

Volume 7 / Number 2 / 2019

ISSN 2303-4092

Balkan Journal of Health Science



Volume 7 / Number 2 / 2019

Balkan Journal of Health Science

Editorial board

Editor-in-chief

prof. dr Mensura Kudumovic

Technical Editor

B. Sc. Eldin Huremovic

Cover Design

Almir Rizvanovic

Members

Prof. dr Zmago Turk (Slovenia),

Prof. dr Budimka Novakovic (Serbia),

Prof. dr Camil Sukic (Serbia),

Prof. dr Bekim Fetaji (Macedonia),

Prof. dr Aleksandar Dzakula (Croatia),

Prof. dr Jayanthi Repalli (USA)

Prof. dr Dzenana Gaco (Bosnia and Herzegovina),

Prof. dr Gordana Manic (Bosnia and Herzegovina).

Address:

Sarajevo,

Bolnicka bb,

Bosnia and Herzegovina

E-mail: balkanjournal@yahoo.com

Web page: <http://www.drunpp.ba/bjhs.html>

Published by DRUNPP, Sarajevo

Volume 7 Number 2, 2019

ISSN 2303-4092

Balkan Journal of Health Science is covered or selected for coverage in the following:



SJIF Scientific Journal Impact Factor



Balkan Journal of Health Science

Sadržaj / Table of Contents

Zastupljenost polihelmintijaze kod ispitanika na području Prištinskog regiona	41
<i>Shpresa Ramadani, Sadeta Hamzić</i>	
Risk factors and microalbuminuria in type 2 diabetes mellitus	49
<i>Sabina Zukic, Nermina Babic, Olivera Batic Mujanovic, Nermina Zaimovic, Sadija Arapcic</i>	
Anksioznost prema Geštalt teoriji i psihoterapiji.....	54
<i>Andreja Pehar</i>	
Stepen zadovoljstva pacijenata sa dijagnozom akutne leukemije zdravstvenom uslugom	62
<i>Marevac Mirsada</i>	
Instructions for the authors.....	66

Zastupljenost polihelminrijaze kod ispitanika na području Prištinskog regiona

Shpresa Ramadani, Sadeta Hamzić

Klinički Centar Univerziteta Sarajevo, O.J. Klinička mikrobiologija, Sarajevo, Bosna i Hercegovina, Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu, Katedra za medicinsku mikrobiologiju, parazitologiju i virusologiju, Sarajevo, Bosna i Hercegovina.

Sažetak

Uvod: Socijalno-ekonomski uslovi pod kojima ljudi žive i rade, opšta, a posebno zdravstvena kultura i ekološki uslovi tla, izvanredno su važni i u direktnoj su vezi sa rasprostranjenošću i zastupljenošću crijevnih parazita. Uzrok zaraženosti ljudi je ne samo nizak standard lične i opšte higijene, već i loši higijenski uslovi. Problem crijevnih parazita nije samo vezan za učestalost, nego je to uticaj na zdravstvene i ekonomske odnose. Helminti ili crvi spadaju u kosmopolitske parazite. Klimatski faktori, uslovi životne sredine, kao i običaji lokalnog stanovništva predstavljaju značajne elemente koji determinišu pojavu i širenje pojedinih vrsta. Infestacija helmintima je naročito izražena u zemljama sa vlažnom i toplom klimom tropskog i subtropskog pojasa, tako da kod lokalnog stanovništva veoma često nalazimo infekcije sa više vrsta intestinalnih ili drugih helminata (polihelminrijaza).

Materijal i metode: Pretrage su urađene u laboratoriji Mikrobiološkog instituta pri Nacionalnom Institutu javnog zdravstva Kosova u Prištini. Prilikom laboratorijskih pretraga korištene su sljedeće metode: mikroskopska pretraga perianalnog otiska i mikroskopska pretraga fecesa.

Rezultati: Infestiranost sa dvije vrste parazita utvrđena je kod 55 (14,3%) ispitanika, 29 (52,7%) pozitivnih ispitanika je muškog spola i 26 (47,3%) ženskog spola; predškolskog uzrašta su 25 (45,4%) ispitanika, a 30 (54,6%) ispitanika su školskog uzrašta; sa sela su 35 (63,6%) ispitanika, a 20 (36,4%) ispitanika iz grada.; zastupljenost infestiranosti sa dvije vrste parazita bila je najveća u opštini Uroševac (45,45%). Infestiranost sa tri vrste parazita utvrđena je kod 35 (9,1%) ispitanika, 21 (60,0%) pozitivnih ispitanika muškog spola i 14 (40%) ženskog spola; predškolskog uzrašta su 14 (40,0%) ispitanika, a 21 (60,0%) ispitanika

su školskog uzrašta; sa sela su 27 (77,1%) ispitanika, a 8 (22,9%) ispitanika iz grada; zastupljenost infestiranosti sa tri vrste parazita bila je najveća u opštini Uroševac (48,5%).

Zaključci: Rezultati istraživanja ukazuju da je potrebno povećati zdravstvenu i higijensku kulturu, proširiti higijenske mjere i zdravstveno-prosvjetni rad, posebno na seoskom području.

Ključne riječi: Polihelminrijaza, Prištinski region.

1. Uvod

Helminrijaze predstavljaju vrlo ozbiljan problem za zdravlje čovjeka. U dječijoj patologiji helminrijaze zauzimaju dominantno mjesto, pa predstavljaju veoma ozbiljan medicinski i epidemiološki problem. Crijevni parazitizam predstavlja značajan problem u oboljevanju stanovništva, posebno djece predškolskog i školskog uzrašta. Socijalno-ekonomski uslovi pod kojima ljudi žive i rade, opšta, a posebno zdravstvena kultura i ekološki uslovi tla, izvanredno su važni i u direktnoj su vezi sa rasprostranjenošću i zastupljenošću crijevnih parazita. U siromašnim sredinama sa niskim životnim standardom, niskim nivoom opšte i lične higijene, višestanični crijevni paraziti su zastupljeniji (1).

Spoljašnja sredina, povoljna temperatura, vlažnost i sastav zemljišta omogućavaju izvjesnim helmintima dalji razvoj i održavanje, da preko jaja ili larve mogu da nastave svoj parazitski život u čovjeku. Kao posrednici u širenju zaraze ulogu imaju: hrana, voda za piće, otpadne vode, nužnici, muhe, prašina u stanovima i predmeti kojima čovjek rukuje. Uzrok zaraženosti ljudi je ne samo nizak standard lične i opšte higijene, već i loši higijenski uslovi. Izučavajući sa epidemiološke tačke gledišta kao jedan epidemiološki proces lanca infekcije: etiološki agens, spoljašnja sredina

i organizam čovjeka, najveći problem predstavlja rješavanje uticajnih odnosa, spoljašnja sredina. Problem crijevnih parazita nije samo vezan za učestalost, nego je to uticaj na zdravstvene i ekonomske odnose (2).

Helminti ili crvi spadaju u kosmopolitske parazite. Pojedine vrste inficiraju ljude. Klimatski faktori, uslovi životne sredine, kao i običaji lokalnog stanovništva predstavljaju značajne elemente koji determinišu pojavu i širenje pojedinih vrsta. Infestacija helmintima je naročito izražena u zemljama sa vlažnom i toplom klimom tropskog i suptropskog pojasa, tako da kod lokalnog stanovništva veoma često nalazimo infekcije sa više vrsta intestinalnih ili drugih helminata (polihelminrijaza) (3).

Crijevne helmintoze sprječavaju se razvijanjem osjećaja za osobnu čistoću među stanovništvom, organizacijom uklanjanja čovjekovih izmeta, te nadzorom nad pripremom mesne hrane. Helmintoze koje se prenose preko biološkog vektora, obično se suzbijaju prekidanjem lanca transmisije, to jest uništavanjem vektora ili njihovih legala. Ti su vektori ili hematofagni insekti ili slaktovodni puževi, te će se metode usmjeravati prema njihovoj biologiji. Sistemsko liječenje parazitonoša anthelminticima također može dati vidne rezultate, ako se provodi na dovoljno velikom području tokom dovoljno dugog vremena. Imunoprofilaksa i vakcinacija ne dolaze u obzir. Bitna mjera bit će u svakom slučaju zdravstveni odgoj stanovništva zaraženog područja (4,5).

2. Materijal i metode

Pretrage su urađene u laboratoriji Mikrobiološkog instituta pri Nacionalnom Institutu javnog zdravlja Kosova u Prištini. Prilikom laboratorijskih pretraga korištene su sljedeće metode: mikroskopska pretraga perianalnog otiska i mikroskopska pretraga fecesa.

3. Rezultati

3.1. Rezultati infestiranosti testiranih ispitanika sa dvije vrste parazita

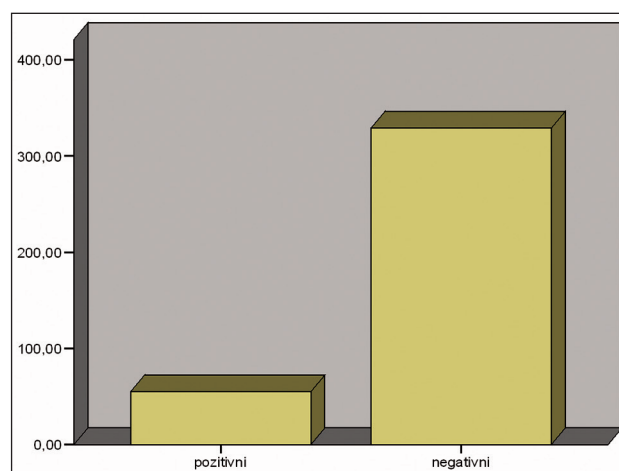
Od ukupno 384 testiranih ispitanika infestiranost sa dvije vrste parazita, utvrđena je kod 55 (14,3%) ispitanika. (Tabela 1.)

Tabela 1. Učestalost infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pregledanih ispitanika

Pregledani ispitanici	Broj	%
Pozitivni ispitanici	55	14,3
Negativni ispitanici	329	85,7
Ukupno:	384	100,0

Postoji statistički značajna razlika ($X^2=34,005$) ($p=0,00001$)

Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pregledanih ispitanika na području Prištinskog regiona prikazano je grafikonom 1.



Grafikon 1. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pregledanih ispitanika

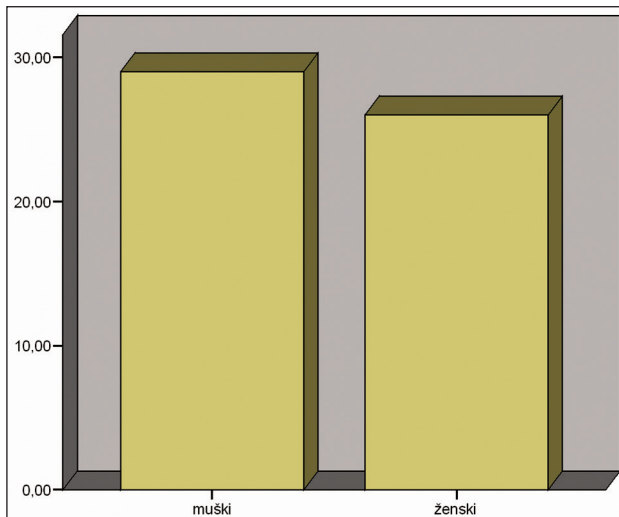
Od ukupno 55 pozitivnih ispitanika infestiranih sa dvije vrste parazita, 29 (52,7%) pozitivnih ispitanika je muškog spola i 26 (47,3%) ženskog spola. (Tabela 2.)

Tabela 2. Zastupljenost infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema spolu

Spol	Pozitivni ispitanici	
	Broj	%
Muški	29	52,7
Ženski	26	47,3
Ukupno:	55	100,0

Nema statistički značajne razlike ($X^2=0,018$) ($p=0,8926$)

Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika na području Prištinskog regiona prema spolu prikazano je grafikonom 2.



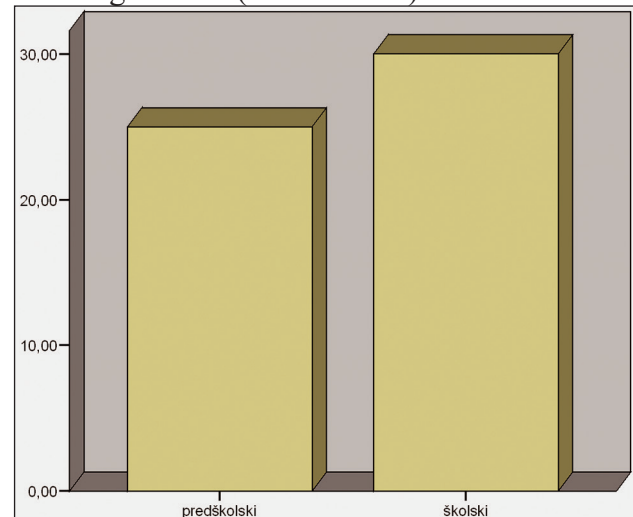
Grafikon 2. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema spolu

Od ukupno 55 pozitivnih ispitanika kod kojih je utvrđena infestiranost sa dvije vrste parazita 25 (45,4%) ispitanika su predškolskog uzrašta, a 30 (54,6%) ispitanika su školskog uzrašta. (Tabela 3.)

Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika na području Prištinskog regiona prema starosnoj dobi/uzraštu, prikazano je grafikonom 3.

Od ukupno 55 pozitivnih ispitanika infestiranih sa dvije vrste parazita, 35 (63,6) ispitanika je

sa sela, a 20 (36,4) ispitanika iz grada. U skupini pozitivnih ispitanika sa sela zastupljeniji je muški spol sa 18 (51,4%) ispitanika i školski uzrast sa 20 (57,1%) pozitivnih ispitanika, dok je u skupini pozitivnih ispitanika iz grada zastupljeniji muški spol sa 11 (55,0%) ispitanika, a podjednaka je zastupljenost pozitivnih ispitanika u odnosu na uzrast sa 10 (50,0%) pozitivnih ispitanika predškolskog uzrašta i 10 (50,0%) pozitivnih ispitanika školskog uzrašta. (Tabela 4. i 5.)



Grafikon 3. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema starosnoj dobi/uzraštu

Tabela 3. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema starosnoj dobi/uzraštu

Spol	Starosna dob/uzrast				Ukupno	
	Predškolski		Školski			
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Muški	13	52	16	53,3	29	52,7
Ženski	12	48	14	46,7	26	47,3
Ukupno:	25(45,4%)	100,0	30(54,6%)	100,0	55	100,0

Nema statistički značajne razlike ($X^2=0,030$) ($p=0,8630$)

Tabela 4. Zastupljenost infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema mjestu stanovanja i spolu

Spol	Mjesto stanovanja				Ukupno		
	Selo		Grad				
	Broj	%	Grad	%	Broj	%	p
Muški	18	51,4	11	55,0	29	52,7	
Ženski	17	48,6	9	45,0	26	47,3	
Ukupno:	35(63,6%)	100,0	20(36,4%)	100,0	55	100,0	p>0,05

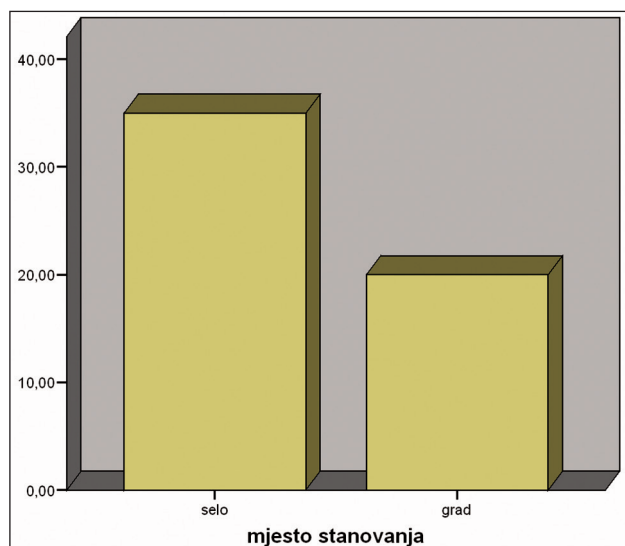
Nema statistički značajne razlike ($X^2=0,065$) ($p=0,7986$)

Tabela 5. Zastupljenost infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema mjestu stanovanja i uzrašt

Uzrast	Mjesto stanovanja				Ukupno		
	Selo		Grad		Broj	%	p
	Broj	%	Grad	%			
Predškolski	15	42,9	10	50,0	25	45,5	
Školski	20	57,1	10	50,0	30	54,5	
Ukupno:	35(63,6%)	100,0	20(36,4%)	100,0	55	100,0	p>0,05

Nema statistički značajne razlike ($X^2=0,262$)(0,6088)

Nije zabilježena statistička signifikantnost ($p>0,05$) u odnosu na mjesto stanovanja i spol ispitanika. Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika na području Prištinskog regiona prema mjestu stanovanja, prikazano je grafikonom 4.



Grafikon 4. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa dvije vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema mjestu stanovanja

3.2 Rezultati infestiranosti testiranih ispitanika sa tri vrste parazita

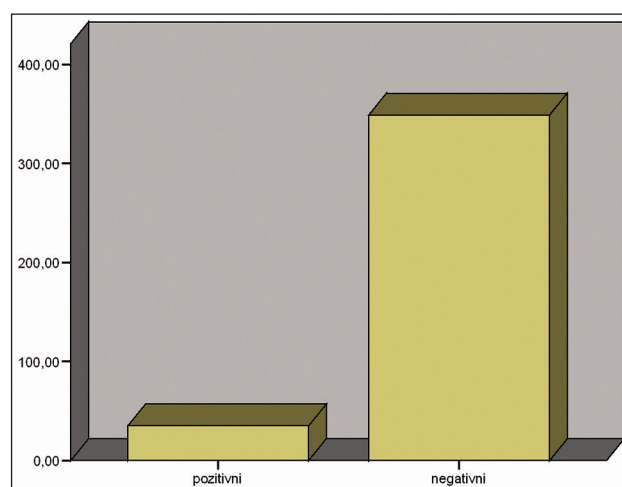
Od ukupno 384 testiranih ispitanika, infestiranost sa tri vrste parazita, utvrđena je kod 35 (9,1%) ispitanika. (Tabela 6.)

Tabela 6. Učestalost infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pregledanih ispitanika

Pregledani ispitanici	Broj	%
Pozitivni ispitanici	35	9,1
Negativni ispitanici	349	90,1
Ukupno:	384	100,0

Postoji statistički značajna razlika ($X^2=14,008$) ($p=0,00001$)

Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod testiranih ispitanika na području Prištinskog regiona, prikazano je grafikonom 5.



Grafikon 5. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pregledanih ispitanika

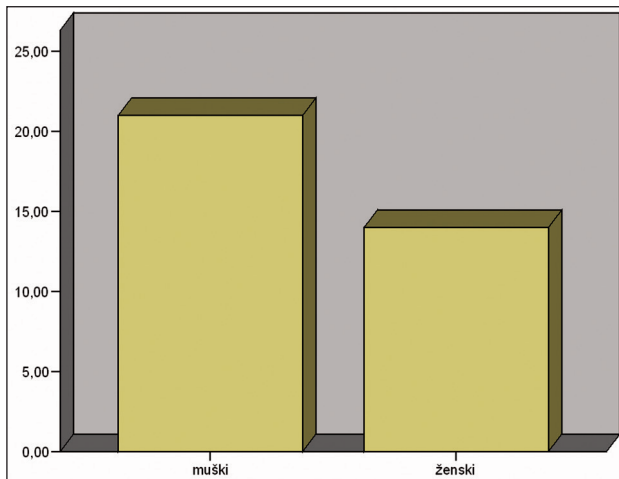
Od ukupno 35 pozitivnih ispitanika infestiranih sa tri vrste parazita, 21 (60,0%) pozitivnih ispitanika je muškog spola i 14 (40,0%) ženskog spola. (Tabela 7.)

Tabela 7. Zastupljenost infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema spolu

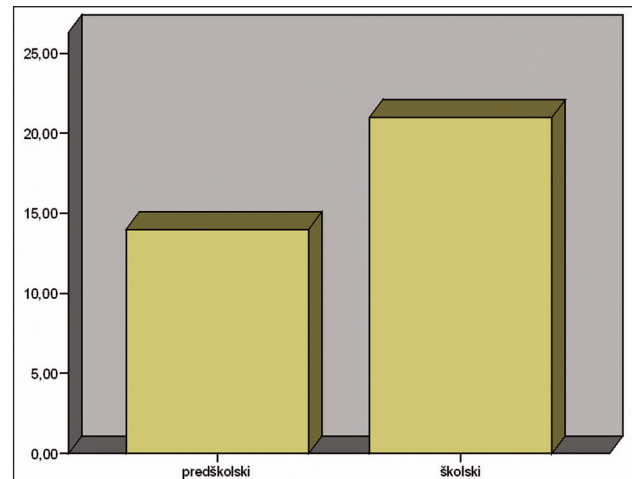
Spol	Pozitivni ispitanici	
	Broj	%
Muški	21	60,0
Ženski	14	40,0
Ukupno:	35	100,0

Nema statistički značajne razlike ($X^2=0,030$) ($p=0,8630$)

Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod testiranih ispitanika na području Prištinskog regiona prema spolu, prikazano je grafikonom 6.



Grafikon 6. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema spolu



Grafikon 7. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema starosnoj dobi/uzrašt

Od ukupno 35 pozitivnih ispitanika kod kojih je utvrđena infestiranost sa tri vrste parazita, 14 (40,0%) su predškolskog uzrašta, a 21 (60,0%) ispitanika su školskog uzrašta. (Tabela 8.)

Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod testiranih ispitanika na području Prištinskog regiona prema starosnoj dobi/uzrašt, prikazano je grafikonom 7.

Od ukupno 35 pozitivnih ispitanika infestiranih sa tri vrste parazita, 27 (77,1%) ispitanika je sa sela i 8 (22,9%) ispitanika iz grada. U skupini pozitivnih ispitanika sa sela zastupljeniji je muški spol sa 16 (59,3%) ispitanika i školski uzrast sa 17 (63,0%) pozitivnih ispitanika, dok je u skupini pozitivnih ispitanika iz grada zastupljeniji muški spol sa 5 (62,5%) ispitanika, a podjednaka je zastupljenost pozitivnih ispitanika predškolskog i školskog uzrašta, sa 4 (50,0%) pozitivnih ispitanika. (Tabela 9. i 10.).

Tabela 8. Zastupljenost infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema starosnoj dobi/uzrašt

Spol	Starosna dob/uzrast				Ukupno	
	Predškolski		Školski			
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Muški	9	64,3	12	57,1	21	60,0
Ženski	5	35,7	9	42,9	14	40,0
Ukupno:	14(40%)	100,0	21(60%)	100,0	35	100,0

Nema statistički značajne razlike ($X^2=0,179$) ($p=0,6726$)

Tabela 9. Zastupljenost infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema mjestu stanovanja i spolu

Spol	Mjesto stanovanja				Ukupno		
	Selo		Grad				
	Broj	%	Grad	%	Broj	%	p
Muški	16	59,3	5	62,5	21	60,0	
Ženski	11	40,7	3	37,5	14	40,0	
Ukupno:	27(77,1%)	100,0	8(22,9%)	100,0	35	100,0	$p<0,05$

Postoji statistički značajna razlika ($X^2=6,061$) ($p=0,00805$)

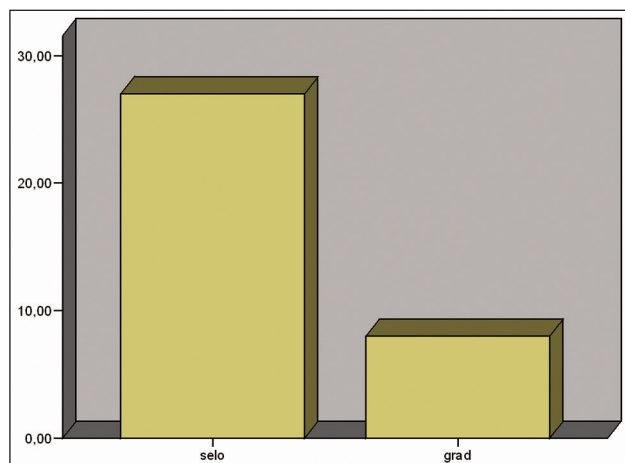
Tabela 10. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema mjestu stanovanja i uzrašt

Uzrast	Mjesto stanovanja				Ukupno		
	Selo		Grad		Broj	%	p
	Broj	%	Grad	%			
Predškolski	10	37,0	4	50,0	14	40,0	
Školski	17	63,0	4	50,0	21	60,0	
Ukupno:	27(77,1%)	100,0	8(22,9%)	100,0	35	100,0	p<0,05

Postoji statistički značajna razlika ($X^2=8,432$) ($p=0,00511$)

Zabilježena je statistička signifikantnost ($p<0,05$) u odnosu na mjestu stanovanja i starosnu dob/uzrast.

Kretanje zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika na području Prištinskog regiona prema mjestu stanovanja, prikazano je grafikonom 8.



Grafikon 8. Odnos zastupljenosti infestacija uzrokovanih sa tri vrste parazita kod pozitivnih ispitanika prema mjestu stanovanja i spolu

5. Diskusija

Prištinski region na čijem području su vršena ispitivanja zastupljenosti polihelminrijaze kod parazitološki pozitivnih ispitanika je područje gdje je gustoća življenja velika, pa samim tim socijalno-ekonomski uslovi pod kojima ljudi žive i rade, opšta i posebno zdravstvena kultura, ekološki faktori i klimatski uslovi, jednako su važni i u direktnoj su vezi sa rasprostranjenošću i zastupljenošću višestaničnih crijevnih parazita.

Opšte karakteristike ovog regiona i same opštine Priština su nepovoljni sanitarno-higijenski uslovi stanovanja, kod jednog dijela stanovnika nedovršeni problem snadbijevanja higijenski

ispravnom vodom i nehigijenska dispozicija otpadaka. Seosko stanovništvo se mahom snadbijeva vodom iz bunara, prirodnih izvora, cisterni i vodenih tokova. Kaptirana vrela su rijetka, ista služe za pranje rublja i sl. Bunari su pretežno u blizini kuća i gospodarskih zgrada, tako da postoji velika mogućnost spiranja okolnih površina u njih. Pumpe su slično locirane kao i bunari, a njihova okolina ni približno kao i okolina bunara ne zadovoljava pravila gradnje i održavanja.

Seoska djeca (zemljoradnička domaćinstva) kao i prigradska (mješovita domaćinstva), blisko su vezana sa zemljom (zemlja kao čista, bezopasna) uz niži nivo zdravstvene prosvijećenosti, omogućuje širenje crijevnih parazita, posebno helminata. Većina seoskih i prigradskih porodica uglavnom živi od obrađivanja zemlje ili živi jednim dijelom, hrane se plodovima rada sa svojih parcela, pa se seoska i prigradska djeca najčešće infestiraju voćem i povrćem, preko ruku (u kontaktu s tlom), površinskim vodama, a gradska djeca poljoprivrednim proizvodima sa sela.

Održavanje helmintijaza na području Prištinskog regiona ima kombinaciju više faktora (običaji, način života, higijenske navike, ishrana, tlo, klima, biološke osobine helminata itd.).

Parazitoze izazvane višestaničnim crijevnim parazitima predstavljaju veoma ozbiljan medicinski i javnozdravstveni problem po zdravlje čovjeka, naročito djece. Da bi se mogao razumjeti stepen i intenzitet infestiranosti višestaničnim crijevnim parazitima u ispitivanom području, potrebno je upoznati neke faktore koji omogućuju njihovo širenje i održavanje.

Kultura nužnika na selu i gradu, kontakt svježih fekalnih materija sa zemljom, kultura ishrane, posebno hranom koja se termički ne obrađuje, kontakt sa zemljom, posebno mladih naraštaja

(djece), omogućuje preko prljavih ruku, neoprano voća i povrća infestaciju. Diseminacija fekalnih materija, posebno na selu, bez kanalizacione mreže, koje često završavaju na obradivom tlu, omogućavaju održavanje višestaničnih crijevnih parazita u populaciji ljudi. Kontakt sa kontaminiranom zemljom i općenito odnos prema zemlji kao «zdravom neškodivom» mediju, vjerovatno su razlog visoke infestiranosti geohelmintima na ovom području, posebno između ispitanika sa sela. U ovom bi trebalo tražiti uzroke veće infestiranosti seoske djece (6,7,8,9).

U našem istraživanju infestiranost sa dvije vrste parazita utvrđena je kod 14,3% ispitanika. Od ukupno 55 pozitivnih ispitanika infestiranih sa dvije vrste parazita, 52,7% pozitivnih ispitanika je muškog spola i 47,3% ženskog spola. Više infestiranih bilo je kod ispitanika školskog uzrašta (54,6%) u odnosu na ispitanike predškolskog uzrašta (45,4%).

Od ukupno 55 pozitivnih ispitanika infestiranih sa dvije vrste parazita, 35 (63,6%) ispitanika je sa sela, a 20 (36,4%) ispitanika iz grada. U skupini pozitivnih ispitanika sa sela zastupljeniji je muški spol sa 18 (51,4%) ispitanika i školski uzrast sa 20 (57,1%) pozitivnih ispitanika, dok je u skupini pozitivnih ispitanika iz grada zastupljeniji muški spol sa 11 (55,0%) ispitanika, a podjednaka je zastupljenost pozitivnih ispitanika u odnosu na uzrast sa 10 (50,0%) pozitivnih ispitanika predškolskog uzrašta i 10 (50,0%) pozitivnih ispitanika školskog uzrašta.

Infestiranost testiranih ispitanika sa tri vrste parazita, utvrđena je u našem istraživanju kod 9,1% ispitanika. Od ukupno 35 pozitivnih ispitanika infestiranih sa tri vrste parazita, 60,0% pozitivnih ispitanika je muškog spola, a 40% pozitivnih ispitanika ženskog spola. Među infestiranim sa tri vrste parazita, 60% ispitanika su školskog uzrašta, a 40% ispitanika su predškolskog uzrašta.

Od ukupno 35 pozitivnih ispitanika infestiranih sa tri vrste parazita, 27 (77,1%) ispitanika je sa sela i 8 (22,9%) ispitanika iz grada. U skupini pozitivnih ispitanika sa sela zastupljeniji je muški spol sa 16 (59,3%) ispitanika i školski uzrast sa 17 (63,0%) pozitivnih ispitanika, dok je u skupini pozitivnih ispitanika iz grada zastupljeniji muški spol sa 5 (62,5%) ispitanika, a podjednaka je zastupljenost pozitivnih ispitanika predškolskog i školskog uzrašta, sa 4 (50,0%) pozitivnih ispitanika.

Rezultati ranijih istraživanja infestiranosti ispitivane predškolske i školske djece na području Prištinskog regiona, govore o širokoj rasprostranjenosti infestiranosti crijevnim helmintima. (10).

6. Zaključci

1. Infestiranost sa dvije vrste parazita, utvrđena je kod 55 (14,3%) ispitanika, 29 (52,7%) pozitivnih ispitanika je muškog spola i 26 (47,3%) ženskog spola.
2. Predškolskog uzrašta su 25 (45,4%) ispitanika, a 30 (54,6%) ispitanika su školskog uzrašta. Sa sela su 35 (63,6%) ispitanika, a 20 (36,4%) ispitanika iz grada.
3. Zastupljenost infestiranosti sa dvije vrste parazita bila je najveća u opštini Uroševac (45,45%), a zatim u opštini Glogovac (34,55%).
4. Infestiranost sa tri vrste parazita, utvrđena je kod 35 (9,1%) ispitanika, 21 (60,0%) pozitivnih ispitanika je muškog spola i 14 (40%) ženskog spola.
5. Predškolskog uzrašta su 14 (40,0%) ispitanika, a 21 (60,0%) ispitanika su školskog uzrašta. Sa sela su 27 (77,1%) ispitanika, a 8 (22,9%) ispitanika iz grada.
6. Zastupljenost infestiranosti sa tri vrste parazita bila je najveća u opštini Uroševac (48,57%), a zatim u opštini Glogovac (40,00%).
7. Rezultati istraživanja ukazuju da je potrebno povećati zdravstvenu i higijensku kulturu, proširiti higijenske mjere i zdravstveno-prosvjetni rad posebno na seoskom području.

Literatura

1. Richter B. *Medicinska parazitologija*. Merkur A.B.D. VI izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Zagreb 2002.
2. Karakašević B, *Mikrobiologija i parazitologija*, Medicinska knjiga Beograd – Zagreb, 1989.
3. Bašić F, Bešliagić E. *Mikrobiologija, Morfološki aspekti sa dijagnošikom*, Sarajevo, 1998.
4. Babić I, Richter B. *Razvoj i stanje istraživanja helmintata i bolesti izazvanih helmintima u Jugoslaviji*. *Acta parasitologica Jugoslavica*. 1970; 4: 1-73.
5. Gvozdrenović M. i saradnici. *Crijevni helminti kod školske djece i odraslih u nekim mjestima u BiH*. *Medicinski arhiv*. 1967; 5-6: 5-13.
6. Simić Č, Gladil N, Petrović Z, Petrović Z, Lipeš T. *Prilog poznavanja crevnih parazita u našoj zemlji III deo. Crevni paraziti kod školske dece u Metohiji*. *Glas SAN, Odeljenje medicinskih nauka*. 1953; 7: 109-120.
7. Simić Č, Richter B, Petrović Z, Lipeš T. *Prilog poznavanju crevnih parazita u našoj zemlji, VI deo. Crevni paraziti kod dece u BiH*. *Glas SAN, Odeljenje medicinskih nauka*. 1954; 8: 105-121.
8. Gvozdrenović M. *Značaj i rasprostranjenost parazitarnih oboljenja i organizacija borbe protiv njih u našoj zemlji*. *Zbornik radova II skupa gastroenterologa u Jajcu*. 1969: 7-11.
9. Merdanić H. *Komparativna analiza faune višeštaničnih crijevnih parazita kod školske djece na području Bihaća 1973.-1998.*, *Doktorska disertacija*. *Prirodnomatematički fakultet Univerziteta u Sarajevu*, 1999.
10. Zonjić S. *Epidemija trihineloze u Prištini 1966*. *Sinopsis referata i Jugoslavenskog kongresa o ishrani*. Beograd:1966.

Corresponding Author
Shpresa Ramadani,
Klinički Centar Univerziteta Sarajevo,
O.J. Klinička mikrobiologija,
Sarajevo,
Bosna i Hercegovina,
E-mail: shpresar@hotmail.com

Risk factors and microalbuminuria in type 2 diabetes mellitus

Sabina Zukic¹, Nermina Babic², Olivera Batic Mujanovic³, Nermina Zaimovic⁴, Sadija Arapcic⁴

¹ Primary Health Centre, Banovici, Bosnia and Herzegovina,

² Department of Human Physiology, Faculty of Medicine University of Sarajevo, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina,

³ Primary Health Centre Tuzla, Tuzla, Bosnia and Herzegovina,

⁴ Primary Health Centre Lukavac, Lukavac, Bosnia and Herzegovina.

Abstract

Introduction: Risk factors, such as hereditary and metabolic, are interrelated and contribute to the development of complications of type 2 diabetes. Family history (FH) of diabetes, age, obesity, lipids, urea, creatinine, acidum uricum, HbA1c and pressure are some of the risk factors for development of complications of type 2 diabetes.

Objective: The aim of this study is to determine the significance of risk factors and the occurrence of microalbuminuria in patients with type 2 diabetes.

Results: A higher incidence of type 2 diabetes microalbuminuria in men was observed in our study. Obesity and cholesterol were significant risk factors for complications of type 2 diabetes. Subjects with microalbuminuria had longer disease duration. FH + subjects were also more prevalent, especially in the microalbuminuria group.

Conclusion: Particular attention should be paid to risk factors such as obesity, FH diabetes and may be important to initiate early intervention and reduce the risk of subsequent complications of the disease. Sensitive populations may be counselled regarding the risk of obesity in particular, periodic studies of lipid levels, pressures and lifestyle changes.

Key words: diabetes mellitus type 2, risk factors for diabetes, family history, obesity, cholesterol.

Introduction

The rising incidence of type 2 diabetes mellitus (T2DM) could grow into a significant health problem worldwide. Diabetes mellitus takes the form of a pandemic that raises concerns about the future burden of chronic heart and kidney disease (1, 2). According to a report published by the IDF in 2013, the global prevalence of diabetes in adults

(20-79 years) was 8.3% (382 million people), with 14 million more men than women, most between the ages of 40 and 59. That number is expected to grow beyond 592 million by 2035 with a global prevalence of 10.1%. Without an effective early stage diagnostic method, the number of people with diabetes will continue to rise (3). There are numerous complications of diabetes, microvascular and macrovascular. Microalbuminuria (MA) is an important risk factor for cardiovascular disease and progressive kidney damage. This is true of the general population, and especially of diabetic patients, in whom it is common and records those who may develop macrovascular disease and progressive kidney damage (4). Each year, 4-9% of patients with type 2 diabetes with persistent microalbuminuria develop diabetic nephropathy (5,6). Type 2 diabetes nephropathy is the most common cause of end-stage renal disease in the United States, Europe, and Japan (7, 8, and 9). Microalbuminuria is the earliest sign of diabetic nephropathy (DN), so early detection of MA and early control of diabetes slow down the progression of DN (10). In the US, the incidence of diabetic nephropathy has increased by 150 percent in the last 10 years, a trend that has been observed in Europe as well. Obesity has been found to be a major contributor to insulin resistance and type 2 diabetes mellitus (11). In patients with type 1 diabetes, the development of clinical nephropathy is a relatively late event; however, in patients with type 2 diabetes, diabetic proteinuria may be present at diagnosis. The incidence of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes is low during the first 10 to 15 years of diabetes, after which it increases rapidly to a maximum of about 18 years and then decreases. Diabetes and its complications are a major cause of morbidity and mortality in the

United States, and the growing childhood obesity rate and increasing type 2 diagnosis have become an increasingly serious health crisis (12, 13).

Aim

The aim of this study is to determine the significance of risk factors and the occurrence of microalbuminuria in patients with type 2 diabetes.

Sample

Data were taken from the records of patients with type 2 diabetes mellitus, a total of 91 patients, of which 48 patients had DM without complications and 43 patients had diabetes and microalbuminuria (30-300 mmol / l) in the urine as a complication of the disease and were comparing. The study did not include patients who were not fully laboratory-treated and inpatients

General Medical examination

Anthropometric measurements include measurement of weight, height and waist circumference, Body Mass Index (BMI) by weight division (kg) per square meter in height (m²). BMI classification in adults: too low <18.5 kg / m²; normal 18.5-24.9 kg / m²; overweight 25-29.9 kg / m², obese ≥ 30 kg / m², obese class I 30-34.9 kg / m². The basics of categorization of patients in the different groups are described as follows: FH-positive family history of diabetes mellitus in the family, therefore they are classified as positive with FH (FH+) or not FH (FH-) diabetes mellitus.

Biochemical analyzes

The serum cholesterol, triglyceride concentrations were determined by enzymatic methods. The study used findings no older than six months and the last blood pressure measurement recorded on the patient's medical record. Cholesterol elevated ≥ 4.5 mmol / l, reference values up to 4.5 mmol / l, triglycerides increased ≥ 1.7 mmol / l, reference values up to 1.7 mmol / l. Normal urea values of 2.5-7.5 mmol / l, creatinine of 62-110 mmol / l, acidum uricum of 210-430 mmol / l. HbA1c <7.0% target value, -the reference value.

Hypertension was defined by systolic blood pressure <130mmHg and diastolic blood pressure <85 mmHg - the last cardiovascular measurement.

Statistics

Statistical analysis

Statistical analysis was performed in the SPSS program. Significance in differences was tested by Student's t - test and Hi square (χ^2) test. Each statistical analysis was performed with a 95% confidence interval and p <0.05 was considered statistically significant.

The results

Data on the described parameters were obtained from 91 subjects. The subjects were divided into two groups, one group consisting of subjects with type 2 diabetes without complications (n = 48), the other group consisting of subjects with diabetes having complications-microalbumins in urine (n = 43). Overall patient characteristics are listed in Table 1.

The demographic characteristics of subjects diagnosed with type 2 diabetes mellitus included in the analysis are shown in Table 1.

Table 1.

Characteristics	DM - (%)	DM+ (n %)
Total patient	48	43
Male	22 (45,83)	26 (60,47)
Female	26 (54,17)	17 (39,53)
Average age	61,50 \pm 7,12	60,86 \pm 7,73

DM - Diabetes without complications, DM + Diabetes with complications - Microalbumins in urine

Gander

Compared to women, who accounted for 54.17%, the proportion of men in the no-complication group was lower 45.83%, while in the complication group the number of men was higher 60.47% compared to women 39.53%.

Average age and Length of illness

By analyzing the patients' age and length of illness, we obtained the results shown in Table 2.

Table 2. Significance of age and duration on the occurrence of microalbumin in diabetes

	DM -	DM +	p
Average age	61,50 ± 7,12	60,86 ± 7,73	0,682
Length of illness	7,73 ± 4,60	8,16 ± 4,83	0,662

According to the results in Table 2, the average age of patients without complications was 61.50 years, while the average age of patients with complications was 60.86 years, and according to $P > 0.682$ there is no statistically significant difference in the average age between patients with and patients without complications. The average length of disease in patients without complications was 7.73 years, while the average disease duration of patients with complications was 8.16 years and according to $P > 0.662$ there is **no statistically** significant difference in the average length of disease between patients with and patients without complication.

Family history

Analyzing the family history of the patients mentioned, we obtained the results shown in Table 3 below.

Table 3. Positive family history of diabetes

	DM -(%)	DM +(%)
FH -	22 (45,83%)	13 (30,23%)
FH+	26 (54,17%)	30 (69,77%)

FH-negative family history of diabetes, FH + positive family history of diabetes

Diabetes

According to the results in the table above, there were a higher percentage of patients with a positive family history in the microalbuminuria group.

BMI-Body mass index

Table 4. Distribution of respondents by BMI value

BMI	DM- (%)	DM+ (%)
Too low	0,00	2,33
Normal	18,75	18,60
OW	12,50	9,30
Obese	56,25	32,56
Obese I	12,50	37,21
	p=0,042	

OW-overweight

There is a statistically significant difference in the relative representation of individual BMI modalities between patient groups $p < 0.05$ ($p = 0.042$), Table 4. Also the results in Table 5 show that there is a statistically significant difference in the relative representation of patients according to cholesterol values between patients with and without complication, $p < 0.05$ ($p = 0.001$). In both groups, the highest results were those with elevated triglyceride levels. There was no statistically significant difference in the relative representation of patients by triglyceride values between groups of patients with and without complications $p > 0.05$ ($p = 0.576$).

Table 5. Importance of lipids on the occurrence of microalbumin in diabetes

	Cholesterol		triglycerides	
	DM-(%)	DM+(%)	DM-(%)	DM+(%)
Reference	22,92	58,14	33,33	27,91
Elevated	77,08	41,86	66,67	72,09
	p=0,001		p=0,576	

There is no statistically significant difference in the relative representation of patients by pressure status, urea and creatinine and acidum uricum between patient groups with and without complications, with patients with normal urea and creatinine and acidum uricum being the most prevalent within both patient groups. Considering the HbA1C values shown in Table 6, it can be seen that patients with no complications are the most represented patients with elevated HbA1C values (62.50%), as is the case in the complication group (79.07%).

There is no statistically significant difference in the relative representation of patients by HbA1C values between patient groups.

Discussion

In 2013, the IDF reported a higher percentage of men with diabetes than women, as in other studies (2,14). FH + diabetes is associated with a number of metabolic disorders and is a strong risk factor for the development of DM. An increased

Table 6. Importance of urea, creatinine, ac uricum, pressure and HbA1c on the occurrence of microalbumin in diabetes

		DM-(%)	DM+(%)	p
Urea	reference	85,42	76,74	p=0,397
	elevated	14,58	20,93	
	lower	0,00	2,33	
creatinine	reference	91,67	86,05	p=0,135
	elevated	6,25	2,33	
	lower	2,08	11,63	
ac.uricum	reference	87,50	86,05	p=0,576
	lower	12,50	13,95	
HbA1c	reference	33,33	20,93	p=0,139
	elevated	62,50	79,07	
	lower	4,17	0,00	
Pressure	reference	62,50	60,47	p=0,966
	elevated	18,75	18,60	
	lower	18,75	20,93	

risk of DM is also mediated by genetic factors, as shown by our study, as well as numerous others, that individuals with a positive history of diabetes in the family have a higher percentage (14,15). In our study, more than half of the patients in both groups had a positive family history of diabetes, and we proved that a higher proportion of patients with a positive family history of diabetes were represented in the group of subjects in the microalbuminuria group.

A study in Bahrain shows an association between age and onset of microalbuminuria, more than 65 years old, and pressure greater than 160 mmHg, higher triglyceride levels, cholesterol, and disease duration. They also demonstrated that high HbA1c, higher systolic blood pressure greater than 160 mmHg, and long diabetes duration were significant predictors of albuminuria, while older age 65 years, male gender, and higher triglycerides were borderline predictors. Our study proved that there is a higher prevalence of men in the group with diabetes complications, ie microalbuminuria, and that there is an association with higher cholesterol levels (16). Also, numerous other studies show that higher pressure, cholesterol, creatinine influences the appearance of microalbuminuria (17,18,19).

However, our study showed that the average age of subjects was lower in the microalbuminuria group of 60.86 ± 7.73 years, but in our study, we

confirmed longer disease duration of 8.16 ± 4.83 compared to the group of subjects without microalbuminuria. Given that we did not find statistical significance in the duration of the disease, our respondents may have an average of 8 years of illness, and research shows that the higher incidence of microalbuminuria occurs from 10-15 years of the disease (12,13). BMI as well as cholesterol were statistically significantly higher in our study with a higher percentage in the microalbumin-free group, and obesity was proven to be a risk factor for insulin resistance (11). A high percentage of subjects in our study had normal values of urea, creatinine and acidum uricum, there was no statistical significance in these parameters as well as for pressure. Namely, almost the same number of patients had elevated pressure values in both groups.

Conclusion

Particular attention should be paid to risk factors such as obesity, FH diabetes and may be important to initiate early intervention and reduce the risk of subsequent complications of the disease. Sensitive populations may be counselled regarding the risk of obesity in particular, periodic studies of lipid levels, pressures and lifestyle changes.

References

1. McCullough AP, Ali S. Cardiac and renal function in patients with type 2 diabetes who have chronic kidney disease: potential effects of bardoxolone methyl. *Drug Des Devel Ther.* 2012; 6: 141–149.
2. Kharroubi TA, Darwish MH. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World J Diabetes* 2015 Jun 25; 6(6): 850–867.
3. International Diabetes Federation. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2013. *IDF Diabetes Atlas*. 6th ed. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html>.
4. Satchell SC, Tooke JE. What is the mechanism of microalbuminuria in diabetes: a role for the glomerular endothelium? *Diabetologia.* 2008; 51(5): 714–725.
5. Gæde P, Tarnow L, Vedel P, Parving H-H, Pedersen O. Remission to normoalbuminuria during multifactorial treatment preserves kidney function in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2004; 19 (11): 2784–2788
6. Parving H-H, Lehnert H, Brochner-Mortensen J, Gomis R, Andersen S, Arner P. The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2000; 345: 870–878.
7. Remuzzi G, Schieppati A, Ruggenenti P. Nephropathy in Patients with Type 2 Diabetes *N Engl J Med.* 2002; 346: 1145-1151.
8. European Dialysis and Transplant Association. Report on management of renal failure in Europe, XXVI, 1995. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11: Suppl 7: 1-32.
9. Doshi MS, Friedman NA. Diagnosis and Management of Type 2 Diabetic Kidney Disease. *CJASN* August 2017; 12(8): 1366-1373.
10. Aldukhayel A. Prevalence of diabetic nephropathy among Type 2 diabetic patients in some of the Arab countries. *Int J Health Sci (Qassim).* 2017 Jan-Mar; 11(1): 1–4.
11. Shuldiner AR, Yang R, Gong D-W. “Resistin, obesity, and insulin resistance — the emerging role of the adipocyte as an endocrine organ,” *The New England Journal of Medicine*, 2001; 345(18): 1345-1346.
12. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. “Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications,” *Physical Therapy*, 2008; 88(11), 1254–1264.
13. Zobel HE, von Scholten JB, Reinhard H, Persson F, Teerlink T, et al. Symmetric and asymmetric dimethylarginine as risk markers of cardiovascular disease, all-cause mortality. *Cardiovascular Diabetology.* 2017; 16: 88.
14. Aravinda J. Risk factors in patients with type 2 diabetes in Bengaluru: A retrospective study. *World J Diabetes.* 2019 Apr 15; 10(4): 241–248.
15. InterAct Consortium, Scott RA, Langenberg C, Sharp SJ, Franks PW, et al. The link between family history and risk of type 2 diabetes is not explained by anthropometric, lifestyle or genetic risk factors: the EPIC-InterAct study. *Diabetology.* 2013; 56: 60–69.
16. Al-Salman RA, Al-Basri HA, Al-Sayyad AS, Hearnshaw HM. Prevalence and risk factors of albuminuria in Type 2 diabetes in Bahrain. *J Endocrinol Invest.* 2009 Oct; 32(9): 746-51.
17. Ravid M, Brosh D, Ravid-Safran D, Levy Z, Rachmani R. Main risk factors for nephropathy in type 2 diabetes mellitus are plasma cholesterol levels, mean blood pressure, and hyperglycaemia. *Arch Intern Med* 1998; 158: 998–1004.
18. Al-Futaisi A, Al-Zakwani I, Almahrezi A, Al Hajri R, Al Hasmi L. Prevalence and predictors of microalbuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional observational study in Oman. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2006; 72(2): 212-215.
19. Lee S, Tang EW. The prevalence of albuminuria among diabetic patients in a primary care setting in Singapore. *Singapore Med J.* 2015 Dec; 56(12): 681–686.

Corresponding Author
 Sabina Zukic,
 Primary Health Centre,
 Banovici,
 Bosnia and Herzegovina,
 E-mail: sabinazukic@live.com

Anksioznost prema Geštalt teoriji i psihoterapiji

Andreja Pehar

Pedagoški fakultet, Univerzitet u Sarajevu, Bosna i Hercegovina.

Sažetak

Anksioznost je pojam koji sve češće susrećemo ne samo u stručnim krugovima, već i svakodnevnom govoru. Na neki način, kao da je postao dio svakodnevnice modernog života.

Osobe koje se nose sa ovim, nazovimo ga, stanjem, pokazuju niz simptoma koji se u zavisnosti od ličnosti individue oblikuju u neki od anksioznih poremećaja. Spomenimo neke od njih: panični poremećaj sa ili bez agorafobije, OKP (opsektivno kompluzivni poremećaj), GAP (generalizirani anksiozni poremećaj), PTSP (postraumatski stresni poremećaj), fobični poremećaj (specifične fobije i socijalna fobija). Poštoji čitav niz pravaca i terapija koje se bave ovom problematikom te kroz svoje teoretske ali i praktične okvire pokušavaju, na različite načine, objasniti nastanak anksioznosti kod individue, simptome koje ona izaziva – doprijeti do njenog žarišta i pronaći uzrok. Jedna od teorija odnosno psihoterapijskih pravaca koji imaju “dubinski” pristup problemu anksioznosti je i geštalt psihoterapija.

Ključne riječi: anksiozni poremećaj, geštalt psihoterapija, self

Uvod

U psihijatriji posebno ali i stručnoj literaturi gotovo uvijek, kada govorimo o osjećaju straha, nailazimo na podjelu: *strah* i *anksioznost*. Strah je definiran kao osjećaj koji nastaje uslijed realne i konkretne prijetnje i opasnosti dok je s druge strane anksioznost više difuzan i mučan osjećaj strepnje, tjeskobe od nečeg ugrožavajućeg a skrivenog u nama.

Ovdje već uočavamo razliku: strah dolazi kao posljedica vanjskih činilaca dok anksioznost potiče iz nutrine ličnosti. Pokušavajući objasniti sebi odnosno dati racionalan okvir ovoj tjeskobi, veliki broj osoba razvoja fobiju ili određene radnje (opsektivno kompluzivni poremećaj) te tako dobiti kakav takav smisao ište.

Anksioznost svatko doživljava u opasnim ili zabrinjavajućim situacijama. Kada smo anksiozni, svi procesi u tijelu se ubrzaju što može biti korisno jer tada smo ukoliko je potrebno brzu reakciju. Evolucijski gledano da nije anksioznosti ne bi bilo ni čovjeka. Umjerena količina anksioznosti u biti povećava mogućnosti reagiranja u teškim situacijama.

Anksioznost je češća ljudska emocija i razlikuje se s obzirom na karakter, intenzitet i trajanje simptoma nelagode, uznemirenosti, strepnje, tjeskobe i straha. Anksioznost u današnje vrijeme je sasvim uobičajena emocija te je možemo opisati kao jedan kontinuum. Na jednom kraju je normalna anksioznost, svakodnevna koja prati donošenje različitih odluka (javni nastupi, ispitne situacije). Anksioznost kao takva ima adaptivnu ulogu, stoga planiramo, razmišljamo, prilagođavamo se, izbjegavamo ili bježimo iz opasnih situacija.

Svakako je važno reći da je anksioznost normalna ljudska reakcija i je moguće potpuno ukloniti. Ipak možemo naučiti živjeti s njom i kontrolirati je. Normalna anksioznost je korisna za čovjeka jer upravo doživljajem iste pojačava se spremnost pojedinca za brzo i svrsishodno djelovanje. Takvu vrstu, razinu anksioznosti do određene razine osjetio je svaki čovjek. Iskustvo anksioznosti je uvijek praćeno somatskim senzacijama, ali kod normalne anksioznosti znatno slabijeg intenziteta u odnosu na iste u slučaju patološke anksioznosti.

Anksioznost na jednom kraju kontinuuma može biti normalna, poticajna, a na drugom kraju, odnosno prema drugom kraju može preći u psihički poremećaj, a teško je odrediti granicu između normalne i patološke anksioznosti. **Jedna osnovna razlika jest da normalnu anksioznost čovjek može kontrolirati, a patološka anksioznost kontrolira čovjeka.** Anksioznost se javlja u gotovo svim psihičkim poremećajima ali treba naglasiti da u anksioznim poremećajima dominira kliničkom slikom, dok se kod ostalih poremećaja pojavljuje kao sekundarni simptom. Anksioznost postaje

je problem kad se pojavi u vrijeme kad ne postoji stvarna opasnost ili kad se nastavlja dugo nakon što je stresna situacija prošla.

Možemo zaključiti da se raspon intenziteta smetnji kreće od razine pojedinačnih simptoma koji su gotovo univerzalno, normalno ljudsko iskustvo, preko nivoa sindroma, do nivoa poremećaja.

1. Anksiozni poremećaji

Osobe koje ispoljavaju i osjećaju anksioznost pokazuju niz simptoma, koji se u zavisnosti od ličnosti individue oblikuju u neki od anksioznih poremećaja. Neki od njih su:

- Panični poremećaj sa ili bez agorafobije
- OKP (opsesivno kompulzivni poremećaj)
- GAP (generalizirani anksiozni poremećaj)
- PTSP (postraumatski stresni poremećaj)
- Fobični poremećaj (specifične fobije i socijalna fobija)

U osnovi svakog od gore navedenih poremećaja je anksioznost koja se od straha, kao primarne emocije izazvane stvarnom prijetnjom, razlikuje po svojoj složenosti, rasplinutosti, neodređenosti i što je najvažnije iracionalnosti i nerealnosti. Dominantno je nemoćno iščekivanje velike ali i neodređene nesreće, koju anksiozna osoba percipira kao neminovnu.

Anksioznost je kompleksno, neugodno čuvstvo tjeskobe, bojazni, napetosti i nesigurnosti, praćeno aktivacijom autonomnog živčanog sustava. Termin anksioznost uveden je u psihologiju 1894. godine Freudovim opisom anksiozne neuroze, koristi se u psihologiji kako za opis čuvstvene reakcije izazvane nepoznatim ili neprepoznatljivim uzrocima, tako i za čuvstvena stanja pobuđena realnom ili predviđivom opasnošću. Anksioznost ima i motivacijsko djelovanje. Tako umjerena razina anksioznosti često pozitivno djeluje na učinak u različitim aktivnostima, dok odsustvo svake anksioznosti kao i vrlo intenzivna anksioznost smanjuje učinak. Intenzivna anksioznost javlja se uz mnoge psihičke, ali i fiziološke poremećaje. (Petz, i sur. 1992.)

Simptomi

Simptome anksioznosti možemo podijeliti u četiri grupe i to:

1. Tjelesni simptomi anksioznosti su:
2. kardiovaskularni (palpitacije, tahikardije, tlak, crvenilo, bljedilo)
3. respiratorni
4. promjene na koži.

Emocionalni simptomi anksioznosti su:

1. Uplašenost
2. Neugoda
3. Strah od gubitka kontrole
4. U panici osjećaj umiranja
5. Osjećaj sputanosti
6. Depersonalizacija (kao da to nisam ja)
7. Razdražljivost

Kognitivni simptomi:

1. Zabrinutost
2. Kognitivne konfuzije
3. Zastrašujuće fantazije
4. Teškoće u koncentraciji
5. Netolerancija na nejasnoće
6. Teškoće u zapamćivanju
7. Magijsko mišljenje

Ponašajni simptomi:

1. Izbjegavanje situacija i osoba
2. Sramežljivost
3. Stereotipije
4. Slabija koordinacija pokreta
5. Izrazita aktivnost ili pasivnost
6. Ponašanje suprotno strahovima

(prema Vulić Prtorić, 2007.)

U DSM – IV (1996.) Anksiozni poremećaji uključuju slijedeće poremećaje: Panični poremećaj bez agorafobije, Panični poremećaj s agorafobijom, Agorafobija bez prethodne anamneze Paničnog poremećaja, Specifična fobija, Socijalna fobija, opsesivno kompulzivni poremećaj, Post traumatski stresni poremećaj, Akutni stresni poremećaj, Generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj zbog općeg zdravstvenog stanja, Anksiozni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima i Anksiozni poremećaj, neodređen.

Panični napad je kratkotrajan period u kome se s iznenadnim početkom javljaju intenzivno: bojažljivost, strah ili užas,; često praćeni osjećajem nadolazeće propasti. Tijekom ovih napadaja prisutni

su slijedeći simptomi: kratkoća daha, palpitacije, bol ili nelagoda u grudima, osjećaji gušenja i strah „da će se poludjeti“ ili strah od gubitka kontrole.

Agorafobija je strah od mjesta ili situacije ili izbjegavanje mjesta ili situacije iz kojih bi bijeg mogao biti težak (ili spriječen) ili kod kojih pomoć ne bi stigla na vrijeme u slučaju simptoma.

Panični poremećaj bez agorafobije karakteriziran je ponavljanim i neočekivanim Paničnim napadima oko kojih postoji stalna zabrinutost. Panični poremećaj s agorafobijom karakteriziran je i ponavljanim i neočekivanim Paničnim napadima i Agorafobijom.

Agorafobija bez prethodne anamneze Paničnog poremećaja karakterizirana je prisutnošću Agorafobije i simptoma sličnih paničnim, ali bez neočekivanih paničnih napada u anamnezi.

Specifična fobija je karakterizirana klinički značajnom anksioznošću koja je izazvana izlaganjem osobe specifičnom objektu ili situaciji koja djeluje zastrašujuće, što često dovodi do izbjegavajućeg ponašanja.

Socijalna fobija je karakterizirana klinički značajnom anksioznošću koja je izazvana izlaganjem osobe određenim vrstama socijalnih situacija ili situacijama gdje osobe moraju izvesti neku aktivnost, što često dovodi do izbjegavajućeg ponašanja.

Opsesivno kompulzivni poremećaj je karakteriziran prisilnim mislima koje uzrokuju upadljivu anksioznost ili smetnje i/ili prisilnim radnjama (koje služe neutralizaciji anksioznosti).

Posť traumatski stresni poremećaj je karakteriziran ponavljanim doživljavanjem izrazito traumatičnih događaja, udruženih sa simptomima povišenog uzbuđenja i s izbjegavanjem podražaja koji podsjećaju na traumu.

Akutni stresni poremećaj je karakteriziran simptomima sličnim onima kod Posťtraumatskog stresnog poremećaja koji se pojavljuju neposredno ili kratko poslije izrazito traumatičnog događaja.

Generalizirani anksiozni poremećaj je karakteriziran najmanje šestomjesečnom, trajnom i izloženom anksioznošću i zabrinutošću.

Anksiozni poremećaj zbog općeg zdravstvenog stanja je karakteriziran izraženim anksioznim simptomima za koje se smatra da su neposredna fiziološka posljedica općeg zdravstvenog stanja.

Anksiozni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima karakteriziran izraženim anksio-

znim simptomima za koje se smatra da su neposredna fiziološka posljedica zlorabe droga, lijeka ili izlaganja toksinima.

Anksiozni poremećaj, neodređen služi za šifriranje poremećaja s izraženom anksioznošću ili fobičnog izbjegavanja, koji ne zadovoljavaju kriterije za bilo koji specifični Anksiozni poremećaj definiran u ovom poglavlju.

Postoji čitav niz pravaca i terapija koje se bave ovom problematikom te kroz svoje teoretske ali i praktične okvire pokušavaju, na različite načine, objasniti naстанak anksioznosti kod individue, simptome koje ona izaziva – doprijeti do njenog žarišta i pronaći uzrok. Jedna od teorija odnosno psihoterapijskih pravaca koji imaju „dubinski“ pristup problemu anksioznosti je i geštalt psihoterapija.

2. Tumačenje anksioznosti prema Geštaltu

U kontekstu Geštalt teorije anksioznost se promatra kao proces sa manjim gledanjem na sadržaj. Promatramo ga kao uzbuđenje bez podrške, iako ono treba i kognitivnu i fiziološku podršku. Kognitivno gledano, to je iskustvo raskoraka između prije i sada a razvija se kroz gubitak usmjerenosti u sadašnjosti.

Geštalt terapija definira anksioznost kao zarobljenost između našeg interesa za nečim ali ujedno i strahovanjem od toga. Da bi se „obranila“ od ovog osjećaja, osoba često razvijanjem fobije pronalazi ravnotežu između sebe i okoline (dakle, ovdje fobija ima ulogu obrambenog mehanizma).

Način razmišljanja anksioznih osoba je pun strepnje, zabrinutosti, neizvjesnosti, uznemirenosti i napetosti i usmjeren je na očekivanje negativnog. Tjelesni obrazac karakterizira plitko disanje, stiskanje dijafragme, „odcepljivanje“ tj. određeno prekidanje kontakta između glave i tijela. Osoba kao da prestaje doživljavati sebe kao cjelinu pri tome osjećajući samo glavu dok tijelo osjeća kao da joj ne pripada. Karakteristično za anksiozna stanja su i probavne smetnje, problemi sa spavanjem, glavobolja, poremećaji hranjenja.

U Geštalt psihoterapiji kažemo da je anksioznost stanje uzbuđenja za koje organizam nije osigurao podršku. Tako, suština geštalt psihoterapijskog rada na anksioznosti podrazumijeva rad na potencijalima osobe da sebe podrži u svom životu, da osigura sebi povjerenje u vlastite mehanizme funkcioniranja, da preispita svoja automatizirana

ponašanja i bogati spektar svojih životnih psiholoških alata, da proširi svjesnost o sebi i svom odnosu prema okruženju i time nađe za sebe mjesto u svijetu koje će je činiti uzbuđenom, a ne uplašenom životom. Kako novija psihijatrijska istraživanja pokazuju anksiozni poremećaj poprima sve ozbiljnije oblike i njegove manifestacije kao posljedicu imaju značajno narušavanje funkcionalnosti i kvaliteta života, a veoma često udružuju se sa depresivnim poremećajem,

Prema Geštalt teoriji, anksioznost je ono što nas odvaja od autentičnog selfa, a Perls navodi 5 slojeva koji postoje oko njega:

Sloj klišea – ponašanje koje je najmanje specifično i vezano za stvarnu osobu. Vrlo često je naučeno prema uzorima iz društva, profesije ili preuzeto iz porodice. Ovaj sloj čine rituali i maniri. Osoba nije sposobna za kontakt već je njeno ponašanje površno i umjetno.

Sloj igranja uloga – odnosi se na ponašanja koja pojedinac „glumi“ što mu omogućava izbjegavanje kontakta sa sobom i sa okolinom. Osoba živi prema ideji kakva bi trebala biti. U ovom sloju potrebe se prepoznaju ali ignorišu.

Sloj blokiranja (fobični sloj) – ovaj sloj predstavlja osjećaj praznine što je često vrlo zastrašujuće za osobu. Na ovom nivou se ličnost susreće sa onim što ona jeste a što prema vanjskim zahtjevima koje je preuzela kao svoje (introjekti) ne bi trebala biti. U ovom sloju se nalazi ono od čega bježimo i ono što odbijamo biti. Tu su otuđeni dijelovi ličnosti, strahovi, tuga, bol, i sve druge emocije koje su dovele do igranja uloga, te katastrofične fantazije šta će se dogoditi ako budemo onakvi kakvi jesmo.

Implzivni sloj – predstavlja ponašanje u kojem uzbuđenje ne prolazi kroz otpore jer osoba blokira ekspresiju a uzbuđenje se okreće *retrorefleksijom* i pojavljuje u obliku stezanje, grčenja, psihosomatskih smetnji ili umrtvljivanja. Ova ponašanja su vezana sa otporima. Emocije koje se u ovom sloju javljaju su tuga, očaj, strah i mržnja prema sebi.

Eksplozivni sloj slobodne energije – Perls razlikuje četiri vrste eksplozije energije a to su *orgazam, bijes, tuga i radoš*. Ovo nije zaštitni sloj, već sloj gdje su otpori riješeni, a osjećanja, potrebe i ponašanja osobe koji su bili prisutni sada mogu biti doživljeni u potpunosti i slobodno izraženi na pravi način. Ovdje se oslobađa energija koja je do sada bila potisnuta i sputavana.

Autentična ličnost – ličnost koja je razriješila sve prethodne slojeve i postala biće koje nije fragmentizirano i otuđeno. Osoba sebi dopušta živjeti.

Anksioznost je bazično stanje uma i pripada biću. To je esencijalno stanje bića koje jeste u svijetu. Fundamentalno i neophodno iskustvo za bivanje bića u svijetu je *sigurnost*. Razvoj i aktiviranje negativnih introjekata koji se formiraju kada sigurnost ili nije ostvarena ili je osujećena značajna je tema za razumijevanje formiranja nefunkcionalne i remeteće anksioznosti.

Sternova analiza istraživanja beba potvrđuje geštalt poziciju da kontakt postoji od samog rođenja. On također potvrđuje da do izvjesne mjere diskriminacija granica također postoji, što je uvjet kontakta. Sternov rad na emocionalnoj inteligenciji potvrđuje da poremećaj procesa kontakta u ranom djetinjstvu može duboko i značajno uticati na život pojedinca i njegove kreativne adaptacije.

Erikson ističe da kvaliteta stvarnog odnosa s majkom određuje doživljaj bazičnog povjerenja koji čini temelj ličnosti i na kojem se baziraju sva daljnja postignuća u socio emocionalnom razvoju.

Raniji teoretičari kao **Bolby**, također su vjerovali da anksioznost zavisi od sigurnosti i kvaliteta razvojno adekvatne intimne veze. Kada pojedinac nisu u sigurnoj vezi i u mogućnosti da razviju vjerovanje u sigurnost i svijet, posljedice na rast i razvoj su drašične. Ovakvo izostajanje sigurnosti ima za posledicu između ostalih, anksiozne poremećaje. Kao posljedica stalnih i drašičnih poremećaja sigurnosti, razvija se *introjekt* kao vjerovanje koje sa jedne strane zadovoljava potrebu djeteta da da značenje iskustvu, a sa druge strane stvara bazu na kojoj se formira i oblikuje svako slijedeće iskustvo, a to je da: „svijet nije siguran“. Ovo vjerovanje je osnova onoga što se zove „anksiozni poremećaj“ ali i kreativnost organizma koji traga za značenjem i koristi introjekt da prekine kontakt za koji nema dovoljno podrške. Tako organizam oštaje funkcionalan iako rigidan i stereotipan.

Kada se ovako formirani introjekti aktiviraju kreiraju osjećaj anksioznosti. Dopuštanje negativnim introjektima da se oslobode i aktiviraju remeti razvoj slobodne i sigurne volje, te na mjestu uzbuđenja podržanog od strane selfa, nailazimo na anksioznost ili anksiozni poremećaj ukoliko su nužni simptomi prisutni.

Nažalost, velika većina nas nikada ne primi inicijalnu potvrdu svoga bića da bi se razvilo bazično povjerenje. Ponekad potvrde izostaju i kasnije u kasnijim godinama kada se nađemo u drugim, također važnim stadijima razvoja. Zbog te čežnje i potrebe da se potvrdimo, a koju ne dobijamo self ostaje nepodržani ponekad suspendiran. Zato neki terapeuti tvrde da je suština dijaloškog odnosa da se zadovolji potreba klijenta za potvrđivanjem koju on konačno dobije od terapeuta u terapeutskom, autentičnom, dijaloškom odnosu. Iako to nije fokus terapije i terapeut se potvrđuje. Potvrđivanje drugog označeno je aktivnim naporom „okretanja ka“ i afirmacije (tj., empatijski i javno se deklirirati da nešto „jeste“) odvojene, jedinstvene egzistencije druge osobe, njene drugosti, jedinstvenosti, i njene zajedničke ljudske povezanosti i pripadnosti nama (terapeutima) i drugima u ljudskoj zajednici.

Odsustvo ove potvrde u bazičnom kontaktu i bazični neprihvatanje činjenice da su granice različite, kreira anksiozni poremećaj.

2.1 Važnost negativnih introjekata za razumijevanje anksioznosti

Negativni introjekti koji se kreiraju i nastali su poremećajem fundamentalnog osjećaja sigurnosti koji sa rađa u Ja-Ti odnosu kroz potvrđivanje selfa, kritičan je za razumijevanje anksioznosti. Introjektovati se odnosi na usvajanje bez refleksije i asimilacije i onemogućava razvoj jedinke i njenih originalnih vrijednosti. Ovo ostavlja organizam u unutrašnjem rascjepu između originalnog impulsa i introjekta. Introjekti interferiraju (miješaju, vrše se zajedno) sa doživljajem svijeta sa kojim je kontakt poremećen, rigidan i repetitivan.

Ovaj poremećaj kontakta i rascjep ili introjekcija negativnih vjerovanja koji su njegova posljedica, izaziva osjećaj nedostatka sigurnosti. U dugotrajnom i štrpljivim radu sa ovim klijentima negativna vjerovanja o svijetu koji je nesiguran se rekonstruiraju (obnavljaju) i asimiliraju te postepeno kreiraju podržavajuću podlogu za nova iskustva.

U terapiji se usmjeravamo i otkrivamo:

- odakle dolaze introjekti
- kako funkcioniraju
- kako interferiraju sa osjećajem sigurnosti

- kako se aktiviraju introjekti
- korak po korak iskustva bez introjekta
- zamjena sa novim uvjerenjem.

2.2 Uloga anksioznosti u evolviranju (promjeni) selfa

Nedostatak povjerenja, negativni introjekti i nedostatak potvrđivanja u Ja-Ti odnosu generišu anksioznost dok odrasli kreira odnos sa sredinom. Ova preplavljajuća anksioznost paralizira self, čini kontakt teškim i kreira situacije u kojoj se osoba osjeća uplašeno. To je anksiozni poremećaj.

Anksioznost nije samo nešto što interferira sa kontaktom već je dio procesa evolviranja selfa. Anksioznost je fundamentalno ljusko iskustvo i prisutna je u svim situacijama, dakle taj aspekt anksioznosti je egzistencijalan bez direktne reference ka spolja.

Anksioznost ima važne funkcije:

- anksioznost je praćena otporom i dio je svih otpora i omogućava individui da osjeti interno i fenomenološki da se otpor pojavljuje
- ponekad se pojavljuje kao najava da će se nešto dogoditi, kao na primjer sjećanje koje je na putu da se pojavi. Može biti najava da će se duboki emocionalni događaj odvit
- prati često brigu, sjećanja, nezavršene i konfuzne situacije iz prošlosti
- anticipacija budućih događaja je također praćena anksioznošću
- prati projekciju pozitivnih i negativnih introjekata na ljude, objekte, događaje i mjesta
- signal je pojave negativnih introjekata posebno onih o sigurnosti u svijetu.

Tako anksioznost igra važnu ulogu u funkcioniranju selfa. Ako je anksioznost koja je inspirirana lošim iskustvom jača, prirodna anksioznost ne može funkcionirati kao podrška i informacija za život.

2.3 Anksioznost kao proces kreativnog prilagođavanja

Proces kreativnog prilagođavanja novoj materiji i okolnostima uvijek podrazumijeva fazu agresije i destrukcije, jer prilaganjem, „grabljenjem“ i izmjenom starih struktura, ono što nije - postaje slično. Kada nastaje nova konfiguracija, stara stečena na-

vika organizma u kontaktiranju i prethodno stanje onoga čemu se pristupilo i što je kontaktirano, uništavaju se u cilju ostvarenja novog kontakta. Ovakva destrukcija postojećeg stanja može izazvati strah, prekid i anksioznost, koji se razmjerno povećavaju sa stupnjem nečije neurotične nefleksibilnosti.

Nesigurnost koja se pojavljuje ima dva izvora: *bol rastućeg uzbuđenja i strah da se odbaci ili da se bude odbačen, strah od razaranja i promjena*. Ova dva straha se uzajamno povećavaju ali u krajnjoj liniji su isti. Naprotiv, osjećaj "sigurnosti" se stiče vezanošću za status quo, za stanje prilagođenosti koje je dostignuto u prošlosti. Novo uzbuđenje prijeti da ovu sigurnost protrese iz temelja. Trebamo shvatiti da ne postoji takva stvar kao istinska sigurnost, jer bi tada self bio fiksiranost. Kada ne postoji iracionalni strah, ne postavlja se pitanje da li je osoba sigurna ili ne, već se problemu pristupa konfrontiranjem.

Kod neurotičara se javlja reducirana svijest, povećava se anksioznost i depresija, kao i unutrašnji konflikt. Ipak, neurotičari nastavljaju da manifestuju zainteresovanost i sposobnost da shvate konsenzusom utvrđenu realnost, uključujući i fenomenološku realnost drugih. Kod njih postoji kontinuitet lični doživljaj (bar minimalni) samopoštovanja i poštovanja od strane drugih i uspavaju se kreativno prilagoditi ličnom kontekstu.

Najjasniji slučaj zdrave anksioznosti je strah, gušenje osjećanja i pokreta, u kome se osoba potpuno angažira kako bi se suočila sa iznenadnom opasnošću. Vrlo je vjerovatno da će ovakva situacija biti traumatična, što možemo vidjeti ako je usporedimo sa običnom bojazni. Kod bojazni, predviđena je pojava opasnog objekta; čovjek je promišljen i defanzivan u odnosu na njega; prema tome, kada je neophodno da se povuče, jer je opasnost prevelika, prilaz sredini je još uvijek otvoren; a kasnije sa porastom znanja i snage, biće moguće ponovo se suočiti sa opasnošću, izbjeci je ili uništiti. Kad je u pitanju strah, preteći bol i kazna iznenada se pomaljavaju i postaju preovlađujuće veliki, odgovor se svodi na odsijecanje sredine, to jest, jedinka se pretvara da je mrtva ili se povlači unutar svoje kože. Anksioznost, uzbuđenje koje je iznenadna zarobljeno na mišićnoj razini, nastavlja da je potresa još dugo nakon toga, sve dok se normalno disanje ponovo ne uspostavi.

Disanje, naravno, može biti prekinuto i izazvati anksioznost na druge načine osim straha; uopće, strah i ovi drugi načini su povezani. Frojd je ista-

kao *coitus interruptus*, prekid vrhunca kontakta, kao poseban uzrok primarne anksioznosti (aktuelne neuroze), sa neurašteničnim simptomima.

Anksioznost je prekid kreativnog prilagođavanja. Različiti mehanizmi i "karakter" neurotičnog ponašanja se mogu posmatrati kao stadijumi kreativnog prilagođavanja u kojima se uzbuđenje prekida.

Svaka tipologija zavisi od teorije ljudske prirode, terapijskog metoda, kriterijima zdravlja, grupe osoba. Ovdje istaknuta shema nije izuzetak. Potrebno je da terapeut ima sopstvenu koncepciju radi orijentacije, da bi znao gdje gledati. Pozadina ove umjetnosti je stečena navika, kao u svakoj drugoj umjetnosti. Postoji isti problem kao u svakoj drugoj umjetnosti: kako koristiti ovu apstrakciju (pa prema tome i fiksaciju), a da se pri tome ne izgubi sadašnja aktuelnost, a posebno tok aktuelnosti i kako - što je poseban problem koji terapija dijeli sa pedagogijom i politikom - ne nametati standard, već pomoći drugome da razvije sopstvene potencijale.

Prema postavkama GT osoba egzistira kroz razlikovanje sebe od okoline i kroz povezivanje sebe i drugih (potreba za zajedništvom i potreba za odvojenošću). Ljudi su definirani svojim granicama odnosno svaka osoba ima svoje granice, koje se nazivaju 'ja-granice', i predstavljaju dozvoljenu razinu kontakta za određenu osobu.

Postoji čitav spektar različitih granica kontakta. 'Ja-granice' nisu fiksne: važno je da osoba drži svoje granice propusnim kako bi moglo doći do promjene, ali i čvrstim kao bi osoba bila autonoma. Kako bi osoba ostvarila dobar kontakt treba posegnuti prema svojim granicama i istražiti ih. Ukoliko osoba ima vrlo rigidne i čvrste 'ja-granice', te strah od njihove ekspanzije, može doći do pojave prevelike količine uzbuđenja koje osoba potiskuje, što doživljava kao pojavu **anksioznosti**.

S druge strane, promjena granica može dovesti i do značajne ugone.

Pomicanje vlastitih granica kod ljudi izaziva strah i to od gubitka vlastitog identiteta, no ono što je potrebno istražiti je identitet koji se razvija. Upravo je eksperiment u Gestalt terapiji jedan od načina da osoba osjeti svoje granice, mjesto uzbuđenja i njihovo širenje.

U kontekstu Gestalt terapije, koncept anksioznosti stavlja veći naglasak na proces nego na sadržaj anksioznosti. Prema jednoj od definicija **anksioznost** je uzbuđenje bez podrške.

Anksioznost se doživljava kao uzbuđenje koje je poremećeno ili je bez podrške. Uzbuđenje treba kognitivnu i fiziološku podršku.

1. Kognitivno, anksioznost je iskustvo raskoraka između sada i prije, između sada i kreativne ekspresije uzbuđenja. Razvija se kognitivno kroz gubitak usmjerenosti u sadašnjost. To uzima formu negativnih predviđanja, pogrešnih interpretacija i iracionalnih vjerovanja.
2. Promatranje anksioznosti iz **fiziološke** perspektive odnosi se na potrebu organizma za kisikom kao podrškom uzbuđenju.

Geštalt terapija promatra anksioznost i kao **karakterološku** osobinu. **Anksioznost** se razvija kada smo "zarobljeni" između našeg interesa za nečim i našeg straha od toga.

Što je zapravo anksioznost? Prema definiciji Fritza Perlsa, osnivača Geštalt terapije:

"Anksioznost je uzbuđenje bez disanja."

3. Rad s anksioznim osobama

U radu sa anksioznim osobama Geštalt terapija primjenjuje direktna iskustva i eksperimentiranje kojima osoba širi svoje granice i svjesnost. Rad se temelji na „*Ti – Ja*“ odnosu „*Što – Kako*“ i „*Ovdje i sada*“ principu.

Mogućnosti tehnika su beskonačne: igranje uloga, dijalog, naglašavanje, JA rečenice, crteži, domaće zadaće, rad na snovima i sl.

Jedan od glavnih ciljeva Geštalt terapije pri radu sa anksioznim osobama (ali i općenito) bio bi reintegracija dijelova ličnosti u novu cjelinu. Osoba sebe uspijeva identificirati sa otuđenim dijelovima sebe. Tokom terapije osoba uči identificirati i prihvatiti svoje potrebe, težnje, želje, emocije i vrijednosti.

Jedan od ciljeva je i osvještavanje procesa kojim osoba ulazi u kontakt, prepoznavanje otpora da bi na taj način, uvidom, uspostavila prirodnu sposobnost samoregulacije. Osvješčuju se navike i isprobavaju nova ponašanja. Osoba zahvaljujući svjesnosti sama bira ponašanja, preuzima odgovornost za njih i na kreativan način se počinje nositi sa životom, pri tome sebi dopuštajući rast, razvoj i promjene.

Zato bi mogli reći da je osnovni cilj Geštalt terapije **zrelost, rast, autentičnost i odgovornost, kroz povećanje svjesnosti.**

Jedno od važnih mjesta u terapiji je *IMPASS*. Ono ima odlučujuću ulogu u rastu osobe. To je pozicija gdje je podrška okoline ili unutarnja podrška zaštarjela i više ne funkcionira, a autentična samopodrška se još nije uspostavila. Neki to opisuju kao mjesto praznine, crnila, provalije. Ukoliko se osoba zadrži, oštane dovoljno dugo sa iskustvom *impassa*, može pronaći podršku u autentičnom postojanju i iskustvu. To je postojanje sa tačnom percepcijom i sposobnosti štavljanja svog istinskog selfa u svoju okolinu pri tome tačno percipirajući druge.

Osoba sazrijevujući „razbija“ anksiozne obrasce ponašanja, prebacuje podršku okoline na svoju, unutrašnju i nalazi oslonac u sebi samoj. Prestaje biti ovisna i shvaća da može učiniti puno više nego što se činilo iz perspektive anksiozne bespomoćnosti. Podržava sebe kao dovoljno jaku i fleksibilnu, što se vremenom postiže kroz rad na sebi u individualnim i grupnim tretmanima.

Mjesto *psihoterapije* u anksioznim poremećajima je veoma važno, ali sa svješću da je neophodno postaviti realan i adekvatan cilj terapije, koji najčešće ne može imati ambiciju u potpunom „izlječenju od straha“, već se akcent štavlja na ovladavanje strahom. U sigurnom terapijskom okruženju, uspoštavljanjem adekvatnog terapijskog odnosa punog podrške i nade, osoba lagano uviđa svoj odnos između doživljenih opasnosti i pretpostavljenih vlastitih sposobnosti, uspoštavlja kontrolu nad osjećanjima straha, uči kako da bude samoštalnija, kako da koristi sve svoje psihičke resurse i sisteme podrške (kako lične, tako i socijalne), uviđa svoje unutrašnje konflikte i načine na koje bivaju aktivirani spoljašnjim okolnostima, uči kako da prepozna načine na koje sebe drži u „začaranom krugu“ anksioznosti i kako da taj krug prekine, korigira svoja nefunkcionalna vjerovanja o svijetu i svom mjestu u svetu, uči da diferencira svoje emocije i da ih kontekstualno razumije, štječe povjerenje u sebe i svoje snage, planira i osigurava budućnost oslanjajući je na realne osnove.

Literatura

1. *DSM – IV 1996. Naklada Slap, Jastrebarsko*
2. *Kepner JI. Body process: A gestalt approach to working with the body in psychotherapi. CRC Press, 2014.*
3. *Kirchner M. Gestalt therapy theory: An overview. Gestalt, 2000; 4(3): 4-3.*
4. *Hollander E. Simeon D. Anksiozni poremećaji, Naklada Slap, 2006.*
5. *Nemirinsky O. Gestalt approach to psychosomatic disorders, 2013.*
6. *Perls F, Hefferline G, Goodman P. Gestalt therapy. New York, 1951.*
7. *Petz B. Psihologijski riječnik, Prosvjeta Zagreb, 1992.*
8. *Vulić Prtorić A. Bilješke s predavanja, 2008.*

Corresponding Author

Andreja Pehar,

Pedagoški fakultet,

Univerzitet u Sarajevu,

Bosna i Hercegovina,

E-mail: andrejapehar@gmail.com

Stepen zadovoljstva pacijenata sa dijagnozom akutne leukemije zdravstvenom uslugom

Marevac Mirsada

Fakultet zdravstvenih studija, Sarajevo, Bosna i Hercegovina.

Sažetak

Akutne leukemije su maligne neoplazme sa infiltracijom koštane srži, organa hematopoetskog sistema, ali i svih drugih organa organizma, najčešće centralnog nervnog sistema. Cilj ovog istraživanja je da se ispita zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom uslugom ljekara, zadovoljstvo uslugom medicinske sestre, generalno zadovoljstvo zdravstvenim uslugama u savjetovalištu, te prikazati dužinu čekanja na pregled kod ljekara interniste u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Provedeno je ispitivanje korištenjem anketnog upitnika od ukupno 12 pitanja sa pod pitanjima.

Istraživanje je provedeno u Hematološkom savjetovalištu u Kliničkog centra, koji pripada tercijalnom nivou zdravstvene zaštite

Iz navedenog istraživanja dolazimo do zaključka da 40% pacijenata ocjenjuje uslugu ljekara zadovoljavajućom, 35% od 20 iz anketiranih pacijenata je zadovoljno uslugom medicinske sestre, 50% pacijenta smatra da je generalno usluga u savjetovalištu zadovoljavajuća, a 90% pacijenata ili njih 18 od anketiranih 20 je čekalo duže od dva dana na pregled kod ljekara.

Ključne riječi: leukemija, zadovoljstvo, usluga, savjetovalište.

1. Uvod

Akutna leukemija je posljedica maligne pretvorbe matične hematopoetske stanice u primitivnu, nediferenciranu, abnormalno dugovijeku stanicu. Te limfatične (u ALL) ili mijeloidne (u AML) stanice razularenost bujaju, potiskuju normalno tkivo srži i hematopoetske stanice te uzrokuju anemiju, trombocitopeniju i granulocitopeniju. Budući da su ipak krvne stanice, mogu infiltrirati bilo koji organ ili dio tijela, posebno jetru, slezenu, limfne čvorove, CNS, bubrege i gonade. Ovo istraživanje je uključilo 20 pacijenta, koji su koristili usluge ljekara- interniste u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Akutne leukemije su maligne neoplazme sa infiltracijom koštane srži, organa hematopoetskog sistema, ali i svih drugih organa organizma, najčešće centralnog nervnog sistema. (1)

Uz morfološku podjelu akutnih leukemija u kliničkom radu se koriste citohemijska, imunološka, citogenetička i molekularna podjela.

Prema FAB klasifikaciji: akutna mieloblastna leukemija (AML), predstavlja postojanje 8 podtipova AML MO-M7 akutna limfoblastna leukemija (ALL), tri podtipa L1—L2—L3.

Nakon postavljanja dijagnoze akutne leukemije, započinje se sa citostatskom terapijom indukcije kojom se eradicira maligni klon blasta, a neutropenija postaje izražljivija i pacijent je izložen infekcijama.

Terapijski cilj je potpuna remisija, tj. povlačenje svih kliničkih promjena, uspostava uredne KKS i normalne hematopoeze s <5% blasta uz nestanak leukemijskog klona. Iako su terapijska načela liječenja ALL i AML slična, farmakoterapija se razlikuje. Složena priroda kliničke slike i brojni terapijski protokoli nalažu da liječenje provodi iskusan tim. Bolesnici bi se po mogućnosti trebali liječiti u specijaliziranim ustanovama, osobito u kritičnim fazama (npr. indukcija remisije). (1)

Hematološko savjetovalište u Kliničkom centru pripada tercijalnom nivou zdravstvene zaštite gdje se provode laboratorijske pretrage, dijagnostička ispitivanja:sternalna punkcija, biopsija košti, pukcija žlijezda i aplikacija cito-terapije, venepunkcije itd.

Za organizaciju i sprovođenje visokodiferencirane konsultativno--specijalističke zdravstvene zaštite, odjeljenja dijagnostike i poliklinike sa odsjekom dnevne bolnice Klinike za hematologiju je potrebno:

Standard kadrova:

- 6 ljekara sa usmjerenom specijalizacijom
- 3 zdravstvena tehničara
- 1 viša medicinska sestra.

Standard prostora :

- 3 ordinacije,
- 1 prostorija za dnevnu bolnicu,
- 1 prostorija za intervencije i dijagnostičke procedure,
- 1 kartoteka.

2. Ciljevi istraživanja

Polazeći od definisanog problema istraživanja, postavili smo i slijedeće ciljeve ovog ispitivanja:

1. Prikazati zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom uslugom ljekara.
2. Prikazati zadovoljstvo uslugom medicinske sestre.
3. Prikazati generalno zadovoljstvo zdravstvenim uslugama u savjetovalištu
4. Prikazati dužinu čekanja na pregled kod ljekara interniste .

3. Metode istraživanja

Ovo istraživanje je uključilo 20 pacijenata. Pacijenti su grupirani prema spolu, životnoj dobi, socio-ekonomskom statusu i nivou obrazovanja. Svi pacijenti su koristili usluge ljekara- interniste u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Provedeno je ispitivanjem korištenjem anketnog lista. Anketni list sadrži 12 pitanja od toga 6 pitanja se tiču općenito o pacijentu, dok slijedećih 6 pitanja su pitanja konkretno vezana za zadovoljstvo uslugama u savjetovalištu.

Kod ocjenjivanja stepena zad uzeta je metoda po principu ocjenjivanja na bazi likertove skale u rasponu 1-5 gdje je:

- Nezadovoljan
- Slabo zadovoljan
- Zadovoljan
- Vrlo zadovoljan
- Odlična usluga

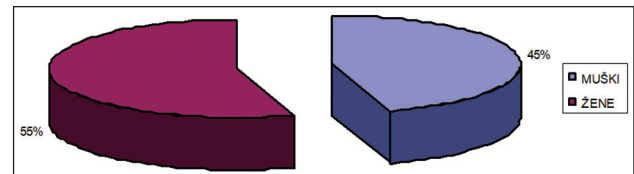
Svi dobiveni podaci su svrstani u tabele u statističko-matematičkom programu MS Exel. Nakon unošenja podataka oni su statistički obrađeni, te tabelarno i grafički prikazani.

4. Rezultati istraživanja

U našem istraživanju učestvovalo je ukupno 20 ispitanika. U starosnoj dobi od 26 do 76 g.

Tabela 1. Spolna struktura ispitanika

Pol		
Muški	9	45%
Žene	11	55%
Ukupno	20	100%

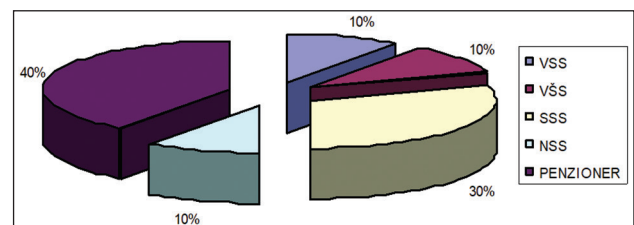


Grafikon 1. Pregled spolne strukture

Iz tabele i grafikona broj 1 može se vidjeti da od ukupno 20 pacijenata njih 9 odnosno 45% su bili muškarci a 11 odnosno 55% žene.

Tabela 2. Stručna sprema ispitanika

Stručna sprema		
VSS	2	10%
VŠS	2	10%
SSS	6	30%
NSS	2	10%
Penzioner	8	40%
Ukupno	20	100%

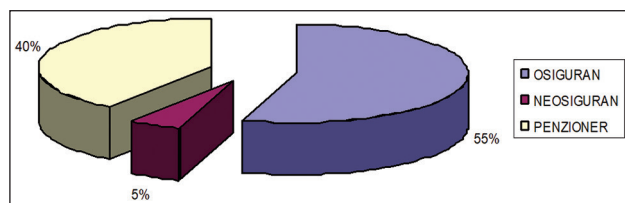


Grafikon 2. Pregled prema stručnoj spremi ispitanika izražen u procentima

Iz tabele i grafikona broj 2 može se zaključiti da 30% pacijenata je imalo SSS, VŠS 10%, Penzionera 40%, NSS 10% i VSS 10%

Tabela 3. Zdravstveno osiguranje ispitanika

Zdravstveno osiguranje		
Osiguran	11	55%
Neosiguran	1	5%
Penzioner	8	40%
Ukupno	20	100%

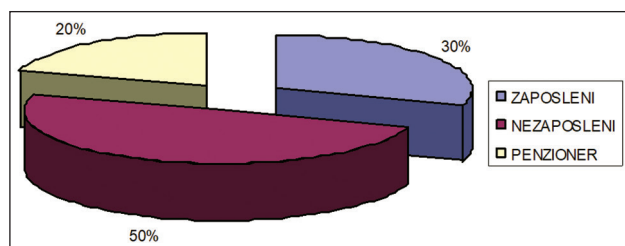


Grafikon 3. Prikaz zdravstvenog osiguranja izražen u procentima

Iz tabele i grafikona broj 3 može se zaključiti da od 20 pacijenata njih 11 ili 55% su osigurani zdravstveno.

Tabela 4. Zaposlenje ispitanika

Zaposlenost		
Zaposleni	6	30%
Nezaposleni	10	50%
Penzioner	4	20%
Ukupno	20	100%

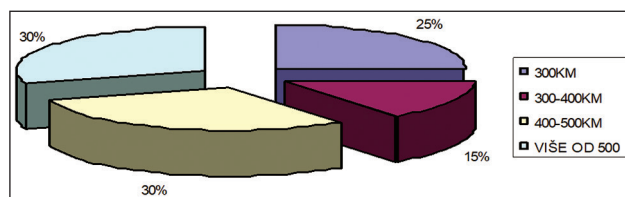


Grafikon 4. Prikaz zaposlenja izražen u procentima

Iz tabele i grafikona broj 4 može se zaključiti da od 20 pacijenata njih 30% ili 6 pacijenata je zaposleno.

Tabela 5. Primanja u porodici u KM

Primanja u porodici		
300KM	5	25%
300-400KM	3	15%
400-500KM	6	30%
Više od 500	6	30%
Ukupno	20	100%

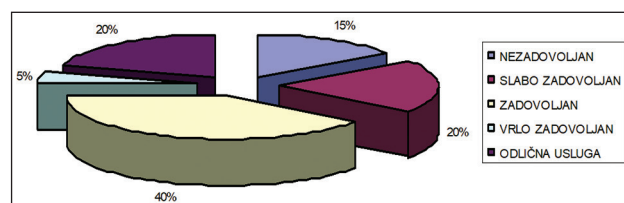


Grafikon 5. Prikaz primanja u KM u porodici prikazan u procentima

Iz tabele i grafikona broj 5 može se zaključiti da njih 15% odnosno 3 ima primanja između 300 i 400 KM a takođe i 30% odnosno njih 6 ima primanja veća od 500 KM

Tabela 6. Ocjena zadovoljštava ljekarskom uslugom

Zadovoljstvo ljekarskom uslugom		
Nezadovoljan	3	15%
Slabo zadovoljan	4	20%
Zadovoljan	8	40%
Vrlo zadovoljan	1	5%
Odlična usluga	4	20%
Ukupno	20	100%

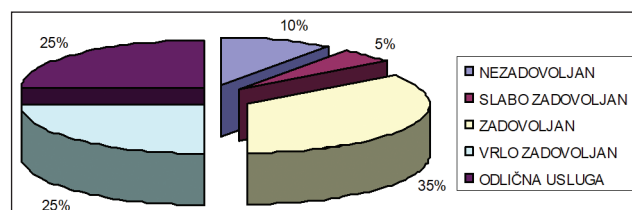


Grafikon 6. Prikaz ocjene zadovoljštava ljekarskom uslugom izražen u procentima

Iz tabele i grafikona broj 6 može se zaključiti da 40% pacijenata ocjenjuje uslugu ljekara zadovoljavajućom.

Tabela 7. Zadovoljstvo uslugom medicinske sestře

Zadovoljstvo uslugom medicinske sestře		
Nezadovoljan	2	10%
Slabo zadovoljan	1	5%
Zadovoljan	7	35%
Vrlo zadovoljan	5	25%
Odlična usluga	5	25%
Ukupno	20	100%

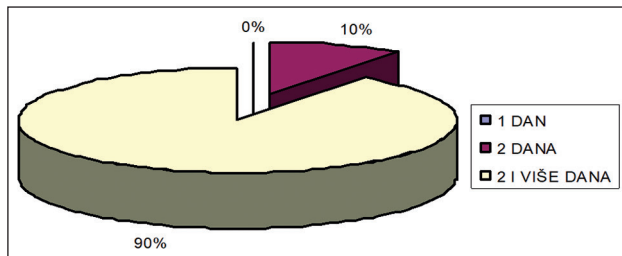


Grafikon 7. Prikaz zadovoljstvom uslugom medicinske sestře izražen u procentima

Iz tabele i grafikona 7 može se zaključiti da 35% odnosno 7 pacijenata je zadovoljno uslugom medicinske sestře.

Tabela 8. Dužina čekanja na pregled

Dužina čekanja na pregled		
1 dan	0	0%
2 dana	2	10%
2 i više dana	18	90%
Ukupno	20	100%

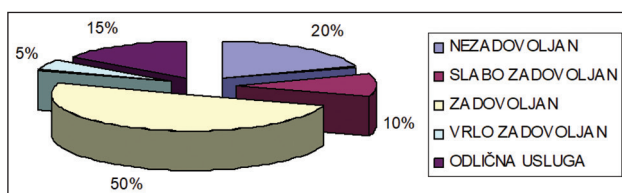


Grafikon 8. Prikaz dužinje čekanja na pregled izražen u procentima

Iz tabele i grafikona broj 8 može se zaključiti da 90% pacijenata ili njih 18 je čekalo duže od dva dana na pregled kod ljekara.

Tabela 9. Zadovoljstvo zdravstvenom uslugom u dijabetološkom savjetovalištu

Zadovoljstvo zdravstvenom uslugom u dijabetološkom savjetovalištu		
Nezadovoljan	4	20%
Slabo zadovoljan	2	10%
Zadovoljan	10	50%
Vrlo zadovoljan	1	5%
Odlična usluga	3	15%
Ukupno	20	100%



Grafikon 9. Prikaz zadovoljstvo zdravstvenom uslugom u dijabetološkom savjetovalištu

Iz tebele i grafikona broj 9 može se zaključiti da 50% pacijenta smatra da je usluga u dijabetološkom savjetovalištu zadovoljavajuća.

Zaključci

1. Iz navedenog istraživanja dolazimo do zaključka da 40% pacijenata ocjenjuje uslugu ljekara zadovoljavajućom
2. Zaključili smo da 35% od 20 izanketiranih pacijenata je zadovoljno uslugom medicinske seštre.
3. Može se zaključiti da 50% pacijenta smatra da je generalno usluga u dijabetološkom savjetovalištu zadovoljavajuća
4. Može se zaključiti da 90% pacijenata ili njih 18 od anketiranih 20 je čekalo duže od dva dana na pregled kod ljekara.

Literatura

1. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/hematologija-i-onkologija/leukemije/akutna-leukemija>
2. Heljić B. Diabetes mellitus klinički aspekti. U: Heljić B, Dilić M, Čengić F, Lončarević N: Sarajevo, Jež, 2002.
3. Slijepčević D, Vujović S, Nestorović Z. Humana klinička endokrinologija. Beograd, Obeležja, 2002: 589-760.

Corresponding Author

Marevac Mirsada

Fakultet zdravstvenih študija,

Sarajevo,

Bosna i Hercegovina,

E-mail: balkanjournal@yahoo.com

Instructions for the authors

All papers need to be sent to e-mail: balkanjournal@yahoo.com

Preparing the camera ready paper for Balkan Journal of Health Science

First Author¹, Second Author², Third Author³

¹ First affiliation, City, Country,

² Second affiliation, City, Country,

³ Third affiliation, City, Country.

Abstract

In this paper the instructions for preparing camera ready paper for the Journal are given. The recommended, but not limited text processor is Microsoft Word. Insert an abstract of 50-100 words, giving a brief account of the most relevant aspects of the paper. It is recommended to use up to 5 keywords.

Key words: Camera ready paper, Journal.

Introduction

In order to effect high quality of Papers, the authors are requested to follow instructions given in this sample paper. Regular length of the papers is 5 to 12 pages. Articles must be proofread by an expert native speaker of English language. Can't be accepted articles with grammatical and spelling errors.

Instructions for the authors

Times New Roman 12 points font should be used for normal text. Manuscript have to be prepared in a two column separated by 5 mm. The margins for A4 (210×297 mm²) paper are given in Table 1.

Table 1. Page layout description

Paper size	A4
Top and Bottom margin	20 mm
Left margin	20 mm
Right margin	18 mm
Column Spacing	5 mm

Regular paper may be divided in a number of sections. Section titles (including references and acknowledge-ment) should be typed using 12 pt fonts with **bold** option.

For numbering use Times New Roman number. Sections can be split in subsection, which should be typed 12 pt *Italic* option.

Figures should be one column wide. If it is impossible to place figure in one column, two column wide figures is allowed. Each figure must have a caption under the figure. For the figure captions 12 pt *Italic* font should be used. (1)

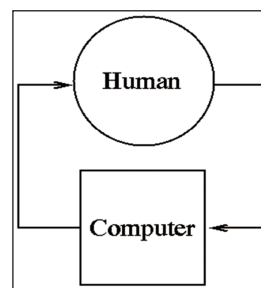


Figure 1. Text here

Conclusion

Be brief and give most important conclusion from your paper. Do not use equations and figures here.

Acknowledgements (If any)

These and the Reference headings are in bold but have no numbers.

References

1. Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behcet's disease. *N Engl J Med* 1999; 341: 1284-1291.
2. Stewart SM, Lam TH, Bešton CL, et al. A Prospective Analysis of Stress and Academic Performance in the first two years of Medical School. *Med Educ* 1999; 33(4): 243-50.

Corresponding Author
Name Surname,
Institution, City,
Country,
E-mail