

UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET

Nataša L. Pilipović-Broćeta

ISPITIVANJE SAGLASNOSTI STAVOVA
DOKTORA PORODIČNE MEDICINE I
PACIJENATA O LEČENJU HRONIČNIH
NEZARAZNIH BOLESTI

DOKTORSKA DISERTACIJA

Beograd, 2019

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE

Nataša L. Pilipović-Broćeta

ASSESSMENT OF ATTITUDES OF FAMILY
PHYSICIANS AND PATIENTS TOWARDS
TREATMENT OF CHRONIC NONCOMMON
DISEASES

DOCTORAL DISSERTATION

Belgrade, 2019

Mentor: prof. dr Nađa Vasiljević, profesor, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet,
Institut za higijenu i medicinsku ekologiju

Članovi komisije:

1. Doc. dr Janko Janković, docent, medicina, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet,
Institut za socijalnu medicinu
2. Prof. dr Dimitra Kalimanovska-Oštrić, redovni profesor, medicina, Univerzitet u
Beogradu, Medicinski fakultet, Institut za kardiovaskularne bolesti, Klinički centar Srbije,
u penziji
3. Prof. dr Marina Đorđević-Nikić, redovni profesor, medicina, Univerzitet u Beogradu,
Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja

Zahvaljujem se profesorki Nađi Vasiljević, mom mentoru, na ukazanom poverenju, velikoj podršci i pomoći tokom izbora, planiranja i izrade disertacije, kao i publikacije koja je iz nje proistekla.

Zahvaljujem se profesorki Jeleni Marinković na konstruktivnim idejama i dragocenoj pomoći prilikom izbora i statističke obrade podataka.

Zahvaljujem se docentu Janku Jankoviću na dragocenim savetima prilikom pisanja publikacije.

Zahvalnost dugujem profesorki Dimitri Kalimanovska-Oštrić i profesorki Marini Đorđević-Nikić.

Zahvaljujem se doktorki Vesni Lučić Samardžija i Milivoju Stipanoviću za dragoceno vreme i podršku u pripremi disertacije.

Neizmerno se zahvaljujem suprugu Vladimiru i sinu Đorđu na pruženoj ljubavi i brižnosti, na nesebičnoj podršci, razumevanju i strpljenju prilikom izrade disertacije.

Posebno bih se zahvalila mojim roditeljima Luki i Veselki koji su me naučili pravim životnim vrednostima i sestri Aleksandri koja me je bodrila tokom čitavog školovanja.

Doktorsku disertaciju posvećujem sinu Đorđu

ISPITIVANJE SAGLASNOSTI STAVOVA DOKTORA PORODIČNE MEDICINE I PACIJENATA O LEČENJU HRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI

Sažetak

Hronične bolesti su u stalnom porastu i značajno utiču na kvalitet života pojedinca, porodice, zajednice i društva u celini. Tretman hroničnih nezaraznih bolesti se najvećim delom sprovodi na nivou primarne zdravstvene zaštite u okviru timova porodične medicine, koji predstavljaju prvu tačku kontakta građana sa zdravstvenim sistemom. Savremeni model zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima obuhvata 6 ključnih elemenata sistema zdravstvene zaštite: organizaciju zdravstvene zaštite, dizajniranje sistema pružanja usluga, zdravstveni informacioni sistem, odlučivanje zasnovano na dokazima, jačanje pacijentove uloge u tretmanu i resurse u zajednici. Istraživanje je provedeno sa ciljem da se ispituju stavovi i saglasnost stavova porodičnih doktora i pacijenata o načinima lečenja hroničnih bolesti i usklađenosti sa savremenim modelom; proceni sprovođenje preporuka za lečenje navedenih bolesti u kliničkim vodičima za hipertenziju, dijabetes melitus i hroničnu opstruktivnu bolest pluća uvidom u medicinsku dokumentaciju i njenom analizom, kao i da se predlože mere za unapređenje zdravstvenih usluga pruženih pacijentima sa hroničnim bolestima. Istraživanje je provedeno kao studija preseka u dva doma zdravlja Prijedor i Bijeljina, a uzorak je činilo 1697 ispitanika. Instrumenti istraživanja su bili PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) upitnik za procenu stavova pacijenata o lečenju hronične bolesti i ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*) upitnik za procenu stavova doktora o lečenju hroničnih bolesti. Porodični doktori su popunili formular o pacijentima, uključujući sociodemografske podatke, podatke o životnom stilu pacijenata, o broju pregleda kod porodičnog doktora i specijalista na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, o broju hospitalizacija, pacijentovu procenu vlastitog zdravlja, podatke o bolestima srca i krvnih sudova, dijabetes melitusu i moždanom udaru kod roditelja, braće, sestara; podatke na osnovu fizikalnog/kliničkog pregleda pacijenta iz medicinske dokumentacije, koja će posvedočiti da je pregled izvršen i da su evidentirani neophodni biomarkeri, kontrolisani kao što je navedeno u kliničkom vodiču za odgovarajuće hronične bolesti. Podaci su analizirani metodama deskriptivne statistike i bivarijantnim i multivarijantnim regresionim metodama. Srednja ocena ukupnog PACIC upitnika ove studije u vrednosti od 4.0766 ukazuje da je zdravstvena zaštita, u proseku, “većinu vremena” pružena u skladu sa savremenim modelom. Srednja ocena prema oblastima je bila najviša u oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje, a najniža u oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija. Ovo istraživanje je

pokazalo povezanost između ocena PACIC-a i sociodemografskih karakteristika pacijenata, životnog stila i karakteristika vezanih za zdravstveno stanje pacijenata. Doktori su izjavili da je zdravstvena zaštita za pacijente sa hroničnim bolestima dobro razvijena. Oblast Dizajniranje sistema pružanja usluga ocenjena je sa najvišom, dok su oblast Povezanost za zajednicom i oblast Integracija komponenti ocenjene sa najnižom ocenom. Rezultati ovog istraživanja pokazuju visoko statistički značajnu korelaciju između prosečne ocene ukupnog PACIC-a, oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i oblasti Postavljanje ciljeva sa ocenama ukupnog ACIC-a i ocenama njegovih oblasti. Na osnovu rezultata, možemo zaključiti da su pacijenti sa hipertenzijom, dijabetes melitusom i HOBP u najvećem broju zadovoljni sa pruženim zdravstvenim uslugama. Broj parametara urađenih na osnovu kliničkih vodiča za navedene bolesti, kao i broj parametara koji imaju fiziološke vrednosti i ocene ACIC-a su u statistički značajnoj korelaciji. ACIC oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu i Zdravstveni informacioni sistem su direktni prediktori za ukupni PACIC i sve njegove oblasti.

Ključne reči: savremeni model lečenja hroničnih bolesti, hipertenzija, dijabetes melitus, HOBP, PACIC, ACIC, Republika Srpska

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Opšta medicina

UDK broj:

ASSESSMENT OF ATTITUDES OF FAMILY PHYSICIANS AND PATIENTS TOWARDS TREATMENT OF CHRONIC NONCOMMON DISEASES

Abstract

Chronic non-communicable diseases are constantly increasing and influencing quality of life of each person, family and community. The treatment of most common chronic conditions has been performed mainly at the primary health care level within family medicine teams. The Chronic Care Model is a modern approach in chronic disease management and focuses on improving and optimizing six key elements of the health care system: health care organization, delivery system design, clinical information systems, decision-support, self-management support and community resource. The objectives of this study were as follows: to assess attitudes of family physicians and patients towards chronic disease care implementation of the Chronic Care Model; to assess the implementation of chronic disease clinical guidelines for hypertension, diabetes mellitus and chronic obstructive pulmonary disease at primary health care level using patient medical records; propose measures for improving of chronic disease care. This is a cross-sectional study implemented in two randomly selected primary health care (PHC) centers in Bijeljina and Prijedor and the study sample consisted of 1697 patients. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) version 3.5 have been tools in the study. Family physicians filled the form on following patient characteristics from the medical documentations: socio-demographic variables; life habits; the number of visits to family physicians and secondary health care level specialists, the number of hospitalizations; self-perception of health status; family history of cardiovascular diseases, diabetes mellitus, stroke; physical examination recorded in medical documentation as well as results of diagnostic procedures in accordance with clinical guidelines. Data were analyzed by methods of descriptive and bivariate and multiple regressions. The mean PACIC score of 4.0766 obtained in this study indicates that, on average, Chronic Care Model-concordant care occurred "most of the time". Subscale "Problem solving/Contextual" had the highest score while subscale "Follow up/Coordination" had the lowest score. There was significant association between socio-demographic characteristics, life habits and patient health status with PACIC scores. Family physicians in this study stated that chronic illness care was good supported. Delivery System Design was best scored and Community Linkage and Integration of components had the lowest average scores. Results of the study showed highly

significant correlation between average scores of total PACIC, „Delivery system design/decision support”, “Goal setting” and scores of total ACIC and its subscales. Based on the results, we can conclude that majority patients with hypertension, diabetes mellitus and COPD have been satisfied with health care services. The number of implemented diagnostic parameters and the number of normal findings of diagnostic parameters have been significantly correlated with ACIC scores. Two ACIC subscales, “Self-Management Support“ and Clinical Information System are predictors for total PACIC and its subscales.

Key words: the Chronic Care Model, hypertension, diabetes mellitus, COPD, PACIC, ACIC, the Republic of Srpska

Scientific Area: Medicine

A wider scientific area: General medicine

UDC number:

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Primarna zdravstvena zaštita u Republici Srpskoj, Bosna i Hercegovina	2
1.2. Reforma zdravstvenog sistema u Republici Srpskoj	3
1.3. Porodična medicina	3
1.3.1. <i>Klinički vodiči</i>	4
1.4. Svetska zdravstvena organizacija i nezarazne bolesti	5
1.5. Hronične nezarazne bolesti.....	5
1.5.1. <i>Hronične nezarazne bolesti u porodičnoj medicini</i>	6
1.5.2. <i>Savremeni model zdravstvene zaštite hroničnih bolesti</i>	7
1.5.3. <i>Instrumenti za procenu kvaliteta zdravstvenih usluga</i>	10
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	12
3. MATERIJAL I METODE.....	14
3.1. Prevod i kulturološka adaptacija PACIC i ACIC upitnika.....	15
3.2. Validacija oba upitnika.....	15
3.3. Tip studije, mesto i period istraživanja.....	16
3.4. Uzorak i selekcija ispitanika.....	16
3.5. Instrumenti istraživanja	18
3.5.1. <i>Upitnik za pacijente – PACIC upitnik</i>	18
3.5.2. <i>Upitnik za doktore – ACIC upitnik</i>	18
3.6. Podaci o pacijentima.....	20
3.7. Statistička analiza	21
4. REZULTATI.....	22
4.1. Validacija PACIC upitnika.....	23
4.2. Osnovne karakteristike pacijenata.....	28
4.2.1. <i>Socio-demografske karakteristike pacijenata</i>	28
4.2.2. <i>Karakteristike pacijenata u odnosu na bolest</i>	32
4.2.3. <i>Životni stil ispitanika</i>	37
4.3. Ocene PACIC upitnika od strane svih pacijenata.....	39
4.3.1. <i>PACIC ocene u odnosu na socio-demografske karakteristike i životni stil pacijenata</i>	41
4.3.2. <i>Ocene PACIC-a i pacijenti sa hipertenzijom</i>	52
4.3.3. <i>Ocene PACIC-a i pacijenti sa dijabetes melitusom</i>	56

4.3.4. Ocene PACIC-a i pacijenti sa HOBP-om	59
4.3.5. Korelacije PACIC ocena i parametara pacijenata	62
4.3.6. Regresije PACIC ocena i parametara pacijenata	62
4.4. Validacija ACIC upitnika	67
4.5. Demografske karakteristike doktora	70
4.6. Ocene ACIC upitnika	71
4.6.1. Korelacija ocena ACIC-a i evidentiranih pacijentovih parametara	72
4.7. Korelacija ocena ACIC-a i PACIC-a	74
4.8. Regresije ocena ACIC-a i ocena PACIC-a	76
5. DISKUSIJA	88
6. ZAKLJUČCI	103
7. LITERATURA	106

1. Uvod

1.1. Primarna zdravstvena zaštita u Republici Srpskoj, Bosna i Hercegovina

Sistem zdravstvene zaštite u periodu do 1992. godine u Bosni i Hercegovini bio je organizovan na način da su se na nivou primarne zdravstvene zaštite pružale usluge u okviru različitih dispanzera. Zdravstvene usluge koje su pružali lekari ili specijalisti opšte medicine, u periodu prije uvođenja reforme u Bosni i Hercegovini, uglavnom su se svodile na trijažiranje pacijenata i upućivanje specijalistima ostalih grana medicine u okviru domova zdravlja ili na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite. Registracija pacijenata nije postojala u opštoj medicini, pacijenti su se obraćali trenutno raspoloživom doktoru, uglavnom donoseći preporuke i nalaze specijalista sa sekundarnog nivoa (1). Sistem naručivanja pacijenata nije postojao, pa su pacijenti dosta vremena provodili u čekaonicama ispred doktorske ordinacije. Kontrolni pregledi većinom se nisu obavljali kod istog doktora, niti se provodila organizovana edukacija pacijenata. Doktori opšte prakse nisu primenjivali kliničke vodiče u svakodnevnom radu.

Tokom ratnih dešavanja u Bosni i Hercegovini, a samim tim i u Republici Srpskoj, broj pacijenata sa kardiovaskularnim bolestima je rastao. Nakon završetka rata, tokom 1996. i 1997. godine, Ekspertska grupa Republike Srpske i eksperti Svetske zdravstvene organizacije izvršili su analizu tadašnjeg zdravstvenog sistema. Službe domova zdravlja koje su funkcionisale na primarnom nivou zdravstvene zaštite (PZZ), uglavnom su bile orijentisane na kurativne usluge i nisu bile dovoljno usmerene na promociju zdravlja i prevenciju bolesti. Razlozi za reformu PZZ bili su: nejednak pristup zdravstvenoj zaštiti (ZZ), neefikasno pružanje usluga, neadekvatno finansiranje ZZ, neadekvatna struktura ljudskih resursa i starenje populacije. Nejednak pristup ZZ je bio posledica velikog broja zdravstveno neosigurane populacije. Neefikasno pružanje usluga se ogledalo u dispanzerskom načinu rada i pružanju usluga prema dobi, polu i vrsti obolenja uz veće korišćenje specijalističkih i dijagnostičkih usluga, kao i bolničkog lečenja. Neadekvatno finansiranje ZZ odnosilo se na veliki broj korisnika zdravstvenih usluga koji nemaju zdravstveno osiguranje, nesrazmer kapaciteta zdravstvenog sistema, finansijskih sredstava i prava pacijenata, kao i na visoke ukupne troškove u zdravstvu. Što se tiče ljudskih resursa, postojao je veliki broj specijalista različitih grana medicine. Demografske, epidemiološke i sociološke promene su dodatno opteretile tadašnji zdravstveni sistem. Kontrola hroničnih nezaraznih bolesti bila je jedan od najvećih izazova u sistemu zdravstvene zaštite (2, 3).

1.2. Reforma zdravstvenog sistema u Republici Srpskoj

Prvi dokument koji je definisao početak i tok reforme zdravstvenog sistema Republike Srpske je Strategija razvoja zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj (RS) do 2000. godine, usvojena od strane Narodne skupštine RS 1996. godine. Potom je usledilo kreiranje i usvajanje niza dokumenata, koji su se većim delom odnosili na PZZ, koja se zasniva na modelu porodične medicine i predstavlja osnovu čitavog zdravstvenog sistema. Deklaracija koja je usvojena na međunarodnoj konferenciji o PZZ, održanoj u Alma Ati u organizaciji Svetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a 1978. godine, predstavlja polazni dokument na osnovu kojeg je razvijena Strategija PZZ u Republici Srpskoj. Prvi kontakt između građana i zdravstvenog sistema se ostvaruje na primarnom nivou zdravstvene zaštite, zbog čega se navedeni nivo označava kao „vrata“ zdravstvenog sistema (3-5).

Ciljevi reforme su: uvođenje modela porodične medicine kao mesta ulaska u zdravstveni sistem, proces registracije stanovništva uz slobodan izbor doktora, obnova infrastrukture PZZ, uspostavljanje novog mehanizma alokacije resursa i finansiranja, promjene u organizaciji, planiranju i menadžmentu zdravstvenih institucija i razvoj nacionalnih politika, strategija i programa. Licenciranje i akreditacija zdravstvenih radnika u PZZ ima za cilj unapređenje, održavanje i osiguranje kvaliteta rada (3).

1.3. Porodična medicina

Tim porodične medicine se sastoji od jednog specijaliste porodične medicine i dve medicinske sestre koje su završile edukaciju iz porodične medicine. Tim može registrovati između 1 500 i 2 500 građana. Na ovaj način se ostvaruju najvažniji principi PZZ: dostupnost, sveobuhvatnost, kontinuitet i koordinisanost. Zdravstvene usluge koje se obezbeđuju na primarnom nivou ZZ treba da budu jednako dostupne svim građanima Republike Srpske. Princip sveobuhvatnosti se ostvaruje primjenom znanja i veština članova tima porodične medicine u tretiranju različitih zdravstvenih problema i pružanju zdravstvenih usluga, bez obzira na starost, pol ili vrstu zdravstvenog problema građana. Zdravstvene usluge se odnose na kurativne i rehabilitacione usluge, ali i na usluge koje u ranijem sistemu nisu bile obezbeđene, a uključuju promociju zdravlja i prevenciju bolesti, čime se obavlja kontinuirano praćenje zdravlja registrovane populacije. Princip koordinisanosti se ostvaruje jasno definisanim upućivanjem pacijenata na sekundarni nivo ZZ za obavljanje konsultativnih usluga uz odgovarajuću prateću medicinsku dokumentaciju (3, 6-9).

Kvalitet usluga na primarnom nivou ZZ periodično se ocenjuje u skladu sa standardima Agencije za sertifikaciju, akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite RS (ASKVA). Agencija je javna ustanova čije nadležnosti su definisane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, a odnose se na sertifikaciju i akreditaciju zdravstvenih ustanova, zatim praćenje i vrednovanje indikatora kvaliteta (10, 11).

Sertifikacija predstavlja uslov za obavljanje zdravstvene delatnosti, stoga je obavezna za sve zdravstvene ustanove. Proces sertifikacije se vrši prema dogovorenim standardima i uključuje celu zdravstvenu ustanovu. Uspostavljanjem ovakvog sistema rada u zdravstvenim ustanovama obezbeđuje se sigurnost pacijenata i osoblja u procesu pružanja zdravstvene zaštite, kao i zaštita životne sredine, standardizuju se zdravstvene usluge u celom sistemu zdravstvene zaštite RS što ima za posledicu unapređenje procesa rada i povećanje poverenja korisnika u sistem zdravstvene zaštite (11).

Akreditacija je dobrovoljna i vrši se na zahtev zdravstvene ustanove, a na osnovu izjava i očekivanja pacijenata, zdravstvenih profesionalaca, kao i menadžera. Strukovna udruženja zdravstvenih radnika i saradnika i predstavnici zdravstvenih ustanova u saradnji sa Agencijom razvijaju i revidiraju akreditacione standarde, a donosi ih Ministar na prijedlog ASKVA-e (10, 11).

1.3.1. Klinički vodiči

Klinički vodiči (klinički protokoli ili vodiči za kliničku praksu) su dokumenti čiji je cilj donošenje odluke koja se odnosi na dijagnozu, menadžment i lečenje. Savremeni klinički vodiči imaju paradigmu „medicina zasnovana na dokazima“, čiji je cilj primena najboljeg i najopravdanijeg naučnog dokaza u donošenju medicinske odluke (12). Vodiči obavezno sadrže nivo preporuke i stepen dokaza (13). Savremeni klinički vodiči sadrže podatke koji se odnose na prevenciju, dijagnozu, prognozu i terapiju, a u cilju obezbeđivanja standardizovanih usluga zdravstvene zaštite (14).

Kliničke vodiče kreiraju medicinske asocijacije i/ili državne institucije, a one se mogu primenjivati na lokalnom, nacionalnom ili međunarodnom nivou. Državna institucija u Americi koja kreira vodiče je *US Agency for Healthcare Research and Quality*, a američka organizacija pod nazivom *National Guideline Clearinghouse* poseduje katalog vodiča. U Velikoj Britaniji, kliničke vodiče publikuje prvenstveno *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*. U Nemačkoj, *German Agency for Quality in Medicine* koordiniše nacionalnim programom kreiranja vodiča za menadžment bolesti. Sve navedene organizacije i institucije su

članice međunarodne mreže organizacija i pojedinaca koji se bave kreiranjem kliničkih vodiča (*Guidelines International Network, GIN*). Ova mrežna organizacija poseduje međunarodnu biblioteku kliničkih vodiča, koja predstavlja najveću bazu podataka o kliničkim vodičima na internetu (15-19).

Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske je objavilo prve vodiče za kliničku praksu u Republici Srpskoj 2004. godine kao proizvod rada tima eksperata iz Republike Srpske iz više oblasti medicine. Dvadeset vodiča za lečenje najčešćih stanja i obolenja sa kojima se susreću lekari koji rade u Republici Srpskoj su nastali kao rezultat analize aktuelnih kliničkih studija o lečenju najčešćih stanja i obolenja i kliničkih vodiča iz drugih zemalja. Ovi vodiči su prvenstveno namenjeni lekarima porodične medicine, mada mogu biti od velike koristi i lekarima koji rade na drugim nivoima zdravstvene zaštite. Tokom 2008. i 2009. godine urađena je revizija navedenih vodiča kao i kreiranje deset novih vodiča, koji su publikovani krajem 2009. godine (20).

1.4. Svetska zdravstvena organizacija i nezarazne bolesti

Nezarazne bolesti predstavljaju jedan od četiri prioritetne oblasti akcionog plana Zdravlje 2020, jer je najveće opterećenje navedenim bolestima utvrđeno u regionu Evrope. Kardiovaskularne i maligne bolesti uzrokuju približno tri četvrtine mortaliteta u tom regionu. Procene ukazuju da je najmanje 80% svih srčanih oboljenja, moždanih udara i dijabetesa tip 2 kao i jedna trećina maligniteta preventabilno. Navedene bolesti imaju nejednaku distribuciju između i unutar zemalja i tesno su povezane sa socijalnim determinantama zdravlja. Akcioni plan Zdravlje 2020 je usmeren na PZZ kao ključnu stavku zdravstvenog sistema u 21. veku. U okviru PZZ populacija se podstiče u kontrolisanju vlastitog zdravlja i njegovih determinanti, što dovodi do jačanja zajednice i poboljšanja života. Bez aktivnog učestvovanja populacije, smanjuje se mogućnost promocije zdravlja i povećanja blagostanja (21).

1.5. Hronične nezarazne bolesti

Hronične bolesti su u stalnom porastu i značajno utiču na kvalitet života pojedinca, porodice, zajednice i društva u celini. One čine 60% svih uzroka smrti i predstavljaju izazov za zdravstveni sistem. Starenjem populacije povećava se broj obolelih od hroničnih bolesti, naročito od hipertenzije i dijabetes melitusa, pri čemu one predstavljaju glavni uzrok kardiovaskularnih bolesti na globalnom nivou (22). Najbrojnije hronične bolesti su:

kardiovaskularne bolesti (KVB), maligne bolesti, hronične respiratorne bolesti i dijabetes melitus (23-25). Kardiovaskularne bolesti predstavljaju najčešći uzrok smrti (26, 27), dok su na drugom mestu su maligne bolesti i hronične respiratorne bolesti. Uloga dijabetes melitusa kao uzroka smrtnosti je delimično potcenjena, jer takvi pacijenti najčešće umiru od srčane bolesti ili bubrežne insuficijencije (24, 28).

Na osnovu dosadašnjih istraživanja u Evropi, procena obolelih od KVB se kreće od 15% u Švajcarskoj do 33% u Švedskoj, dok je prevalenca dijabetes melitusa oko 4% (29, 30). Prema podacima Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske, prevalenca KVB u 2013. godini je iznosila oko 17%, a dijabetes melitusa 2,8%. Navodi se da je niža prevalenca dijabetesa rezultat neblagovremenog prijavljivanja obolelih, stoga se pretpostavlja da i u Republici Srpskoj taj broj dostiže 4% (30-32). Prevalenca obolenja respiratornog trakta u Republici Srpskoj je oko 15%, u okviru kojih je i hronična opstruktivna bolest pluća (HOBP), za koji se takođe navodi problem postavljanja dijagnoze i izveštavanja i van granica Republike Srpske. Zato se primenjuju procene Svetske zdravstvene organizacije da je prevalenca HOBP u svetu oko 6% (33).

1.5.1. Hronične nezarazne bolesti u porodičnoj medicini

Prevenција hroničnih nezaraznih bolesti se sprovodi na primarnom nivou zdravstvene zaštite, i to u okviru timova porodične medicine (20, 21). Tretman pacijenata obolelih od hroničnih bolesti se obavlja na svim nivoima zdravstvene zaštite, a porodični doktori su češće u kontaktu sa takvim pacijentima u odnosu na druge specijaliste. Većina pacijenata ima više od jedne hronične bolesti, stoga timovi porodične medicine u svom radu primenjuju sveobuhvatan pristup u lečenju pacijenata sa hroničnim bolestima. Timovi porodične medicine u Republici Srpskoj koriste kliničke vodiče za lečenje najčešćih bolesti u populaciji, među kojima su arterijska hipertenzija, dijabetes melitus i HOBP (31-33). Pozitivan efekat lečenja se postiže uspostavljanjem dobre saradnje i poverenja između pacijenata i lekara, čime se postiže kvalitetna zdravstvena zaštita (34).

Jedan od najčešćih razloga dolaska pacijenata u ambulantu porodične medicine je visok krvni pritisak (arterijska hipertenzija). Istovremeno većina populacije nije ni svesna da ima povišen krvni pritisak, stoga je on okarakterisan kao „tih ubica“. Istraživanja širom sveta su pokazala da kod velikog broja pacijenata nisu postignute ciljne vrednosti pritiska. Poboljšanje kontrole krvnog pritiska se postiže primenom kliničkih preporuka, čiji je cilj sprečavanje posledica nekontrolisane hipertenzije. Antihipertenzivna terapija se zasniva na dva kriterijuma: vrednostima sistolnog i dijastolnog pritiska, i proceni ukupnog kardiovaskularnog rizika. Cilj

lečenja je postizanje vrednosti krvnog pritiska ispod 140/90 mmHg, a ispod 130/80 mmHg kod visokorizičnih pacijenata (osobe sa dijabetes melitusom, koronarnom, cerebrovaskularnom bolešću i oštećenjem bubrega) (31). Lečenje počinje sa primenom nefarmakoloških mera, koje se odnose na smanjenje telesne težine kod gojaznih pacijenata, prilagođenu fizičku aktivnost, ograničenje unosa soli, prestanak pušenja i kontrolu dnevnog unosa alkohola. Dosadašnja istraživanja pokazuju da više od polovine broja pacijenata obolelih od hipertenzije ne primenjuje preporuke za promenu životnog stila i neadekvatno koristi propisanu terapiju, što predstavlja glavni uzrok slabo regulisanog krvnog pritiska. Lečenje visokog krvnog pritiska traje čitav život (31, 35). Rezultati kliničkih istraživanja pokazuju da lečenje hipertenzije smanjuje rizik od cerebrovaskularnog infarkta do 40%, infarkta miokarda do 25% i srčane insuficijencije do 64% (36).

Dijabetes melitus je jedno od vodećih hroničnih obolenja u svetu, koje zbog porasta incidence poprima karakter pandemijske bolesti. Pojava dijabetesa je rezultat interakcije različitih faktora, kao što su genetski faktori, faktori spoljašnje sredine i svakodnevnog načina života. Lečenje dijabetesa melitusa pored medikamentozne terapije uključuje i promenu načina života (tip ishrane, fizička aktivnost, održavanje telesne težine u referentnim granicama, prestanak pušenja). Dobra kontrola glikemije, lipida u krvi i visine krvnog pritiska predstavljaju uslov za prevenciju komplikacija dijabetesne bolesti (32).

HOBP je progresivna bolest, koja nastaje kao interakcija genetske predispozicije i egzogenih faktora. Prevalenca i mortalitet od ove hronične bolesti imaju tendenciju porasta u svetu (27). Pušenje cigareta je vodeći faktor rizika, stoga je potrebno pružiti podršku pacijentu u odvikavanju od pušenja. Farmakološka terapija se koristi za smanjivanje simptoma i komplikacija, a uključuje kratkodelujuće bronhodilatatore, dugodelujuće bronhodilatatore i inhalatorne kortikosteroide (33).

1.5.2. Savremeni model zdravstvene zaštite hroničnih bolesti

Kvalitetna zdravstvena zaštita se zasniva na standardima dobre prakse koja uključuje povećanje verovatnoće pozitivnog ishoda i smanjenje neželjenih ishoda pruženih zdravstvenih usluga. Procena stavova različitih aktera koji su direktno uključeni u pružanje zdravstvenih usluga vodi ka postizanju određenog nivoa kvaliteta zdravstvene zaštite, a to su građani registrovani unutar timova porodične medicine, zdravstveni profesionalci (doktori, medicinski tehničari i drugi stručnjaci) i menadžment. Pristup i kontinuitet zaštite, klinička efektivnost, sigurnost pacijenata, zadovoljstvo korisnika i javna odgovornost su najčešći problemi koji su doveli do

toga da unapređenje kvaliteta u većini zemalja ima glavnu ulogu u reformi zdravstvenih sistema i pružanja usluga. (37).

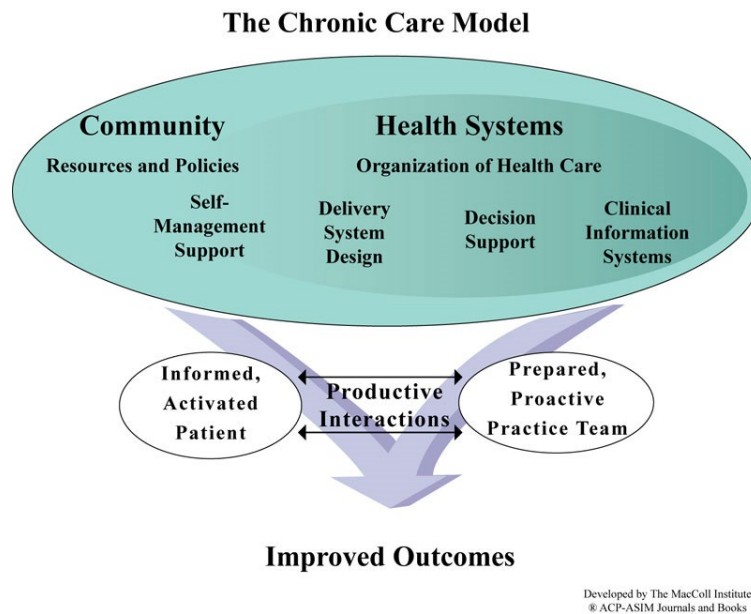
Kvalitet zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima zavisi od naučnih istraživanja i prakse i ne može se povećati jednostavno povećanjem obima rada, već pružanjem sveobuhvatnih usluga, a ne samo reaktivnih i zavisnih od slučaja/epizode. Savremeni model zdravstvene zaštite identifikuje esencijalne elemente sistema kao faktore za povećanje kvaliteta zdravstvene zaštite hroničnih bolesti. Esencijalni elementi su: lokalna zajednica, zdravstveni sistem, podrška samo-lečenja, dizajniranje sistema pružanja usluga, podrška odlučivanju i klinički informacioni sistemi (38-40).

MacColl centar, koji predstavlja istraživačku organizaciju unutar Group Health Research instituta u Sijetlu (Vašington), kreirao je Model zdravstvene zaštite hroničnih bolesti („*Chronic Care Model*“ – CCM) pre 20 godina. CCM predstavlja savremeni pristup u njihovom tretmanu. Model je testiran na nacionalnom nivou unutar različitih okruženja zdravstvene zaštite, a u sklopu nacionalnog programa Poboljšanje zdravstvene zaštite hroničnih bolesti – „*Improving Chronic Illness Care*“. Pet godina kasnije, model je redefinisano u skladu sa rezultatima primene i naučnim dokazima iz literature (38). CCM je fokusiran na pružanje proaktivne, planirane, koordinisane i pacijentu orijentisane zdravstvene zaštite. Rezultat ovog modela su bolji proces pružanja zdravstvenih usluga, bolji klinički ishodi, povećanje kvaliteta zdravstvene zaštite i praćenje kvaliteta zdravstvenih usluga u određenim vremenskim periodima (39, 40). CCM model može da se primeni u različitim okruženjima, za sve hronične bolesti i sve ciljane populacije i ima za cilj smanjenje opterećenosti hroničnim bolestima (41-43).

Model zdravstvene zaštite hroničnih bolesti obuhvata 6 ključnih elemenata sistema zdravstvene zaštite: organizaciju zdravstvene zaštite, dizajniranje sistema pružanja usluga, zdravstveni informacioni sistem, odlučivanje zasnovano na dokazima, jačanje pacijentove uloge u tretmanu i resurse u zajednici. Navedeni elementi rezultiraju efikasnom interakcijom proaktivnih, edukovanih timova porodične medicine i informisanih, aktivnih pacijenata (40). Stoga, procena implementacije ovog modela uključuje stavove i doktora i pacijenata. Svetska zdravstvena organizacija je usvojila ovaj model kao okvir za obezbeđivanje zdravstvene zaštite velikog broja hroničnih bolesti (44).

Zdravstvena zaštita zasnovana na CCM treba da ima pacijenta u centru, jer je pacijentov utisak/doživljaj kvaliteta dobijene usluge od ključnog značaja. Kvalitet saradnje/komunikacije između pacijenta i doktora ima značajnu ulogu i predstavlja jedan od faktora koji jačaju ili narušavaju zdravstvenu zaštitu zasnovanu na CCM. Pacijenti sa hroničnim bolestima treba da nauče kako da doprinesu lečenju svoje bolesti da bi se postigla bolja kontrola i sprečile

komplikacije. Razvijanje ovih veština zahteva podršku od strane porodičnih doktora. Stoga je neophodno uspostaviti dobru komunikaciju između doktora i pacijenta. Kvalitetna komunikacija ima pozitivan uticaj na pružanje zdravstvenih usluga u skladu sa CCM i postizanje boljih ishoda kod pacijenata sa hroničnim bolestima (39).



Slika 1. Model zdravstvene zaštite hroničnih bolesti

Izvor: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

Kvalitet zdravstvene zaštite pružene pacijentima sa hroničnim bolestima uključuje i odlučivanje o lečenju zasnovano na dokazima, što predstavlja naučnu osnovu tretmana, a odnosi se na specifične intervencije preporučene u kliničkim vodičima (39).

Zdravstvene usluge se svakodnevno u najvećem broju pružaju pacijentima sa hroničnim nezaraznim bolestima, s težnjom da kvalitet tih usluga bude što veći. Međutim, još uvek postoji jaz/dilema šta je moguće učiniti i šta je postignuto u praksi (44-47). Rezultati brojnih istraživanja su pokazali da su kvalitet i ishodi lečenja hroničnih bolesti bolji ukoliko je zdravstvena zaštita u skladu sa CCM elementima.

Određena istraživanja su pokazala da se preventivne usluge mogu unaprediti u skladu sa CCM. Autori zaključuju da CCM može poslužiti kao okvir za procenu i redukciju rizičnih faktora kod pacijenata i na taj način uticati na smanjenje jaza između preporučenih i ostvarenih aktivnosti u oblasti promocije zdravlja na primarnom nivou zdravstvene zaštite (48).

1.5.3. Instrumenti za procenu kvaliteta zdravstvenih usluga

MacColl centar je kreirao instrumente (upitnike) kojima se vrši procena pružanja zdravstvenih usluga unutar različitih sistema zdravstvene zaštite širom sveta. Oba upitnika su praktična, čitka, adaptabilna i služe kao instrumenti za istraživanje, ali i unapređenje kvaliteta pruženih usluga (38).

Procena stavova doktora

Procena stavova doktora o zdravstvenim uslugama najčešće se vrši primenom ACIC upitnika („*The Assessment of Chronic Illness Care*“ – *Procena lečenja hroničnih bolesti*) (38, 49). To nije tradicionalni upitnik koji ukazuje na postizanje referentnih vrednosti dijagnostičkih procedura, produktivnost, ili na različite indikatore samog lečenja hroničnih bolesti (26). ACIC upitnik obuhvata šest ključnih elemenata koji imaju uticaj na kvalitet zdravstvene zaštite i koji su navedeni u savremenom modelu zdravstvene zaštite hroničnih bolesti. Upitnik se bavi procenom organizacije zdravstvene zaštite hroničnih bolesti. Rezultati upitnika ukazuju na to da li je i u kojoj meri pružanje zdravstvenih usluga u skladu sa savremenim modelom (CCM). Područja koja nisu usaglašena sa savremenim pristupom mogu da se identifikuju i planiraju za poboljšanje/unapređenje. Potom se ponovo može izvršiti procena postignutog nivoa unapređenja. ACIC upitnik je jedan od prvih instrumenata koji na sveobuhvatan način procenjuje organizovanje zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima uz primenu skale od slabog do optimalnog organizovanja, a u cilju podsticanja implementacije savremenog modela (50).

Procena stavova pacijenata

Stavovi pacijenata o lečenju hroničnih bolesti procenjuju se primenom PACIC upitnika („*Patient Assessment of Chronic Illness Care*“ – *Procena pacijenta o sprovođenju lečenja*) kao instrumenta za procenu kvaliteta zdravstvene zaštite (51-54). Fokus PACIC upitnika je sakupljanje povratnih informacija od pacijenata. Pružanje zdravstvene zaštite pacijentima sa hroničnim bolestima je vrsta uslužne delatnosti, stoga je važno da se u procenu kvaliteta uključi pacijentovo iskustvo i utisak o navedenim uslugama. PACIC instrument upravo uključuje pacijentovo iskustvo i procenu kvaliteta pruženih usluga i okruženja u kome se ostvaruje zdravstvena zaštita, stoga ne služi za procenu zadovoljstva pacijenata (55). Upitnik je

komplementaran ACIC upitniku, jer procenjuje pacijentove stavove o lečenju obuhvatajući svih šest ključnih elemenata koji su navedeni u savremenom modelu zdravstvene zaštite hroničnih bolesti. Primenom instrumenta sakupljaju se izjave pacijenata o obimu zdravstvenih usluga koje su pružene unazad šest meseci, a u skladu sa njihovim hroničnim bolestima. Autori upitnika su istakli da se radi o relativno kratkom/jednostavnom instrumentu koji se može koristiti u različitim okruženjima, a namenjen je pacijentima sa jednom ili više hroničnih bolesti (52). Upitnik se može koristiti u vidu kraće ili duže verzije, koje su, nakon testiranja, primenjivane u brojnim dosadašnjim istraživanjima (56-59).

Cilj primene oba upitnika, kao i analize pruženih zdravstvenih usluga u skladu sa preporukama za lečenje jeste procena saglasnosti stavova doktora i pacijenata o pruženim zdravstvenim uslugama u skladu sa CCM, odnosno procena kvaliteta zdravstvene zaštite koju pružaju timovi porodične medicine. Podaci o usklađenosti usluga na nivou PZZ u RS koje se odnose na hronične bolesti i CCM-a do sada nisu objavljeni.

2. Ciljevi istraživanja

1. Validirati i kulturološki adaptirati upitnike ACIC i PACIC u odgovarajućim populacijama Republike Srpske.
2. Ispitati stavove porodičnih doktora i pacijenata o načinima lečenja i usklađenosti pruženih zdravstvenih usluga sa modelom pružanja zdravstvene zaštite kod hroničnih bolesti (CCM).
3. Ispitati saglasnost stavova porodičnih doktora i pacijenata.
4. Proceniti sprovođenje preporuka za lečenje navedenih bolesti u kliničkim vodičima za hipertenziju, dijabetes melitus i hroničnu opstruktivnu bolest pluća uvidom u medicinsku dokumentaciju i njenom analizom.

3. Materijal i metode

3.1. Prevod i kulturološka adaptacija PACIC i ACIC upitnika

Engleska verzija upitnika je prevedena i kulturološki adaptirana o toku strukturisanog procesa, koji je uključio „napred-nazad“ prevod (60). Bila su uključena dva prevodioca, oba izvorni govornici srpskog jezika. Nakon što su oba dala svoj prevod svih pitanja, učinjena je sinteza dva prevoda upitnika na srpski jezik. Povratni prevod proveden je od strane trećeg prevodioca. Cilj ovog koraka je bio potvrditi nepromenjeno značenje srpskog jezika u poređenju s originalnom verzijom upitnika. U procesu povratnog prevoda, prevodilac nije dobio na uvid izvornu verziju PACIC i ACIC upitnika na engleskom jeziku. Ni u jednoj stavci nije bilo potrebe za dodatnim modifikacijama srpskog prevoda.

Kulturološka adaptacija oba upitnika se obavila sa 45 pacijenata u svakom domu zdravlja, registrovanih kod 5 porodičnih doktora (po 15 pacijenata za svaku bolest), a pilotiranje oba upitnika sa 105 pacijenata u svakom domu zdravlja, registrovanih kod 7 porodičnih doktora (po 15 pacijenata registrovanih kod jednog doktora). Pacijenti su birani svakog radnog dana, svaki treći pacijent sa navedenim hroničnim bolestima, po tipu slučajnog koraka do realizovanja dovoljnog broja.

3.2. Validacija oba upitnika

Validnost PACIC i ACIC upitnika testirana je kroz tri koraka (nivoa): „face“ validnost, konstrukciona validnost i interna konzistencija (pouzdanost).

„Face“ validnost se odnosi na sadržaj PACIC-a i ACIC-a koji treba da su u saglasnosti s onim što se meri (analizira, procenjuje). „Face“ validnost je istražena (proverena) primenom deskriptivne statistike i korelacionim merenjima. Deskriptivna statistika se odnosi na srednje vrednosti, standardnu devijaciju (SD), procenat nedostajućih vrednosti, raspon „ceiling“ i „floor“ efekata i mere normalnosti. „Floor“ i „ceiling“ efekat se odnose na procenat odgovora sa najmanjom ili najvećom ocenom, a potrebno je da su veći od 20%.

Konstrukciona validnost je ispitana primenom eksploratorne faktorske analize (EFA). Faktorskom analizom se veliki broj varijabli apstrahuje u faktore koji se potom analiziraju. Kajzerova mera adekvatnosti uzorka (K-MSA) korištena je u proceni podataka za faktorsku analizu. Vrednost između 0,5 i 1 ukazuje na to da je uzorak odgovarajući za faktorsku analizu. Metodom ekstrakcije komponenti čija je sopstvena vrednost („eigenvalue“) veća od 1 i „varimax“ rotacijom utvrđen je broj i tip faktora u PACIC instrumentu. Eksploratornom

faktorskom analizom ACIC-a utvrđena je jedna komponenta, što znači da je ACIC upitnik jednodimenzionalan, odnosno meri samo jedan faktor.

Interna konzistencija je procena istog koncepta primenom više pitanja i izražava se sa Kronbahov koeficijent alfa za svaki od pet domena PACIC-a i za PACIC u celini, kao i za svih sedam oblasti ACIC upitnika i za ACIC u celini. Pouzdanost je izražena sa intraklasnim koeficijentom korelacije (ICC). Za pojedinačne domene vrednosti veće od 0,7 za „alpha“ i ICC smatraju se prihvatljivim. Ukupni zbir je nizak ako je manji od 0,80, zadovoljavajući ako je između 0,80 i 0,90 i visok ako je veći od 0,90.

3.3. Tip studije, mesto i period istraživanja

Ovo istraživanje je obavljeno kao studija preseka u domovima zdravlja u Prijedoru i Bijeljini (Republika Srpska) tokom 2015/2016. godine. Prvo su obavljene pretestiranje i validacija oba instrumenta na uzorku od 14 specijalista porodične medicine, koji rade u Edukativnom centru doma zdravlja u Prijedoru i 210 pacijenata sa hipertenzijom, dijabetes melitusom i hroničnom opstruktivnom bolešću. Svaki doktor je odabrao po 5 pacijenata za svaku navedenu bolest (ukupno 15 pacijenata) i to je bio svaki treći pacijent svakog radnog dana.

3.4. Uzorak i selekcija ispitanika

Populacija u istraživanju su bili svi specijalisti porodične medicine koji su u periodu istraživanja uključeni u redovni proces rada u domovima zdravlja u Prijedoru i Bijeljini, kao i pacijenti sa hipertenzijom, dijabetes melitusom i HOBP, koji su registrovani u timovima porodične medicine u domovima zdravlja u Prijedoru i Bijeljini.

Osnov za izračunavanje dovoljnog broja pacijenata bio je broj registrovanih građana u 2014. godini, koji u domu zdravlja u Prijedoru iznosi približno 90 000 korisnika i broj pacijenata sa odgovarajućim hroničnim bolestima koji približno iznosi oko 11 000 pacijenata obolelih od hipertenzije, 10 900 oboljelih od dijabetes melitusa i 500 pacijenata sa dijagnozom HOBP. Broj ispitanika u istraživanju bio je 371 pacijent sa hipertenzijom, isti broj pacijenata sa dijabetes melitusom i 217 pacijenata sa HOBP, uz nivo preciznosti od 95% i interval poverenja 5%. Očekivana stopa odgovora kao i očekivane nedostajuće vrednosti ove brojke povećavaju za bar 10%, tako da je planirani broj jedinica posmatranja u domu zdravlja u Prijedoru iznosio 410 pacijenata sa hipertenzijom, 410 sa dijabetes melitusom i 240 pacijenata sa HOBP. Broj

registrovanih građana doma zdravlja u Bijeljini približno je oko 120 000, pa je planirani uzorak bio 400 pacijenata sa hipertenzijom, 400 sa dijabetes melitusom i 190 pacijenata sa HOBP.

Pacijenti su birani svakog radnog dana svaki treći pacijent sa navedenim hroničnim bolestima po tipu slučajnog koraka do realizovanja dovoljnog broja. Broj anketiranih pacijenata po jednom doktoru zavisio je od ukupnog broja registrovanih pacijenata sa navedenim hroničnim bolestima kod istog doktora s obzirom na pretpostavku da svi doktori nisu registrovali jednak broj pacijenata sa navedenim bolestima.

Kriterijumi za uključenje ispitanika u studiju su bili: starosna dob iznad 18 godina, sa dijagnozom hipertenzije, dijabetes melitusa i hronične opstruktivne bolesti, najmanje jednu godinu registrovani kod istog porodičnog doktora i dobrovoljni pristanak za učešće u istraživanju.

Kriterijumi za isključenje ispitanika iz studije su bili: nepismenost, loš vid (ne mogu pročitati upitnik), akutne bolesti i stanja, ukoliko postoje znaci bilo kakve imunološke, alergijske ili neoplastične bolesti, terminalna faza bolesti, organsko oštećenje mozga, mentalno hendikepirani pacijenti, alkoholisano stanje, pacijenti pod istragom, pacijenti sa nestabilnim kardiovaskularnim simptomima i infarktom miokarda unazad 3 mjeseca, sekundarnom hipertenzijom, bubrežnom insuficijencijom ili anemijom, kao i pacijenti sa urođenim srčanim manama i trudnoce.

Pre početka istraživanja obezbeđena je dozvola Etičkog odbora i/ili saglasnost direktora domova zdravlja koji će biti uključeni u istraživanje. Ispitivanje je bilo dobrovoljno. Svaki ispitanik je dobio pisano pojašnjenje cilja, metode istraživanja, s posebnim objašnjenjem svrhe istraživanja. Ispitanici su imali dovoljno vremena da pročitaju pojašnjenja, razmisle, postavljaju dodatna pitanja i nakon razgovora pristanu da učestvuju u istraživanju što su potvrdili potpisanim pisanom saglasnošću. Svaki ispitanik je u bilo kojem trenutku imao pravo da odustane od istraživanja o čemu je bio obavešten u prvom kontaktu pre samog početka prikupljanja podataka.

Doktori su popunjene anketne listiće zapakovali u kovertu obeleženu numeričkom oznakom tima porodične medicine i ubacili je u kutiju označenu sa nazivom doma zdravlja.

Svim pacijentima sa hipertenzijom, dijabetes melitusom i HOBP je bio uručen anketni upitnik nakon konsultacije kod doktora i samo oni koji su ispunjavali napred navedene uslove za uključenje u studiju bili su u nju i uključeni. Pacijenti su upisivali lični jedinstveni matični broj na anketni upitnik i nakon popunjavanja upitnik ubacili u kutiju označenu numeričkom oznakom tima porodične medicine kod kojeg su registrovani.

3.5. Instrumenti istraživanja

Instrumenti istraživanja su bili PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) upitnik za procenu stavova pacijenata o lečenju hroničnih bolesti i ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*) upitnik za procenu stavova doktora o lečenju hroničnih bolesti.

3.5.1. Upitnik za pacijente – PACIC upitnik

Procena o lečenju hronične bolesti (*Patient Assessment of Chronic Illness Care – PACIC*), odnosno koliko pacijenti učestvuju u lečenju vlastite bolesti, vrši se primenom upitnika sa 20 pitanja, koja se odnose na komunikaciju doktor – pacijent. Sva pitanja su raspoređena u 5 grupa zasnovanih na 6 komponenti CCM-a: 1. Aktivnosti pacijenta, 2. Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, 3. Postavljanje ciljeva, 4. Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje i 5. Kontrolni pregledi/koordinacija. Analiziraće se da li doktor daje pacijentu mogućnost izbora tretmana, iznošenja mišljenja o terapiji, da li postoje problemi pri uzimanju leka, da li doktor savetuje pacijenta kako da poboljša svoje zdravlje, koliko bolest utiče na pacijenta, da li doktor zajedno sa pacijentom postavlja ciljeve lečenja, savetuje pacijenta u vezi s ishranom, obavlja kontrolni pregled u cilju provere pacijentovog funkcionisanja, upućuje pacijenta nutricionisti ili po potrebi drugom specijalisti i zanima se za informacije s tih pregleda. Završni set pitanja se odnosi na podsticanje pacijenta od strane doktora da razgovaraju o pacijentovoj bolesti, koliki uticaj imaju posao, porodica i socijalno stanje pacijenta na lečenje njegove bolesti, pomaganje pacijentu u planiranju vrste podrške od strane prijatelja, porodice ili zajednice, naglašavanje pacijentove uloge u njegovom zdravlju, definisanje pacijentovih aktivnosti zajedno sa njegovim okruženjem u cilju poboljšanja pacijentovog zdravstvenog stanja, kao i vođenje dnevnika o ostvarivanju pacijentovih ciljeva. Bodovanje odgovora je od 1 (nikad), 2 (retko), 3 (ponekad), 4 (često) do 5 (uvek), pri čemu se svi bodovi sabiraju, a zbir se podeli sa brojem odgovorenih pitanja. Za svaku oblast izračunava se zbir odgovora i srednja vrednost, a potom zbir svih oblasti i srednja vrednost za 20 odgovora.

3.5.2. Upitnik za doktore – ACIC upitnik

Procena tretmana KVB na primarnom nivou zdravstvene zaštite, u okviru timova porodične medicine, vršila se primjenom ACIC upitnika verzija 3.5. Pitanja obuhvataju 3 oblasti, koje se odnose na 6 elemenata CCM-a. Prva oblast (Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene

zaštite) se odnosi na: ukupno organizaciono rukovođenje u zdravstvenoj zaštiti hroničnih bolesti, organizacione ciljeve za hronične bolesti, strategiju za unapređenje zdravstvene zaštite hroničnih bolesti, regulativu/pravilnike za zdravstvenu zaštitu hroničnih bolesti, rukovodioce, benefite/efekte. Povezanost sa zajednicom je druga oblast, koja obuhvata: povezanost pacijenata sa resursima u zajednici, partnerstvo sa organizacijama u zajednici i regionalne zdravstvene planove. Treća oblast uključuje 4 komponente CCM-a: jačanje pacijentove uloge u tretmanu (procena i dokumentovanje pacijentovih potreba i aktivnosti, podrška pacijentima i rodbini u vezi njihove zabrinutosti, primena bihejvioralne intervencije i grupe pacijenata sa istim problemima za podršku), odlučivanje na osnovu naučnog dokaza (klinički vodiči, konsultacija sekundarnog nivoa, edukacija timova porodične medicine (TPM), informisanje pacijenata o lečenju na osnovu vodiča), dizajniranje sistema pružanja usluga (funkcionisanje TPM, timsko rukovođenje, sistem naručivanja, kontrolni pregledi, planirani pregledi pacijenata sa hroničnim bolestima, kontinuitet zdravstvene zaštite), zdravstveni informacioni sistem (registri pacijenata, podsetnici za planirane aktivnosti na kontrolnim pregledima, povratna informacija, informacija o potrebama pacijenata u odgovarajućim podgrupama, planovi lečenja pacijenata).

Završni deo upitnika, kojim je dopunjena prvobitna verzija ACIC upitnika 3.0, je integracija 6 elemenata CCM-a sa objašnjenjem da efikasni sistemi zdravstvene zaštite integrišu i kombinuju sve elemente CCM-a. Ovaj deo upitnika se sastoji iz 6 ključnih pitanja, koja se odnose na informisanje pacijenata o kliničkim vodičima uz distribuciju edukativnog materijala za pacijente, analizu preporuka iz vodiča sa pacijentima u cilju boljeg pacijentovog razumevanja tretmana vlastite bolesti, registre pacijenata sa hroničnim bolestima kao deo informacionog sistema, programe u zajednici, organizaciono planiranje zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima, sistem naručivanja pacijenata na kontrolne preglede.

ACIC upitnik se sastoji od izjava o zdravstvenoj zaštiti hroničnih bolesti, za koje su ponuđeni nominalni odgovori od 0 do 11, pri čemu veći broj ukazuje na bolji kvalitet zdravstvene zaštite. Za svaku oblast izračunava se zbir odgovora i srednja vrednost, a potom zbir svih oblasti i srednja vrednost. Interpretacija rezultata glasi:

Od 0 do 2 = ograničena zdravstvena zaštita hroničnih bolesti

Od 3 do 5 = osnovna zdravstvena zaštita hroničnih bolesti

Od 6 do 8 = dobra zdravstvena zaštita hroničnih bolesti

Od 9 do 11 = potpuno razvijena zdravstvena zaštita hroničnih bolesti

3.6. Podaci o pacijentima

Porodični doktori su popunili formular o pacijentima, uključujući sledeće karakteristike:

1. sociodemografske podatke o pacijentima (dob, pol, obrazovni i bračni status, mesto stanovanja, zanimanje, radni status)
2. podaci o životnom stilu pacijenata (upotreba alkohola, duvana, fizička aktivnost)
3. broj pregleda kod porodičnog doktora i specijalista na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, broj hospitalizacija, pacijentova procena vlastitog zdravlja

4. anamnestičke podatke:

- lična anamneza: pušački status

- porodična anamneza: bolesti srca i krvnih sudova, dijabetes melitus, moždani udar kod roditelja, braće, sestara

3. podatke na osnovu fizikalnog/kliničkog pregleda pacijenta iz medicinske dokumentacije, koja će posvedočiti da je pregled izvršen i neophodni biomarkeri, kontrolisani kao što je navedeno u kliničkom vodiču za odgovarajuće hronične bolesti. To je obuhvatilo:

- Merenje arterijskog krvnog pritiska, izraženog u milimetrima živinog stuba;

- Antropometrijsku procenu stanja uhranjenosti, koja obuhvata sledeće parametre: telesnu visinu, telesnu masu, indeks uhranjenosti – BMI, obim struka, obim kukova;

- EKG nalaz kod pacijenata sa hipertenzijom i dijabetes melitusom na godišnjem nivou;

- Nalaz oftalmologa kod pacijenata sa hipertenzijom i dijabetes melitusom;

- Evidentiran skrining za otkrivanje rizika od nastanka dijabetesnog stopala na godišnjem nivou;

- Evidentirana upotreba acetilsalicilne kiseline kod pacijenata sa dijabetes melitusom;

- Evidentirano savetovanje o prekidu pušenja kod pacijenata sa HOBP koji su pušači, propisivanje kratkodelujućeg bronhodilatatora, redovno lečenje sa jednim ili više dugodelujućih bronhodilatatora ili kombinacije inhalatornih beta 2 agonista i kortikosteroida;

- Evidentirani nalazi biohemijskih analiza:

- kod pacijenata sa hipertenzijom: eritrociti, hemoglobin, hematokrit, glikemija, lipidni status, kalij, urea, kreatinin i mokraćna kiselina u serumu, klirens kreatinina, proteinurija i sediment urina;

- kod pacijenata sa dijabetes melitusom: proteinurija, glikemija, lipidni status, glikolizirani hemoglobin (Hgb A1c).

3.7. Statistička analiza

Opis svih varijabli uključujući i skorove upitnika ACIC i PACIC podrazumeva primenu mera centralne tendencije, varijabiliteta i korelacije u skladu sa tipom raspodele tih varijabli ispitivanom Kolgomorov-Smirnov testom. Saglasnost stavova doktora i pacijenata ispitana je korelacionim (Pearsonov ili Spearmanov koeficijent u zavisnosti od raspodele) i linearnim regresionim statističkim metodama. Značajnost razlika pojedinačnih ili ukupnih skorova na oba upitnika između ispitanika različitih karakteristika ispitivana je Studentovim T-testom, odnosno Mann-Withneyevim U testom ili odgovarajućim analizama varijanse. Povezanost karakteristika obolelih i njihovog stanja povezala se sa skorovima upitnika ACIC i PACIC, takođe primenom bivarijantnih i multivarijantnih regresionih metoda. Povezanost ocena PACIC-a odnosno ACIC-a i karakteristika pacijenata ispitivana je multivarijantnom linearnom regresijom pri čemu su ocene ukupnog PACIC-a odnosno ACIC-a i pojedinačne ocene svih pet oblasti PACIC-a odnosno šest oblasti ACIC-a korišćene kao zavisne varijable. Kao nezavisne varijable u ovoj studiji korišćene su: demografske (pol, dob, bračno stanje, mesto boravka), socijalno-ekonomske varijable (obrazovni i radni status, procena materijalnog stanja), procenat urađenih parametara i procenat parametara sa referentnim vrednostima, broj pregleda kod porodičnog doktora, broj pregleda kod ostalih specijalista i broj hospitalizacija, samoprocena zdravlja u odnosu na pre dvanaest meseci, trenutna samoprocena zdravlja i životni stil (pušački status, broj žestokih pića, fizička aktivnost). Nivo značajnosti bio je postavljen na verovatnoći nulte hipoteze od 0,05 u svim analizama.

4. Rezultati

4.1. Validacija PACIC upitnika

Planirani broj pacijenata u oba doma zdravlja je bio 210, a uzorak se sastojao od 206 pacijenata, koji su pristali na anketiranje. U ovom istraživanju, svi upitnici su popunjeni u većem procentu (stopa popunjavanja upitnika je visoka). Shodno tome, ispitanici nisu imali poteškoća u popunjavanju upitnika. Nedostajuće vrednosti su zanemarive, jer je stopa nedostajućih vrednosti od 0,5% do 2,9% (7 pitanja). Granična vrednost za popunjavanje upitnika je 75%, što je u skladu sa minimalnim zahtevima (kriterijima) faktorske analize. Analiza procenta odgovora „Nikad“ i „Uvek“ ukazuje da je jedno pitanje (upućivanje pacijenta nutricionisti ili u savetovalište za ishranu) pokazalo i „floor“ efekat (38,5%) i „ceiling“ efekat (31,5%). Sva pitanja su imala „ceiling“ efekat, a kod 10 pitanja je navedeni efekat dostigao preko 50% (Tabela 4.1-1). Ovi rezultati ukazuju na neravnomernu distribuciju, što je potvrđeno Kolgomorov-Smirnov testom.

Kronbahov koeficijent alfa je pokazao odličan nivo interne konzistencije PACIC upitnika sa vrednosti od 0,944. Istim koeficijentom merena je interna konzistencija za svaku od pet oblasti, vrednosti su se kretale od 0,725 do 0,863 što je prihvatljiv nivo. Intraklasni koeficijent korelacije za ukupnu ocenu PACIC-a je 0,917, a za oblasti se kretao od 0,616 do 0,862 (Tabela 4.1-1).

Tabela 4.1-1. Podaci PACIC upitnika u procesu validacije

PACIC	Srednja vrednost (SD)	Mediana (IQR)	Nedostajući odgovori (%)	„Floor“ (%)	„Ceiling“ (%)	Kronbahov koeficijent alfa	ICC 95% CI
Ukupna ocena PACIC	4.12 (0.69)	-	-	-	-	0.944	0.917 0.895-0.935
Aktivnost pacijenata	4.27 (0.78)	-				0.838	0.830 0.783-0.868
P1	4.14 (1.00)	4 (3-5)	0.0	2.4	47.6		
P2	4.27 (0.85)	4 (4-5)	0.0	0.5	48.5		
P3	4.41 (0.86)	5 (4-5)	0.0	1.5	57.8		
Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju	4.47 (0.63)					0.725	0.616 0.454-0.725
P4	4.10 (1.08)	4 (3-5)	0.0	2.9	49.5		
P5	4.77 (0.59)	5 (5-5)	0.0	0.5	83.5		
P6	4.54 (0.71)	5 (4-5)	0.0	0.5	65.0		
Postavljanje ciljeva	3.98 (0.86)					0.822	0.794 0.737-0.840
P7	4.27 (0.86)	4 (4-5)	0.0	1.5	48.1		
P8	4.37 (0.84)	5 (4-5)	1.5	1.0	54.7		
P9	3.75 (1.24)	4 (3-5)	1.9	6.4	36.1		
P10	3.65 (1.33)	4 (3-5)	0.5	11.7	36.6		
P11	4.00 (1.16)	4 (3-5)	0.0	6.3	44.7		
Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje	4.35 (0.75)					0.863	0.862 0.828-0.891
P12	4.39 (0.96)	5 (4-5)	0.0	2.4	63.6		
P13	4.25 (0.91)	4.5 (4-5)	0.0	1.9	50.0		
P14	4.33 (0.86)	5 (4-5)	0.0	1.5	53.4		
P15	4.45 (0.80)	5 (4-5)	0.5	1.0	61.0		
Kontrolni pregledi/koordinacija	3.79 (0.92)					0.842	0.740 0.608-0.821

Tabela 4.1-1. Podaci PACIC upitnika u procesu validacije (nastavak)

PACIC	Srednja vrednost (SD)	Mediana (IQR)	Nedostajući odgovori (%)	„Floor“ (%)	„Ceiling“ (%)	Kronbahov koeficijent alfa	ICC 95% CI
P16	4.20 (0.96)	4 (4-5)	0.0	1.5	49.5		
P17	3.48 (1.33)	4 (3-5)	0.5	10.7	31.2		
P18	2.88 (1.72)	3 (1-5)	2.9	38.5	31.5		
P19	4.24 (0.97)	5 (4-5)	1.0	1.0	52.9		
P20	4.29 (0.89)	5 (4-5)	0.0	0.5	53.9		

PACIC: Pacijentova procena lečenja hronične bolesti („Patient Assessment of Chronic Illness Care“); IQR: Interkvartilni raspon („Interquartile Range“); ICC: Intraklasni koeficijent korelacije („Intraclass correlation coefficient“)

K-MSA vrednost iznosi 0,917 što ukazuje na to da je uzorak adekvatan za faktorsku analizu (Tabela 4.1-2). Metodom ekstrakcije pronađene su tri komponente sa sopstvenom vrednošću („eigenvalue“) većom od 1. Nakon „varimax“ rotacije potvrđeno je da se prvi faktor najbolje opisuje sa trinaest pitanja, drugi sa šest pitanja i treći faktor sa devet pitanja. Prvi faktor se odnosi na sva pitanja unutar dve oblasti, Aktivnosti pacijenta i Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, zatim i na pitanja o pacijentovim ciljevima u lečenju bolesti, pružanju pomoći pacijentima u postizanju ciljeva poboljšanja ishrane ili vežbanja, planiranja lečenja u slučaju pogoršanja pacijentovog stanja, kako hronična bolest utiče na pacijentov svakodnevni život, praćenje kako pacijent provodi svoje lečenje, kao i značaj redovnih pregleda kod ostalih specijalista. Drugi faktor se odnosi na pitanja grupisana u dve oblasti, Postavljanje ciljeva i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje. Treći faktor se odnosi na dva pitanja iz oblasti Aktivnosti pacijenata (pacijentove ideje o planiranju i načinu lečenja), pitanje o pisanim preporukama za poboljšanje pacijentovog zdravlja, o pacijentovim ciljevima u lečenju bolesti i da li mu je uručena kopija plana tretmana i četiri pitanja iz oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija (podsticanje pacijenta na programe u lokalnoj zajednici, u savetovalište za ishranu, značaj redovnih pregleda kod ostalih specijalista). Prvi i treći faktor imaju najviše zajedničkih pitanja i to iz oblasti Aktivnosti pacijenata i Kontrolni pregledi/koordinacija (Tabela 4.1-2).

Tabela 4.1-2. Faktorska struktura PACIC upitnika na srpskom jeziku

PACIC pitanje	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
P1		0.784		
P2		0.732		
P3	0.426	0.585		
P4		0.648		
P5	0.834			
P6	0.729			
P7	0.425	0.581		
P8	0.488			
P9		0.436	0.472	
P10		0.401	0.750	
P11			0.795	
P12	0.404		0.744	
P13			0.750	
P14	0.582		0.522	
P15	0.702			
P16	0.419			
P17		0.485		0.644
P18				0.845
P19	0.492			0.674
P20	0.586			0.535
% varijanse	20.109	18.136	17.390	13.445

4.2. Osnovne karakteristike pacijenata

4.2.1. Socio-demografske karakteristike pacijenata

Ukupan broj pacijenata koji je pristao da popuni upitnik je 1697 u dobi od 18 i više godina. Najveći broj pacijenata (N=1053) su bili u dobnoj grupi od 60 do 75 godina. Od 1697 pacijenata 44% su osobe muškog pola, a 56% su osobe ženskog pola. Prosečna dob ispitanika je iznosila 63.75 godina (SD 10.87) (Tabela 4.2.1-1). Od ukupnog broja, 1155 pacijenata je živelo u bračnoj, a najmanje pacijenata je živelo u vanbračnoj zajednici. Prema mestu stanovanja, najviše pacijenata je živelo u seoskom naselju (N=678), potom u gradskom (N=621) i najmanje u prigradskom naselju (N=392).

Istraživanje je obuhvatilo pacijente sa hipertenzijom, dijabetes melitusom i hroničnom opstruktivnom plućnom bolesti. Prosečan broj bolesti je 1.28 (SD 0,489).

Ukupan broj pacijenata sa hipertenzijom je 1223, od kojih 505 muškaraca i 716 žena. Najveći broj pacijenata sa hipertenzijom živi u bračnoj zajednici (N=819) i u gradsko-prigradskom naselju (N=705).

Ukupan broj pacijenata sa dijabetes melitusom je 639, od toga 45,8% muškaraca i 54,2% žena. Najveći broj pacijenata sa dijabetesom živi u bračnoj zajednici (N=430). Prema mjestu stanovanja, jednak broj pacijenata živi u gradskom i seoskom naselju (N=243), a najmanji broj živi u prigradskom naselju (N=149).

Ukupan broj pacijenata sa HOBP-om je 305, od toga 57,7% muškog pola i 42,3% ženskog pola. Najveći broj pacijenata sa HOBP živi u bračnoj zajednici (N=194). Najviše pacijenata je živelo u seoskom naselju (N=114), nešto manje u gradskom (N=100), a u prigradskom 89 pacijenata. Najviše pacijenata je imalo završenu srednju školu (N=734), a prema radnom statusu najviše je bilo penzionera (N=682). Materijalno stanje svog domaćinstva pacijenti su u najvećem broju procenili kao prosečno (N=1148).

Broj pacijenata sa hipertenzijom koji su naveli osnovnu školu kao najveći stepen obrazovanja je jednak broju pacijenata sa srednjom školom (N=525), dok je svega 144 pacijenta imalo višu ili visoku školu. Među pacijentima sa hipertenzijom u najvećem broju su zastupljeni penzioneri, dok su u približno istom broju nezaposleni, domaćice i zaposleni. Materijalno stanje je bilo prosečno kod 824 pacijenta.

Najviše pacijenata sa dijabetes melitusom je imalo završenu srednju školu (N=283), a prema radnom statusu najviše je bilo penzionera (N=254). Materijalno stanje svog domaćinstva pacijenti su u najvećem broju procenili kao prosečno (N=432).

Najviše pacijenata sa HOBP-om je imalo završenu osnovnu školu (N=154), a prema radnom statusu najviše je bilo penzionera (N=151). Materijalno stanje svog domaćinstva pacijenti su u najvećem broju procenili kao prosečno (N=201) (Tabela 4.2.1-2).

Tabela 4.2.1-1. Godine starosti i pol pacijenata u odnosu na bolesti

Karakteristike	N (%)	HTA N (%)	Dijabetes N (%)	HOBP N (%)	Broj bolesti		
					1	2	3
Ukupan broj ispitanika	1697						
Godine starosti							
≤ 45	38 (2.3)	13	15	13	35	3	0
45-59	475 (28.6)	339	171	57	385	88	2
60-75	1053 (63.3)	775	412	192	753	274	26
>75	97 (5.8)	24	20	39	66	27	4
Pol							
Muški	745 (44.0)	505 (41.4)	292 (45.8)	176 (57.7)	539 (42.8)	184 (45.7)	22 (66.7)
Ženski	949 (56.0)	716 (58.6)	345 (54.2)	129 (42.3)	719 (57.2)	219 (54.3)	11 (33.3)

Tabela 4.2.1-2. Demografske karakteristike pacijenata u odnosu na bolesti

Karakteristike	N (%)	HTA N	Dijabetes N	HOBP N	Broj bolesti		
					1	2	3
Bračno stanje							
oženjen	1155 (68.5)	819	430	194	885	252	18
vanbračna zajednica	42 (2.5)	27	17	12	29	12	1
neoženjen	69 (4.1)	45	28	14	52	16	1
razveden	71 (4.2)	49	27	14	53	17	1
udovac	350 (20.7)	276	130	71	235	103	12
Mesto stanovanja							
Gradsko naselje	621 (36.7)	442	243	100	467	144	10
Prigradsko naselje	392 (23.2)	263	149	89	289	97	6
Seosko naselje	678 (40.1)	513	243	114	502	160	16
Školska sprema							
osnovna škola	724 (43.9)	525	264	154	523	183	18
srednja škola	734 (44.5)	525	283	109	559	167	8
viša i visoka škola	192 (11.6)	144	72	31	142	45	5
Radni status							
zaposlen	294 (17.4)	213	122	38	218	73	3
nezaposlen	345 (20.4)	242	129	65	262	75	8
penzioner	682 (40.4)	494	254	151	486	175	21
student ili učenik	14 (0.8)	9	1	9	9	5	0
domaćica	310 (18.3)	233	110	34	244	65	1
drugo	45 (2.7)	27	18	8	37	8	0
Samoprocena materijalnog stanja							
mnogo lošije od proseka	91 (5.4)	65	30	27	65	21	5
nešto lošije od proseka	229 (13.6)	161	90	42	169	56	4
prosečno	1148 (68.1)	824	432	201	859	269	20
nešto bolje od proseka	195 (11.6)	150	71	30	143	48	4
mnogo bolje od proseka	23 (1.4)	15	10	4	17	6	0

4.2.2. Karakteristike pacijenata u odnosu na bolest

Ukupni uzorak

Najveći broj pacijenata (N=548) je bio na pregledu kod porodičnog doktora 5–10 puta u periodu od 12 mjeseci pre anketiranja, dok je u istom periodu najviše pacijenata (N=648) bilo kod specijaliste na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite jedan do dva puta. Broj pacijenata koji su izjavili da u proteklom periodu nisu bili hospitalizovani iznosio je 1363 (Tabela 4.2.2-1). Pacijenti su se u najvećem broju (N=781) izjasnili da je njihovo zdravlje isto kao i pre 12 meseci, a 664 pacijenta je ocenilo da im je zdravlje zadovoljavajuće (Tabela 4.2.2-2).

Pacijenti sa hipertenzijom

Što se tiče broja pregleda kod porodičnog doktora, najviše pacijenata sa hipertenzijom (N=387) je bilo na pregledu 5–10 puta tokom 12 meseci, dok je kod specijaliste na sekundarnom nivou najveći broj pacijenata (N=477) bio 1-2 puta. Hospitalizacija je provedena kod svega 212 pacijenata. Približno polovina pacijenata navodi da je njihovo zdravlje isto kao i pre 12 meseci, dok nešto manje pacijenata (N=466) ocenjuje svoje zdravlje kao zadovoljavajuće.

Od ukupno 1223 pacijenta sa hipertenzijom kojima je potrebno izmeriti krvni pritisak, sistolni pritisak je izmeren kod 1196 pacijenata, a od tog broja 945 pacijenata je imalo sistolni pritisak u referentnim vrednostima. Dijastolni pritisak je izmeren kod 1195 pacijenata, a referentne vrednosti je imalo 1113 pacijenata. BMI je izračunat kod 1148 pacijenata, a referentne vrednosti je imalo 255 pacijenata, predgojaznih je bilo 448, gojaznih 336 i ekstremno gojaznih 108 pacijenata. Obim struka je izmeren kod 627 pacijenata, a referentne vrednosti je imalo 319 pacijenata. Kod 1028 pacijenata evidentiran je EKG nalaz u kartonu. Eritrociti su izmereni kod 912 pacijenata, a referentne vrednosti je imalo 666 pacijenata. Hemoglobin je izmeren kod 911 pacijenata, referentne vrednosti je imalo 643 pacijenta. Hematokrit je izmeren kod 864 pacijenta, a kod 725 je bio u referentnim vrednostima. Kod 1050 pacijenata je izmerena glikemija, a kod 607 pacijenata rezultat merenja je bio u referentnim vrednostima. Ukupni holesterol je izmeren kod 997 pacijenata, a kod 400 pacijenata rezultat je bio u referentnim vrednostima. Kod 475 pacijenata je izmeren HDL, a 160 pacijenata je imalo referentne vrednosti. Kod 846 pacijenata je izmeren LDL, a kod 434 pacijenta rezultat je bio u referentnim vrednostima. Trigliceridi su urađeni kod 1000 pacijenata, a referentne vrednosti je imalo 455 pacijenata. Kalijum je izmeren kod 208 pacijenata, a kod 183 pacijenta je bio u referentnim

vrednostima. Urea je izmerena kod 653 pacijenta, a referentne vrednosti su imala 543 pacijenta. Kreatinin je izmeren kod 829 pacijenata, a kod 616 pacijenata je bio u referentnim vrednostima. Mokraćna kiselina je izmerena kod 100 pacijenata, od kojih je 64 imalo referentne vrednosti. Klirens kreatinina je evidentiran kod jednog pacijenta. Kod 352 pacijenta izmerena je proteinurija, a kod 286 pacijenata nalaz je bio negativan. Kod 728 pacijenata evidentiran je nalaz sedimenta urina i kod 627 pacijenata nalaz je bio u referentnim vrednostima.

Pacijenti sa dijabetes melitusom

Najveći broj pacijenata sa dijabetes melitusom (N=192) je bio na pregledu kod porodičnog doktora 5–10 puta u periodu od 12 meseci pre anketiranja, dok je u istom periodu najviše pacijenata (N=235) bilo kod specijaliste na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite jedan do dva puta. Veliki broj pacijenata (N=523) u proteklom periodu nije bio hospitalizovan. Pacijenti su se u najvećem broju (N=300) izjasnili da je njihovo zdravlje isto kao i pre 12 meseci, a 257 pacijenata je ocenilo da im je zdravlje zadovoljavajuće.

Arterijski pritisak je izmeren i evidentiran kod 626 pacijenata sa dijabetesom, pri čemu je sistolni u referentnim vrednostima kod 511 pacijenata, a dijastolni pritisak kod 602 pacijenta. BMI je izmeren kod 591 pacijenta, a broj pacijenata sa BMI ispod 30 je 341. Kod 344 pacijenta izmeren je obim struka, a kod 150 pacijenata je obim u referentnim granicama. EKG nalaz je evidentiran kod 591 pacijenta, a kod 513 je evidentiran skrining dijabetesnog stopala. Kod 427 pacijenata je evidentirana upotreba acetilsalicilne kiseline. Kod 589 pacijenata je izmerena glikemija, 83 pacijenat su imala rezultat u referentnim vrednostima. Kod 522 pacijenta je izmeren ukupni holesterol, a kod 264 pacijenta je bio u referentnim vrednostima. Kod 283 pacijenta je izmeren HDL, a kod 71 pacijenta rezultat je u referentnim vrednostima. Od 504 urađena nalaza LDL-a, 305 je u referentnim vrednostima. Kod 545 pacijenata je izmerena vrednost triglicerida, a kod 222 pacijenta nalaz je u referentnim vrednostima. Kod 221 pacijenta je urađen nalaz proteinurije, a kod 166 pacijenata nalaz je negativan. Kod 496 pacijenata izmeren je glikolizirani hemoglobin A1c, a referentna vrednost je utvrđena kod 210 pacijenata. Nalaz oftalmologa je evidentiran kod 560 pacijenata sa DM.

Pacijenti sa HOBP

Najveći broj pacijenata sa HOBP-om (N=97) je bio na pregledu kod porodičnog doktora 3–4 puta u periodu od 12 meseci pre anketiranja, dok je u istom periodu najviše pacijenata (N=115)

bilo jedan do dva puta kod specijaliste na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite. Veliki broj pacijenata (N=196) nije bio hospitalizovan u proteklom periodu. Pacijenti su se u najvećem broju (N=122) izjasnili da je njihovo zdravlje isto kao i pre 12 meseci, a 124 pacijenta su ocenila da im je zdravlje zadovoljavajuće.

Kod pacijenata sa HOBP-om krvni pritisak je izmeren kod 266 pacijenata, a od njih 231 pacijent je imao referentan sistolni pritisak, dok je kod 259 pacijenata evidentiran referentan dijastolni pritisak. Kod 224 pacijenta je izračunat BMI, od kojih je 157 pacijenata imalo BMI u referentnim granicama. Savet o štetnosti pušenja je evidentiran kod 127 pacijenata.

Upotreba kratkodelujućeg bronhodilatatora je evidentirana u medicinski karton kod 241 pacijenta, a kod 248 pacijenata je evidentirana upotreba dugodelujućeg bronhodilatatora.

Tabela 4.2.2-1. Broj pregleda pacijenata kod porodičnog doktora, ostalih specijalista i hospitalizacija u odnosu na bolest

Karakteristike	N (%)	HTA N	Dijabetes melitus N	HOBP N	Broj bolesti		
					1	2	3
Koliko ste puta bili na pregledu kod porodičnog doktora?	1697						
nisam bio	28 (1.7)	22	5	7	23	4	1
jedan do dva puta	190 (11.3)	146	68	33	136	51	3
3-4 puta	465 (27.7)	317	179	97	347	108	10
5-10 puta	548 (32.6)	387	192	83	437	108	3
više od 10 puta	445 (26.5)	335	182	82	306	124	15
drugo	5 (0.3)	4	5	1	2	2	1
Koliko ste puta bili na pregledu kod specijalista?							
nisam bio	251 (14.9)	200	74	31	203	42	6
jedan do dva puta	648 (38.5)	477	235	115	482	153	13
3-4 puta	510 (30.3)	345	212	89	380	124	6
5-10 puta	222 (13.2)	147	93	50	159	58	5
više od 10 puta	54 (3.2)	44	20	19	28	23	3
Koliko ste puta u proteklih 12 meseci lečeni u bolnici?							
nijedan put	1363 (81)	999	523	196	1032	307	24
1-2 puta	282 (16.8)	189	98	89	196	78	8
više do dva puta	37 (2.2)	23	13	17	22	14	1

Tabela 4.2.2-2. Procena zdravlja pacijenata u odnosu na bolest

Karakteristike	N (%)	HTA N	Dijabetes melitus N	HOBP N	Broj bolesti		
					1	2	3
Kako biste ocenili svoje zdravlje u odnosu na pre 12 meseci?	1683						
puno bolje nego pre 12 meseci	197 (11.7)	139	79	33	143	54	0
malo bolje nego pre 12 meseci	402 (23.9)	277	155	71	313	77	12
otprilike isto nego pre 12 meseci	781 (46.4)	573	300	122	580	188	13
malo lošije nego pre 12 meseci	236 (14)	177	79	55	167	63	6
puno lošije nego pre 12 meseci	67 (4)	46	19	22	49	16	2
Vi biste rekli da je Vaše zdravlje..	1683						
odlično	56 (3.3)	39	19	251	46	9	1
vrlo dobro	158 (9.4)	122	47	4	121	34	3
dobro	599 (35.6)	441	243	1	446	148	5
zadovoljavajuće	664 (39.1)	466	257	1	496	153	15
loše	206 (12.2)	143	66	47	143	54	9

4.2.3. Životni stil ispitanika

Ukupan broj pacijenata koji su se izjasnili da nikad ne piju žestoka pića bilo je 1441, a 1439 pacijenata je izjavilo da su nepušači. Najveći broj pacijenata (N=521) navodi da obavlja fizičku aktivnost u trajanju od 30 minuta manje od 5 puta sedmično, a nešto manji broj pacijenata (N=455) nije fizički aktivno.

Pacijenti sa hipertenzijom u velikom broju ne piju žestoka pića (N=1036) i u nešto većem broju (N=1039) su nepušači. Najveći broj pacijenata (N=350) navodi da obavlja fizičku aktivnost u trajanju od 30 minuta manje od 5 puta sedmično, a nešto manji broj pacijenata (328) nije fizički aktivno.

Najveći broj pacijenata sa dijabetes melitusom (N=545) ne pije žestoka pića, niti puši (N=549). Broj pacijenata koji navodi da obavlja fizičku aktivnost u trajanju od 30 minuta manje od 5 puta sedmično iznosio je 222, a nešto manji broj pacijenata (N=170) nije fizički aktivan.

Najveći broj pacijenata sa HOBP-om (N=251) ne pije žestoka pića, niti puši (N=257). Jednak broj pacijenata (N=101) navodi da obavlja fizičku aktivnost u trajanju od 30 minuta manje od 5 puta sedmično i da nije fizički aktivno (Tabela 4.2.3-1).

Tabela 4.2.3-1. Životni stil ispitanika u odnosu na bolest

Karakteristike	N (%)	HTA N	Dijabetes melitus N	HOBP N	Broj bolesti		
					1	2	3
Koliko često pijete žestoka pića?	1697						
nikada	1441 (85.5)						
nekoliko puta godišnje	17 (1)	1036	545	251	1077	337	278
2-3 puta mesečno	4 (0.2)	13	3	4	14	3	0
2-3 puta nedeljno	3 (0.2)	3	1	1	3	1	0
svaki dan	220 (13)	2	0	1	3	0	0
Da li pušite?		158	84	47	157	57	6
NE	1439 (85.5)						
DA	244 (14.5)	1039	549	257	1061	350	28
Savetovanje o prekidu pušenja		171	85	47	190	49	5
NE	1449 (91.1)						
DA	142 (8.9)	1063	570	174	1105	330	14
Koliko ste često u fizički aktivni najmanje 30 minuta?		62	31	127	82	42	18
nisam fizički aktivan	455 (30.06)	328	170	101	321	124	10
manje od 5 puta sedmično	521 (35)	350	222	101	379	132	10
5 puta mesečno	265 (17.8)	191	87	49	206	56	3
više od 5 puta sedmično	248 (16.7)	185	90	21	204	40	4

4.3. Ocene PACIC upitnika od strane svih pacijenata

Ukupno 1680 pacijenata je ocenilo PACIC i njegova srednja ocena iznosi 4.08 (SD 0.679). Prva oblast PACIC-a, Aktivnosti pacijenta, ocenjena je od strane 1677 pacijenata sa srednjom ocenom 4.25 (SD 0.803). Drugu oblast, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, ocenilo je ukupno 1678 pacijenata sa srednjom ocenom 4.30 (SD 0.715). Postavljanje ciljeva, treću oblast, ocenila su 1672 pacijenta sa srednjom ocenom 4.01 (SD 0.808). Četvrtu oblast, Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ocenilo je 1675 pacijenata sa prosečnom ocenom 4.46 (SD 0.637). Peta oblast, Kontrolni pregledi/koordinacija, ima najnižu prosečnu ocenu koju je dodelilo 1676 pacijenata i koja iznosi 3.64 (SD 0.913) (Tabela 4.3-1).

Tabela 4.3-1. Ocene PACIC upitnika od strane svih pacijenata

Oblast i broj pitanja	N	Mean	SD	Nikada (%)	Retko (%)	Ponekad (%)	Često (%)	Uvek (%)
Ukupni PACIC	1680	4.08	0.679					
Aktivnost pacijenata	1677	4.25	0.803					
1.	1669	4.16		43 (2.6)	96 (5.8)	183 (11)	572 (34.3)	775 (46.4)
2.	1671	4.26		16 (1)	71 (4.2)	180 (10.8)	595 (35.6)	809 (48.4)
3.	1670	4.39		10 (0.6)	37 (2.2)	149 (8.9)	569 (34.1)	905 (54.2)
Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju	1678	4.30	0.715					
4.	1663	3.93		121 (7.3)	118 (7.1)	231 (13.9)	474 (28.5)	719 (43.2)
5.	1673	4.67		2 (1)	18 (1.1)	69 (4.1)	352 (21)	1232 (73.6)
6.	1665	4.39		7 (0.4)	16 (1)	165 (9.9)	612 (36.8)	865 (52)
Postavljanje ciljeva	1672	4.01	0.808					
7.	1656	4.25		15 (0.9)	54 (3.3)	199 (12)	614 (37.1)	774 (46.7)
8.	1661	4.42		10 (0.6)	35 (2.1)	141 (8.3)	529 (31.8)	946 (57)
9.	1621	3.54		196 (12.1)	187 (11.5)	299 (18.4)	422 (26)	517 (31.9)
10.	1648	3.86		106 (6.4)	99 (6)	329 (20)	494 (30)	620 (37.6)
11.	1660	4.24		31 (1.9)	59 (3.6)	194 (11.7)	567 (34.2)	809 (48.7)
Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje	1675	4.46	0.637					
12.	1675	4.53		6 (0.4)	24 (1.4)	114 (6.8)	470 (28.1)	1061 (63.3)
13.	1668	4.44		9 (0.5)	33 (2)	127 (7.6)	546 (32.7)	953 (57.1)
14.	1668	4.43		13 (0.8)	44 (2.6)	131 (7.9)	500 (30)	980 (58.8)
15.	1669	4.49		10 (0.6)	25 (1.5)	126 (7.5)	487 (29.2)	1021 (61.2)
Kontrolni pregledi/koordinacija	1676	3.64	0.913					
16.	1654	3.83		122 (7.4)	152 (9.2)	295 (17.8)	397 (24)	688 (41.6)
17.	1636	3.45		196 (12)	210 (12.8)	352 (21.5)	414 (25.3)	464 (28.4)
18.	1581	2.62		659 (41.7)	166 (10.5)	176 (11.1)	270 (17.1)	310 (19.6)
19.	1661	4.30		26 (1.6)	59 (3.6)	152 (9.2)	571 (34.4)	853 (51.4)
20.	1659	4.34		26 (1.6)	48 (2.9)	151 (9.1)	537 (32.4)	897 (54.1)

4.3.1. PACIC ocene u odnosu na socio-demografske karakteristike i životni stil pacijenata

Starost pacijenata

Prosečna ocena ukupnog PACIC-a značajno se razlikuje ($p=0.050$) između pacijenata druge (45-59 godina) i četvrte starosne grupe (>75 godina), kao i u oblastima Aktivnosti pacijenta ($p=0.034$), Postavljanje ciljeva ($p=0.019$) i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.029$).

Pol

Ukupni PACIC pacijenti muškog pola su ocenili sa 4.11 (SD 0.649), a pacijentkinje sa 4.05 (SD 0.702). Značajna razlika postoji u oceni oblasti Postavljanje ciljeva, za koju su muški pacijenti dodelili bolju ocenu ($p=0.045$) (Tabela 4.3.1-1).

Bračno stanje

Značajna razlika postoji u oceni oblasti aktivnosti pacijenta gde su pacijenti u bračnoj zajednici bolje ocenili navedenu oblast od pacijenata koji su udovci/ce ($p=0.002$).

Mesto stanovanja

Pacijenti koji žive u gradskom naselju bolje su ocenili ukupni PACIC u odnosu na prigradsko naselje i ta razlika je statistički značajna ($p=0.039$) i pacijenti u seoskom naselju značajno bolje su ocenili ukupni PACIC u odnosu na prigradsko naselje ($p=0.001$). Oblast Aktivnosti pacijenata bolje su ocenili pacijenti u seoskom naselju nego u ostala dva tipa naselja ($p<0.000$). Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju kao i Postavljanje ciljeva značajno lošije su ocenjeni u prigradskom naselju u odnosu na gradsko i seosko stanovništvo ($p<0.000$).

Nivo obrazovanja

Pacijenti koji su završili osnovnu školu ocenili su ukupni PACIC značajno nižom ocenom u odnosu na pacijente sa srednjom školom ($p=0.013$). Oblast Aktivnosti pacijenata su bolje ocenili pacijenti sa srednjom školom u odnosu na pacijente sa osnovnom školom ($p=0.001$),

dok su u odnosu i na osnovnu ($p=0.042$) i na visoku/višu ($p=0.019$) školu bolje ocenili oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju.

Zaposlenost ne utiče na ocenjivanje PACIC-a, tj. ne postoji značajna razlika između pacijenata u odnosu na radni status.

Materijalno stanje

Pacijenti sa materijalnim statusom mnogo lošijim od proseka ocenili su ukupni PACIC i svih pet oblasti sa najnižom ocenom u odnosu na pacijente iz ostale četiri kategorije materijalnog statusa.

Prosečna ocena ukupnog PACIC-a, koju su dodelili pacijenti sa materijalnim statusom mnogo lošijim od proseka iznosi 3.56 (SD 0.893) što je statistički značajno niže od ocena koje su dodelili svi ostali pacijenti ($p<0.000$). Ista grupa pacijenata je ocenila oblast Aktivnosti pacijenta sa 3.67 (SD 1.043) što je značajno niža ocena u odnosu na pacijente sa materijalnim statusom nešto lošijim od proseka, prosečnim, nešto boljim od proseka ($p<0.000$), kao i mnogo bolje od proseka ($p=0.001$). Oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ocenjena je sa 3.83 (SD 0.955), značajno nižom ocenom od strane istih pacijenata ($p<0.000$), a razlika je najveća u odnosu na pacijente sa statusom mnogo boljim od proseka ($p=0.002$). Oblast Postavljanje ciljeva statistički značajno niže su ocenili pacijenti sa materijalnim statusom mnogo lošijim od proseka u odnosu na pacijente sa statusom nešto lošijim od proseka ($p=0.018$) i pacijente sa prosečnim materijalnim statusom i nešto boljim od proseka ($p<0.000$).

Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje nema statistički značajne razlike kod mnogo lošijeg i mnogo boljeg materijalnog stanja od proseka, dok u odnosu na ostale grupe pacijenata postoji razlika. Kontrolni pregledi/koordinacija je oblast koju su svi pacijenti najlošije ocenili, a statistički značajna razlika postoji između ocena mnogo lošije od proseka i ostalih pacijenata ($p<0.000$), a najveća je u odnosu na pacijente sa statusom mnogo boljim od proseka ($p=0.002$) (Tabela 4.3.1-2).

Tabela 4.3.1-1. PACIC ocene u odnosu na godine starosti i pol pacijenata

Karakteristike pacijenata	Ukupni PACIC Mean (SD)	Aktivnost pacijenta Mean (SD)	Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju Mean (SD)	Postavljanje ciljeva Mean (SD)	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje Mean (SD)	Kontrolni pregledi/koordinacija Mean (SD)
Godine starosti						
≤ 45	4.01 (0.678)	4.06 (0.958)	4.19 (0.746)	4.01 (0.737)	4.38 (0.566)	3.57 (1.01)
45-59	4.13 (0.698)	4.34 (0.787)	4.34 (0.722)	4.06 (0.805)	4.51 (0.599)	3.71 (0.918)
60-75	4.07 (0.669)	4.24 (0.798)	4.30 (0.704)	4.01 (0.804)	4.45 (0.653)	3.62 (0.901)
>75	3.93 (0.737)	4.10 (0.848)	4.18 (0.758)	3.80 (0.875)	4.31 (0.705)	3.51 (1.029)
P1	0.05	0.008	0.16	0.033	0.026	0.174
Pol						
Muški	4.11 (0.649)	4.29 (0.794)	4.31 (0.703)	4.06(0.775)	4.47 (0.631)	3.66 (0.901)
Ženski	4.05 (0.702)	4.23 (0.810)	4.30 (0.724)	3.98 (0.833)	4.45 (0.642)	3.62 (0.924)
P	0.101	0.146	0.781	0.045	0.626	0.345

Tabela 4.3.1-2. PACIC ocene u odnosu na socio-demografske karakteristike

Karakteristike	Ukupni PACIC Mean (SD)	Aktivnost pacijenta Mean (SD)	Sistem pružanja usluga Mean (SD)	Postavljanje ciljeva Mean (SD)	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje Mean (SD)	Kontrolni pregledi/koordinacija Mean (SD)
Bračni status						
oženjen	4.11 (0.681)	4.30 (0.758)	4.34 (0.703)	4.05 (0.813)	4.48 (0.629)	3.67 (0.903)
vanbračna zajednica	3.88 (0.818)	4.12 (0.968)	4.05(0.865)	3.87 (0.759)	4.27 (0.728)	3.56 (1.026)
neoženjen	4.06 (0.587)	4.26 (0.737)	4.25 (0.579)	3.95 (0.680)	4.39 (0.589)	3.67 (0.923)
razveden	3.93 (0.581)	4.17 (0.824)	4.13 (0.669)	3.79 (0.755)	4.45 (0.588)	3.39 (0.840)
udovac	4.03 (0.686)	4.12 (0.918)	4.25 (0.753)	3.99 (0.824)	4.41 (0.667)	3.58 (0.943)
P	0.025	0.003	0.003	0.055	0.086	0.073
Mesto stanovanja						
Gradsko naselje	4.09 (0.658)	4.16 (0.831)	4.38 (0.679)	4.07 (0.773)	4.45 (0.620)	3.61 (0.915)
Prigradsko naselje	3.98 (0.729)	4.17 (0.859)	4.15 (0.814)	3.85 (0.864)	4.41 (0.709)	3.58 (0.959)
Seosko naselje	4.13 (0.665)	4.39 (0.723)	4.33 (0.672)	4.05 (0.795)	4.50 (0.606)	3.70 (0.882)
P	0.002	0.000	0.000	0.000	0.078	0.057
Nivo obrazovanja						
osnovna škola	4.05 (0.687)	4.20 (0.844)	4.29 (0.738)	3.98 (0.813)	4.45 (0.649)	3.61 (0.931)
srednja škola	4.15 (0.646)	4.35 (0.741)	4.38 (0.658)	4.08 (0.799)	4.50 (0.608)	3.70 (0.879)
viša ili visoka škola	4.06 (0.624)	4.27 (0.737)	4.22 (0.684)	3.98 (0.774)	4.42 (0.606)	3.61 (0.918)
P	0.012	0.002	0.006	0.059	0.145	0.117
Materijalno stanje						
Mnogo lošije od proseka	3.56 (0.893)	3.67 (1.043)	3.83 (0.955)	3.62 (0.910)	4.06 (0.846)	3.09 (1.052)
Nešto lošije od proseka	4.02 (0.706)	4.16 (0.854)	4.30 (0.762)	3.94 (0.815)	4.37 (0.668)	3.61 (0.931)
prosečno	4.11 (0.652)	4.30 (0.767)	4.32 (0.691)	4.04 (0.798)	4.50 (0.614)	3.66 (0.894)
Nešto bolje od proseka	4.20 (0.594)	4.34 (0.703)	4.43 (0.590)	4.10 (0.792)	4.54 (0.562)	3.81 (0.844)
Mnogo bolje od proseka	4.20 (0.589)	4.39 (0.776)	4.45 (0.599)	4.13 (0.571)	4.37 (0.493)	3.88 (0.951)
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Broj pregleda kod porodičnog doktora

Pacijenti koji su bili na pregledu kod porodičnog doktora više od 10 puta su najbolje ocenili ukupni PACIC, a značajna razlika je u odnosu na pacijente koji su bili 3-4 puta na pregledu kod porodičnog doktora u toku 12 meseci ($p=0.010$).

Za oblast Aktivnosti pacijenata dodeljena je značajno niža ocena od strane pacijenata koji su bili na pregledu jedan do dva puta u odnosu na više od 10 puta ($p=0.037$). Značajno nižu ocenu za istu oblast dodelili su pacijenti koji su bili 3-4 puta na pregledu u odnosu na 5-10 puta i više od 10 puta ($p<0.000$).

Oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju značajno niže su ocenili pacijenti koji su bili 3-4 puta na pregledu u odnosu na 5-10 puta ($p=0.014$) i više od 10 puta ($p=0.021$).

Oblast Postavljanje ciljeva ne razlikuje se značajno u oceni prema broju pregleda. Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje dobilo je značajno višu ocenu od strane pacijenata koji su bili na pregledu 5-10 puta u odnosu na pacijente koji su na pregledu bili jedan do dva puta ($p=0.029$) i 3-4 puta ($p=0.002$), kao i od strane pacijenata sa više od 10 puta u odnosu na jedan do dva puta i 3-4 puta ($p<0.000$).

Nema značajne razlike u ocenama za oblast Kontrolni pregledi/koordinacija u odnosu na broj pregleda kod porodičnog doktora.

Broj pregleda kod specijaliste na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite

Nema značajne razlike u oblasti ukupne ocene PACIC-a, oblasti Aktivnost pacijenata i oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje.

Oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju je dobila nižu ocenu od strane pacijenata koji su izjavili da nisu bili na pregledu kod specijaliste na sekundarnom nivou u odnosu na pacijente koji su bili na pregledu 3-4 puta ($p=0.028$) i 5-10 puta ($p=0.020$).

Oblast Kontrolni pregledi/koordinacija niže je ocenjena od strane pacijenata koji nisu bili na pregledu kod specijaliste na sekundarnom nivou u odnosu na pacijente koji su pregledani više od 10 puta na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite ($p=0.015$).

Hospitalizacija

Oblast Sistem pružanja usluga/podrška značajno bolje su ocenili pacijenti koji nijedan put nisu hospitalizovani u odnosu na pacijente koji su hospitalizovani 1-2 puta ($p=0.030$). Analiza ocena ostalih oblasti pokazala je da nema značajne razlike u ocenama između oblasti (Tabela 4.3.1-3).

Tabela 4.3.1-3. PACIC ocene u odnosu na preglede pacijenata kod porodičnog doktora, ostalih specijalista i broj hospitalizacija

Karakteristike pacijenata	Ukupni PACIC Mean (SD)	Aktivnost pacijenta Mean (SD)	Sistem pružanja usluga Mean (SD)	Postavljanje ciljeva Mean (SD)	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje Mean (SD)	Kontrolni pregledi/kordinacija Mean (SD)
Broj pregleda kod porodičnog doktora						
nisam bio	3.88 (0.470)	4.00 (0.523)	4.00 (0.523)	3.99 (0.602)	3.67 (0.757)	4.25 (0.672)
jedan do dvaputa	4.00 (0.701)	4.18 (0.821)	4.18 (0.821)	4.20 (0.697)	3.91 (0.884)	4.34 (0.679)
3-4 puta	4.00 (0.696)	4.10 (0.893)	4.10 (0.893)	4.22 (0.754)	3.99 (0.771)	4.35 (0.704)
5-10 puta	4.11 (0.639)	4.32 (0.736)	4.32 (0.736)	4.37 (0.682)	4.05 (0.744)	4.51 (0.578)
više od 10 puta	4.16 (0.702)	4.39 (0.756)	4.39 (0.756)	4.37 (0.710)	4.05 (0.883)	4.57 (0.587)
drugo	4.13 (0.965)	4.13 (1.095)	4.13 (1.095)	4.20 (1.070)	4.24 (0.793)	4.35 (0.741)
P	0.004	0.000	0.000	0.069	0.000	0.510
Broj pregleda kod specijaliste						
nisam bio	3.99 (0.616)	4.25 (0.765)	4.17 (0.715)	3.86 (0.827)	4.43 (0.577)	3.53 (0.927)
jedan do dvaputa	4.07 (0.667)	4.23 (0.838)	4.30 (0.688)	4.01 (0.795)	4.46 (0.647)	3.61 (0.896)
3-4 puta	4.09 (0.701)	4.24 (0.790)	4.33 (0.736)	4.05 (0.775)	4.44 (0.645)	3.69 (0.914)
5-10 puta	4.12 (0.691)	4.32 (0.769)	4.37 (0.701)	4.07 (0.850)	4.50 (0.631)	3.66 (0.909)
više od 10 puta	4.26 (0.818)	4.41 (0.814)	4.39 (0.834)	4.13 (0.952)	4.56 (0.752)	3.97 (1.020)
P	0.061	0.376	0.013	0.016	0.554	0.015
Hospitalizacija						
nijedan put	4.09 (0.661)	4.28 (0.788)	4.339 (0.690)	4.02 (0.795)	4.46 (0.628)	3.63 (0.905)
1-2 puta	4.06 (0.737)	4.16 (0.853)	4.21 (0.782)	3.99 (0.873)	4.45 (0.668)	3.71 (0.947)
više do dva puta	3.89 (0.880)	4.12 (0.950)	4.06 (0.945)	3.82 (0.774)	4.35 (0.754)	3.55 (0.968)
P	0.182	0.49	0.004	0.300	0.543	0.339

Poređenje zdravlja

Pacijenti koji se osećaju puno bolje nego pre 12 meseci bolje su ocenili ukupan PACIC u odnosu na ostale pacijente ($p < 0.000$), izuzev onih koji se osećaju malo bolje. Ocene tri oblasti (Aktivnosti pacijenata, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Postavljanje ciljeva) značajno se razlikuju kod pacijenata koji se osećaju puno bolje nego pre 12 meseci u odnosu na ostale pacijente izuzev onih koji se osećaju malo bolje.

U oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje postoji značajna razlika kod pacijenata koji se osećaju puno lošije nego pre 12 meseci, jer su dali niže ocene u odnosu na ostale pacijente.

Oblast Kontrolni pregledi/koordinacija najbolje su ocenili pacijenti koji se osećaju puno bolje nego pre 12 meseci, a najlošije ocene su dali pacijenti koji se osećaju puno lošije nego pre 12 meseci ($p < 0.000$).

Zdravlje sada

Pacijenti koji navode da imaju loše zdravlje dali su značajno nižu ocenu za ukupni PACIC i sve oblasti u odnosu na ostale pacijente ($p < 0.000$).

Pacijenti kod kojih je zdravlje vrlo dobro dali su najbolju ocenu u odnosu na ostale pacijente za tri oblasti: Aktivnosti pacijenata, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje, a u odnosu na pacijente sa zadovoljavajućim zdravljem značajno bolje su ocenili oblast Kontrolni pregledi/koordinacija ($p = 0.006$), a lošije u odnosu na pacijente čije je zdravlje odlično ($p = 0.017$).

Oblast Kontrolni pregledi/koordinacija je najlošije ocenjena u odnosu na druge PACIC oblasti, pri čemu su pacijenti sa lošim zdravljem dodelili najnižu ocenu 3.4473 (SD 1.08424) (Tabela 4.3.1-4).

Tabela 4.3.1-4. PACIC ocene u odnosu na ocenu vlastitog zdravlja od strane pacijenata

Karakteristike pacijenata	Ukupni PACIC Mean (SD)	Aktivnost pacijenta Mean (SD)	Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju Mean (SD)	Postavljanje ciljeva Mean (SD)	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje Mean (SD)	Kontrolni pregledi/koordinacija Mean (SD)
Poređenje zdravlja						
Puno bolje nego pre 12 meseci	4.32 (0.584)	4.45 (0.612)	4.53 (0.561)	4.27 (0.704)	4.52 (0.562)	4.05 (0.772)
Malo bolje nego pre 12 meseci	4.18 (0.575)	4.34 (0.697)	4.43 (0.599)	4.13 (0.684)	4.55 (0.501)	3.77 (0.791)
Otprilike isto nego pre 12 meseci	4.05 (0.669)	4.24 (0.831)	4.28 (0.703)	3.97 (0.817)	4.45 (0.651)	3.56 (0.920)
Malo lošije nego pre 12 meseci	3.95 (0.744)	4.17 (0.860)	4.12 (0.792)	3.84 (0.905)	4.41 (0.693)	3.48 (0.999)
Puno lošije nego pre 12 meseci	3.56 (0.967)	3.70 (1.034)	3.78 (1.077)	3.62 (1.002)	4.05 (0.974)	3.12 (1.073)
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Zdravlje sada						
Odlično	4.26 (0.610)	4.38 (0.637)	4.46 (0.557)	4.21 (0.817)	4.40 (0.567)	3.99 (0.872)
Vrlo dobro	4.27 (0.559)	4.47 (0.672)	4.50 (0.585)	4.20 (0.716)	4.55 (0.532)	3.87 (0.795)
Dobro	4.11 (0.620)	4.30 (0.719)	4.33 (0.645)	4.04 (0.763)	4.47 (0.573)	3.67 (0.889)
Zadovoljavajuće	4.07 (0.649)	4.24 (0.835)	4.32 (0.693)	4.01 (0.770)	4.52 (0.581)	3.59 (0.892)
Loše	3.81 (0.924)	3.98 (0.973)	4.00 (0.977)	3.75 (1.033)	4.18 (0.940)	3.45 (1.084)
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Žestoka pića

Oblast Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje značajno bolje su ocenili pacijenti koji navode da nikada ne konzumiraju žestoka pića u odnosu na pacijente koji konzumiraju žestoka pića svaki dan ($p=0.026$). Za ukupni PACIC i ostale oblasti ne postoji značajna razlika u ocenama u odnosu na učestalost konzumiranja žestokih pića.

Pušenje

Nepušači su bolje ocenili ukupni PACIC i sve oblasti, a značajna razlika je u oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.010$).

Fizička aktivnost

Pacijenti koji nisu fizički aktivni značajno niže su ocenili ukupni PACIC i oblasti Aktivnosti pacijenata, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Postavljanje ciljeva u odnosu na ostale pacijente.

Rezultati pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika između pacijenata koji nisu fizički aktivni i koji su aktivni više od 5 puta sedmično.

Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje najniže su ocenili pacijenti koji nisu fizički aktivni, a razlika je statistički značajna u odnosu na ocenu pacijenata koji su fizički aktivni 5 puta mesečno i više od 5 puta sedmično ($p<0.000$).

Za oblast Kontrolni pregledi/koordinacija najnižu ocenu dodelili su pacijenti koji nisu fizički aktivni, a navedena ocena se značajno razlikuje u odnosu na ocenu pacijenata koji su fizički aktivni manje od 5 puta sedmično ($p=0.018$) i pacijenata koji su aktivni 5 puta mesečno ($p=0.048$) (Tabela 4.3.1-5).

PACIC i broj bolesti

Ukupan broj pacijenata sa jednom bolešću je 1248 i njihova prosečna ocena za ukupni PACIC je 4.0583 (SD 0.69138), 1246 pacijenata je ocenilo prvu oblast sa prosečnom ocenom 4.2456 (SD 0.80014), a drugu oblast sa 4.2961 (SD 0.72696). Treću oblast je 1240 ocenilo pacijenta sa prosekom od 4.0079 (SD 0.80629). Četvrtu oblast su ocenila 1243 pacijenta sa 4.4447 (SD

0.64768), dok su petu oblast ocenila 1244 pacijenta sa najnižom prosečnom ocenom 3.6042 (SD 0.92052),

Broj pacijenata sa dve bolesti je 399, a njihova srednja ocena za ukupan PACIC je 4.1122 (SD 0.64659). Prvu oblast je ocenilo 398 pacijenata sa dve bolesti sa prosekom od 4.2697 (SD 0.80013). Svi pacijenti koji su imali dve bolesti ocenili su drugu oblast sa ocenom 4.3124 (SD 0.67653), treću oblast sa 4.0100 (SD 0.81302), četvrtu sa ocenom 4.4731 (SD 0.61396) i petu oblast sa najnižom prosečnom ocenom od 3.7173 (SD 0.88464).

Ukupan broj pacijenata sa tri bolesti iznosio je 33 i svi su ocenili ukupan PACIC sa prosečnom ocenom 4.3379 (SD 0.54587), prvu oblast sa 4.3838 (SD 0.94326), drugu sa 4.4444 (SD 0.71037), treću sa ocenom 4.2242 (SD 0.80895), četvrtu oblast sa 4.7955 (SD 0.38757) i petu oblast sa najnižom prosečnom ocenom 3.9939 (SD 0.86960).

Značajna razlika postoji u ocenama oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje kada se posmatraju pacijenti sa tri bolesti u odnosu na pacijente sa jednom ili dve bolesti. Statistički značajna razlika postoji u ocenama za oblast Kontrolni pregledi/koordinacija od strane pacijenata sa jednom bolešću u odnosu na pacijente sa tri bolesti. U oba slučaja pacijenti sa tri bolesti su dodelili više ocene u odnosu na ostale pacijente.

Tabela 4.3.1-5. PACIC ocene u odnosu na životni stil pacijenata

Karakteristike pacijenata	Ukupni PACIC Mean (SD)	Aktivnost pacijenta Mean (SD)	Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju Mean (SD)	Postavljanje ciljeva Mean (SD)	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje Mean (SD)	Kontrolni pregledi/koordinacija Mean (SD)
Žestoka pića						
nikada	4.08 (0.691)	4.26 (0.812)	4.32 (0.723)	4.03 (0.813)	4.48 (0.637)	3.63 (0.925)
nekoliko puta godišnje	4.29 (0.639)	4.29 (0.644)	4.49 (0.458)	4.19 (0.882)	4.57 (0.498)	4.02 (1.084)
2-3 puta mesečno	4.66 (0.160)	4.25 (0.500)	4.83 (0.192)	4.55 (0.526)	4.94 (0.125)	4.70 (0.383)
2-3 puta nedeljno	3.72 (0.252)	3.89 (0.509)	3.78 (0.385)	3.60 (0.529)	4.08 (0.629)	3.40 (0.000)
Svaki dan	4.02 (.602)	4.21 (0.756)	4.19 (0.668)	3.92 (0.762)	4.34 (0.637)	3.64 (0.816)
P	0.127	0.847	0.028	0.149	0.011	0.069
Pušenje						
Ne	4.09 (0.686)	4.27 (0.806)	4.31 (0.722)	4.03 (0.811)	4.47 (0.638)	3.67 (0.917)
Da	3.99 (0.639)	4.17 (0.778)	4.26 (0.674)	3.94 (0.792)	4.39 (0.631)	3.50 (0.887)
P1	0.051	0.076	0.254	0.106	0.078	0.010
Fizička aktivnost						
Nisam fizički aktivan	3.90 (0.729)	4.010 (0.918)	4.16 (0.795)	3.84 (0.867)	4.28 (0.717)	3.46 (0.925)
manje od 5 puta sedmično	4.05 (0.702)	4.24 (0.779)	4.28 (0.706)	4.03 (0.738)	4.39 (0.638)	3.63 (0.895)
5 puta mesečno	4.16 (0.591)	4.45 (.633)	4.37 (0.654)	4.05 (0.778)	4.54 (0.596)	3.65 (0.844)
više od 5 puta sedmično	4.11 (0.578)	4.36 (0.768)	4.31 (0.655)	3.99 (0.800)	4.59 (0.512)	3.58 (0.864)
P1	0.000	0.000	0.001	0.001	0.000	0.011

4.3.2. Ocene PACIC-a i pacijenti sa hipertenzijom

Srednja ocena ukupnog PACIC-a iznosi 4.13 (SD 0.632), a ocenjena je od strane 1210 pacijenata sa hipertenzijom. Srednja ocena oblasti Aktivnosti pacijenta dobijena je od strane 1208 pacijenata i iznosi 4.31 (SD 0.762), dok je drugu oblast, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, ocenilo ukupno 1210 pacijenata sa prosečnom ocenom 4.35 (SD 0.667). Postavljanje ciljeva ocenilo je 1207 pacijenata sa prosečnom ocenom 4.03 (SD 0.809), Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ocenilo je 1209 pacijenata sa srednjom ocenom 4.51 (SD 0.585). Peta oblast, Kontrolni pregledi/koordinacija ocenjena od strane 1209 pacijenata, ima najnižu prosečnu ocenu 3.70 (SD 0.889).

Najvišu ocenu, 4.71 (SD 0.559), dobilo je pitanje „Da li ste bili zadovoljni pruženim uslugama?“ i najveći procenat pacijenata sa hipertenzijom (75.5%) uvek su bili zadovoljni pruženim uslugama. Kod 50.3% pacijenata doktor/sestra uzimaju u obzir pacijentove stavove ili tradiciju kada preporučuju određeno lečenje, a ocena je iznosila 4.57 (SD 0.665). Kod 63.1% pacijenata doktori su uvek pitali kako hipertenzija utiče na pacijentov svakodnevni život, pri čemu je ocena pacijenata 4.53 (SD 0.706). Pomoć da se unapred planira lečenje u slučaju pogoršanja stanja pružena je uvek kod 61.6% pacijenata, koji ocenjuju ovo pitanje sa 4.49 (SD 0.759).

Najnižu ocenu, 2.62 (SD 1.627), dobilo je pitanje koje se odnosi na upućivanje pacijenata nutricionisti ili u savetovanište za ishranu. Svega 21.4% pacijenata sa hipertenzijom je uvek upućivano, a 39.8% nikada nije upućeno nutricionisti. Pitanje u vezi podsticanja pacijenata da učestvuju u programima organizovanim u lokalnoj zajednici, a koji mogu biti od pomoći pacijenti su ocenili sa 3.45 (SD 1.354) i svega 29.4% pacijenata je izjavilo da su uvek podsticani za ovakve programe. Kopiju plana tretmana od strane porodičnog doktora uvek je dobijalo 33.2% pacijenata, pri čemu je ovo pitanje ocenjeno sa 3.56 (SD 1.37). Doktori su 37.7% pacijenata uvek podsticali da pohađaju edukacije u grupi pacijenata sa istom hroničnom bolesti, a ocena ovog pitanja od strane pacijenata je iznosila 3.85 (SD 1.195). Ostala pitanja su ocenjena u rasponu od 3.87 do 4.45 (Tabela 4.3.2-1).

Pacijenti sa regulisanim sistolnim pritiskom su bolje ocenili ukupni PACIC i svih pet oblasti. Razlike u ocenama između pacijenata sa regulisanim i neregulisanim sistolnim pritiskom su statistički značajne u ukupnoj PACIC oceni ($p=0.028$) i u oblastima Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p=0.014$), Postavljanje ciljeva ($p=0.019$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p=0.023$).

Pacijenti sa regulisanim dijastolnim pritiskom su bolje ocenili ukupni PACIC i svih pet oblasti. Razlike ocena između pacijenata sa regulisanim i neregulisanim dijastolnim pritiskom su statistički značajne u ukupnoj PACIC oceni ($p=0.001$) i u oblastima Postavljanje ciljeva ($p<0.000$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p=0.001$).

Razlika u ocenama je statistički značajna između pacijenata sa referentnim vrednostima BMI i pacijenata sa BMI izvan referentnog raspona u ukupnoj PACIC oceni ($p=0.037$) i u oblastima Postavljanje ciljeva ($p=0.029$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p=0.039$), pri čemu su pacijenti sa BMI izvan referentnog raspona bolje ocenili ukupni PACIC i sve oblasti.

Pacijenti sa referentnim vrednostima obima struka su ukupni PACIC i sve oblasti značajno bolje ocenili u odnosu na pacijente sa povećanim obimom struka.

Pacijenti sa evidentiranim EKG nalazom su ukupni PACIC i sve oblasti PACIC-a značajno bolje ocenili u odnosu na pacijente kod kojih EKG nalaz nije evidentiran.

Nema značajne razlike u ocenjivanju PACIC-a kod pacijenata sa referentnim vrednostima eritrocita i pacijenata čija vrednost eritrocita nije referentna. Pacijenti sa vrednostima hemoglobina koje nisu u referentnim granicama su značajno bolje ocenili oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p=0.026$) i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.021$), dok su kod pacijenata sa vrednostima hematokrita koje nisu u referentnim granicama značajno bolje ocenjene oblasti Aktivnosti pacijenta ($p=0.005$) i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.019$).

Ne postoji statistički značajna razlika u ocenama PACIC-a između pacijenata sa referentnim i patološkim vrednostima glikemije iako su pacijenti sa referentnim vrednostima glikemije bolje ocenili oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje. Oblast Postavljanje ciljeva bolje su ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima ukupnog holesterola, ali razlika nije statistički značajna.

Pacijenti sa referentnim vrednostima HDL holesterola su bolje ocenili ukupni PACIC i četiri oblasti izuzev oblasti Aktivnosti pacijenta, značajna razlika postoji za ukupni PACIC ($p=0.013$) i oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.02$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p=0.002$).

Pacijenti koji imaju LDL i trigliceride u krvi izvan referentnih vrednosti bolje su ocenili ukupni PACIC i pet oblasti, ali razlika nije statistički značajna.

Pacijenti sa vrednostima kalijuma izvan referentnih granica su značajno bolje ocenili ukupni PACIC ($p=0.013$) i oblasti Postavljanje ciljeva ($p=0.006$) i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.02$).

Ne postoji statistički značajna razlika u ocenama PACIC-a između pacijenata sa referentnim i patološkim vrednostima uree iako su pacijenti sa referentnim vrednostima bolje ocenili dvije oblasti, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Kontrolni pregledi/koordinacija. Pacijenti sa referentnim vrednostima kreatinina bolje su ocenili ukupni PACIC i sve oblasti, a ocene se statistički značajno razlikuju u ukupnom PACIC-u, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, Postavljanje ciljeva i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p < 0.000$). Pacijenti sa referentnim vrednostima mokraćne kiseline u serumu bolje su ocenili tri oblasti, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, Postavljanje ciljeva i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje, ali razlika u ocenama nije statistički značajna u odnosu na ocene pacijenata sa vrednostima izvan referentnih granica. Ocene pacijenata sa referentnim i patološkim vrednostima urinom značajno se ne razlikuju.

Pacijenti koji su obavili pregled kod oftalmologa značajno bolje su ocenili ukupni PACIC i sve oblasti.

Tabela 4.3.2-1. PACIC ocene od strane pacijenata sa hipertenzijom

Redni broj pitanja	N	Mean	SD	Nikada (%)	Retko (%)	Ponekad (%)	Često (%)	Uvek (%)
1.	1202	4.22	0.97	31 (2.6)	49 (4.1)	127 (10.6)	407 (33.9)	588 (48.9)
2.	1203	4.32	0.856	13 (1.1)	41 (3.4)	110 (9.1)	429 (35.7)	610 (50.7)
3.	1205	4.44	0.75	8 (0.7)	17 (1.4)	91 (7.6)	409 (33.9)	680 (56.4)
4.	1199	3.97	1.214	84 (7.0)	83 (6.9)	147 (12.3)	354 (29.5)	531 (44.3)
5.	1209	4.71	0.559	-	9 (0.7)	37 (3.1)	250 (20.7)	913 (75.5)
6.	1202	4.42	0.691	4 (0.3)	7 (0.6)	95 (7.9)	465 (38.7)	631 (52.5)
7.	1194	4.28	0.851	11 (0.9)	38 (3.2)	133 (11.1)	440 (36.9)	572 (47.9)
8.	1199	4.45	0.758	-	6 (1.9)	23 (7.6)	91 (32)	384 (58)
9.	1167	3.56	1.37	142 (12.2)	136 (11.7)	200 (17.1)	301 (25.8)	388 (33.2)
10.	1187	3.85	1.195	85 (7.2)	69 (5.8)	231 (19.5)	355 (29.9)	447 (37.7)
11.	1199	4.28	0.913	22	41 (7.2)	124 (5.8)	409 (19.5)	603 (29.9)
12.	1209	4.57	0.665	2 (1.8)	11(3.4)	74 (10.3)	335 (34.1)	787 (50.3)
13.	1204	4.49	0.713	5 (0.4)	17 (1.4)	74 (6.1)	401 (33.3)	707 (58.7)
14.	1204	4.49	0.759	8 (0.7)	22 (1.8)	82 (6.8)	350 (29.1)	742 (61.6)
15.	1205	4.53	0.706	7 (0.6)	9 (0.7)	81 (6.7)	348 (28.9)	760 (63.1)
16.	1194	3.87	1.262	88 (7.4)	102 (8.5)	208 (17.4)	281 (23.5)	515 (43.1)
17.	1636	3.45	1.354	149 (12.6)	141 (11.9)	244 (20.6)	300 (25.4)	348 (29.4)
18.	1581	2.62	1.627	453 (39.8)	107 (9.4)	128 (11.2)	207 (18.2)	243 (21.4)
19.	1661	4.30	0.817	13 (1.1)	23 (1.9)	115 (9.6)	413 (34.3)	639 (53.1)
20.	1659	4.34	0.81	12 (1)	24 (2)	104 (8.7)	380 (31.6)	681 (56.7)

4.3.3. Ocene PACIC-a i pacijenti sa dijabetes melitusom

Ukupno 633 pacijenta sa dijabetes melitusom je ocenilo ukupni PACIC čija srednja vrednost iznosi 4.12 (SD 0.649). Prvu oblast, Aktivnosti pacijenta, ocenio je 631 pacijent sa prosečnom ocenom 4.27 (SD 0.786). Oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ocenila su 632 pacijenta sa prosečnom ocenom 4.33 (SD 0.688). Treću oblast, Postavljanje ciljeva ocenila su 632 pacijenta sa srednjom ocenom 4.06 (SD 0.792). Oblast Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ocenilo je 632 pacijenata sa prosečnom ocenom 4.48 (SD 0.607). Zadnja oblast Kontrolni pregledi/koordinacija ocenjena od strane 632 pacijenata ima najnižu prosečnu ocenu 3.68 (SD 0.879).

Najvišu ocenu, 4.67 (SD 0.607), dobilo je pitanje „Da li ste bili zadovoljni pruženim uslugama?“ i najveći procenat pacijenata sa dijabetesom (73.1%) uvek su bili zadovoljni pruženim uslugama. Više od polovine pacijenata (62.2%) je sigurno da doktor/sestra uzimaju u obzir pacijentove stavove ili tradiciju kada preporučuju određeno lečenje, a srednja ocena za ovo pitanje iznosi 4.53 (SD 0.687). Kod 63% pacijenata doktori su uvek pitali kako dijabetes utiče na pacijentov svakodnevni život, pri čemu je ocena pacijenata 4.51 (SD 0.756). Pomoć da se unapred planira lečenje u slučaju pogoršanja stanja pružena je uvek kod 60.8% pacijenata, koji ocenjuju ovo pitanje sa 4.47 (SD 0.8).

Najnižu ocenu, 2.72 (SD 1.607), dobilo je pitanje koje se odnosi na upućivanje pacijenata nutricionisti ili u savetovalište za ishranu. Svega 20% pacijenata sa dijabetes melitusom je uvek upućivano, a najveći procenat pacijenata (39.4%) nikada nije upućeno nutricionisti. Pitanje u vezi podsticanja pacijenata da učestvuju u programima organizovanim u lokalnoj zajednici, a koji mogu biti od pomoći pacijenti su ocenili sa 3.5 (SD 1.331) i 30.2% pacijenata je izjavilo da su uvek podsticani na učestvovanje u ovim programima. Kopiju plana tretmana od strane porodičnog doktora uvek je dobijalo 34.7% pacijenata, pri čemu je ovo pitanje ocenjeno sa 3.63 (SD 1.34). Doktori su kod 63% pacijenata uvek pitali kako hronična bolest utiče na njihov svakodnevni život, a srednja ocena od strane pacijenata je iznosila 3.88 (SD 0.756). Ostala pitanja su ocenjena u rasponu od 3.97 do 4.44 (Tabela 4.3.3-1).

Pacijenti sa evidentiranim nalazom pregleda kod oftalmologa su bolje ocenili sve oblasti PACIC-a, a statistički značajna razlika je utvrđena kod ocene oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p=0.012$), Postavljanje ciljeva ($p=0.045$) i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.16$).

Pacijenti sa referentnim vrednostima HgbA1c su bolje ocenili ukupni PACIC i sve oblasti, ali razlika nije statistički značajna.

Pacijenti kod kojih nije prisutna proteinurija, bolje su ocijenili oblasti Aktivnosti pacijenta, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje, ali razlika nije statistički značajna.

Pacijenti sa referentnim vrednostima dijastolnog pritiska bolje su ocenili oblasti Aktivnost pacijenta i Postavljanje ciljeva, dok su pacijenti sa referentnim vrednostima sistolnog krvnog pritiska uz navedene dve oblasti bolje ocenili i oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju. Razlike u navedenim ocenama nisu statistički značajne.

Ne postoji statistički značajna razlika u ocenama PACIC-a između pacijenata sa referentnim i patološkim vrednostima glikemije, ukupnog holesterola, LDL holesterola.

Pacijenti sa povišenim vrednostima BMI značajno su bolje ocenili ukupni PACIC ($p < 0.000$) i oblasti Aktivnosti pacijenta ($p = 0.003$), Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p = 0.001$), Postavljanje ciljeva ($p = 0.001$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p < 0.000$). Pacijenti sa referentnim vrednostima obima struka bolje su ocenili sve oblasti, ali bez statističke značajnosti.

Pacijenti sa referentnim vrednostima HDL holesterola su značajno bolje ocenili ukupni PACIC ($p = 0.002$) i oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p = 0.043$), Postavljanje ciljeva ($p = 0.004$), Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p = 0.041$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p = 0.002$). Oblast Aktivnosti pacijenta je takođe bolje ocenjena od strane navedenih pacijenata, ali razlika nije statistički značajna.

Pacijenti sa kod kojih trigliceridi nisu u referentnim vrednostima značajno bolje su ocenili ukupni PACIC ($p = 0.032$) i oblasti Postavljanje ciljeva ($p = 0.016$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p = 0.030$).

Pacijenti kod kojih je obavljen test monofilamentom u cilju skrininga dijabetesnog stopala bolje su ocijenili oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, ali bez statističke značajnosti.

Pacijenti sa evidentiranom upotrebom acetilsalicilne kiseline su značajno bolje ocenili ukupni PACIC ($p = 0.001$), i oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p < 0.000$), Postavljanje ciljeva ($p < 0.000$) i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p = 0.001$). Navedeni pacijenti su bolje ocenili i oblasti Aktivnost pacijenata i Kontrolni pregledi/koordinacija, ali bez statističke značajnosti.

Pacijenti sa evidentiranim EKG nalazom su značajno bolje ocenili ukupni PACIC ($p = 0.043$), i oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p = 0.009$) i Postavljanje ciljeva ($p = 0.041$).

Tabela 4.3.3-1. PACIC ocene od strane pacijenata sa dijabetesom

Redni broj pitanja	N	Mean	SD	Nikada N (%)	Retko N (%)	Ponekad N (%)	Često N (%)	Uvek N (%)
1.	628	4.16	1.005	17 (2.7)	36 (22)	65 (10.4)	223 (35.5)	287(45.7)
2.	629	4.3	0.859	6 (1)	22 (3.5)	64 (10.2)	223 (35.5)	314 (49.9)
3.	626	4.42	0.751	2 (0.3)	11 (1.8)	55 (8.8)	214 (34.2)	344 (55)
4.	627	4.03	1.153	34 (5.4)	40 (6.4)	84 (13.4)	187 (29.8)	282 (45)
5.	632	4.67	0.607	-	5 (0.8)	31 (4.9)	134 (21.2)	462 (73.1)
6.	627	4.38	0.75	5 (0.8)	3 (0.5)	63 (10)	234 (37.3)	322 (51.4)
7.	627	4.27	0.87	6 (1)	19 (3)	82 (13.1)	213 (34.1)	305 (48.8)
8.	627	4.44	0.786	6 (1)	12 (1.9)	44 (7)	203 (32.4)	362 (57.7)
9.	613	3.63	1.34	68 (11.1)	61 (10)	114 (18.6)	157 (25.6)	213 (34.7)
10.	623	3.97	1.129	33 (5.3)	31 (5)	115 (18.5)	187 (30)	257 (41.3)
11.	627	4.28	0.888	11 (1.8)	16 (2.6)	70 (11.2)	222 (35.4)	308 (49.1)
12.	632	4.53	0.687	1 (0.2)	7 (1.1)	43 (6.8)	188 (29.7)	393 (62.2)
13.	631	4.47	0.729	3 (0.5)	8 (1.3)	47 (7.4)	204 (32.3)	369 (58.5)
14.	630	4.51	0.8	6 (1)	15 (2.4)	42 (6.7)	184 (29.2)	383 (60.8)
15.	630	3.88	0.756	5 (0.8)	9 (1.4)	44 (7)	175 (27.8)	397 (63)
16.	628	3.5	1.223	39 (6.2)	57 (9.1)	118 (18.8)	159 (25.3)	255 (40.6)
17.	615	2.72	1.331	66(10.7)	83 (13.5)	127 (20.7)	153 (24.9)	186 (30.2)
18.	596	4.34	1.607	235(39.4)	50 (8.4)	76 (12.8)	116 (19.5)	119 (20)
19.	624	4.38	0.845	6 (1)	21 (3.4)	53 (8.5)	217 (34.8)	327 (52.4)
20.	625	4.29	0.829	4 (0.6)	19 (3)	60 (9.6)	195 (31.2)	347 (55.5)

4.3.4. Ocene PACIC-a i pacijenti sa HOBP-om

Srednja vrednost ukupnog PACIC-a iznosi 3.90 (SD 0.823), a ocenjena je od strane 302 pacijenta sa HOBP-om. Srednja ocena oblasti Aktivnosti pacijenta dobijena je od strane 302 pacijenata i iznosi 4.05 (SD 0.974), dok je drugu oblast, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, ocenilo ukupno 301 pacijenata sa prosečnom ocenom 4.11 (SD 0.858). Postavljanje ciljeva ocenilo je 298 pacijenata sa prosečnom ocenom 3.90 (SD 0.837), Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ocenilo je 299 pacijenata sa srednjom ocenom 4.31 (SD 0.800). Peta oblast, Kontrolni pregledi/koordinacija ocenjena od strane 300 pacijenata ima najnižu prosečnu ocenu 3.48 (SD 1.021).

Najvišu ocenu, 4.53 (SD 0.806), dobilo je pitanje „Da li ste bili zadovoljni pruženim uslugama?“ i najveći procenat pacijenata sa HOBP (67.7%) uvek su bili zadovoljni pruženim uslugama. Nešto više od polovine pacijenata (58.9%) je sigurno da doktor/sestra uzimaju u obzir pacijentove stavove ili tradiciju kada preporučuju određeno lečenje, a srednja ocena za ovo pitanje iznosi 4.41 (SD 0.852). Kod 56.6% pacijenata doktori su uvek pitali kako HOBP utiče na pacijentov svakodnevni život, pri čemu je prosečna ocena pacijenata 4.35 (SD 0.892). Doktori su pomogli kod 54.5% pacijenata da se isplanira lečenje, koje će pacijenti moći da ispoštuju u svakodnevnom životu, a ocena na ovo pitanje je 4.29 (SD 0.932).

Najnižu ocenu, 2.55 (SD 1.56), dobilo je pitanje koje se odnosi na upućivanje pacijenata nutricionisti ili u savetovanište za ishranu. Svega 17.7% pacijenata sa HOBP je uvek upućivano, a najveći procenat pacijenata (40.3%) nikada nije upućeno nutricionisti. Pitanje u vezi podsticanja pacijenata da učestvuju u programima organizovanim u lokalnoj zajednici, a koji mogu biti od pomoći, pacijenti su ocenili sa 3.3 (SD 1.385) i 26.9% pacijenata je izjavilo da su uvek podsticani na učestvovanje u ovim programima. Najveći procenat pacijenata sa HOBP-om (26.6%) je ponekad dobijalo kopiju plana tretmana od strane porodičnog doktora, pri čemu je srednja ocena 3.42 (SD 1.287). Porodični doktori su uvek kontaktirali 39.2% pacijenata nakon pregleda radi provjere kako provode lečenje, a ocena pacijenata je 3.73 (SD 1.295). Ostala pitanja su ocenjena u rasponu od 3.78 do 4.26 (Tabela 4.3.4-1).

Pacijenti sa referentnim vrednostima sistolnog pritiska su bolje ocenili sve oblasti, ali bez statističke značajnosti. Pacijenti sa referentnim vrednostima dijastolnog pritiska su značajno bolje ocenili ukupni PACIC ($p=0.023$), i oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p=0.031$) i Postavljanje ciljeva ($p=0.048$).

Pacijenti sa referentnim vrednostima BMI značajno su bolje ocenili ukupni PACIC ($p=0.050$) i oblasti Aktivnosti pacijenta ($p=0.039$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p=0.045$). Pacijenti sa

referentnim vrednostima obima struka bolje su ocenili ukupni PACIC i svih pet oblasti, ali razlika nije statistički značajna.

Pacijenti kod kojih je evidentiran savet o prekidu pušenja značajno su bolje ocenili kompletan PACIC sa svim oblastima ($p<0.000$, $p<0.000$, $p<0.000$, $p=0.001$, $p<0.000$, $p=0.014$).

Pacijenti kod kojih je evidentirana upotreba kratkodelujućeg bronhodilatatora značajno su bolje ocenili kompletan PACIC sa svim oblastima ($p<0.000$, $p=0.001$, $p<0.000$, $p<0.000$, $p<0.000$, $p<0.000$).

Pacijenti kod kojih je evidentirana upotreba dugodelujućeg bronhodilatatora su značajno bolje ocenili ukupni PACIC ($p=0.020$) i oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($p=0.002$) i Kontrolni pregledi/koordinacija ($p=0.043$).

Tabela 4.3.4-1. PACIC ocene od strane pacijenata sa HOBP

Redni broj pitanja	N	Mean	SD	Nikada N (%)	Retko N (%)	Ponekad N (%)	Često N (%)	Uvek N (%)
1.	301	3.93	1.152	12 (4)	32 (10.6)	43 (14.3)	93 (30.9)	121 (40.2)
2.	300	4.08	1.033	5 (1,7)	25 (8.3)	44 (14.7)	94 (31.3)	132 (44)
3.	300	4.08	0.936	2 (0.7)	15 (5)	49 (16.3)	86 (28.7)	148 (49.3)
4.	297	3.78	1.192	19 (6.4)	24 (8.1)	64 (21.5)	86 (29)	104 (35)
5.	297	4.53	0.806	2 (0.7)	8 (2.7)	23 (7.7)	63 (21.2)	201 (67.7)
6.	296	4.2	0.885	2 (0.7)	9 (3)	53 (17.9)	96 (32.4)	136 (45.9)
7.	294	4.06	0.956	4 (1.4)	17 (5.8)	51 (17.3)	108 (36.7)	114 (38.8)
8.	297	4.22	0.905	2 (0.7)	12 (4)	48 (16.2)	93 (31.3)	142 (47.8)
9.	293	3.42	1.287	31 (10.6)	37 (12.6)	78 (26.6)	71 (24.2)	76 (25.9)
10.	295	3.84	1.094	11 (3.7)	20 (6.8)	78 (26.4)	83 (28.1)	103 (34.9)
11.	296	4.16	0.914	3 (1)	11 (3.7)	52 (17.6)	99 (33.4)	131 (44.3)
12.	299	4.41	0.852	3 (1)	9 (3)	27 (9)	84 (28.1)	176 (58.9)
13.	297	4.29	0.932	2 (0.7)	16 (5.4)	38 (12.8)	79 (26.6)	162 (54.5)
14.	298	4.26	0.98	2 (0.7)	21 (7)	39 (13.1)	72 (24.2)	164 (55)
15.	297	4.35	0.892	2 (0.7)	13 (4.4)	33 (11.1)	81 (27.3)	168 (56.6)
16.	296	3.73	1.295	23 (7.8)	33 (11.1)	62 (20.9)	62 (20.9)	116 (39.2)
17.	294	3.3	1.385	39 (13.3)	54 (18.4)	60 (20.4)	62 (21.1)	79 (26.9)
18.	283	2.55	1.56	114 (40.3)	44 (15.5)	31 (11)	44 (15.5)	50 (17.7)
19.	295	4.11	1.118	10 (3.4)	25 (8.5)	35 (11.9)	79 (26.8)	146 (49.5)
20.	295	4.14	1.117	12 (4.1)	21 (7.1)	31 (10.5)	82 (27.8)	149 (50.5)

4.3.5. Korelacije PACIC ocena i parametara pacijenata

Posmatrajući parametre koje je trebalo evidentirati u medicinskom kartonu pacijenata, postoji slabo pozitivna korelacija između broja evidentiranih parametara i prosečnih ocena ukupnog PACIC-a i svih pet oblasti, kao i parametara koji se izražavaju u vidu referentne ili patološke vrednosti i prosečnih ocena ukupnog PACIC-a i njegovih pet oblasti, ali obe korelacije su statistički visoko značajne ($p < 0.001$) (Tabela 4.3.5-1).

4.3.6. Regresije PACIC ocena i karakteristika pacijenata

Povezanost ocena PACIC-a i karakteristika pacijenata ispitivana je multivarijantnom linearnom regresijom, pri čemu su ocene ukupnog PACIC-a i pojedinačne ocene svih pet oblasti PACIC-a korišćene kao zavisne varijable. Kao nezavisne varijable u ovoj studiji korišćeni su: demografske (pol, dob, bračno stanje, mesto boravka), socijalno-ekonomske varijable (obrazovni i radni status, procena materijalnog stanja), procenat urađenih parametara i procenat parametara sa referentnim vrednostima, broj pregleda kod porodičnog doktora, broj pregleda kod ostalih specijalista i broj hospitalizacija, samoprocena zdravlja u odnosu na pre dvanaest meseci, trenutna samoprocena zdravlja i životni stil (pušački status, broj žestokih pića, fizička aktivnost) (4.3.6-1).

Rezultati regresione analize pokazuju da su za ukupni PACIC statistički značajni direktni prediktori: procenat urađenih (evidentiranih) parametara ($B=0.261$, $p < 0.001$), mesto boravka ($B=0.080$, $p=0.003$), materijalno stanje ($B=0.086$, $p=0.001$), broj pregleda u proteklih 12 meseci kod porodičnog doktora ($B=0.076$, $p=0.011$), fizička aktivnost ($B=0.056$, $p=0.034$). Inverzni prediktor za ukupni PACIC je ocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci ($B= - 0.162$, $p < 0.001$).

Rezultati regresione analize pokazuju da su za oblast Aktivnosti pacijenata statistički značajni direktni prediktori: procenat urađenih (evidentiranih) parametara ($B=0.229$, $p < 0.001$), mjesto boravka ($B=0.178$, $p < 0.001$), stepen obrazovanja ($B=0.076$, $p=0.014$), materijalno stanje ($B=0.073$, $p=0.006$), broj pregleda u proteklih 12 meseci kod porodičnog doktora ($B=0.127$, $p < 0.001$) i fizička aktivnost ($B=0.093$, $p < 0.001$). Ocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci ($B= - 0.103$, $p=0.001$) i ocena trenutnog zdravlja ($B= - 0.064$, $p=0.047$) su inverzni prediktori za oblast Aktivnosti pacijenata.

Direktni prediktori za oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju su procenat urađenih (evidentiranih) parametara ($B=0.336$, $p<0.001$) i materijalno stanje ($B=0.061$, $p=0.022$). Ocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci ($B= - 0.151$, $p<0.001$) i ocena trenutnog zdravlja su inverzni prediktori za oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju ($B= - 0.067$, $p=0.035$).

Direktni prediktori za oblast Postavljanje ciljeva su procenat urađenih (evidentiranih) parametara ($B=0.200$, $p<0.001$). Inverzni prediktori za istu oblast su pol ($B= - 0.066$, $p=0.025$) i ocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci ($B= - 0.130$, $p<0.001$).

Direktni prediktori za oblast Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje su: procenat urađenih (evidentiranih) parametara ($B=0.184$, $p<0.001$), mjesto boravka ($B=0.067$, $p=0.015$), materijalno stanje ($B=0.089$, $p=0.001$), broj pregleda u proteklih 12 meseci kod porodičnog doktora ($B=0.185$, $p<0.001$), broj hospitalizacija u proteklih 12 meseci ($B=0.067$, $p=0.014$) i fizička aktivnost ($B=0.121$, $p<0.001$). Inverzni prediktori za oblast Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje su: broj pregleda kod ostalih specijalista u proteklih 12 meseci ($B= - 0.088$, $p=0.004$), ocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci su ($B= - 0.067$, $p=0.028$) i žestoka pića ($B= - 0.60$, $p=0.30$).

Direktni prediktori za oblast Kontrolni pregledi/koordinacija su procenat urađenih (evidentiranih) parametara ($B=0.170$, $p<0.001$), mesto boravka ($B=0.114$, $p<0.001$), materijalno stanje ($B=0.064$, $p=0.021$) i broj hospitalizacija u proteklih 12 meseci ($B=0.059$, $p=0.031$). Inverzni prediktori za istu oblast su ocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci ($B= - 0.200$, $p<0.001$) i pušački status ($B= -0.053$, $p=0.044$).

Tabela 4.3.5-1. Korelacije PACIC ocena i parametara pacijenata

Parametri		Ukupni PACIC	Aktivnost pacijenta	Sistem pružanja usluga	Postavljanje ciljeva	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje	Kontrolni pregledi/koordinacija
Koliko je parametara trebalo uraditi?	a	0.094**	0.087**	0.060*	0.038	0.094**	0.112**
	b	1680	1677	1678	1672	1675	1676
Koliko parametara je urađeno?	a	0.214**	0.183**	0.264**	0.162**	0.182**	0.145**
	b	1680	1677	1678	1672	1675	1676
Procenat urađenih parametara	a	0.204**	0.162**	0.281**	0.185**	0.155**	0.107**
	b	1680	1677	1678	1672	1675	1676
Koliko parametara se izražava u vidu referentne ili patološke vrednosti?	a	0.100**	0.092**	0.063**	0.049*	0.100**	0.110**
	b	1680	1677	1678	1672	1675	1676
Koliko urađenih parametara ima referentne vrednosti?	a	0.146**	0.131**	0.199**	0.104**	0.132**	0.091**
	b	1680	1677	1678	1672	1675	1676
Procenat referentnih nalaza	a	0.100**	0.086**	0.173**	0.097**	0.095**	0.024
	b	1680	1677	1678	1672	1675	1676

** Korelacija je signifikantna na nivou 0.01 („2-tailed“), * Korelacija je signifikantna na nivou 0.05 (2-tailed), **a** Spearmanov korelacioni koeficijent, **b** broj ispitanika

Tabela 4.3.6-1. Povezanost ocena ukupnog PACIC-a sa karakteristikama pacijenata

Karakteristike pacijenata	Ukupni PACIC R ² =0.149*			Aktivnost pacijenta R ² =0.149*			Sistem pružanja usluga R ² =0.173*			Postavljanje ciljeva R ² =0.085*			Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje R ² =0.132*			Kontrolni pregledi/koordinacija R ² =0.112*		
	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p
pol	-0.026	-0.147, 0.054	<0.001	0.002	-0.086, 0.092	0.949	-0.008	-0.088, 0.066	0.784	-0.066	0.025, -0.197, -0.013	0.593	-0.015	-0.091, 0.052	0.002	-0.097, 0.106	0.932	
dob	-0.013	-0.006, 0.004	0.658	0.026	-0.002, 0.006	0.359	-0.006	-0.004, 0.003	0.836	-0.037	-0.007, 0.002	0.298	-0.030	-0.005, 0.002	-0.034	-0.007, 0.002	0.254	
bračno stanje	-0.018	-0.039, 0.020	0.514	-0.030	-0.041, 0.011	0.268	-0.027	-0.034, 0.011	0.0315	0.003	-0.026, 0.029	0.910	-0.003	-0.022, 0.020	-0.033	-0.048, 0.012	0.233	
mesto boravka	0.080	0.028, 0.137	0.003	0.178	0.114, 0.212	<0.001	0.011	0.034, 0.051	0.691	0.024	-0.029, 0.072	0.400	0.067	0.010, 0.088	0.114	0.060, 0.171	<0.001	
obrazovni status	0.001	-0.080, 0.082	0.982	0.076	0.018, 0.162	0.014	-0.038	-0.101, 0.022	0.211	-0.025	-0.104, 0.044	0.428	-0.011	-0.068, 0.048	0.008	-0.071, 0.093	0.792	
radni status	-0.036	-0.061, 0.040	0.212	-0.023	-0.047, 0.020	0.422	-0.025	-0.042, 0.016	0.382	-0.037	-0.056, 0.013	0.221	-0.045	-0.048, 0.006	-0.032	-0.058, 0.017	0.290	
procena materijalnog stanja	0.086	0.042, 0.172	0.001	0.073	0.023, 0.139	0.006	0.061	0.008, 0.109	0.022	0.051	-0.004, 0.116	0.067	0.089	0.031, 0.125	0.001	0.064	0.012, 0.144	0.021
procenat urađenih parametara	0.261	0.008, 0.015	<0.001	0.229	0.006, 0.012	<0.001	0.336	0.009, 0.014	<0.001	0.200	0.004, 0.011	<0.001	0.184	0.003, 0.008	<0.001	0.170	0.004, 0.011	<0.001
procenat parametara sa referentnim vrednostima	-0.041	-0.005, 0.001	0.282	-0.064	-0.005, 0.000	0.095	-0.031	-0.004, 0.001	0.411	-0.020	-0.004, 0.002	0.613	-0.007	-0.003, 0.002	-0.039	-0.005, 0.002	0.316	

Tabela 4.3.6-1. Povezanost ocena ukupnog PACIC-a sa karakteristikama pacijenata (nastavak)

Karakteristike pacijenata	Ukupni PACIC R ² =0.149*			Aktivnost pacijenta R ² =0.149*			Sistem pružanja usluga R ² =0.173*			Postavljanje ciljeva R ² =0.085*			Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje R ² =0.132*			Kontrolni pregledi/koordinacija R ² =0.112*		
	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p	B	95%CI	p
broj pregleda kod porodičnog doktora	0.076	0.015, 0.118	0.011	0.127	0.053-0.144	<0.001	0.050	-0.005, 0.074	0.090	0.020	-0.032, 0.063	0.523	0.185	0.078, 0.151	<0.001	0.021	-0.034, 0.070	0.493
broj pregleda kod ostalih specijalista	-	-	0.769	-	-0.073, 0.023	0.301	0.031	-0.019, 0.064	0.291	0.032	-0.024, 0.075	0.306	-	-0.096, -0.019	0.004	0.013	-0.043, 0.066	0.673
broj hospitalizacija	0.024	-	0.370	0.014	-0.070, 0.121	0.602	-0.024	-0.121, 0.045	0.365	-	-0.102, 0.096	0.950	0.067	0.019, 0.174	0.014	0.059	0.011, 0.229	0.031
samoprocena zdravlja u odnosu na pre dvanaest meseci	-	-	<0.001	-	-0.133, 0.036	-	0.001	-0.151, -0.066	<0.001	-	-0.157, -0.056	<0.001	-	-0.083, -0.005	0.028	-	-0.239, 0.128	<0.001
trenutna samoprocena zdravlja pušački status	-	-	0.145	-	-0.108, 0.001	-	0.047	-0.067, -0.004	0.035	-	-0.97, 0.013	0.134	-	-0.061, 0.025	0.409	-	-0.079, 0.042	0.549
broj žestokih pića	0.033	-	0.205	-	-0.173, 0.029	0.260	-0.026	-0.114, 0.046	0.309	-0.34	-0.186, 0.040	0.206	-	-0.146, 0.030	0.199	-	.0252, -0.003	0.044
fizička aktivnost	0.033	-	0.232	-	-0.027, 0.004	0.876	-0.042	-0.039, 0.005	0.120	-	-0.051, 0.001	0.058	-	-0.043, -0.002	0.030	0.012	-0.023, 0.035	0.682
	0.056	0.004, 0.093	0.034	0.093	0.031, 0.110	<0.001	0.014	-0.025, 0.043	0.593	0.011	-0.032, 0.049	0.684	0.121	0.042, 0.106	<0.001	-	-0.056, 0.034	0.618

*P<0.001; B: standardizovani regresioni koeficijent; CI: Interval poverenja

4.4. Validacija ACIC upitnika

Od ukupno 66 doktora uključenih u ovo istraživanje, ACIC upitnik je adekvatno popunilo 65 doktora (98,5%), što potvrđuje da ispitanici nisu imali poteškoća u popunjavanju upitnika. Nedostajuće vrednosti nisu uočene, što je u skladu sa zahtevima (kriterijima) faktorske analize. Analizom procenta odgovora označenih sa 0 i 11 bodova potvrđeno je da nijedna izjava nije pokazala „floor“ efekat, dok je više izjava pokazalo „ceiling“ efekat. Sve izjave delova Organizacija sistema zdravstvene zaštite i Dizajniranje sistema pružanja usluga su imale „ceiling“ efekat, a izjava koja se odnosi na Kontinuitet zdravstvene zaštite iz dela Organizacije imala je „ceiling“ efekat preko 50% (Tabela 4.4-1). Ovi rezultati pokazuju neravnomernu distribuciju, što je potvrđeno Kolgomorov-Smirnov testom.

Eksploratornom faktorskom analizom utvrđena je jedna komponenta, što znači da je ACIC upitnik jednodimenzionalan, odnosno meri samo jedan faktor.

Cronbach alpha koeficijent je pokazao odličan nivo interne konzistencije ACIC upitnika sa vrednosti od 0.970. Istim koeficijentom merena je interna konzistencija za svaki od sedam oblasti ACIC upitnika, vrednosti su se kretale od 0.861 do 0.950 što je prihvatljiv nivo. Intraclass koeficijent korelacije za ACIC upitnik je 0.802 (Tabela 4.4-1).

Tabela 4.4-1. Podaci ACIC upitnika u procesu validacije

ACIC	Mean (SD)	Nedostajući odgovori (%)	„Floor“ (%)	„Ceiling“ (%)	Kronbahov koeficijent alfa	ICC 95% CI
Ukupna ocena ACIC		-	-	-	0.970	0.802 0.739-0.859
Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite	8.97 (2.112)				0.944	
P1	8.57 (2.562)	1.5	-	31.8		
P2	9.05 (2.011)	1.5	-	27.3		
P3	8.97 (2.449)	1.5	-	37.9		
P4	8.22 (2.870)	1.5	-	30.3		
P5	9.45 (2.031)	1.5	-	48.5		
P6	9.57 (2.311)	1.5	-	51.5		
Povezanost sa zajednicom	7.45 (2.606)				0.937	
P7	7.26 (3.017)	1.5	-	-		
P8	7.48 (2.658)	1.5	-	-		
P9	7.62 (2.602)	1.5	-	-		
Jačanje pacijentove uloge u tretmanu	7.83 (2.755)				0.942	
P10	8.05 (3.074)	1.5	-	21.2		
P11	7.40 (3.156)	1.5	-	-		
P12	7.77 (3.306)	1.5	-	22.7		
P13	8.12 (2.308)	1.5	-	-		
Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza	7.82 (2.477)				0.861	
P14	9.03 (2.481)	1.5	-	37.9		
P15	6.37 (3.781)	1.5	-	-		
P16	8.45 (2.450)	1.5	-	27.3		
P17	7.45 (2.889)	1.5	-	-		
Dizajniranje sistema pružanja usluga	9.12 (1.793)				0.941	
P18	9.03 (2.172)	1.5	-	37.9		
P19	9.32 (1.953)	1.5	-	37.9		
P20	8.89 (2.306)	1.5	-	31.8		

Tabela 4.4-1. Podaci ACIC upitnika u procesu validacije (nastavak)

ACIC	Mean (SD)	Nedostajući odgovori (%)	„Floor“ (%)	„Ceiling“ (%)	Kronbahov koeficijent alfa	ICC 95% CI
P21	9.15 (2.152)	1.5	-	39.4		
P22	9.51 (1.592)	1.5	-	40.9		
P23	8.82 (1.991)	1.5	-	27.3		
Zdravstveni informacijski sistem	8.13 (2.298)				0.934	
P24	8.37 (2.589)	1.5	-	30.3		
P25	7.92 (2.564)	1.5	-	22.7		
P26	7.52 (2.784)	1.5	-	-		
P27	7.94 (2.855)	1.5	-	21.2		
P28	8.92 (1.971)	1.5	-	30.3		
Integracija komponenti	7.35 (2.540)				0.950	
P29	7.46 (2.599)	1.5	-	-		
P30	7.42 (2.839)	1.5	-	-		
P31	6.20 (3.336)	1.5	-	-		
P32	6.89 (3.098)	1.5	-	-		
P33	8.42 (2.277)	1.5	-	24.2		
P34	7.77 (2.760)	1.5	-	21.2		

4.5. Demografske karakteristike doktora

Uzorak je sačinjavalo 66 doktora. Jedan doktor nije pravilno popunio ACIC upitnik, stoga je finalni uzorak imao 65 doktora. Najmlađi doktor je imao 28, a najstariji 65 godina. Podjela doktora prema dobi je izvršena u tri grupe: od 28 do 39 godina, od 40 do 51 godinu i od 52 do 65 godina. Najveći broj doktora je pripadao najmlađoj dobnoj grupi (35.3%). Najveći broj doktora je pripadao ženskom polu 84.8%. Tri grupe smo formirali na osnovu godina radnog staža: prva grupa od 1 do 12 godina, druga grupa od 13 do 24 godine i treća grupa od 25 do 38 godina radnog staža. Najveći procenat doktora (53.8%) pripadao je grupi sa najmanjim brojem godina radnog staža. Najveći broj doktora je imao završenu specijalizaciju iz porodične medicine, zatim dodatnu edukaciju iz porodične medicine, na trećem mestu su doktori koji rade u službi porodične medicine, ali bez edukacije iz te oblasti i najmanji broj doktora je imao i dodatnu edukaciju i specijalizaciju iz porodične medicine. Najviše doktora radi u gradskim ambulancama (54.5%), potom u terenskim ambulancama, a najmanje u prigradskim. Analizom akreditacionog statusa utvrđeno je da je najviše timova porodične medicine akreditovano unazad 3 godine, nešto manji broj je akreditovan unazad više od tri godine, a najmanji broj timova nije akreditovan (26.2%). Jednak broj doktora (86.2%) ima registre pacijenata sa hipertenzijom i dijabetesom, a nešto manji broj doktora (70.8) ima registre pacijenata sa HOBP-om. Veći procenat doktora ima spiskove pacijenata sa hipertenzijom i dijabetesom (93.8% i 93.7%), a nešto manji broj doktora (87.3%) ima registre pacijenata sa HOBP-om (Tabela 4.5-1).

Ne postoji statistički značajna razlika između doktora koji koriste registre i spiskove pacijenata u odnosu na dob, pol, nivo obrazovanja i radno mesto doktora (nije prikazano u tabeli).

Tabela 4.5.-1. Socio-demografske karakteristike doktora

Varijable	N (%)
Godine starosti	
28-39 godina	23 (35.3)
40-51 godina	20 (30.8)
52-65 godina	22 (33.9)
Pol	
Muški	10 (15.2)
Ženski	56 (84.8)
Godine radnog staža	
1-12 godina	35 (53.8)
13-24 godina	12 (18.5)
25-38 godina	18 (27.7)

Strukovno obrazovanje	
bez edukacije iz porodične medicine	12 (18.8)
specijalizacija iz porodične medicine	30 (46.9)
dodatna edukacija iz porodične medicine	16 (25.0)
specijalizacija i dodatna edukacija	6 (9.4)
Vrsta ambulante	
gradska	36 (54.5)
prigradska	11 (16.7)
terenska	19 (28.8)
Akreditacioni status tima	
neakreditovan	17 (26.2)
akreditovan unazad 3 godine	27 (41.5)
akreditovan pre više od 3 godine	21 (32.3)
Da li imate/koristite registre pacijenata obolelih od (registri sadrže indikatore)	
hipertenzije	56 (86.2)
dijabetes melitusa	56 (86.2)
HOBP	46 (70.8)
Da li imate/koristite spiskove pacijenata obolelih od (spiskovi ne sadrže indikatore)	
hipertenzije	60 (93.8)
dijabetes melitusa	59 (93.7)
HOBP	55 (87.3)

4.6. Ocene ACIC upitnika

Ukupna ocena ACIC-a je 8.10, što znači da doktori izjavljuju da je zdravstvena zaštita pacijenata sa hroničnim bolestima dobro razvijena. Prva oblast, Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite ocenjena je sa visokom ocenom (8.97), dok je druga oblast, Povezanost sa zajednicom ocenjena sa dosta nižom ocenom (7.45). Treća oblast se sastoji iz 4 dela, pa su prvi i drugi deo ocenjeni približno isto, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu 7.83 i Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza 7.82, dok je Dizajniranje sistema pružanja usluga ocenjeno sa najvišom ocenom (9.12). Četvrti deo treće oblasti, Zdravstveni informacioni sistem, je ocenjen sa 8.14. Integracija komponenti je najlošije ocenjena (7.36).

Ocene svake pojedine izjave razlikuju se u odnosu na pol doktora, ukupna prosečna ocena je veća kod muškog pola i iznosi 8.45 (SD 1.506), a ocena ženskog pola je 8.03 (SD 2.246). Ukupna ocena kao i ocene pojedinačnih izjava veće su kod muškog pola, ali razlika nije statistički značajna. Izjava/stav Povezivanje pacijenata sa vanjskim resursima (organizacije/ustanove u lokalnoj zajednici) je statistički značajno bolje ocenjena od strane

osoba muškog pola ($p=0.005$) i izjava Organizaciono planiranje zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima je statistički značajno bolje ocenjena od strane osoba muškog pola ($p=0.035$).

Ocena ukupnog ACIC-a nije u statistički značajnoj regresiji u odnosu na prediktore: pol i dob doktora, nivo obrazovanja, radni staž, akreditacioni status, vrstu ambulante i korišćenje spiskova i registara pacijenata sa hipertenzijom, dijabetes melitusom i HOBP-om.

4.6.1. Korelacija ocena ACIC-a i evidentiranih pacijentovih parametara

Broj urađenih parametara kod pacijenata i ocene ACIC-a su u statistički značajnoj korelaciji. Pearsonov koeficijent pokazuje slabu pozitivnu korelaciju dve oblasti, Povezanost sa zajednicom, Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza sa brojem urađenih parametara. Spearmanov koeficijent je pokazao da su ukupni ACIC i oblasti Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Dizajniranje sistema i Zdravstveni informacioni sistem u slaboj pozitivnoj korelaciji sa brojem urađenih parametara. Korelacija između broja parametara koji imaju referentne vrednosti kod svih pacijenata i ukupnog ACIC-a kao i svih njegovih oblasti je slabo pozitivna, ali je visoko statistički značajna ($p<0.001$). Pearsonov koeficijent pokazuje slabu pozitivnu korelaciju dve oblasti Povezanost sa zajednicom, Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza sa brojem parametara koji imaju referentne vrednosti. Spearmanov koeficijent je pokazao da su ukupni ACIC i oblasti Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Dizajniranje sistema i Zdravstveni informacioni sistem u slaboj pozitivnoj korelaciji sa brojem parametara koji imaju referentne vrednosti (Tabela 4.6.1-1).

Navedene korelacije su identične i kada se posmatraju pacijenti prema bolestima sa navedenim parametrima i ACIC ocene.

Tabela 4.6.1-1. Korelacija prosečnih ocena ACIC oblasti i evidentiranih pacijentovih parametara

Parametri		Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite	Povezanost sa zajednicom	Jačanje pacijentove uloge u tretmanu	Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza	Dizajniranje sistema pružanja usluga	Integracija komponenti	Ukupni ACIC
Koliko je parametara trebalo uraditi?	a	-0.060*	-0.021	-0.019	-0.026	-0.031	-0.007	-0.036
	b	0.017	0.404	0.441	0.307	0.214	0.768	0.149
	c	1607	1607	1607	1607	1607	1607	1607
Koliko parametara je urađeno?	a	0.257**	0.174** (a1)	0.203**	0.180** (a1)	0.216**	0.186**	0.199**
	b	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	c	1607	1607	1607	1607	1607	1607	1607
Procenat urađenih parametara	a	0.328**	0.208**	0.230**	0.212**	0.266**	0.187**	0.244**
	b	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	c	1607	1607	1607	1607	1607	1607	1607
Koliko parametara se izražava u vidu referentne ili patološke vrednosti?	a	-0.042	-0.007	-0.005	-0.014	-0.02	0.004	-0.022
	b	0.089	0.78	0.847	0.574	0.431	0.86	0.372
	c	1607	1607	1607	1607	1607	1607	1607
Koliko urađenih parametara ima referentne vrednosti?	a	0.230**	0.170** (a1)	0.192**	0.171** (a1)	0.208**	0.164**	0.184**
	b	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	c	1607	1607	1607	1607	1607	1607	1607
Procenat referentnih nalaza	a	0.268**	0.175**	0.185**	0.164**	0.219**	0.153**	0.192**
	b	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	c	1607	1607	1607	1607	1607	1607	1607

Korelacija je signifikatna na nivou 0.01 („2-tailed“), *Korelacija je signifikantna na nivou 0.05 (2-tailed), **a Spearmanov koeficijent, **b** nivo značajnosti, **c** broj ispitanika ^{a1}Pearsonov koeficijent

4.7. Korelacija ocena ACIC-a i PACIC-a

Pearsonov koeficijent pokazuje umjerenu pozitivnu korelaciju između prosečne ukupne ocene PACIC-a, ocene oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, Postavljanje ciljeva i Kontrolni pregledi/koordinacija sa ocenama ukupnog ACIC-a i njegovih oblasti Povezanost sa zajednicom i Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza, koja je visoko statistički značajna. PACIC oblast Aktivnosti pacijenata i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje su u slaboj pozitivnoj korelaciji sa ukupnim ACIC-om i oblastima Povezanost sa zajednicom i Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza, koja je visoko statistički značajna.

Spearmanov koeficijent je pokazao umjerenu pozitivnu korelaciju između ocena ukupnog PACIC-a i svih njegovih oblasti sa ocenama ukupnog ACIC-a i oblastima Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Dizajniranje sistema i Zdravstveni informacioni sistem, koja je visoko statistički značajna (Tabela 4.7-1).

Tabela 4.7-1. Korelacija ocena ACIC-a i PACIC-a

ACIC		Ukupni PACIC	Aktivnost pacijenta	Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju	Postavljanje ciljeva	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje	Kontrolni pregledi/koordinacija
Organizacija sistema pružanja usluga	a	0.310**	0.172**	0.321**	0.348**	0.142**	0.245**
zdravstvene zaštite	b	1593	1590	1591	1586	1589	1589
Povezanost sa zajednicom	a1	0.368**	0.191**	0.364**	0.387**	0.198**	0.309**
	b	1593	1590	1591	1586	1589	1589
Jačanje pacijentove uloge u tretmanu	a	0.444**	0.262**	0.398**	0.445**	0.241**	0.399**
	b	1593	1590	1591	1586	1589	1589
Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza	a1	0.356**	0.206**	0.308**	0.365**	0.211**	0.311**
	b	1593	1590	1591	1586	1589	1589
Dizajniranje sistema pružanja usluga	a	0.359**	0.240**	0.368**	0.350**	0.235**	0.276**
	b	1593	1590	1591	1586	1589	1589
Integracija komponenti	a	0.366**	0.190**	0.330**	0.386**	0.217**	0.318**
	b	1593	1590	1591	1586	1589	1589
Ukupni ACIC	a	0.419**	0.235**	0.386**	0.435**	0.236**	0.359**
	b	1593	1590	1591	1586	1589	1589

Korelacija je signifikatna na nivou 0.01 („2-tailed“), *Korelacija je signifikantna na nivou 0.05 (2-tailed), **a Spearmanov koeficijent, **a1** Pearsonov koeficijent, **b** broj ispitanika

4.8. Ispitivanje povezanosti ocena PACIC-a sa ocenama ACIC-a

Povezanost ocena PACIC-a i ocena ACIC-a ispitivana je multivarijantnom linearnom regresijom, pri čemu su ocene ukupnog PACIC-a i pojedinačne ocene svih pet oblasti PACIC-a korišćene kao zavisne varijable. Kao nezavisne varijable u ovoj studiji korišćene su ocene svih oblasti ACIC-a, procenat urađenih i procenat parametara sa referentnim vrednostima, vrednost BMI, broj pregleda kod porodičnog doktora i kod ostalih specijalista, samoprocena zdravlja u odnosu na pre dvanaest meseci i trenutna samoprocena zdravlja, demografske (pol, dob, bračno stanje, mesto boravka), socijalno-ekonomske varijable (obrazovni i radni status, procena materijalnog stanja) i životni stil (pušački status, broj žestokih pića).

Ocena ukupnog ACIC-a je isključena iz regresione analize zbog kolinearnosti.

Ocene ACIC oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacioni sistem, Integracija komponenti, procenat urađenih parametara i procenat parametara sa referentnim vrednostima su jedine nezavisne varijable koje su visoko statistički značajno povezane sa ocenom ukupnog PACIC-a u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija. Navedene varijable su jaki prediktori stavova pacijenata o liječenju hroničnih nezaraznih bolesti kao što su hipertenzija, dijabetes melitus i HOBP.

Ocene ACIC oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacioni sistem i procenat urađenih parametara su direktno povezane sa ocenom ukupnog PACIC-a. Ocene ACIC oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite i Integracija komponenti, kao i procenat parametara sa referentnim vrednostima su inverzno povezane sa ocenom ukupnog PACIC-a.

Statistički značajna direktna povezanost ocene ACIC oblasti Odlučivanje na osnovu dokaza i ocene ukupnog PACIC-a nađena je kod modela 1 i 2. Pacijenti kod kojih porodični doktori primenjuju kliničke vodiče u lečenju hroničnih bolesti, bolje ocenjuju rad porodičnog doktora u lečenju hipertenzije, dijabetesa i HOBP-a. Statistički značajna inverzna povezanost ocene ACIC oblasti Dizajniranje sistema pružanja usluga i pacijentove samoprocene zdravlja u odnosu na prije 12 meseci sa ocenom ukupnog PACIC-a nađena je kod modela 2 i 3.

Direktna, statistički značajna povezanost samoprocene materijalnog stanja, broja pregleda kod porodičnog doktora i broja žestokih pića sa ocenom ukupnog PACIC-a nađena je kod modela 3. Trenutna samoprocena zdravlja i pušački status su značajno inverzno povezani sa ocenom ukupnog PACIC-a kod istog modela (Tabela 4.8-1).

Tabela 4.8-1. Povezanost ocena ukupnog PACIC-a sa ocenama ACIC-a – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	Ukupni PACIC		
	Model 1 ^a R ² =0.275* B ^d (p)	Model 2 ^b R ² =0.264* B ^d (p)	Model 3 ^c R ² =0.285* B ^d (p)
Organizacija sistema	-0.385 (<0.001)	-0.286 (<0.001)	-0.280 (<0.001)
Povezanost sa zajednicom	-0.054 (0.219)	-0.062 (0.168)	-0.069 (0.142)
Jačanje pacijentove uloge	0.503(<0.001)	0.462 (<0.001)	0.466 (<0.001)
Odlučivanje na osnovu dokaza	0.159 (0.038)	0.176 (0.020)	0.136 (0.077)
Dizajniranje sistema pružanja usluga	-0.041 (0.352)	-0.197 (<0.001)	-0.199 (<0.001)
Zdravstveni informacioni sistem	0.458 (<0.001)	0.500(<0.001)	0.507 (<0.001)
Integracija komponenti	-0.240 (0.001)	-0.230 (0.001)	-0.192 (0.007)
Procenat urađenih parametara	0.131 (<0.001)	0.125(<0.001)	0.120 (<0.001)
Procenat parametara sa referentnim vrednostima	-0.061 (0.046)	-0.097 (0.004)	-0.087 (0.009)
BMI		0.004 (0.862)	-0.002 (0.943)
Dob		0.009 (0.713)	-0.014 (0.611)
Pol		-0.025 (0.286)	-0.021 (0.433)
Obrazovni status		0.017 (0.519)	0.000 (0.989)
Bračno stanje			0.041 (0.103)
Mjesto boravka			0.004 (0.879)
Radni status			0.000 (0.986)
Samoprocena materijalnog stanja			0.084 (0.001)
Broj pregleda kod porodičnog doktora			0.063 (0.023)
Broj pregleda kod ostalih specijalista			0.006 (0.831)
Samoprocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci		-0.110 (<0.001)	-0.067 (0.020)
Trenutna samoprocena zdravlja			-0.076 (0.010)
Pušački status			-0.092 (<0.001)
Broj žestokih pića			0.024 (0.356)

*P<.001 ^aocene ACIC-a i parametri, ^bocene ACIC-a, parametri, BMI, deo demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli i samoprocena zdravlja, ^cocene ACIC-a, parametri, BMI, broj pregleda, samoprocena zdravlja, demografske i socijalno-ekonomske varijable i životni stil, ^dstandardizovani regresioni koeficijent

Nezavisne varijable, koje su visoko statistički značajno povezane sa ocenom prve PACIC oblasti Aktivnost pacijenta u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija, su: ACIC oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite, Povezanost sa zajednicom, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacijski sistem, Integracija komponenti i procenat parametara sa referentnim vrednostima.

Oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu i Zdravstveni informacijski sistem su direktno povezane, dok su oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite, Povezanost sa zajednicom, Integracija komponenti i procenat parametara sa referentnim vrednostima inverzno povezane sa ocenom PACIC oblasti Aktivnost pacijenta.

Statistički značajna direktna povezanost procenat urađenih parametara i ocene PACIC oblasti Aktivnost pacijenta nađena je kod modela 1 i 3, a obrazovni status kod modela 2 i 3.

Statistički značajna direktna povezanost ocene ACIC oblasti Odlučivanje na osnovu dokaza i ocene PACIC oblasti Aktivnost pacijenta nađena je kod modela 2. Direktna, statistički značajna povezanost mesta boravka, samoprocene materijalnog stanja i broja pregleda kod porodičnog doktora sa ocenom PACIC oblasti Aktivnost pacijenta nađena je kod modela 3. Trenutna samoprocena zdravlja i pušački status su značajno inverzno povezani sa ocenom PACIC oblasti Aktivnost pacijenta kod modela 3 (Tabela 4.8-2).

Tabela 4.8-2. Povezanost ocena PACIC oblasti Aktivnost pacijenta sa ocenama ACIC-a – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	PACIC aktivnost pacijenta		
	Model 1 ^a R ² =0.196* B ^d (p)	Model 2 ^b R ² =0.148* B ^d (p)	Model 3 ^c R ² =0.186* B ^d (p)
Organizacija sistema	-0.293 (<0.001)	-0.256 (<0.001)	-0.254 (<0.001)
Povezanost sa zajednicom	-0.207 (<0.001)	-0.183 (<0.001)	-0.139 (0.006)
Jačanje pacijentove uloge	0.528 (<0.001)	0.451 (<0.001)	0.417 (<0.001)
Odlučivanje na osnovu dokaza	0.141 (0.083)	0.168 (0.040)	0.082 (0.324)
Dizajniranje sistema pružanja usluga	0.040 (0.398)	-0.067 (0.169)	-0.016 (0.751)
Zdravstveni informacioni sistem	0.418 (<0.001)	0.393 (<0.001)	0.336 (<0.001)
Integracija komponenti	-0.335 (<0.001)	-0.305 (<0.001)	-0.211 (0.006)
Procenat urađenih parametara	0.106 (0.001)	0.094 (0.088)	0.084 (0.018)
Procenat parametara sa referentnim vrednostima	-0.073 (0.023)	-0.108 (0.003)	-0.087 (0.015)
BMI		0.017 (0.529)	0.014 (0.615)
Dob		0.009 (0.737)	-0.004 (0.877)
Pol		-0.028 (0.272)	-0.012 (0.679)
Obrazovni status		0.057 (0.041)	0.080 (0.009)
Bračno stanje			0.009 (0.752)
Mjesto boravka			0.120 (<0.001)
Radni status			0.545 (0.586)
Samoprocena materijalnog stanja			0.068 (0.011)
Broj pregleda kod porodičnog doktora			0.134 (<0.001)
Broj pregleda kod ostalih specijalista			-0.053 (0.70)
Samoprocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci		-0.050 (0.058)	-0.020 (0.509)
Trenutna samoprocena zdravlja			-0.064 (0.041)
Pušački status			-0.087 (0.001)
Broj žestokih pića			0.018 (0.504)

*P<.001 ^aocene ACIC-a i parametri, ^bocene ACIC-a, parametri, BMI, deo demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli i samoprocena zdravlja, ^cocene ACIC-a, parametri, BMI, broj pregleda, samoprocena zdravlja, demografske i socijalno-ekonomske varijable i životni stil, ^dstandardizovani regresioni koeficijent

Nezavisne varijable, koje su visoko statistički značajno povezane sa ocenom druge PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija, su: ACIC oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacioni sistem, Integracija komponenti i procenat urađenih parametara.

Oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacioni sistem i procenat urađenih parametara su direktno povezane, dok su oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite i Integracija komponenti inverzno povezane sa ocenom PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju.

Statistički značajna inverzna povezanost procenta parametara sa referentnim vrednostima, samoprocene zdravlja u odnosu na pre 12 meseci i ocene PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju nađena je kod modela 2 i 3.

Statistički značajna direktna povezanost ocene ACIC oblasti Dizajniranje sistema pružanja usluga i ocene PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju nađena je kod modela 1. Direktna, statistički značajna povezanost samoprocene materijalnog stanja sa ocenom PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju nađena je kod modela 3. Trenutna samoprocena zdravlja i pušački status su značajno inverzno povezani sa ocenom PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju kod modela 3 (Tabela 4.8-3).

Tabela 4.8-3. Povezanost ocena PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju sa ocenama ACIC-a – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	PACIC sistem pružanja usluga		
	Model 1 ^a R ² =0.265* B ^d (p)	Model 2 ^b R ² =0.219* B ^d (p)	Model 3 ^c R ² =0.235* B ^d (p)
Organizacija sistema	-0.247 (<0.001)	-0.172 (<0.001)	-0.167 (<0.001)
Povezanost sa zajednicom	0.017 (0.710)	0.043 (0.351)	0.032 (0.512)
Jačanje pacijentove uloge	0.304 (<0.001)	0.218 (0.001)	0.218 (0.001)
Odlučivanje na osnovu dokaza	0.015 (0.846)	0.040 (0.611)	0.027 (0.736)
Dizajniranje sistema pružanja usluga	0.151 (0.001)	0.051 (0.278)	0.037 (0.440)
Zdravstveni informacioni sistem	0.343 (<0.001)	0.244 (<0.001)	0.364 (<0.001)
Integracija komponenti	-0.185 (0.009)	-0.170 (0.018)	-0.156 (0.035)
Procenat urađenih parametara	0.206 (<0.001)	0.203 (<0.001)	0.195 (<0.001)
Procenat parametara sa referentnim vrednostima	-0.054 (0.080)	-0.086 (0.012)	-0.083 (0.017)
BMI		0.001 (0.967)	-0.005 (0.858)
Dob		0.004 (0.870)	-0.010 (0.709)
Pol		0.003 (0.910)	0.008 (0.769)
Obrazovni status		-0.023 (0.382)	-0.049 (0.098)
Bračno stanje			0.004 (0.882)
Mjesto boravka			-0.026 (0.351)
Radni status			-0.001 (0.978)
Samoprocena materijalnog stanja			0.075 (0.004)
Broj pregleda kod porodičnog doktora			0.048 (0.094)
Broj pregleda kod ostalih specijalista			0.033 (0.264)
Samoprocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci		-0.110 (<0.001)	-0.065 (0.028)
Trenutna samoprocena zdravlja			-0.082 (0.007)
Pušački status			-0.065 (0.008)
Broj žestokih pića			0.012 (0.645)

*P<.001 ^aocene ACIC-a i parametri, ^bocene ACIC-a, parametri, BMI, deo demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli i samoprocena zdravlja, ^cocene ACIC-a, parametri, BMI, broj pregleda, samoprocena zdravlja, demografske i socijalno-ekonomske varijable i životni stil, ^dstandardizovani regresioni koeficijent

Nezavisne varijable, koje su visoko statistički značajno povezane sa ocenom treće PACIC oblasti Postavljanje ciljeva u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija, su: ACIC oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Dizajniranje sistema pružanja usluga, Zdravstveni informacijski sistem i procenat urađenih parametara.

Oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacijski sistem i procenat urađenih parametara su direktno povezane, dok su oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite i Dizajniranje sistema pružanja usluga inverzno povezane sa ocenom PACIC oblasti Postavljanje ciljeva.

Statistički značajna direktna povezanost ACIC oblasti Odlučivanje na osnovu dokaza, a inverzna povezanost ocene Integracija komponenti i ocene PACIC oblasti Postavljanje ciljeva nađena je kod modela 2 i 3.

Statistički značajna inverzna povezanost procenta parametara sa referentnim vrednostima, samoprocene zdravlja u odnosu na pre 12 meseci i ocene PACIC oblasti Postavljanje ciljeva nađena je kod modela 2. Mesto boravka, trenutna samoprocena zdravlja i pušački status su značajno inverzno povezani sa ocenom PACIC oblasti Postavljanje ciljeva (Tabela 4.8-4).

Tabela 4.8-4. Povezanost ocena PACIC oblasti Postavljanje ciljeva sa ocenama ACIC-a – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	Postavljanje ciljeva		
	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c
	R ² =0.233 B ^d (p)	R ² =0.245* B ^d (p)	R ² =0.263 B ^d (p)
Organizacija sistema	-0.283 (<0.001)	-0.174 (<0.001)	-0.177 (<0.001)
Povezanost sa zajednicom	0.030 (0.507)	0.013 (0.782)	-0.022 (0.646)
Jačanje pacijentove uloge	0.377 (<0.001)	0.320 (<0.001)	0.343 (<0.001)
Odlučivanje na osnovu dokaza	0.117 (0.140)	0.166 (0.031)	0.191 (0.016)
Dizajniranje sistema	-0.180 (<0.001)	-0.284 (<0.001)	-0.314 (<0.001)
Zdravstveni informacioni sistem	0.468 (<0.001)	0.501 (<0.001)	0.538 (<0.001)
Integracija komponenti	-0.127 (0.080)	-0.163 (0.022)	-0.175 (0.017)
Procenat uradenih parametara	0.095 (0.003)	0.116 (<0.001)	0.121 (<0.001)
Procenat parametara sa referentnim vrednostima	-0.045(0.150)	-0.069 (0.041)	-0.054 (0.120)
BMI		0.015 (0.562)	0.008 (0.746)
Dob		0.005 (0.829)	-0.021 (0.436)
Pol		-0.028 (0.241)	-0.029 (0.286)
Obrazovni status		0.027 (0.296)	-0.002 (0.953)
Bračno stanje			0.043 (0.099)
Mjesto boravka			-0.058 (0.035)
Radni status			-0.010 (0.720)
Samoprocena materijalnog stanja			0.043 (0.087)
Broj pregleda kod porodičnog doktora			0.018 (0.513)
Broj pregleda kod ostalih specijalista			0.033 (0.235)
Samoprocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci		-0.110 (<0.001)	-0.057 (0.490)
Trenutna samoprocena zdravlja			-0.085 (0.004)
Pušački status			-0.064 (0.008)
Broj žestokih pića			0.020 (0.452)

*P<.001 ^aocene ACIC-a i parametri, ^bocene ACIC-a, parametri, BMI, deo demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli i samoprocena zdravlja, ^cocene ACIC-a, parametri, BMI, broj pregleda, samoprocena zdravlja, demografske i socijalno-ekonomske varijable i životni stil, ^dstandardizovani regresioni koeficijent

Nezavisne varijable, koje su visoko statistički značajno povezane sa ocenom četvrte PACIC oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija, su: ACIC oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite, Povezanost sa zajednicom, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacijski sistem i procenat urađenih parametara.

Oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Zdravstveni informacijski sistem i procenat urađenih parametara su direktno povezane, dok su oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite i Povezanost sa zajednicom inverzno povezane sa ocenom PACIC oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje.

Statistički značajna inverzna povezanost ocene ACIC oblasti Integracija komponenti i ocene PACIC oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje nađena je kod modela 1 i 2.

Direktna, statistički značajna povezanost samoprocene materijalnog stanja i broja pregleda kod porodičnog doktora sa ocenom PACIC oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje nađena je kod modela 3. Broj pregleda kod ostalih specijalista i pušački status su značajno inverzno povezani sa ocenom PACIC oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje kod modela 3 (Tabela 4.8-5).

Tabela 4.8-5. Povezanost ocena PACIC oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje sa ocenama ACIC-a – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje		
	Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c
	R ² =0.175 B ^d (p)	R ² =0.133 B ^d (p)	R ² =0.174 B ^d (p)
Organizacija sistema	-0.374 (<0.001)	-0.331 (<0.001)	-0.348 (<0.001)
Povezanost sa zajednicom	-0.141 (0.003)	-0.131 (0.008)	-0.131 (0.009)
Jačanje pacijentove uloge	0.385 (<0.001)	0.319 (<0.001)	0.314 (<0.001)
Odlučivanje na osnovu dokaza	0.127 (0.120)	0.129 (0.116)	0.102 (0.221)
Dizajniranje sistema	0.004 (0.934)	-0.076 (0.124)	-0.054 (0.286)
Zdravstveni informacioni sistem	0.448 (<0.001)	0.468 (<0.001)	0.442 (<0.001)
Integracija komponenti	-0.245 (0.001)	-0.198 (0.009)	-0.145 (0.060)
Procenat uradenih parametara	0.111 (0.001)	0.101 (0.005)	0.098 (0.006)
Procenat parametara sa referentnim vrednostima	-0.017 (0.600)	-0.066 (0.069)	-0.030 (0.412)
BMI		-0.005 (0.861)	-0.002 (0.937)
Dob		0.011 (0.679)	-0.034 (0.241)
Pol		-0.017 (0.519)	-0.018 (0.533)
Obrazovni status		0.022 (0.434)	-0.024 (0.438)
Bračno stanje			0.033 (0.228)
Mjesto boravka			0.023 (0.434)
Radni status			-0.018 (0.530)
Samoprocena materijalnog stanja			0.091 (0.001)
Broj pregleda kod porodičnog doktora			0.153 (<0.001)
Broj pregleda kod ostalih specijalista			-0.103 (0.001)
Samoprocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci		-0.012 (0.656)	0.005 (0.882)
Trenutna samoprocena zdravlja			-0.027 (0.396)
Pušački status			-0.081 (0.002)
Broj žestokih pića			-0.041 (0.141)

*P<.001 ^aocene ACIC-a i parametri, ^bocene ACIC-a, parametri, BMI, deo demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli i samoprocena zdravlja, ^cocene ACIC-a, parametri, BMI, broj pregleda, samoprocena zdravlja, demografske i socijalno-ekonomske varijable i životni stil, ^dstandardizovani regresioni koeficijent

Nezavisne varijable, koje su visoko statistički značajno povezane sa ocenom pete PACIC oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija u svim modelima multivarijantnih linearnih regresija, su: ACIC oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite, Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, Dizajniranje sistema pružanja usluga i Zdravstveni informacijski sistem.

Oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu i Zdravstveni informacijski sistem su direktno povezane, dok su oblasti Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite i Dizajniranje sistema pružanja usluga inverzno povezane sa ocenom PACIC oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija.

Statistički značajna direktna povezanost procenta urađenih parametara i ocene PACIC oblasti Kontrolni pregledi/Koordinacija nađena je kod modela 2 i 3, dok je kod istih modela pronađena statistički značajna inverzna povezanost samoprocene zdravlja prije 12 meseci i navedene PACIC oblasti.

Direktna, statistički značajna direktna povezanost samoprocene materijalnog stanja sa ocenom PACIC oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju nađena je kod modela 3. Procenat parametara sa referentnim vrednostima je značajno inverzno povezan sa ocenom PACIC oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija kod modela 2. Pušački status je značajno inverzno povezan sa ocenom PACIC oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija kod modela 3 (Tabela 4.8-6).

Tabela 4.8-6. Povezanost ocena PACIC oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija sa ocenama ACIC-a – modeli multivarijantne linearne regresije

Varijable	Kontrolni pregledi/koordinacija		
	Model 1 ^a R ² =0.204 B ^d (p)	Model 2 ^b R ² =0.233 B ^d (p)	Model 3 ^c R ² =0.263 B ^d (p)
Organizacija sistema	-0.366 (<0.001)	-0.249 (<0.001)	-0.250 (<0.001)
Povezanost sa zajednicom	-0.063 (0.174)	-0.069 (0.132)	-0.057 (0.235)
Jačanje pacijentove uloge	0.595 (<0.001)	0.555 (<0.001)	0.551 (<0.001)
Odlučivanje na osnovu dokaza	0.059 (0.465)	0.102 (0.188)	0.078 (0.321)
Dizajniranje sistema	-0.109 (0.020)	-0.265 (<0.001)	-0.250 (<0.001)
Zdravstveni informacioni sistem	0.305 (<0.001)	0.367 (<0.001)	0.360 (<0.001)
Integracija komponenti	-0.082 (0.266)	-0.108 (0.130)	-0.092 (0.205)
Procenat uradenih parametara	0.058 (0.081)	0.069 (0.039)	0.087 (0.010)
Procenat parametara sa referentnim vrednostima	-0.044 (0.168)	-0.091 (0.007)	-0.060 (0.084)
BMI		0.004 (0.878)	-0.004 (0.882)
Dob		0.003 (0.906)	-0.029 (0.295)
Pol		-0.012 (0.632)	0.007 (0.792)
Obrazovni status		0.016 (0.540)	-0.008 (0.781)
Bračno stanje			0.027 (0.288)
Mjesto boravka			0.038 (0.167)
Radni status			0.014 (0.625)
Samoprocena materijalnog stanja			0.070 (0.006)
Broj pregleda kod porodičnog doktora			-0.010 (0.728)
Broj pregleda kod ostalih specijalista			0.043 (0.127)
Samoprocena zdravlja u odnosu na pre 12 meseci		-0.132 (<0.001)	-0.096 (0.001)
Trenutna samoprocena zdravlja			-0.054 (0.072)
Pušački status			-0.095 (<0.001)
Broj žestokih pića			0.048 (0.068)

*P<.001 ^aocene ACIC-a i parametri, ^bocene ACIC-a, parametri, BMI, deo demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli i samoprocena zdravlja, ^cocene ACIC-a, parametri, BMI, broj pregleda, samoprocena zdravlja, demografske i socijalno-ekonomske varijable i životni stil, ^dstandardizovani regresioni koeficijent

5. Diskusija

PACIC upitnik je relevantan za sve pacijente sa različitim hroničnim bolestima, jer se zasniva na elementima CCM-a, stoga se može primeniti kao instrument u evaluaciji zastupljenosti CCM-a u našem zdravstvenom sistemu. Prema našim saznanjima, ovo je prvi put da se PACIC upitnik primenjuje u istraživanju u RS, stoga je bilo potrebno da se upitnik validira i usvoji na nacionalnom nivou.

Veliki broj pacijenata (98.1%) je popunio upitnik u toku validacije, što znači da je dobro prihvaćen. Rezultati naše validacione studije su pokazali visok „ceiling“ efekat (odgovori na pitanja sa najvišom kategorijom odgovora), kao i rezultati studije u Holandiji (58). Samo jedno pitanje u našoj studiji je imalo visok „floor“ efekat (odgovori na pitanje dati u najnižoj kategoriji odgovora). Suprotne rezultate su pokazale studije u Švajcarskoj i Velikoj Britaniji. Studija provedena u francuskom govornom kantonu u Švajcarskoj, koja je obuhvatila 406 pacijenata sa dijabetesom, pri čemu je korištena francuska verzija PACIC upitnika, imala je rezultate suprotne našim rezultatima. Procenat odgovora koji su imali „floor“ efekat varirao je od 7-67%, a kod 12 stavki upitnika bio je iznad 30%. „Ceiling“ efekat je bio manje zastupljen (4-46% ispitanika odabralo je najvišu kategoriju odgovora i 5 stavki je pokazalo „ceiling“ efekat) (61). Rezultati studije o psihometrijskim performansama PACIC-a na velikom uzorku pacijenata sa hroničnim bolestima iz Velike Britanije pokazali su „ceiling“ efekat ispod 5% (62). Prospektivna kohortna studija čiji uzorak su sačinjavali pacijenti oboleli od dijabetes melitusa tip 2 u Kvinslendu (Australija) imala je „floor“ efekat na tri pitanja koja su najniže ocenile dve trećine pacijenata, a nijedno pitanje nije imalo „ceiling“ efekat (63).

Srpska verzija upitnika pokazala je veoma visoke vrednosti interne konzistentnosti i pouzdanosti ukupnog PACIC-a i njegovih pet oblasti komparabilnih sa originalnim PACIC instrumentom (52). Slične rezultate su imali Rick i saradnici u svojoj studiji u kojoj je alfa pouzdanost bila iznad 0.80 i za ukupni PACIC, kao i za njegove oblasti izuzev oblasti Sistem pružanja usluga (0.68) (62). Studija provedena kod starijih pacijenata obolelih od hipertenzije i dijabetes melitusa u Brazilu je takođe pokazala dobru konzistentnost PACIC upitnika čiji je Kronbah alfa koeficijent iznosio 0.881 (22). Dobra interna konzistentnost ukupnog PACIC-a i svih njegovih oblasti je potvrđena u studiji provedenoj u Holandiji pri čemu su upitnik popunjavali pacijenti oboleli od dijabetes melitusa. Vrednosti Kronbah alfa za ukupni PACIC i svih pet oblasti bile su iznad 0.90 (64).

Faktorska analiza je identifikovala četiri faktora, čime se potvrdila interna konzistentnost za četiri od ukupno pet oblasti. Pitanja za preostalu oblast Rešavanje problema su bila raspoređena po ostalim oblastima PACIC-a. Wensing i saradnici su u Holandiji dobili pet faktora što je do sada najveći broj (36). Rezultati našeg istraživanja su gotovo istovetni sa originalnom verzijom

upitnika, ali ne i sa validacijom PACIC upitnika u Sloveniji, Nemačkoj i Francuskoj (65-67). Originalna struktura sa pet faktora nije potvrđena u navedenim državama. Njihovi pacijenti su potvrdili dve dimenzije zdravstvene zaštite hroničnih bolesti. Gugiu i saradnici su primenili eksploratornu faktorsku analizu i utvrdili/uočili samo jedan faktor (68). Ovakve razlike u strukturi mogu da proizilaze iz razlike između sistema zdravstvene zaštite kao i broja hroničnih bolesti koje imaju pacijenti uključeni u istraživanje. Pojedine studije su usmerene na perspektivu pacijenata koji imaju jednu od određenih hroničnih bolesti, dok su s druge strane neke druge studije fokusirane na pacijente koji boluju od više hroničnih bolesti. Identifikacijom četiri faktora strukture PACIC upitnika na srpskom jeziku dobijena je mogućnost komparacije podataka sa većim brojem ostalih istraživača i njihovih publikovanih studija.

Srednja ocena ukupnog PACIC upitnika naše studije u vrednosti od 4.0766 ukazuje na to da je zdravstvena zaštita, u proseku, "većinu vremena" pružena u skladu sa CCM. Srednja ocena je veća u odnosu na pacijente sa hroničnim bolestima u Velikoj Britaniji, Rumuniji, Nemačkoj i Belgiji (49, 55-56, 69). Srednja vrednost ukupnog PACIC-a u Velikoj Britaniji i u Njemačkoj je bila 2.4 (SD 0.8), dok je nešto viša, 2.82 (SD 0.81) bila u Rumuniji i u Belgiji, 2.87 (SD 0.93). Ukupni PACIC je u Kini imao ocjenu 3.3 (SD 1.1) što je više u odnosu na prethodne države (70). Naša srednja ocena je bila najviša u oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje, a najniža u oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija. Originalna studija o validaciji upitnika pokazala je najbolju ocenu u oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju (3.13), a kao i kod nas najniža ocena (1.97) je uočena za oblast Kontrolni pregledi/koordinacija (52). Takođe je najniža ocena (1.9) uočena za oblast Kontrolni pregledi/koordinacija u Velikoj Britaniji, dok je najveću ocenu (3.1) imala oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju (62). U Rumuniji je kao i u Velikoj Britaniji najveću ocenu imala oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju (3.46), a kao kod svih prethodno navedenih država, najmanju ocenu (2.19) imala je oblast Kontrolni pregledi/koordinacija (62, 71). Ovakve rezultate je imala i studija provedena u Kvebeku, gdje je uzorak sačinjen od pacijenata koji su lečeni od strane četiri različite grupe zdravstvenih radnika. Analiza ocena po grupama pacijenata je pokazala da su pacijenti lečeni kod porodičnih doktora bolje ocenili ukupni PACIC i oblasti Aktivnost pacijenta, Postavljanje ciljeva i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje, što potvrđuje snažnu povezanost pacijenata sa porodičnim doktorima u kanadskoj oblasti Kvebek (72). Suprotno od naših rezultata, u Nemačkoj najveću ocenu imala je oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju (3.5), a najmanju oblast Postavljanje ciljeva (2.0). Autori nemačke studije navode da prosečna ocena ukupnog PACIC-a verovatno odražava „scenario stvarnog života“ u odnosu na zdravstvene

usluge koje se pružaju pacijentima sa komorbiditetima i koje su kritikovane zbog toga što su fragmentirane i vođene događajima (73).

U Saudijskoj Arabiji prosečna vrednost PACIC-a bila je 1.9863, što je mnogo niže u poređenju sa sličnim studijama. Oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju sa srednjom vrednosti 2.5623 je bila najbolje ocenjena. Oblast Kontrolni pregledi/koordinacija dobila je najnižu ocenu 1.7003. Hronične bolesti u Saudijskoj Arabiji su još uvek veliki zdravstveni problem koji zahteva kontinuirano lečenje i praćenje (74).

Visoka srednja ocena PACIC-a u našem istraživanju mogla bi biti u znatnom obimu rezultat procesa sertifikacije i akreditacije. Navedeni procesi primenjuju se ne samo u razvijenim zemljama već i u zemljama u razvoju i tranziciji, a imaju za rezultat unapređenje organizacije i kvaliteta zdravstvene zaštite što vodi ka boljim kliničkim ishodima (37, 75, 76). Timovi porodične medicine u RS su u obavezi da vode registar za kardiovaskularne faktore rizika kao i da primenjuju kliničke vodiče za najčešće bolesti u skladu sa Vodičem za akreditaciju u porodičnoj medicini. Vodič obuhvata jasno definisane indikatore za praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima (11, 37). Indikatori kvaliteta su definisani prije više od dvadeset godina u Evropi kao instrumenti mjerenja kvaliteta i promjene kvaliteta pružene zdravstvene zaštite (77). Mahlkecht i saradnici su analizirali inicijative unapređenja kvaliteta usluga pruženih na primarnom nivou zdravstvene zaštite pacijentima obolelim od osam hroničnih bolesti uključujući hipertenziju, dijabetes melitus i HOBP. Studija je provedena u Austriji gdje je zaključeno da indikatori kvaliteta imaju značaj za pacijente sa hroničnim bolestima i kliničke ishode kao što su prevencija hospitalizacije i smanjenje mortaliteta (78).

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da je najveći broj pacijenti sa hipertenzijom uvijek zadovoljan pruženim uslugama. Kod većine pacijenata porodični doktor je uvek saopštavao koliko su važne pacijentove aktivnosti (pacijentova uloga) u svrhu lečenja hipertenzije, doktor je uvek pitao kako hipertenzija utiče na pacijentov svakodnevni život i uvek je pružao pomoć da se unapred planira lečenje u slučaju pogoršanja stanja. Najnižu ocenu dobilo je pitanje koje se odnosi na upućivanje pacijenata sa hipertenzijom nutricionisti ili u savetovalište za ishranu. Svega 21.4% pacijenata sa hipertenzijom je uvijek upućivano, a 39.8% nikada nije upućeno nutricionisti. Porodični doktori su približno jednu četvrtinu pacijenata sa hipertenzijom uvek podsticali da učestvuju u programima organizovanim u lokalnoj zajednici, a isti broj pacijenata je izjavio da su doktori uvek pitali za zdravstvene navike i davali kopiju plana tretmana.

Klinički vodič za hipertenziju nalaže porodičnim doktorima u Republici Srpskoj da pacijente sa hipertenzijom upute na rutinske pretrage, a to su: glikemija, lipidni status, kalijum, mokraćna kiselina, kreatinin u serumu, klirens kreatinina, hemoglobin, hematokrit, urin, EKG i pregled

očnog dna (31). Vodič za akreditaciju navodi potrebu vođenja registra pacijenata sa hipertenzijom, a na osnovu podataka iz medicinskog kartona pacijenta. Podaci se odnose na: evidentiran pušački status unutar godinu dana, izmerenu vrednost krvnog pritiska unazad šest meseci, vrednost BMI i lipidnog statusa unazad godinu dana, a kod pušača evidentiran najmanje jedan savet o prekidu pušenja unazad godinu dana (79). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u ocenama PACIC-a između pacijenata sa referentnim i patološkim vrednostima glikemije, ukupnog holesterola, LDL i triglicerida, uree, mokraćne kiseline, eritrocita i urina. Statistički značajne razlike u ukupnoj PACIC oceni imali su pacijenti sa regulisanim i neregulisanim sistolnim i dijastolnim pritiskom, referentnim i patološkim vrednostima BMI, HDL, kalijuma i kreatinina.

Ukupni PACIC i sve oblasti PACIC-a značajno drugačije su ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima obima struka i sa evidentiranim EKG nalazom, a pacijenti koji su bili kod oftalmologa nisu drugačije ocenili samo oblast Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje. Oblasti Postavljanje ciljeva i Kontrolni pregledi/koordinacija drugačije su ocenili pacijenti sa regulisanim pritiskom, BMI i kreatininom. Oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju drugačije su ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima sistolnog pritiska, hemoglobina i kreatinina. Pacijenti sa referentnim vrednostima hematokrita i kod kojih je evidentiran nalaz oftalmologa drugačije su ocenili oblast Aktivnosti pacijenta. Oblast Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje drugačije su ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima hematokrita, HDL i kalijuma. Kontrolisana eksperimentalna studija provedena u Turskoj je pokazala da su ukupni PACIC i oblasti Aktivnost pacijenta, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje bolje ocenili pacijenti oboleli od hipertenzije u grupi prije intervencije, koja se zasnivala na kliničkom vodiču, a odnosila na edukaciju pacijenata o hipertenziji, njenom lečenju i vrsti vežbi koje pacijenti treba da nauče. Nakon intervencije ista grupa pacijenata je značajno bolje ocenila ukupni PACIC i svih pet njegovih oblasti u odnosu na kontrolnu grupu (80).

Najveći procenat pacijenata sa dijabetesom u našoj studiji (73.1%) uvek je bio zadovoljan pruženim uslugama. Više od polovine pacijenata je sigurno da doktor/sestra uzimaju u obzir pacijentove stavove ili tradiciju kada preporučuju određeno lečenje, pri čemu su doktori uvek pitali kako dijabetes utiče na pacijentov svakodnevni život i saopštavali koliko su važne pacijentove aktivnosti (pacijentova uloga) u svrhu lečenja dijabetesa. Pomoć da se unapred planira lečenje u slučaju pogoršanja stanja pružena je uvek kod više od polovine pacijenata sa dijabetesom. Silva i saradnici su takođe utvrdili da je najviše starijih pacijenata obolelih od

dijabetesa ili hipertenzije izjavilo da su doktori uvek pitali kako bolest utiče na pacijentov svakodnevni život (81).

Doktori su uvek upućivali jednu petinu pacijenata sa dijabetesom nutricionisti ili u savetovalište za ishranu, dok približno jedna trećina pacijenata nikada nije upućena nutricionisti. Podsticanje pacijenata da učestvuju u programima organizovanim u lokalnoj zajednici preporučeno je približno jednoj trećini pacijenata. Brojne međunarodne studije su istakle značaj aktivne uloge pacijenata u lečenju hroničnih bolesti. Ariffin je u svom istraživanju uočio nedostatke u oblasti Aktivnost pacijenata u vlastitom lečenju i naglasio da je neophodan sveobuhvatan pristup i pružanje podrške pacijentima, a u cilju jačanja pacijentove uloge u vlastitom lečenju (82). Elissen i saradnici su naglasili da se bolja zdravstvena zaštita pacijenata sa dijabetes melitusom ostvaruje pružanjem zdravstvenih usluga i podrškom u odlučivanju u skladu sa specifičnostima potreba pacijenata, pri čemu je neophodna aktivna uloga pacijenata (83).

Kod nas ne postoji statistički značajna razlika u ocenama PACIC-a između pacijenata sa referentnim i patološkim vrednostima sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska, glikemije, HgbA1c, urina, ukupnog holesterola, LDL holesterola, obima struka kao i pacijenata kod kojih je obavljen test monofilamentom.

Ukupni PACIC su drugačije ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima HDL, triglicerida i BMI, evidentiranom upotrebom acetilsalicilne kiseline i nalazom EKG. Oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, Postavljanje ciljeva i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje drugačije su ocenili pacijenti sa evidentiranim nalazom oftalmologa i upotrebom acetilsalicilne kiseline i referentnim vrijednostima HDL. Uz sve navedene oblasti, pacijenti sa referentnim BMI i HDL su značajno drugačije ocenili i oblast Kontrolni pregledi/koordinacija. Pacijenti sa referentnim vrednostima triglicerida drugačije su ocenili pored ukupnog PACIC-a i oblasti Postavljanje ciljeva i Kontrolni pregledi/koordinacija. Pacijenti sa evidentiranim EKG nalazom pored ukupnog PACIC-a, drugačije su ocenili Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Postavljanje ciljeva. Suprotno našim rezultatima, rezultati studije koju su proveli Silva i saradnici u Brazilu, nisu pokazali statistički značajnu razliku u ocenama PACIC-a u odnosu na indikatore za dijabetes i hipertenziju (81). Kod Iglesiasa i saradnika nije bilo statistički značajne razlike u ocenama PACIC-a u odnosu na pol, edukaciju, broj komorbiditeta, prosečnu vrednost krvnog pritiska, telesnu težinu i lipidni status (61). Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju je unaprijeđen u Maleziji implementacijom kliničkih vodiča za hipertenziju i dijabetes melitus uz elektronsko vođenje medicinske dokumentacije u državnim zdravstvenim ustanovama. Ariffin i saradnici ističu značaj nacionalnog registra za dijabetes melitus, naglašavajući potrebu da se u privatnom

zdravstvenom sektoru koristi elektronski karton za pacijente i na taj način centralizuju informacije u nacionalni registar (82). Brojne metaanalize potvrđuju da zdravstveni profesionalci primjenjuju kliničke vodiče za dijabetes melitus u cilju redukcije kardiovaskularnih faktora rizika i postizanja boljih kliničkih ishoda (84).

Pitanje upravljanja i kvaliteta zdravstvene zaštite kod hroničnih bolesti je značajna tema širom sveta. Urgentan problem primarne zdravstvene zaštite u Šangaju su prevencija i menadžment hroničnih nezaraznih bolesti, pri čemu se nastoji poboljšati kvalitet menadžmenta hroničnih nezaraznih bolesti u zdravstvenim centrima u zajednici. Zdravstveni centri u zajednici sa lekarima opšte prakse i preventivnim zdravstvenim stručnjacima uglavnom su odgovorni za primarnu i preventivnu zdravstvenu zaštitu hroničnih bolesti, uključujući i vođenje elektronskog registra i uspostavljanje elektronskih podataka o pacijentu. Studija u Šangaju je pokazala da su visoki rezultati ukupnog PACIC-a i pet oblasti u zdravstvenim centrima u zajednici pozitivno povezani sa dobrom glikemijskom kontrolom, što ukazuje na to da je odlična implementacija CCM u zdravstvenim centrima u zajednici imala pozitivnu povezanost sa dobrom glikemijskom kontrolom. Visok stepen obrazovanja i tegobe usled drugih hroničnih bolesti, bili su negativno povezani sa korišćenjem zdravstvenih centara u zajednici za praćenje i lečenje dijabetesa. Ova studija je sugerisala da su kvalitet usluga pruženih pacijentima sa dijabetesom i implementacija CCM-a u zdravstvenim centrima u zajednici povezani sa ličnim učešćem pacijenta u lečenju i glikemijskoj kontroli (85). Aung i saradnici su takođe uočili da je glikemijska kontrola bolja ukoliko je pacijent uključen u vlastito lečenje, što je u korelaciji sa ocenama PACIC-a. Interesantno je da su autori istakli značaj pacijentove uloge do tog nivoa da ukoliko pružene zdravstvene usluge nisu optimalne, ipak mogu biti kompenzovane pacijentovim aktivnostima u vlastitom lečenju. Na taj način se postižu željeni klinički ishodi, što je u ovoj studiji dobra glikemijska kontrola (86). Implementacija CCM-a poboljšava komplijansu pacijenata sa dijabetes melitusom, što ima pozitivan uticaj na PACIC ocjene (87). Rezultati studije u Holandiji su takođe pokazali značaj pacijentove uloge u vlastitom lečenju, naročito kada su u pitanju fizička aktivnost i upotreba duvana i pozitivan uticaj na kliničke ishode kardiovaskularnih bolesti, dijabetes melitusa i HOBP-a (88).

Najveći procenat pacijenata sa HOBP-om u ovoj studiji uvek je bio zadovoljan pruženim uslugama. Polovina pacijenata je izjavila da doktor/sestra uvek uzimaju u obzir pacijentove stavove ili tradiciju kada preporučuju određeno lečenje i da uvek pitaju kako HOBP utiče na pacijentov svakodnevni život. Svega 17.7% pacijenata sa HOBP-om je uvek upućivano, a najveći procenat pacijenata (40.3%) nikada nije upućen nutricionisti. Jedna četvrtina pacijenata

je izjavila da su uvek podsticani na učestvovanje u organizovanim programima u lokalnoj zajednici i da su ponekad dobijali kopiju plana tretmana od strane porodičnog doktora.

Pacijenti sa HOBP-om kod kojih je evidentiran savet o prekidu pušenja i upotreba kratkodjelujućeg bronhodilatatora značajno su drugačije ocenili kompletan PACIC sa svim oblastima. Ukupni PACIC su značajno drugačije ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima dijastolnog pritiska, BMI i evidentiranom upotrebom dugodelujućeg bronhodilatatora. Oblast Aktivnosti pacijenta drugačije su ocenili pacijenti sa referentnim vrijednostima BMI. Oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju drugačije su ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima dijastolnog pritiska i evidentiranom upotrebom dugodelujućeg bronhodilatatora. Oblast Postavljanje ciljeva drugačije su ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima dijastolnog pritiska. Oblast Kontrolni pregledi/koordinacija značajno drugačije su ocenili pacijenti sa referentnim vrednostima BMI i evidentiranom upotrebom dugodelujućeg bronhodilatatora. Ocene PACIC-a se ne razlikuju značajno kod pacijenata sa referentnim i patološkim vrednostima sistolnog krvnog pritiska kao i obima struka. Savremeni pristup lečenju pacijenata sa HOBP-om ima za rezultat smanjenje broja egzacerbacija bolesti što su potvrdili rezultati jedne studije u Holandiji gdje je dokazan značaj pacijentove uloge u vlastitom lečenju (89). Rezultati druge studije u Holandiji su pokazali značajno bolje ocene za oblast Kontrolni pregledi/koordinacija koje su dodelili pacijenti sa HOBP-om kojima su pružane zdravstvene usluge od strane profesionalaca edukovanih za timski pristup ovakvim pacijentima (90). Slok i saradnici su istakli značaj pacijentove uloge u lečenju HOBP-a, pri čemu su takvi pacijenti bolje ocenili PACIC oblasti Aktivnost pacijenta, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju, Postavljanje ciljeva i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje (91).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju povezanost visokih ocena PACIC-a i prisustva više od jedne bolesti. Značajna razlika postoji u ocenama oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje kada se posmatraju pacijenti sa tri bolesti u odnosu na pacijente sa jednom ili dve bolesti. Oblast Kontrolni pregledi/koordinacija je statistički značajno različito ocenjena od strane pacijenata sa jednom bolešću u odnosu na pacijente sa tri bolesti. U oba slučaja pacijenti sa tri bolesti su dodelili bolje ocene u odnosu na ostale pacijente. Originalna studija validacije PACIC-a utvrdila je značajnu povezanost ocena i broja hroničnih bolesti (52). Studija provedena u Sieni je potvrdila da kontinuitet u komunikaciji doktora i pacijenata povećava ulogu pacijenata u vlastitom lečenju, a zadovoljstvo postignutim kliničkim ishodima je veće kod pacijenata sa jednom hroničnom bolesti. Autori ove studije su utvrdili da je sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju imao uticaj na zainteresovanost pacijenata da se uključe u vlastito lečenje (92).

U ovoj studiji dob pacijenata je imala uticaj na ocenjivanje rada timova porodične medicine. Prosečna ocena ukupnog PACIC-a značajno se razlikuje ($p=0.050$) između pacijenata druge i četvrte starosne grupe, kao i u oblastima Aktivnosti pacijenta ($p=0.034$), Postavljanje ciljeva ($p=0.019$) i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje ($p=0.029$). Slično našim rezultatima, Krucien i saradnici su pronašli da je ocena francuske verzije ukupnog PACIC-a značajno povezana sa starosnom dobi pacijenata i njihovim ocenjivanjem vlastitog zdravlja. PACIC su bolje ocenili pacijenti mlađi od 65 godina i koji su izjavili da imaju dobro zdravlje (67). Autori PACIC instrumenta pronašli su da je pol jedina demografska karakteristika povezana sa ocenama PACIC-a (52). U našem istraživanju, značajna razlika postoji u oceni oblasti Postavljanje ciljeva, za koju su pacijenti muškog pola dodelili bolju ocenu ($p=0.045$). Houle i saradnici su potvrdili da je muški pol nezavisno i pozitivno povezan sa CCM zdravstvenom zaštitom (28), dok Gensichen i saradnici nisu pronašli uticaj pola na ocene PACIC-a (66). Rosemann i saradnici su utvrdili da postoji razlika između muškaraca i žena u ocenjivanju ukupnog PACIC-a i oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje (93). Značajna razlika postoji u oceni oblasti Aktivnosti pacijenta gde su pacijenti u bračnoj zajednici bolje ocenili navedenu oblast od pacijenata koji su udovci/ce. Statistički značajna razlika je uočena u ukupnoj oceni PACIC-a od strane pacijenata koji žive u gradskom naselju ($p=0.039$) i pacijenata u seoskom naselju ($p=0.001$), jer su značajno bolje ocenili ukupni PACIC u odnosu na pacijente iz prigradskog naselja. Oblast Aktivnosti pacijenata bolje su ocenili pacijenti u seoskom naselju nego u ostala dva tipa naselja ($p=0.000$). Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju kao i Postavljanje ciljeva značajno lošije su ocenjeni u prigradskom naselju u odnosu na gradsko i seosko stanovništvo ($p=0.000$). Pacijenti koji su završili osnovnu školu ocijenili su ukupni PACIC značajno nižom ocenom u odnosu na pacijente sa srednjom školom ($p=0.013$). Oblast Aktivnosti pacijenata su bolje ocenili pacijenti sa srednjom školom u odnosu na pacijente sa osnovnom školom ($p=0.001$), dok su u odnosu i na osnovnu ($p=0.042$) i na visoku/višu ($p=0.019$) školu bolje ocenili oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju. Tusek-Bunc sa saradnicima je pronašla da je viša ukupna ocena PACIC-a značajno povezana sa višim stepenom obrazovanja (više od devet godina školovanja) (65). Roseman i saradnici su uočili da mlađi pacijenti i pacijenti sa višim stepenom obrazovanja bolje ocjenjuju PACIC (93). Suprotno našim rezultatima, Noel i saradnici su uočili da pacijenti sa nižim nivoom obrazovanja bolje ocjenjuju zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima (55). Rezultati ovog istraživanja u RS nisu pokazali povezanost radnog statusa i ocenjivanja PACIC-a. Pacijenti sa materijalnim statusom mnogo lošijim od proseka ocenili su ukupni PACIC i svih pet oblasti sa najnižom ocenom u odnosu na pacijente iz ostale četiri kategorije materijalnog statusa i razlika

je statistički značajna. Kontrolni pregledi/koordinacija je oblast koju su svi naši pacijenti najlošije ocenili. U Rumuniji nisu uočene statističke značajne korelacije između rezultata PACIC-a i starosti, obrazovanja, prihoda domaćinstva i veličine domaćinstva. Takođe ne postoji statistički značajna korelacija između rezultata PACIC-a i broja hroničnih stanja (71). Naši pacijenti sa većim brojem obavljenih pregleda ocenjuju sa višim ocenama ukupni PACIC i oblasti Aktivnosti pacijenata, Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje. Ovi rezultati su istovetni sa rezultatima Houle-a i saradnika (39). Petersen sa saradnicima i Ludt sa saradnicima utvrdili su da su bolje ocene PACIC-a povezane sa češćim pregledima kod porodičnog doktora (73, 94). Pacijenti koji su imali različit broj pregleda kod porodičnog doktora nisu statistički značajno različito ocenili oblast Postavljanje ciljeva i oblast Kontrolni pregledi/koordinacija. Ridd i saradnici su pokazali da redovni pregledi kod porodičnog doktora predstavljaju jedan od glavnih kriterijuma koji određuju kako pacijent doživljava dobijene zdravstvene usluge i da pacijenti sa dugotrajnim i kompleksnim problemima preferiraju konsultacije sa jednim doktorom (95). Naši rezultati pokazuju da pacijenti sa većim brojem pregleda kod specijaliste na sekundarnom nivou kao i pacijenti koji nisu bili hospitalizovani bolje ocenjuju oblast Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju. Pacijenti koji se osećaju puno bolje nego pre 12 meseci bolje su ocenili ukupan PACIC i svih pet oblasti u odnosu na ostale pacijente. Pacijenti koji navode da imaju loše zdravlje dali su značajno nižu ocenu za ukupni PACIC i sve oblasti u odnosu na ostale pacijente. Nepušači su bolje ocenili ukupni PACIC i svih pet oblasti. Pacijenti koji nisu fizički aktivni značajno niže su ocenili ukupni PACIC i sve oblasti.

Naše istraživanje je pokazalo da postoji statistički visoko značajna korelacija između broja evidentiranih parametara kao i parametara koji se izražavaju u vidu referentne ili patološke vrednosti i prosečnih ocena ukupnog PACIC-a i svih pet oblasti. Što je veći broj urađenih parametara i parametara koji su u referentnim vrednostima, bolja je ocena ukupnog PACIC-a i njegovih oblasti, a samim tim i CCM se bolje provodi na nivou primarne zdravstvene zaštite. Houle i saradnici su ispitali provođenje savremenog CCM-a primenom PACIC upitnika kod pacijenata koji imaju hipertenziju, dijabetes i HOBP, uz analizu parametara evidentiranih u pacijentovom kartonu, koji su pokazatelji primene kliničkih vodiča u lečenju navedene tri bolesti. Njihovi rezultati su pokazali da su muški pol i broj hroničnih bolesti direktno povezani sa boljim ocenama PACIC-a i provođenjem CCM-a, a nivo obrazovanja i dob pacijenata su bili inverzno povezani sa PACIC ocenama (39).

U ovom istraživanju direktni prediktori ocene ukupnog PACIC-a su: mesto boravka, pacijentova procena materijalnog stanja domaćinstva, broj pregleda kod porodičnog doktora u

zadnjih 12 meseci, fizička aktivnost u trajanju od najmanje 30 minuta i procenat evidentiranih parametara. Inverzan prediktor je ocena zdravlja u poređenju pre 12 meseci. Rezultati originalne studije validacije PACIC upitnika pokazali su da su osobe ženskog pola bolje ocenile ukupni PACIC i svih pet oblasti i potvrdile da dobijaju zdravstvene usluge u skladu sa CCM (52).

Direktni prediktori ocene oblasti Aktivnosti pacijenata u ovom istraživanju su: mesto boravka, stepen obrazovanja, pacijentova procena materijalnog stanja domaćinstva, broj pregleda kod porodičnog doktora u zadnjih 12 meseci, fizička aktivnost u trajanju od najmanje 30 minuta i procenat evidentiranih parametara. Inverzni prediktori su ocena zdravlja u poređenju pre 12 meseci kao i ocena trenutnog zdravlja. Gensichen i saradnici su primenili PACIC upitnik kod pacijenata sa depresijom, a uzimajući u obzir komorbiditetne bolesti izuzevši ostale psihijatrijske dijagnoze. Njihovi rezultati su pokazali da postoji slaba negativna korelacija, ali statistički značajna između broja komorbiditeta i ocene oblasti Aktivnosti pacijenata (66).

Direktan prediktor ocene oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju je procenat evidentiranih parametara. Inverzni prediktori su ocena zdravlja u poređenju pre 12 meseci i ocena trenutnog zdravlja.

Direktan prediktor ocene oblasti Postavljanje ciljeva je procenat evidentiranih parametara. Inverzni prediktori su pol i ocena zdravlja u poređenju pre 12 meseci.

Direktni prediktori ocene oblasti Rešavanje zdravstvenog problema/Savetovanje u ovom istraživanju su: procenat evidentiranih parametara, pacijentova procena materijalnog stanja domaćinstva, broj pregleda kod porodičnog doktora u zadnjih 12 meseci, broj hospitalizacija u poslednjih 12 mjeseci i fizička aktivnost u trajanju od najmanje 30 minuta. Inverzni prediktori su: broj pregleda kod ostalih specijalista, ocena zdravlja u poređenju pre 12 meseci kao i broj žestokih pića.

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da su direktni prediktori ocene oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija sljedeći: procenat evidentiranih parametara, mesto boravka, pacijentova procena materijalnog stanja domaćinstva kao i broj hospitalizacija u poslednjih 12 meseci. Inverzni prediktori su ocena zdravlja u poređenju pre 12 meseci i pušački status. Glasgow i saradnici su pokazali da broj bolesti značajno korelira sa ocenom oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija (52).

ACIC upitnik je relevantan za procenu stavova doktora o zdravstvenoj zaštiti pacijenata sa hroničnim bolestima, jer obuhvata sve elemente CCM-a (25, 49, 96). Ovo je prvi put da se ACIC upitnik primenjuje u istraživanju u RS, stoga je bila neophodna validacija upitnika na nacionalnom nivou. Veliki broj doktora (98.5%) je popunio upitnik u toku validacije, što znači

da je dobro prihvaćen. Rezultati naše validacione studije su pokazali visok „ceiling“ efekat. Nijedno pitanje u našoj studiji nije pokazalo visok „floor“ efekat. Ova srpska verzija upitnika pokazala je odličan nivo interne konzistentnosti i pouzdanosti ukupnog ACIC-a i njegovih sedam oblasti komparabilne sa originalnim ACIC instrumentom (25). Faktorska analiza je identifikovala jedan faktor, zbog čega rotacija nije moguća, a što nije u skladu sa originalnom studijom. ACIC instrument u Holandiji je imao odličnu pouzdanost u proceni povezanosti kvaliteta zdravstvenih usluga i međusobne saradnje zdravstvenih profesionalaca u lečenju pacijenata sa hroničnim bolestima (97).

Doktori u našem istraživanju izjavljuju da je zdravstvena zaštita pacijenata sa hroničnim bolestima dobro razvijena. Oblast Dizajniranje sistema pružanja usluga ocenjena je sa najvišom, dok je oblast Povezanost sa zajednicom i oblast Integracija komponenti ocenjena sa najnižom ocenom, što je u skladu sa rezultatima studije provedene u Holandiji. Doktori u Holandiji su popunjavali ACIC upitnik pre i posle edukacije u okviru nacionalnog programa za menadžment hroničnih bolesti. Sve ocene su bile bolje nakon edukacije, međutim i pre i posle edukacije oblast Integracija komponenti je najniže ocenjena, dok je Dizajniranje sistema pružanja usluga najbolje ocenjena oblast (50). Istraživanje u Mineapolisu je obavljeno u dve faze 2002. i 2004. godine, pre i posle intervencije unapređenja zdravstvene zaštite najčešće tri hronične bolesti: dijabetes melitus, koronarna bolest srca i depresija. Rezultati su pokazali najniže ocene u oblastima Dizajniranje sistema pružanja usluga i Jačanje pacijentove uloge u tretmanu, koje su nakon intervencije bile nešto više, ali bez statističkog značaja (98). Istraživanje u Švajcarskoj je uključilo doktore u gradskim ordinacijama manjih zdravstvenih ustanova, doktore koji rade u tzv. grupnoj praksi i doktore koji samostalno rade, a primena ACIC upitnika odnosila se na lečenje pacijenata sa dijabetes melitusom. Svi doktori su najbolje ocenili prvu oblast, Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite. Doktori iz gradskih ordinacija i doktori koji rade samostalno, kao i naši doktori, najlošije su ocenili oblast Povezanost sa zajednicom, nasuprot tome, doktori iz grupne prakse najlošije su ocenili oblast Zdravstveni informacioni sistem. Autori istraživanja u Švajcarskoj navode da doktori u gradskim ordinacijama kao i doktori koji rade samostalno imaju najviše pacijenata i najmanje vremena, a pacijenti najmanje interesovanja da bi se uspostavila saradnja sa zajednicom (99). U našoj sredini nema dovoljno raspoloživih programa u zajednici sa kojima bi se uspostavila saradnja od strane porodičnih doktora, a u cilju unapređenja usluga pruženih pacijentima sa hroničnim nezaraznim bolestima. Noel i saradnici su potvrdili da na kvalitet zdravstvenih usluga ima uticaj nivo saradnje/partnerstva svih profesionalaca koji učestvuju u lečenju pacijenata sa hroničnim bolestima (100).

Ukupna ocena ACIC-a kao i ocene pojedinačnih izjava veće su kod muškog pola, a statistički značajna razlika postoji u ocenjivanju oblasti Povezivanje pacijenata sa vanjskim resursima (organizacije/ustanove u lokalnoj zajednici), koja je bolje ocenjena od strane osoba muškog pola.

Bonomi sa saradnicima je objasnila da ACIC predstavlja pomoćno sredstvo zdravstvenim institucijama da identifikuju šta je potrebno unaprediti u organizaciji zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima, kao i da se proceni nivo unapređenja. Početna primena ACIC-a obavljena je u 108 zdravstvenih organizacionih jedinica širom Sjedinjenih Američkih Država, a u cilju intervencije koja je uključila edukaciju i promene u lečenju pacijenata sa hroničnim bolestima, a jedna od njih je bio dijabetes melitus. Rezultati ove interventne studije su pokazali da su na početku najbolje ocenjene oblasti Organizacija sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite i Povezanost sa zajednicom, a najlošije je ocenjena oblast Informacioni sistem, dok su na završnom anketiranju uočena poboljšanja u ocenjivanju oblasti Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza, Dizajniranje sistema pružanja usluga, ali i Informacioni sistem. Autori američke studije su potvrdili da ACIC predstavlja koristan instrument za procenu oblasti koje je potrebno poboljšati, kao i evaluaciju implementiranih promena u cilju poboljšanja lečenja pacijenata sa hroničnim bolestima (44). Istraživanje provedeno u 20 manjih zdravstvenih centara na primarnom nivou zdravstvene zaštite u Južnom Teksasu uključilo je i podatke o pacijentima obolelim od dijabetes melitusa. Podaci su se odnosili na način ishrane, fizičku aktivnost, vrednost glikemije i glikoliziranog hemoglobina, kao i adekvatno uzimanje terapije. Ocena ukupnog ACIC-a je bila inverzno povezana sa vrednostima glikoliziranog hemoglobina. Značajna interakcija nije uočena između ACIC ocene i pacijentovih karakteristika: dob, pol, rasa, ishrana i uzimanje terapije, ali je potvrđena interakcija između ocene ACIC-a i fizičke aktivnosti. Naši rezultati su pokazali visoko statistički značajnu korelaciju između broja urađenih parametara kod pacijenata i ocene ACIC-a, kao i broja parametara koje imaju referentne vrednosti kod pacijenata i ocene ukupnog ACIC-a. Soldberg i saradnici su pokazali u Mineapolisu da značajna pozitivna korelacija postoji između regulisanih vrednosti HgbA1c i LDL holesterola sa oblastima Zdravstveni informacioni sistem i Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza (98).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju visoko statistički značajnu korelaciju između prosečne ocene ukupnog PACIC-a, oblasti Sistem pružanja usluga/podrška u odlučivanju i oblasti Postavljanje ciljeva sa ocenama ukupnog ACIC-a i ocenama njegovih oblasti. Ocena PACIC oblasti Aktivnosti pacijenta je u visoko statistički značajnoj korelaciji sa ocenama ukupnog ACIC-a i njegove dve oblasti Jačanje pacijentove uloge i Dizajniranje sistema. PACIC oblast

Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje je u visoko statistički značajnoj korelaciji sa ukupnim ACIC-om i njegovim oblastima. Korelacija PACIC oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija sa svim ACIC oblastima je visoko statistički značajna.

Rezultati Noela i saradnika nisu pokazali povezanost ukupne ocene ACIC-a sa ukupnom ocenom PACIC-a niti sa PACIC oblastima izuzev oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija, dok je ACIC oblast Jačanje pacijentove uloge u tretmanu povezana sa skoro celim PACIC-om. Slično Noelovim rezultatima, regresionom analizom rezultata ovog istraživanja je potvrđeno da su ACIC oblasti Jačanje pacijentove uloge u tretmanu i Zdravstveni informacioni sistem direktni prediktori ukupnog PACIC-a i svih pet PACIC oblasti. Pored navedenih ACIC oblasti i oblast Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza predstavlja direktni prediktor za PACIC oblast Postavljanje ciljeva. ACIC oblast Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite predstavlja inverzni prediktor za ukupni PACIC i njegovih pet oblasti. ACIC oblast Povezanost sa zajednicom je u našem istraživanju inverzni prediktor za PACIC oblasti Aktivnosti pacijenta i Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje, a kod Noela i saradnika je inverzni prediktor za sve oblasti PACIC-a (55). Barr i saradnici naglašavaju značaj čvrste saradnje između zdravstvenih profesionalaca i zajednice, uključujući organizacije građana, neprofitabilne organizacije i zdravstvene organizacije (101). ACIC oblast Integracija komponenti kod Noela je u direktnoj povezanosti samo sa PACIC oblasti Kontrolni pregledi/koordinacija, a kod nas je u inverznoj povezanosti sa ukupnim PACIC-om i svim oblastima osim Rešavanje zdravstvenog problema/savetovanje i Kontrolni pregledi/koordinacija. Odlučivanje na osnovu naučnog dokaza je u našem istraživanju direktan prediktor Postavljanju ciljeva, a istraživanje Noela i saradnika nije pokazalo povezanost ni sa jednom oblasti PACIC-a niti sa ukupnim PACIC-om (55).

Lečenje pacijenata obolelih od hipertenzije, dijabetesa i HOBP-a u Republici Srpskoj uključuje određene komponente savremenog modela lečenja hroničnih bolesti, u skladu sa provođenjem reforme primarnog nivoa zdravstvene zaštite (31-33, 102). Zastupljenost CCM-a zavisi od specifičnosti nacionalnih zdravstvenih sistema, što potvrđuju rezultati metaanalize četiri studije provedene u Australiji, gdje su određene komponente CCM-a zastupljene uglavnom u lečenju starije populacije obolele od dve ili više hroničnih bolesti. Sendall i saradnici su istakli da akutna, pojedinačna stanja sa pravovremenim postavljanjem dijagnoze i lečenjem još uvijek predstavljaju prioritete zdravstvene zaštite (103). Stoga autori brojnih studija preporučuju da se lečenje hroničnih bolesti, vrši u skladu sa CCM uz aktivnu ulogu pacijenata da bi se postigli bolji klinički ishodi. Ovaj model može da se primeni u različitim okruženjima, za sve hronične bolesti i sve ciljne populacije (104-108).

Prednosti i nedostaci istraživanja

Ovo je prvo do sada provedeno istraživanje koje je utvrdilo da pacijentovo iskustvo o njegovoj hroničnoj bolesti predstavlja važnu dimenziju u analizi kvaliteta zdravstvene zaštite u kontekstu našeg zdravstvenog sistema, a naročito kada se uporedi sa stavovima doktora o zdravstvenoj zaštiti hroničnih bolesti. Rezultati ovog istraživanja su značajan indikator kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga i zdravstvenog stanja populacije.

Naše istraživanje je imalo nekoliko ograničenja. Postoje relativno visoki „floor“ i „ceiling“ efekti PACIC-a, kao i visoki „ceiling“ efekti ACIC-a, a razloge za to bi trebalo utvrditi u nekom budućem istraživanju. Nismo procenjivali test-retest pouzdanost niti odgovor na promene („*responsiveness to changes*“) zbog toga što je ovo istraživanje bilo dizajnirano kao studija preseka.

6. Zaključci

Na osnovu istraživanja o stavovima porodičnih doktora i pacijenata o načinima lečenja i usklađenosti pruženih zdravstvenih usluga sa modelom pružanja zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima (CCM), sprovedenog u dva doma zdravlja, u Prijedoru i Bijeljini, mogu se izvesti sledeći zaključci:

1. Srpska verzija PACIC i ACIC upitnika je uspešno prevedena, kulturološki adaptirana i validirana na osnovu međunarodno prihvaćenih principa. Pouzdanost oba instrumenta je bila veoma visoka, prema Kronbahovom koeficijentu kako za PACIC tako i za ACIC.
2. Srpska verzija PACIC i ACIC upitnika je primenjena u velikom procentu i visoko ocenjena, stoga oba upitnika mogu biti prihvaćena kao pouzdan i konzistentan instrument kao i u drugim državama.
3. Postoji značajna povezanost između ocenjivanja PACIC-a i primene kliničkih vodiča za hronične bolesti u porodičnoj medicini.
4. PACIC instrument može da se primenjuje kod pacijenata sa jednom ili više hroničnih bolesti u cilju procene savremenog modela lečenja hroničnih bolesti iz pacijentove perspektive, uglavnom na primarnom nivou zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj kao i u svim regionima gde se srpski jezik koristi kao maternji jezik.
5. Pacijenti sa hipertenzijom, dijabetes melitusom i HOBP-om su u najvećem broju zadovoljni pruženim zdravstvenim uslugama.
6. Porodični doktori su kod više od polovine pacijenata uzimali u obzir pacijentove stavove ili tradiciju prilikom odluke o lečenju.
7. Kod većine pacijenata sa hipertenzijom i dijabetesom porodični doktori su naglašavali pacijentovu ulogu u lečenju.
8. Manji broj pacijenata sa hipertenzijom, dijabetesom i HOBP-om upućivan je u savetovanište za ishranu.
9. Približno trećina pacijenata sa hipertenzijom, dijabetesom i HOBP-om je bila informisana od strane porodičnog doktora o programima organizovanim u lokalnoj zajednici, a na temu hroničnih bolesti.
10. Porodični doktori su jednu trećinu pacijenata ispitivali o zdravstvenim navikama.
11. Postoji značajna korelacija između broja evidentiranih parametara kao i parametara koji se izražavaju u vidu referentne ili patološke vrednosti i prosečnih ocena ukupnog PACIC-a i svih njegovih pet oblasti.
12. Socio-demografske karakteristike, kao i karakteristike u vezi sa zdravstvenim stanjem pacijenata su prediktivne za ocenjivanje PACIC-a.

13. Porodični doktori najbolje su ocenili Dizajniranje sistema pružanja usluga.
14. Broj urađenih parametara, kao i broj parametara koji imaju referentne vrednosti kod pacijenata i ocene ACIC-a su u statistički značajnoj korelaciji.
15. Jačanje pacijentove uloge u tretmanu i Zdravstveni informacioni sistem su direktni prediktori za ukupni PACIC i sve njegove oblasti.

7. Literatura

1. Godwin M. Family Medicine Development Project in Bosnia and Herzegovina. *Can Fam Physician*. 1999;45:1098, 1100, 1103.
2. Atun R, Kyratsis I, Jelic G, Gurol-Urganci I, Rados-Malicbegic D. Diffusion of complex health innovations - Implementation of primary health care reforms in Bosnia and Herzegovina. *Health Policy Plan*. 2007;22:28-39.
3. Radna grupa projekta EU/WHO "Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini" 2004-2006. Strategija primarne zdravstvene zaštite. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Banja Luka 2008.
4. Shapiro J. Gatekeeping must go beyond the linear referral model. *BMJ*. 2016;355:i5793. doi: 10.1136/bmj.i5793
5. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician. *J Fam Pract*. 2000;17(3):222–9.
6. Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family Physicians as Team Leaders: "Time" to Share the Care. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(2):A59. (cited 2017, September 12) Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/08_0023.htm.
7. Murray M, Davies M, Boushon B. How many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag*. 2007; 14(4):44-51. (cited 2017, September 12) Available from: <https://www.aafp.org/fpm/2007/0400/p44.pdf>
8. Anderson P, Halley MD. A New Approach to Making Your Doctor-Nurse Team More Productive. *Fam Pract Manag*. 2008;15(7):35-40. (cited 2017, September 12) Available from: <https://www.aafp.org/fpm/2008/0700/p35.html>
9. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med*. 2014;166-171. doi: 10.1370/afm.1616.
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske. Službeni glasnik RS br. 106/09 (cited 2017, September 12). Available from: http://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti_106_09.pdf
11. <https://www.askva.org/sr-l/o-agenciji.html>
12. Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Aff*. 2005;24(1):18-28.

13. Elstein AS. On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision making. *Inflamm Res.* 2004;53 Suppl 2:184-9.
14. Đorđević N, Janković S. Mere za unapređenje lekarske prakse. *Vojnosanit pregl.* 2004;61(4):423-431.
15. US Agency for Healthcare Research and Quality (cited 2011, March 24). Available from: <http://www.ahrq.gov/>
16. National Guideline Clearinghouse (cited 2011, March 24). Available from: <http://www.guideline.gov/>
17. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (cited 2011 March 24). Available from: <http://www.nice.org.uk/>
18. German Agency for Quality in Medicine (cited 2011, March 24). Available from: <http://www.aeqz.de/front-page-en>
19. <http://www.g-i-n.net/>
20. Pilipović-Broćeta N. Značaj kliničkog vodiča za uspešnost liječenja arterijske hipertenzije u ambulantama porodične medicine [magistarska teza]. Banja Luka (RS): Medicinski fakultet; 2012.
21. WHO Regional Committee for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Malta, 2012.
22. GBD 2015 DALYs, HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* [Internet]. 2016 Oct [cited Feb 15, 2017];388(10053):1603-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388857/pdf/main.pdf>
23. World Health Organization 2002. Innovative Care for Chronic Conditions (cited 2015, May 22). Available from: http://www.who.int/Cronic_care_globalreport.pdf
24. World Health Organization 2005. Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment. (cited 2015, May 22). Available from: http://www.who.int/full_report.pdf

25. Bonomi EA, Edward H. Wagner, Russell E. Glasgow, and Michael VonKorff. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *HSR: Health Serv Res.* 2002;37:3.
26. WHO. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. 2011. (cited 2015 May 22). Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/
27. Vulić D, Šobot M, Tasić I. Prevencija i kontrola kardiovaskularnih bolesti. U: Vulić D, Babić VN. Hronične nezarazne bolesti, Prevencija i kontrola. Medicinski fakultet Banja Luka 2011.
28. Parchman ML, Noel PH, Culler SD, Lanham HJ, Leykum LK, Romero RL, et al. A randomized trial of practice facilitation to improve the delivery of chronic illness care in primary care: initial and sustained effects. *Implement Sci.* 2013;8:93. (cited 2018, Jan 22). Available from: <http://www.implementationscience.com/content/8/1/93>
29. The Worldwide Environment of Cardiovascular Disease: Prevalence, Diagnosis, Therapy, and Policy Issues. A Report From the American College of Cardiology. (cited 2015, May 22). Available from: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1485688>.
30. JZU Institut za javno zdravstvo, Republika Srpska. Zdravstveno stanje stanovništva u 2013. godini.
31. Janjić B, Stoisavljević-Šatara S, Vulić D, Martinović Đ. Oboljenja kardiovaskularnog sistema. Arterijska hipertenzija (cited 2015, May 22). Available from: http://porodicnamedicina.com/download/klinički_vodici/Oboljenja-kardiovaskularnog-sistema/ArterijskaHipertenzija.pdf
32. Popović Pejičić S, Stoisavljević-Šatara S, Tešanović G, Bukara Radujković G, Stanetić K, Vuković B. Bolesti žlijezda sa unutrašnjim lučenjem, ishrane i metabolizma. Diabetes mellitus. (cited 2015, May 22). Available from: http://porodicnamedicina.com/download/klinički_vodici/Bolesti_žlijezda_sa_unutrašnjim_lučenjem.html
33. Petrović V, Stanetić M, Stoisavljević-Šatara S, Martinović Đ. Oboljenja respiratornog sistema. Nespecificne infekcije u pulmologiji (cited 2015, May 22). Available from: [http://porodicnamedicina.com/download/klinički_vodici/Oboljenja-respiratornog-sistema/Nespecificne InfekcijeUPulmologiji.pdf](http://porodicnamedicina.com/download/klinički_vodici/Oboljenja-respiratornog-sistema/Nespecificne%20InfekcijeUPulmologiji.pdf). Accessed May 22, 2015.

34. Shortell SM, Poon BY, Ramsay PP, Rodriguez HP, Ivey SL, Huber T, et al. A Multilevel Analysis of Patient Engagement and Patient-Reported Outcomes in Primary Care Practices of Accountable Care Organizations. *J Gen Intern Med.* 32(6):640–7 DOI: 10.1007/s11606-016-3980-z
35. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2016 December; 18(12):1284–94. doi:10.1111/jch.12861.
36. The SPRINT Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med.* 2015;373:2103-16. DOI: 10.1056/NEJMoa1511939
37. <https://www.askva.org/sr-l/kvalitet.html>
38. The MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative (cited 2015 May 22). Available from: <http://www.improvingchroniccare.org>
39. Houle J, Beaulieu MD, Lussier MT, Del Grande C, Pellerin JP, Authier M, Duplain R, Tran MT, Allison F. Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. *Can Fam Physician.* 2012;58:1366-73.
40. Wensing M, van Lieshout J, Jung PH, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:182 (cited 2015, Jan 31). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/182>
41. Stock S, Pitcavage JM, Simic D, Altin S, Graf C, Feng W, et al. Chronic Care Model Strategies In The United States And Germany Deliver Patient-Centered, High-Quality Diabetes Care. *Health Aff. (Millwood)* 2014; 33(9):1540–48. doi:10.1377/hlthaff.2014.0428 Downloaded from HealthAffairs.org on May 18, 2018.
42. Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Spoorenberg SLW, Reijneveld SA, et Wynia K. Integrated Care for Older Adults Improves Perceived Quality of Care: Results of a Randomized Controlled Trial of Embrace. *J Gen Intern Med.* 2016; doi: 10.1007/s11606-016-3742-y
43. Sampalli T, Desy M, Dhir M, Edwards L, Dickson R, Blackmore G. Improving wait times to care for individuals with multimorbidities and complex conditions using value stream mapping. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(7):459–466. doi:10.15171/ijhpm.2015.76

44. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:299-305.
45. Nutting et al. Use of Chronic Care Model Elements Is Associated With Higher-Quality Care for Diabetes. *Ann Fam Med*. 2007;5:14-20. (cited 2017, October 17). Available from: www.annfammed.org
46. Arredondo A, Aviles R. Costs and Epidemiological Changes of Chronic Diseases: Implications and Challenges for Health Systems. *PLoS ONE*. 2015;10(3):e0118611. doi:10.1371/journal.pone.0118611
47. Parchman ML, Pugh JA, Culler SD, Noel PH, Arar NH, Romero RL et al. A group randomized trial of a complexity-based organizational intervention to improve risk factors for diabetes complications in primary care settings: study protocol. *Implement Sci*. 2008; 3:15 doi:10.1186/1748-5908-3-15
<http://www.implementationscience.com/content/3/1/15>
48. Ohman Strickland AP, Hudson VS, Piasecki A, Hahn K, Cohen D, Orzano JA et al. Features of the Chronic Care Model (CCM) Associated with Behavioral Counseling and Diabetes Care in Community Primary Care. *JABFM*. 2010;23(3):295-305. (cited 2015, May 22) Available from: <http://www.jabfm.org>
49. Cramm et al. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:49 (cited 2015, May 01). Available from: <http://www.hqlo.com/content/9/1/49>
50. Cramm JM, Nieboer AP. In The Netherlands, Rich Interaction Among Professionals Conducting Disease Management Led To Better Chronic Care. *Health Aff. (Millwood)* 2012; 31(11):2493-2500. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1304
51. Schmittiel J, Mosen MD, Glasgow ER, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patient-centered outcomes for Chronic Conditions. *J Gen Intern Med*. 2007;23(1):77–80.
52. Glasgow ER, Wagner HE, Schaefer J, Mahoney DL, Reid JR, Greene MS. Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*. 2005;43: 436–444.
53. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care

- (PACIC) survey. *Prev Chronic Dis.* 2008;5(4). (cited 2015, Mar 26). Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/07_0180.htm.
54. Fan J, McCoy RG, Ziegenfuss JY, Smith SA, Borah BJ, Deminh JR, et al. Evaluating the Structure of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey from the Patient's Perspective. *Ann. Behav. Med.* 2015;49:104–111. doi: 10.1007/s12160-014-9638-3
 55. Noël HP, Parchman LM, Palmer FR, Romero LR, Leykum KL, Lanham JH et al. Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross-sectional analysis. *BMC Fam Pract.* 2014;15:57. (cited 2015, June 30). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/57>
 56. De Silva D. Helping measure person-centred care. The Health Foundation. London 2014 (cited 2017, October 17). Available from: www.health.org.uk/helpingmeasurepcc
 57. Lagos GME, Salazar MA, Salas FP. Assessment of a Chilean Spanish version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care Questionnaire. *Rev Med Chil.* 2017;145(7):869-78.
 58. Wensing M, van Lieshout J, Jung PH, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:182. doi:10.1186/1472-6963-8-182.
 59. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:104.
 60. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. WHO, Geneva. [cited 2015 Mar 26]. Available from: <http://www.who.int>.
 61. Iglesias K, Burnand B, Peytremann-Bridevaux. PACIC Instrument: disentangling dimensions using published validation models. *Int J Qual Health Care.* 2014;26(3):250-60. doi:10.1093/intqhc/mzu042.
 62. Rick J, Rowe K, Hann M, Sibbald B, Reeves D, Roland M et al. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *BMC Health Serv Res.* 2012;31;12:293. doi: 10.1186/1472-6963-12-293.

63. Aung E, Ostini R, Dower J, Donald M, Coll JR, Williams CM, et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in Type 2 Diabetes: A Longitudinal Study. *Eval Health Prof.* [Internet]. 2016;39(2):185-203. (cited 2015, May 5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380699>.
64. Drewes HW, De Jong-van Til JT, Struijs JN, Baan CA, Tekle FB, Meijboom BR, et al. Measuring chronic care management experience of patients with diabetes: PACIC and PACIC+ validation. *IJIC.* 2012;12:1-11. URL:<http://www.ijic.org> URN:NBN:NL:UI:10-1-113814 / ijic2012-194
65. Tusek-Bunc K, Petek-Ster M, Ster B, PetekD,Kersnik J. Validation of the Slovenian Version of Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in Patients with Coronary Heart Disease. *Coll Antropol.* 2014;38:437-44.
66. Gensichen J, Serras A, Paulitsch MA, et al. The Patient Assessment of Chronic Illness Care Questionnaire: Evaluation in Patients with Mental Disorders in Primary Care. *Community Ment Health J.* 2011;47:447-53.
67. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Adaptation and validation of the patient assessment of chronic illness care in the French context. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:269. (cited 2015, May 5). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/269>
68. Gugiu C, Coryn LS, Applegate B. Structure and measurement properties of the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. *J Eval Clin Pract.* 2008;16:509-516.
69. Desmedt M, Petrovic M, Bergs J, Vandijck D, Vrijhoef H, Hellings J, et al. Seen through the patients' eyes: Safety of chronic illness care. *Int J Qual Health Care.* 2017;29(7):916–21. doi: 10.1093/intqhc/mzx137 (cited 2018, May 18). Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/29/7/916/4564771>
70. Guo H, Wang X, Mao T, Li X, Wu M et Chen J. How psychosocial outcomes impact on the self-reported health status in type 2 diabetes patients: Findings from the Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study in eastern China. *PLoS ONE.* 2018;13(1):e0190484. (cited 2018, May 5). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190484>
71. Horodnic VA, Încalțărău C. Chronic care model particularities in a healthcare system undergoing transition: pilot study for validating the older Romanian patient assessment of chronic illness care (RO-PACIC). *Rev Rom Bioet.* 2014;12:65-83.

72. Levesque JF, Feldman DE, Lemieux V, Tourigny A, Lavoie JP et Tousignant P. Variations in Patients' Assessment of Chronic Illness Care across Organizational Models of Primary Health Care: A Multilevel Cohort Analysis. *Healthc Policy*. 2012;8(2):e108-23. (cited 2018, May 18). Available from: <https://www.researchgate.net/publication/256083404>
73. Petersen JJ, Paulitsch AM, Mergenthal K, et al. Implementation of chronic illness care in German primary care practices – how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:336.
74. AlMomen RK, Abdelhay O, Alrowais NA, Elsaid T. Evaluation of patient with chronic disease using Patient Assessment of Chronic Illness Care Questionnaire (PACIC) in Riyadh KSA. *IJCAR*. 2015;4(9):378-381.
75. Fehr A, Tjshuis MJ, Hense S, Urbanski D, Achterberg P, et Ziese T. European Core Health Indicators – status and perspectives. *Arch Public Health*. 2018;76:52. (cited 2018, May 18). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0298-9>.
76. "Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium" (PHEIAC). Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States. Final report August 2013.
77. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract*. 1997;3:103-8.
78. Mahlkecht A, Abuzahra ME, Piccoliori G, Enthaler N, Engl A, et Sönnichsen A. Improving quality of care in general practices by self-audit, benchmarking and quality circles. *Wien Klin Wochenschr*. 2016;128:706–718 doi: 10.1007/s00508-016-1064-z.
79. Carryer J, Budge C, Francis H. Measuring care alignment in general practice consultations for people with long-term conditions: an exploratory study. *J Prim Health Care*. 2016;8:256-262.
80. Ozpancar N, Pakyuz SC, Topcu B. Hypertension management: what is the role of case management? *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03291. (cited 2018, May 18). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017016903291>
81. Silva LB, Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Miranda LCV, et Santos RM. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e2987 doi: 10.1590/1518-8345.2331.2987

82. Ariffin F, Ramli AS, Daud MH, Haniff J, Abdul-Razak S, Selvarajah S, et al. Feasibility of Implementing Chronic Care Model in the Malaysian Public Primary Care Setting. *Med J Malaysia*. 2017;72(2):106-12.
83. Elissen AMJ, Hertroijs DFL, Schaper NC, Vrijhoef HJM, et Ruwaard D. Profiling Patients' Healthcare Needs to Support Integrated, Person-Centered Models for Long-Term Disease Management (Profile): Research Design. *IJIC*. 2016;16(2):1. (cited 2018, May 18). Available from: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2208>
84. Bongaerts BWC, Müssig K, Wens J, Lang C, Schwarz P, Roden M, et al. Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7:e013076. doi:10.1136/bmjopen-2016-013076
85. Liu L, Li Y, Sha K, Wang Y, He X. Patient Assessment of Chronic Illness Care, Glycemic Control and the Utilization of Community Health Care among the Patients with Type 2 Diabetes in Shanghai, China. *PLoS ONE*. 2013;8(9):e73010. (cited 2018, May 18). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073010>
86. Aung E, Donald M, Williams GM, Coll JR, Doi SAR. Joint influence of patient-assessed chronic illness care and patient activation on glycaemic control in type 2 diabetes. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(2):117–124. doi: 10.1093/intqhc/mzv001
87. Mackey K, Parchman ML, Leykum L, Lanham H, Noel PH, Zeber JE. Impact of the Chronic Care Model on Medication Adherence When Patients Perceive Cost as a Barrier. *Prim Care Diabetes*. 2012;6(2):137–142. doi:10.1016/j.pcd.2011.12.004
88. Tsiachristas A, Cramm JM, Nieboer AP, Molken MR. Changes in costs and effects after the implementation of disease management programs in the Netherlands: variability and determinants. *Cost Eff Resour Alloc*. 2014;12:17. doi:10.1186/1478-7547-12-17.
89. Bischoff E WMA, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012;345:e7642 doi: 10.1136/bmj.e7642
90. Kruis AL, Boland MRS, Assendelft WJJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, et al. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive

- pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. *BMJ*. 2014;349:g5392
doi: 10.1136/bmj.g5392
91. Slok AHM, Kotz D, van Breukelen G, Chavannes NH, Mólken MR, Kerstjens HAM, et al. Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) tool on health-related quality of life in patients with COPD: a cluster randomised controlled trial in primary and hospital care. *BMJ Open*. 2016;6:e011519. doi:10.1136/bmjopen-2016-011519
 92. Vainieri M, Quercioli C, Maccari M, Barsanti S, et Murante AM. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:659. (cited 2018, May 18). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3431-0>
 93. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Grol R. The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(6):442-6. doi: 10.1136/qshc.2007.022822
 94. Ludt S, van Lieshout J, Campbell SM, et al. Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in European primary care. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:221.
 95. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C: The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract*. 2009;59:e116-33. doi: 10.3399/bjgp09X420248.
 96. Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:345-351. doi: 10.1136/qhc.11.4.345.
 97. Cramm JM, Nieboer AP. Disease-management partnership functioning, synergy and effectiveness in delivering chronic-illness care. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(3):279-85. (cited 2018, May 18). Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/24/3/279/1798729>.
 98. Soldberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, Hroschikoski MC, Engebretson KI, O'Connor PJ. Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study. *Ann Fam Med*. 2006;4:310-316. doi: 10.1370/afm.571.
 99. Steurer-Stey C, Frei A, Schmid-Mohler G, Malcolm-Kohler S, Zoller M, Rosemann T. Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different

- primary care settings in Switzerland. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:122 (cited 2018, May 18). Available from: <http://www.hqlo.com/content/8/1/122>.
100. Noël PH, Lanham HJ, Palmer RF, Leykum LK, et Parchman ML. The Importance of Relational Coordination and Reciprocal Learning for Chronic Illness Care within Primary Care Teams. *Health Care Manage Rev*. 2013;38(1):20–28. doi:10.1097/HMR.0b013e3182497262.
 101. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82.
 102. Šiljak S, Stojisavljević D, Dimitrijević S, Danojević D. Metodološko uputstvo za praćenje i evaluaciju programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti u Republici Srpskoj. Banja Luka: Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske; 2008.
 103. Sendall M, McCosker L, Crossley K, et Bonner Ann. A structured review of chronic care model components supporting transition between healthcare service delivery types for older people with multiple chronic diseases. *Health Inf Manag J*. 2017;46(2):58–68. doi: 10.1177/1833358316681687
 104. Vaez K, Diegel-Vacek L, Ryan C, et Martyn-Nemeth P. Evaluating Diabetes Care for Patients With Serious Mental Illness Using the Chronic Care Model: A Pilot Study. *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 2017;4. doi: 10.1177/2333392817734206
 105. Toro V, Sarvary A, Takacs P, Barkaszi AP, Gyorgy L, et Kosa Z. Assessment of Quality Care of Chronic Illness Patients Living in Roma Colonies and in the General Population: a Comparative Study. *CEJOEM*. 2017; 23(1-2):58-70.
 106. Zhang Y, Tang W, Zhang Y, Liu L, Zhang L. Effects of integrated chronic care models on hypertension outcomes and spending: a multi-town clustered randomized trial in China. *BMC Public Health*. 2017;17:244 doi: 10.1186/s12889-017-4141-y.
 107. Akbaş M, Sürücü ŞG, Akça E, et Köroğlu CO. Evaluation of Chronic Patient Nursing Care by the Patients: a University Hospital Case. *Int. J. Health Life Sci*. 2017; 3(2):38-50.
 108. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, et Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:194 doi: 10.1186/s12913-015-0854-8.

Prilozi

Prilog 1. Upitnik za pacijente

ИСПИТИВАЊЕ САГЛАСНОСТИ СТАВОВА ДОКТОРА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ И ПАЦИЈЕНАТА О ЛИЈЕЧЕЊУ ХРОНИЧНИХ НЕЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ ДОМ ЗДРАВЉА БИЈЕЉИНА/ПРИЈЕДОР

Позивамо Вас и молимо да учествујете у испитивању сагласности ставова доктора и пацијената о лијечењу хроничних незаразних болести које обухватају и Вашу болест. Прије него што се одлучите да ли да учествујете, важно је да разумијете зашто се ово испитивање ставова о лијечењу обавља и шта оно подразумева.

Молимо Вас да пажљиво прочитате сљедеће информације и уколико желите, разговарате о томе са особама са којима бисте жељели о томе да се посавјетујете, уколико сматрате да је то потребно. Уколико је нешто нејасно или уколико желите више информација биће нам драго да одговоримо на Ваша питања. Имате довољно времена да одлучите да ли прихватате да учествујете.

Захваљујемо што посвећујете вријеме читању ових информација.

Шта је циљ овог испитивања сагласности ставова доктора и пацијената?

Модел здравствене заштите хроничних болести представља савремени приступ у њиховом лијечењу. Процјена сагласности ставова доктора породичне медицине и пацијената о пруженим здравственим услугама има за циљ процјену квалитета здравствене заштите коју пружају тимови породичне медицине, а у складу са моделом здравствене заштите хроничних болести.

Зашто сте Ви изабрани?

Природа болести која је код Вас дијагностикована захтијева одређени приступ лијечењу. Пошто желимо да унаприједимо приступ лијечењу хроничних болести, желимо и да на већем броју пацијената процијенимо приступ лијечења, јер очекујемо већи успјех у контроли тегоба карактеристичних за Вашу болест, бољи квалитет живота и мање ограничење радне способности.

Да ли сте обавезни да учествујете?

Ваша одлука да помогнете у процјени квалитета пружених здравствених услуга ни на који начин не утиче на Ваше лијечење нити сте обавезни да у томе и учествујете, али смо ми обавезни да Вас о свему овоме прецизно информишемо.

Шта ће се десити уколико одлучите да учествујете у испитивању сагласности ставова доктора и пацијената?

Молимо Вас да само, уколико прихватите учешће, попуните анкетни упитник који омогућава да добијемо Ваше мишљење и став о лијечењу Ваше болести.

Које су могуће користи и проблеми учешћа?

Када бисмо жељели да препознамо користи учешћа, оне су свакако оријентисане у правцу прецизније процјене квалитета здравствене заштите, односно лијечења хроничних незаразних болести.

Да ли ће Ваше учешће и сви подаци везани за њега бити чувани као повјерљива информација?

Сви подаци које збирно добијемо анализирајући лијечење Ваше болести, представљају ниво лџкарске тајне за чије чување су одговорни и Ваш лџкар и комплетно здравствено особље.

Која је сврха праћења и чему ће послужити резултати?

Ти подаци могу бити коришћени искључиво као збирни подаци за већи број пацијената који учествују у процјени лијечења хроничних незаразних болести, а на основу већег броја резултата оваквог испитивања можемо и у свим другим случајевима обољевања од исте или сличне болести омогућити бољи квалитет пружених здравствених услуга од стране тимова породичне медицине.

Ко организује и финансира ово испитивање ставова о лијечењу?

Ово испитивање организује одговорни истраживач уз сагласност директора дома здравља, а финансирање овог испитивања није предвиђено.

Шта ће се десити ако сте забринути, ако имате нека питања у вези са праћењем ефеката терапије или/ и ако постоји хитна ситуација?

Бићете у могућности да контактирате Вашег породичног доктора који је и одговоран за Ваше лијечење, да разговарате о ономе што Вас брине или да тражите помоћ, а Ваш доктор ће бити у могућности да контактира истраживача: (истраживач: мр сц. др Наташа Пилиповић-Броћета, ментор: проф. др Нађа Васиљевић)

Уколико се прихватите да учествујете у овој процјени ставова о лијечењу хроничне болести која је код Вас дијагностикована, даћемо Вам примјерак овог листа са информацијама и потписани формулар информисаног пристанка да сачувате, јер процедура предвиђа да ту врсту информације и Ви имате.

ИСПИТИВАЊЕ САГЛАСНОСТИ СТАВОВА ДОКТОРА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ
И ПАЦИЈЕНАТА О ЛИЈЕЧЕЊУ ХРОНИЧНИХ НЕЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ
ДОМ ЗДРАВЉА БИЈЕЉИНА/ПРИЈЕДОР

ПРИСТАНАК ЗА УЧЕШЋЕ У ИСПИТИВАЊУ САГЛАСНОСТИ СТАВОВА

Име учесника _____

Испитаник број: _____

Потписивањем овог пристанка, потврђујем да:

- Добио/-ла сам усмена и писана обавјештења о испитивању сагласности ставова доктора породичне медицине и пацијената и прочитао/ла сам и разумио/ла добијена обавештења.
- Имао/ла сам довољно времена да размотрим своје учешће и имао/-ла сам прилике да *постављам* питања и на сва своја питања добио/-ла сам задовољавајуће одговоре.
- Схватам да је моје учешће добровољно и да могу слободно било када да прекинем са учешћем у испитивању сагласности ставова, а да за то не морам да наводим разлог, и да то ни на који начин неће утицати на моје будуће лијечење.
- Схватам да искључиво медицински професионалци, клиничко особље Дома здравља Бијељина и Дома здравља Приједор могу имати приступ мом здравственом досијеу како би обезбиједили да се испитивање сагласности ставова о лијечењу проводи коректно и да се подаци исправно евидентирају. Сви лични подаци сматраће се СТРОГО ПОВЈЕРЉИВИМ.
- Схватам да се подаци сакупљени током мог учешћа у овом испитивању сагласности ставова уносе у базу података и анализирају, и да ће се користити искључиво у научне сврхе.
- Добићу један потписан и датиран примерак овог обавештења.
- Сагласан/-на сам да учествујем у овом испитивању сагласности ставова доктора породичне медицине и пацијената о лијечењу хроничних незаразних болести.

Љекар:

Датум: _____ Потпис: _____
Име
(штампано): _____

Пацијент:

Датум: _____ Потпис: _____
Име
(штампано): _____

PODACI IZ MEDICINSKOG KARTONA PACIJENTA – POPUNJAVA DOKTOR

(unesite tražene vrijednosti na ponuđene linije ili zaokružite jedan od ponuđenih odgovora DA ili NE)

DOB PACIJENTA _____

1. BOLEST

A) HIPERTENZIJA DA NE

B) DIJABETES MELITUS DA NE

C) HOBP DA NE

2. Anamnestički podaci:

- LIČNA anamneza:

A) pušački status DA NE

B) ostale kardiovaskularne bolesti (MKB10: I00-I99) DA NE

ostale hronične nezarazne respiratorne bolesti (MKB10: J41-J47) DA NE

maligne bolesti (MKB10: C00-C97) DA NE

muskuloskeletne bolesti (MKB10: M00-M99) DA NE

- PORODIČNA anamneza:

kardiovaskularne bolesti (MKB10: I00-I99) DA NE

hronične nezarazne respiratorne bolesti (MKB10: J41-J47) DA NE

šećerna bolest (MKB10: E10-E15) DA NE

maligne bolesti (MKB10: C00-C97) DA NE

muskuloskeletne bolesti (MKB10: M00-M99) DA NE

3. Podaci na osnovu fizikalnog/kliničkog pregleda pacijenta iz medicinske dokumentacije, koja će posvedočiti da je pregled izvršen i neophodni biomarkeri, kontrolisani kao što je navedeno u vodiču za odgovarajuće hronične bolesti:

- Krvni pritisak (izražen u milimetrima živinog stuba) _____;

- Antropometrijska procena stanja uhranjenosti:

telesna visina _____, telesna težina _____,

Indeks uhranjenosti–BMI _____, obim struka _____

- evidentiran EKG nalaz kod pacijenata sa **hipertenzijom i šećernom bolesti** na godišnjem nivou **DA NE**

- evidentiran nalaz oftalmologa kod pacijenata sa **hipertenzijom i šećernom bolesti** **DA NE**

- evidentiran skrining za otkrivanje rizika od nastanka **dijabetesnog stopala** na godišnjem nivou **DA NE**

- evidentirana upotreba acetilsalicilne kiseline kod pacijenata sa **šećernom bolešću** **DA NE**

- evidentirano savetovanje o prekidu pušenja kod pacijenata sa **HOBP** koji su pušači **DA NE**

- propisivanje kratkododelujućeg bronhodilatatora kod pacijenata sa **HOBP** **DA NE**

- redovno lečenje sa jednim ili više dugodelujućih bronhodilatatora ili kombinacije inhalatornih beta 2 agonista i kortikosteroida kod pacijenata sa **HOBP** **DA NE**

- Biohemijske analize:

- kod pacijenata sa **hipertenzijom**:

Eritrociti _____, hemoglobin _____, hematokrit _____,

glikemija _____,

ukupni holesterol _____, HDL holesterol _____, LDL holesterol _____, trigliceridi _____,

kalij _____,

urea _____, kreatinin _____, mokraćna kiselina u serumu _____,

klirens kreatinina _____,

proteinurija _____, sediment urina _____

- kod pacijenata sa **šećernom bolešću**:

Proteinurija _____,

glikemija _____,

ukupni holesterol _____, HDL holesterol _____, LDL holesterol _____, trigliceridi _____,

glikolizirani hemoglobin Hgb A1c _____

OPŠTI DIO UPITNIKA – POPUNJAVA PACIJENT

Dom zdravlja _____

1. Ime i prezime Vašeg porodičnog doktora: _____
2. Vaš jedinstveni matični broj (JMBG) _____

3. Pol
 - a) muški
 - b) ženski

4. Bračno stanje:
 - a) oženjen/udata
 - b) živim u vanbračnoj zajednici
 - c) neoženjen/neudata
 - d) razveden/razvedena
 - e) udovac/udovica

5. Da li sada živite u:
 - a) gradskom naselju
 - b) prigradskom naselju
 - c) seoskom naselju

6. Koji je najveći stepen obrazovanja koji ste stekli do sada?
 - a) osnovna škola
 - b) srednja škola (trogodišnja ili četverogodišnja)
 - c) viša škola, visoka škola

7. Da li ste zaposleni
 - a) da
 - b) ne
 - c) u penziji
 - d) student/učenik
 - e) domaćica
 - f) drugo _____

8. Kako biste procijenili materijalno stanje Vašeg domaćinstva:
 - a) mnogo je lošije od prosjeka
 - b) nešto je lošije od prosjeka
 - c) prosječno
 - d) nešto je bolje od prosjeka
 - e) mnogo je bolje od prosjeka

9. Koliko ste puta u proteklih 12 mjeseci bili na pregledu kod porodičnog doktora:
 - a) nisam bio /bila
 - b) jedan do dva puta
 - c) tri do četiri puta
 - d) pet do deset puta
 - e) više od deset puta
 - f) drugo _____

10. Koliko ste puta u proteklih 12 mjeseci bili na pregledu kod specijalista u bolnicama, klinikama (državnim i privatnim)?

- a) nisam bio/bila
- b) jedan do dva puta
- c) tri do četiri puta
- d) pet do deset puta
- e) više od deset puta
- f) drugo _____

11. Koliko ste puta u proteklih 12 mjeseci ležali u bolnici?

- a) nijedan put
- b) jedan do dva puta
- c) više od dva puta

12. Kako biste ocijenili sada svoje zdravlje u odnosu na prije 12 mjeseci?

- a) puno bolje nego prije 12 mjeseci
- b) malo bolje nego prije 12 mjeseci
- c) otprilike isto kao i prije 12 mjeseci
- d) malo lošije nego prije 12 mjeseci
- e) puno lošije nego prije 12 mjeseci

13. Vi biste rekli da je Vaše zdravlje:

- a) odlično
- b) vrlo dobro
- c) dobro
- d) zadovoljavajuće
- e) loše

14. Koliko često pijete žestoka pića?

- 1. nikada
- 2. jedno piće dnevno
- 3. dva pića dnevno
- 4. tri pića dnevno
- 5. četiri pića dnevno
- 6. do 7 pića nedeljno
- 7. više od 7 pića nedeljno
- 8. do 14 pića nedeljno
- 9. više od 14 pića nedeljno

15. Pušački status

- a) Nepušač
- b) Bivši pušač
- c) Pušač

16. Ako pušite, molim vas da odgovorite na sljedeća pitanja:

- a) Koliko prosječno cigareta pušite dnevno?
 - 1. 1-9
 - 2. 10-19
 - 3. 20-30

4. više od 30
- b) Koliko minuta ujutro nakon buđenja prođe dok ne zapalite prvu cigaretu?
 1. Više od 60 minuta
 2. 30-60 minuta
 3. 5-30 minuta
 4. Manje od 5 minuta
- c) Ako prođe duže vrijeme da ne zapalite cigaretu , da li osjetite neke neprijatne efekte?
 1. Nema ih ili su slabi
 2. Umjereni su
 3. Izraženi su
 4. Veoma su izraženi

17. Koliko ste često u svoje slobodno vrijeme fizički aktivni najmanje 30 minuta tako da se bar umjereno zadišete ili oznojite (na primjer: planinarenje, trčanje, vožnja biciklom, teretana, plivanje, brzi hod, težak fizički rad).

- a) nisam fizički aktivan/na
- b) manje od 5 puta nedeljno
- c) 5 puta nedeljno
- d) više od 5 puta nedeljno

PROCJENA LIJEČENJA HRONIČNIH BOLESTI

Poštovani pacijenti,

Održavanje zdravlja može biti teško kada bolujete od hronične bolesti. Mi želimo da saznamo kakvu vrstu pomoći vezanu za vaše stanje dobijate od vašeg tima porodične medicine. Ovo uključuje vašeg porodičnog doktora, medicinske sestre ili druge medicinske radnike koji brinu o vašoj bolesti. Vaši odgovori su povjerljivi i neće biti javno prikazivani.

Upišite lični jedinstveni matični broj (JMBG) pacijenta: _____

Razmislite o zdravstvenoj zaštiti koja vam je pružena za vašu hroničnu bolest u posljednjih 6 mjeseci.

(Ako je prošlo više od 6 mjeseci od kada ste vidjeli vašeg porodičnog doktora, sjetite se vaše posljednje posjete porodičnom doktoru).

Molim Vas da zaokružite jedan broj (odgovor) za svako pitanje. Ne postoji tačan ili pogrešan odgovor.

- 1 – nikad
- 2 – rijetko
- 3 – ponekad
- 4 – često
- 5 – uvijek

U toku proteklih 6 mjeseci, kada mi je pružena zdravstvena usluga zbog hronične bolesti:

1. postavljeno mi je pitanje za moje ideje (prijedloge) u vezi planiranja liječenja

1 2 3 4 5

2. omogućeno mi je da razmislim o načinu liječenja

1 2 3 4 5

3. postavljeno mi je pitanje o bilo kakvim problemima u vezi lijekova ili njihovog uticaja na moje zdravstveno stanje

1 2 3 4 5

4. uručene su mi pisane preporuke o tome šta je potrebno da uradim za poboljšanje mog zdravlja

1 2 3 4 5

5. bio/la sam zadovoljan/na pruženim zdravstvenim uslugama

1 2 3 4 5

6. pokazano mi je kako su moje aktivnosti u liječenju uticale na moje stanje

1 2 3 4 5

7. postavljeno mi je pitanje o mojim ciljevima u liječenju bolesti

1 2 3 4 5

8. pružena mi je pomoć u postizanju ciljeva poboljšanja ishrane ili vježbanja

1 2 3 4 5

9. uručena mi je kopija plana tretmana

1 2 3 4 5

10. podstaknut/a sam da pohađam edukacije u grupi pacijenata sa istom hroničnom bolesti kako bih mogao/la da lakše živim sa svojom bolešću

1 2 3 4 5

11. postavljeno mi je pitanje, direktno ili putem ankete, u vezi mojih zdravstvenih navika

1 2 3 4 5

12. siguran/sigurna sam da moj doktor ili medicinska sestra uzimaju u obzir moje stavove ili moju tradiciju kada mi preporučuju određeno liječenje
1 2 3 4 5
13. pružena mi je pomoć da isplaniram liječenje, koje ću moći da ispoštujem u svakodnevnom životu
1 2 3 4 5
14. pružena pomoć da unaprijed planiram liječenje u slučaju pogoršanja mog stanja
1 2 3 4 5
15. postavljeno mi je pitanje kako hronična bolest utiče na moj svakodnevni život
1 2 3 4 5
16. kontaktiran/a sam nakon pregleda kod porodičnog doktora radi provjere kako provodim liječenje
1 2 3 4 5
17. podstaknu/a sam da učestvujem u programima organizovanim u lokalnoj zajednici, koji mi mogu biti od pomoći
1 2 3 4 5
18. upućivan/a sam nutricionisti (specijalisti za ishranu) ili u savjetovalište za ishranu
1 2 3 4 5
19. objašnjeno mi je kako pregled kod ostalih specijalista može da pomogne u mom liječenju
1 2 3 4 5
20. postavljeno mi je pitanje koliko redovno obavljam kontrole kod drugih specijalista
1 2 3 4 5
21. postavljeno mi je pitanje o čemu bih volio/voljela da diskutujem prilikom kontrolnog pregleda
1 2 3 4 5
22. postavljeno mi je pitanje koliki uticaj vrše moj posao, porodica i socijalno stanje na liječenje moje bolesti
1 2 3 4 5
23. pružena mi je pomoć u planiranju vrste podrške od strane prijatelja, porodice ili zajednice
1 2 3 4 5
24. saopšteno mi je koliko su aktivnosti koje obavljam u svrhu liječenja važne za moje zdravlje (npr. vježbanje)
1 2 3 4 5
25. zajedno sa mojim timom postavio/la sam ciljeve šta mogu da uradim da poboljšam moje stanje
1 2 3 4 5
26. dobio/la sam dnevnik u koji upisujem napredak koji postižem
1 2 3 4 5

Prilog 2. Upitnik za doktore

OPŠTI DIO UPITNIKA

1. Godina Vašeg rođenja _____ 2. Pol _____ 3. Radni staž (godine) _____

4. Vaša edukacija iz porodične medicine (ZAKRUŽITE TAČAN ODGOVOR)

- 0) bez edukacije iz porodične medicine
- 1) specijalizacija iz porodične medicine
- 2) dodatna edukacija iz porodične medicine
- 3) dodatna edukacija iz porodične medicine i specijalizacija iz porodične medicine

5. Ambulanta u kojoj radite (ZAKRUŽITE TAČAN ODGOVOR)

- a) gradska
- b) prigradska
- c) terenska

6. Akreditacioni status tima

- a) Neakreditovan
- b) Akreditovan unazad 3 godine
- c) Akreditovan prije više od 3 godine

7. Da li imate/koristite registre pacijenata oboljelih od (registri sadrže indikatore)

- | | | |
|-----------------------|----|----|
| a) hipertenzije | DA | NE |
| b) dijabetes melitusa | DA | NE |
| c) HOBP | DA | NE |

8. Da li imate/koristite spiskove pacijenata oboljelih od (spiskovi ne sadrže indikatore)

- | | | |
|-----------------------|----|----|
| a) hipertenzije | DA | NE |
| b) dijabetes melitusa | DA | NE |
| c) HOBP | DA | NE |

PROCJENA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE HRONIČNIH BOLESTI

Molim Vas da navedene stavove dopunite jednim od ponuđenih odgovora, koji je karakterističan za funkcionisanje tima porodične medicine u Domu zdravlja. Svi podaci ove ankete će biti dostupni samo istraživačkom timu.

Naziv i mjesto ustanove: _____

Broj tima: _____

Datum: _____

Uputstva za popunjavanje ankete

Cilj ove ankete je da Vi procijenite potrebu za unapređenje kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga pacijentima sa hroničnim bolestima, što bi vodilo ka povećanju nivoa njihove zdravstvene zaštite.

Uputstva za anketu:

1. Odgovorite na svako pitanje iz perspektive Vaše prakse sa hronično oboljelim pacijentima.
2. Stavovi u redovima u ovoj anketi predstavljaju ključne komponente zdravstvene zaštite hroničnih bolesti.

Stavovi u redovima navedeni su u vidu nepotpunih izjava. Svaki red je podijeljen na nivoe D, C, B i A koji predstavljaju ponuđene odgovore kao dopune za stavove (nepotpune izjave). To su opisni nivoi zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima, u okviru kojih su ponuđeni brojevi u rasponu od 0 do 11.

Nivo D označava ograničenu zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima sa ponuđenim brojevima u rasponu od 0 do 2.

Nivo C označava osnovnu zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima sa ponuđenim brojevima u rasponu od 3 do 5.

Nivo B označava dobru zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima, a ponuđeni brojevi su u rasponu od 6 do 8.

Nivo A označava potpuno razvijenu (sveobuhvatnu) zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima sa rasponom brojeva od 9 do 11.

Veće vrijednosti broja u pojedinom nivou ukazuju na bolji kvalitet zdravstvene zaštite hroničnih bolesti.

Za svaki red sa navedenim stavom odaberite **samo JEDAN NIVO** i unutar tog nivoa zaokružite **samo JEDAN BROJ** od ponuđenih brojeva koji najbolje opisuje kvalitet zdravstvene zaštite hroničnih bolesti u Vašoj ustanovi.

3. Molim Vas da saberete poene za svaki dio (npr. ukupan rezultat za Dio 1), izračunate prosjek (npr. ukupan rezultat za prvi dio podijeljen sa brojem pitanja u prvom dijelu), i unesete dobijene rezultate na predviđeno mjesto na kraju svakog dijela. Nakon toga, saberite PROSJEKE svih dijelova i izračunajte prosjek za cijelu anketu podijelivši zbir svih prosjeka sa 7.

Dio 1: Organizacija sistema pružanja zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita hroničnih bolesnika može biti kvalitetnija ako je ustanova u kojoj se pružaju usluge orijentisana i organizovana tako da omogućava da liječenje hroničnih bolesti bude u centru aktivnosti.

Komponente - stavovi	Nivo D	Nivo C	Nivo B	Nivo A
Kompletno organizaciono rukovodstvo...	...nema ili ima veoma malo interesa za zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima. 0 1 2	...ima namjeru i poslovni plan, ali nisu namjenski određena sredstva za zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima. 3 4 5	...obezbijedilo je dovoljno kadra i finansijskih sredstava za zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima. 6 7 8	...ima dugoročnu strategiju, obezbijedilo je dovoljno kadra i finansijskih sredstava za zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima. 9 10 11
Organizacioni ciljevi za zdravstvenu zaštitu vezanu za hronične bolesti...	...ne postoje ili su ograničeni na jednu bolest. 0 1 2	...postoje, ali se ne obnavljaju. 3 4 5	...mjerljivi su i revidiraju se. 6 7 8	...rutinski se mjere i revidiraju i uvršteni su u planove za unapređenje zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima. 9 10 11
Strategija za unapređenje zdravstvene zaštite hroničnih bolesti (npr. Akreditacioni standardi, stručno metodološka uputstva i dr)...	...je ad hoc (trenutna) i unapređenje zdravstvene zaštite hroničnih bolesti nije organizovano niti stalno podržavano. 0 1 2	...primjenjuje se ad hoc (trenutni) pristup kada se pojave pacijenti sa hroničnim bolestima. 3 4 5	...koristi se provjerena strategija za hronične bolesti. 6 7 8	...sadrži provjerenu strategiju za unapređenje i primjenjuje je proaktivno u liječenju hroničnih bolesti. 9 10 11
Nagrada ili opomena; propisi za zdravstvenu zaštitu vezanu za hronične bolesti	...ne koriste se za ostvarivanje ciljeva zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima. 0 1 2	...koriste se da bi se uticalo na troškove liječenja pacijenata sa hroničnim bolestima. 3 4 5	...koriste se kao podrška ciljevima zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima. 6 7 8	...koriste se da motivišu i osposobe zdravstvene radnike da podrže pacijentove ciljeve liječenja hroničnih bolesti. 9 10 11
Rukovodioci...	...ne podržavaju uključivanje pacijenata u liječenje. 0 1 2	...ne rade na unapređenju zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima. 3 4 5	...podržavaju unapređenje liječenja oboljelih od hroničnih bolesti. 6 7 8	...vidno učestvuju u naporima za unapređenje liječenja pacijenata sa hroničnim bolestima. 9 10 11
Benefit (sveobuhvatnu korist) domovi zdravlja imaju ako...	... ne podstiču pacijente da se uključe u svoje liječenje niti podstiču promjene u sistemu (načinu) rada sa pacijentima	...niti podstiču niti obeshrabruju uključivanje pacijenata u vlastito liječenje ili promjene u sistemu rada.	...podstiču uključivanje pacijenata u vlastito liječenje.	... ciljano promovisu bolju zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima.

	sa hroničnim bolestima. 0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
--	----------------------------------	-------	-------	---------

Ukupan rezultat organizacije zdravstvene zaštite ____ Prosjek (Ukupan rezultat/6) ____

Dio 2: Povezanost sa zajednicom. Povezanost sistema zdravstvene zaštite i lokalne zajednice igra važnu ulogu u liječenju hroničnih bolesti.

Komponente	Nivo D	Nivo C	Nivo B	Nivo A
Povezivanje pacijenata sa vanjskim resursima (organizacije/ustanove u lokalnoj zajednici)...	...ne radi se sistematično. 0 1 2	... ograničeno je na resurse u zajednici u pristupačnom obliku za pacijente sa hroničnim bolestima. 3 4 5	...ostvaruje ga osoblje odgovorno za maksimalno korištenje resursa u lokalnoj zajednici od strane i davaoca usluga i pacijenata sa hroničnim bolestima. 6 7 8	...ostvaruje se kroz aktivnu koordinaciju između zdravstvenog sistema, ustanova/organizacija u lokalnoj zajednici i pacijenata sa hroničnim bolestima. 9 10 11
Partnerstvo sa lokalnim organizacijama...	...ne postoji. 0 1 2	...razmatra se, ali još nije implementovano. 3 4 5	...je formirano da razvije programe i politike za podršku zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima. 6 7 8	...sistemske kreira zvanične programe i politike za podršku zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima. 9 10 11
Regionalni zdravstveni planovi	...ne koordinišu praktičnu primjenu vodiča za hronične bolesti, mjere ili resurse zaštite. 0 1 2	...razmotrili bi određeni stepen koordinacije vodiča, mjera ili zdravstvenih resursa na nivou praktične primjene, ali još uvijek ne implementiraju promjene. 3 4 5	...trenutno koordinišu vodiče, mjere ili zdravstvene resurse za hronične bolesti. 6 7 8	...trenutno koordinišu vodiče, mjere i resurse na praktičnom nivou za hronične bolesti. 9 10 11

Ukupan rezultat za povezanost sa zajednicom ____ Prosjek (Ukupan rezultat/3) ____

Dio 3: Nivo prakse. Nekoliko komponenti koje se manifestuju na nivou pružaoca usluga (dom zdravlja) dokazano imaju uticaj na zdravstvenu zaštitu pacijenata sa hroničnim bolestima. Nivo prakse obuhvata uključivanje pacijenta u vlastito liječenje, pitanja vezana za organizaciju sistema pružanja usluga koji direktno utiče na rad tima porodične medicine, podrška u odlučivanju i klinički informacioni sistem.

Dio 3a: Uključivanje pacijenta u vlastito liječenje. Efikasna podrška jačanju uloge pacijenta pomaže pacijentima i njihovoj porodici da lakše obavljaju svakodnevne aktivnosti, uz liječenje hronične bolesti, a u cilju smanjenja komplikacija.

Komponenta	Nivo D	Nivo C	Nivo B	Nivo A
Procjena i dokumentovanje potreba i aktivnosti za jačanje uloge pacijenta u samostalnom liječenju...	...nisu urađeni. 0 1 2	...očekuju se. 3 4 5	...obavljaju se na standardizovan način. 6 7 8	...redovno se obavljaju, zapisuju u standardnoj formi povezanoj sa planom tretmana koji je dostupan doktoru porodične medicine i pacijentu sa hroničnim bolestima. 9 10 11
Podrška pacijentu u samostalnom liječenju...	...ograničena je na distribuciju informativnog materijala (pamfleti, brošure...).	...ostvaruje se upućivanjem na edukaciju o samostalnom liječenju i distribucijom informativnog materijala (pamfleti, brošure...).	... dostupna je od strane kliničkih edukatora (konsultanti) u pružanju podrške samostalnom liječenju. Konsultanti saraduju sa odgovarajućim timovima porodične medicine i vrše konsultacije za pacijente koji su upućeni od strane porodičnog doktora.	...dostupna je od strane kliničkih edukatora (konsultanata) povezanih sa odgovarajućim timovima porodične medicine, edukovanih za uključivanje pacijenata i metodologiju rješavanja problema, i koji pregledaju većinu hroničnih bolesnika sa hroničnim bolestima.
Definisanje dilema pacijenata sa hroničnim bolestima i njihovih porodica...	...ne radi se kontinuirano. 0 1 2	...obezbijeđeno je samo određenim pacijentima sa hroničnim bolestima i porodicama koji su upućeni konsultantu. 3 4 5	...podstiče se kroz dostupnu podršku od strane pacijenata sa istim bolestima, kroz rad u grupi pacijenata. 6 7 8	...je integralni dio zdravstvene zaštite i uključuje sistemsku procjenu i rutinsko učešće u pružanju međusobne podrške kod pacijenata sa istim bolestima, kroz rad u maloj i velikoj grupi. 9 10 11
Intervencije za promjenu ponašanja i podrška ostalih osoba sa istim stanjem...	...nisu dostupne. 0 1 2	...ograničene su na pisani edukativni materijal. 3 4 5	...dostupne su kroz upućivanje konsultantima u specijalizovane centre. 6 7 8	...stalno su dostupne i predstavljaju integralni dio zdravstvene zaštite. 9 10 11

Ukupan rezultat u samostalnom liječenju ____

Prosjek (ukupan rezultat/4) ____

Dio 3b: Podrška u odlučivanju. Programi za uspješno upravljanje hroničnim bolestima obezbjeđuju da doktor porodične medicine ima pristup informacijama baziranim (zasnovanim) na dokazima, koje su neophodne za liječenje pacijenta-podrška u odlučivanju. To uključuje smjernice ili protokole zasnovane na dokazima, konsultativno-specijalističke službe, edukacija osoblja ustanove i uključivanje pacijenata, da bi doktor porodične medicine imao uvid u efikasnost terapije.

Komponenta	Nivo D	Nivo C	Nivo B	Nivo A
Vodiči zasnovani na dokazima...	...ne postoje. 0 1 2	...postoje, ali nisu integrisani u sistem pružanja usluga. 3 4 5	... dostupni su i podržani od strane konsultanata. 6 7 8	...dostupni su, podržani od strane konsultanata, uvršteni u liječenje kroz smjernice, algoritme i ostale dokazane metode promjene ponašanja. 9 10 11
Uloga ostalih specijalista u unapređenju primarne zdravstvene zaštite...	...postoji jedino kroz upućivanje. 0 1 2	...postize se kroz vodeću ulogu specijaliste u poboljšanju kapaciteta cjelokupnog sistema za rutinsku implementaciju vodiča. 3 4 5	...uključuje vodeću ulogu specijaliste u edukaciji timova porodične medicine. 6 7 8	...uključuje vodeću ulogu specijaliste i njegovo angažovanje u poboljšanju zdravstvene zaštite pacijenata na primarnom nivou. 9 10 11
Edukacija osoblja o zdravstvenoj zaštiti pacijenata sa hroničnim bolestima...	...provodi se sporadično. 0 1 2	...provodi se sistematično tradicionalnim metodama. 3 4 5	...provodi se korištenjem optimalnih metoda (npr. Akademska predavanja). 6 7 8	...uključuje edukaciju svih timova koji liječe pacijente sa hroničnim bolestima i to metodama populacione strategije i podrške pacijentima u samostalnom liječenju. 9 10 11
Informisanje pacijenata u vezi kliničkih vodiča...	...ne radi se. 0 1 2	...obavlja se samo na zahtjev ili kroz sistemska obavještenja. 3 4 5	...radi se kroz poseban edukativni materijal za svaki vodič, koji se dijeli pacijentima. 6 7 8	...uključuje poseban materijal za pacijente, koji opisuje njihovu ulogu u primjeni kliničkih vodiča. 9 10 11

Ukupan rezultat u podršci odlučivanju _____

Prosjek (ukupan rezultat/4) _____

Dio 3c: Sistem pružanja usluga. Dokazi pokazuju da efikasno liječenje hroničnih bolesti ne uključuje samo primjenu dodatnih intervencija u postojeći sistem zdravstvene zaštite koji je fokusiran na akutna stanja. Efikasno liječenje hroničnih bolesti uključuje i promjene u organizaciji prakse i na taj način utiče na pružanje zdravstvene zaštite.

Komponente	Nivo D	Nivo C	Nivo B	Nivo A
Funkcionisanje tima porodične medicine u svakodnevnoj praksi...	...nije prisutno. 0 1 2	...obezbijeđeno je uključivanjem edukovanih pojedinaca u ključnim elementima liječenja. 3 4 5	...obezbijeđeno je redovnim sastancima timova porodične medicine na kojima se definišu smjernice, uloge i odgovornosti, kao i problemi u liječenju. 6 7 8	...obezbijeđeno je redovnim sastancima članova tima porodične medicine i njihovim jasno definisanim ulogama u edukaciji pacijenata o samostalnoj njezi, proaktivnim kontrolnim pregledima, koordinaciji resursa i drugim vještinama liječenja. 9 10 11
Rukovođenje timom porodične medicine...	...nije prepoznato ni na lokalnom ni na sistemskom nivou. 0 1 2	...je predviđeno unutar ustanove u cilju raspodjele specifičnih organizacionih uloga. 3 4 5	...obezbijeđeno je ulogom vođe tima, ali uloga u zdravstvenoj zaštiti pacijenata sa hroničnim bolestima nije definisana. 6 7 8	...zagarantovano je određivanjem vođe tima porodične medicine koji se brine da su uloge i obaveze unutar tima u liječenju hroničnih bolesti jasno definisane. 9 10 11
Sistem zakazivanja pacijenata...	...se može koristiti za zakazivanje pregleda za akutna stanja, kontrolne preglede i preventivne posjete. 0 1 2	...omogućava zakazivanje kontrolnih pregleda hroničnih pacijenata. 3 4 5	... je fleksibilan i omogućava podešavanje trajanja posjete ili grupna savjetovanja. 6 7 8	... je fleksibilan i omogućava podešavanje trajanja posjete ili grupna savjetovanja i uključuje takvo organizovanje liječenja da pacijent u jednoj posjeti može kontaktirati više pružaoca usluga. 9 10 11
Kontrolni pregledi...	...zakazuju se od strane pacijenta ili pružaoca usluga po ad hoc sistemu. 0 1 2	...se obavljaju u skladu sa kliničkim vodičem. 3 4 5	...se obavljaju u timu porodične medicine u skladu sa potrebama pacijenta. 6 7 8	...prilagođeni su prema potrebama pacijenta, variraju u intenzitetu i načinu (telefon, lično, imejl), i obavljaju se u skladu sa vodičima. 9 10 11
Planirani pregledi za pacijente sa	...ne provode se.	...povremeno se obavljaju za	..omogućeni su	...primjenjuju se za sve pacijente i

hroničnim bolestima...	0 1 2	komplikovane pacijente. 3 4 5	zainteresovanim pacijentima. 6 7 8	uključuju redovne preglede, preventivne preglede i sa naglaskom na uključivanje pacijenata u vlastito liječenje 9 10 11
Kontinuitet zdravstvene zaštite...	...nije prioritet. 0 1 2	...zavisi od pismene komunikacije (nalaz i mišljenje, otpusno pismo...) između timova porodične medicine (primarna zdravstvena zaštita), odgovarajućeg specijaliste na sekundarnom nivou i zdravstvenih radnika organizovanih na ostalim nivoima zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima. 3 4 5	... između timova porodične medicine i drugih specijalista je prioritet, ali nije sistemski implementiran. 6 7 8	...je visoko na listi prioriteta tako da sve intervencije vezane za hronične bolesti uključuju aktivnu koordinaciju između primarne zdravstvene zaštite, odgovarajućih specijalista i ostalih relevantnih zdravstvenih radnika. 9 10 11

Ukupan rezultat za sistem pružanja usluga _____ Prosjek (ukupan rezultat/6) _____

Dio 3d: Klinički informacioni sistem. Pravovremena korisna informacija o svakom pacijentu kao i grupama pacijenata sa hroničnim bolestima je ključna osobina efikasnih programa, naročito onih koji upotrebljavaju populacioni pristup.

Komponenta	Nivo D	Nivo C	Nivo B	Nivo A
Registar (spisak pacijenata sa hroničnim bolestima)...	...nije u upotrebi. 0 1 2	...uključuje ime, dijagnozu, informacije o pregledima/ posjetama, datum zadnje posjete, bilo u papirnatom ili elektronskom kartonu. 3 4 5	...omogućavaju formiranje podgrupa pacijenata prema kliničkim prioritetima. 6 7 8	...zasnovan je na kliničkim vodičima na osnovu kojih se planiraju potrebne zdravstvene usluge. 9 10 11
Podsjetnici o pacijentima sa hroničnim bolestima...	...nisu na raspolaganju. 0 1 2	...uključuju opšte podatke o postojanju hronične bolesti, ali ne opisuju usluge koje je potrebno uraditi tokom pregleda. 3 4 5	...uključuju periodično izvještavanje o indikaciji za pružanje usluge potrebne pacijentima sa hroničnim bolestima. 6 7 8	...uključuju specifične informacije o primjeni vodiča u toku pregleda pacijenta. 9 10 11

Povratna informacija (od svih učesnika koji liječe pacijente sa hroničnim bolestima)...	...nije dostupna ili nije specifična za tim. 0 1 2	...dostavlja se bez jasnih vremenskih intervala i bez jasno određene osobe, odgovorne za povratnu informaciju. 3 4 5	...dostavlja se u vremenskim intervalima dovoljno čestim za monitoring prakse i specifična je za pacijente sa hroničnim bolestima. 6 7 8	...periodična, specifična za tim, rutinska, lično dostavljena od osobe odgovorne za poboljšanje kvaliteta prakse. 9 10 11
Informacija o podgrupama pacijenata sa hroničnim bolestima kojima su potrebne zdravstvene usluge...	...nije na raspolaganju. 0 1 2	...može biti dostupna uz specifične napore ili dodatnim programima. 3 4 5	...dostupna na zahtjev, ali nije rutinski na raspolaganju. 6 7 8	... rutinski je dostupna doktorima kao pomoć u planiranom pružanju usluga. 9 10 11
Plan liječenja pacijenta...	...ne očekuje se. 0 1 2	...postignut je standardnim pristupom. 3 4 5	...uspostavljen je kroz saradnju tima i pacijenata i uključuje i samostalnu njegu i kliničke ciljeve u skladu sa kliničkim vodičem. 6 7 8	...uspostavljen je kroz saradnju tima i pacijenata i uključuje samostalnu njegu kao i zdravstvene usluge. Kontrolni pregledi i sve vrste zdravstvenih usluga se obavljaju u skladu sa kliničkim vodičem. 9 10 11

Ukupan rezultat za klinički informacijski sistem _____

Prosjeak (ukupan rezultat/5) _____

Integracija komponenti modela zdravstvene zaštite hroničnih bolesnika. Efikasan sistem zdravstvene zaštite integriše i kombinuje sve elemente modela liječenja hroničnih bolesnika; npr., povezivanje ciljeva ličnog menadžmenta pacijenata sa informacionim sistemom/registri.

Komponente	Neznatna podrška	Osnovna podrška	Dobra podrška	Potpuna podrška
Informisanje pacijenata u vezi kliničkih vodiča...	...ne radi se. 0 1 2	...radi se samo na zahtjev ili kroz sistemska obavještenja. 3 4 5	...radi se kroz poseban edukativni materijal za svaki vodič, koji se dijeli pacijentima. 6 7 8	...uključuje poseban materijal za pacijente, koji opisuje njihovu ulogu u primjeni kliničkih vodiča. 9 10 11
Informacioni sistem/registar...	...ne uključuje ciljeve samostalne njege pacijenta.	...uključuje rezultate vlastite procjene od strane pacijenta (npr., procjena funkcionalnog statusa; spremnost za učestvovanje u samostalnoj njezi), ali ne i ciljeve.	...uključuje rezultate vlastite procjene od strane pacijenta, kao i ciljeve samostalne njege koji su razvijeni u saglasnosti sa timom porodične medicine i pacijentom.	...uključuje rezultate vlastite procjene od strane pacijenta, kao i ciljeve samostalne njege koji su razvijeni koristeći mišljenje tima porodične medicine i pacijenta i brze podsjetnike za pacijenta i/ili

	0 1 2	3 4 5	6 7 8	pružaoca usluga oko kontrolnih pregleda i periodične re-evaluacije ciljeva. 9 10 11
Programi u zajednicine pružaju povratnu informaciju timu porodične medicine o napredovanju pacijenata u okviru programa u zajednici.	...pružaju sporadične povratne informacije na zajedničkim sastancima između zajednice i zdravstvenog sistema oko napredovanja pacijenata u okviru programa u zajednici.	...pružaju redovne povratne informacije timu porodične medicine koristeći zvanične mehanizme (npr., izvještaj napretka putem interneta) o napredovanju pacijenata.	...pružaju redovne povratne informacije timu porodične medicine o napredovanju pacijenata u programu, a u skladu sa mišljenjem pacijenata modifikuje se program u cilju zadovoljenja potreba pacijenata.
Organizaciono planiranje zdravstvene zaštite pacijenata sa hroničnim bolestima...	...ne uključuje populacioni pristup.	...koristi podatke iz informacionog sistema za planiranje usluga.	...koristi podatke iz informacionog sistema za proaktivno planiranje bazirano na populaciji, uključujući samostalnu njegu pacijenata i partnerstvo sa resursima zajednice.	...koristi sistematične podatke iz tima za proaktivno planiranje bazirano na populaciji, uključujući samostalnu njegu pacijenata i partnerstvo sa lokalnom zajednicom.
Rutinsko zakazivanje kontrolnih pregleda, procjena pacijenata i planiranje ciljeva...	...ne sprovodi se.	...radi se sporadično, uglavnom se odnosi na zakazivanje kontrola.	...osigurano je dodjeljivanjem odgovornosti članovima tima porodične medicine (npr., medicinska sestra...)	...osigurano je dodjeljivanjem odgovornosti određenom članu tima porodične medicine koji koristi registar i druge izvore informacija za koordinaciju sa pacijentima i cijelim timom.
Vodiči za liječenje pacijenata sa hroničnim bolestima...	...se ne dijele pacijentima niti se objašnjavaju.	...objašnjavaju se pacijentima koji imaju želju za samostalnom njegom svoje bolesti.	...objašnjavaju se svim pacijentima kao pomoć pri razvijanju efikasne samostalne njege ili promjene obrazaca ponašanja, uz napomenu kada je potrebno da se jave na pregled u tim porodične medicine.	...su zajednički pregledani od strane tima i pacijenta u cilju dogovora o samostalnoj njezi ili promjeni ponašanja uzimajući u obzir ciljeve pacijenta kao i njegovu spremnost za promjene, a sve u skladu sa preporučenim vodičima.

Ukupan rezultat integracije komponenti _____

Prosjek (ukupan rezultat/6) _____

Ukratko opišite proces koji ste koristili za ispunjavanje ankete (npr., postignut konsenzus na sastanku; ispunjeno do strane vođe tima uz konsultacije sa ostalim članovima tima, po potrebi; svaki član tima je ispunio posebnu anketu i uzet je prosjek rezultata).

Opis:

Rezime rezultata

(upisati ranije rezultate svakog dijela na ovu stranu)

Prosijek organizacije zdravstvene zaštite _____

Prosijek povezanosti sa zajednicom _____

Prosijek samostalnog liječenja _____

Prosijek podrške u odlučivanju _____

Prosijek za sistem pružanja usluga _____

Prosijek za klinički informacijski sistem _____

Prosijek integracije komponenti _____

Zbir svih prosjeka _____

Prosijek rezultata svih dijelova (zbir svih prosjeka/7) _____

Smjernice za interpretaciju:

Između '0' i '2' = ograničena zdravstvena zaštita pacijenata sa hroničnim bolestima.

Između '3' i '5' = osnovna zdravstvena zaštita pacijenata sa hroničnim bolestima.

Između '6' i '8' = dobra zdravstvena zaštita pacijenata sa hroničnim bolestima.

Između '9' i '11' = potpuno razvijena zdravstvena zaštita pacijenata sa hroničnim bolestima.

Biografija autora

Nataša Pilipović-Broćeta je rođena 8.7.1970. godine u Banja Luci, gde je završila osnovnu školu i gimnaziju.

Medicinski fakultet u Beogradu završila je 1998. godine sa prosečnom ocenom 8,53.

Stručni ispit je položila 1998. godine.

Svoje stručno angažovanje započela je kao asistent u okviru Svetske zdravstvene organizacije-kancelarija u Banja Luci, na projektu implementacije porodične medicine u domovima zdravlja Čelinac, Prijedor i Trebinje tokom 1997. i 1998. godine.

Zaposlena je u JZU Dom zdravlja u Banja Luci od 1999. godine.

Specijalistički ispit iz porodične medicine položila je u novembru, 2007. godine.

Postdiplomske studij na Medicinskom fakultetu u Banja Luci završila je sa prosečnom ocenom 9,45.

Član je Evropske akademije nastavnika u porodičnoj medicini – EURACT od 2006. godine.

Bila je nacionalni predstavnik za Bosnu i Hercegovinu u Veću EURACT-a u periodu od 2007. godine do 2010. godine.

Učestvovala je kao demonstrator u Programu dodatne edukacije (PAT – Program of Additional Training) iz porodične medicine za doktore i medicinske sestre/tehničare u periodu od 2007. godine do 2017. godine.

U periodu od 2008. do 2011. godine, bila je angažovana u radnoj grupi za dečiji rani rast i razvoj u Republici Srpskoj u okviru projekta „Program integrisanog sistema za unapređenje zdravlja, ranog rasta i razvoja dece“, od strane Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite, a u saradnji sa UNICEF-om.

Magistarsku tezu na temu „Značaj kliničkog vodiča za uspešnost lečenja arterijske hipertenzije u ambulantama porodične medicine“ odbranila je 2012. godine na Medicinskom fakultetu u Banja Luci. Odlukom Nastavno-naučnog veća Medicinskog fakulteta Univerziteta u Banja Luci i Senata Univerziteta od 20.02.2013. godine izabrana je za višeg asistenta za užu naučnu oblast Porodična medicina Medicinskog fakulteta u Banjaluci.

Do sada je učestvovala na mnogim nacionalnim i internacionalnim stručnim skupovima i objavila je više publikacija u časopisima i zbornicima.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a Nataša Pilipović-Broćeta

broj upisa _____

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

Ispitivanje saglasnosti stavova doktora porodične medicine i pacijenata o lečenju
hroničnih nezaraznih bolesti

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 10.12.2018.

Nataša Pilipović-Broćeta

Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora Nataša Pilipović-Broćeta

Broj upisa _____

Studijski program _____

Ispitivanje saglasnosti stavova doktora porodične medicine i pacijenata
Naslov rada o lečenju hroničnih nezaraznih bolesti

Mentor Prof. dr Nađa Vasiljević

Potpisani Nataša Pilipović-Broćeta

izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje na portalu **Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 10.12.2018.

Nataša Pilipović-Broćeta

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

Ispitivanje saglasnosti stavova doktora porodične medicine i pacijenata o lečenju

hroničnih nezaraznih bolesti

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim priložima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo

2. Autorstvo - nekomercijalno

3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade

4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima

5. Autorstvo – bez prerade

6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poleđini lista).

Potpis doktoranda

U Beogradu, 10. 12. 2018.

Natasa Pilipović-Brdeta