

NAČIN RADA I ZNAČENJE REHABILITACIJE U KUĆI BOLESNIKA³

THE ROLE OF HOME REHABILITATION

Tonko Vlak, Marijana Kesić, Štefanija Škare

Odjel za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju Kliničke bolnice Split

Uvod

Rehabilitacija je kompleksni proces osposobljavanja za samostalan rad i život osoba koje su potpuno ili djelomično izgubile radnu sposobnost zbog ozljede, bolesti ili prirođene mane (1).

Rehabilitacija u strogo medicinskom smislu znači obavljanje takvog procesa u zdravstvenim ustanovama, stacionarno ili ambulantno, pod nadzorom tima koji čine liječnik specijalist za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, viši fizioterapeut, medicinska sestra, defektolog-logoped i psiholog. Osnovni cilj tog tima je da bolesnika opet osposobi za rad i svakodnevne aktivnosti, potpuno ili djelomično.

Današnja patologija, produženi životni vijek te način života i rada dovode do brojnih bolesnika kojima je rehabilitacija nužna. Kada tome pridodamo i sveukupne žrtve Domovinskog rata, civile i bojovnike, onda je potpuno jasno da se u postojećim bolničkim kapacitetima, uz ograničen broj bolničkih dana za pojedine bolesnike i sve restriktivnije mjere za one kojima nije nužna primarna rehabilitacija, ne može provesti potpuna i potrebna rehabilitacija za sve one kojima je potrebna.

Uz to postoji tendencija da se proces rehabilitacije sve više deinstitucionalizira, pa ostaje otvoreno pitanje kako i kada provesti rehabilitaciju za sve one kojima je nužna.

Problem racionalizacije procesa rehabilitacije bez dodatnog opterećenja bolničkih kapaciteta postoji i otprije. I ranije je traženo rasterećenje i bolničkih kreveta i Fonda zdravstva (nekadašnji SIZ) pa je 1981. g. osnovana Služba za rehabilitaciju u kući bolesnika (u daljnjem tekstu patronažna služba), tada pri samostalnoj Bolnici za reumatske bolesti i rehabilitaciju "Splitske toplice" u Splitu.

Dakle, motivi su bili isti. Željela se omogućiti pravodobna i dostatna rehabilitacija svim kroničnim bolesnicima te fizikalna terapija u kući svima onima za koje nije postojala apsolutna indikacija za hospitalizaciju.

Tim povodom je formiran stručni tim od jednog liječnika specijalista za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i nekoliko fizioterapeuta (viših i srednjih), koji je pokrивao sveukupno područje grada Splita, pružajući usluge u okviru patronažne službe "Splitskih toplica", intenzitetom i oblikom kako je liječnik odredio nakon pregleda u kući bolesnika (2). Kako nova vremena donose nove propise, a vrijeme u kojem živimo bremenito je problemima, tako je i u Splitu došlo do reorganizacije sveukupne bolničke

³ Pregledni rad primljen 13. ožujka 1996,
prihvaćen za tisak 7. lipnja 1996.

službe s ciljem da se u novonastalim prilikama Domovinskog rata omogući što bolje zbrinjavanje i zdravstvena njega pučanstva na prostorima južne Hrvatske i Hrvatske Republike Herceg-Bosne.

Upravo zbog toga su od 1. siječnja 1993. g. objedinjeni sveukupni krevetni bolnički kapaciteti u Splitu pod okriljem jedinstvene ustanove KBC Split, čime je i patronažna služba potpala pod istu ustanovu. U okviru KBC Split je djelovala 16 mjeseci a onda je ukinuta jer zakonodavac nije predvidio postojanje takve službe u okvirima zdravstvene ustanove ranga KBC.

Prikazat ćemo opseg rada patronažne službe od njezina osnutka u prosincu 1981. g. do ukidanja u travnju 1994. g., kako bismo upozorili na dobre rezultate koje je služba ostvarila tijekom svoga postojanja. Ujedno želimo ostaviti pisani trag o jednom jedinstvenom obliku medicinske rehabilitacije na području južne Hrvatske, koji je danas postao dio povijesti medicine našega grada.

Rezultati

Tijekom postojanja patronažne službe "Splitskih toplica" usluge rehabilitacije u bolesnikovoj kući su bile pružene za 2337 bolesnika (tablica 1).

Radi preglednijeg prikaza rada patronažne službe svi obuhvaćeni bolesnici svrstani su u 11 kategorija prema uputnoj dijagnozi koja je indicirala rehabilitaciju u kući bolesnika (stanje nakon cerebrovaskularnog infarkta, posttraumatska stanja, degenerativno reumatske bolesti, vertebrogeni bolni sindromi, živčanomišićne bolesti, tetrapareza i parapareza, cerebralna paraliza, reumatoidni artritis, metastatske neoplazme, stanja uzrokovana bolestima metabolizma, stanja nakon amputacije ekstremiteta).

Najveći broj bolesnika je prije uključivanja u rad službe bio hospitaliziran u tadašnjoj Bolnici za reumatske bolesti i rehabilitaciju "Splitske toplice" (današnji Odjel za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju Kliničke bolnice Split, odlukom ministra zdravstva od 26. prosinca 1992. g.) te je kućna rehabilitacija bila samo dio već započetog procesa medicinske rehabilitacije.

Manji broj bolesnika je u tretmanu u kući bio uključen nakon prethodne hospitalizacije u drugim ustanovama, što se poglavito odnosi na djecu sa smetnjama u razvoju i cerebralno oštećenu djecu koja su onda rehabilitirana po uputama liječnika specijalista iz Zagreba (Bolnica "Goljak" i Klinička bolnica "Sestre milosrdnice") te splitske bolnice.

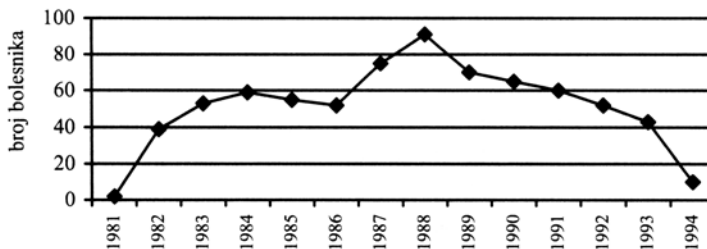
S obzirom na vremenski slijed događaja te ekipiranost patronažne službe iz tablice 1 je vidljiv porast broja korisnika službe od 17 bolesnika 1981. g. do 266 1988. g. Nakon toga se broj korisnika ustalio na optimalnom broju s obzirom na broj djelatnika službe, od 230 do 250. Početkom Domovinskog rata broj korisnika se 1992. g. značajno smanjio. Tada, kada je nastupila bespoštedna borba za stvaranje i neovisnost hrvatske države, svakodnevni životni problemi su postali drukčiji te je manje bolesnika tražilo usluge patronažne službe, a jedan dio bolesnika i jedna terapeutkinja, koja je radila u patronažnoj službi, napustili su Hrvatsku. Smanjivanje broja korisnika službe, od 224 1990. g. na 205 1991. g. se nastavilo i dalje pa je 1992. g. evidentiran 91 korisnik a u prva četiri mjeseca 1994. g. usluge patronažne službe koristilo je samo 13 bolesnika

(tablica 1). Kada su nastupila najveća stradanja i civila i bojovnika, tijekom 1992. i 1993. g., te kada se očekivalo da će zbog ratne politraume značajno porasti i broj korisnika patronažne službe, služba je prestala postojati prepuštajući sve potencijalne korisnike rehabilitacije u kući privatnoj inicijativi pojedinaca koji nastoje iskoristiti nastalu prazninu u medicinskoj skrbi.

S obzirom na socijalni status pučanstva i činjenicu da su potencijalni korisnici ljudi starije životne dobi, umirovljenici, teško je vjerovati da će do organizacije neke nove patronažne službe, čije se usluge mogu koristiti iz prava zdravstvenog osiguranja, najveći broj bolesnika moći uživati blagodati rehabilitacije u kući.

Podaci iz tablice 1 pokazuju da su među korisnicima usluga patronažne službe u Splitu najbrojniji bili bolesnici nakon preboljelog cerebrovaskularnog insulta (CVI) s posljedičnim neurološkim ispadima u smislu hemiplegije i hemipareze (slika 1). Najveći broj tih bolesnika je nakon preboljelog CVI premješten na Odjel za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju Kliničke bolnice Split (bivše Splitske toplice) gdje je nastavljeno bolničko liječenje i rehabilitacija. Nakon otpusta kući rehabilitacija je nastavljena uz pomoć pet viših i tri srednja fizioterapeuta pod nadzorom zaduženog liječnika specijalista.

Slika 1. Stanje nakon CVI



Sveukupni broj tih bolesnika, korisnika patronažne službe, kroz period njezina postojanja bio je 726 (31,07% od ukupnog broja korisnika) a najviše, 91 bolesnik, bio je uključen u tretman 1988.g.

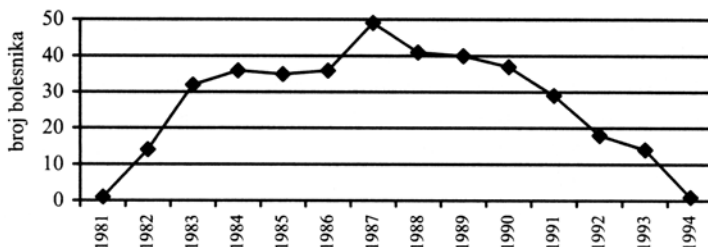
Od metoda fizikalne terapije kod njih je primjenjivana individualna kinezioterapija, lokalna aplikacija termoterapije, masaža te edukacija bolesnika i ukućana (1, 2, 3, 4, 5) a kod nekih je korištena i pomoć logopeda radi rehabilitacije govora (od 1989. g. kada je u "Splitskim toplicama" logoped počeo s radom).

Nakon vertikalizacije bolesnici su učeni kako da se pravilno koriste ortopedskim pomagalicama, poglavito onima za svakodnevne aktivnosti i samozbrinjavanje. Najvažniji dio u rehabilitaciji tih bolesnika je bio onaj koji se odnosio na edukaciju ukućana jer se time ostvarivala konkretna pomoć bolesniku, ali i brža resocijalizacija. Time je omogućeno i da ukućani prihvate njihovo stanje nakon bolesti, razvijajući pravilan stav prema bolesti i bolesnikovu stanju koje se nikada neće u potpunosti popraviti.

Posttraumatska stanja (slika 2) je najčešće karakterizirao umanjeni funkcijski kapacitet lokomotornog sustava i kralježnice, a najveći broj bolesnika je preživio

prometnu politraumu. Zbog činjenice da je služba prestala s radom u trenutcima kada je trebalo u kući zbrinjavati brojne bolesnike s ratnom politraumom, takvi bolesnici nisu ni obuhvaćeni našim podacima. Udio bolesnika koji je preživio prometnu politraumu u sveukupnom broju korisnika službe je bio 16,39% a najviše ih je, 49, bilo 1987. g. U sveukupnom broju korisnika to je po učestalosti drugo stanje koje je indiciralo rehabilitaciju u kući.

Slika 2. Posttraumatska stanja



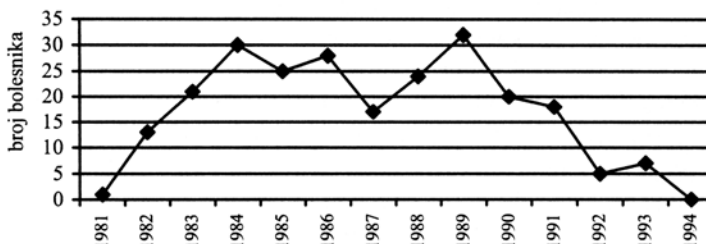
Prosječna životna dob u toj skupini bolesnika bila je mala jer u prometnim nesrećama najčešće stradavaju djeca i adolescenti mlađe dobi.

Rehabilitacija te kategorije bolesnika traje nešto kraće nego bolesnika nakon CVI, ali posljedice su najčešće trajna invalidnost i umanjena radna sposobnost radno aktivnih osoba.

Uz individualnu kineziotapiju, masažu i lokalnu aplikaciju termopostupaka kod tih bolesnika je često rađena i prevencija kontraktura korištenjem brojnih ortopedskih pomagala (ortoza) te edukacija bolesnika i ukućana za njihovo korištenje (2, 5).

Među velikim brojem reumatskih bolesnika, koji su bolovali od dekompenziranih degenerativnih reumatskih bolesti, najviše ih je bilo s osteoartrozom koljena i kuka (slika 3).

Slika 3. Degenerativne reumatske bolesti



Zbog značajno umanjenog funkcijskog kapaciteta velikih zglobova takvim osobama je značajno umanjena i mogućnost za normalan samostalan život i samozbrinjavanje. Zbog velikog broja osoba treće životne dobi s navedenim tegobama

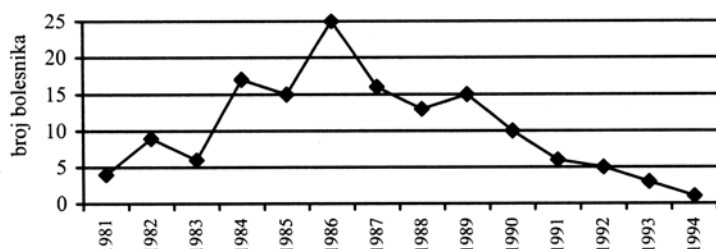
za korištenje usluga patronažne službe za te bolesnike bili su postavljeni stroži kriteriji kako se njezino funkcioniranje ne bi svelo na pomoć samo tim bolesnicima. Zahvaljujući takvim kriterijima tih bolesnika bilo je 241 ukupno ili 10,31% od sveukupnog broja korisnika patronažne službe. Ta kategorija bolesnika je bila četvrta po brojnosti među korisnicima naše službe (tablica 1).

Rehabilitacija tih bolesnika provodila se individualnom kinezioterapijom, lokalnom aplikacijom termopostupaka, transkutanim živčanim podraživanjem (TENS) i terapijskim ultrazvukom (prijenosni uređaj). Kao i kod ostalih kategorija bolesnika važan poticaj boljitku bila je edukacija ukućana, između ostalog i zbog činjenice da su fizioterapeuti kod njih odlazili samo jedan ili dva puta tjedno. Time se omogućavalo da ti bolesnici u što kraćem roku budu osposobljeni za samozbrinjavanje i obavljanje svakodnevnih aktivnosti (2, 5, 6, 7).

Zbog prirode njihovih tegoba i progresivnosti degenerativnih promjena u starijoj populaciji ti bolesnici zahtijevaju dugotrajniji tretman, ali uz manju učestalost posjeta fizioterapeuta, kako je bilo i postupano (2).

Vertebrogeni bolni sindromi (slika 4), najčešće lumbalne kralježnice, bili su česta indikacija za rehabilitaciju u kući bolesnika., poglavito onih u akutnoj fazi bolesti, kada je kontraindicirano bilo kakvo kretanje i opterećenje lumbalne kralježnice (8).

Slika 4. Vertebrogeni bolni sindromi



Ležanje u rasteretnom položaju, koji je najmanje bolan za bolesnika, edukacija za izbjegavanje neželjenih položaja i opterećenja lumbalne ili vratne kralježnice te elektroanalgezija, masaža i krioterapija na mjestu ugroženog vertebralnog dinamičkog segmenta su činili program liječenja u kući tih bolesnika. Uz to su, prema savjetu liječnika specijalista, korišteni nesteroidni antireumatici ili čisti analgetici. Za razliku od ostalih skupina bolesnika koje su bile obuhvaćene radom patronažne službe, liječenje tih bolesnika odvijalo se u suprotnom smjeru: oni se prvo uključuju u kućno liječenje dok se ne sanira akutna bolna faza bolesti, a onda se liječenje nastavljalo na našem odjelu, najčešće ambulantno.

Elektroanalgezija u kući bolesnika se postizala korištenjem malih prijenosnih uređaja za transkutano živačno podraživanje (TENS), a kinezioterapija se vršila kada je to stanje bolesnika dopuštalo, vrlo oprezno, po uobičajenim i prihvaćenim metodama vježbanja (Brook, Regan) držeći se svih načela vertebrologije (5, 6, 7, 8, 9).

Tablica 1. Opseg rada patronažne službe Bolnice za reumatske bolesti i rehabilitaciju u Splitu za razdoblje 1981.-1984. godine

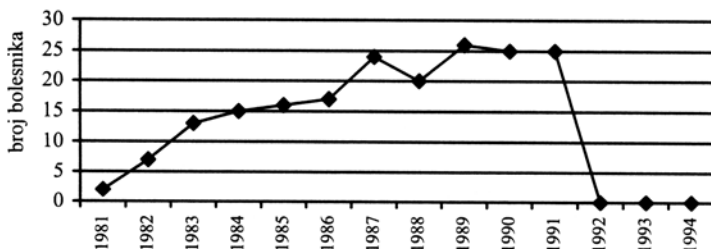
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	UKUPNO	(%)
Stanje nakon cerebrovaskularnog infuzta	2	39	53	59	55	52	75	91	70	65	60	52	43	10	726	31,07
Posttraumatska stanja	1	14	32	36	35	36	49	41	40	37	29	18	14	1	383	16,39
Degenerativne reumatske bolesti	1	13	21	30	25	28	17	24	32	20	18	5	7	0	241	10,31
Vertebrogeni bolni sindrom	4	9	6	17	15	25	16	13	15	10	6	5	3	1	145	6,20
Živačnomišićne bolesti	1	5	9	12	14	17	14	17	20	16	14	1	1	0	141	6,03
Tetrapareza i parapareza	3	12	19	21	22	24	27	28	22	23	24	12	10	0	247	10,57
Cerebralna paraliza	2	7	13	15	16	17	24	20	26	25	25	0	0	0	190	8,13
Reumatoidni artritis	3	7	4	8	7	13	10	12	13	10	13	4	7	1	112	4,79
Metastatske neoplazme	0	0	1	1	4	2	11	7	9	12	10	3	3	0	63	2,70
Stanja uzrokovana bolestima metabolizma	0	2	3	6	9	11	8	7	2	3	4	1	1	0	57	2,44
Stanja nakon amputacije ekstremiteta	0	2	2	1	1	7	4	6	2	3	2	0	2	0	32	1,37
UKUPNO	17	110	163	206	203	232	255	266	251	224	205	101	91	13	2337	(100,0)
(%)	0,73	4,71	6,97	8,81	8,69	9,93	10,91	11,38	10,74	10,01	8,77	4,32	3,89	0,56		(100,0)

Znajući za veliku učestalost vertebrogenih bolnih sindroma u populaciji (8, 9, 10, 11, 12), brojnost te kategorije bolesnika je bila iznenađujuće mala. To je upućivalo na zaključak da se oni liječe i kod liječnika specijalista drugih specijalnosti (neurolog, neurokirurg), u okvirima primarne zdravstvene zaštite ili kod naraslog broja onih "stručnjaka" koji se bave alternativnim paramedicinskim metodama liječenja (bioenergetičari, kiropraktičari, akupunkturolozi).

Važnost pravodobnog liječenja bolesnika s vertebrogenim bolnim sindromima ne proizlazi samo iz potrebe da se tim bolesnicima pomogne umanjujući bol, već ima i šire socijalno značenje a u svezi učestalih i dugotrajnih izostanaka s posla i smanjenjem (privremenim i trajnim) radne sposobnosti oboljelih (8, 9, 13, 14, 15). Važan segment tretmana tih bolesnika je bila, opet, edukacija bolesnika. Edukacija je obuhvaćala pravilno opterećenje ili rasterećenje ugroženog segmenta kralježnice, što je značajno poboljšavalo prevenciju diskoradikularnih konflikata (8). Ti bolesnici su činili 6,20% od ukupnog broja bolesnika uključenih u tretman fizioterapeuta i liječnika patронаžne službe (tablica 1).

Poseban problem, medicinski i socijalni čine djeca sa smetnjama u razvoju i cerebralno oštećena djeca (slika 5). Rehabilitacija tih malih bolesnika je vrlo složena i zahtijeva veliko predznanje, stručnost i strpljenje fizioterapeuta, ali i roditelja, te veliku ljubav za male bolesnike, čija rehabilitacija traje doživotno. Nije nevažan ni odnos okoline i ostalih ukućana spram tim bolesnicima, pa su naši fizioterapeuti morali na to pravodobno upozoravati ukućane, uključujući ih u edukacijski program (4, 16).

Slika 5. Cerebralna paraliza



Ti mali bolesnici se i inače nisu liječili stacionarno u našoj ustanovi, jer za to nikada nisu postojali uvjeti, pa je kućna rehabilitacija bila jedini način njihova liječenja nakon dolaska kući s "Goljaka", iz KB "Sestara milosrdnica" ili neke druge specijalizirane ustanove.

Kapacitet naše patронаžne službe, zbog specifičnosti problematike o kojoj je govoreno, nije bio toliki da bi mogla obuhvatiti svu splitsku djecu s navedenim tegobama, tako da je stalno bilo naglašavano kako postoji potreba i organizacije i djelovanja slične službe ili stacionarne ustanove u Splitu ili okolici radi skrbi i liječenja te djece.

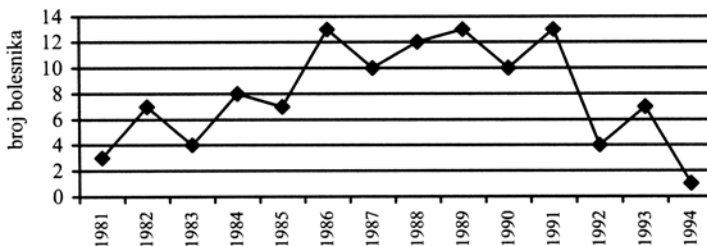
Tijekom rada patронаžne službe tih bolesnika je bilo 437 ili 18,7%. U tablici 1 su prikazani podijeljeni u dvije kategorije (tetrapareza i parapareza te cerebralna paraliza).

Reumatoidni artritis (RA) je kronična, progresivna, sistemska upalna reumatska bolest koja zahvaća sva tkiva mezenhimalnog porijekla, a najteže posljedice ostavlja na dijelovima lokomotornog sustava (6, 7). Brojne deformacije i ukrućenje zglobova te propadanje mišićja i pripadajućih okolozglobnih mekih tkiva su neposredne posljedice bolesti. Uz to, kod tih bolesnika mogu se razviti brojne komplikacije u svezi s visceralnim organima, što ih svrstava u posebnu kategoriju kroničnih bolesnika kojima je nužna trajna rehabilitacija i liječenje uz nadzor liječnika - reumatologa. Učestalost RA u našoj populaciji je oko 3%, pa i to upućuje na značenje te bolesti u sveukupnoj patologiji pučanstva (6). Općeprihvaćena načela liječenja RA podrazumijevaju medikamentnu terapiju, opće mjere i edukaciju bolesnika, što znači da se našim korisnicima moglo značajno pripomoći liječenjem u kući, i metodama fizikalne medicine (kinezioterapija, krioterapija, masaža, ultrazvuk, TENS) i edukacijom i upućivanjem savjeta za korištenje pomagala u svakodnevnim aktivnostima. Time je značajno poboljšavan funkcijski kapacitet zglobova i povećana uroda svakodnevnog življenja.

Teške deformacije zahvaćenih zglobova, poglavito šake te kontrakture zglobova onemogućavaju tim bolesnicima svakodnevne aktivnosti, ali i izvršavanje obveza na radnom mjestu te kretanje. Kontinuirana rehabilitacija i stručna primjena ortopedskih pomagala koju su vršili fizioterapeuti u kući bolesnika, uz edukaciju ukućana, umnogome je bolesnicima olakšavala postojeće stanje (6, 17, 18, 19, 20).

Time je ostvarivan i osnovni cilj rehabilitacije tih bolesnika a to je usporavanje progresije promjena na zglobovima i povećanje njihova funkcijskog kapaciteta, što je umanjivalo sveukupnu invalidnost bolesnika. U našoj patronažnoj službi ukupno ih je tretirano 112, ili 4,79% od ukupnog broja korisnika (slika 6, tablica 1).

Slika 6. Reumatoidni artritis



Sve ostale kategorije bolesnika su prikazane u našoj tablici, ali nisu činile značajniji udio u sveukupnom broju korisnika patronažne službe. Radilo se o bolesnicima s živčanomišićnim bolestima, metastatskim neoplazmama, bolestima metabolizma i stanjima nakon amputacije ekstremiteta (najčešće donjih, a kao posljedica komplikacije šećerne bolesti).

Svi oni su bivali uključeni u rad naše patronažne službe povremeno i kratkotrajno. Razlog tome se može tražiti u prirodi njihove bolesti: neki završe letalno nakon kraćeg vremena trajanja bolesti (npr. metastatske neoplazme), neki prizdrave

(npr. bolesti metabolizma) ili se prilagode novom načinu života (npr. nakon postavljanja trajne proteze).

Analiza proteklog razdoblja postojanja patronažne službe za rehabilitaciju bolesnika u kući pokazuje da je ta služba ipak bila uspješna, iako s ograničenim brojem fizioterapeuta i vrstama terapijskih pomagala (samo TENS i prijenosni ultrazvuk posljednje četiri godine). Također se uočava postojanje brojnih potencijalnih korisnika za uključivanje u tretman kod kuće.

Zaključak

Tijekom svoga postojanja služba za kućnu rehabilitaciju u Splitu zbrinula je 2337 bolesnika s najrazličitijim dijagnozama, kojima je trebala produžena ili trajna rehabilitacija. Rehabilitaciju su provodili viši i srednji fizioterapeuti pod izravnim nadzorom liječnika specijalista za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju koji je povremeno odlazio i u kućne posjete, radeći uz to sve poslove na Odjelu (vodio je Odsjek za rehabilitaciju i radio na poliklinici odjela).

Predanim, stručnim i kvalitetnim radom ostvarena je kontinuirana rehabilitacija velikog broja bolesnika koji su na taj način oslobodili svoj bolnički krevet i nastavili liječenje u kući.

U času kada zakonska regulativa nije više dopustila postojanje te službe, ona je rasformirana, ali je ostalo otvoreno pitanje kako nadomjestiti njezin rad sada kada je mnogo ratnih i civilnih invalida Domovinskog rata.

Bilo bi nužno, upravo zbog te nove kategorije bolesnika, na razini grada Splita ili Županije splitsko-dalmatinske osnovati jednu modernu ustanovu za kućnu rehabilitaciju i opremiti je svim potrebnim prijenosnim uređajima za fizikalnu terapiju (velik broj ih je tijekom Domovinskog rata stigao u Hrvatsku brojnim donacijama) i svim potrebnim medicinskim i socijalnim stručnjacima. Time bi se ta vrsta rehabilitacije učinila još korisnijom a bez dvojbe medicinski i društveno opravdanom.

Ne treba zaboraviti činjenicu da se takvom službom značajno rasterećuju bolnički kapaciteti, što nije beznačajno u trenucima kada u gradovima postoji mali broj krevetnih kapaciteta za rehabilitaciju (npr. samo 94 kreveta u Splitu) a odlazak u specijalne bolnice za rehabilitaciju ili lječilišta nije uvijek medicinski opravdan ili je preskup za potencijalne korisnike.

Literatura

1. Mandić V: Principi rehabilitacije. 2. izd. Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1987; 1-13.
2. Vlak T, Škare Š: Desetogodišnje iskustvo u kućnoj rehabilitaciji u Splitu. *Fiz med rehab* 1993; 10(3-4):3-11.
3. Majkić M: Kineziometrija za fizioterapeute. 2. izd. Zagreb, Viša medicinska škola Sveučilišta u Zagrebu, 1983.
4. Majkić M: Kineziterapija (odabrana poglavlja). 2. izd. Zagreb, Viša medicinska škola Sveučilišta u Zagrebu, 1983.
5. Jajić I: Specijalna fizikalna medicina. 2. izd. Zagreb, Školska knjiga, 1991.

6. Jajić I: Reumatologija. Zagreb, Medicinska knjiga, 1995.
7. Dürriegl T, Vitulić V: Reumatologija. Zagreb, Jugoslavenska medicinska naklada, 1982.
8. Jajić I i sur: Lumbalni bolni sindrom. Zagreb, Školska knjiga, 1985.
9. Licul F: Elektrodijagnostika i elektroterapija. Zagreb, Školska knjiga, 1981; 235-241.
10. Grgurev S, Krapac L: Apsentizam zbog križobolje u jednom brodogradilištu. Reumatizam 1984; 31:114-116.
11. Krapac L: Učestalost degenerativnih reumatskih bolesti zglobova i kralješnice u svijetu i kod nas. Reumatizam 1977; 24:33-35.
12. Jajić I, Šućur A: Istraživanje križobolje u populaciji. Reumatizam 1985; 32:5-9.
13. Perin B: Socijalno-ekonomski aspekti degenerativnih afekcija kralješnice i uloga funkcionalne terapije i edukacije u liječenju bolesnika. Reumatizam 1985; 32:21-24.
14. Matas D, Zergollern J, Radovančević Lj, Vladović-Relja P: Procjenjivanje radne sposobnosti i rehabilitacija osoba s lumboishialgičnim sindromom u produktivnoj dobi. Reumatizam 1983; 30:95-98.
15. Šućur A: Istraživanje reumatskih bolesti u urbanoj populaciji. Reumatizam 1988; 35:23-32.
16. Jakulić S: Mentalna retardacija uzrokovana hromozonskim i genetskim faktorima. 2. izd. Beograd, Naučna knjiga, 1989.
17. Dürriegl T: Praktične smjernice za liječenje reumatoidnog stopala. Reumatizam 1982; 29:125-126.
18. Mandić V: Ortopedska pomagala i ocjena radne sposobnosti kod reumatoidnog artritisa. Reumatizam 1974; 21:177-182.
19. Vitulić V: Škola za reumatske bolesnike. Reumatizam 1986; 33:135-142.
20. Vitulić V: Specifičnost fizikalne terapije kod reumatoidnog stopala. Reumatizam 1982; 29:120-121.