



Promocija zdravlja obitelji djece s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima

Health promotion in families who have children with intellectual and developmental disabilities

Emira Švraka^{1*}, Slobodan Loga², Dijana Avdić¹, Jasmina Berbić-Fazlagić¹

¹ Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Bolnička 25, 71000 Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

² Academy of science and art of Bosnia and Herzegovina, Bistrik 7, 71000 Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

Abstract

Intellectual disability is the state of stopped or incomplete mental development which is featured by the impairment of abilities occurring at the development age and contributes to general level of intelligence, such as speech, cognitive, motor and social abilities. Disability can occur together or separately from other mental or physical disorders. 290 million people worldwide are estimated to have disabilities. Health is a core element in quality of life, but poverty, marginalization, limited access to primary health care, and lack of health promotion knowledge compromise health. Based on a research results in all nine areas of the family life quality (health, financial status, family relations, support of other, support of services, influence of values, career, leisure and recreation, and community interaction) community could influence with the permanent preventive measures on 6 concepts of family life quality: importance, possibility, initiative, achievement, stability and satisfaction. The research could be of great help for the development of comprehensive strategies for improvement of quality of life for families that have one or more members with intellectual disability. From inclusion we expect approach to individual and his/her family by the society, to take into account all their diversities, preservation and improvement of their personal physical and mental health, for optimal possible functioning, at all personal and social levels.

© 2011 University of Sarajevo
Faculty of Health Studies

Keywords: health promotion, intellectual and developmental disabilities, inclusion

Sažetak

Intelektualno onesposobljenje je stanje zaustavljenog ili nepotpunog psihičkog razvoja, koje se naročito karakteriše poremećajem onih sposobnosti koje se pojavljuju tokom razvojnog perioda i koje doprinose opštem nivou inteligencije, kao što su govorne, kognitivne, motoričke i socijalne sposobnosti. Onesposobljenje može da se javi sa ili bez drugih mentalnih ili fizičkih poremećaja. Procjenjuje se da širom svijeta ima 290 miliona ljudi s onesposobljenjima. Zdravlje je suštinski element kvaliteta života, ali siromaštvo, marginalizacija, ograničen pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti i nedostatak promocije znanja o zdravlju, ugrožavaju zdravlje. Na osnovu rezultata istraživanja u svih devet domena obiteljskog kvaliteta života (zdravlje, finansijsko blagostanje, odnosi u obitelji, podrška drugih ljudi, podrška servisa, uticaj vrijednosti, karijera, odmor i rekreacija i interakcija zajednice) zajednica bi kontinuiranim preventivnim mjerama mogla da djeluje na 6 koncepata obiteljskog kvaliteta života: značaj, mogućnosti, inicijative, postignuća, stabilnosti i zadovoljstva. Istraživanje bi moglo da pomogne razvoju sveobuhvatne strategije poboljšanja kvaliteta života obitelji koje imaju jednog ili više članovana s intelektualnim onesposobljenjem. Od inkluzije očekujemo pristup pojedincu od strane društva, koje uzima u obzir sve njegove različitosti, očuvanja i unapređenja njegovog tjelesnog i duševnog zdravlja, za optimalnu moguću funkciju, na svim osobnim i društvenim nivoima.

© 2011 Univerzitet u Sarajevu
Fakultet zdravstvenih studija

Ključne riječi: promocija zdravlja, intelektualna i razvojna onesposobljenja, inkluzija

Uvod

Intelektualno onesposobljenje je stanje zaustavljenog ili nepotpunog psihičkog razvoja, koje se naročito karakteriše poremećajem onih sposobnosti koje se pojavljuju

tokom razvojnog perioda i koje doprinose opštem nivou inteligencije, kao što su govorne, kognitivne, motoričke i socijalne sposobnosti. Onesposobljenje može da se javi sa ili bez drugih mentalnih ili fizičkih poremećaja (1). U zavisnosti od vrijednosti IQ, osobe s intelektualnim onesposobljenjem su osobe s nižim IQ od 70 (2).

- Teško intelektualno onesposobljenje - IQ < 20
- Teže intelektualno onesposobljenje - IQ = 21-34
- Umjereno intelektualno onesposobljenje - IQ = 35-50
- Lako intelektualno onesposobljenje - IQ = 51-70

* Corresponding author: Emira Švraka; Faculty of Health Studies, University of Sarajevo, Bolnička 25, 71000 Sarajevo, Bosnia and Herzegovina; Phone: + 387 33 444 901, Fax: + 387 33 264 821 E-mail: goldy_emi@yahoo.com

Submitted 14 January 2011 / Accepted 19 February 2011

- Granične intelektualne sposobnosti - IQ = 71 - 90
- Prosječna inteligencija - IQ = 91 - 110
- Visoka inteligencija - IQ = 111 - 120
- Vrlo visoka inteligencija - IQ = 121 - 140
- Genijalni - IQ > 140

Procjenjuje se da širom svijeta ima 290 miliona ljudi s onesposobljenjima. Fondacija za osobe s poteškoćama u učenju u Velikoj Britaniji sakupila je procjene iz Evrope, Sjeverne Amerike i Australije i sugerisala da približno 2 % ovih populacija ima intelektualna onesposobljenja (3). Intelektualno onesposobljenje je prilično često u opštoj populaciji. Epidemiološka istraživanja pokazuju da približno 1 % - 2 % cjelokupnog stanovništva ima intelektualno onesposobljenje. Češće je zastupljeno kod muškog pola nego kod ženskog (2). Na prevalencu intelektualnog onesposobljenja utiču i brojni drugi činioci kao što je rana dijagnostika, posebno u odnosu na genetske uzroke intelektualnog onesposobljenja. Kontrola trudnoća, lijekova, socijalni uslovi življenja, stepen zdravstvene svijesti i organizacija zdravstvene službe, kao i brojni drugi. Intelektualna onesposobljenja su posljedica genetskih faktora i faktora okruženja, posebno ili u kombinaciji. Genetski faktori se odnose na promjene sekvenci DNA u hromozomima ćelija. Faktori okruženja uključuju toksične (hemijske) faktore; faktore ishrane; socijalne faktore povezane s društvenom i obiteljskom interakcijom, takve kao stimulacija djeteta i razumjevanje odraslih; faktore ponašanja povezane sa štetnim ponašanjem (4). Etiološki faktori intelektualnih onesposobljenja mogu se široko klasifikovati na opšte i specifične. Unutar svake od ove dvije klasifikacije, etiološki faktori mogu biti genetički ili faktori okruženja. Priroda i stepen onesposobljenja osobe mogu biti rezultat zajedničkog djelovanja genetskih faktora i faktora okruženja (4).

Obitelji djece s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima

Obitelji djece s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima preživljavaju visok stepen psiholoških i socijalnih teškoća. Te teškoće se razlikuju u zavisnosti od prirode oboljenja djeteta (Sy. L. Down, fragilni X sy, autizam, dječija cerebralna paraliza, epilepsija...), uočljivosti ili težini psihofizičkog stanja, odnosno od stepena onesposobljenja (lako, umjereno, teže i teško intelektualno onesposobljenje). Sve one izazivaju specifičan stres i nameću posebne zahtjeve pred obitelj. I obitelj i dijete moraju se prilagoditi nizu neželjenih i neugodnih okolnosti. Nivo adaptacije obitelji na dijete s intelektualnim i/ili razvojnim onesposobljenjem je od izuzetnog značaja, jer utiče na cjelokupni psihofizički razvoj djeteta. Zbog toga je veoma važno shvatiti procese koji se događaju u obitelji prilikom prihvatanja i adaptacije na nastalo stanje, kako bismo unaprijed mogli prepoznati one koji su izloženi riziku (5).

Dijete s onesposobljenjem utiče na obiteljsku dinamiku i odnose članova obitelji koji su različiti od drugih obitelji. Za neke obitelji, ovi odnosi trpe značajne promjene tokom vremena. Ovo može biti djelimično zbog nesigurnog zdravstvenog statusa djeteta, ili zbog većeg broja odgovornosti koje se postavljaju pred članove obitelji. Vremenom može doći do konflikta u obitelji, ali, s druge strane, obitelj može postati jača i bliskije povezana (6). Istraživanja su pokazala da prilagođavanje obitelji varira prema tipu i stepenu onesposobljenja. Obitelji sa djecom s Down-ovim sindromom su izjavili o nižem stresu od obitelji sa djecom s autizmom ili razvojnim onesposobljenjem nepoznatog uzroka. Ovakve razlike mogu biti rezultat djetetovog temperamenta, socijalnih odgovora i ponašanja, pristupačnosti službi za podršku, posebno u ranom djetinjstvu. Dvije karakteristike koje su često udružene s visinom stepena obiteljskog stresa su: problem ponašanja osobe s onesposobljenjem i komplikovane potrebe za njegu. Najsavremeniji način podrške obiteljima je prepoznavanje da je njihov kvalitet života kao obitelji veoma važan i da partnerstvo obitelj-stručnjak može biti od pomoći u pristupu svakoj oblasti obiteljskog kvaliteta života (7).

Kvalitet života obitelji

Obiteljski kvalitet života je holistički multidimenzionalni koncept koji ima namjeru da predstavi sveukupnost obiteljskog života. Njegova multidimenzionalna priroda je često predstavljena kroz sastavne dijelove, oblasti (7). Obiteljski kvalitet života je predstavljen holistički preko 9 oblasti: zdravlje obitelji, finansijsko blagostanje, obiteljski odnosi, podrška drugih, podrška službi, uticaj vrijednosti, karijere, odmor i rekreacija i integracija u zajednici. Svih 9 oblasti su praćene kroz 6 konceptata: značaj, mogućnosti, inicijativa, postignuće, stabilnost i zadovoljstvo (8). Zdravlje je suštinski element kvaliteta života, ali siromaštvo, marginalizacija, ograničen pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti i nedostatak promocije znanja o zdravlju, ugrožavaju zdravlje (9). Kvalitet života obitelji koje imaju sina ili ćerku s onesposobljenjem je bilo propušteno polje od strane istraživača kvaliteta života do nedavno. Koncept obiteljskog kvaliteta života nije bio usmjeren na sistematski način. Na kraju 1990-ih, započeta su dva velika projekta porodičnog kvaliteta života, jedan na Univerzitetu u Kansasu i drugi vođen od tima istraživača iz Australije, Kanade i Izraela. Rezultati su izneseni na međunarodnom simpozijumu u Seattle-u, u avgustu 2000 (10).

Evropska deklaracija o zdravlju djece i mladih s intelektualnim onesposobljenjima

Evropska deklaracija o zdravlju djece i mladih s intelektualnim onesposobljenjima i njihovih obitelji potpisana je na Konferenciji Regionalnog ureda za Evropu

Svjetske zdravstvene organizacije "Bolje zdravlje, bolji život: djeca i mladi s intelektualnim onesposobljenjima i njihove obitelji", održanoj 26.-27. novembra 2010. godine u Bukureštu, Rumunija. Pokretanje ove inicijative odražava nastojanje Svjetske zdravstvene organizacije da pruži podršku zemljama članicama u preduzimanju mjera i aktivnosti neophodnih za prevladavanje mnogih nedostataka u sistemima zaštite zdravlja i blaghostanja ove izuzetno vulnerabilne populacije. Cilj cjelokupne inicijative je poboljšanje kvaliteta života i osiguranja ravnopravnog učešća djece i mladih s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima i njihovih obitelji u društvenoj zajednici (11). Deklaracija identifikuje 10 prioriteta:

1. zaštita djece i mladih s intelektualnim onesposobljenjima od svih oblika zlostavljanja i zanemarivanja,
2. pravo djece na odrastanje u obiteljskom okruženju,
3. transfer njege iz ustanova u lokalnu zajednicu.
4. - 6. prioriteti bave se ranom identifikacijom intelektualnih onesposobljenja i ranom intervencijom, osiguranjem kvalitetnih zdravstvenih usluga, te zaštitom zdravlja članova obitelji.
7. Osnaživanje djece i mladih s intelektualnim onesposobljenjima i njihovih obitelji.
8. Edukacija ljudskih resursa u svim relevantnim službama i sektorima.
9. - 10. Prikupljanje podataka o potrebama djece i mladih s intelektualnim onesposobljenjima i osiguranje kvaliteta usluga, te osiguranje finansijskih sredstava.

Stanje u Bosni i Hercegovini

U periodu 2000 - 2004. godine, Zavod za zdravstvenu zaštitu Bosne i Hercegovine je proveo istraživanje na cijeloj teritoriji Bosne i Hercegovine, u oba entiteta i Distriktu Brčko, u 33 opštine, na uzorku od 5651 porodica Bošnjaka, Hrvata i Srba i ostalih. Alarmantan podatak je da 3,4 % ispitanika ne može ostvariti prava na obrazovanje; 14 % nije u mogućnosti dobiti zdravstvenu uslugu u najbližoj zdravstvenoj ustanovi u slučaju kada je život u opasnosti; 36 % ispitanih smatra da im nije omogućeno ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu; 40,6 % nije u mogućnosti ostvariti pravo na rad, 50,4 % djece nije redovno vakcinisano, kod 55,7 % djece se ne prati rast i razvoj; 77,1 % trudnica nije u mogućnosti redovno i besplatno kontrolisati trudnoću i obaviti porod; a 77,1 % ispitanih odustaje od liječenja zbog nemogućnosti da dobije ili plati lijek (12). Prema podacima Federalnog ministarstva zdravstva (2008), koja se temelje na procjeni Federalnog zavoda za statistiku za 2006. godinu, evidentan je porast starijih osoba, starijih od 65 i više godina u strukturi stanovništva (65%). Predviđena očekivana dužina života u Federaciji BiH pri rođenju, kreće se između 71 i 75 godina, što je slično podacima za BiH iz 1990, kao i

prosjeku zemalja koje su postale članice EU do 2007. godine. Stopa nataliteta je 9,3 ‰ i pokazuje trend stalnog opadanja i slična je zemljama u okruženju. Stopa opšteg mortaliteta ima srednju vrijednost od 8%/1000 stanovnika i u laganom je porastu. Dojenačka smrtnost je 9,5%/1000 živorođenih, što je indikator dobre zdravstvene zaštite u ovom domenu. Kao posljedica pada stope nataliteta i laganog porasta stope mortaliteta, priraštaj pokazuje trend opadanja i s vrijednošću od 1,3% u 2006. godini ima izrazito nepovoljno značenje. Osim toga, evidentno je povećanje broja oboljelih od malignih, kardiovaskularnih oboljenja, kao i stresom izazvanih psihičkih poremećaja, dok se istovremeno bilježi pad incidencije i prevalencije tuberkuloze (13). Prioritetni problemi za obitelji djece i adolescenata s intelektualnim onesposobljenjima, u Bosni i Hercegovini su: nepostojanje Registra razvojnih i intelektualnih onesposobljenja, nepostojanje kontinuiranih preventivnih mjera za spriječavanje nastanka onesposobljenja, nepostojanje kontinuirane edukacije stručnjaka multiprofesionalnog tima za rad sa obiteljima djece s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima, nepostojanje kontinuirane edukacije nastavnika u redovnim školama za rad s djecom obuhvaćenom obrazovnom inkluzijom, nepostojanje adekvatne i kontinuirane multidisciplinarnе podrške zajednice za sve nivoe obrazovanja djece i adolescenata s intelektualnim onesposobljenjima, nepostojanje odgovarajućih programa profesionalne orijentacije i zapošljavanja, kao i prateće zakonske regulative, visoki troškovi rehabilitaciono-edukacionih programa za djecu i adolescente s intelektualnim onesposobljenjima i neadekvatno finansiranje / budžetska sredstva (14).

Inkluzija

Inkluzija je postala opšti termin za snažni međunarodni pokret koji zahtjeva poboljšanje uslova života osoba s intelektualnim i drugim onesposobljenjima. Inkluzija nastoji da osigura da osobe s onesposobljenjima ne samo žive u zajednici, već takođe budu vrijednovane, prihvaćene, poštovane, uključene i imaju iste životne mogućnosti kao osobe bez onesposobljenja (15). U određivanju životnog stila osoba s intelektualnim onesposobljenjima učestvuju dva ključna faktora: gdje žive i stepen uspjeha inkluzije. Tri važna aspekta inkluzije uključuju integraciju, socijalnu podršku i lični izbor. Brojne faktore koji utiču na životni stil osoba s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima treba podržavati da bi se na njih pozivali u budućnosti. Ovo uključuje lične karakteristike, socijalne vrijednosti i stavove, uloge obitelji, profesionalaca i vlade (16). Samoodređenje se posmatra kao pravljenje izbora i donošenje odluka u pogledu kvaliteta sopstvenog života bez nepotrebnog spoljašnjeg uticaja. Međutim, osobe s intelektualnim onesposobljenjima (IO) rijetko imaju prilike da prave izbore koji se tiču njihovog ži-

vota, uključujući i one vezane za socijalne odnose koje će uspostavljati ili aktivnosti u kojima će učestvovati. Okruženje koje osobama s IO ne omogućava da donesu odluke koje se tiču njihovog života podstiče naučenu bespomoćnost. Ona podrazumjeva pasivan stav prema životu, u kojem osoba internalizuje negativnu sliku o sebi, koja je dijelom kreirana i zbog njenog socijalnog statusa - osjeća se bespomoćnom da promjeni sopstveni život. Nasuprot tome, socijalna inkluzija promovise samoodređenje, što je još jedan razlog zbog koga su aktivnosti u zajednici značajne u životima osoba s IO (17). Kanadska studija, iz Ontarija, imala je uzorak od 504 odrasle osobe s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima, izdvojene od 26 000 stanovnika koji koriste usluge vladinih servisa. 10% žive u velikim ustanovama za njegu, 19% žive u malim stanovima u zajednici, 25% žive nezavisno u zajednici sa ili bez podrške, 46% žive sa obiteljima. Približno 75% živi sa obiteljima u urbanom području. Većina osoba izlaze i obavljaju poslove u zajednici, uključujući zabavne i rekreativne aktivnosti, bar jednom u nedjelji, i mnogi od njih izlaze skoro svaki dan. Na suprot tome, oko dvije trećine onih koji žive u institucijama izlaze i obavljaju poslove u zajednici manje od jednom nedjeljno (18). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) podržala je osnovni koncept zdravog grada, te je danas u

Evropi u Asocijaciju mreža zdravih gradova učlanjeno 16 nacionalnih mreža sa oko 1000 gradova. Plan zdravlja trebalo bi da bude temelj javne politike u strategiji razvoja grada Sarajeva, a za njegovo provođenje u život nužno je partnerstvo građana sa stručnim institucijama i svim nivoima vlasti (19).

Zaključci

Na osnovu rezultata istraživanja u svih devet domena obiteljskog kvaliteta života (zdravlje, finansijsko blagostanje, odnosi u obitelji, podrška drugih ljudi, podrška servisa, uticaj vrijednosti, karijera, odmor i rekreacija i interakcija zajednice) zajednica bi kontinuiranim preventivnim mjerama mogla da djeluje na 6 koncepta obiteljskog kvaliteta života: značaj, mogućnosti, inicijative, postignuća, stabilnosti i zadovoljstva (14). Istraživanje bi moglo da pomogne razvoju sveobuhvatne strategije poboljšanja kvaliteta života obitelji koje imaju jednog ili više članovana s intelektualnim onesposobljenjem. Od inkluzije očekujemo pristup pojedincu od strane društva, koje uzima u obzir sve njegove različitosti, očuvanja i unapređenja njegovog tjelesnog i duševnog zdravlja, za optimalnu moguću funkciju, na svim osobnim i društvenim nivoima.

Literatura

- Borišev Lj. Mentalna retardacija. U: Pedijatrijska rehabilitacija. Savić K, Mikov A, Nedeljković M. Novi Sad: „Ortomedics“; 1999. p. 82-85.
- Kaličanin P. Psihijatrija. Beograd: Ve-larta; 2001. p. 259-261.
- Brown I, Percy M. i Machalek K. Education for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. U: Brown I. & Percy M. A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities. Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore, 2007. p. 489- 510.
- Percy M. Factors that Cause or Contribute to Intellectual and Developmental Disabilities. U: Brown I. & Percy M. A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities. Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore, 2007. 125-148.
- Švraka E, Klinić B. Edukacioni program za članove obitelji djece Centra „Vladimir Nazor“ i osnovnih škola Kantona Sarajevo. Veternik: Norme i standardi u radu sa višestruko ometenim osobama. Zbornik radova sa međunarodnog Okruglog stola održanog u Domu za decu i omladinu ometenu u razvoju; 2006.
- Brown I, Anand S, Fung A, Isaacs B. i Baum N. Family quality of life: Canadian Results from an international study. Journal of developmental and Physical disabilities. Vol. 15, No.3, September 2003.
- Turnbull A, Poston D, Minnes P. i Summers J. Providing Supports and Services that Enhance a Family's Quality of Life. U: Brown I. & Percy M. A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities. Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore, 2007. p. 561-571.
- Brown I, Brown R, Baum N, Isaacs B, Mzerscough T, Neikrug S, Roth D, Shearer J and Wang M. Family Quality of Life Survey – Main Caregivers of People with Intellectual Disabilities. Surrey Place Centre, Toronto, Canada, 2006.
- Walsh P. A Gendered Approach to Intellectual and Developmental Disabilities. U: Brown I. & Percy M. A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities. Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore, 2007. p. 585-593.
- Brown I, Anand S, Fung A, Isaacs B. i Baum N. Family quality of life: Canadian Results from an international study. Journal of developmental and Physical disabilities. Vol. 15, No.3, September 2003.
- Murko M. Evropska deklaracija o zdravlju djece i mladih s intelektualnim teškoćama i njihovih obitelji. U: Simpozij sa međunarodnim učešćem: Analiza stanja i projekcije razvoja institucija socio-zdravstvene zaštite u BiH. Fojnica: Zbornik izlaganja, 2011. p.43.
- Smajkić A. i sar. Zdravlje stanovništva i zdravstveni sistem u tranziciji Bosne i Hercegovine. Izvještaj za 2004. Godinu. Bosna i Hercegovina Ministarstvo civilnih poslova – Zavod za zdravstvenu zaštitu BiH. Sarajevo, 2005.
- Loga S. Tranzicija Bosanskohercegovačkog društva i njene posljedice u sferi zdravstvene zaštite građana. U: Međunarodni simpozijum. Bosna i Hercegovina – 15 godina Dejtonskog mirovnog sporazuma. Knjiga sažetaka. Sarajevo, 2011. p. 58-60.
- Švraka E. Dvije strane sreće – Kvalitet života obitelji školske djece s intelektualnim onesposobljenjima. Bosanska riječ – Tuzla, 2010.
- Brown I, Parmenter T. R. i Percy M. Trends and Issues in Intellectual and Developmental Disabilities. U: Brown I. & Percy M. A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities. Paul H. Brookes Publishing Co.

- Baltimore, 2007. p.45-57
16. Švraka E. Životni stil osoba s intelektualnim onesposobljenjima. U: Simpozij sa međunarodnim učešćem: Analiza stanja i projekcije razvoja institucija socio-zdravstvene zaštite u BiH. Fojnica: Zbornik izlaganja, 2011. p.15-17
 17. Glumbić N, Brojčin B, Žunić-Pavlović V. Život u zajednici osoba s intelektualnim poteškoćama. U: Unapređenje kvalitete života djece i mladih. Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih. Tuzla, 2010. p. 307-313
 18. Brown I, Buell M. K, Birkan R. and Percy M. Lifestyles of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. U: Brown I. & Percy M. A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities. Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore, 2007. p.545-560
 19. Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo, Grad Sarajevo, Ministarstvo zdravstva kantona Sarajevo, „Sarajevo zdravi grad“. Plan zdravlja stanovnika Grada Sarajeva. Sarajevo, 2003.