19 years	57	216	273
	20-29 година 20-29 years	76	189	265
	>30 година >30 years	16	33	49
Укупно Total		229	599	828

$\chi^2=10.712$; $df=3$; $p=0.013$

ТАБЕЛА 10. Приказ учесталости према одговорима на осмо питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 10. Illustration of frequency according to answers on the eighth question and accepting the role of family doctor.

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 8 Question 8	Да Yes	105	368	473
	Не No	124	231	355
Укупно Total		229	599	828

$\chi^2=16.428$; $df=1$; $p=0.000$

ТАБЕЛА 11. Приказ учесталости према одговорима на девето питање и прихватању улоге породичног лекара.

TABLE 11. Illustration of frequency according to answers on the ninth question and accepting the role of family doctor.

		Питање 1 Question 1		Укупно Total
		Не/Не знам No/I don't know	Да Yes	
Питање 9 Question 9	Нисам специјалиста опште медицине I am not a specialist of general practice	121	226	347
	До пет година To 5 years	23	102	125
	6-9 година From 6 to 9 years	24	78	102
	10-15 година From 10 to 15 years	33	95	128
	Дуже од 15 година Above 15 years	28	98	126
Укупно Total		229	599	828

$\chi^2=17.331$; $df=4$; $p=0.002$

би прихватило него што не би прихватило улогу породичног лекара или су, пак, неодлучни по том питању (Табела 9). Високо статистички значајно би више специјалиста него лекара опште медицине прихватило улогу породичног лекара (Табела 10). Специјалисти опште медицине, без обзира на године стажа, високо статистички значајно више се изјашњавају да би се бавили породичном медицином (однос од 3:1 до 4,5:1) него лекари опште медицине који се афирмативно изражавају у односу мањем од 2:1.

ДИСКУСИЈА

После Другог светског рата, у почетку постепено, затим убрзано, дошло је до дезинтеграције здравствене заштите породице и појединца, што се објашњаваило развојем медицинске науке. Фрагментација здравствене заштите је условила нерационалан, неефикасан и неекономичан здравствени систем, који све више постаје препрека економији. Исувише скуп здравствени систем није допринео здравственом стању популације сразмерно цени коштања. Због стално растућих потреба становништва у здравственој заштити условљених повећањем опште и здравствене културе, продужењем животног века и повећањем броја старих лица, која оболевају и користе здравствену заштиту два или више пута чешће од осталих грађана, неповољним стањем и кретањима у животној и радној средини, перманентном појавом и применом савремених научних и техничких достигнућа у здравственој заштити, трошкови за здравствену заштиту и финансирање здравственог система у скоро свим земљама, па и у нашој земљи, у сталном су порасту и нескладу са материјалним могућностима друштва. Ради превазилажења, односно ублажавања овог несклада, скоро да нема земље у којој се систем здравства и здравственог осигурања не преиспитује и усавршава, тако да се може говорити о реформама као континуираном процесу [6].

Тешкоће у финансирању система биле су потенциране и слабостима и неадекватним решењима унутар система здравства и здравственог осигурања. То се нарочито односи на: централизацију средстава и одлучивања у здравственом осигурању и централизацију у оснивању и вршењу оснивачких права у државном сектору здравства; затим, превелик број прописаних врста специјализација и ужих специјализација – 120 (у многим европским земљама однос лекара опште медицине и специјалиста је 6:1, док је код нас обрнут – 1:6) [7]; продор многих специјалности у ниже нивое здравства без социјално-медицинског оправдања, нарочито у домовима здравља; истовремено организовање и развој најскупљих сегмената здравства у неколико здравствених установа; често нетолерантне разлике и неједнакости у кадровској обезбеђености становништва и појединих здравствених установа. Због тога и у тим и таквим условима, са здравственом заштитом и здравственим системом нису били задовољни ни грађани, ни здравствени радници, па отуда и апсолутни захтев за реформисањем система здравства и здравственог осигурања.

Реформе у здравству се не спроведе ради регулисања статуса појединих медицинских дисциплина или здравствених установа, већ због усаглашавања материјалних трошкова и економских могућности друштва [6]. Схватајући потребу за бољом организацијом здравствене заштите појединца и породице у примарној здравственој заштити, Секција опште медицине Српског лекарског друштва је у протеклим деценијама неколико пута расправљала о том проблему. Како би сазнала мишљење лекара опште медицине и специјалиста опште медицине, као и грађана о породичном лекару, Секција опште медицине СЛД и Катедра опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду организовала је мултицентрично истраживање током пролећа 1998. године. Оригиналним анкетним упитником анкетирани су 854 доктора из опште медицине (23,39% од 3.650) и 7.297 грађана. Да би прихватили улогу породичног лекара изјаснило се 79% анкетираних доктора, а да би се лечили код породичног лекара изјаснило се 84% анкетираних грађана [8].

Резултати неких студија које говоре о значају породичне медицине на здравље појединца показују да се свом породичном лекару јавља 56% болесника с атеросклеротским кардиоваскуларним болестима, 63% болесника који болују од хипертензије, 67% дијабетичара, 60% особа оболелих од канцера, 62% оболелих од хроничних опструкционих болести плућа, 58% астматичара и 62% анксиозно-депресивних болесника [9]. На основу ових резултата урађена су истраживања која су дефинисала: очекивања болесника, финансијску предност развоја породичне медицине, нове моделе примарне здравствене заштите [3], начин едукације породичних лекара [10], значај личног, професионалног и практичног развоја у оквиру породичне медицине [11], начин комуникације између породичног лекара и корисника здравствене заштите [12] и правила будућег развоја система здравствене заштите у оквиру породичне медицине [13]. На основу ових истраживања дати су предлози новог модела здравствене заштите у оквиру породичне медицине. Одлике новог модела су разумевање болесникових потреба, отвореност за разговор и едукација болесника како би активно бринуо о свом здрављу, као и тимски рад ради континуираног праћења здравља популације уз издвајање ризичних група. Радно време ординације требало би прилагодити потребама и захтевима болесника, иновирати процес рада ради стицања поверења, а комуникацију прилагодити сваком болеснику [9].

Секција опште медицине СЛД је од 1. до 30. априла 2003. године организовала мултицентрично истраживање да би се сазнало да ли специјалисти опште медицине желе да имају и статус породичног лекара. Истраживањем су обухваћена 424 лекара специјалиста опште медицине из 27 домових здравља у Србији. Почетком 2003. године у служби опште медицине у домовима здравља у Србији радило је 4.498 лекара, од чега су половина специјалисти опште медицине, што значи да је анкетиран двадесетопроцентни узорак специјалиста опште медицине [14]. Резултати овог истраживања говоре да статистички високо значајно специјалисти опште медицине уз до-

едукацију уз полагање испита желе да постану породични лекари [15].

Према Светској здравственој организацији, породична медицина има велики значај у промоцији здравих стилова живота. Праћењем истраживања у овој области поједини аутори велику важност придају логистичком и методолошком мишљењу. Када се говори о логистичким изазовима, подразумева се претраживање литературе, поштовање етичких норми, до-едукација лекара, искуство са болесницима, а када је реч о методолошком мишљењу, оно подразумева излагање у сусрет болесниковим жељама, потребама и предузимање адекватних мера у терапијском смислу, уз претходну консултацију и сагласност болесника. Они истичу значај искуства у оквиру ове дисциплине [13].

У овом истраживању спроведена је одговарајућа анкета од девет питања међу 828 лекара – 473 лекара специјалиста опште медицине и 355 лекара опште медицине. Резултати су показали да би значајно више испитаника прихватило улогу породичног лекара, без обзира на то колико су обавештени о породичној медицини и породичном лекару ($\chi^2=9,732$; $df=2$; $p=0,008$).

Примарна здравствена заштита подразумева први контакт пацијента са лекарима и медицинским сестрама, и то представља спону са секундарним и терцијарним нивоом здравствене заштите. Нека истраживања су, поредећи међународне системе здравствене заштите, показала побољшање здравља, како појединца, тако и целе популације у земљама које имају добро развијену примарну здравствену заштиту. Неки аутори предвиђају да ће до 2015. године породична медицина бити основна јединица медицинске заштите, укључујући и социјално збрињавање. Лекарске ординације ће бити одвојене јединице које ће међусобно сарађивати у оквиру заједничке мреже и које ће помоћи да остале службе ојачају, да држе под контролом учестале хроничне болести и амбулантно збрињавању болеснике. Ово умрежавање ће се разликовати од досадашње организације примарне здравствене заштите по томе што ће породични лекари бити први и водећи тим за збрињавање болесника. Практично, сви здравствени проблеми, укључујући и проблеме менталног здравља, убудуће ће се решавати у оквиру примарне здравствене заштите, с евентуалним упућивањем болесника код лекара одређене специјализације када је то неопходно. До 2015. године лекари примарне здравствене заштите ће имати велику одговорност везану за здравље појединца, породице и заједнице [9]. Према резултатима нашег истраживања јасно је да лекари и специјалисти опште медицине схватају значај породичног лекара.

Да се здравствено стање једног члана породице одражава и на остале чланове породице чешће мисле испитаници који би прихватили улогу породичног лекара него испитаници који ту улогу не би прихватили или су, пак, неодлучни по том питању ($\chi^2=12,456$; $df=3$; $p=0,006$) (Табела 5). Такође, значајно више испитаника који би прихватили улогу породичног лекара мисли да породица као целина може да боље функционише (у односу на здравље) ако заштиту пружа по-

родични лекар са тимом својих сарадника у односу на оне који ту улогу не би прихватили или су неодлучни по том питању ($\chi^2=125,685$; $df=3$; $p=0,000$) (Табела 6). Значајно више испитаника који би прихватили улогу породичног лекара мисли да на здравље, резултате у раду, успех у школи и друго утичу многи проблеми у породици (конфликтна стања, љубомора, нетолерантност, синдром „свекрва–снаја“, сукоб генерација и др.) и да је у тим случајевима улога лекара корисна ($\chi^2=64,391$; $df=2$; $p=0,000$) (Табела 7). Да је боље да здравствену заштиту организује породични лекар са тимом својих сарадника мисли значајно више испитаника који би прихватили улогу породичног лекара него испитаника који ту улогу не би прихватили или су неодлучни по том питању ($\chi^2=203,681$; $df=2$; $p=0,000$) (Табела 8). Без обзира на стаж, значајно више испитаника би прихватило него што не би прихватило улогу породичног лекара или су, пак, неодлучни по том питању ($\chi^2=10,712$; $df=3$; $p=0,013$) (Табела 9). Као и у истраживању из 2003. године, и у овом би значајно више специјалиста ($\chi^2=16,428$; $df=1$; $p=0,000$), без обзира на године стажа ($\chi^2=17,331$; $df=4$; $p=0,002$), него лекара опште медицине прихватило улогу породичног лекара (Табела 10 и 11) [15].

Пакет услуга у новом моделу породичне медицине подразумева: здравствену заштиту деце и одраслих особа, поспешивање интеграције личне бриге о свом здрављу код сваког појединца, оцењивање здравља и ризичних фактора, превенцију болести (рано откривање асимптоматских болести), промоцију здравља (примарна превенција уз примену здравих стилова живота), едукацију болесника, дијагностиковање и лечење акутних болести, дијагностиковање и лечење хроничних болести, примарну заштиту менталног здравља, консултације са специјалистима референтних здравствених установа, континуирано унапређивање квалитета услуга. Породични лекар би требало, пре свега, да посматра човека као целину, разматрајући све утицаје на његово здравље, како у породичном окружењу, тако и у локалној заједници [9].

ЗАКЉУЧАК

Специјалисти опште медицине, без обзира на године стажа, високо статистички значајно више се изјашњавају да би се бавили породичном медицином (368 од 473) него лекари опште медицине (231 од 355). Резултати анкете су показали да они који желе да се баве породичном медицином сматрају да ту здравствену делатност треба да обављају породични лекари са својим сарадницима, јер породични лекар, познавањем породичних односа, има много више информација које су од пресудне важности за заштиту здравља и лечење појединца и чланова породице. Породична медицина подржана савременим информационом системом представља модел свеобухватне здравствене заштите основне човекове заједнице, са високим степеном рационалности, квалитета, ефикасности и економичности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Žigić D, Lapčević M, Popović J, Ivanković D, et al. Opšta medicina – porodična medicina. Beograd: Srpsko lekarsko društvo; 2003.
2. Duvall ME. Family Development. New York: JB Lippincott; 1957.
3. Green AL, Graham R, Bagley B, et al. Task force 1. Report of the task force on patient expectations, core values, reintegration and the new model of family medicine. *Annals of Family Medicine* 2004; 2:S33-S50.
4. Hill R. Life cycle stages for types of single parent families: family development theory. *Family Relations* 1986; 35:19-29.
5. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The european definition of general practice – family medicine. London: WONCA Europe; 2002.
6. Simić S, Bjegović B, Jelača P, et al. Osnove za reformu sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji. Beograd: Centar za proučavanje alternativa, Samizdat B92; 2001.
7. Institut za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Radnici u zdravstvenim ustanovama na teritoriji Srbije po okruzima i opštinama prema stepenu stručne sprema u 2002. godini. Izveštaj za doktore u službi opšte medicine Instituta za zaštitu zdravlja Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”. Beograd; 2003.
8. Lapčević M, Bešević D, Harhaji M, et al. Porodična medicina – porodični lekar. *Opšta medicina* 1998; 4(2-3):125-47.
9. Roberts GR, Snape SP, Burke K. Task force report 5. Report of the task force on family medicine's role in shaping the future health care delivery system. *Annals of Family Medicine* 2004; 2:S88-S99.
10. Bucholtz RJ, Matheny CS, Pugno AP, David A, Bliss BE, Korin CE. Task force report 2. report of the task force on medical education. *Annals of Family Medicine* 2004; 2:S51-S64.
11. Jones AW, Avant FR, Davis N, Saultz J, Lyons P. Task force report 3. report of the task force on marketing and professional and practice development in family medicine. *Annals of Family Medicine* 2004; 2:S65-S74.
12. Dickinson CJ, Evans LK, Carter J, Burke K. Task force report 4. report of the task force on marketing and communications. *Annals of Family Medicine* 2004; 2:S75-S87.
13. World Organisation of Family Doctors. The European definition of general practice/family medicine. Wonca Europe; 2002.
14. Lapčević M, Nikolić R, Stanojević P. Mišljenje specijalista opšte medicine o opštoj medicini – porodičnoj medicini. *Opšta medicina* 2004; 10(1-2):7-12.
15. Erica L, Talbot J, Talbot L. Conducting research in general practice: lessons learnt from experience. *Health Promotion Journals of Australia* 2005; 16(1).

FACTORS INFLUENCING GENERAL PRACTITIONERS AND SPECIALISTS OF GENERAL PRACTICE TO DECLARE IN FAVOR OF ACCEPTING THE ROLE OF FAMILY DOCTORS

Mirjana LAPČEVIĆ¹, Ivan DIMITRIJEVIĆ², Jelena RISTIĆ³, Mira VUKOVIĆ⁴, Radivoje NIKOLIĆ⁵, Petar STANOJEVIĆ⁶

¹Health Center “Voždovac”, Belgrade; ²Institute of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade; ³Health Center, Leskovac;

⁴Health Center, Valjevo; ⁵Health Center “Rakovica”, Belgrade; ⁶Health Center “Dr. Simo Milošević” – Čukarica, Belgrade

INTRODUCTION Protection and promotion of health of an individual, family and society as the whole depends on the organization and efficiency of the public health service. Modern health service is focused on the health prevention and improvement of the family which is the basic unit of society. The life cycle of the family indicates crisis related to development and underdevelopment as well as some expected and unexpected life situations and this is very important when discussing about many somatic and mental diseases.

OBJECTIVE The objective of our project which included 473 specialists of general practice and 355 general practitioners was to determine the factors which influence the positive attitude of the general practitioners about becoming a family doctor.

METHOD A total of 828 doctors in Serbia were required to answer the set of eight questions. Statistical analysis included Pearson chi square test with contingency tables and logistic regression, while dependent variable was doctor's attitude about becoming a family doctor in a certain situation. The answer 'no' or 'I don't know' was scored 1 point and the 'yes' answer was graded 2 points. Eight questions mentioned above were independent variables.

RESULTS Logistic model accounting for 79.3% of dependent variable was obtained. Positive attitude of doctors was very much affected by family problems and great majority of these doctors were specialists of general practice. Other questions were not so important for our results.

CONCLUSION Specialists of general practice, regardless of their working experience and years of practice, gave significantly more positive answers, and the situation was quite opposite with general practitioners. Family medicine supported by modern information systems provides ideal model of comprehensive and complete health prevention with high level of rationalism, quality, efficiency and cost-effectiveness.

Key words: family medicine; family doctor; specialist of general practice; general practice; prevention

Mirjana LAPČEVIĆ
Dom zdravlja „Voždovac”
Krivolačka 4-6, 11000 Beograd
Tel.: 011 3080 540
E-mail: mandrak@eunet.yu

* Rad je na XV kongresu lekara Srbije u Vrnjačkoj Baњи usmeno izložen u okviru teme „Porodična medicina”.