

Sveučilište u Mostaru

Fakultet zdravstvenih studija

Diplomski sveučilišni studij kliničke zdravstvene njege

Ivana Begić

Uloga liječnika obiteljske medicine u prevenciji raka

Magistarski rad

Mostar, studeni 2020. godine

Rad je napravljen na Klinici za onkologiju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

Voditelj rada: prim. doc. dr.s c. Inga Marijanović, dr.med.

Zahvale

Iskreno i veliko hvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Ingi Marijanović na neizmjernoj potpori prilikom izrade moga magistarskog rada, divnom prijateljstvu i prenesenoj ljubavi prema onkološkom pacijentu.

SADRŽAJ

1. Uvod	4
1.1. Epidemiološka situacija	4
1.2. Etiologija raka	5
1.3. Rano otkrivanje raka	8
1.4. Uloga liječnika obiteljske medicine	10
2. Ciljevi istraživanja	11
3. Svrha istraživanja.....	12
4. Hipoteza istraživanja.....	13
5. Ispitanici, metode i instrumenti u istraživanju.....	14
5.1. Ispitanici.....	14
5.2. Metode i instrumenti istraživanja.....	14
5.3. Statistička obrada rezultata istraživanja.....	Error! Bookmark not defined.
6. Rezultati	Error! Bookmark not defined.
7. Rasprava.....	27
8. Zaključak.....	30
9. Sažetak	31
10. Literatura.....	33
11. Prilozi.....	36
Prilog 1. Anketni upitnik za liječnike obiteljske medicine o provođenju Programa suzbijanja raka	
12. Životopis	60

1. Uvod

1.1. Epidemiološka situacija

Rak je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema, u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju, a zbog visoke prevalencije i incidencije, troškova liječenja i rehabilitacije u sustavu zdravstva te smanjene kvalitete života oboljelih. Prema podacima International Agency for Research on Cancer (IARC), specijalizirane agencije Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), u 2012. godini je u svijetu bio porast na 14,1 milijun novootkrivenih oboljelih od raka, a 8,2 milijuna ih umire. Prema IARC predviđa se da će incidencija oboljevanja u 2025. godini narasti na 19,3 milijuna ljudi, do 2030. godine do 22 milijuna, a do 2035. godine do čak 24 milijuna (1).

Prevalencija raka u svim sijelima raste u usporedbi s 2008. godinom (2,3). U razvijenim zemljama svijeta stope incidencije su visoke, a niže u zemljama u razvoju. Međutim, u zemljama u razvoju zbog socijalne i ekonomske tranzicije trend porasta ubrzano raste. Jedan od mogućih razloga koji objašnjavaju ovaj porast vezan je u promjenama stilova života. S druge strane, u razvijenim zemljama smrtnost stagnira, ali raste u zemljama u razvoju što se povezuje s kasnom dijagnostikom i liječenjem i stoga je važno isti otkriti na vrijeme (4).

Vodeći uzroci smrti stanovništva 2012. godine u Federaciji Bosne i Hercegovine (FBiH) su, prema izvješću o zdravstvenom stanju stanovništva Zavoda za javno zdravstvo FBiH objavljenom u srpnju 2013. godine, oboljenja cirkulatornog sustava (52,9%) te maligne neoplazme (21,5%) koje bilježe lagani rast. Proces registracije je decentraliziran: zdravstvene ustanove primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite, kao i privatna zdravstvena djelatnost, dostavljaju nadležnom Kantonalnom zavodu za javno zdravstvo prijave slučajeva raka, a u Zavodu za javno zdravstvo FBiH se podaci objedinjuju. Neprecizne upute, nedovoljna edukacija zdravstvenih djelatnika imaju za posljedicu subregistraciju novootkrivenih slučajeva kao i relativno lošu kvalitetu podataka. Prema pokazateljima objavljenim 2013. godine, a odnose se na 2011. godinu, broj novoregistriranih malignoma je redovito veći kod muškaraca, nego kod žena (52%:48%), a incidencija oboljevanja od raka je 229/100.000 za muškarce i 210/100.000 za žene (5).

S obzirom na poteškoće u uspostavljanju Registra za rak, još uvijek nema točnih podataka za FBiH i Hercegovačko-neretvansku županiju (HNŽ).

1.2. Etiologija raka

Liječnici još uvijek ne znaju zašto se kod nekih razvije rak, a kod drugih ne. Iako je u dosadašnjim istraživanjima potvrđena važnost pojedinih faktora rizika za razvoj raka, udio genetskog opterećenja, udio ekoloških čimbenika u nastanku raka je u većini slučajeva veoma teško ustanoviti (6).

Ionizirajuće zračenje, dijagnostičko ili terapijsko, povećava rizik nastanka raka (u dobi ispod 40 godina). Relativni rizik povećava se s dozom zračenja i dobi (mlađa dob veći rizik, s istom dozom zračenja). Ekspozicija ionizirajućem zračenju povećava rizik za razvoj raka, počevši 10 godina nakon ekspozicije i perzistirajući doživotno. Rizik ovisi o dozi i dobi ekspozicije, s najvećim rizikom u pubertetu. Magnituda učinka je varijabilna, ali aproksimativno 6 puta raste incidencija. Liječenje zračenjem nakon 40. godine izgleda ne povećava rizik za rak (7).

Postoji pozitivna sprega između pretilosti i nastanka raka. Patofiziološka podloga leži u većoj izloženosti estrogenima kod pretilih žena. Pretilost povećava rizik od raka. Pretilost je također faktor rizika za dijabetes tipa II, koji je nekim studijama skromno povećao rizik za rak dojke u postmenopauzi. Debljina se smatra nezavisnim čimbenikom rizika za rak (8).

Primjena oralnih kontraceptiva povećava opasnost vrlo malo (za otprilike 5 slučajeva više na 100 000 žena). Uporaba oralnih kontraceptiva može povećati rizik od raka dojke za oko 10% do 30%. Žene koje su se prestale koristiti oralne kontraceptive, za 10 godina ili više imaju isti rizik kao i žene koje nikada nisu koristile iste (9,10).

Hormonska nadomjesna terapija (HRT) povećava rizik za rak dojke. Budući da estrogen sam može povećati rizik za razvoj raka uterusa, dodaje se progesteron da to spriječi. Za žene nakon histerektomije propisuje se sam estrogen, poznat kao estrogen nadomjesna terapija (ERT) (10).

Fizička aktivnost u obliku vježbanja smanjuje rizik za rak (11,12). U studiji *Women's Health Initiative* (WHI) žustro hodanje 1,25 do 2,5 sata tjedno smanjuje rizik za rak dojke za 18%. Američko društvo za rak preporuča 45 do 60 minuta fizičke aktivnosti 5 ili više dana u tjednu da se smanji rizik za rak (11). Case-control i kohortne studije (EPIC) pronašle su da se rizik od raka može reducirati za 15% do 50% među fizički aktivnim. Fizička aktivnost kod mladih ljudi može sniziti tjelesnu debljinu, snižena tjelesna debljina može odgoditi, a kasnija povezana je sa smanjenim rizikom za nastanak raka (11,12).

Ekološki čimbenici moduliraju rizik nastanka raka širom svijeta. Najznačajniji ekološki čimbenik, koji utječe na nastanak raka, kako protektivnog, tako i visko rizičnog karaktera, je prehrana. Među čimbenike rizika za razvoj raka spadaju nepravilna prehrana i nedostatna tjelesna aktivnost koje doprinose nastanku prekomjerne tjelesne mase i debljine. Pretilost je važan rizični čimbenik za nastanak mnogih sijela raka kao što su rak dojke, jajnika, debelog crijeva, gušterače i drugi. Promjene načina života u ranoj dobi imaju najveću

korist za zdravlje općenito, a ne samo zbog smanjenja rizika od nastanka raka. Prevencija raka kroz uravnoteženu prehranu, tjelesnu aktivnost i održavanje odgovarajuće tjelesne mase također može pomoći u sprječavanju drugih bolesti uključujući dijabetes tipa 2 i kardiovaskularne bolesti. Vrsta prehrane koja bi mogla zaštitno djelovati na razvoj nekih malignih bolesti uključuje povećanu konzumaciju voća i povrća, hranu bogatu vlaknima i smanjenje unosa masne hrane. Pri tome bitnu ulogu igraju ukupan energetske unos, tjelesna aktivnost, dodatak antioksidativnih tvari, kao i fitoestrogena prehrani. Mnoge su studije tražile povezanost između određene prehrane i rizika za rak, ali nema jasnih odgovora. Analizom rezultata 7 kohortnih studija nije se pronašao dokaz povezanosti između unosa masne hrane i rizika za rak dojke. Studije su istraživale i unos voća i povrća i pokazale protektivni učinak. Za sada, niti jedna studija nije potvrdila da uzimanje vitamina smanjuje rizik za rak. Prehrana s malo masti, malo crvenog mesa i prerađenog mesa i visok unos voća i povrća mogu imati druge zdravstvene benefite (13-16).

Iako su brojna istraživanja ispitivala odnos između potrošnje hrane (uključujući i masti, soje, mliječni proizvodi, meso, i voća i povrća) i rak, ne postoji uvjerljiv dokazi da prehrana utječe na povećani rizik od raka.

Alkohol je dobro potvrđen rizik u nastanku raka. Brojne studije potvrdile su da konzumiranje alkohola povećava rizik od raka u žena od oko 7% do 12% za svakih 10 g (otprilike jedno piće) konzumiranog alkohola po danu. Rizik se povećava s količinom konzumiranog alkohola. Žene koje konzumiraju jedno alkoholno piće dnevno imaju mali porast rizika. One koje konzumiraju 2-5 pića dnevno imaju jedanput veći rizik u usporedbi s onima koje ne piju. Povećani rizik je ovisan o dozi, a postoji bez obzira na vrstu alkoholnog pića. Jedan od mehanizama zbog kojih alkohol povećava rizik od raka dojke je povećanje razine estrogena i androgena. Prekomjerna konzumacija alkohola povezana je s nastankom raka usne šupljine, ždrijela, grkljana, jednjaka, jetre, debelog crijeva, rektuma i dojke. Procjene govore o 1,8 milijuna smrti godišnje koje se pripisuju prekomjernoj konzumaciji alkohola. Rizik se povećava većom konzumacijom alkohola, a multiplicira pušenjem, kao i infekcijom virusom hepatitisa B ili C kod raka jetre (17,18).

Utjecaj pušenja na nastanak raka je davno potvrđen (19). Pušenje je najvažniji preventabilni uzrok preuranjene smrtnosti i pobola na svijetu. Povezano je s nastankom različitih sijela raka: pluća, usne šupljine, nosne šupljine i sinusa, ždrijela, grkljana, jednjaka, želuca, gušterače, jetre, mokraćnog mjehura, bubrega, vrata maternice i mijeloidne leukemije. U visokorazvijenim zemljama pušenje je odgovorno za 30% svih karcinoma. Rizik se proporcionalno povećava s trajanjem pušenja i brojem popušanih cigareta, sličan je u muškaraca i žena, a spolne razlike u incidenciji i mortalitetu većinom se pripisuju različitim prevalencijama pušenja prema spolu. Oko 10 – 15% slučajeva karcinoma pluća u osoba koje nisu pušači pripisuje se pasivnom pušenju. Najviše epidemioloških studija pronašlo je povezanost između aktivnog pušenja cigareta i raka (19-21). Neke su studije pokazale je da je aktivno i pasivno pušenje cigareta rizični čimbenik za premenopauzalni rak dojke (20). Prospektivna studija pokazala da je rizik za rak veći je za 9% kod bivših pušača i veći za 16% kod ljudi koje trenutno puše.

Oko četvrtine do petine bremena bolesti stanovništva uzrokovano je čimbenicima okoliša pa tako i karcinomi mogu biti posljedica izloženosti štetnim čimbenicima iz okoliša. Pod ovom se izloženosti podrazumijeva izloženost različitim kemijskim, fizikalnim, biološkim i drugim čimbenicima (npr. kemikalije, duhanski dim ili zračenje), kroz medije okoliša – vodu, hranu, zrak ili tlo. Iako je izloženost pojedinim čimbenicima dokazana kao štetna i može dovesti do nastanka raka, ona ne znači da će se u izložene osobe pojaviti bolest jer se u obzir moraju uzeti i ostali čimbenici kao što su doza, način i duljina izloženosti te genetska podloga i fiziološke osobine pojedinca. Kancerogenim tvarima čovjek je izložen udisanjem onečišćenog zraka ili konzumacijom hrane i vode. Kancerogeni se u hrani mogu pojaviti kao rezultat kontaminacije plijesnima (aflatoksin), uporabom pesticida ili prilikom termičke obrade (akrilamid). Hrana i voda za ljudsku potrošnju mogu biti kontaminirani i arsenom, prirodnog porijekla ili otpuštenu u okoliš čovjekovim djelovanjem, a za čovjekovo zdravlje štetnijom se smatra voda kontaminirana arsenom. Dugotrajna izloženost arsenu povezana je s povećanim rizikom za karcinome mjehura, pluća, jetre, bubrega te novotvorinama hematopoetskog sustava (22). Posebno su ugrožene profesionalno izložene skupine ljudi te su brojne tvari s kojima zaposlenici u različitim industrijama dolaze u kontakt prepoznate kao karcinogeni. Najčešći karcinomi su karcinomi pluća, povezani s izloženošću azbestu, beriliju, kadmiju, kristalima silicij dioksida, kromu i niklu. Izloženost benzenu i etilen oksidu povezana je s pojavom leukemija u odrasloj dobi, dok je izloženost katranu i mineralnim uljima povezana s karcinomima kože. Zbog profesionalne izloženosti štetnim tvarima nužno je postojanje regulatornih mehanizama kojima se smanjuje izloženost u pojedinim industrijama. Važno je sustavno praćenje kancerogenih tvari prisutnih na radnom mjestu kroz postupke procjene rizika na radnom mjestu te provođenje mjera za smanjenje njihove prisutnosti i izloženosti radnika, kao i kontinuirano praćenje zdravlja izloženih. Potrebno je osigurati odgovarajuću razinu edukacije o rizicima povezanim s prisutnošću kancerogenih tvari za poslodavce i zaposlenike na radnom mjestu. Kod radnika, poslodavaca, liječnika, stručnjaka i inspekcije rada mora se postići viši stupanj svijesti o posljedicama izloženosti kancerogenim tvarima i o tome što se može učiniti kako bi se spriječila ta izloženost. Epidemija bolesti koje uzrokuje izloženost azbestu (mezoteliom) je na vrhuncu zbog dugotrajne latencije te je osim zabrane proizvodnje i korištenja azbesta važno ukloniti i na odgovarajući način zbrinuti sav azbest koji se još uvijek nalazi u našem okruženju.

Zadnjih je godina zbog oštećenja ozonskog omotača te zbog promjene načina života i pomodnosti došlo do povećane izloženosti ljudi ultraljubičastim zrakama (UV) i posljedično do porasta incidencije malignog melanoma, neovisno o tome radi li se o prirodnom sunčanju ili izlaganju umjetnim izvorima UV zračenja u solarijima. Prevencija izloženosti kože UV zračenju i rano otkrivanje lezija ključni su koraci potrebni za smanjenje rizika vezanih uz tu bolest i poboljšanje ishoda liječenja raka kože.

Deset infektivnih čimbenika klasificirano je u poznate kancerogene čimbenike kod ljudi prema klasifikaciji IARC, a to su: *Helicobacter pylori*, Hepatitis B virus (HBV), Hepatitis C virus (HCV), Humani papilloma virus (HPV, tipovi 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 i 59, poznati kao HPV tipovi visokog rizika), Epstein-Barr virus (EBV), humani herpes virus tip 8 (HHV-8, poznat i kao herpes virus povezan s Kaposijevim sarkomom),

humani T-limfotropni virus (HTLV-1). Sijela raka za koja postoje utemeljeni dokazi o uzročnoj vezi s gore navedenim čimbenicima uključuju: karcinome usne šupljine, karcinom orofarinksa, uključujući tonzile i bazu jezika, larinks, anus, cerviks, vulvu, vaginu i penis (HPV); leukemiju i limfom T-stanica kod odraslih (HTLV-1); Kaposijev sarkom (HHV-8); Hodgkinov limfom, Burkittov limfom i nazofaringealni karcinom (EBV); karcinom želuca, želučani non-Hodgkin limfom (*Helicobacter pylori*); karcinom jetre (HBV), karcinom jetre i non-Hodgkin limfom (HCV), karcinom žučnih vodova.

Vrlo je moguće da je obavljanje pojedinih zanimanja povezan s povišenim rizikom nastanka raka. Pregled 115 studija pokazuje povišeni rizik od nastanka raka u žena u farmaceutskoj industriji, kao i kod kozmetičkih zanimanja. Noćni rad, odnosno noćna smjena izgleda da također povisuje rizik nastanka raka. Nasuprot tome, zanimanja sa značajnijom tjelesnom aktivnošću su nasuprot sjedećim zanimanjima povezana s nižim rizikom nastanka ove bolesti. Jedna studija je pokazala povećani rizik od raka kod žena zaposlenih u komercijalnoj sterilizaciji objekata koji su bili izloženi visokim razinama etilen oksida (23).

Noćni rad može također biti povezan s povećanim rizikom od karcinoma. Većina studija o medicinskim sestrama koje rade noćne smjene i stjuardese čija iskustva, cirkadijarni ritam, poremećaj zbog prelaska više vremenskih zona, pokazuju povećan rizik od raka, a povezan s dugotrajnim zaposlenjem u noćnoj smjeni. Studije na životinjama pokazuju da je izloženost svjetlu tijekom noći uzrok poremećaja dnevnog ritma i povećanog rizika od raka. IARC je u 2007. zaključila je da rad u smjenama, posebno noću, vjerojatno povećava rizik od raka. Dodatne studije potrebne su za potvrdu istoga (24-27).

Sažeto, u razmatranju nastanka sporadičnih (ne-nasljednih) formi raka, koje čine 90 - 95% svih slučajeva oboljenja znakovitu ulogu igraju visok unos kalorija (šećeri, masnoće, proteini) tijekom djetinjstva uz nizak utrošak energije, što vodi ubrzanom rastu, pretilosti tijekom djetinjstva i adolescencij, uporaba alkohola; nizak sadržaj povrća i biljnih vlakana u prehrani; izloženost ionizirajućem zračenju prije 40. godine života te ekspozicija endogenim i egzogenim estrogenima tijekom života (28-32).

1.3. Rano otkrivanje raka

S obzirom na to da na terapijski uspjeh, tj. preživljavanje najviše utječe što ranija dijagnoza bolesti, mjera sekundarne prevencije je odgovarajući probir (engl. *screening*). Probir na rak sinonim je za sekundarnu prevenciju (33-40). Redoviti, sistematski pregledi predominantno asimptomatskih osoba prosječnog rizika određene dobi znanstveno-dokazanim testovima, nakon čega slijedi podesno liječenje, imaju mogućnost prevenirati mnoge smrti od raka i na taj način reducirati porast bolesti u populaciji (33). *Screening* programi imaju mogućnost signifikantno reducirati opterećenje (*burden*) rakom dojke, vrata maternice i kolorektalnog raka u populaciji. To je povezano s otkrivanjem i liječenjem malignih tumora i lezija prekursora ranije nego u slučaju bez probira. Benefit se može postići jedino ako je kvaliteta optimalna u svakom koraku *screening* procesa. Brojne studije su

dokazale da je skrining raka dojke evidentno koristan za žene između 50. i 74. godine starosti, dok je za dobne skupine mlađe od 50 godina korist *screeninga* upitna (33-40).

Najčešća metoda otkrivanja raka dojke u ranoj fazi je probir mamografijom. Rano otkrivanje raka vrata maternice usmjeren je održavanju zdravlja žena, smanjenju rizika, ranom otkrivanju raka vrata maternice i poboljšanju kvalitete života ciljane populacije žena. Nakon nedavne objave rezultata studija Nelson i NLST (engl. *National Lung Screening Trial*) smanjile su se kontroverze oko preporuka za primjenu kompjuterizirane tomografije niske doze zračenja u probiru raka pluća. Sada postoje dokazi o povezanosti godišnjeg probira sa smanjenjem smrtnosti od raka pluća od 25 %. Rezultati Europskog randomiziranog istraživanja probira za rak prostate pokazuju da probir testiranjem antigena specifičnog za prostatu (PSA) dovodi do smanjenja smrtnosti od raka prostate za 21 %, Postoje tri tipa programa probira: i) probir za sami karcinom želuca endoskopijom ili fluoroskopijom; ii) probir prekanceroznih lezija određivanjem omjera između pepsinogena I i pepsinogena II, te drugih cirkulirajućih biomarkera; i iii) probir za bakteriju *Helicobacter pylori*, značajan karcinogen za rak želuca, s ciljem njene eradikacije u slučaju pozitivnog nalaza (*search-and-treat* strategija).

Kriteriji za postupak *screeninga* (prema World Health Organization-WHO Observatory) su sljedeći (23,41):

1. bolest mora biti važan javnozdravstveni problem;
2. dijagnostika mora biti dostupna, sigurna i prihvatljiva ciljanoj populaciji;
3. intervencija za oboljele mora biti utvrđena i dostupna;
4. troškovi dijagnostike i intervencije moraju biti ekonomski isplativi.

Rano otkrivanje raka u Federaciji Bosne i Hercegovine

S obzirom na pokazatelje koji ukazuju na porast prevalencije i incidencija raka kod žena u FBiH te temeljem preporuka SZO, Federalni zavod za javno zdravstvo, u suradnji s kantonalnim/županijskim zavodima i drugim partnerima u sustavu zdravstva i civilnim društvom, pokušava intenzivno raditi na ovom problemu. Kako je ranije navedeno, zbog poteškoća u decentraliziranom prikupljanju podataka koji ne daju realnu sliku veličine problema te zbog nedostatka nacionalne strategije u borbi protiv raka i koordiniranog programa na nacionalnoj razini, nedostaje praćenje i uspješnost aktivnosti. Međutim, to ne znači da akcije nema na lokalnoj razini. U nju se uključuju zdravstveni djelatnici u suradnju s nevladinim aktivnim udrugama. Lokalne inicijative o aktivnosti postoje, ali se njihova učinkovitost slabo prati i izvještava (42).

Program ranog otkrivanja raka značajno pridonosi poboljšanju zdravlja populacije i odnosu cijena-korist samo ako je dobro koncipiran i ako je njime obuhvaćena sveukupna ciljna populacija te ako je organizirana dobra kvaliteta rada na svim razinama.

Javno-zdravstveni cilj je prevenirati bolest u populaciji.

Dugogodišnja tranzicija u FBiH direktno utječe na održivost zdravstvenog sustava i organizaciju zdravstvene zaštite, a globalna ekonomska kriza predstavlja prijetnju za ostvareni napredak. Iako je prethodnih godina zabilježen rast plaća i mirovina, težina siromaštva je ostala ista, te se nejednakost povećava. Sve navedeno doprinosi daljnjem pogoršanju socio-ekonomskog statusa stanovništva. Posljednji dostupni podaci iz Ankete mjerenja životnog standarda (LSMS) pokazali su da oko 15% stanovništva FBiH ima standard ispod opće granice. Ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom (bez raka kože) 2009. godine iznosio je 4028 (58,9% muškaraca i 41,1% žena), a prosječna dob oboljelih je 62 godine. Vodeći uzrok smrti muškaraca od raka je rak pluća (33,9%), a žena rak dojke (14,9%) (42).

1.4. Uloga liječnika obiteljske medicine

Opća/obiteljska medicina prema svojoj je definiciji namijenjena svim ljudima neovisno o spolu, dobi, vjerskoj ili etničkoj pripadnosti ili vrsti zdravstvenih problema. U većini europskih zemalja to se i ostvaruje. Liječnici obiteljske medicine (LOM) odgovorni su za provođenje prevencije i ranog otkrivanja zloćudnih bolesti. Postoje trajne potrebe za unapređenjem zdravlja stanovništva, odnosno otvara se prostor za uključivanje LOM-a u taj dio zdravstvene zaštite. Vodeći računa o tome da se ne naruši postojeća organizacija zdravstvene zaštite te o osposobljenosti i mogućnostima, LOM bi mogli biti uključeni u aktivnosti ranog otkrivanja zloćudnih bolesti. LOM ne bi smjeli zanemariti ni svoju društvenu ulogu, jer mnogo bi toga trebalo biti napravljeno kad je u pitanju unapređenje zdravlja ljudi (43-48).

2. Ciljevi istraživanja

Istražiti i analizirati ulogu sustava zdravstva, osobito liječnika opće/obiteljske medicine, u savjetovanju i poticanju na ranu prevenciju raka, praćenju rizičnih čimbenika od strane navedenih. Njihova percepcija sustava vrijednosti prema zdravlju i bolesti (osobito malignim bolestima) i vjerovanjima u sredini u kojoj rade. Poznavanje i iskustva s nacionalnim i lokalnim programom ranog otkrivanja raka, uloga liječnika opće/obiteljske medicine u tom programu.

3. Svrha istraživanja

Svrha ovog translacijskog istraživanja je utvrditi i analizirati sudjelovanje liječnika obiteljske medicine, doprinos istih u samoj prevenciji raka s prediktorima koji na to utječu, s ciljem prepoznavanja čimbenika na koje je moguće utjecati u programu sekundarne prevencije u lokalnoj zajednici. Liječnici obiteljske medicine odgovorni su za provođenje planiranja zdravstvene zaštite i prevencije i ranog otkrivanja zloćudnih bolesti. Iako je organizacija zdravstvene zaštite tradicionalno u djelokrugu, liječnici obiteljske medicine participiraju u zaštiti zdravlja ,prevenciji raka. Međutim, sukladno statističkim izvješćima postoje trajne potrebe za unapređenjem zdravlja, odnosno otvara se prostor za uključivanje liječnika obiteljske medicine u programe prevencije raka.

4. Hipoteza istraživanja

Sudjelovanje liječnika obiteljske medicine u programima prevencije raka uveliko doprinosi ukupnom zdravlju stanovništva.

5. Ispitanici, metode i instrumenti u istraživanju

Sukladno navedenim hipotezama i ciljevima istraživanja, predloženi ispitanici, metode i instrumenti u istraživanju su sljedeći:

5.1. Ispitanici

Ispitanici će biti svi liječnici opće/obiteljske medicine koji rade u devet općina na području HNŽ-a i Zapadno-hercegovačke županije (ZHŽ). U kvalitativnom dijelu istraživanja, sudjelovat će 38 liječnika opće/obiteljske medicine iz navedenih općina. U tom dijelu istraživanja također će se u potpunosti poštivati etička načela te tražiti informirana suglasnost.

5.2. Metode i instrumenti istraživanja

U istraživanju će se koristiti sljedeći instrumenti i metode rada: Individualni upitnik za sve liječnike opće/obiteljske medicine u HNŽ-u i ZHŽ-u.

Instrument u ovom dijelu istraživanja bit će pripremljen prema Anketnom upitniku za liječnike obiteljske medicine o provođenju Programa suzbijanja raka koji se koristi u Republici Hrvatskoj.

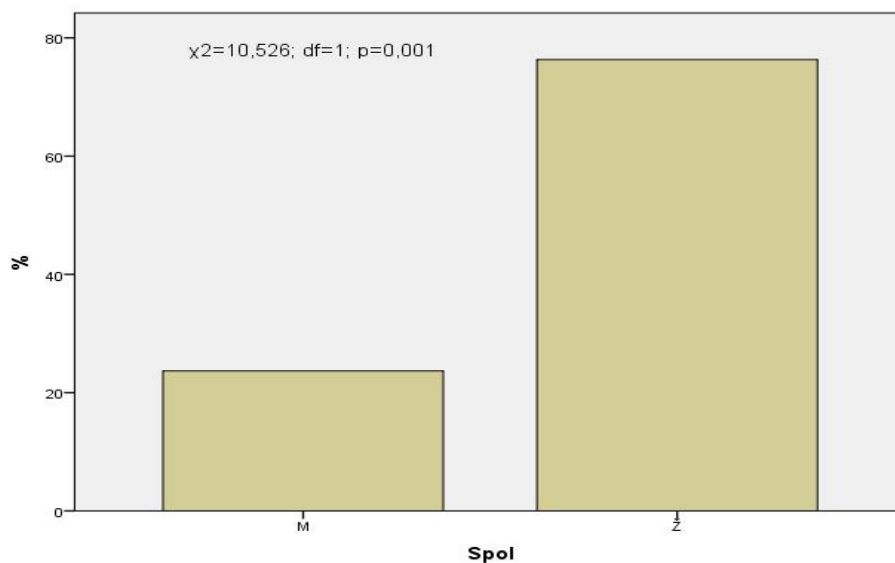
5.3. Statistička obrada rezultata istraživanja

U statističkoj obradi podataka korištene su standardne metode deskriptivne statistike: aritmetička sredina, standardna devijacija i koeficijent varijacije za prikaz srednje vrijednosti i mjera raspršenosti. Za testiranje statističke značajnosti razlika među uzorcima korišteni su parametrijski testovi (Studentov t-test, Z-test, ANOVA test). Kad je razdioba kontinuiranih varijabli bila nesimetrična, za prikaz srednje vrijednosti i mjera raspršenosti korištene su položajne srednje vrijednosti: mod, medijan, kvartili i interkvartilni raspon, a za njihovu usporedbu neparametrijski testovi (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test). Za testiranje statističke značajnosti razlika među uzorcima korišteni su parametrijski i neparametrijski testovi signifikantnosti (χ^2 test, Studentov T-test, Z-test). Za multivarijantne korelacijske analize korišteni su neparametrijski testovi, Sperman-test korelacije, Pearsonov-test korelacije i multivarijantna analize varijance standardnom regresijskom analizom–ANOVA (linearna i logistička regresijska analiza). Za dihotomne zavisne varijable korišteni su multivarijantna regresijska analiza. Statističke hipoteze testirane su na razini signifikantnosti

$p < 0.05$. Za statističku analizu dobivenih podataka korišten je programski sustav SPSS for Windows (inačica 17.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excell (inačica 11. Microsoft Corporation, Redmond, WA, SAD).

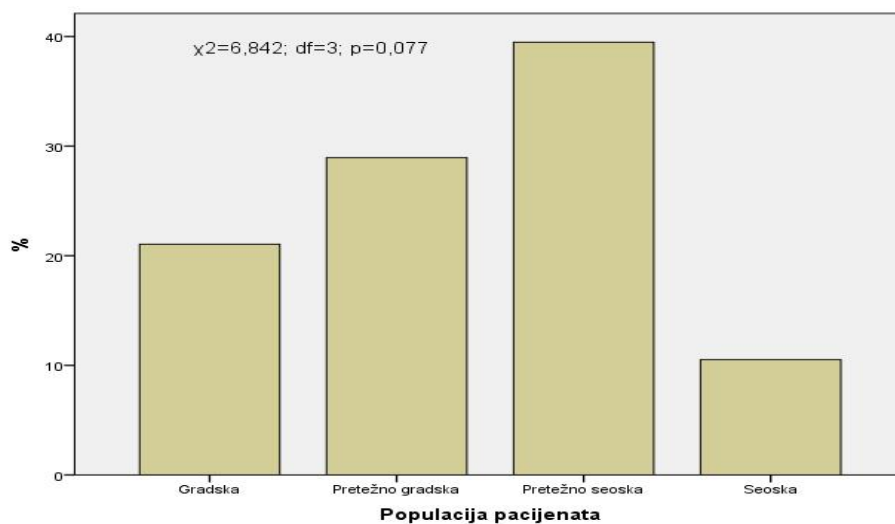
6. Rezultati

Kao što prikazuje Slika 1, među ispitanicima je bio značajno veći broj žena.



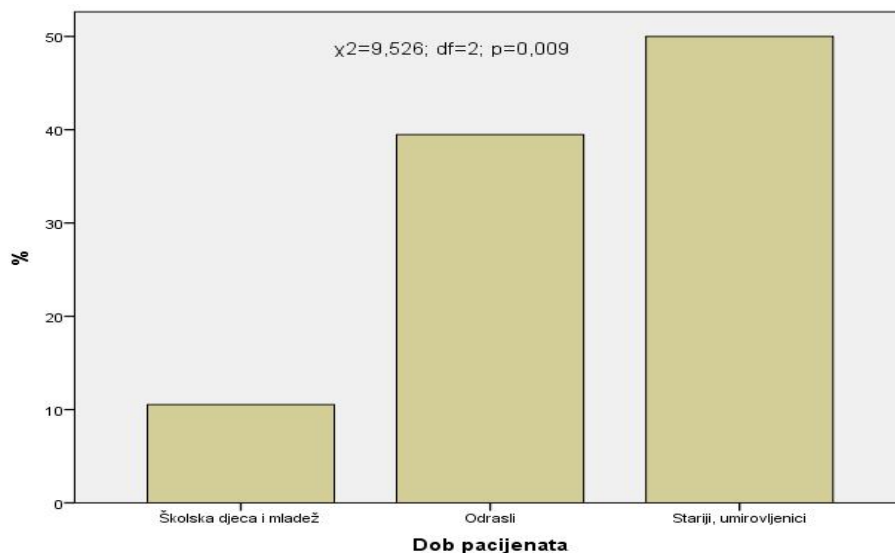
Slika 1. Spolne razlike među liječnicima

Slika 2 prikazuje da nije bilo značajnih razlika u populacijama pacijenata među ispitivanim liječnicima.



Slika 2. Razlike u populaciji pacijenata

Slika 3 prikazuje da je u dobnoj strukturi pacijenata najmanje bilo djece i mladeži.



Slika 3. Razlike u dobi pacijenata.

RAD NA PRIMARNOJ PREVENCIJI RAKA

Jeste li do sada provodili aktivnosti na primarnoj prevenciji raka?

Tablica 1. Pušenje

Pušenje	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Savjetovanje tijekom redovitog pregleda	37	97,4	1	2,6	34,105	<0,001
Evidencija o pušenju u zdravstvenom kartonu	28	73,7	10	26,3	8,526	0,004
Ostali načini	15	39,5	23	60,5	1,684	0,194

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da savjetuju pacijente o pušenju tijekom pregleda te da vode evidenciju o pušenju u zdravstvenom kartonu (Tablica 1).

Tablica 2. Alkohol

Alkohol	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Savjetovanje tijekom redovitog pregleda	36	94,7	2	5,3	30,421	<0,001
Evidencija u zdravstvenom kartonu	25	65,8	13	34,2	3,789	0,052
Ostali načini	11	28,9	27	71,1	6,737	0,009

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da savjetuju pacijente o alkoholu tijekom pregleda dok je manji broj njih koristio ostale metode u prevenciji alkoholizma, dok nije bilo značajnih razlika u evidenciji o alkoholu u zdravstvenom kartonu (Tablica 2).

Tablica 3. Prehrana

Prehrana	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Savjetovanje tijekom redovitog pregleda	38	100	-	-	-	-
Evidencija u zdravstvenom kartonu	26	68,4	12	31,6	5,158	0,023
Ostali načini	18	47,4	20	52,6	0,105	0,746

Svi liječnici su se izjasnili da savjetuju pacijente o prehrani tijekom pregleda, značajno veći broj liječnika se izjasnio da vodi evidenciju o prehrani u zdravstvenom kartonu dok nije bilo značajnih razlika u korištenju ostalih metoda (Tablica 3).

Tablica 4. Tjelesna aktivnost

Tjelesna aktivnost	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Savjetovanje tijekom redovitog pregleda	35	92,1	3	7,9	26,947	<0,001
Evidencija u zdravstvenom kartonu	15	39,5	23	60,5	1,684	0,194
Ostali načini	14	36,8	24	63,2	2,632	0,105

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da savjetuju pacijente o tjelesnoj aktivnosti tijekom pregleda, dok nije bilo značajnih razlika u evidenciji u zdravstvenom kartonu kao ni u korištenju ostalih metoda (Tablica 4).

Tablica 5. Poduka o raku

Poduka o raku	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
O povezanosti zdravog načina života i smanjene pojave raka	33	86,8	5	13,2	20,632	<0,001
O postojećim screening programima	33	86,8	5	13,2	20,632	<0,001
O ranim simptomima i znakovima raka	33	86,8	5	13,2	20,632	<0,001
Uzimanje i bilježenje obiteljske anamneze	29	76,3	9	23,7	10,526	0,001
Počeli ste cijepiti, ili savjetovati adolescente o potrebi cijepljenja protiv HPV-a	5	13,2	33	86,8	20,632	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da savjetuju pacijente o povezanosti zdravog načina života i smanjene pojave raka, o postojećim screening programima, o ranim simptomima i znakovima raka, da uzimaju i bilježe obiteljsku anamnezu, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da su počeli cijepiti ili savjetovati adolescente o potrebi cijepljenja protiv HPV-a (Tablica 5).

Tablica 6. Screening

Znate li za koje lokalizacije raka je isplativo raditi screening?	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Karcinom pluća	9	23,7	29	76,3	10,526	0,001
Karcinom želuca	5	13,2	33	86,8	20,632	<0,001
Karcinom dojke	38	100,0	-	-	-	-
Karcinom debelog crijeva	37	97,4	1	2,6	34,105	<0,001
Karcinom prostate	33	86,8	5	13,2	20,632	<0,001
Karcinom vrata maternice	37	97,4	1	2,6	34,105	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da je isplativo raditi screening za karcinom debelog crijeva, prostate i vrata maternice, svi su se izjasnili o isplativosti screeninga za karcinom dojke, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da nije isplativo raditi screening za karcinom pluća i karcinom želuca (Tablica 6).

Jeste li do sada provodili aktivnosti na ranom otkrivanju raka?

Tablica 7. Rano otkrivanje karcinoma vrata maternice

Karcinom vrata maternice	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Sami uzimate PAPA- test	1	2,6	37	97,4	34,105	<0,001
U zdravstveni karton unosite samo datum i rezultate zadnjeg PAPA-testa, te evidentirate podatak je li obavljen unutar tri godine kao prema Nacionalnom programu.	25	65,8	13	34,2	3,789	0,052
Savjetujete žene u dobi iznad 18 godina koje imaju povećani rizik za nastanak oboljenja (npr. adolescentice slobodnijeg načina života, žene u menopauzi, s ranije lošim PAPA- nalazom), da se redovno kontroliraju kod ginekologa.	35	92,1	3	7,9	26,947	<0,001
Uopće se time ne bavite, sve prepuštate primarnom ginekologu	4	10,5	34	89,5	23,684	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da savjetuju žene u dobi iznad 18 godina koje imaju povećani rizik za nastanak oboljenja da se redovno kontroliraju kod ginekologa, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da sami uzimaju PAPA- test i da se uopće time ne bave nego sve prepuštaju primarnom ginekologu. Nije bilo značajnih razlika u navici da u zdravstveni karton unose samo datum i rezultate zadnjeg PAPA-testa, te evidentiraju podatak je li obavljen unutar tri godine kao prema Nacionalnom programu (Tablica 7).

Tablica 8. Klinički pregled dojke

Klinički pregled dojke	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Sustavno pregledavate određene grupe žena kod redovitog pregleda	9	23,7	29	76,3	10,526	0,001
Pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika	32	84,2	6	15,8	17,789	<0,001
Sistematski pregled žena starijih od 50 godina	5	13,2	33	86,8	20,632	<0,001
Uopće ne radim klinički pregled dojke	2	5,3	36	94,7	30,421	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da pregledavaju žene pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da sustavno pregledavaju određene grupe žena kod redovitog pregleda, vrše sistematski pregled žena starijih od 50 godina i da uopće ne rade klinički pregled dojke (Tablica 8).

Tablica 9. Mamografija

Mamografija	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Sustavno pregledavate određene grupe žena	17	44,7	21	55,3	0,421	0,516
Pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika	28	73,7	10	26,3	8,526	0,004
Mamografski pregled radite na zahtjev pacijenta	21	55,3	17	44,7	0,421	0,516
Evidentirate u zdravstveni karton datum i rezultat mamografije prema Nacionalnom programu	30	78,9	8	21,1	12,737	<0,001
Uopće to ne radim	2	5,3	36	94,7	30,421	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da mamografiju indiciraju pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika i da evidentiraju u zdravstveni karton datum i rezultat mamografije prema Nacionalnom programu, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da uopće to ne rade. Nije bilo značajnih razlika u navikama sustavnog pregledavanja određenih grupa žena i mamografskih pregleda na zahtjev pacijenta (Tablica 9).

Karcinom debelog crijeva

Tablica 10. Testiranje okultnog krvarenja u stolici

Testiranje okultnog krvarenja u stolici	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Sustavno pregledavate određene grupe	13	34,2	25	65,8	3,789	0,052
Pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika	32	84,2	6	15,8	17,789	<0,001
Na zahtjev pacijenta	22	57,9	16	42,1	,947	0,330
Radite test u okviru preventivnog pregleda osoba starijih od 50 godina prema Nacionalnom programu	4	10,5	34	89,5	23,684	<0,001

Uopće ne radim test na okultno krvarenje u stolici	1	2,6	37	97,4	34,105	<0,001
--	---	-----	----	------	--------	--------

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da testiranje okultnog krvarenja u stolici indiciraju pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da rade test u okviru preventivnog pregleda osoba starijih od 50 godina prema Nacionalnom programu i da uopće to ne rade. Nije bilo značajnih razlika u navikama sustavnog pregledavanja određenih grupa i testiranje okultnog krvarenja u stolici na zahtjev pacijenta (Tablica 10).

Tablica 11. Hemoccult test

Kako primjenjujete Hemoccult test	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Isključivo sami	3	7,9	35	92,1	26,947	<0,001
Isključivo preko laboratorija Doma zdravlja	28	73,7	10	26,3	8,526	0,004
I sam i preko laboratorija Doma zdravlja	1	2,6	37	97,4	34,105	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da Hemoccult test provode isključivo preko laboratorija Doma zdravlja, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da Hemoccult test rade isključivo sami ili i samo i preko laboratorija Doma zdravlja (Tablica 11).

Tablica 12. Digitorektalni pregled

Digitorektalni pregled	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Sustavno pregledavate određene asimptomatske grupe	8	21,1	30	78,9	12,737	<0,001
Pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika	24	63,2	14	36,8	2,632	0,105
Radite digitorektalni pregled samo u osoba sa simptomima koji bi upućivali na karcinom	16	42,1	22	57,9	,947	0,330
Uopće ne radim digitorektalni pregled	7	18,4	31	81,6	15,158	<0,001

Značajno manji broj liječnika izjasnio da digitorektalni pregled rade na način da sustavno pregledavaju određene asimptomatske grupe i da uopće ne rade digitorektalni pregled, nije bilo značajnih razlika u učestalosti pojedinačnog, sporadičnog provođenja digitorektalnog pregleda, prema individualnoj procjeni rizika kao ni u frekvenciji digitorektalnog pregleda samo u osoba sa simptomima koji bi upućivali na karcinom (Tablica 12).

Tablica 13. Karcinom prostate

Karcinom prostate	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kako najčešće započinjete pregled?						
Najprije sami obavite digitorektalni pregled prostate, PSA, UZV prostate te ako postoji sumnja na karcinom ili ima znakova prostatizma uputite pacijenta urologu	12	31,6	26	68,4	5,158	0,023
Učinite PSA,UZV prostate,nalaz urina, pa uputite urologu (ne radite digitorektalni pregled)	26	68,4	12	31,6	5,158	0,023
Odmah uputite urologu	2	5,3	36	94,7	30,421	<0,001
Koje rizične grupe obuhvaćate pregledom?						
Muškarce stare 50 i više godina	24	63,2	14	36,8	2,632	0,105
Samo muškarce koji imaju znakove prostatizma	18	47,4	20	52,6	0,105	0,746
Propitujete li muškarce iznad 40 god. starosti o obiteljskoj anamnezi raka prostate	29	76,3	9	23,7	10,526	0,001

Kod pregleda prostate značajno manji broj liječnika se izjasnio da najprije sami obave digitorektalni pregled prostate, PSA, UZV prostate, te ako postoji sumnja na karcinom ili ima znakova prostatizma upute pacijenta urologu ili da odmah upute pacijenta urologu, dok se najveći broj liječnika izjasnio da učine PSA, UZV prostate, nalaz urina, pa upute urologu, a ne rade digitorektalni pregled. Za pitanje o rizičnim skupinama značajno veći broj liječnika se izjasnio da propituju muškarce iznad 40 god. starosti o obiteljskoj anamnezi raka prostate a nije bilo značajnih razlika u ostalim skupinama (Tablica 13).

Radite li na programu praćenja i rehabilitacije oboljelih od raka?

Tablica 14. Praćenje i rehabilitacija pacijenata oboljelih od raka

Što radite na programu praćenja i rehabilitacije pacijenata oboljelih od raka?	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kućne posjete samo na poziv	28	73,7	10	26,3	8,526	0,004
Kućne posjete planirano, periodično	9	23,7	29	76,3	10,526	0,001
Aktivan rad s određenim grupama-klubovima	1	2,6	37	97,4	34,105	<0,001
Edukacija i podučavanje članova obitelji, pri njihovom posjetu ambulantni	32	84,2	6	15,8	17,789	<0,001
Samo u okviru službe kućne njege	2	5,3	36	94,7	30,421	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da kućne posjete obavljaju samo na poziv i da educiraju i podučavaju članove obitelji, pri njihovom posjetu ambulantni, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da kućne posjete obavljaju planirano, periodično, da aktivno rade s određenim grupama-klubovima i da aktivnosti praćenja i rehabilitacije obavljaju samo u okviru službe kućne njege (Tablica 14).

Tablica 15. Program terminalne skrbi pacijenata oboljelih od raka

Što radite na programu terminalne skrbi pacijenata oboljelih od raka?	Da		Ne		χ^2	P
	N	%	N	%		
Intervencija samo na poziv	24	63,2	14	36,8	2,632	0,105
Samoinicijativno, plan periodičnih kućnih posjeta	13	34,2	25	65,8	3,789	0,052
Prepuštam to potpuno službi Kućne njege i patronažnim sestrama	8	21,1	30	78,9	12,737	<0,001

Značajno manji broj liječnika izjasnio da program terminalne skrbi prepuštaju potpuno službi Kućne njege i patronažnim sestrama, nije bilo značajnih razlika u obavljanju intervencija samo na poziv kao ni u samoinicijativnom planiranju periodičnih kućnih posjeta (Tablica 15).

Tablica 16. Kućna njega

Kućna njega	Da		Ne		χ^2	P
	N	%	N	%		
Jeste li zadovoljni radom/Vašom suradnjom s Ustanovama za kućnu njegu?	29	76,3	9	23,7	10,526	0,001
Jeste li zadovoljni radom/Vašom suradnjom s patronažnim sestrama?	32	84,2	6	15,8	17,789	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da su suradnjom s Ustanovama za kućnu njegu i suradnjom s patronažnim sestrama (Tablica 16).

Tablica 17. Program primarne prevencije raka

Vaši stavovi i mišljenja o programu primarne prevencije raka	Da		Ne		χ^2	P
	N	%	N	%		
Nije potrebna, jer se time ne može očekivati veći uspjeh u smanjenu smrtnosti protiv raka	2	5,3	36	94,7	30,421	<0,001
Korisna je, dovoljno se provodi u okviru radnog vremena, davanjem savjeta, informiranjem	9	23,7	29	76,3	10,526	0,001
Nedovoljno se provodi, ima još puno prostora za poboljšanje	32	84,2	6	15,8	17,789	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da se program primarne prevencije raka nedovoljno provodi, te da ima još puno prostora za poboljšanje, a značajno manju broj liječnika se izjasnio da program primarne prevencije raka nije potreban jer se time ne može očekivati veći uspjeh u smanjenu smrtnosti i da je program primarne prevencije raka koristan te da se dovoljno provodi u okviru radnog vremena, davanjem savjeta i informiranjem (Tablica 17).

Tablica 18. Program ranog otkrivanja raka

Vaši stavovi i mišljenja o programu ranog otkrivanja raka	Da		Ne		χ^2	P
	N	%	N	%		
U potpunosti samostalno provode obiteljski doktori, samo za osobe sa simptomima	12	31,6	26	68,4	5,158	0,023
Samostalno provode obiteljski doktori, za osobe sa simptomima i za asimptomatske osobe s individualno procijenjenim visokim rizikom	31	81,6	7	18,4	15,158	<0,001
Potrebno je sve prepustiti Nacionalnom programu	2	5,3	36	94,7	30,421	<0,001
Takav način primarne prevencije nije potreban	1	2,6	37	97,4	34,105	<0,001

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da program ranog otkrivanja raka samostalno provode obiteljski doktori, za osobe sa simptomima i za asimptomatske osobe s individualno procijenjenim visokim rizikom, a značajno manju broj liječnika se izjasnio da program ranog otkrivanja raka u potpunosti samostalno provode obiteljski doktori, samo za osobe sa simptomima, te da je potrebno sve prepustiti Nacionalnom programu i da takav način primarne prevencije nije potreban (Tablica 18).

Tablica 19. Program suzbijanja raka

Vaši stavovi o načinu provođenja Programa suzbijanja raka	Da		Ne		χ^2	P
	N	%	N	%		
Trebao bi biti fakultativan, stvar izbora svakog liječnika	7	18,4	31	81,6	15,158	<0,001
Obavezan dio rada, ali samo za osobe s individualno procijenjenim povećanim rizikom	19	50,0	19	50,0	0	1,000
Obavezan dio rada, sustavno za posebne grupe	16	42,1	22	57,9	0,947	0,330
U obliku posebnih preventivnih programa u dogovoru s ZZO-m, zahtjeva određeni vremenski period	24	63,2	14	36,8	2,632	0,105

Značajno manji broj liječnika se izjasnio da bi program suzbijanja raka trebao biti fakultativan, stvar izbora svakog liječnika dok nije bilo značajnih razlika u ostalim istraživanim varijablama (Tablica 19).

Tablica 20. Organizacija provođenja Programa suzbijanja raka

Vaši stavovi i mišljenja o organizaciji provođenja Programa suzbijanja raka	Da		Ne		χ^2	P
	N	%	N	%		
Mogao bi se provoditi u okviru postojeće organizacije zdravstvene službe, ili uz minimalnu reorganizaciju	11	28,9	27	71,1	6,737	0,009
Samo uz značajnu reorganizaciju službe(npr. manje pacijenata na listi, više preventivnih aktivnosti)	29	76,3	9	23,7	10,526	0,001

Značajno manji broj liječnika se izjasnio da bi se program suzbijanja raka mogao provoditi u okviru postojeće organizacije zdravstvene službe ili uz minimalnu reorganizaciju dok se

značajno veći broj liječnika izjasnio da bi se program suzbijanja raka mogao provoditi samo uz značajnu reorganizaciju službe (Tablica 20).

Tablica 21. Program praćenja pacijenata oboljelih od raka sa stabilnim kliničkim stanjem

Što bi trebao sadržavati program praćenja pacijenata oboljelih od raka sa stabilnim kliničkim stanjem?	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Klubovi pacijenata liječenih od raka na razini ordinacije, Zdravstvene stanice, voditelji liječnici obiteljske medicine	10	26,3	28	73,7	8,526	0,004
Klubovi pacijenata liječenih od raka na razini Zdravstvene zajednice-voditelji patronažne sestre	5	13,2	33	86,8	20,632	<0,001
Klubovi pacijenata liječenih od raka na razini Zdravstvene zajednice-voditelji liječnici i patronažne sestre	31	81,6	7	18,4	15,158	<0,001
Samo savjeti i usluga za vrijeme dolazaka u ambulantu	1	2,6	37	97,4	34,105	<0,001

Značajno manji broj liječnika se izjasnio da bi se program praćenja pacijenata oboljelih od raka sa stabilnim kliničkim stanjem trebao provoditi u klubovima pacijenata liječenih od raka na razini ordinacije, zdravstvene stanice, voditelji liječnici obiteljske medicine, u klubovima pacijenata liječenih od raka na razini Zdravstvene zajednice-voditelji patronažne sestre i samo savjetima i uslugama za vrijeme dolazaka u ambulantu, a značajno veći broj liječnika se izjasnio da bi se program praćenja pacijenata oboljelih od raka sa stabilnim kliničkim stanjem trebao provoditi klubovima pacijenata liječenih od raka na razini zdravstvene zajednice-voditelji liječnici i patronažne sestre (Tablica 21).

Tablica 22. Program rehabilitacije pacijenata oboljelih od raka

Što bi trebao sadržavati program rehabilitacije pacijenata oboljelih od raka?	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Rehabilitaciju samo u sklopu službe Kućne njege, kako je sada	4	10,5	34	89,5	23,684	<0,001
Rehabilitaciju provodi fizioterapeut, stalni član tima obiteljskog doktora (npr. jedan zaposlen u ZS)	15	39,5	23	60,5	1,684	0,194
Samostalne jedinice za fizikalnu terapiju, uz opremljen Kabinet u svakoj zdravstvenoj stanici i mobilnim timom za kućno liječenje (članovi fizioterapeuti, a možda i fizijatar)	19	50,0	19	50,0	0	1,000
Specijalist fizijatar konzilijarno član tima obiteljskog doktora	6	15,8	32	84,2	17,789	<0,001

Značajno manji broj liječnika se izjasnio da bi se program rehabilitacije pacijenata oboljelih od raka trebao provoditi samo u sklopu službe Kućne njege, kako je sada, ili da bi ga trebao provoditi specijalist fizijatar konzilijarno član tima obiteljskog doktora, u ostalim varijablama nije bilo značajnih razlika (Tablica 22).

Tablica 23. Program terminalne skrbi pacijenata oboljelih od raka

Što bi trebao sadržavati program terminalne skrbi pacijenata oboljelih od raka?	Da		Ne		χ^2	p
	N	%	N	%		
Intervencija samo na poziv	5	13,2	33	86,8	20,632	<0,001
Samo u okviru skrbi Ustanova za Kućnu njegu	4	10,5	34	89,5	23,684	<0,001
Terminalnu skrb bi trebalo odvojiti i drugačije bodovati od ostale skrbi za kronične bolesnike u kućnoj njezi	24	63,2	14	36,8	2,632	0,105
Samostalne jedinice za terminalnu skrb, pod vodstvom dodatno educiranih obiteljskih doktora u sklopu Domova zdravlja	13	34,2	25	65,8	3,789	0,052
Samostalna hospicijska služba	10	26,3	28	73,7	8,526	0,004

Značajno manji broj liječnika se izjasnio da bi se program terminalne skrbi pacijenata oboljelih od raka trebao provoditi intervencijama samo na poziv, samo u okviru skrbi ustanova za kućnu njegu ili unutar samostalne hospicijske službe, u ostalim varijablama nije bilo značajnih razlika (Tablica 23).

7. Rasprava

Liječnik opće/obiteljske medicine (LOM) definiran je kao specijalistički obrazovan doktor medicine koji pruža osobnu, primarnu, kontinuiranu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu pojedincima i obiteljima u lokalnoj zajednici bez obzira na dob, spol ili bolest. Zahvaljujući specijalističkom obrazovanju LOM su osposobljeni za rad na unapređenju zdravlja, sprječavanju i ranom otkrivanju bolesti.

U našem radu pokazali smo da velika većina liječnika obiteljske medicine u potpunosti upoznalo žene o važnosti odlaska na mamografski pregled. Sama barijera pristupa liječniku, neizbor liječnika obiteljske medicine, te nepostojanje preporuke od strane liječnika opće medicine, dovode do slabijeg odaziva na program ranog otkrivanja. Žene s lošim pristupom liječniku opće medicine manje se odazivaju na preglede.

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da savjetuju pacijente o povezanosti zdravog načina života i smanjene pojave raka, o postojećim screening programima, o ranim simptomima i znakovima raka, da uzimaju i bilježe obiteljsku anamnezu, svi su se izjasnili o isplativosti screeninga za karcinom dojke, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da nije isplativo raditi screening za karcinom pluća i karcinom želuca.

Veći broj pregledava žena pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da sustavno pregledavaju određene grupe žena kod redovitog pregleda, vrše sistematski pregled žena starijih od 50 godina i da uopće ne rade klinički pregled dojke. Mamografiju indiciraju pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika i da evidentiraju u zdravstveni karton datum i rezultat mamografije prema Nacionalnom programu, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da uopće to ne rade. Nije bilo značajnih razlika u navikama sustavnog pregledavanja određenih grupa žena i mamografskih pregleda na zahtjev pacijenta

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da kućne posjete obavljaju samo na poziv i da educiraju i podučavaju članove obitelji, pri njihovom posjetu ambulantni, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da kućne posjete obavljaju planirano, periodično, da aktivno rade s određenim grupama-klubovima i da aktivnosti praćenja i rehabilitacije obavljaju samo u okviru službe kućne njege.

Sukladno istraživanjima Barbare Starfield i suradnika, primarna zdravstvena zaštita utemeljena na ovakvoj obiteljskoj medicini, ne samo da pridonosi boljim zdravstvenim pokazateljima i zadovoljstvu bolesnika, nego pridonosi i uštedama unutar zdravstvenog sustava te smanjenju zdravstvenih nejednakosti. Međutim, koliki dio i na koji će način biti iskorišteni potencijali ove struke, ovisi o viziji onih koji odlučuju o zdravstvenim sustavima (43).

Program primarne prevencije raka nedovoljno provodi, te da ima još puno prostora za poboljšanje, a značajno manji broj liječnika se izjasnio da program primarne prevencije raka nije potreban jer se time ne može očekivati veći uspjeh u smanjenju smrtnosti i da je program

primarne prevencije raka koristan te da se dovoljno provodi u okviru radnog vremena, davanjem savjeta i informiran (44).

Značajno veći broj liječnika se izjasnio da program ranog otkrivanja raka samostalno provode obiteljski doktori, za osobe sa simptomima i za asimptomatske osobe s individualno procijenjenim visokim rizikom, a značajno manji broj liječnika se izjasnio da program ranog otkrivanja raka u potpunosti samostalno provode obiteljski doktori, samo za osobe sa simptomima, te da je potrebno sve prepustiti Nacionalnom programu i da takav način primarne prevencije nije potreban (33).

Manji broj liječnika se izjasnio da bi program suzbijanja raka bi trebao biti fakultativan, stvar izbora svakog liječnika dok nije bilo značajnih razlika u ostalim istraživanim varijablama (33,45).

Značajno manji broj liječnika se izjasnio da bi se program suzbijanja raka mogao provoditi u okviru postojeće organizacije zdravstvene službe ili uz minimalnu reorganizaciju dok se značajno veći broj liječnika izjasnio da bi se program suzbijanja raka mogao provoditi samo uz značajnu reorganizaciju službe. Manji broj istih smatra da programe ne bi trebalo dodatno plaćati, dovoljna je profesionalna satisfakcija i zadovoljstvo pacijenata i da ih se ne bi trebalo dodatno plaćati, ali bi trebalo uvesti druge oblike stimulacije (sudjelovanje u istraživačkom radu, na stručnim i znanstvenim skupovima) nije bilo značajnih razlika u ostalim istraživanim varijablama (46,47).

Manji broj liječnika se izjasnio da bi program praćenja teških pacijenata oboljelih od raka trebao sadržavati intervencije samo na poziv, a značajno veći broj liječnika se izjasnio da bi program praćenja teških pacijenata oboljelih od raka trebala obavljati samostalna služba kućnog liječenja, dobro opremljena, voditelji liječnici obiteljske medicine, dodatno educirani, palijativni tim.

I površna analiza podataka pokazuje da se puno toga može i treba učiniti na unapređenju zdravlja . I liječnici obiteljske medicine moraju preuzeti odgovornost za sveukupno zdravlje svojih pacijenata.

Promicanje zdravlja, prevencija bolesti i zbrinjavanje kroničnih bolesti su danas prioriteta u većini zdravstvenih sustava u svijetu. Promicanje zdravlja podrazumijeva poticanje ljudi na izbor zdravog načina života. Primjeri promicanja zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uključuju edukaciju i savjetovanje putem programa koji potiču na fizičku aktivnost, poboljšanje prehrane, smanjenje uporabe cigareta, alkohola i droga. Prevencija bolesti je pak fokusirana na preventivne strategije koje smanjuju rizik od bolesti, identificiraju faktore rizika, odnosno teže otkrivanju bolesti u ranim fazama (48). Rezultati pokazuju da stanovništvo nije upoznato s povoljnijim rezultatima kod ranoga otkrivanja raka. Nije dovoljno razvijeno zdravstveno obrazovanje, osnovna znanja o zdravstvu, ali je jasno i to da ljudi strahuju od samoga pregleda, a i rezultata istoga. Treba poboljšati zdravstvene stavove, razvijati i proširivati zdravstvenu kulturu, a to bi moglo biti dio uspješnoga programa u koji bi, uz teoretskoga znanja trebalo uvesti i praktični dio. U zdravstvenom obrazovanju stanovništva treba naglasiti važnost prevencije oboljenja od raka, upoznati ih s

rizičnim faktorima kod nastajanja bolesti, probuditi „onkološku svijest“. Jako je važna zadaća sekundarna prevencija, prihvaćanje preventivnih pretraga, slanje poruka o istim, upoznavanje s činjenicom da se blagovremeno prepoznata bolest može uspješno liječiti. Treba promijeniti i poboljšati zdravstvenu kulturu ljudi-stavove, navike i ponašanja. Važno je povećati angažman zdravstvenih djelatnika koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Oni su ti koji se dnevno susreću s pacijentima, a unapređenje zdravlja i zdravstveni odgoj dio je njihovog svakodnevnog posla. Jako je važno da svi ljudi zapamte: Preventivni pregled nije samo traženje bolesti nego i provjera zdravlja.

Rak je izlječiva bolest ako se otkrije u ranom stadiju (49,50). Kontrola za svakoga treba postati rutina i obveza.

8. Zaključak

Jedna od rastućih opasnosti današnjice su maligna oboljenja. Za smanjenje smrtnosti kratkoročno i srednjoročno najviše obećava sekundarna prevencija i javno-zdravstvene strategije u kojoj najvažnije sredstvo čine programirani preventivni pregledi, ali i ne manje važna primarna prevencija. Preventivni pregled može biti uspješan ako uz društvena i materijalna sredstva i pojedinac posjeduje odgovarajuće znanje o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti te višu razinu zdravstvene kulture u kojoj će uveliko sudjelovati liječnik obiteljske medicine. Poseban način organizacije rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji osigurava preventivni rad je dispanzerska metoda rada. Od LOM-a zahtjeva aktivno traženje rizičnih čimbenika i simptoma prisutnih u prividno zdravih osoba, multidisciplinarni odnosno timski način rada, grupni rad sa pacijentima te sustavnu programiranu skrb za kronične bolesnike. S obzirom na svoj položaj u zdravstvenom sustavu, trajni kontakt sa populacijom koja ga je izabrala te utjecaj na lokalnu zajednicu u kojoj djeluje, LOM ima važnu ulogu u prevenciji. Upravo integracija preventivnih aktivnosti u svakodnevni rad liječnika, odnosno u svaku konzultaciju s pacijentom, ima najvažniju ulogu u postizanju dobrih rezultata. Obiteljska medicina je prije svega usmjerena na primarnu i sekundarnu prevenciju, ali također ima važnu ulogu i u tercijarnoj prevenciji, koju provodi kontinuiranim pristupom i dugotrajnim vođenjem bolesnika. Primarna prevencija podrazumijeva uklanjanje ili smanjivanje utjecaja štetnih čimbenika na zdravlje. Namijenjena je zdravoj populaciji, a cilj je postići što veći stupanj zainteresiranosti i odgovornosti pojedinca za vlastito zdravlje. Osim liječnika, ovdje veliku ulogu ima i ostatak tima LOM-a. Medicinska sestra u ordinaciji treba provoditi zdravstveno-odgojne mjere i intervencije pri svakom kontaktu s bolesnikom, a patronažna sestra s obzirom na to da provodi puno vremena u zajednici, također ima veliku odgovornost kao zdravstvena odgajateljica. Glavni cilj sekundarne prevencije je otkrivanje presimptomatske bolesti. Planom i programom mjera zdravstvene zaštite obuhvatilo niz aktivnosti kao što su: promicanje zdravlja, provođenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanje stanovništva, skrb o osobama s povećanim rizikom po zdravlje, prevencija kroničnih nezaraznih bolesti, prevencija ozljeda, skrb o osobama starijim od 65 godina, prevencija i liječenje zaraznih bolesti te planiranje obitelji.

Naša sadašnja studija proučava razloge nedolaska na preventivne preglede, tražeći odgovor na stavove ljudi o zdravlju, o njihovoj svjesnosti o važnosti zdravlja, koliko znaju o bolesti, a djelomično analizira i ekonomsko i društveno okruženje.

Znanstveni doprinos i rezultat ovoga rada i njegovi rezultati biti primijenjeni u praksi u lokalnim zajednicama. Kako se od istraživanja očekuje lista prioriternih prediktora oboljevanja od raka i njihovo sinergično djelovanje, ono će biti osnova za izradu ciljanih intervencijskih programa, sukladno potrebama svake od lokalnih zajednica. Analiza uloge sustava zdravstva te stavova i znanja prema raku u okružju socijalne zajednice bit će smjernice za izradu individualnog plana rada u rizičnoj dobi i proaktivnog djelovanja u lokalnoj sredini. Ovo je posebno važno na području Hercegovačko-neretvanske županije gdje su pokazatelji zdravlja loši, a mjere intervencije slabe ili izostaju.

9. Sažetak

Cilj istraživanja

Istražiti i analizirati ulogu sustava zdravstva, osobito liječnika opće/obiteljske medicine, u savjetovanju i poticanju na ranu prevenciju raka, praćenju rizičnih čimbenika od strane navedenih.

Njihovoj percepciji sustava vrijednosti prema zdravlju i bolesti (osobito malignim bolestima) i vjerovanjima u sredini u kojoj rade. Poznavanju i iskustvima s nacionalnim i lokalnim programom ranog otkrivanja raka, uloga liječnika opće/obiteljske medicine u tom programu.

Hipoteza

Sudjelovanje liječnika obiteljske medicine u programima prevencije raka uveliko doprinose ukupnom zdravlju stanovništva

Metode i instrumenti istraživanja

U istraživanju će se koristiti sljedeći instrumenti i metode rada: Individualni upitnik za sve liječnike opće/obiteljske medicine u Hercegovačko-neretvanskoj županiji Instrument u ovom dijelu istraživanja bit će pripremljen prema Anketnom upitniku za liječnike obiteljske medicine o provođenju Programa suzbijanja raka koji se koristi u Republici Hrvatsko.

Rezultati

U našem radu pokazali smo da je većina liječnika obiteljske medicine u potpunosti upoznala pacijente o važnosti odlaska na preglede. Sama barijera pristupa liječniku, neizbor liječnika obiteljske medicine, te nepostojanje preporuke od strane liječnika opće medicine, dovode do slabijeg odaziva na program ranog otkrivanja. Pacijenti s lošim pristupom liječniku opće medicine manje se odazivaju na preglede. Značajno veći broj liječnika se izjasnio da savjetuju pacijente o povezanosti zdravog načina života i smanjene pojave raka, o postojećim screening programima, o ranim simptomima i znakovima raka, da uzimaju i bilježe obiteljsku anamnezu, svi su se izjasnili o isplativosti screeninga, dok se značajno manji broj liječnika izjasnio da nije isplativo raditi screening za karcinom pluća i karcinom želuca.

Zaključak

S obzirom na svoj položaj u zdravstvenom sustavu, trajni kontakt sa populacijom koja ga je izabrala te utjecaj na lokalnu zajednicu u kojoj djeluje, LOM ima važnu ulogu u prevenciji. Upravo integracija preventivnih aktivnosti u svakodnevni rad liječnika, odnosno u svaku konzultaciju s pacijentom, ima najvažniju ulogu u postizanju dobrih rezultata. Obiteljska medicina je prije svega usmjerena na primarnu i sekundarnu prevenciju, koju provodi kontinuiranim pristupom i dugotrajnim vođenjem bolesnika.

Abstract

Aim of research

Investigate and analyze the role of the health care system, especially general practitioners/ family physicians, in counseling and encouraging early cancer prevention, monitoring of risk factors by the above.

Their perception of value systems towards health and disease (especially malignant diseases) and beliefs in the environment in which they work. Knowledge and experience with the national and local cancer early detection program, the role of general practitioners in that program.

Hypothesis

The participation of family physicians in cancer prevention programs contributes greatly to the overall health of the population.

Research methods and instruments

The following instruments and methods of work will be used in the research: Individual questionnaire for all general practitioners / family physicians in Herzegovina-Neretva Canton. The instrument in this part of the research will be prepared according to the Questionnaire for family physicians on the implementation of the Cancer Control Program Croatian.

The results

In our work, we have shown that the vast majority of family physicians have fully informed patients about the importance of going for checkups. The barrier of access to a doctor, the non-selection of a family doctor, and the lack of a recommendation by a general practitioner, lead to a weaker response to the early detection program. Patients with poor access to a general practitioner are less responsive to examinations all commented on the cost-effectiveness of screening, while a significantly smaller number of physicians stated that it was not cost-effective to do screening for lung cancer and gastric cancer.

Conclusion

Given its position in the health system, ongoing contact with the population that elected it, and its impact on the local community in which it operates, family physician plays an important role in prevention. It is the integration of preventive activities into the daily work of the doctor, ie in any consultation with the patient, that plays the most important role in achieving good results. Family medicine is primarily focused on primary and secondary prevention, which is carried out through a continuous approach and long-term management of patients.

10. Literatura

1. IARC/WHO. Latest world cancer statistics. Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. Press release No 223, 12 December 2013. (dostupno na: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf)
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127:2893-291.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. (dostupno na <http://globocan.iarc.fr>)
4. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013;132:1133-45.
5. Zavod za javno zdravstvo FBiH. Zdravstveno stanje stanovništva o zdravstvena zaštita u FBiH. Sarajevo: Zavod za javno zdravstvo FBiH, 2013. Zavod za javno zdravstvo FBiH. Pregled malignih neoplazmi. Registar raka FBiH, 2010.
6. McCormack VA, Boffetta P. Today's lifestyles, tomorrow's cancers: trends in lifestyle risk factors for cancer in low- and middle-income countries. *Annals of Oncology*. 2011;22: 2349–57.
7. Wei EK, Wolin KY, Colditz GA. Time Course of Risk Factors in Cancer Etiology and Progression. *J Clin Oncol*. 2010;28:4052-57.
8. Kroenke CH, Chen WY, Rosner B, Holmes MD. Weight, Weight Gain and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *J Clin Oncol*. 2005;23:1370-8.
9. Vos AA, Veldhuis HM, Largo-Janssen TL. Intrauterine contraception: the role of general practitioners in four Dutch general practices. *Contraception*. 2004; 69(4):283-7.
10. Sannisto T, Kosunen E. Provision of contraception: a survey among primary care physicians in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(5):636-45.
11. Wei EK, Wolin KY, Colditz GA. Time Course of Risk Factors in Cancer Etiology and Progression. *J Clin Oncol*. 2010;28:4052-57.
12. WCRF/AICR Expert Report. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A Global Perspective 2007.,2010. (dostupno na <http://www.dietandcancerreport.org/>)
13. Cross AJ, Sinha R. Meat-related mutagens/carcinogens in the etiology of colorectal cancer. *Environmental and Molecular Mutagenesis*. 2004;44:44–55.
14. Key TJ, Bradbury KE, Perez-Cornago A, Sinha R, Tsilidis KK, Tsugane S. Diet, nutrition, and cancer risk: what do we know and what is the way forward? *BMJ*. 2020;368:m511.
15. Aune D, Chan DSM, Greenwood DC, et al. Dietary fiber and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Annals of Oncology*. 2012;23:1394–402.
16. Chlebowski RT. Lifestyle and Breast Cancer Risk: The Way Forward? *J Clinical Oncology*. 2010;1458.
17. Newcomb PA, Kampman E, Trentham-Dietz A, Egan KM, Titus LJ. Alcohol Consumption Before and After Breast Cancer Diagnosis: Associations With Survival

- From Breast Cancer, Cardiovascular Disease, and Other Causes. *J Clin Oncol*. 2013; 31:1939-46.
18. Bandera EV, August DA. Alcohol Consumption and Breast Cancer Survival *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27:1727-33.
 19. Lash T, Aschengrau A. Active and Passive Cigarette Smoking and the Occurrence of Breast Cancer. *Am J Epidemiol*. 1999;149:5-12.
 20. Gotay CC. Behavior and Cancer Prevention. *J Clin Oncol*. 2005;23:301-310.
 21. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Robert J, Desche L. Dietary Change After Breast Cancer: Extent, Predictors, and Relation With Psychological Distress. *J Clin Oncol*. 2002;20:1017-25.
 22. Cross AJ, Sinha R. Meat-related mutagens/carcinogens in the etiology of colorectal cancer. *Environmental and Molecular Mutagenesis*. 2004;44:44-55.
 23. WHO. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes: early detection. Geneva: WHO, 2007.
 24. Steenland K, Whelan E, Deddens J, Stayner L, Ward E. Ethylene oxide and breast cancer incidence in a cohort study of 7576 women (United States). *Cancer Causes Control*. 2003;14:531-9.
 25. Jia Y, Lu Y, Wu K, et al. Does night work increase the risk of breast cancer? A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer Epidemiol* 2013;37:197-206.
 26. Kamdar BB, Tergas AI, Mateen FJ, Bhayani NH, Oh J. Night-shift work and risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2013;138:291-301.
 27. Straif K, Baan R, Grosse Y, et al. Carcinogenicity of shift-work, painting, and fire-fighting. *Lancet Oncol* 2007;8:1065-6.
 28. Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, et al. Intake of fruits and vegetables and risk of breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA*. 2001;285:769-76.
 29. Riboli F, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J Clin Nutr*. 2003;78:5598.
 30. Cho E, Chen WY, Hunter DJ, et al. Red meat intake and risk of breast cancer among premenopausal women. *Arch Intern Med*. 2006;166(20):2253-9.
 31. Vera-Ramirez L, Ramirez-Tortosa MC, Sanchez-Rovira P, et al. Impact of diet on breast cancer risk: a review of experimental and observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2013;53:49-75.
 32. Thomson CA. Diet and breast cancer: understanding risks and benefits. *Nutr Clin Pract*. Oct 2012;27:636-50.
 33. Katić M, Jureša V, Bergman Marković B, et al. Proaktivni pristup preventivnom radu u obiteljskoj medicini. *Acta Med Croat*. 2010;64:443-52.
 34. Sim MG, Khong E. Prevention building on routine clinical practice. *Australian Family Physician* 2006;35:12-5.
 35. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005;41:505-601.
 36. Znaor A. Trendovi incidencije i mortaliteta raka dojke u svijetu i u Republici Hrvatskoj. U: Janković S, ur. Mamografski probir raka dojke. Organizacija, rani rezultati i kontrola kvalitete. Split: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, 2008.
 37. Strnad M, Ivanda T, Ljubičić N. Provođenje nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2008;13. Dostupno na: <http://www.hcjz.hr>.
 38. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak. Dostupno na: <http://www.hzjz.hr>.

39. Strnad M. Početak Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, vol.4, 13. stpnja 2008. Dostupno na: [http:// www.hczj.hr](http://www.hczj.hr).
40. Šupe Parun A. Nacionalni program otkrivanja raka dojke dojke. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, vol.7, 7. listopada 2011. Dostupno na: [http:// www.hczj.hr](http://www.hczj.hr).
41. WHO Observatory. Policy briefs. Screening in Europe. No 10, 2006.
42. Zavod za statistiku Federacije Bosne i Hercegovine. Godišnji statistički izvještaj. Sarajevo, 2014.
43. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
44. Boerma GW. Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL 2003
45. Katić M, Švab I, i sur (2013). Obiteljska medicina : sveučilišni udžbenik. Zagreb: Alfa.
46. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. *BMJ.* 2000;320(7231): 354–357.
47. Westerman RF, Hull FH, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* 1990; 40(340):445–449.
48. WONCA Europe (2005) The European definition of general practice/family medicine.
URL:[http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACT short%20version.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACT%20short%20version.pdf)
49. Austoker J, Bankhead C, Forbes LJL, et al. Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. *Brit J Cancer.* 2009;101:31–9.
50. Forbes LJL, Warburton F, Richards MA, Ramirez AJ. Risk factors for delay in symptomatic presentation: a survey of cancer patients. *Brit J Cancer.* 2014;111:581–88.

11. Prilozi

**Anketni upitnik za liječnike obiteljske medicine o provođenju
Programa suzbijanja raka**

I. OSOBNI PODACI I PODACI O ORDINACIJI

1) Dob (godine) _____

--	--

2) Spol (zaokružite odgovor) M Ž

3) Jeste li polagali ispit o suzbijanju malignih bolesti, koji je organiziran 1993.g

Osijeku?

DA

NE

☐☐

--	--

4) Godine radnog staža _____

Godine radnog staža kao specijaliste _____

--	--

5) Kakvu populaciju pacijenata pretežno imate (upišite redni broj odgovora)

☐

1. Gradska (preko 90% gradskog stanovništva)

2. Pretežno gradska (60-90% gradskog stanovništva)

3. Pretežno seoska (60-90% seoskog stanovništva)

4. Seoska (preko 90% seoskog stanovništva)

6) Koja je približna dobna struktura Vaših pacijenata (upišite približan broj ili %)

1. Predškolska djeca (0-6 god.) _____

--	--

2. Školska djeca i mladež (7-19 god.) _____

--	--

3. Odrasli (20-64 god.) _____

--	--

4. Stariji, umirovljenici (65 i više godina) _____

--	--

7) Broj pacijenata u skrbi (iz ugovora s Fondom) _____

--	--	--	--

8) Opterećenost ordinacije

1. Prosječan broj posjeta pacijenata u ordinaciji (dnevno) _____

--	--

2. Prosječan broj kućnih posjeta mjesečno _____

--	--

II. RAD NA PRIMARNOJ PREVENCIJI RAKA

Jeste li do sada provodili aktivnosti na primarnoj prevenciji raka? (navedeni su osnovni rizični faktori, pokraj odgovora označite sa DA ili NE, moguće je više odgovora)

10) Pušenje:

1. Savjetovanje tijekom redovitog pregleda

DA

NE

2. Evidencija o pušenju u zdravstvenom kartonu (samo evidencija o pušenju, ili i s

--

--

brojem cigareta,dužinom pušačkog staža,anamneza o pušačima u obitelji)

DA

NE

☐☐

3.Ostali načini (letci,plakati u čekaonici,predavanja u ambulanti,Zdravstvenoj stanici,Mjesnoj zajednici,školi,crkvi,grupni rad s pacijentima)

DA

NE

☐☐

11) Alkohol:

1.Savjetovanje tijekom redovitog pregleda

DA

NE

☐☐

2.Evidencije u zdravstvenom kartonu (samo evidencija,ili i s vrstom,količinom i učestalošću pijenja,anamneza o alkoholizmu u obitelji)

DA

NE

☐☐

3.Ostali načini (letci,plakati u čekaonici,predavanja u ambulanti,Zdravstvenoj stanici,Mjesnoj zajednici,školi,crkvi,grupni rad s pacijentima)

DA

NE

☐☐

12) Prehrana:

1.Savjetovanje o zdravom načinu prehrane tijekom redovitog pregled (svi,dijabetičari,pretili,stariji,s povećanim lipidima,s kardiovaskularnim bolestima,hipertoničari)

DA

NE

☐☐

2.Evidencija u zdravstvenom kartonu (o načinu prehrane,pretilost,BMI,w/h)

DA

NE

☐☐

3.Ostali načini (letci,plakati u čekaonici,predavanja u ambulanti,Zdravstvenoj stanici,Mjesnoj zajednici,školi,crkvi,grupni rad s pacijentima)

DA

NE

☐☐

13) Redovita tjelesna aktivnost:

1.Savjetovanje tijekom redovitog pregleda

DA

NE

☐☐

2.Evidencija u zdravstvenom kartonu

DA

NE

☐☐

3.Ostali načini (letci,plakati u čekaonici,predavanja u ambulanti,Zdravstvenoj stanici,Mjesnoj zajednici,školi,crkvi,grupni rad s pacijentima (odaberi i opiši način)

DA

NE

☐
☐

14) Poduka o raku:

1.O povezanosti zdravog načina života i smanjene pojave raka

DA

NE

☐
☐

2.O postojećim screening programima

DA

NE

☐
☐

3.O ranim simptomima i znakovima raka

DA

NE

☐
☐

4.Uzimanje i bilježenje obiteljske anamneze

DA

NE

☐
☐

5. Počeli ste cijepiti,ili savjetovati adolescente o potrebi cijepljenja protiv HPV-a

DA

NE

☐
☐

15) Zna li za koje lokalizacije raka je isplativo raditi screening?(navedite 4 najčešće lokalizacije)

1.Karcinom pluća DA NE

☐ ☐

4.Karcinom debelog crijeva DA NE

☐ ☐

2.Karcinom želuca DA NE

☐ ☐

5.Karcinom prostate DA NE

☐ ☐

3.Karcinom dojke DA NE

☐ ☐

6.Karcinom vrata maternice DA NE

☐ ☐

III. Jeste li do sada provodili aktivnosti na ranom otkrivanju raka?(označite sa DA ili NE postupake kojeVi primjenjujete,moguće je više odgovora)

16) Karcinom vrata maternice

1.Sami uzimate PAPA- test

DA NE

☐ ☐

2.U zdravstveni karton unosite samo datum i rezultate zadnjeg PAPA-testa,te evidentirate podatak je li obavljen unutar tri godine kao prema Nacionalnom programu.

DA NE

☐ ☐

3. Savjetujete žene u dobi iznad 18 godina koje imaju povećani rizik za nastanak oboljenja (npr. adolescentice slobodnijeg načina života, žene u menopauzi, s ranije lošim PAPA- nalazom), da se redovno kontroliraju kod ginekologa.

DA NE

☐ ☐

4. Uopće se time ne bavite, sve prepuštate primarnom ginekologu DA NE

☐ ☐

Karcinom dojke:

17) Klinički pregled dojke:

1. Sustavno pregledavate određene grupe žena kod redovitog pregleda npr. žene u menopauzi, starije od 50 god., koje uzimaju kontraceptive, koje uzimaju hormonsku nadomjesnu terapiju, s pozitivnom obiteljskom anamnezom na rak dojke, žene s ranije utvrđenim promjenama na dojkama)

DA NE

☐ ☐

2. Pojedinačno, sporadično, prema individualnoj procjeni rizika DA NE

☐ ☐

3. Sistematski pregled žena starijih od 50 godina DA NE

☐ ☐

4. Uopće ne radim klinički pregled dojke DA NE

☐ ☐

18) Mamografija:

1. Sustavno pregledavate određene grupe žena (npr. žene starije od 50 g., histerektomirane, koje uzimaju kontraceptive, koje uzimaju HNL)

DA NE

☐ ☐

2. Pojedinačno, sporadično prema individualnoj procjeni rizika

DA NE

☐ ☐

3. Mamografski pregled radite na zahtjev pacijenta

DA NE

☐ ☐

4. Evidentirate u zdravstveni karton datum i rezultat mamografije prema Nacionalnom programu

DA NE

☐ ☐

5. Uopće to ne radim

DA NE

☐ ☐

Karcinom debelog crijeva:

19) Testiranje okultnog krvarenja u stolici:

1. Sustavno pregledavate određene grupe (npr. starije od 50 god.,

s pozitivnom obiteljskom anamnezom na rak debelog crijeva/polpozu) DA NE

☐ ☐

2.Pojedinačno,sporadično,prema individualnoj procjeni rizika

DA NE

☐ ☐

3.Na zahtjev pacijenta

DA NE

☐ ☐

4.Radite test u okviru preventivnog pregleda osoba starijih od 50 godina prema

Nacionalnom programu

DA NE

☐ ☐

5.Uopće ne radim test na okultno krvarenje u stolici

DA NE

☐ ☐

20)Kako primjenjujete Hemoccult test-moguć jedan odgovor)

1.Isključivo sami

DA NE

☐ ☐

2.Isključivo preko laboratorija Doma zdravlja

DA NE

☐ ☐

3. I sam i preko laboratorija Doma zdravlja

DA NE

☐ ☐

21) Digitorektalni pregled:

1.Sustavno pregledavate određene asimptomatske grupe(npr. stariji od 50
god.,s pozitivnom obiteljskom anamnezom na rak debelog crijeva/polipozu)

DA NE

☐ ☐

2.Pojedinačno,sporadično,na osnovu individualno procijenjenog povećanog rizika
npr. osobe s pozitivnom obiteljskom anamnezom i sumnjivim simptomima,s dugotrajnom
upalnom bolesti crijeva,starije osobe s izraženim smetnjama pasaže,starije
osobe s gubitkom na tjelesnoj masi)

DA NE

☐ ☐

3.Radite digitorektalni pregled samo u osoba sa simptomima koji bi upućavali na karcinom

DA NE

☐ ☐

4. Uopće ne radim digitorektalni pregled

DA NE

☐ ☐

Karcinom prostate:

22) Kako najčešće započinjete pregled?

1. Najprije sami obavite digitorektalni pregled prostate, PSA, UZV prostate te ako postoji sumnja na karcinom ili ima znakova prostatizma uputite pacijenta urologu
2. Učinite PSA, UZV prostate, nalaz urina, pa uputite urologu (ne radite digitorektalni pregled)
3. Odmah uputite urologu

24) Koje rizične grupe obuhvaćate pregledom?

- | | | |
|---|----|---|
| 1. Muškarce stare 50 i više godina | DA | NE |
| | | ☐ ☐ |
| 2. Samo muškarce koji imaju znakove prostatizma | DA | NE |
| | | ☐ ☐ |

24) Propitujete li muškarce iznad 40 god. starosti o obiteljskoj anamnezi raka prostate (bliskih muških rođaka: otac, brat, stric)?

- | | |
|----|---|
| DA | NE |
| | ☐ ☐ |

IV. Radite li na programu praćenja i rehabilitacije oboljelih od raka?

25) Što radite na programu praćenja i rehabilitacije pacijenata oboljelih od raka?(moguće je više odgovora)

1.Kućne posjete samo na poziv

DA

NE

☐☐

2.Kućne posjete planirano,periodično

DA

NE

☐☐

3.Aktivan rad s određenim grupama-klubovima

DA

NE

☐☐

4.Edukacija i podučavanje članova obitelji,pri njihovu posjetu ambulanti

DA

NE

☐☐

5.Samo u okviru službe kućne njege

DA

NE

☐☐

6.Drugo (navedite)

26) Što radite na programu terminalne skrbi pacijenata oboljelih od raka? Samo jedna mogućnost)

1.Intervencija samo na poziv

DA

NE

☐☐

2.Samoinicijativno,plan periodičnih kućnih posjeta

DA

NE

☐☐

3.Prepuštam to potpuno službi Kućne njege i patronažnim sestrama

DA

NE

☐☐

4.Drugo (navedite)

27) Jeste li zadovoljni radom/Vašom suradnjom s Ustanovama za kućnu njegu?(DA,ako NE-opišite zašto)

DA ☐

NE ☐

28) Jeste li zadovoljni radom/Vašom suradnjom s patronažnim sestrama?(DA,ako NE-opišite zašto)

☐

DA _____

NE ☐ _____

V. VAŠI STAVOVI, MIŠLJENA, KAKO BI TREBALO BITI (jedan odgovor)

29) Vaši stavovi i mišljenja o programu primarne prevencije raka

1. Nije potrebna, jer se time ne može očekivati veći uspjeh u smanjenu smrtnosti protiv

Raka

DA

NE

☐☐

2. Korisna je, dovoljno se provodi u okviru radnog vremena, davanjem
savjeta, informiranjem

DA

NE

☐☐

3. Nedovoljno se provodi, ima još puno prostora za poboljšanje

DA

NE

☐☐

30) Vaši stavovi i mišljenja o programu ranog otkrivanja raka

1. U potpunosti samostalno provode obiteljski doktori, samo za osobe sa simptomima

DA

NE

☐☐

2. Samostalno provode obiteljski doktori, za osobe sa simptomima i za asimptomatske

osobe s individualno procijenjenim visokim rizikom

DA

NE

☐☐

3. Potrebno je sve prepustiti Nacionalnom programu

DA

NE

☐☐

4. Takav način primarne prevencije nije potreban

DA

NE

☐☐

31) Vaši stavovi o načinu provođenja Programa suzbijanja raka-jedan odgovor

1. Trebao bi biti fakultativan, stvar izbora svakog liječnika

DA

NE

☐☐

2. Obavezan dio rada, ali samo za osobe s individualno procijenjenim povećanim rizikom

3. Obavezan dio rada, sustavno za posebne grupe

DA

NE

☐☐

4. U obliku posebnih preventivnih programa u dogovoru s HZZO-m, zahtjeva

određeni vremenski period

DA NE

☐☐

32) Vaši stavovi i mišljenja o organizaciji provođenja Programa suzbijanja raka-jedan odgovor

1. Mogao bi se provoditi u okviru postojeće organizacije zdravstvene službe, ili uz minimalnu reorganizaciju.

DA NE

☐☐

2. Samo uz značajnu reorganizaciju službe (npr. manje pacijenata na listi, više preventivnih aktivnosti)

DA NE

☐☐

3. Drugi prijedlozi

33) Vaši stavovi i mišljenja o plaćanju/satisfakciji

1. Programe ne bi trebalo dodatno plaćati, dovoljna je profesionalna satisfakcija i zadovoljstvo pacijenata

DA NE

☐☐

2. Trebalo bi dodatno plaćati (povećanje glavarine za određene dobne skupine, plaćanje po usluzi, po preventivnim programima)

DA NE

☐☐

3. Trebalo bi uvesti kvalitativne pokazatelje uspješnosti rada (i po njima provoditi plaćanje - npr. broj uznapredovalih slučajeva raka, broj umrlih od raka, broj rano otkrivenih slučajeva raka, postotak obavljenih screening testova u odnosu na propisani)

DA

NE

☐☐

4. Ne bi ih trebalo dodatno plaćati, ali bi trebalo uvesti druge oblike stimulacije (sudjelovanje u istraživačkom radu, na stručnim i znanstvenim skupovima)

DA

NE

☐☐

34) Vaši stavovi i mišljenja o reguliranju provođenja Programa - jedan odgovor

1. Uz reguliranje svih aktivnosti putem Ugovora, trebalo bi nam stručno vodstvo, koordinacija uz pomoć eksperata, specijalista, koordinatora iz Zavoda za javno zdravstvo ili Hrvatskog Zavoda za zdravstveno osiguranje.

DA

NE

☐☐

2. Dovoljno bi bilo sve fiksno definirati zakonom i Ugovorom

DA

NE

☐☐

3. Stvar slobodne organizacije obiteljskog doktora, kao voditelja šireg tima, ili lokalne zajednice, ali traži kvalitativno ocjenjivanje uspješnosti rada (u okviru općenito propisanih)

ciljeva, koji bi bili regulirani Ugovorom)

DA

NE

☐☐

4. Isključivo stvar savjesti i slobodnog izbora liječnika

DA

NE

☐☐

**35) Što bi trebao sadržavati program praćenja teških (nepokretnih, teško pokretnih, u
uznapredovalo fazi bolesti) pacijenata oboljelih od raka?**

1. Intervencija samo na poziv

DA

NE

☐☐

2. Plan obilazaka, redoviti sastanci s Ustanovama za kućnu njegu, patronažnim sestrama

DA

NE

☐☐

3. Samostalna služba kućnog liječenja, dobro opremljena, voditelji liječnici obiteljske
medicine, dodatno educirani, palijativni tim

DA

NE

☐☐

4. Drugi organizacioni oblik-opisati

36)Što bi trebao sadržavati program praćenja pacijenata oboljelih od raka sa stabilnim kliničkim stanjem?-jedan odgovor

1.Klubovi pacijenata liječenih od raka na razini ordinacije,Zdravstvene stanice,

-voditelji liječnici obiteljske medicine

DA

NE

☐
☐

2.Klubovi pacijenata liječenih od raka na razini Zdravstvene zajednice-voditelji

patronažne sestre

DA

NE

☐
☐

3.Klubovi pacijenata liječenih od raka na razini Zdravstvene zajednice-voditelji liječnici i

patronažne sestre

DA

NE

☐
☐

3.Samo savjeti i usluga za vrijeme dolazaka u ambulantu

DA

NE

☐
☐

37)Što bi trebao sadržavati program rehabilitacije pacijenata oboljelih od raka?-jedan odgovor

1.Rehabilitaciju samo u sklopu službe Kućne njege,kako je sada

DA

NE

☐
☐

2.Rehabilitaciju provodi fizioterapeut, stalni član tima obiteljskog doktora(npr.jedan zaposlen u ZS)

DA

NE

☐
☐

3.Samostalne jedinice za fizikalnu terapiju,uz opremljen Kabinet u svakoj zdravstvenoj stanici i mobilnim timom za kućno liječenje(članovi fizioterapeuti,a možda i fizijatar)

DA

NE

☐
☐

4.Specijalist fizijatar konzilijarno član tima obiteljskog doktora

DA

NE

☐
☐

5.Druge mogućnosti (dopunite)

**38) Što bi trebao sadržavati program terminalne skrbi pacijenata oboljelih od raka?-
jedan odgovor**

1.Intervencija samo na poziv

DA

NE

☐
☐

2.Samo u okviru skrbi Ustanova za Kućnu njegu

DA

NE

☐
☐

3.Terminalnu skrb bi trebalo odvojiti i drugačije bodovati od ostale skrbi za kronične

bolesnike u kućnoj njezi

DA

NE

☐☐

4.Samostalne jedinice za terminalnu skrb,pod vodstvom dodatno educiranih obiteljskih

doktora u sklopu Domova zdravlja

DA

NE

☐☐

5.Samostalna hospicijska služba

DA

NE

☐☐

6.Drugo (navedite)

VI. VAŠE OSOBNE ZDRAVSTVENE NAVIKE

39) Pušenje:

NE _____

DA (cigareta dnevno, dužina pušačkog staža) _____

☐

40) Pića:

Uopće NE _____

☐

DA (koliko : dnevno, tjedno, prigodno, koja pića . oštra, pivo, vino (pazim na proizvođača
I kakvoću vina, uopće ne pazim) _____

☐

41) Fizička aktivnost :

1. Slabo se bavim fizičkim aktivnostima

☐

2. Povremeno se bavim fizičkim aktivnostima, neorganizirano (rad u kući, vrtu, šetnja,
vožnja biciklom, plivanje)

☐

3. Često se bavim fizičkim aktivnostima, neorganizirano

☐

4. Organizirano se bavim fizičkim aktivnostima (fitness, plesni klub, sportska

☐

organizacija), inače slabo

5. Organizirano se bavim fizičkim aktivnostima (fitness, plesni klub, sportska organizacija), plus često neorganizirano

☐

42) Koliki je Vaš BMI ? _____

☐

43) Je li redovito uzimate lijekove ?

NE _____

☐

DA (iz koje grupe) _____

☐

44) Kako ispunjavate slobodno vrijeme? (opišite - npr. samo kućne i obiteljske obveze, hobi - koji, drugi posao)

☐

45) Mislite li da ste na radnom mjestu izloženi stresu ?

Uobičajenom _____

☐

Povećanom _____

☐

(Ako je povećanom, što je glavni uzrok? (rad u osami, dnevna frekvencija pacijenata, teški pacijenti, loša suradnja s okolinom, prijetnje HZZO-a kaznama, nedovoljna

profesionalna afirmacija, nedovoljna samostalnost u organizaciji službe, teškoće u donošenju odluka - nedovoljno definirane kompetencije liječnika obiteljske medicine)

46) Je li bi za obiteljske liječnike trebali postojati obvezni periodični sistematski pregledi ?

NE (zašto?) _____

☐

DA (zašto?) _____

☐

47) Kako vodite brigu o svome zdravlju?

1. Redovito se pregledate (1x godišnje, 1x u 2 godine, rjeđe)

☐

2. Samo kad primijetim neke simptome

☐

3. Uopće se ne pregledam (razlog)

☐

48) Kada ste zadnji put bili na bolovanju, koliko dana i zbog čega?

12. Životopis

OSOBNİ PODACI:

Ime i prezime: Ivana Begić

Adresa: Kneza Trpimira 5, 88 240 Posušje, Bosna i Hercegovina

Telefonski broj: +387 63 381 110, +387 39 681 090

e-mail: ivana.begic.buba@gmail.com

Državljanstvo: bosanskohercegovačko, hrvatsko

Datum rođenja: 07.03.1975., Mostar, Bosna i Hercegovina

Spol: Ženski

ZVANJE/TITULA: Bachelor sestrinstva

RADNO ISKUSTVO :

2020- trenutno – glavna sestra Klinike za onkologiju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

2013-2020-glavna sestra odjela Klinike za onkologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar

2013.– trenutno-asistent na katedri Zdravstvena njega onkoloških bolesnika, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

- održavanje i izvođenje vježbi sa studentima iz Zdravstvene njege onkoloških bolesnika.

2012.- trenutno-asistent na katedri Interne medicine iz vježbi onkologije, Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru

- održavanje i izvođenje vježbi sa studentima medicine.

2002-2013 – medicinska sestra, Klinika za onkologiju, SKB Mostar

1999-2011.- medicinska sestra, Hitna služba, Posušje

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE :

2018-trenutno: Diplomski sveučilišni studij, Klinička zdravstvena njega, Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Mostaru

2013-položen stručni ispit za diplomiranu medicinsku sestru

2009-2012-Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, preddiplomski studij sestrinstva

1990- 1994-Srednja medicinska škola Zagreb

SUDJELOVANJE U KLINIČKIM STUDIJAMA:

2016- sada – NSCL, Faza IV, karcinom pluća

2014-2015- NSCL, Faza III/IV, karcinom pluća

2014- SSC, BE, karcinom jajnika

2014- SN, Faza III, karcinom usne šupljine

2011-NSCLC, Faza III, karcinom pluća

2018- A- randomized open label phase 3. study, Madrid, Spain

2018- Faza III karcinom pluća – London – United Kingdom

2020- CECOG- Breast Cancer academy, Vienna Austria

TRENINZI I CERTIFIKATI:

2016: AVANA studija, RTSM trening, certifikat

AVANA studija, Safety trening, certifikat

AVANA studija, Central Labs trening, certifikat

AVANA studija, Medical Imaging trening, certifikat

AVANA studija, GCP trenig, certifikat

Palijativna skrb. Simpozij sa međunarodnim sudjelovanjem

2014- Ergomed Study Site Coordination Training Program on CEL SCI study CS001P3

2013- Prvi regionalni kongres Zagreb: Edukacija i znanost u onkologiji

2012- Prvi regionalni kongres Sarajevo: Suportivna terapija onkoloških bolesnika

2011- GCP programski trening- Ergomed

Syntha Pharmaceuticals Bio Clinica Trident Training certifikat

2010-XVI. Simpozij sa međunarodnim sudjelovanjem – Cavtat

VII. Tečaj trajne edukacije- navesti u liječenju onkološko hematoloških bolesnika – Baška, Krk

2006- IV. Tečaj trajne edukacije sv. Martin na Muri

XIII. Simpozij sa međunarodnim sudjelovanjem, Zagreb

OSOBNOSTNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE:

Materinski jezik: hrvatski

Drugi jezik: engleski

Društvene vještine Komunikativna, odlučna i spremna na timski rad. Posebnu empatiju pokazujem prema pacijentima i njihovim problemima. Profesionalni pristup kolegama i pacijentima i odlično razvijene organizacijske vještine, stečene kroz rad u različitim institucijama zdravstva.

Računalne vještine : Poznavanje rada na računalu i MS Office paketa programa

Vozačka dozvola : B kategorije