

ISSN 1846-2278



Zavod za



**javno
zdravstvo**
Dubrovačko-neretvanske županije

vjesnik SO

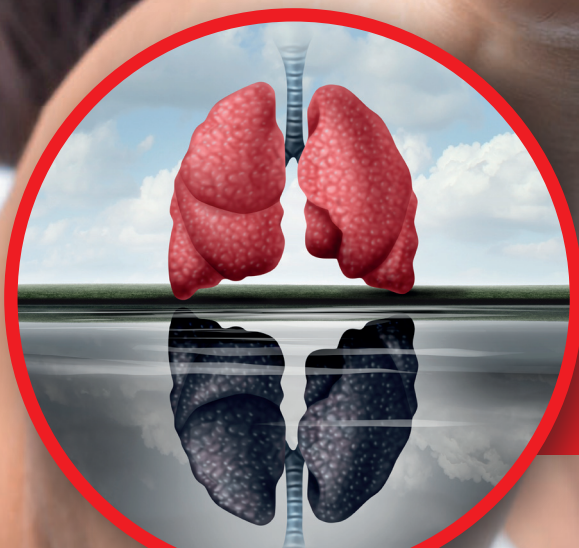
svibanj 2019.

Godina XVIII.

Broj

Epidemija ospica u 2018.

str. 3



**Spolne razlike u incidenciji i
smrtnosti od raka pluća u DNŽ**

str. 6



Vjesnik je stručni javnozdravstveni časopis Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije namijenjen prvenstveno zdravstvenim radnicima. Objavljuje teme iz područja prevencije bolesti i promicanja zdravlja. Članci objavljeni u Vjesniku izražavaju mišljenje autora koje se ne mora podudarati sa stavom uredništva.

Izdavač

Zavod za javno zdravstvo
Dubrovačko-neretvanske županije

Za izdavača

Mato Lakić, dr. med.

Uredništvo

mr. Marija Mašanović, dr. med.
mr. Ankica Džono Boban, dr. med.
Mato Lakić, dr. med.
Matija Čale Mratović, dr. med.

Uređuje

Služba za promicanje zdravlja
Odjel za socijalnu medicinu

Dizajn

Dizajnerski studio m&m

Tisak

DES - Split

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
DUBROVAČKO-NERETVANSKE
ŽUPANIJE
Dr. Ante Šercera 4A, p.p. 58
20 001 Dubrovnik
tel. 020/341-000; fax: 020/341-099
Ravnatelj tel: 020/341-001
e-mail: ravnateljstvo@zzjzdnz.hr

Sadržaj

EPIDEMIJA OSPICA u Dubrovačko- neretvanskoj županiji u 2018. godini

Mato Lakić

dr. med. spec. epidemiologije

Pave Dabelić

san. ing.

Str 3

SPOLNE RAZLIKE U INCIDENCIJI I SMRTNOSTI OD RAKA PLUĆA u Dubrovačko- neretvanskoj županiji

mr. Ankica Džono Boban

dr. med. spec. javnog zdravstva

Str 6

NESUICIDALNO SAMOOZLIJEĐIVANJE ADOLESCENATA

Mirna Benić

dr. med. specijalizantica školske
i adolescentne medicine

Str 10

OPSESIVNO- KOMPULZIVNI POREMEĆAJ kod djece i adolescenata

**Pamela Andrea Orellana
Kovačević**

dipl. psiholog

Str 12

RAD CENTRA ZA DOBROVOLJNO SAVJETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV u Dubrovačko- neretvanskoj županiji 2005. – 2018. godine

mr. Marija Mašanović

dr. med. spec. javnog zdravstva

Str 15

POPUSTLJIVI ODGOJ

Tanja Rončević

dipl. psiholog

Str 18

LASIK - metoda laserske korekcije refraktivne anomalije

Helena Kaštelan

dr. med. spec. oftalmologije

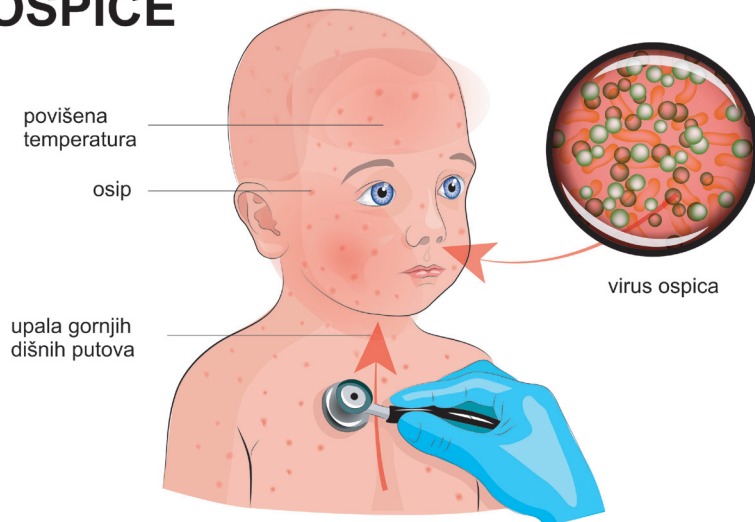
Vedrana Iveta

dipl. med. techn.

Str 21

EPIDEMIJA OSPICA U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI U 2018. GODINI

OSPICE



Mato Lakić
dr. med. spec. epidemiologije
Pave Dabelić
san. ing.

Zavod za javno zdravstvo
Dubrovačko-neretvanske županije

Ospice su visoko zarazna, akutna febrilna bolest koja nastaje kao posljedica infekcije virusom ospica. Najčešće se prenosi respiratornim kapljicama na kratke udaljenosti, no aerosoli koji sadrže viruse mogu ostati u zraku do 2 sata i omogućiti prijenos bolesti. Inkubacija iznosi 7 do 21 dan, uz medijan od 12,5 dana. Od simptoma prvo se javlja povišena tjelesna temperatura, zatim curenje iz nosa, suhi kašalj te konjunktivitis. Patognomoničan znak su Koplikove pjegice koje se pojavljuju na bukalnoj mukozu kao male bijele papule i omogućavaju kliničku dijagnozu ospica dan, dva prije izbijanja osipa. Osip izbija 3-4 dana nakon početka simptoma, prvo na licu i iza ušiju, pa prema trupu i udovima. Oporavak obično nastupa oko tjedan dana nakon pojave osipa. Značaj ospica je u pojavi komplikacija, od kojih su najčešće pneumonija i *otitis media*, a javljaju se još i *laryngotracheobronchitis* te sekundarna dijareja. Najteže komplikacije su vezane uz središnji živčani sustav: akutni diseminirajući encefalomijelitis (javlja se 1:1000), MIBE (*measles inclusion body panencephalitis*) i SSPE (subakutni sklerozirajući panencephalitis) koji se javlja 5-10 godina nakon preboljenih ospica s učestalošću većom od 1:100.000, no u dojenčadi se javlja i

češće od 1:1000. Letalitet od ospica je 1:1000 (1).

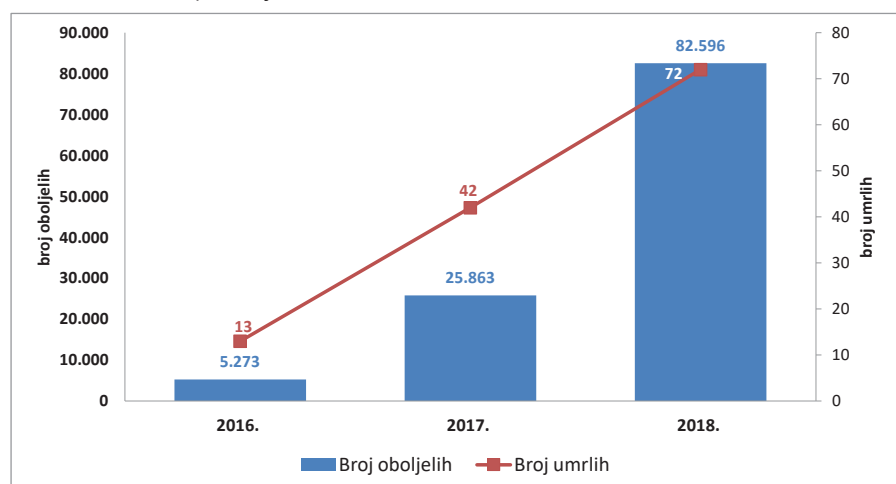
U deset godina koje su prethodile ovoj epidemiji u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (DNŽ) ukupno je registrirano 9 oboljelih od ospica. U istom razdoblju u Hrvatskoj je ukupno prijavljeno 306 oboljelih, od čega je 218 osoba oboljelo u epidemiji 2014./2015.

Prema podacima iz ljetopisa Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) za 2017 g., za većinu cijepljenja Dubrovačko-neretvanska županija ima najniži obuhvat. Najviše zabrinjavaju niske stope procijepljenosti za MPR (ospice, zaušnjaci, rubeola) primovakcinaciju od 55,8% te za DTP (difterija, tetanus, hri-

pavac) revakcinaciju od 56,3% (2).

Tijekom 2018. g. zbog aktivne kampanje te pojave epidemije ospica u našoj županiji došlo je do značajnog povećanja procijepljenosti protiv ospica, zaušnjaka i rubele. Za većinu bolesti protiv kojih se provodi obvezno cijepljenje proporcija cijepljenih mora doseći najmanje 95% predviđene djece, kako bi postigli kolektivnu imunost i spriječili nastanak epidemije.

Prema podacima SZO-a, u Europskoj regiji SZO-a 2016. g. ukupno je zabilježeno 5.273 oboljela od ospica i 13 umrlih, 2017. g. 25.863 oboljela i 42 umrla te u 2018 g. 82.596 oboljelih od ospica, od čega su umrle 72 osobe (3,4) (slika 1).



Slika 1. Broj oboljelih i broj umrlih od ospica u Europskoj regiji SZO-a u razdoblju 2016.-2018. g.

Otkad je primijećen kontinuirani pad cijepljenosti obuhvata na razini DNŽ, Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije (Zavod) je na lokalnoj razini aktivno djelovao na promicanju cijepljenja, informiranju i edukaciji zdravstvenih radnika i roditelja. Održan je simpozij o cijepljenju, izdane dvije brošure o cijepljenju za zdravstvene radnike i roditelje, prve takve vrste u Hrvatskoj. Nadležne zavodske službe kontinuirano su komunicirale sa cjeviteljima, dječjim vrtićima i školama o problematici cijepljenja i imale brojne medijske nastupe. Također, izrađeni su TV i radijski spotovi koji se emitiraju u lokalnim medijima. Od 2017. Zavod provodi medijsku i Facebook kampanju „Zaštitimo našu djecu“ koju sufinancira Grad Dubrovnik. Internetska stranica Zavoda (www.zzjzdnz.hr) je uz već postojeće sadržaje o cijepljenju unaprijeđena novima.

Stanje u okruženju

Ospice su bolest koja ima najveći epidemijski potencijal. Tijekom 2017. i 2018. godine bilo je više epidemija ospica u Europi, a za nas su posebice značajne velike epidemije u Srbiji i na Kosovu (5). Epidemija ospica u Republici Srbiji započela je u listopadu 2017. te se nastavila kroz čitavu 2018. g. Ukupno su registrirane 5.783 osobe oboljele od ospica, od kojih je 15 umrlo (5). U prosincu 2018. g. bilježi se početak epidemije ospica u Sjevernoj Makedoniji, a prema podacima SZO-a do ožujka 2019. g. umrle su tri osobe. Državni Institut za javno zdravlje iz Skoplja, objavio je kako je do 23. svibnja oboljelo ukupno 1.625 osoba (6). Također, i u Bosni i Hercegovini bilježi se epidemija ospica, a u 2019. godini (do 17. svibnja) ukupno je registrirano 958 oboljelih (7).

U siječnju 2018. g. Zavod je proveo ciljano istraživanje u pedijatrijskim ordinacijama u DNŽ o cjepljivosti statusu MPR cjepljivosti djece rođene 2015. i 2016. godine. Postotak cijepljenih na županijskoj razini bio je 43% za djecu rođenu 2015. g. te 23% za djecu rođenu 2016. g., dok je najniža procijepljenost bila na dubrovačkom području (26% za 2015. godište te 10% za 2016. godište). U kontekstu navedenih događanja u Europi,



Slika 2. Konferencija za medije na temu niske procijepljenosti djece u DNŽ

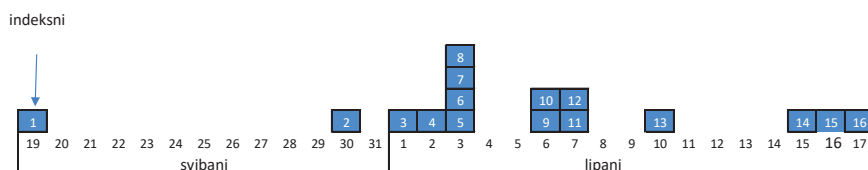
posebice u Srbiji, a zbog prijetnje širenja epidemije ospica, u siječnju 2018. g. na inicijativu Zavoda, župan DNŽ je organizirao konferenciju za medije, uz sudjelovanje predstavnika HZJZ-a, Opće bolnice (OB) Dubrovnik i Zavoda (slika 2). U veljači 2018. u prostorima Zavoda u Dubrovniku održan je sastanak stručnjaka Zavoda s predstavnicima Ministarstva zdravstva (pomoćnica ministra i viša sanitarna inspektorica), HZJZ-a (ravnatelj i voditelj Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti) te cjeviteljima iz DNŽ-a. Obrađeni su najvažniji problemi te donijeti zaključci s konkretnim aktivnostima za njihovo rješavanje.

Problemi koji su obrađeni na sastanku:

1. Pad odaziva na cijepljenje male djece.
2. Uvjetni upisi u dječji vrtić.
3. Zbunjujuća potvrda o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu predškolskog djeteta prije upisa u dječji vrtić.
4. Pogreške u evidencijama o cijepljenju.
5. Nepostojanje pisane metodologije za prikazivanje procijepljenosti (izvješća).
6. Nepostojanje inspekcijskog nadzora nad provjerom procijepljenosti djece u dječjim vrtićima.
7. Kažnjavanje roditelja.
8. Iznošenje neistina o cijepljenju u javnosti od strane zdravstvenih radnika.
9. Povremeni nedostatak cjepljivosti.

Epidemija ospica

25. svibnja 2018. g. dobili smo dojavu s Odjela za infektologiju OB Dubrovnik o mogućem slučaju ospica. Radilo se o muškoj osobi u dobi od 33 godine koja je nedavno doputovala s Kosova i nije cijepljena protiv ospica. 19. svibnja prvi put je potražila medicinsku pomoć zbog respiratornih problema uz visoki febrilitet, dok se osip razvio 24. svibnja. Indeksni slučaj bio je vrlo zarazan i uz infekciju donjih dišnih putova, koja je olakšala širenje virusa, prakticirao je lošu respiratornu higijenu. Uslijedila je epidemiološka obrada kontakata te su poduzete određene protuepidemijske mjere. Za potvrdu infekcije indeksnog slučaja napravljene su analize RT-PCR detekcije virusne RNA i IgM/IgG test, te je utvrđen genotip B3 virusa morbila. Ukupno je laboratorijski potvrđeno 16 slučajeva ospica (slika 3). Slučajevi koji su uslijedili imali su nastup bolesti od 30. svibnja do 15. lipnja. Četiri oboljela bili su zdravstveni radnici. Tijekom epidemije indeksni slučaj vjerojatno je zarazio 10 osoba, dvije osobe su sekundarni slučajevi, za dvije nije utvrđen mogući način zaražavanja, dok je jedna osoba mogući importirani slučaj iz Francuske. Prema spolnoj distribuciji oboljelo je devet osoba muškog i sedam ženskog spola. Prema dobi bilo je troje djece do pet godina, 12 osoba



Slika 3. Potvrđeni slučajevi ospica tijekom epidemije u DNŽ-u, prema datumu početka simptoma, svibanj-lipanj 2018. g. (n=16)

dobi 19-44 godine i jedna osoba od 56 godina. 13 osoba nije cijepljeno, nepotpuno je cijepljeno ili je cjepni status nepoznat. 11 oboljelih bilo je hospitalizirano. U razdoblju od 25. svibnja do 03. srpnja 2018. g. u DNŽ ukupno je cijepljeno MPR cjepivom 1.581 osoba, od čega 395 zdravstvenih radnika.

Za vrijeme trajanja epidemije prikupili smo podatke o serološkom testiranju na IgG od 402 osobe, od čega je njih 312 (77,6%) bilo pozitivno, 23 (5,7%) granično pozitivno te 54 (13,4%) negativno.

Tijekom epidemije poduzet je niz protuepidemijskih mjera (uz već navedeno), koje su bile koordinirane s HZJZ-om:

uz 16 potvrđenih slučajeva, popunjene su i 33 epidemiološke ankete osoba suspektnih na morbile,

- obrađeno je 711 kontakata, od čega je 116 primilo postekspozicijsku zaštitu MPR cjepivom,
- imunoprofilaksa je data dvoje dojenčadi od 2 mjeseca i jednom imunokompromitiranom zdr. radniku,
- provedene su protuepidemijske mjere u Općoj bolnici Dubrovnik (reorganizacija objedinjenog hitnog bolničkog prijma i dječjeg odjela, zabrane posjeta, nadzor nad provođenjem mjera, cijepljenje radnika bolnice...),
- provedene su protuepidemijske mjere za dječje vrtiće (preporuke o isključivanju djece koja nisu cijepljena protiv morbila iz ustanove dok se ne procijepe, provjera cjepnog statusa i cijepljenje radnika dječjih vrtića),
- provedene su protuepidemijske mjere za druge zdravstvene usta-

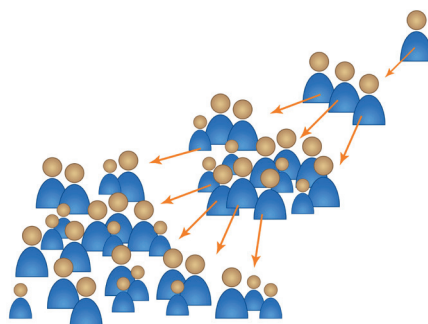
nove (provjera cjepnog statusa i cijepljenje radnika, podsjećanje liječnika na mogućnost pojave oboljelih od ospica),

- održavan je kontakt s medijima (konferencija za medije, pojedinačne izjave, priopćenja na web stranicama Zavoda),
- održavani su dnevni sastanci (Zavod, bolnica, ostale zdr. ustanove, HZJZ).

Opisana epidemija se ograničila na 16 slučajeva i nije se dalje širila, što ukazuje na učinkovitost provedenih protuepidemijskih mjera. Budući da se transmisija ospica u Europi nastavlja, čak i manje epidemije stvaraju veliku javnozdravstvenu prijetnju i ukazuju na važnost postizanja i održavanja visokog cjepnog obuhvata (8).

Veliko hvala svima koji su pomogli u suzbijanju ove epidemije, OB Dubrovnik (Upravi, Odjelu za infektologiju i Povjerenstvu za bolničke infekcije), Dubrovačko-neretvanskoj županiji, a posebice dr. Bernardu Kaiću, svim kolegicama i kolegama iz HZJZ-a i ostalih županijskih zavoda koji su bili na ispmoći u Dubrovniku te radnicima našeg Zavoda na predanom radu.

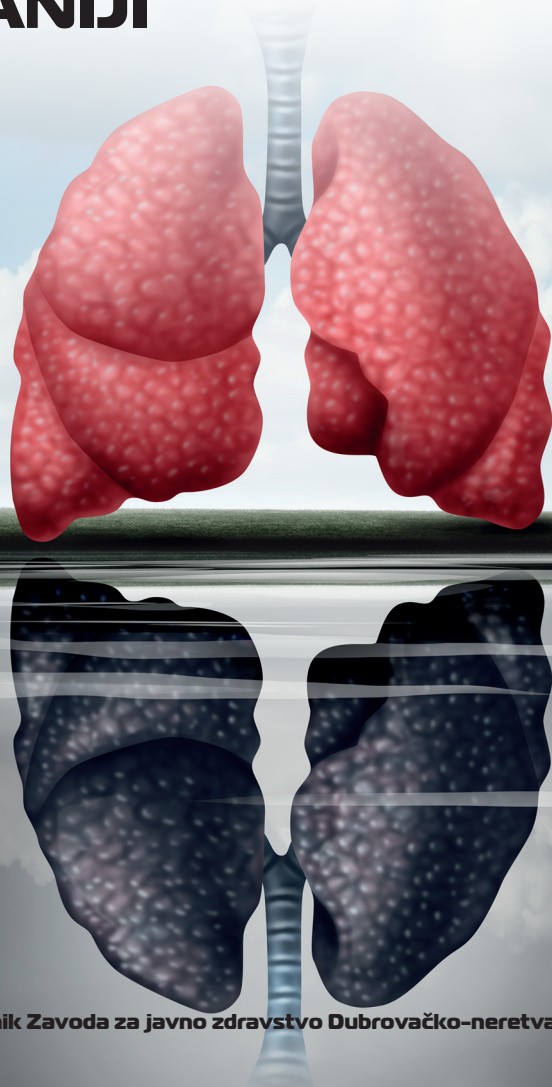
Ova epidemija prijavljena je Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a.



Literatura

1. Moss WJ. Measles Lancet 2017; 390:2490-2502.
2. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2017. godinu – web izdanje. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Ljetopis_2017.pdf; Datum pristupa: 27.05.2019.
3. WHO EpiData, No. 1/2018. World Health Organization, 2018. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/362448/epi-data-jan2017-dec2017-eng.pdf?ua=1; Datum pristupa: 27.05.2019.
4. WHO EpiData, No. 1/2019, January 2018 - December 2018. World Health Organization, 2019. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/394060/2019_01_Epi_Data_EN_Jan-Dec-2018.pdf?ua=1; Datum pristupa: 27.05.2019.
5. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr. Milan Jovanović Batut“. Aktualna epidemiološka situacija malih boginja (morbila) u Republici Srbiji. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1629>; Datum pristupa: 27.05.2019.
6. Institute of Public Health of Republic of North Macedonia. INFORMATION on the situation of measles in the Republic of North Macedonia in 2018-2019, May 23, 2019. Dostupno na: <https://www.iph.mk/en/information-on-the-situation-of-measles-in-the-republic-of-north-macedonia-in-2018-2019-may-23-2019/>; Datum pristupa: 27.05.2019.
7. Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Kretanje morbila u Federaciji BiH- kratak pregled epidemiološke situacije za period januar-maj 2019. Dostupno na: <https://www.zzjzfbih.ba/kretanje-morbila-u-federaciji-bih-kratak-pregled-epidemioloske-situacije-za-period-januar-maj-2019/>; Datum pristupa: 27.05.2019.
8. WHO EpiData, No. 4/2019, April 2018—March 2019. World Health Organization, 2019. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/403052/2019-04-Epi_Data_EN_Apr-2018-Mar-2019.pdf?ua=1; Datum pristupa: 27.05.2019.

SPOLNE RAZLIKE U INCIDENCIJI I SMRTNOSTI OD RAKA PLUĆA U DUBROVAČKO -NERETVANSKOJ ŽUPANIJI



mr. Ankica Džono Boban
dr. med. spec. javnog zdravstva

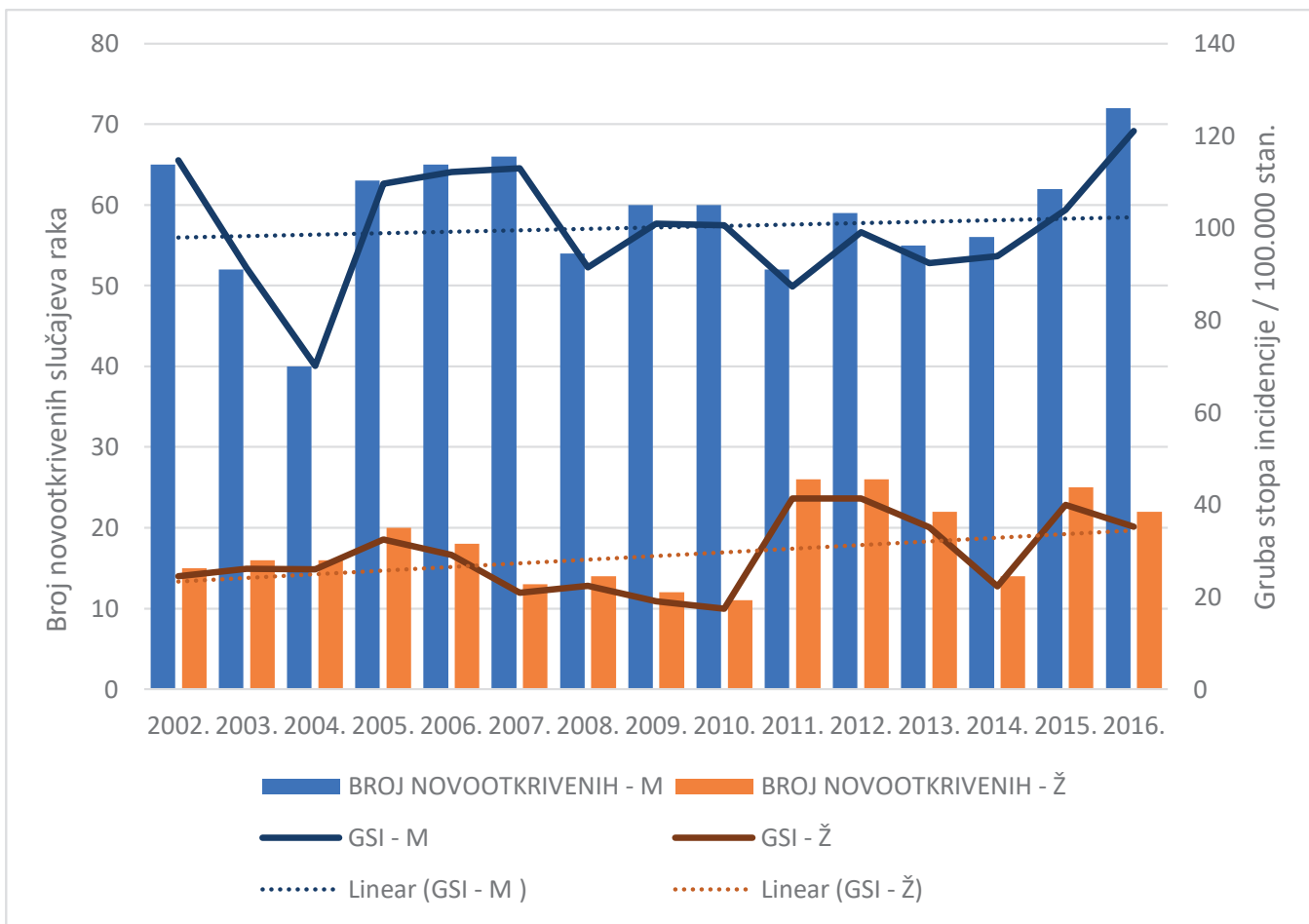
Zavod za javno zdravstvo

Dubrovačko-neretvanske županije

Aktivno ili pasivno izlaganje duhanskom dimu na različite načine štetno djeluje na zdravlje čovjeka posebno na zdravlje pluća i cijelog respiratornog sustava. Pušenje je vodeći uzrok raka pluća i odgovorno je za 80-90 % smrtnih slučajeva zbog ovog sijela raka. Rizik za rak pluća je višestruko veći kod pušača nego nepušača te je još veći ovisno o dužini pušačkog staža i broju dnevno popušanih cigareta.

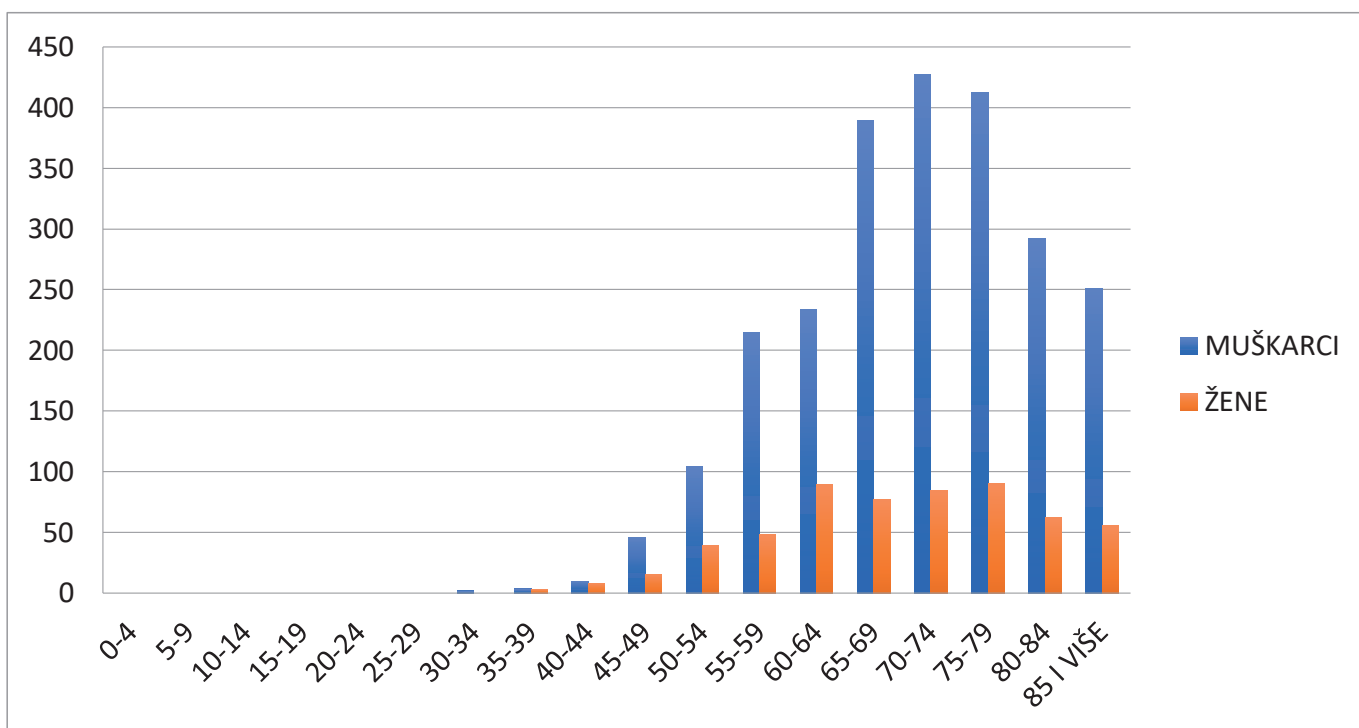
Prema Europskoj zdravstvenoj anketi, provedenoj 2014.-2015. u Hrvatskoj, 25 % stanovnika u dobi od 15 i više godina su svakodnevni pušači (29,5 % muškaraca i 20,8 % žena) (1). Rezultati istraživanja o rizičnim ponašanjima srednjoškolaca u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (DNŽ) u 2016. godini ukazuju na statistički značajne razlike u prevalenciji pušenja (2). Najviše puše učenice (44 %) i učenici (41 %) trogodišnjih strukovnih škola, a najmanje gimnazijskih smjerova (23 % odnosno 18 %). 12 % djevojaka i 15 % mladića puše 10 ili više cigareta dnevno. U 2018. godini objavljeni su rezultati velike svjetske studije o petogodišnjem preživljenju za 18 sijela raka, koje je uključilo petnaestogodišnje razdoblje praćenja novooboljelih osoba od raka (2000. - 2014. godine, CONCORD-3). Prema tom istraživanju Hrvatska je među četiri europske zemlje s najlošijim preživljenjem za rak pluća koje iznosi 10,0% (3).

U ovom prikazu spolnih razlika u incidenciji i smrtnosti od raka pluća u Dubrovačko-neretvanskoj županiji korišteni su apsolutni podaci Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) (2002. - 2016.) i Državnog zavoda za statistiku (DZS) (2002. - 2017.). Obradu tih podataka napravio je Zavod za javno zdravstvo Dubrovnik Služba za promicanje zdravlja. Za usporedbu incidencije i smrtnosti među spolovima korištene su grube stope incidencije i smrtnosti te dobno-specifične stope incidencije i smrtnosti na 100.000 stanovnika (prema godišnjim procjenama broja stanovnika DZS). Sve stope su prikazane prema spolu za ukupnu dob, za dob 40-64 godine i 65 godina i više. Stopa u radnoaktivnoj dobi analizirana je za dob 40-64 godine, jer su u promatranom razdoblju u mlađim dobnim skupinama, odnosno u dobi do

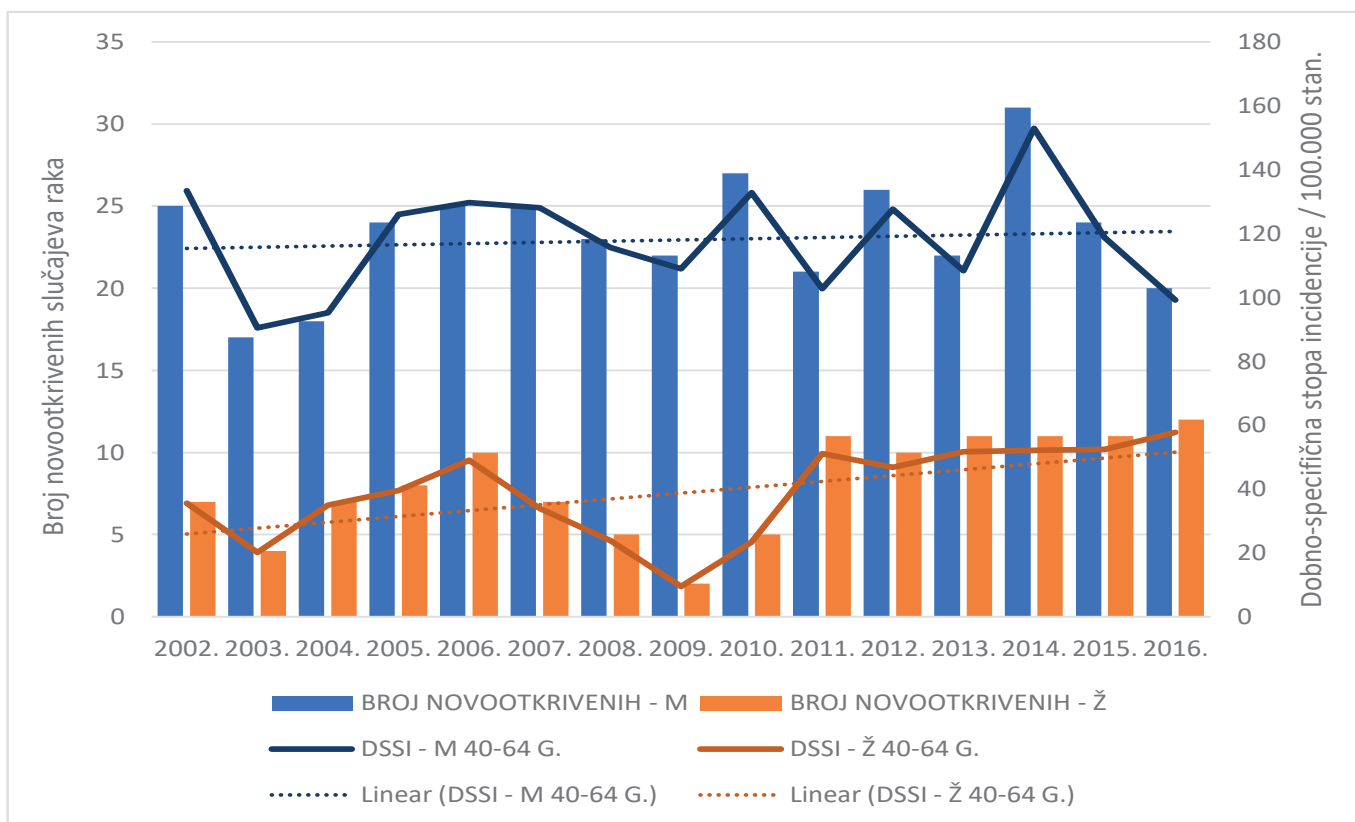


Legenda: M = muški spol, Ž = ženski spol, GSI = gruba stopa incidencije

Slika 1. Broj novootkrivenih slučajeva raka dušnika, bronha i pluća (C33-C34) i grube stope incidencije u DNŽ 2002. - 2016. godine prema spolu za ukupnu dob

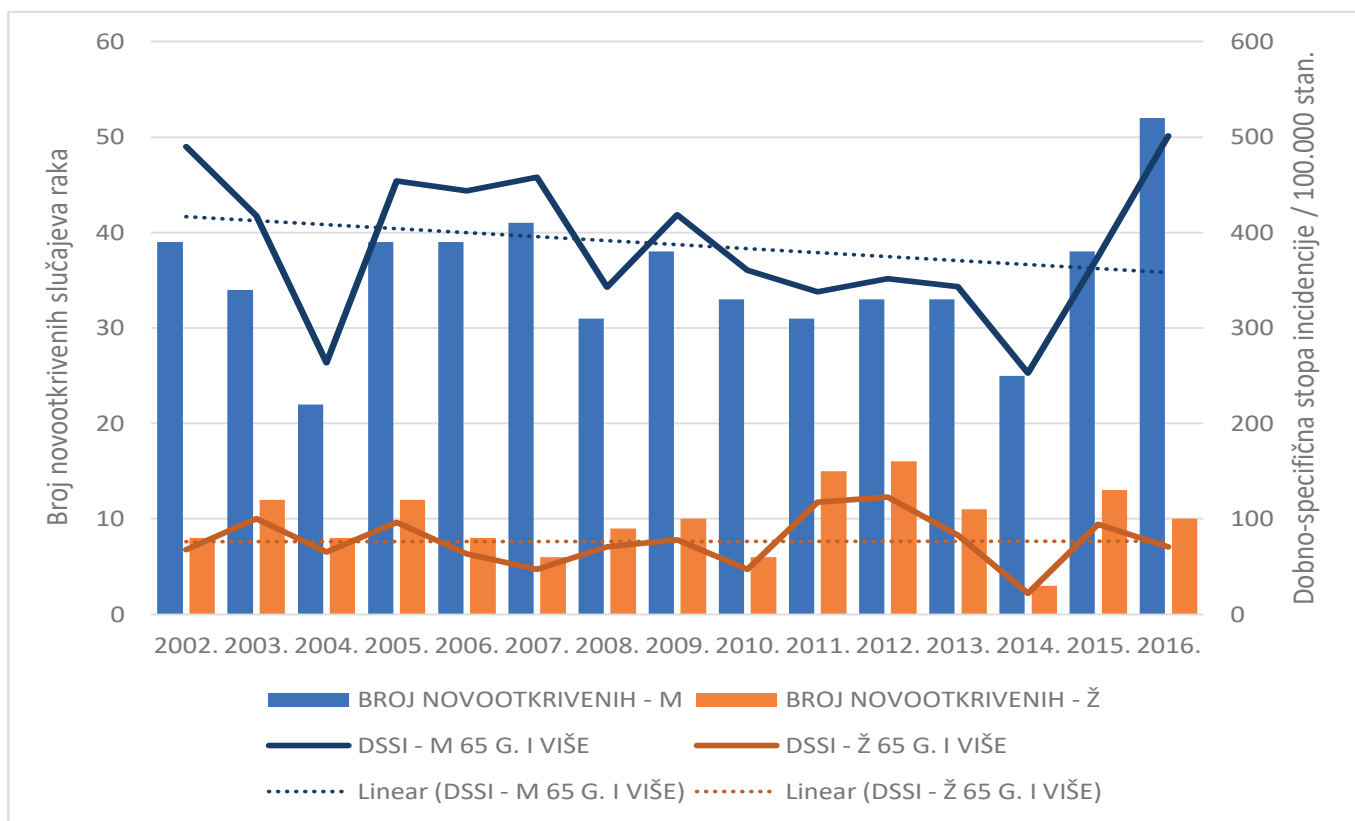


Slika 2. Dobno-specifične stope incidencije za rak dušnika, bronha i pluća (C33-C34) na 100.000 stan. u DNŽ, 2002. - 2016. prema spolu



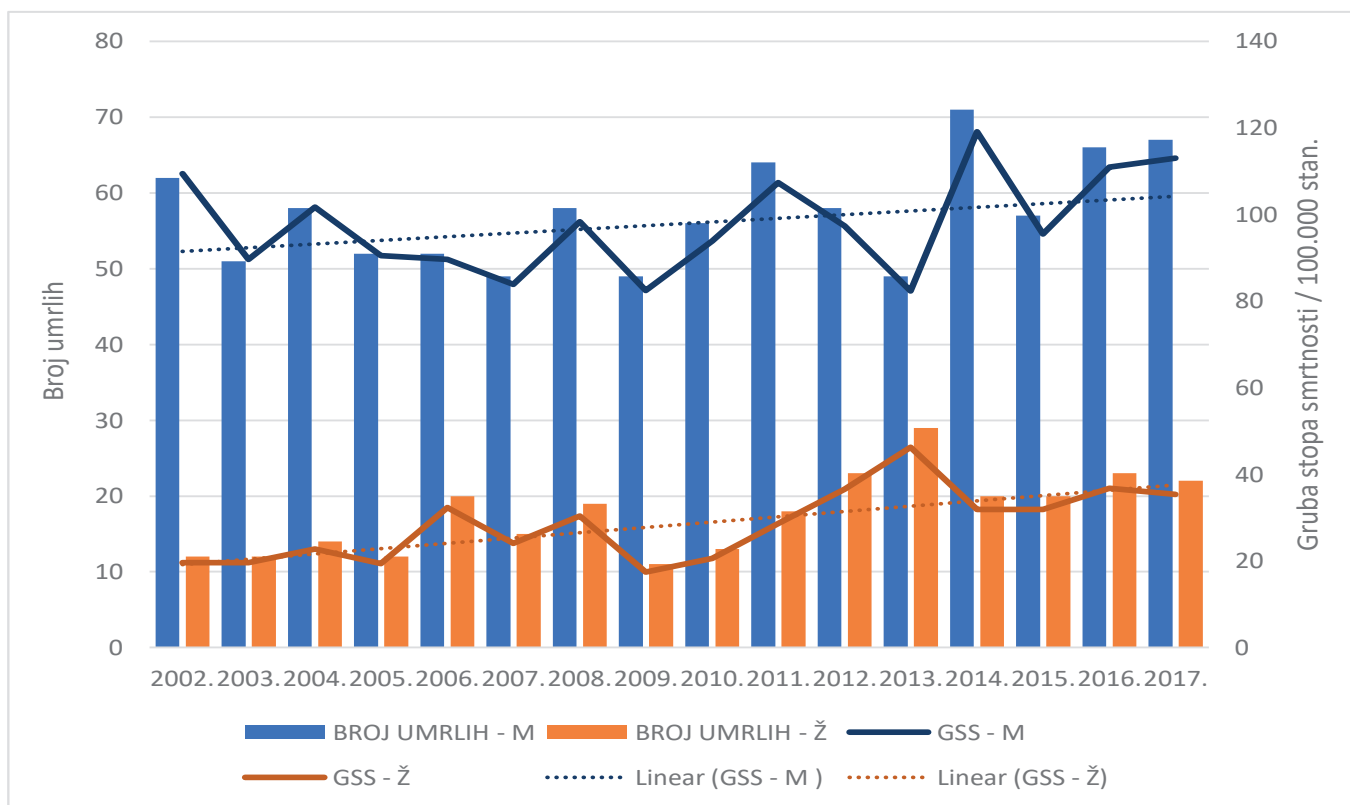
Legenda: M = muški spol, Ž = ženski spol, DSSI = dobno-specifična stopa incidencije

Slika 3. Broj novootkrivenih slučajeva raka dušnika, bronha i pluća (C33-C34) i dobno-specifične stope incidencije u DNŽ 2002. - 2016. godine prema spolu za dob 40-64 godine



Legenda: M = muški spol, Ž = ženski spol, DSSI = dobno-specifična stopa incidencije

Slika 4. Broj novootkrivenih slučajeva raka dušnika, bronha i pluća (C33-C34) i dobno-specifične stope incidencije u DNŽ 2002. - 2016. godine prema spolu za dob 65 godina i više



Legenda: M = muški spol, Ž = ženski spol, GSS = gruba stopa smrtnosti

Slika 5. Broj umrlih i grube stope smrtnosti za rak dušnika, bronha i pluća (C33-C34) u DNŽ 2002. - 2017. godine prema spolu za ukupnu

40 godina, bila tri novootkrivena slučaja raka pluća u muškoj populaciji i dva u ženskoj te dva smrtna slučaja zbog ovog raka.

Incidenција raka pluća u DNŽ

Prema zadnjim službenim podacima iz Registra za rak za 2016. godinu, rak dušnika, bronha i pluća (MKB-šifra C33-C34) u DNŽ je na drugom mjestu kod muškaraca (iza raka prostate), a na trećem kod žena (iza raka dojke i kolorektalnog raka). Te godine bila su 72 novootkrivena slučaja raka pluća kod muškaraca i 22 kod žena.

Analiza grubih stopa incidencije za rak pluća u DNŽ za razdoblje od 2002. do 2016. godine pokazuje blagi porast stope novodijagnosticiranih slučajeva raka pluća kod oba spola, međutim postoje razlike prema spolu i dobnim skupinama (slika 1). Prosječna petnaestogodišnja stopa bila je 100,1 / 100.000 stan. za muški i 28,9 za ženski spol, što čini omjer 3 : 1 (tri oboljela muškarca prema jednoj oboljeloj ženi). Međutim, analiza prema spolu i dobi u 2016. godini pokazuje da je stopa obolijevanja muškaraca dva puta veća u dobi 40-64 godine i sedam puta veća u dobi od 65 godina i više.

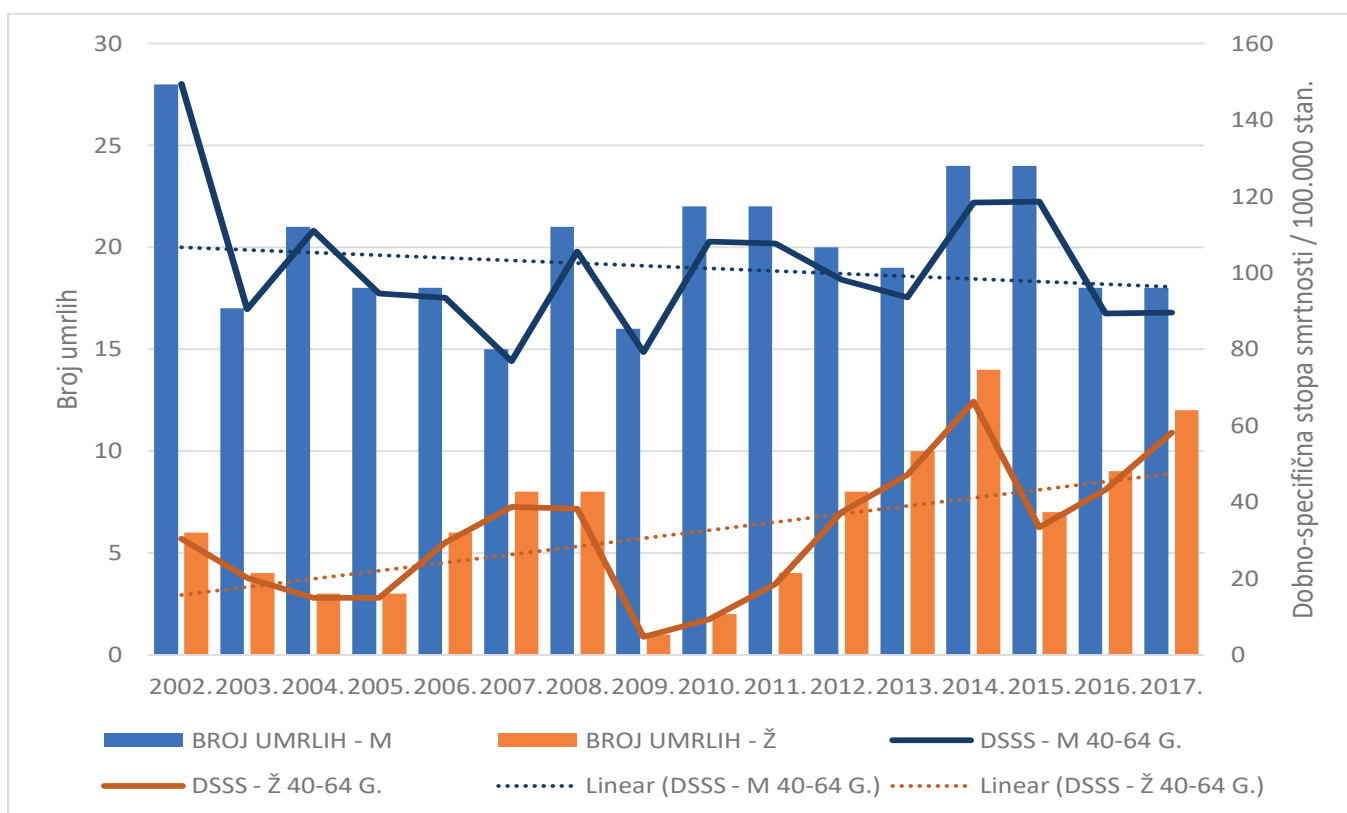
Incidenција raka pluća je značajno veza na za dob s najvećim stopama novootkrivenih slučajeva raka u starijim dobnim skupinama. U DNŽ u prosjeku svake godine je 6 od 10 novodijagnosticiranih slučajeva raka pluća u dobi od 65 godina i više u muškoj populaciji odnosno 5 : 10 u ženskoj populaciji. Dobno-specifične stope incidencije strmo rastu od dobi 45-49 godina (slika 2). Najviše su u dobi 70-74 godine za muški spol te u dobi 60-64 g. i 75-79 g. za ženski. Stope incidencije značajno su više za muškarce nego za žene (pet puta su više u svim dobnim skupinama od 65 godina i više).

U dobnj skupini od 40 do 64 godine u DNŽ dobnj-specifične stope incidencije za muški spol pokazuju brojne oscilacije (slika 3). Najniža stopa bila je 90,4 / 100.000 stan. u 2003. godini, a najviša 152,9 u 2014. nakon čega je uslijedio pad stope, koja je u 2016. godini iznosila 99,2. Istovremeno u istoj dobnj skupini kod žena je bio značajan skok sa stope od 9,4 / 100.000 stan. u 2009. godini na stopu 51,0 u 2011. što predstavlja porast stope za pet puta. Nakon toga prisutan je blagi uzlazni trend dobnj-specifične stope incidencije za ženski spol, koja je u 2016. godini iznosila 57,7 / 100.000 stan. (slika 3).

U dobnj skupini od 65 godina i više u DNŽ dobnj-specifične stope incidencije za muški spol imaju silazni trend do 2014. a nakon toga strmi porast, iako je ukupan trend i dalje silazni (slika 4) odnosno stopa je dvostruko porasla s 252,9 / 100.000 stan u 2014. na 501,2 u 2016. godini (s 25 novooboljelih osoba u 2014. na 52 u 2016.). U ženskoj populaciji u dobi 65 godina i više dobnj-specifične stope incidencije u promatranom petnaestogodišnjem razdoblju općenito pokazuju stabilan trend kretanja. Međutim i tu su vidljive oscilacije pa je od 2012. do 2014. prisutan strmi pad stope (sa 122,7 na 22,2), a zatim ponovo porast stope na 70,9 u 2016. godini (slika 4).

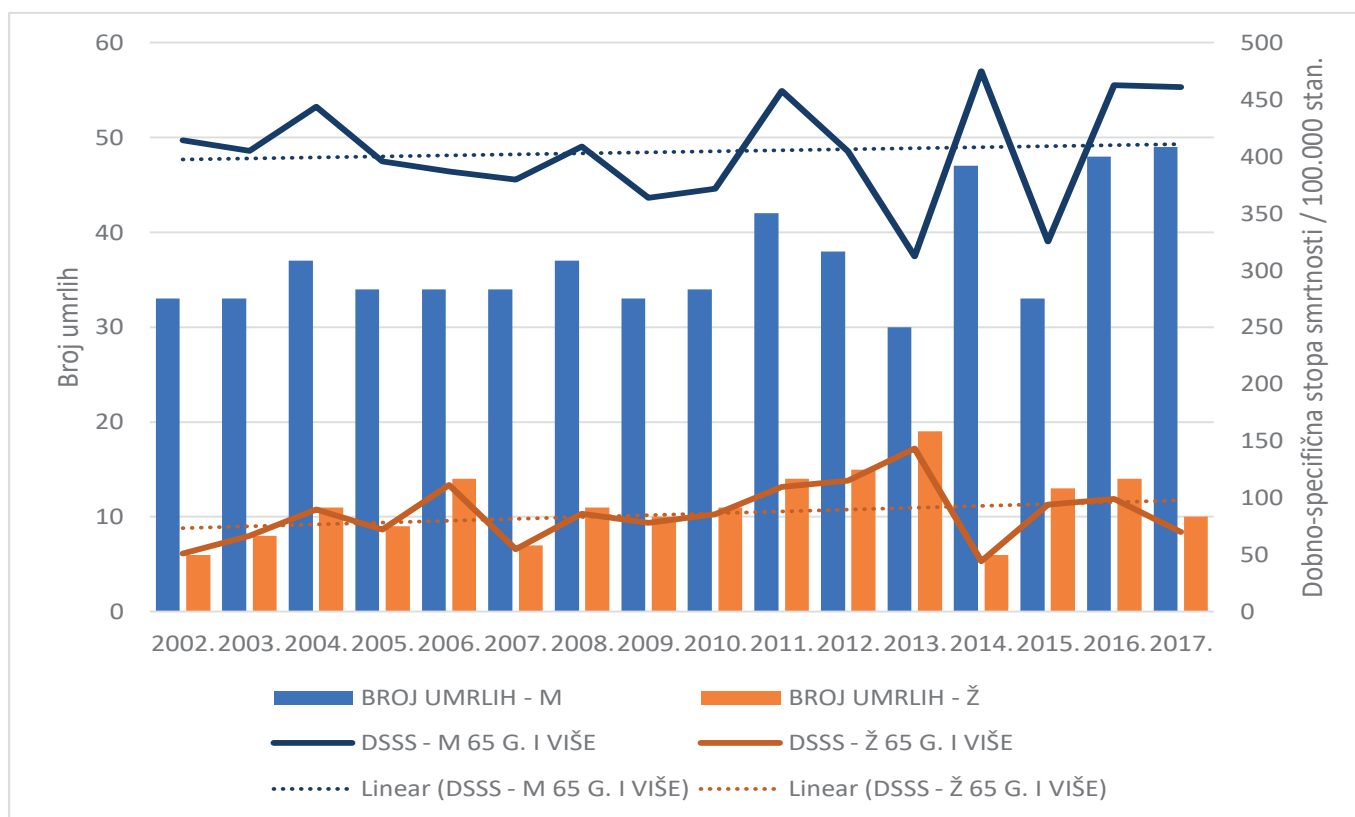
Smrtnost od raka pluća u DNŽ

Analiza grubih stopa smrtnosti za rak dušnika, bronha i pluća zajedno u DNŽ za razdoblje od 2002. do 2017. godine pokazuje blagi porast stope umrlih kod oba spola, ali postoje razlike prema spolu i dobnim skupinama (slika 5). Kod muškaraca najniža stopa umrlih bila je 82,3 / 100.000 stan. u 2013. a najviša 121,0 u 2017. godini, a kod žena najniža je bila 17,5 u 2010. a najviša 41,4 u 2011. i 2012. godini. Stope smrtnosti više su za muškarce nego za žene, pro-



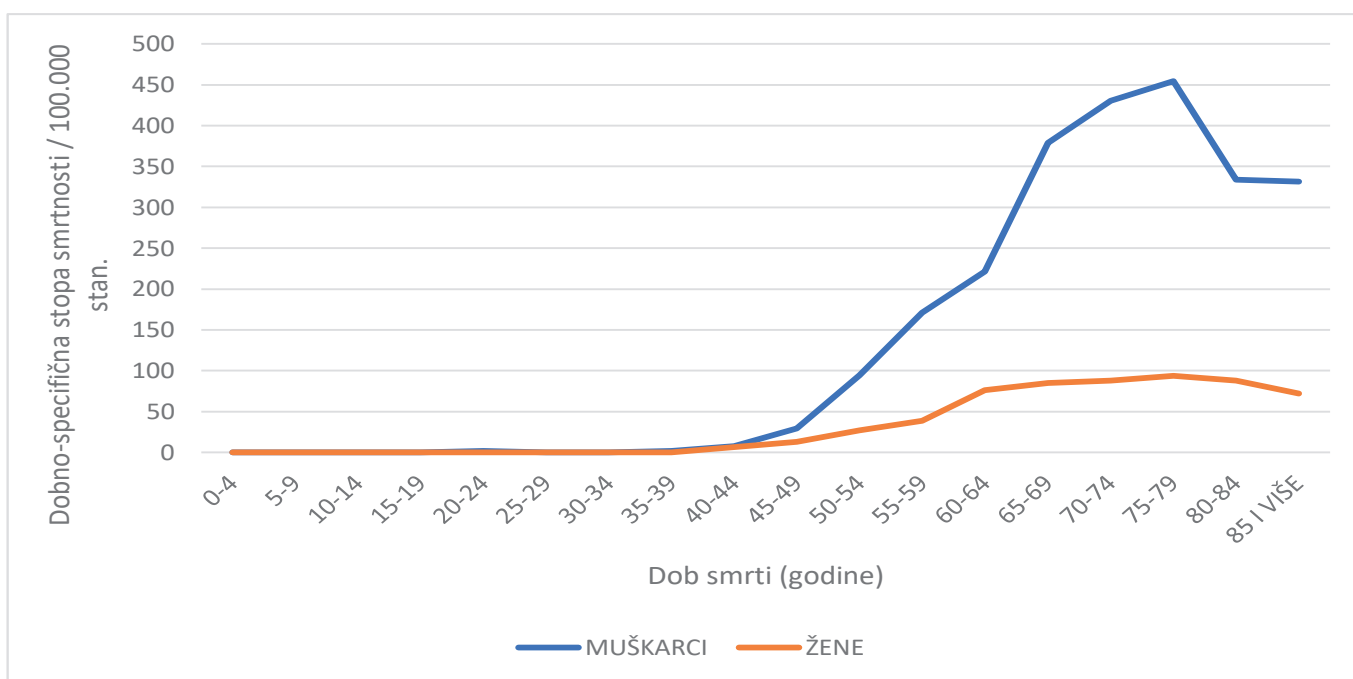
Legenda: M = muški spol, Ž = ženski spol, DSSS = dobno-specifična stopa smrtnosti

Slika 6. Broj umrlih i dobno-specifične stope smrtnosti za rak dušnika, bronha i pluća (C33-C34) u DNŽ 2002. - 2017. godine prema spolu za dobnu skupinu 40-64 godine



Legenda: M = muški spol, Ž = ženski spol, DSSS = dobno-specifična stopa smrtnosti

Slika 7. Broj umrlih i dobno-specifične stope smrtnosti za rak dušnika, bronha i pluća (C33-C34) u DNŽ 2002. - 2017. godine prema spolu za dobnu skupinu 65 godina i više



Slika 8. Dobno-specifične stope smrtnosti za rak dušnika, bronha i pluća (C33-C34) na 100.000 stan. u DNŽ, 2002. - 2017. prema spolu i dobi

sječno 3,5 puta više, što je odraz viših stopa incidencije kod muškaraca.

U dobnoj skupini od 40 do 64 godine u DNŽ od 2002. do 2017. godine dobnospecifične stope smrtnosti za muški spol imaju sveukupni silazni trend (slika 6). Ta stopa bila je najviša u početnoj godini promatranja i iznosila je 149,5 na 100.000 stan., a u 2017. 89,6. Istovremeno u istoj dobnoj skupini kod žena postoji kontinuirani porast stope s 30,4 / 100.000 stan. u 2002. na 58,2 u 2017. Zbog takvih trendova značajno se smanjila spolna razlika između dobnospecifičnih stopa smrtnosti.

U dobnoj skupini od 65 godina i više u DNŽ dobnospecifične stope smrtnosti imaju uzlazni trend kod oba spola (slika 7). Kod muškaraca stopa je porasla s 414,4 / 100.000 stan. u 2002. na 461,0 u 2017. a kod žena s 51,0 u 2002. na 70,0 u 2017. Stope smrtnosti kod muškaraca značajno su više nego za žene (prosječno 7 puta).

Smrtnost raka pluća je značajno vezana za dob, kao i incidencija, s najvećim stopama smrtnosti u starijim dobnim skupinama. Od ukupnog broja muških osoba umrlih od ovog sijela raka u 2017. godini u DNŽ njih 64,9 % umrlo je u dobi 65 godina i više, što je odraz više incidencije u starijoj životnoj dobi. Dobnospecifične stope smrtnosti za muški spol strmo rastu od dobi 45-49 godina i najviše su u dobnoj skupini 75-79 godi-

na (slika 8). Stope smrtnosti značajno su više za muškarce nego za žene i to četiri do pet puta u svim dobnim skupinama od 65 godina i više.

Usporedba između DNŽ i RH

U dobi 40-64 godine kod žena u DNŽ i RH prisutan je uzlazni trend stope novooboljelih, a od 2011. te stope su za DNŽ veće prosječno 1,2 puta. Kod muškaraca u istoj dobi prisutan je silazni trend stopa novooboljelih u RH, dok je u DNŽ silazni trend od 2014. godine. U DNŽ i RH u dobnoj skupini 65 godina i više stopa novooboljelih ima silazni trend kod muškaraca, a uzlazni kod žena. Za ovu stariju dobnu skupinu stope su prosječno niže za oba spola u DNŽ nego u RH, osim više stope u DNŽ za muški spol u 2016. Usporedba grubih i dobnospecifičnih stopa smrtnosti između DNŽ i Hrvatske (RH) pokazuje sličan trend kretanja stopa prema spolu i promatranim dobnim skupinama.

Zaključak

Ova analiza pokazala je uzlazni trend stopa novooboljelih i umrlih žena od raka dušnika, bronha i pluća u radnoaktivnoj dobi u DNŽ što je zabrinjavajuće za zdravlje žena. Također zabrinjava i uzlazni trend novooboljelih muškaraca u radnoaktivnoj dobi od 2014. do 2016. Stope obolijevanja su nekoliko puta više za muškarce nego za žene. Međutim zadnjih godina ta razlika se smanju-

je prvenstveno zbog porasta stopa za žene. U dobnoj skupini od 65 godina i više u DNŽ stope smrtnosti imaju uzlazni trend kod oba spola.

Još puno toga treba učiniti na prevenciji i prestanku pušenja te ranom otkrivanju i liječenju bolesti. No treba imati na umu da u svim ovim mjerama moraju sudjelovati brojni akteri u društvu, od pojedinca do raznih institucija i sektora na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini. Samo sveobuhvatnim mjerama u različitim područjima osobnog odabira u načinu življenja, svakodnevnog i društveno-gospodarskog života možemo očekivati i pozitivne rezultate.

Literatura

1. Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj (2014. – 2015.). Osnovni pokazatelji. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2016.
2. Istraživanje rizičnih ponašanja učenika u Dubrovačko-neretvanskoj županiji 2016. Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, Dubrovnik 2016.
3. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000 - 14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3.

NESUICIDALNO SAMOOZLIJEĐIVANJE ADOLESCENATA

Mirna Benić
dr. med. specijalizantica školske
i adolescentne medicine

Zavod za javno zdravstvo

Dubrovačko-neretvanske županije



Adolescencija je period obilježen intenzivnim promjenama u fizičkom, seksualnom, emocionalnom, psihosocijalnom i kognitivnom smislu (1). To je razdoblje sazrijevanja djeteta u kojem se odvijaju pripreme za odraslu dob. Uobičajeno se dijeli u tri faze: ranu, srednju i kasnu. U ranoj adolescenciji počinju brojne biološke i fizičke promjene (nagli rast, seksualno sazrijevanje, promjene izgleda tijela, povećanje snage i izdržljivosti), rastu kognitivni kapaciteti (razvija se mišljenje i pamćenje, kvalitetnije se rješavaju problemi i promišljenije donose odluke) te dolazi do promjena u odnosima s vršnjacima (raste važnost vršnjačke grupe). Rana adolescencija počinje najčešće između 11. i 13. godine, kod djevojčica obično ranije nego kod dječaka. Tijekom razdoblja srednje adolescencije, koja traje od 14. do 16. godine, adolescenti traže ravnotežu između odgovornosti i nezavisnosti, dolazi do promjene u moralnom rasuđivanju, razvijaju se novi odnosi s vršnjacima i upoznaju se sa seksualnošću. Ovo razdoblje donosi najizraženije

i najdramatičnije promjene u mnogim razvojnim aspektima. Razdoblje kasne adolescencije započinje oko 17. godine. To je period konsolidacije identiteta, profesionalnog razvoja i izbora zanimanja te razvijanja kapaciteta za intimnost u odnosima. Glavni zadatak adolescencije je formiranje zrele, samostalne, kompetentne osobe koja je spremna preuzeti najzahtjevnije životne zadatke, uključujući i roditeljstvo. Suočavanje s promjenama za adolescenta je vrlo izazovno. Iako većina adolescenata prolazi kroz taj period bez ozbiljnijih i štetnih posljedica uz odgovarajuću podršku roditelja, obitelji, škole i šire zajednice, dio adolescenata pokazuje manje ili veće psihičke poremećaje.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije 20% adolescenata boluje od psihičkih poremećaja, koji se vrlo često nastavljaju i u odrasloj dobi i rizičan su čimbenik lošijeg ishoda liječenja. Najčešći psihički poremećaji adolescencije se mogu svrstati u četiri velike skupine: anksiozni poremećaji,

shizofrenija, poremećaji raspoloženja (ponajprije depresija) i razni poremećaji ponašanja. Međutim, djeca i adolescenti često imaju simptome i poteškoće koji prelaze dijagnostičke okvire. Jedno od takvih stanja je i nesuicidalno samoozlijeđivanje.

Nesuicidalno samoozlijeđivanje je namjerno i izravno nanošenje fizičke ozljede samom sebi bez izravnih suicidalnih namjera, repetitivnog karaktera što znači da se mora ponoviti najmanje pet puta u razdoblju od jedne godine. To je oblik agresije prema samom sebi. Glavna razlika između samoozlijeđivanja i suicidalnog ponašanja je u tome što kod nesuicidalnog samoozlijeđivanja nema ozbiljne namjere osobe napraviti suicid. Ipak, važno je naglasiti da je samoozlijeđivanje rizičan čimbenik za suicid, pa se pri svakom susretu sa samoozlijeđivanjem treba provjeriti moguće suicidalne namjere. U 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (kratica: MKB-10) nije samostalna dijagnoza već je dio sindroma ili samostalni simptom. U pripremi je 11. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema u kojoj će najvjerojatnije biti samostalni entitet prema smjernicama koje se sad mogu pronaći u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (kratica: DSM-5) Američkog psihijatrijskog udruženja, u trećoj sekciji. Tim smjernicama se služe i hrvatski stručnjaci. Samoozlijeđivanje se najčešće javlja u srednjoj adolescenciji, češće među adolescenticama nego među adolescentima (omjer 1,5 : 1), ali treba naglasiti da je kod adolescenata veći suicidalni rizik. Dječaci zbog svoje snage znaju loše procijeniti jačinu samoozlijeđivanja što može dovesti do neželjenog suicidalnog ishoda. Prema istraživanjima

prevalencija i incidencija su u porastu u svijetu i u Republici Hrvatskoj. Kako se nesuicidalno samoozlijeđivanje često skriva i nije samostalna dijagnoza, nije lako raditi istraživanja i doći do preciznih brojki o broju oboljelih.

Čimbenici koji povećavaju rizik za pojavu samoozlijeđivanja su zlostavljanje u obitelji i među vršnjacima, bilo fizičko, psihičko ili seksualno, zanemarivanje u obitelji, nerealna očekivanja okoline, pritisak u školi te različiti psihički poremećaji (2). Nesuicidalno samoozlijeđivanje adolescenata je način na koji adolescent trenutno smanjuje unutarnju napetost, olakšava si emocionalne poteškoće ili se samokažnjava. Samoozlijeđivanje dovodi do povećanog lučenja endogenih opijata koji uzrokuju osjećaj ugone i smanjenja emocionalne boli bez obzira na fizičku bol što dovodi do jedne vrste ovisnosti. Pri idućem napadu unutarnje napetosti adolescent ponovno osjeća potrebu za samoozlijeđivanjem da olakša emocionalnu bol i napetost te osjeti trenutnu ugodu. Na taj način ima osjećaj da može pobijediti emocionalnu bol i unutarnju napetost i držati je pod kontrolom.

Oblici samoozlijeđivanja su rezanje oštrim predmetima, nanošenje opekline, grebanje, udaranje, zabadanje oštrih predmeta u tijelo, lupanje dijelova tijela, sprečavanje zarastanja rana, čupanje kose i gutanje opasnih stvari ili predmeta. Rezanje kože oštrim predmetima je najčešći oblik samoozlijeđivanja. Adolescenti se režu po podlakticama, natkoljenicama i trbuhu, rjeđe po drugim dijelovima tijela.

Adolescenti skloni samoozlijeđivanju ožiljke skrivaju nošenjem duge i široke odjeće i ljeti i zimi (3). Izbjegavaju nastavu tjelesne i zdravstvene kulture, izlete, odlaske na bazene, toplice, plaže i sva druga mjesta gdje se očekuje skidanje odjeće. U tome budu vrlo vješti pa ponekad uspijevaju dugo samoozlijeđivanje skrivati od roditelja i najuže obitelji. Često provode vrijeme zaključani u kupaonici ili u sobi, osamljuju se, izoliraju, dugo spavaju, imaju problema s prehranom, razdražljivi su, kreću se u sumnjivom društvu. Kad se posumnja na samoozlijeđivanje bitno je ne zane-marivati problem. Adolescenta se ne smije napadati i kažnjavati, treba razgovarati s njim, saslušati ga i pokušati shvatiti njegove razloge. Obavezno tre-

ba provjeriti je li bilo suicidalnih namjera i nužno je što prije zatražiti stručnu pomoć.

Ne postoje specifični lijekovi za nesuicidalno samoozlijeđivanje. Terapija je složena, najčešće kombinacija farmakoterapije i psihoterapije, često su potrebne hospitalizacije. Koriste se različiti psihofarmaci ovisno o specifičnom slučaju i ev. komorbiditetu. Najbolji oblik psihoterapije se mora odrediti za svaki pojedinačni slučaj, ponekad je to kognitivno-bihevioralna terapija, a ponekad npr. terapija temeljena na mentalizaciji. Dijete koje se samoozlijeđuje ne razumije ni sebe ni druge u okolini pa treba učiti i razvijati sposobnost razumijevanja sebe i drugih. Psihoterapijom mu je potrebno prvo mijenjati ponašanje, što će dovesti do mijenjanja misli, a to će na kraju promijeniti i osjećaje. Minimalni broj psihoterapeutskih tretmana kod djece s nesuicidalnim samoozlijeđivanjem je između tri i dvanaest, no to rijetko bude dovoljno. Liječenje je najčešće dugotrajno, višegodišnji proces. Adolescenti se uči i kako se boriti protiv nagona za samoozlijeđivanjem. Kad osjete poriv za samoozlijeđivanjem mogu uzeti papir i zapisati negativne emocije, mogu intenzivno vježbati, udarati vreću za boks, stavljati elastične gumice na ruku, pisati po koži, razgovarati s bliskom osobom ili nešto slično, da odvrte pažnju dok ne prođe kriza. Ponekad uspije, ponekad ne, ali svaki uspjeh jača adolescenta i predstavlja korak naprijed. Za postizanje što

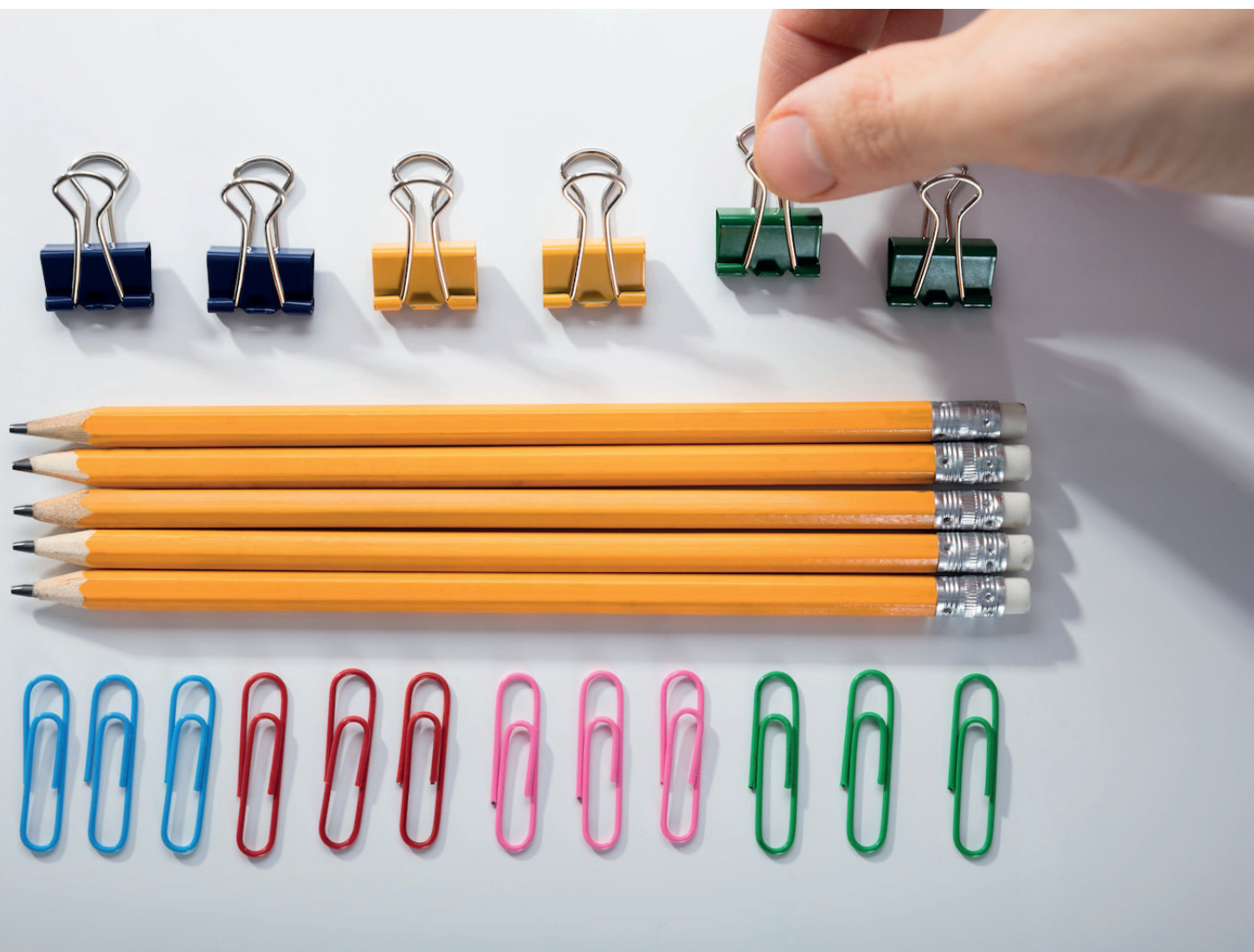
boljih rezultata u liječenju neophodan je i obiteljski tretman kao sastavni dio liječenja. Psihološka pomoć je posebno važna za roditelje ili skrbnike.

Pred društvom u cjelini je veliki posao podizanja svjesnosti o nesuicidalnom ozlijeđivanju adolescenata. Potrebno je maknuti stigmatu s ove bolesti da bi se oboljeli i njihova okolina lakše i ranije odlučili zatražiti stručnu pomoć. Incidencija i prevalencija nesuicidalnog samoozlijeđivanja adolescenata su u porastu i u svijetu i u Republici Hrvatskoj, a ne smije se zaboraviti da je ovaj poremećaj rizični čimbenik za suicidalno ponašanje.

Literatura

1. Buljan Flander G. Adolescencija – izazovi odrastanja, preneseno iz časopisa Lađa br. 3, 2013. Dostupno na URL adresi: <http://magazinplus.eu/adolescencija-izazovi-odrastanja/> Datum pristupa informaciji: 17. prosinca 2018.
2. Dodig-Ćurković K i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetlo grada 2013.
3. Tomac A. Psihopatološke specifičnosti adolescenata sa samoozlijeđujućim ponašanjem (disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet 2015.





OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ

KOD DJECE I ADOLESCENATA

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) (F42) prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10. izdanje (MKB-10) spada u skupinu „Neurotički poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatiformni poremećaji“. Karakterizira ga prisutnost ponavljajućih opsesivnih misli i kompulzivnih radnji. Opsesije i kompulzije mogu se javiti odvojeno ili istodobno. Opsesije su ideje, slike ili impulsi koji neprestano ulaze u svijest osobe u stereotipnoj formi. One uznemiruju zato što su agresivne ili opscene ili zato što se jednostavno doživljavaju kao besmislene. Osoba im se bezu-

spješno nastoji oduprijeti. Kompulzije su radnje ili rituali koji se neprestano ponavljaju, a koje oboljeli mora učiniti kao odgovor na prisilnu misao. Pokušaj su smanjenja anksioznosti ili spriječavanja nepoželjnog događaja, one su pretjerane i nerealno povezane s događajem koji bi trebale spriječiti. Same po sebi nisu ugodne i ne rezultiraju nikakvim korisnim ishodom. Od ovog poremećaja oboljeva 1 do 3 % populacije. Podjednako je zastupljen kod muškaraca i žena. Među adolescentima dječaci su češće zahvaćeni nego djevojčice.

**Pamela Andrea Orellana
Kovačević**
dipl. psiholog

Zavod za javno zdravstvo
Dubrovačko-neretvanske županije

Dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze OKP-a

Prema klasifikaciji MKB-10, za konačnu dijagnozu, opsesivni simptomi, kompulzivne radnje ili oboje moraju biti prisutni najmanje dva tjedna te moraju biti izvor patnje ili biti ometajući za bolesnikove aktivnosti. Karakteristike simptoma:

1. Misli ili impulsi trebaju biti prepoznati kao vlastiti.
2. Mora postojati bar jedna misao ili radnja koja se ponavlja (unatoč otporu).

3. Misao ili radnja koja se ponavlja ne smije sama po sebi biti ugodna.

4. Misli, slike ili impulsi moraju biti neu- godno ponavljajući.

Dijagnostički i statistički priručnik za du- ševne poremećaje, 5. izdanje (DSM-5) Američke psihijatrijske udruge, izdvaja OKP-a od anksioznih poremećaja u za- sebno poglavlje, što nije bez razloga, jer se i epidemiološki (podjednaka za- stupljenost u oba spola, za razliku od ostalih anksioznih poremećaja koji su daleko češći u žena) i čestom potrebom uključivanja antipsihotika u terapiju, da bi se postigao terapijski uspjeh, razliku- je od ostalih poremećaja iz anksioznog spektra.

Katkad je teško razlikovati opsesije od sumanutih misli. Sumanuta misao je nedostupna korekciji, nikakvim logič- nim objašnjenjem osobu se ne može ra- zuvjeriti. Osobe se ne opiru sumanutim mislima i uvjereni su da su nametnute izvane. Osoba koja ima opsesivne misli opire se i prepoznaje da imaju podrije- tlo u njoj.

Diferencijalno dijagnostičku poteškoću može predstavljati i razlikovanje kom- pulzija od impulzivnih radnji. Prije im- pulzivne radnje osoba osjeća napetost i unutarnji nemir, a izvršenje radnje donosi osobi olakšanje. Nakon kompul- zije nema osjećaja zadovoljstva nego se javlja potreba za novom prisilnom radnjom.

Uzroci nastanka opsesivno- kompulzivnog poremećaja

OKP je složena bolest na čiji nastanak utječe mnogo čimbenika koji su biološ- ki, psihološki ili socijalni.

Biološki čimbenici

U biološku teoriju nastanka OKP-a uključeni su:

1. Neurotransmiteri

Smanjena funkcija serotoninergičkog sustava jedna je od hipoteza u nastanku opsesija i kompulzija. U prilogu ovome govori i činjenica da se lijekovima za po- većanje razine serotonina postižu dobri rezultati u liječenju OKP-a. Također se navodi povećana glutaminičska aktiv- nost.

2. Neuroimunologija

Smatra se kako su neki slučajevi oboljenja povezani s infencijom β -hemotoličkim streptokokom grupe A. Taj sindrom naziva se pedijatrijski autoimuni neu- ropsihijatrijski poremećaj povezan sa streptokokom - *PANDAS*.

3. Strukturne, elektrofiziološke i neuro- endokrine promjene

Funkcionalne neuroslikovne studije pokazale su povećanu aktivnost orbi- tofrontalnog korteksa, prednjeg cingu- larnog korteksa i nukleusa kaudatusa u osoba s OKP-om što se uglavnom uzi- malo kao dokaz da hiperaktivnost na- vedениh područja generira simptome OKP-a. S druge strane, neki autori te rezultate povezuju s mogućnošću da su navedene regije postale hiperaktivne kao posljedica postojanja opsesivnog sadržaja (3).

4. Genetski

Istraživanja blizanaca pokazala su da važnu ulogu u razvoju OKP-a ima na- sljeđe. Utvrđen je viši stupanj podu- darnosti za OKP među jednojajčanim blizancima, nego dvojajčanim te češća pojava OKP-a u rođaka bolesnika s ovim poremećajem (4). Također, pokazalo se da su u djece simptomi OKP-a nasljedni uz utjecaj gena u rasponu 45-65 %, dok je u odraslih taj raspon 27- 47 %.

Psihološki čimbenici

1. Bihevioralna teorija

U bihevioralnoj teoriji opsesije se sma- traju uvjetovanim podražajem. Ne- utralan podražaj postaje povezan sa strahom ili anksioznošću tijekom odgo- vora na događaje koji mogu biti štetni ili uzrokovati anksioznost. Tako rani- je neutralne misli, postaju uvjetovani podražaj koji je sposoban da izazove anksioznost ili nelagodu. Kompulzija nastaje tako što bolesnik otkriva kako neka aktivnost smanjuje anksioznost povezanu s opsesivnim mislima. Nakon određenog vremena, kompulzija zbog učinkovitosti postaje naučeni obrazac ponašanja koji smanjuje anksioznost.

2. Kognitivna teorija

Kognitivna teorija ukazuje na precjenji- vanje mogućnosti javljanja nepovoljnih ishoda. Obuhvaća i koncept pretjerane

odgovornosti, oboljeli preuveličavaju vlastitu odgovornost za događaje.

3. Psihoanalitička teorija

U klasičnoj psihoanalitičkoj teoriji OKP se smatra regresijom na analnu fazu psihoseksualnog razvoja. Simptomi koji se javljaju su rezultat borbe između ida i obrambenih mehanizama ega, gdje nekad prevlada id, a nekad obrambeni mehanizmi. Obrambeni mehanizmi koji se najčešće koriste su izolacija, ponište- nje i reaktivna formacija.

Socijalni čimbenici

U ove čimbenike spadaju: odgojni sti- lovi s prekomjernim naglaskom na od- govornost i perfekcionizam te čvrsta moralna formacija s nefleksibilnim razli- kovanjem između onoga što je ispravno i onoga što nije ispravno. Pojava odre- đenih stresnih životnih događaja kod ranjivih ljudi može potaknuti početak bolesti. Ti događaji mogu biti gubitak voljene osobe, preseljenje, odlazak u drugi grad na studij, vojna služba, novi posao ili gubitak posla, itd. (4).

Opsesivno-kompulzivni poremećaj kod djece i adolescenata

Prvi simptomi OKP-a obično se javljaju od devete do trinaeste godine, ali neki od simptoma mogu se javiti i u ranoj dječjoj dobi. Kod djece je znatno teže razgraničiti OKP-a od normalnih razvojnih ponašanja, jer je normalno i očekivano da djeca ima- ju rituale i ideje, da njihove misli i pona- šanja izazivaju određene događaje. Važna razlika može biti i to da dok se odrasli s OKP-m samostalno (pa i prikriveno) bave opsesijama i kompulzijama, djeca i ado- lescenti češće uvlače druge ljude u svoje rituale. Oni, na primjer, traže da ih prijate- lji stalno zovu, da im roditelji pripremaju hranu i peru rublje na određeni način i sl. Također, djeci i adolescentima je jako važno mišljenje roditelja i drugih važnih osoba u njihovoj okolini, pa mogu stalno provjeravati jesu li uradili nešto loše i jesu li drugi ljuti na njih.

Dobar odnos s drugima i dobivanje nji- hove podrške posebno je važno tijekom adolescencije, pa se tada i najviše strahu- je od podsmijeha i simptomi se prikriva- ju. Ovo povećava anksioznost i dodatno

opterećuje. U strahu da ne urade nešto sramotno i društveno neprihvatljivo adolescenti s OKP-m često izbjegavaju usmeno odgovaranje, izlaske i druženja.

Među prisilama koje dijete s OKP-a može razviti su:

- opterećenost čistoćom, stalna potreba za pranjem, kupanjem, tuširanjem ili promjenom odjeće,
- rituali ili potreba za pomicanjem ili dodirivanjem dijelova tijela na određeni način ili postizanjem simetrije u pokretima,
- potreba ponavljanja riječi ili brojanja kako se loše stvari ne bi dogodile,
- potreba za osiguranjem od roditelja, učitelja ili drugih,
- izbjegavanje situacija u kojima dijete misli da se "nešto loše" može dogoditi,
- psovke.

Ponašanja koja bi mogla ukazivati na to da dijete ima OKP uključuju:

- strah od nečistoća, bakterija, strah od dodirivanja površina,
- sumnja u sigurnost, uključujući primjerice zaključana vrata ili zatvoren prozor ili jesu li isključeni kućanski uređaji,
- preokupacija predstavljanjem, izgledom i organizacijom, na primjer izgledom domaće zadaće ili simetričnom rasporedu predmeta, odjeće ili hrane,
- anksioznost zbog slučajnog ozljeđivanja roditelja, brata ili prijatelja,
- pretpostavka da će se loše stvari dogoditi ako se naizgled nepovezana ponašanja izvode ili ne izvode (kao što su određeni broj koraka, preskakanje pukotina na pločniku ili dodirivanje nečeg određeni broj puta).

Komorbiditet

Kod OKP-a u ranom djetinjstvu, prisutni su tikovi, poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (ADHD), generalizirani anksiozni poremećaj, separacijska anksioznost (40%), socijalna fobija (30%) i depresija (5). Kod odrasle osobe depresija i drugi anksiozni poremećaji prisutni su u 50% oboljelih.

Liječenje

Iako OKP-a nije teško prepoznati, ponekad prođe dosta vremena do traženja liječničke pomoći. Roditelji mogu tolerirati ponašanje kako bi izbjegli poteškoće s djetetom i konačno tražiti pomoć kada ponašanje značajno ometa funkcioniranje obiteljskog života.

Farmakološki tretman uključuje lijekove iz skupine antidepresiva, koji su se pokazali učinkovitim u reduciranju simptoma opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Danas se najčešće koriste inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI). Teški i refraktorni slučajevi liječe se još i antipsihoticima, elektrokonvulzivnom terapijom, te kada ostali tretmani ne pomažu i neurokirurškim postupcima.

Psihoterapijski pristup koji se pokazao najefektivnijim jest kognitivno-bihevioralna terapija. Cilj je otklanjanje opsesivno-kompulzivnih simptoma, kao i sprječavanje poteškoća u socijalnom životu djeteta ili adolescenta. Kognitivno-bihevioralna terapija uključuje sljedeće tehnike:

- Izlaganje: dijete ili osoba se, nakon relaksacije, namjerno izlaže situacijama koje izazivaju anksioznost i potiču kompulzije, nakon čega se treba suzdržati od uobičajene kompulzivne radnje ili rituala. Pacijent na taj način uviđa da je došlo do redukcije anksioznosti unatoč tome što nije izvršio radnju.

- Kognitivno restrukturiranje: mijenjanje krivih uvjerenja, katastrofičnog načina razmišljanja i naglašenog osjećaja odgovornosti što je karakteristično za osobe s OKP-om.

- Tehnike relaksacije.

Na kraju se preporuča **psihosocijalni tretman** za roditelje i oboljelog, koji ima cilj pružanje potpore osobi s OKP-om i njegovoj obitelji (psihoedukacija, sudjelovanje u grupama podrške itd.).

Zaključak

Opsesivno-kompulzivni poremećaj djece i adolescenata je vrlo složena bolest, koja liječnicima ne predstavlja dijagnostički problem, ali često puta roditelji zatraže stručnu pomoć dosta vremena nakon pojave prvih simptoma, što utječe na tijek liječenja i prognozu bolesti.

Literatura

1. Frances A, Pincus HA, First M. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV: međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Jastebarsko: Naklada Slap, 1996.
2. Browne HA, Gair SL, Scharf JM, Grice DE. Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2014;27(3):319-335. Dostupno na URL adresi https://www.nimhgenetics.org/available_data/ocd/. Datum pristupa informaciji 11.10.2018.
3. Bojanić M, Čulo I, Ivaniš A, Maravić A, Topić J i Hotujac LJ. Obuzeto-prisilni poremećaj. *Soc. psihijat* 2013;41:123-127. Dostupno na URL adresi https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=164032 Datum pristupa informaciji 22.10.2018.
4. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996;34(5-6):433-446. Dostupno na URL adresi <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8687365> Datum pristupa informaciji 11.10.2018.
5. Fernandez Aldana M. Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. Dostupno na URL adresi <https://campus.autismodiario.org/wp-content/uploads/2016/12/Particularidades-de-trastornos-de-ansiedad-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes.pdf> Datum pristupa informaciji 11.10.2018.

RAD CENTRA ZA DOBROVOLNO SAVJETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI 2005. – 2018. GODINE



mr. Marija Mašanović
dr. med. spec. javnog zdravstva

Zavod za javno zdravstvo
Dubrovačko-neretvanske županije

CRO AIDS ZNANJE POBJEĐUJE

U svijetu danas živi preko 36,9 milijuna ljudi zaraženih virusom humane imunodeficijencije (HIV) od čega 25% ne znaju da su HIV pozitivni. Troje od petero osoba koje žive s HIV-om uzimaju antiretrovirusnu terapiju (ART), a samo 47% onih koji su na ART imaju nemjerljivu razinu virusa u krvi (1).

Posljednjih se godina u Hrvatskoj prosječno godišnje bilježi oko 100 novodijagnosticiranih slučajeva infekcije HIV-om, što stopom od 2,3 na 100.000 stanovnika Hrvatsku svrstava među zemlje s niskom učestalošću infekcije HIV-om (6,2 na 100.000 je prosjek za zemlje EU/EEA u 2017. godini) (2) dok se u našoj županiji u prosjeku godišnje dijagnosticira jedna osoba. Rizik zaražavanja HIV-om ovisi o načinu ekspozicije, a najveći je

Tablica 1. Rizik za stjecanje infekcije ovisno o načinu ekspozicije virusu

Način ekspozicije		Rizik na 10.000 ekspozicija HIV+ izvoru
Izlaganje zaraženoj krvi	Transfuzije krvi	9000 (9/10)
	Dijeljenje intravenskog pribora	67 (1/150)
	Perkutani ubod na iglu	23 (1/435)
	Ekspozicija mukoznih membrana (npr. prskanje krvi u oko)	10 (1/1000)
Spolni odnos	Receptivni analni odnos	138 (1/72)
	Insertivni analni odnos	11 (1/900)
	Receptivni penilno-vaginalni odnos	8 (1/1250)
	Insertivni penilno-vaginalni odnos	4 (1/2500)
	Receptivni ili insertivni penilno-oralni odnos	0-4
Ostalo	Ugriz, pljuvanje, dodir s drugim tjelesnim tekućinama (slina itd.)	Zanemarivo

Izvor: Lepur D, Đaković Rode O, Skuhala T, Stemberger Marić L i Škerk V. Infektologija. U: Infekcije u imunokompromitiranih bolesnika. HIV bolest. Tablica XII-10. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2019: 318.

prilikom transfuzije krvi te receptivnim analnim odnosom (tablica 1). Kontakt zaražene krvi s intaktnom kožom ne nosi rizik za stjecanje infekcije. Slina, sekret iz nosa, znoj, sputum, urin ili povraćeni sadržaj ne smatraju se infektivnim ako nisu zakrvavljeni (3). Najčešći put prijenosa u Hrvatskoj je i dalje nezaštićeni spolni odnos (posebno u populaciji muškaraca koji imaju spolne odnose s drugim muškarcima - MSM).

Epidemija HIV-a u svijetu se drži pod kontrolom smanjivanjem rizičnih ponašanja, ranijim otkrivanjem bolesti, pravovremenim liječenjem i držanjem viremije u krvi oboljelih osoba na nemjerljivoj razini.

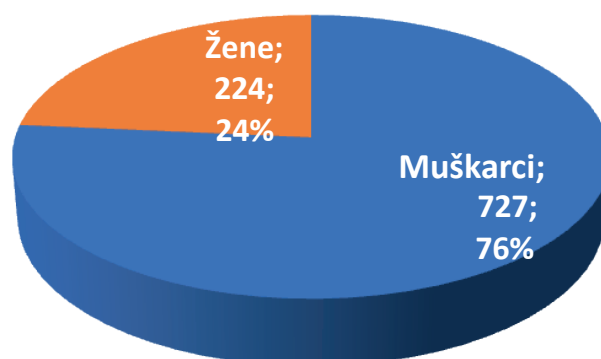
Tako je UNAIDS predstavio cilj završetka HIV epidemije do 2020. godine pod sloganom 90-90-90 (90% svih osoba koji žive s HIV-om znat će svoj HIV status, 90% osoba oboljelih od HIV-a primat će kontinuiranu ART, 90% osoba koje uzimaju ART postići će virusnu supresiju) (1).

U Hrvatskoj je liječenje ove zaraze ART-om (koja je od 1997. godine dostupna i besplatna za pacijente odnosno troškove pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje) prema parametrima preživljenja i zadržavanja u skrbi dobro

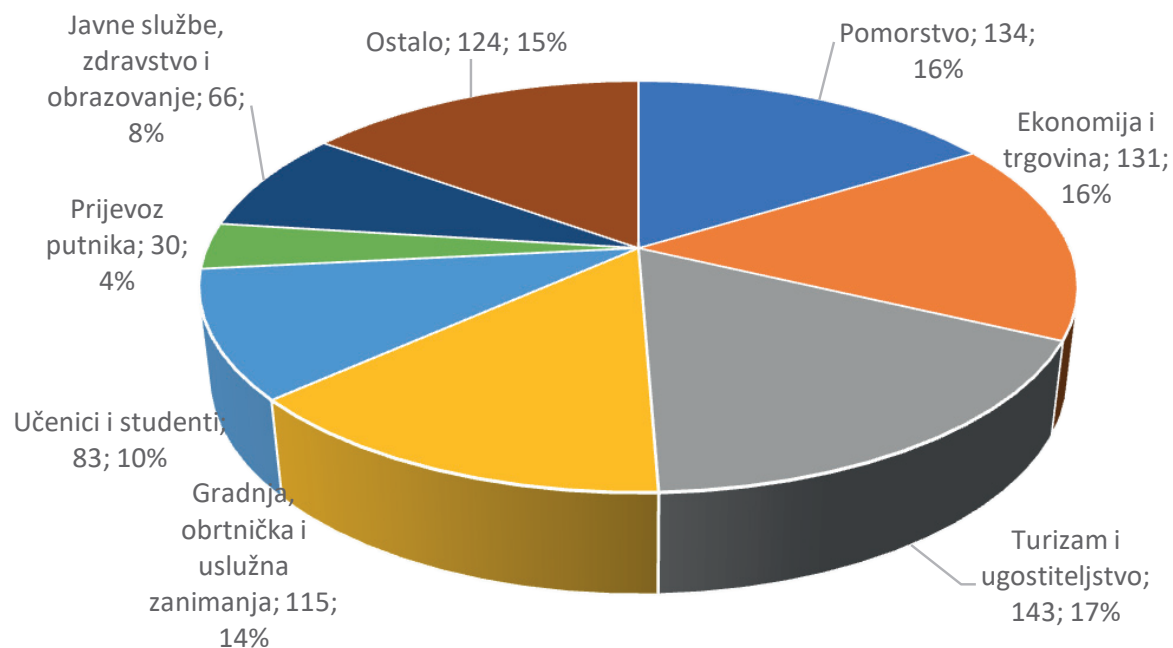
i uspješno, čime se poboljšava prognoza i kvaliteta života oboljelih te pomaže u sprečavanju širenja infekcije HIV-om. Važan doprinos smanjenju širenja infekcije HIV-om u Hrvatskoj je vrlo veliki udio osoba kojima je dijagnosticirana infekcija HIV-om koji primaju skrb i liječenje. Oko 98 posto osoba koje žive s HIV-om u Hrvatskoj primaju antiretrovirusne lijekove (2).

Centar za dobrovoljno savjetovanje i testiranje na HIV (HIV savjetovalište) u sklopu županijskog zavoda za javno zdravstvo predstavlja važan segment

rada u ranijem otkrivanju bolesti i temelji se na načelima: anonimno, besplatno i dobrovoljno. U Hrvatskoj se njegovo osnivanje vezuje uz 1. kolovoza 2003. kada je započela realizacija projekta pod nazivom „Unapređivanje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj“, koju je provodilo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH, uz financijsku potporu Globalnog fonda za borbu protiv HIV/AIDS-a, tuberkuloze i malarije. Projekt je trajao od 2003. do 2006. godine nakon čega financiranje daljnjeg rada preuzima Ministarstvo zdravstva



Slika 1. Korisnici HIV savjetovališta prema spolnoj strukturi 2005. - 2018. godine



Slika 2. Najčešće djelatnosti prema zanimanjima korisnika HIV savjetovišta 2005. - 2018. godine

RH. U Dubrovačko-neretvanskoj županiji savjetovište počinje s radom u rujnu 2005. godine. U ovom radu su prikazane karakteristike korisnika HIV savjetovišta u Dubrovniku, a materijali su podaci iz anketnih upitnika koji se popunjavaju prilikom dolaska u savjetovište.

Rezultati

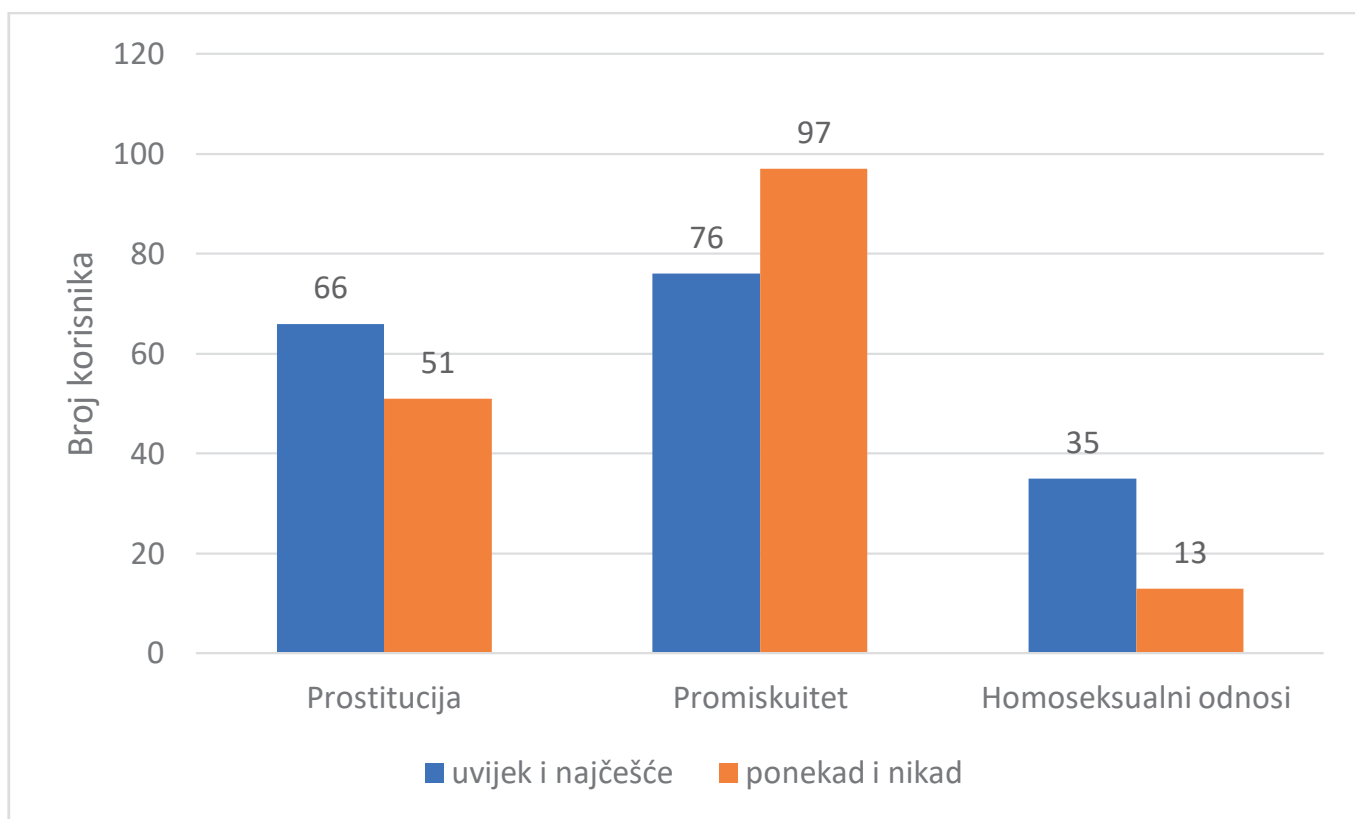
U HIV savjetovištu od 1. rujna 2005. do 31. prosinca 2018. zabilježeno je 953 korisnika. Usluge savjetovišta

pružane su na tri lokacije u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (Dubrovnik, Korčula do 2013. i zatvor u Dubrovniku od 2010. godine). Najveći udio korisnika bio je muškog spola (76,5%) (slika 1), prema starosti u dobnoj skupini 18-29 godina (53,0%), koji žive u gradu (68,6%). Najčešća djelatnost iz koje dolaze korisnici su turizam i ugostiteljstvo, pomorstvo, ekonomija i trgovina (slika 2), a najčešće zanimanje je pomorac (120; 14,53%), student/ica (68; 8,23%) i konobar/ica (36; 4,36%).

Najčešći razlog dolaska je spolni odnos bez zaštite (89,4%) i većini ispitanika nije trebalo upućivanje na dodatnu pomoć ili liječenje (82%). Neobvezni dio upitnika ispunilo je 87,70% korisnika. Ispitanici su za uslugu HIV savjetovišta najčešće saznali preko medija (278 osoba; 33,33%) – mahom interneta, a svoj bračni/intimni status najčešće opisuju kao samac (43,2%). Prema spolnoj orijentaciji heteroseksualni status iskazala je 761 osoba, homoseksualni 29 osoba i biseksualni 29 osoba (tablica 2).

Tablica 2. Seksualna opredjeljenost korisnika HIV savjetovišta prema dobnim skupinama od 2005. – 2018. g

Dobne skupine	SEKSUALNA OPREDJELJENOST		
	Sklonost prema suprotnom spolu	Sklonost prema istom spolu	Podjednaka sklonost prema oba spola
18-29 g.	392	21	21
30-39 g.	263	5	5
40-49 g.	61	3	1
50 i više g.	45	0	2
UKUPNO	761	29	29

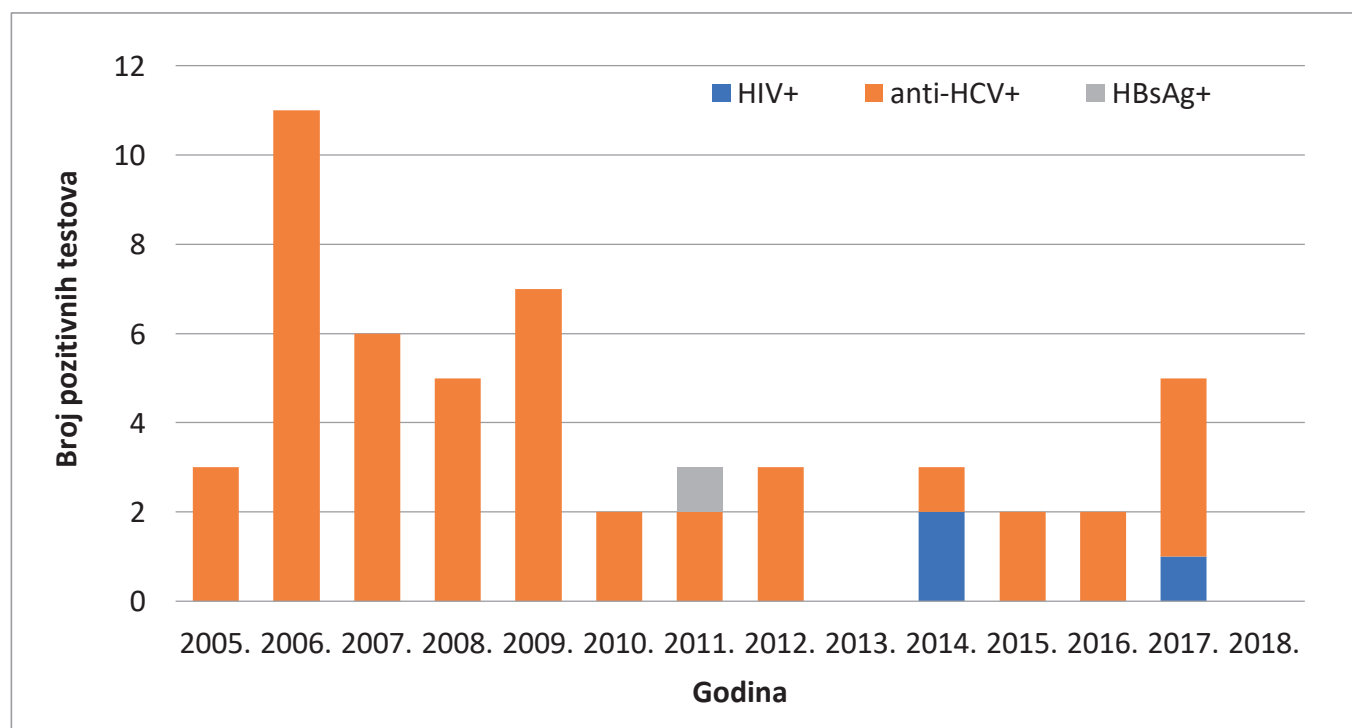


Slika 3. Korištenje kondoma izvan trajne veze prema rizičnom ponašanju korisnika HIV savjetovališta 2005. – 2018. godine

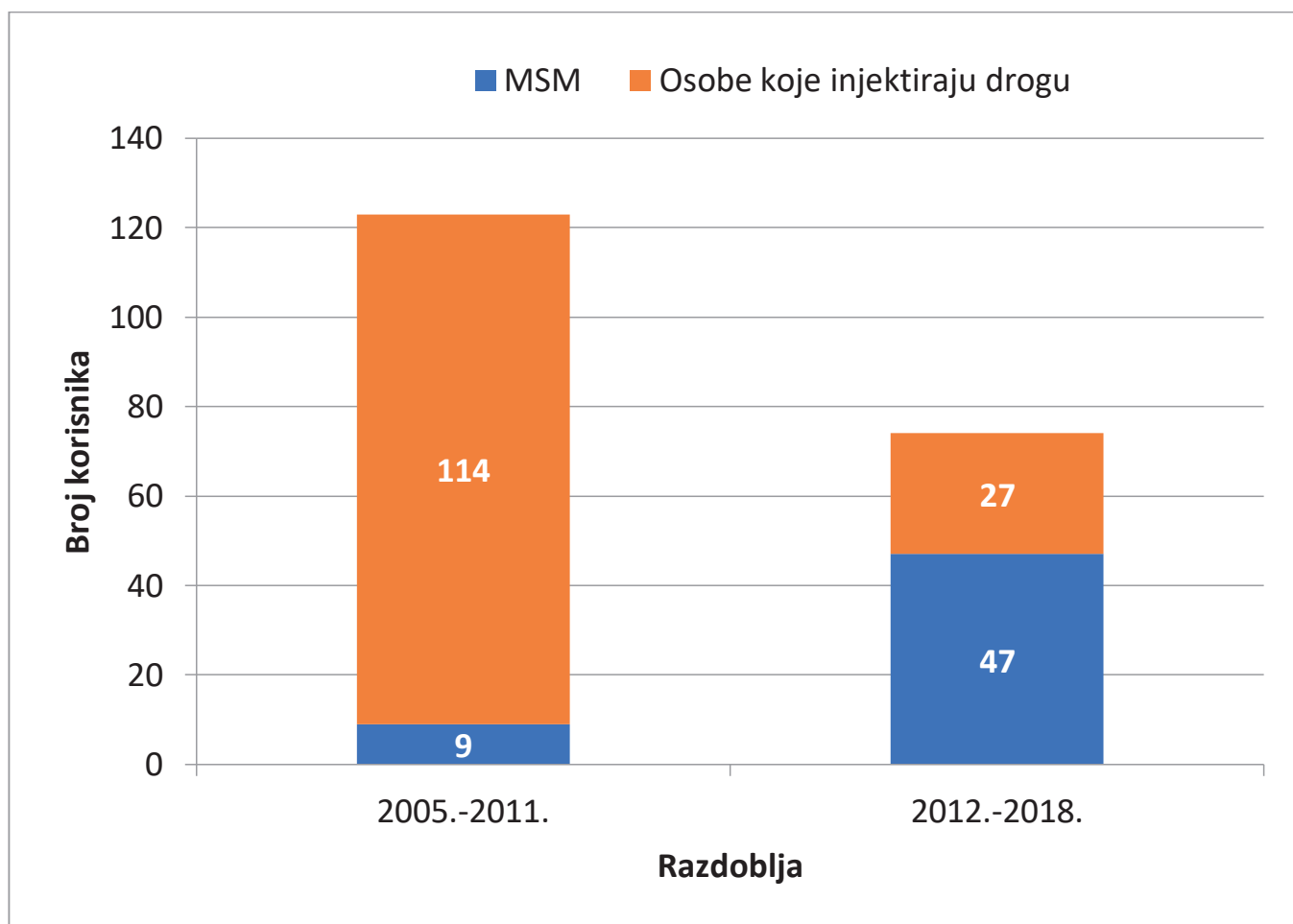
U posljednjih godinu dana, u prosjeku je svaki korisnik imao 3,7 spolnih partnera, od čega ih je 2,8 bilo izvan trajne veze. Kondome nikad ne koristi u trajnoj vezi 51,8%, a izvan trajne veze 17,6% korisnika. Korisnici koji su naveli

promiskuitet kao rizično ponašanje navode da kondome koriste ponekad i nikad izvan trajnih veza što je više u odnosu na one koji su naveli homoseksualne odnose i prostituciju (slika 3).

Tijekom rada HIV savjetovališta, tri korisnika bila su pozitivna na HIV (sva trojica su bili MSM), 48 ih je bilo pozitivno na anti-HCV, jedan HBsAg pozitivan dok na sifilis nitko nije bio pozitivan (slika 4). Broj korisnika koji su bilo kada intraven-



Slika 4. Broj pozitivnih testova korisnika HIV savjetovališta 2005. - 2018. godine.



Slika 5. Broj korisnika HIV savjetovališta s rizičnim ponašanjem prema razdobljima

ski koristili droge se značajno smanjio tijekom godina, dok je broj MSM osoba porastao (slika 5). Razlog tome je provođenje testiranja za osobe s ovisnošću u Odjelu za mentalno zdravlje u sklopu Službe za promicanje zdravlja Zavoda za javno zdravstvo DNŽ.

Zaključak

U razdoblju 2005. – 2018. prosječan godišnji broj korisnika bio je 71,3. Broj korisnika koji su bilo kada intravenski koristili droge se značajno smanjio tijekom godina, dok je broj MSM osoba porastao. Korisnici koji su promiskuitet naveli kao rizično ponašanje i prakticirali spolne odnose izvan trajne veze, kondome koriste manje od onih korisnika koji su prakticirali odnose izvan trajne veze, a kao rizično ponašanje naveli prostituciju i homoseksualne kontakte. U savjetodavnom razgovoru posebno treba skrenuti pozornost kako pravilno i redovito korištenje kondoma izvan

trajnih veza je najbolja zaštita od HIV-a i ostalih spolno prenosivih bolesti. Zadovoljava i podatak da u HIV savjetovališta dolazi sve veći broj MSM korisnika, a upravo je iz ove skupine najveći broj novootkrivenih HIV infekcija u Hrvatskoj posljednjih godina.

Ovaj rad je prikazan u obliku poster prezentacije na 11. Hrvatskom kongresu urogenitalnih i spolno prenosivih infekcija s međunarodnim sudjelovanjem u Opatiji 10.-12.05.2019. godine, osvojio je drugo mjesto i knjigu Priče iz šume Striborove, autora fitoterapeuta Stribora Markovića.

Literatura

1. UNAIDS 90-90-90. Datum pristupa 15.05.2019. Dostupno na: <https://www.unaids.org/en/resources/909090>
2. Epidemiologija AIDS-a i infekcije HIV-om u Hrvatskoj u 2018. godini. Datum pristupa 15.05.2019. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/epidemiologija-aids-a-i-infekcije-hiv-om-u-hrvatskoj-u-2018-godini/>
3. Lepur D, Đaković Rode O, Skuhala T, Stemberger Marić L i Škerk V. Infektologija. U: Infekcije u imunokompromitiranih bolesnika. HIV bolest. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2019: 314-19.

POPUSTLJIVI ODGOJ

Tanja Rončević
dipl. psiholog

Oš Lapad, Dubrovnik

Odgaj je presudan za razvoj ličnosti svakog djeteta i jedan je od najkompleksnijih i najvažnijih zadataka svakog roditelja. Procesom odgoja prenose se uvjerenja i vrijednosti te formiraju stavovi, navike i ponašanja koja definiraju našu osobnost. U tom procesu roditelji koriste različite odgojne stilove.

Odgajni stil roditelja je način na koji roditelji odgajaju svoje dijete, a uključuje skup svih stavova, načela, ponašanja, te emocionalne klime u kojoj dijete odrasta. Ključne su dvije dimenzije odgoja koje definiraju razlike u stilu odgoja djece. To su toplina, ljubav, privrženost, podrška s jedne strane te kontrola, zahtjevi i očekivanja od djece s druge strane. Prema različitom udjelu tih dvi-

ju okosnica odgoja oblikuju se različiti odgojni stilovi od kojih svaki na svoj način utječu na razvoj djetetove ličnosti.

Vrste roditeljskih stilova odgoja:

- autoritaran
- demokratski
- popustljivi
- ravnodušni stil odgoja.

Autoritarni, strogi odgoj obilježava malo topline, a puno kontrole od strane roditelja. Roditelji imaju velike zahtjeve prema djeci, strogo nadziru njihovo ponašanje, postavljaju krute granice i pravila, a disciplinu postižu prijetnjom i kaznom. Zahtijeva se apsolutna poslušnost, poštovanje roditelja i tradicije, dijete se često kritizira, zastrašuje i posramljuje. Komunikacija je najčešće

jednosmjerna od roditelja prema djetetu. Česte su kritike, prosudbe i usporedbe, a malo je topline i ohrabrenja. Djeca koja žive u ovakvom okruženju često su: povučena, nevesela, bojažljiva, bez spontanosti, nesigurna, djevojčice su pasivne, a dječaci agresivni.

Demokratski, dosljedan odgoj obilježava ravnotežu između primjerene topline s jedne i roditeljske kontrole s druge strane. Roditelji postavljaju zahtjeve primjerene dobi i sposobnosti djeteta ili nešto iznad toga uz puno topline, brige i potpore. Nadzor postižu postavljajući jasne granice djetetove slobode i istih se dosljedno pridržavaju. Komunikacija je dvosmjerna uz objašnjavanje i dogovaranje („pregovaranje“). Za demokratski odgoj možemo reći da je usklađen



odnos ljubavi, odgovornosti i discipline. Djeca koja žive u takvom okruženju često su: spontana i slobodna u izražavanju emocija i mišljenja, samopouzdana, imaju sposobnost samokontrole, motivirana su za rad i postizanje uspjeha, društvena su i odgovorna.

Popustljiv stil odgoja obilježava odgojni stil koji uključuje *puno pohvala i topline, ali malo kontrole. Roditelji iskazuju veliku toplinu i potporu, jako su usmjereni na dijete, te udovoljavaju svakom djetetovom zahtjevu. Zauzvrat imaju male ili nikakve zahtjeve od djece i slabu kontrolu. Roditelji su vrlo popustljivi a djeca mogu raditi što žele. Ovakav odgojni stil ne razvija odgovornost kod djece. Djeca popustljivih roditelja često su razmažena i impulzivna, ali i nesigurna. Sklona su agresiji ako ne dobiju ono što žele, nesnalažljiva su u granicama prema sebi i drugima. U adolescenciji su sklonija razvoju ovisnosti.*

Ravnodušni, stihijski, nezainteresirani stil odgoja obilježen je nedostatkom brige i kontrole. Roditelji imaju male zahtjeve prema djeci i istovremeno znatno smanjenu kontrolu i nadzor nad djetetom. Rijetko iskazuju toplinu i potporu. Zaokupljeni su sami sobom, nemaju vremena ili snage baviti se djecom (uvijek imaju „važnijih“ poslova), izbjegavaju dvosmjernu komunikaciju. Djeca indiferentnih roditelja često su: promjenljivog raspoloženja, nemaju kontrolu nad svojim ponašanjem, ne zanima ih škola, ne motivira ih uspjeh, skloni bijegu u ovisnost i delinkvenciju.

U većini obitelji nema čistog odgojnog stila. Svaki od roditelja može kombinirati različite odgojne stilove, a pri tom roditelji mogu biti usklađeni ili neusklađeni, što sve zajedno sam odgoj čini još kompleksnijim. Unatoč tome kroz povijest su uvijek postojali određeni trendovi roditeljskog odgoja. U zadnje vrijeme svjedoci smo velike zastupljenosti popustljivog odgojnog stila s posljedicama kojima, nažalost, vrlo često svjedočimo. Toj temi je poznati američki dječji psihijatar dr. Robert Show posvetio knjigu znakovitog naslova: Epidemija popustljivog odgoja (1). Naslov je odgovor na pitanje koje je često postavljao: “Zašto

su djeca nevesela, nezadovoljna, sebična, te kako im pomoći?” Odgovor je ukratko sažeo: “Mi odrasli smo zaboravili što djeci zapravo treba kako bi odrasli u sretno i odgovorne ljude. Došao sam do zaključka da smo se kao roditelji postupno pomirili s odgojnim postupcima koji su recept za katastrofu.”

Rezultat popustljivog odgoja su djeca koja su odgojena da uzimaju, a ne daju nešto zauzvrat, ne dijele s drugima, koja posjeduju, a nikad ne cijene vrijednost toga što imaju. Svoju vrijednost pronalaze u posjedovanju brendiranih i skupih stvari. Djeca odgojena popustljivim odgojnim stilom odbijaju poštivanje bilo kakvog reda, zahtijevaju ispunjavanje svakog zahtjeva, žele se stalno zabavljati (TV, PC, igrice, društvene mreže). U adolescenciji traže sredstva koja će im pružiti ugodu; skloni su eksperimentiranju i konzumiranju raznih sredstava ovisnosti, igranju igara na sreću i nekontroliranim izlascima. Roditelji su najčešće nemoćni. Ova djeca su potpuno preuzela kontrolu u obiteljima.

Ponašanje djece prema **vršnjacima karakterizira** odsustvo empatije (ravnodušnost prema tuđim osjećajima), emocionalna nezrelost, bitno smanjena samokontrola. Egocentričnost i isforsirani narcizam, a nedostatak socijalnih vještina komunikacije rezultiraju prelaskom u virtualna „druženja“ koja se baziraju na samopromociji i težnji za divljenjem („lajkovi“).

U **školi imaju problema s** učenjem. Učenje im ometa: nedostatak pažnje, nezainteresiranost, ponašanje koje nalikuje poremećaju pažnje s hiperaktivnošću, ali je često samo opravdanje za loše ponašanje. Odnos prema odraslima je preziran, prkosan posebno prema autoritetima. Na ograničenja i zahtjeve reagiraju impulzivnošću, agresijom i/ili plačljivošću. Sve manje uče jer je potreban trud i napor, pa je rezultat slabije znanje, a traže se samo odlične ocjena.

Otkud to sve?

Tijekom prvog i najvažnijeg kontakta majke i djeteta - razvija se **privrženost** “intenzivni osjećaj ljubavi, odanosti i prisnosti”. Povezanost s majkom temelj

je osjećaja sigurnosti djeteta, prihvaćanja sebe i ostatka svijeta. Primajući ljubav, dijete uči kako će je kasnije davati drugima. Ako je taj odnos neadekvatan, dijete ne može razviti emocionalnu cjelovitost i istinsku povezanost s drugim ljudima. Primjerice, **novorođenče** treba stalnu skrb roditelja/majke i hranjenje na zahtjev - tako nastaje privrženost i sigurnost da je majka uvijek spremna zadovoljiti njegove potrebe. U kasnijoj dobi dijete ne treba takvu intenzivnu skrb. Ako svaki put čim pokaže **neki oblik nelagode** dobije punu pažnju i skrb, dijete se navikava da će se uvijek netko pobrinuti da ga **brzo riješi nelagode**.

Dugoročno gledano to mu postaje apsolutni neodgodivi imperativ u životu. Dijete odrasta u uvjerenju i navici da mora neprekidno biti zadovoljno, uvijek dobiti što hoće, roditelji su **uvijek** na raspolaganju za **zadovoljenje njegovih potreba** i uklanjanje patnje. Kad roditelji popuštaju djetetu u namjeri da ga smire i udobrovolje, ono razvija **sve veću potrebu** za tim. Još važnije, pri tom **ne uči** nositi se sa svojim frustracijama ako ne dobije što želi i kako može **samo sebe postupno zabaviti i smiriti**. Ako ne dobiva što želi, manifestira ljutnju i prkos, što postaje uspješan način da roditelji postanu **još popustljiviji**. Razvija uvjerenje: „Što se ja gore ponašam, vjerojatnije je da će roditelji popustiti!“

Dijete stječe lažni osjećaj da je ono odraslo (ravnopravno ili čak dominantno odraslima), a u stvari je emocionalno nezrelo.

Koje su kasnije posljedice?

Takva djeca već u ranom djetinjstvu preuzimaju kontrolu nad roditeljima koju više nikad (samoinicijativno) ne ispuštaju i žele je proširiti na ostatak svijeta. Stječu opasnu iluziju da su moćniji od roditelja (pa i drugih ljudi), te da oni kontroliraju odrasle. Utoliko će im teže biti kad shvate da nisu centar svijeta, te da i drugi žele takav status. To izaziva ogromnu ljutnju kod ove djece i nastojanje da na nasilan način ponovo ovladaju situacijom - da pokažu tko je glavni!

Očekivanje i stav djeteta je da rodite-

liji trebaju biti na raspolaganju uvijek i ispunjavati njegove zahtjeve, da su njegove potrebe uvijek ispred potreba roditelja i obitelji, zabava je jedini prihvatljivi način provođenja vremena, svatko i sve što to ometa treba biti napadnut verbalno ili fizički i otklonjen. Odnosi između roditelja i djece postaju potpuno poremećeni. Pokloni služe za podmićivanje, umirivanje ili ucjene da bi se dijete ponašalo na željeni način. Dijete je naučilo da je inačenje dobar način da iznudi željene stvari. To postaje najčešći oblik komunikacije s roditeljima. Te stvari prihvaća kao zamjenu za ljubav! Pri tom se osjeća usamljeno i napušteno. U takvom odnosu ne nalazi zadovoljstvo - "ono je samo istjeralo svoje"!

Zašto to roditelji rade?

Žele svojoj djeci pružiti **slobodu i stvari** koje su njima bile uskraćene. Ponose se s tim, osjećaju se uspješni (prestiz). Ponašaju se prema svojoj djeci onako kako su htjeli da njihovi roditelji postupaju prema njima. Cilj im je neprekidno zadovoljno dijete.

Popustljivost je **zamjena** za ljubav i pažnju ili osjećaj krivnje za vrijeme koje ne provode s djecom. Mladi roditelji su previše zauzeti i opterećeni poslom, bračnim odnosima, egzistencijalnim problemima, kućanskim poslovima, a naravno da žele vrijeme i za sebe. Kasnije se zbog osjećaja krivice žele iskupiti kod djeteta, pa postaju popustljivi. Pod utjecajem raznih široko dostupnih natpisa, javlja se strah kod roditelja da će nametanje ograničenja uništiti djetetov razvoj, ali **sloboda bez kontrole je štetna za dijete**. Isto tako javlja se zabrinutost da bi ih netko mogao ocijeniti kao pretjerano stroge (socijalni pritisak okoline zahvaćene epidemijom).

Nesigurni, tjeskobni roditelji ne prihvaćaju odgovornost za odgoj svog djeteta. Ne razumiju zašto su njihova djeca teška i kako na to djeluje njihov odgoj. Imaju uvjerenje da i malo dijete ima jednaka prava u odlučivanju u obitelji. To negira istinitost situacije o ulogama roditelja i djeteta, zbunjuje dijete i opterećuje ga da odlučuje i donosi odluke koje su neprilagođene dječjem uzrastu. Prisutan je i strah od uspostave roditelj-

skog autoriteta. Roditelji pokušavaju biti prijatelji s djecom. To čak ide do bojazni roditelja da bi zbog strogog odgoja izgubili prijateljstvo djeteta, primjerice izjava jedne majke kad je savjetovana disciplinirati dijete: "Neću se ja zamjerati svom djetetu!!" (Ironija: djeca roditelje zbog toga sve manje poštuju).

Djeca trebaju roditelje da ih uče postavljanju granica, pravila, odgovornosti, ispravnosti što smiju, a što ne. To djetetu daje osjećaj sigurnosti i stabilnosti u obitelji, te omogućava zdrav razvoj. Nasuprot tome **utvrđena je veza između popustljivog odgoja i poremećaja u spavanju i prehrani, te dječje depresivnosti**.

Kako okolina djeluje na popustljivi odgoj?

Okolina podržava popustljivi odgoj: discipliniranje djece se smatra zastarjelim metodom. Osim toga odgoj djece se prebacuje na institucije, a od roditelja se očekuje da što više rade. Kroz TV emisije i druge medije se promiču vrijednosti koje podilaze djeci, forsiraju zabavu i iskrivljene vrijednosti. Mediji i virtualni svijet nisu nadomjestak obitelji i prijatelja. Dr. R. Show u svojoj knjizi kaže: "Roditelji se masovno žale i neprekidno brinu zbog učinka medija na djecu, ali većina njih nije spremna, ili se boji - isključiti ih!"

Za kraj on preporučuje roditeljima:

„Zdrav razum i intuicija će biti vaše najbolje oruđe. Pored sebe imate stručnjaka za roditeljstvo koji vam svaki dan pokazuje rezultate onoga što činite: vaše dijete. Vi samo trebate uložiti svoje vrijeme i kreativnu energiju da to prepoznate.“

Literatura

1. Show R. Epidemija popustljivog odgoja, VBZ Zagreb, 2010.

LASIK - METODA LASERSKE KOREKCIJE REFRAKTIVNE ANOMALIJE





Refrakcijske anomalije označavaju greške u lomu svjetlosnih zraka koje ulaze u oko. Kod normalnog ili emetropnog oka sve zrake svjetlosti ulaze u oko lome i fokusiraju se točno na mrežnici oka. Kod ametropnih očiju fokus se nalazi ispred, iza ili u više fokusa na mrežnici oka te govorimo o kratkovidnosti, dalekovidnosti ili astigmatizmu (1). U posljednjim desetljećima postoji značajan porast refrakcijskih grešaka te se posljedično javljaju i novi načini liječenja. Uz dioptrijske naočale i kontaktne leće refraktivna kirurgija sve više zauzima svoje mjesto.

Cilj ovog teksta je edukacija i prikaz nove metode i mogućnosti liječenja refrakcijske greške koju pacijent može izabrati kako bi unaprijedio svoje zdravlje i funkcionalnu sposobnost do u duboku starost.

LASIK (*laser-assisted in situ keratomileusis*) kao nova metoda liječenja ima za cilj poboljšati zdravlje ljudi, njihov svakodnevni život, te olakšati im svakodnevno funkcioniranje bez dioptrijskih naočala ili kontaktnih leća. Razvoj laserske tehnologije omogućio je razvoj jedne posve nove grane oftalmologije poznate kao laserska refraktivna kirurgija. Cilj joj je omogućiti lasersko modeliranje rožnice te posljedično mijenjanje njene refrakcijske mogućnosti. LASIK predstavlja suvremenu metodu laserske refraktivne kirurgije koja ima za cilj korekciju kratkovidnosti, dalekovidnosti i astigmatizma. Pionir refrakcijske kirurgije Jose Barraquer 1950. godine izumio je mikrokeratom i uveo pojam keratomileuza koja ima za cilj mijenjanje oblika rožnice i posljedično korekciju refrakcijske anomalije.

Prvi patent za LASIK odobren je 1989. godine A. G. Peymanu pod nazivom "Metoda mijenjanja zakrivljenosti rožnice". Nakon toga LASIK je vrlo brzo postao popularan zbog svoje preciznosti i niže učestalosti komplikacija u usporedbi s dotadašnjim tehnikama refraktivne kirurgije. Nakon opsežnih studija o sigurnosti i efikasnosti LASIK-a provedenog od strane skupine oftalmologa, na čelu s dr. S. Schallhornom, 2007. godine odobrena je primjena LASIKA-a kod pilota i astronauta (2-4).

Helena Kaštelan
dr. med. spec. oftalmologije

Opća bolnica Dubrovnik

Vedrana Iveta
dipl. med. techn.

Dom zdravlja Dubrovnik

Indikacije i kontraindikacije

LASIK je zbog svoje dostupnosti, sigurnosti i brzog oporavka pacijenta najčešća metoda izbora u korekciji refrakcijskih anomalija. Usavršavanje lasera omogućuje široku primjenu LASIKA-a i prevenciju komplikacija. Refrakcijske anomalije: kratkovidnost (do -12.0 dsph), dalekovidnost (do +4.0 dsph), astigmatizam (do +5.0 dsph) predstavljaju najčešću indikaciju za LASIK (5).

Česta indikacija je intolerancija kontaktnih leća, životni stil ili uvjeti rada u kojima je bitan periferni vid koji je bitno sužen nošenjem naočala (sportaši, glumci, vatrogasci, policajci), te uvjeti rada u kojima postoje visoki zahtjevi vidne oštine (npr. piloti). Zadovoljavajući kandidat za refrakcijsku kirurgiju mora, međutim, ispunjavati nekoliko uvjeta: mora biti stariji od 18 godina, refrakcijski status mora biti stabilan najmanje godinu dana, mora imati realna očekivanja o rezultatima refrakcijske kirurgije oka, te biti upoznat s mogućim komplikacijama.

Kontraindikacije za provođenje LASIK-a su: keratokonus, keratoglobus, trudnoća i dojenje, ožiljne promjene rožnice, nekontrolirani glaukom ili nekontrolirani dijabetes, te herpes simplex infekcija u anamnezi (6).

Postupak LASIK-a

Preoperativna faza

Pacijenti koji nose meke kontaktne leće moraju prestati nositi leće najmanje dva tjedna prije keratometrije, dok pacijenti koji nose tvrde kontaktne leće tjedan dana za svaku godinu nošenja. Cilj je omogućiti postizanje što prirodnijeg oblika rožnice i smanjiti pogrešku mjerenja na najmanju mjeru.

Preoperativni pregled podrazumijeva određivanje najbolje nekorrigirane i

korigirane vidne oštine, skijaskopiju, autorefraktometriju, autokeratografiju, Schirmerov test, mjerenje intraokularnog tlaka (IOT), pahimetriju, mjerenje pupilarnog dijametra u uvjetima jakog i prigušenog svjetla, biomikroskopski nalaz te pregled očne pozadine u midrijazi. Na temelju dobivenih podataka planira se operativni zahvat. Pahimetrija je mjerenje centralne debljine rožnice. Prosječna debljina rožnice je oko 550 nm. Minimalna debljina netretirane rožnice mora biti najmanje 250 nm da bi se održala njena strukturalna stabilnost. Prosječna debljina flapa tj. poklopca je od 160-200 nm što bi značilo sa svi pacijenti s pahimetrijom ispod 450 nm nisu kandidati za ovu metodu refraktivne kirurgije (7).

Operativni zahvat

Operativni zahvat se provodi u lokalnoj kapljičnoj anesteziji: na očnu jabučicu se postavlja sukcijski prsten na koji se postavlja mikrokeratom kojim se kreira tzv. flap, odnosno izrezuje se tanki površinski sloj rožnice koji je poput poklopca. Nakon podizanja flapa slijedi ablacija i remodeliranje stromalnog sloja rožnice excimer laserom. Završni postupak je repozicija poklopca (5,7).

Postoperativna faza

Redovite kontrole su prvog dana, sedmog dana i mjesec dana nakon LASIK-a. Nakon tri mjeseca smatra se da je proces zacjeljivanja rožnice završen te da je došlo do stabilizacije vidne oštine. Postoperativno se koristi kortikosteroidna kapljična terapija i umjetne suze tijekom sedam dana. Pacijenti mogu imati osjećaj suhoće i pijeska u očima. Ponekad se javlja prolazna nestabilnost vidne oštine premda se pacijenti odmah mogu vratiti svojim svakodnevnim poslovima.

Komplikacije

Operativne komplikacije su vezane za formiranje flapa mikrokeratom, a uključuje rupe u flapu, tanak, nepotpun ili nepravilan flap, amputacija flapa, rijetko perforacija rožnice. Postoperativne komplikacije su distorzija ili dislokacija flapa, epitelni defekti, difuzni lamelarni keratitis. Ostale komplikacije uključuju periferne kornealne infiltrate, kasni infektivni keratitis, ishemiju prednjeg segmenta, optičku neuropatiju vjerovatno zbog povišenog intraokularnog tlaka tijekom postavljanja sukcijskog prstena. Kasne postoperativne kompli-

kacije su hipokorekcija ili hiperkorekcija, astigmatizam, regresija refrakcijske anomalije i keratektazija (8).

Zaključak

Moderan način života i svakodnevno dugotrajno korištenje brojnih mobilnih i računalnih uređaja, opterećuju akomodativni i refrakcijski sustav oka. Sa završetkom rasta i razvoja u odraslih osoba postiže se stabilnost refrakcijske anomalije čime se omogućuje korištenje metode LASIK-a. Sigurnost, efikasnost, brz oporavak i povratak svakodnevnim radnim aktivnostima zasigurno čine LASIK metodom izbora u liječenju refrakcijske greške.

Literatura

1. Kalauz M i suradnici. Refrakcijske anomalije i tretman u adolescenciji. *MEDICUS* 2010;19(1):61-66.
2. Huang SC, Chen HC. Overview of laser refractive surgery. *Chang Gung Med J* 2008;31(3):237-52.
3. NASA Approves All-Laser LASIK. Dostupno na: <https://www.usaeyes.org/lasik/library/nasa-lasik.htm> Datum pristupa informaciji 28.9.2018.
4. Stanley PF, Tanzer DJ, Schallhorn SC. Laser refractive surgery in the United States Navy. *Curr Opin Ophthalmology* 2008;19(4):321-45.
5. Šarić D, Čulina K, Mandić Z. Laserska refrakcijska kirurgija - LASIK *Medix* 2008;78:102-104.
6. Gimbel HV, Anderson Penno EE. *Lasik complications, prevention and management*. 2nd ed. Thorofare, SAD: Slack inc., 2001.
7. Kanski JJ. *Clinical Ophthalmology, A Systematic Approach*, 5th edition. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2003.
8. Netto MV, Mohan RR, Ambrosio RJ, Hutcheon AE, Zieske JD, Wilson SE. Wound healing in the cornea: A review of refractive surgery complication and new prospects of therapy. *Cornea* 2005;24(5):509-22.



Upute autorima

Tekstove dostavljati u formi **Word 2003** ili **Word 2007** (ekstenzija.doc). Koristiti samo font **Ariel 10**, jednostruki (single) prored, poravnan s obje strane (bez paragrafa - 0 pt), pisan od početka reda (bez uvlačenja prvog retka odlomka), s marginama od 2,5 cm. Ukoliko je u tekstu potrebno posebno označiti neku riječ ili rečenicu koristiti opciju **bold**. Za odvajanje pasusa koristiti dvostruki ENTER. Dostaviti ukupno **do tri stranice teksta** i ukupno **do četiri grafa i tablice** po tekstu, te **do dvije slike** po tekstu.

Naslov teksta pisati **velikim tiskanim slovima u boldu**. Ime i prezime autora, titula, naziv institucije i odjela/odsjeka pisati **tiskanim slovima bez bolda**. Ukoliko ima više autora iz različitih institucija navesti njihove institucije uz brojčanu oznaku.

Svaka tablica, graf i slika mora imati svoj redni broj koji je povezuje s tekстом redoslijedom kako se spominju. Naslov tablice piše se **iznad tablice**, naslov grafa i slike **ispod grafa/slike**. Zbog bolje preglednosti grafa **legendu postaviti u dno** (bottom) ispod osi x.

Grafove i tablice dostavljati zasebno **kao privitak u verziji Excell 2003 ili Excell 2007**.

Slike dostavljati u JPG formatu u originalnoj veličini. Slika mora biti izvorni rad, a u slučaju reprodukcije potreban je pristanak autora kako ne bi povrijedili Zakon o autorskom pravu i srodnim pravima (NN 167/03).

Literatura je obvezna, a navodi se arapskim brojem prema redoslijedu citiranja u tekstu. Broj literature upisati u zagradama na kraju rečenice. Literatura se navodi prema preporukama Međunarodnog odbora urednika medicinskih časopisa (*International Committee of Medical Journal Editors – Vancouver Group*; www.ICMJE.org). Ako rad ima šest ili manje autora, treba ih navesti sve, a ako ih je sedam ili više, treba navesti prvih šest i dodati: i sur.

Svi autori moraju napraviti **pregled pravopisnih grešaka** (spellcheck).

Sve tekstove prema uputama poslati na e-mail: urednistvo.vjesnik@zzjzdnz.hr

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE

Dr. Ante Šercera 4A, p.p. 58
20 001 Dubrovnik
tel. 020/341-000; fax: 020/341-099
Ravnatelj tel: 020/341-001
e-mail: ravnateljstvo@zzjzdnz.hr



Služba za epidemiologiju

Voditelj tel/fax: 680-299
e-mail: miljenko.ljubic@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Dubrovnik

tel/fax: 341-060
e-mail: katica.sarac@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Metković

tel: 680-299
e-mail: miljenko.ljubic@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Korčula

tel: 715-365
e-mail: stanka.komparak@zzjzdnz.hr

Odjel za epidemiologiju Ploče

tel: 670-422
e-mail: igor.piskac@zzjzdnz.hr

Služba za zdravstvenu ekologiju

Voditelj tel: 341-041
e-mail: mato.lakic@zzjzdnz.hr

Administracija

tel: 341-040
fax: 341-044

Odjel za vode

e-mail: marija.jadrusic@zzjzdnz.hr

Odjel za namirnice

e-mail: ivana.ljevakovic-musladin@zzjzdnz.hr

Odjel za okoliš

e-mail: dolores.grilec@zzjzdnz.hr

HACCP

tel/fax: 341-051
e-mail: danijela.petrusic@zzjzdnz.hr

Služba za promicanje zdravlja

Voditeljica tel: 341-077; fax: 341-099
e-mail: ankica.dzono-boban@zzjzdnz.hr

Odjel za socijalnu medicinu

tel: 341-006; fax: 341-099
e-mail: socijalna.medicina@zzjzdnz.hr
marija.masanovic@zzjzdnz.hr

Odjel za mentalno zdravlje

tel/fax: 341-082
e-mail: prevencija.ovisnosti@zzjzdnz.hr
irena.primorac-bosnjak@zzjzdnz.hr

Savjetovalište za prehranu

tel/fax: 341-051
e-mail: marija.vezilic@zzjzdnz.hr

Služba za mikrobiologiju

Voditeljica tel: 341-004
e-mail: marina.vodnica-martucci@zzjzdnz.hr

Odjel za mikrobiologiju Dubrovnik

tel: 341-020; fax: 341-099
e-mail: mikrobiologija@zzjzdnz.hr

Odjel za mikrobiologiju Korčula

tel: 711-147
e-mail: borjanka.silic@zzjzdnz.hr

Odjel za mikrobiologiju Vela Luka

tel: 813-659
e-mail: mikrobiologija.velaluka@zzjzdnz.hr

Odjel za sterilizaciju i pripremu podloga

tel: 341-027
e-mail: marijana.matijic-cvjetovic@zzjzdnz.hr

Služba za školsku medicinu

Voditeljica tel/fax: 681-979
e-mail: asja.palinic-cvitanovic@zzjzdnz.hr

Odjel za školsku medicinu Dubrovnik

tel: 356-400; 358-120
e-mail: matija.cale-mratovic@zzjzdnz.hr

Odjel za školsku medicinu Metković

tel/fax: 681-979
e-mail: asja.palinic-cvitanovic@zzjzdnz.hr

Odjel za školsku medicinu Korčula

tel: 711-544
e-mail: anja.zelic@zzjzdnz.hr

Služba za zajedničke poslove

Voditeljica tel: 341-008; fax: 341-099

Odjel za računovodstvo i financije

tel: 341-009
e-mail: andrijana.ljubicic@zzjzdnz.hr

Odjel za opće, pravne i kadrovske poslove

tel: 341-008
e-mail: jele.skrabic@zzjzdnz.hr

biram zdravlje

www.zzjzdnz.hr

**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE**

Dr. Ante Šercera 4A, p.p. 58
20 001 Dubrovnik
tel. 020/341-000; fax: 020/341-099

Ravnatelj tel: 020/341-001
e-mail: ravnateljstvo@zzjzdnz.hr

