

НАЦРТ

НАЦИОНАЛНОГ ПРОГРАМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА, ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

23. јануара 2009. године

УВОД

Здравље деце, омладине и жена током трудноће, порођаја и материнства, било је и остало један од приоритета целокупног система здравствене заштите становништва Републике Србије. Настављајући дугу традицију бриге о мајци и детету, и данас се већи део политике и мера у корист ових популационих групација остварује сарадњом неколико сектора – здравственог, образовања, и социјалне заштите.

Према попису становништва из 2002. године од укупно 7.498.001 становника у Србији, 24% чине жене фертилног доба, деца узраста од 0 до 6 година 6,9% и од 7 до 19 година 14,8% или укупно деца до 19 година чине 21,7%. Млади после пунолетства тј. особе узраста од 20 до 24 године, у 2002. години, чине 6,8% укупног становништва, а узраста од 25 до 29 година 6,7% укупног становништва. Стопа укупног фертилитета опада, те је са 1,72 у 1991 опала на 1,42 у 2007. години. Просечна старост становника Србије 1991. године била је 35,0 (особа мушког пола-33,9 и женског-36,0), а према подацима за 2007. годину износи 40,9 година, (особа мушког пола-39,6 и женског-42,2). Од 1991. до 2007. године бележи се стално смањење стопе рађања и пораст опште стопе смртности. Општа стопа смртности (на 1000 становника) порасла је са 12,9 у 1997. години на 13,9 у 2007. години, а стопа наталитета опала са 10,5 на 9,2 на 1000 становника. Наведена демографска кретања узрокују стално смањење природног прираштаја са вредношћу од око минус 4 на 1000 становника у последњој посматраној години у Републици Србији (1).

Праћење показатеља здравља најосетљивијих популационих групација даје најбољи пресек њиховог садашњег здравственог стања, и омогућава предвиђања њиховог здравља у будућности. Здравље мајке и детета, посебно одојчади и деце до пет година, указује на здравље целе популације, степен развијености здравствене службе, као и развијеност друштва у целини, те се при дефинисању националних циљева у области здравља најчешће користе показатељи њиховог здравственог стања. Деца и млади имају различите потребе и специфичности у коришћењу здравствене службе, које проистичу из основних карактеристика животног доба (раст и развој), као и зависности од родитеља, породице, васпитача и вршњака. Деца не могу сама себе да заступају и не могу да се старају о себи, али имају права да изражавају своје мишљење у вези са здрављем. У складу са Конвенцијом о правима детета, дететом се сматра особа која се налази у животној периоду од рођења до навршених 18 година живота, при чему су са становишта потреба за здравственом заштитом, посебно значајни узраст новорођенчета и одојчета и адолесценција.

Адолесценција, дефинисана као животно доба од 10 до 19 година, период који представља прелазак детињства у зрелост, карактерише се дубоким променама везаним за биолошки раст, сексуално, емотивно, психосоцијално и когнитивно сазревање са развојем апстрактног мишљења. Адолесценти имају посебне потребе, приоритете и начине коришћења здравствене заштите.

У одређивању горње границе за узраст младих после пунолетства у овом Програму полази се од усвојене Стратегије за развој и здравље младих у Републици Србији и постојећих системских закона у области здравствене заштите и здравственог осигурања, којима је дефинисана 26. година, мада Светска здравствена организација и Уједињене нације дефинишу узраст младих до 24 године.

У периоду од 2002. до 2007. године остварен је највећи напредак у изградњи интегрисаног националног система бриге о правима детета, са тежиштем активности на заштити права детета. Формиран је Савет за права детета Владе Србије (2002), усвојен Национални план акције за децу (2004) и Закон о децјем омбудсману (2006). У Народној скупштини Србије формиран је и почео да ради Пододбор за права детета (2006).

Стратегијом ”Боље здравље за све у трећем миленијуму” (2003) и посебно Законом о здравственој заштити (2005) ближе су дефинисана права деце на здравствену заштиту. По први пут су Законом дефинисана права детета на изражавање сопственог мишљења у вези свог здравља, као и право да се то мишљење усвоји у зависности од степена развоја и зрелости детета. Проширена су права најугроженијих популационих групација у земљи. Концепцијски се даје приоритет јавном здрављу и превенцији обољења. У документима Владе Републике Србије донетим 2005 године (Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању и касније - подзаконска акта), као основно опредељење остаје обједињена и социјализована здравствена заштита мајке и детета. Декларације, циљеви и програми акција, дефинисани у међународним документима, прихваћени су и усвојени од стране наше земље (Програм акције Пете светске конференције о становништву и развоју, Конвенција о правима детета, „Свет по мери деце”, „Здравље за све у 21. веку – Политика за 21 век”, „Здравље 21 – 21 циљ за 21 век”).

Развој здравствене заштите мајке и детета у Републици Србији претпоставља оснаживање улоге изабраног лекара, педијатра и гинеколога у примарној здравственој заштити у складу са Законом о здравственој заштити („Службени гласник РС” број 107/05 — у даљем тексту: Закон), као и преоријентацију основне делатности од доминантно куративног ка промотивно–превентивном приступу, кроз иновацију Програма о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената из 1995. године. Истовремено са изградом Националног програма здравствене заштите жена, деце и омладине (у даљем

тексту: Програм) одвијају се и активности посебних радних група Министарства здравља Републике Србије, које се односе на унапређење здравствене заштите деце и омладине и чији су резултати укључени у овај Програм. Стога је Програм основа за:

1. побољшање националне политике, програма и планова акције за здравље жена и здравље и развој деце и омладине
2. промовисање мултисекторске активности и интервенција које ће се бавити основним здравственим питањима везаним за њихово здравље
3. препознавање улоге здравственог сектора у развоју и координацији политика и пружању услуга које ће задовољити здравствене потребе жена у вези са трудноћом, порођајем и материнством, деце и омладине.

Велики значај у координацији активности које проистичу из закона, подзаконских аката, различитих програма и пројеката, има, 2008. године, именована Републичка стручна комисија за здравствену заштиту жена, деце и омладине (у даљем тексту РСК).

ПОЛАЗНА ОСНОВА

Полазну основу за израду Програма представљају Европска стратегија за здравље и развој деце и адолесцената Светске здравствене организације (у даљем тексту: СЗО) са пратећим документима (2005), Уредба о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената из 1995. године, са истоименим Програмом и Стручно-методолошким упутством за спровођење Уредбе (у даљем тексту: СМУ) и Студија здравственог стања и здравствене заштите жена, деце и омладине у Србији, 1991-2007. (2). Последња у низу, документационо-аналитичка студија, омогућила је увид у стање здравља жена у вези са материнством, деце и омладине у периоду од 1991. до 2007. године и пружила основу за израду Програма.

Међу најзначајнијим међународним документима која су уграђена у националну политику у области здравствене заштите жена, деце и омладине, а на која се Програм ослања, убрајају се: Конвенција о правима детета, усвојена на Генералној скупштини УН (1989); Декларација о опстанку, заштити и развоју деце и План акције за спровођење ове Декларације (Светски самит за децу, 1990); Здравље за све у 21. веку – оквир за Европски регион (1999); Европска стратегија СЗО „Регионално здравље – 21 циљ за 21. век” (1999); Миленијумска декларација са миленијумским циљевима развоја УН (2000).

Национална стратешка документа на које се Програм ослања су: Стратегија реформе система здравствене заштите до 2015. године са акционим планом (2003); Стратегија за смањење сиромаштва (2003); Национални план акције за децу (2004);

Акциони план за здравље Рома у оквиру Стратегије за интеграцију и давање нових овлашћења Ромима **(нацрт)**.

У изради овог Програма уважавани су и принципи и циљеви следећих докумената: Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији (2006); Национални миленијумски циљеви развоја (2006); Стратегија развоја и здравља младих (2006); Национална стратегија за младе (2008) са Акционим планом (2009); Стратегија развоја менталног здравља (2007); Стратегија за подстицање рађања (2008); Национална стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља (2008).

Иако су у сваком од наведених докумената уграђена опредељења која директно или индиректно регулишу и садржаје из области заштите здравља, жена, деце и омладине, основна подзаконска акта и програмска и стручно-доктринарна документа у овој области су: Закон о абортусу (1995); Информација о планирању породице (1998); Програми Болнице - пријатељи беба (1995); Национални програм заштите, подршке и подстицања дојења (1996); Едукативни програми за здравствене раднике у примарној здравственој заштити мајке и детета (1996-2004), као и у оквиру ургентне педијатријске службе, са одговарајућим публикацијама (1999-2003); Водич за здравствену заштиту трудница на примарном нивоу здравствене заштите (2005); Водич добре праксе за рад поливалентне патронажне сестре у породици (2005); Посебни протокол за здравствени систем за заштиту деце од злостављања и занемаривања (2008, нацрт).

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА, ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

У Закону о здравственој заштити и Закону о здравственом осигурању утврђени су услови за обезбеђивање здравствене заштите жена, деце и омладине и одређен професионални и социјални статус педијатара и гинеколога, примерен демографским и епидемиолошким одликама становништва и реалности економске ситуације у земљи.

Примарну здравствену заштиту у дому здравља (члан 98. Закона), у области здравствене заштите ових популационих групација, пружа избрани лекар, који може бити: доктор медицине или специјалиста опште медицине, специјалиста педијатрије, специјалиста гинекологије и акушерства, специјалиста стоматологије.

У Републици Србији у 2007. години здравствена заштита становништва на примарном нивоу обезбеђивана је кроз делатност 158 домова здравља у Србији, са развијеном мрежом здравствених станица и амбуланти (3). Ниво кадровске обезбеђености и даље је повољнији од предвиђеног стандарда, али је веома неуједначен када се окрузи посматрају појединачно.

Према Правилнику о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Службени гласник РС” број 43/06), у даљем тексту: Правилник, дефинисано је да на 850 деце старости до шест година долази један доктор медицине специјалиста педијатрије и једна педијатријска сестра-техничар, а на два оваква тима још једна педијатријска сестра. Осим тога, у општинама са најмање 8.500 деце предшколског узраста може се организовати развојно саветовалиште, са следећим кадровима: један доктор медицине специјалиста педијатрије и једна виша медицинска сестра-техничар и психолог, дефектолог, социјални радник и педагог са половином радног времена (4).

Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (у даљем тексту Институт за јавно здравље Србије), у току 2007. године здравствену заштиту деце предшколског узраста спроводило је 777 лекара, од којих су 85,1% лекари специјалисти и 1.439 медицинских сестара-техничара. У истој години су 1 лекар и 1,9 медицинских сестара били ангажовани на здравственој заштити у просеку за 674 деце (3).

Напред наведеним Правилником дефинисано је да на 1.500 деце старости од седам до осамнаест година долази један доктор медицине специјалиста педијатрије или доктор медицине и једна педијатријска сестра-техничар са вишом односно средњом школском спремом, а на десет оваквих тимова још једна педијатријска сестра. У општини са најмање 7.000 деце узраста од десет до 18 година може се организовати саветовалиште за младе са следећим кадровима: један доктор медицине специјалиста педијатрије и једна виша медицинска сестра-техничар, и по један психолог и доктор медицине специјалиста гинекологије и акушерства са половином радног времена, а по потреби и доктор медицине друге специјалности и социјални радник (4).

Према подацима Института за јавно здравље Србије у току 2007. године здравствену заштиту деце школског узраста спроводило је 689 лекара, од којих су 69,1% лекари специјалисти и 1.000 медицинских сестара-техничара. У истој години су 1 лекар и 1,5 медицинска сестра били ангажовани на здравственој заштити у просеку за 1.583 деце школског узраста (3).

Здравствена заштита деце школског узраста и младих који не припадају групацији студената, остварује се кроз рад педијатријске службе, службе опште медицине, медицине рада и гинекологије, поливалентне патронажне службе у дому здравља и истуреним пунктовима у школама и домовима за ученике. За студентску популацију у универзитетским центрима примарна здравствена заштита је добро организована и развијена када су у питању студенти виших школа и универзитета у Београду, Нишу и Новом Саду. За студенте у Крагујевцу, здравствена заштита се обезбеђује у дому здравља.

Правилник је дефинисао да на 6.500 жена преко 15 година долази један доктор медицине специјалиста гинекологије и акушерства и једна гинеколошко-акушерска сестра, а на три оваква тима још једна гинеколошко-акушерска сестра (4).

У току 2007. године здравствене услуге женама старијим од 15 година пружало је укупно 542 лекара, од којих је 94,3% лекара специјалиста гинекологије и акушерства и 883 медицинске сестре. У 2007. години су 1 лекар и 1,6 медицинска сестра ангажовани на 5.986 жена овог животног доба (3).

Од укупног постељног фонда у Србији, педијатријским и другим одељењима на којима се лече деца намењено је 2.810 постеља (7,05%), а 3.619 постеља (9,07%) гинеколошко-акушерским одељењима у 2007. години (3). Просечна заузетост педијатријских постеља у Републици Србији у 2007. години износила је 57,7%, просечна дужина лечења је била 6,4 дана, док је број болничких епизода по постељи 32,8. Просечна заузетост гинеколошко-акушерских постеља у Републици Србији у 2007. години износила је 58,8%, просечна дужина лечења износила је 5,4 дана (3). Дугогодишње опадање наталитета, уз истовремено решавање најчешће патологије дечијег узраста на нивоу примарне здравствене заштите, условило је смањење коришћења болничких постеља. Ниска стопа заузетости региструје се нарочито на дечијим одељењима у оквиру здравствених центара, али и у здравственим установама у универзитетским центрима.

Порођаји и поступци уобичајеног збрињавања здравог новорођенчета на целој територији Републике Србије обављају се у 50 болничких и осам ванболничких породилишта. Захваљујући улагањима и имплементацији програма „Болнице пријатељи беба“ („Baby friendly hospital“) у највећем броју породилишта постоје задовољавајући услови за порођај, иницијално збрињавање и непосредну постнаталну негу новорођенчета. По отпуста из породилишта такође је обезбеђен надзор над здрављем мајке и новорођеног детета. Обухват мајки патронажним посетама у 2005. години је износио 77,4% (5), а у 2007. години, уз даље повећање обухвата, забележено је просечно 4,7 патронажне посете по новорођеном детету (3).

Оправдано стремљење ка скраћењу боравка здравог новорођенчета у породилишту доноси низ предности које се огледају у боравку мајке и новорођеног детета у породичном окружењу, растерећењу болничких капацитета и смањењу трошкова хоспитализације. Скраћење дужине хоспитализације у породилишту за један дан на националном нивоу значи мање и до 150.000 болничких дана годишње. Са друге стране, ранији отпуст из породилишта носи ризик појаве низа патолошких стања код новорођеног детета чије је правовремено препознавање и одговарајуће лечење било у надлежности педијатра неонатолога из породилишта. Овај проблем ефикасно се може превазићи континуираном

едукацијом доктора медицине, као и поливалентних патронажних сестара из примарне здравствене заштите за одговарајуће збрињавање болесне новорођенчади.

Мада се, у погледу доступности, распоређеност акушерских установа може оценити као задовољавајућа, у постојећој мрежи здравствених установа значајно су заступљена породилишта са мање од 1000 порођаја годишње. Уколико се узму у обзир и ванболничка породилишта, у више од 40% акушерских установа роди се само око 20% од укупног броја деце у Србији. У четири породилишта (два у Београду, по једно у Новом Саду и у Нишу), што је мање од 10% од укупног броја акушерских установа, годишње се роди приближно 25.000 или чак 1/3 од укупног броја живорођених на територији Републике Србије. Ограничавајући чинилац за унапређење здравствене заштите и збрињавање болесног новорођенчета, представља недефинисана подела рада по територијалном нивоу заштите, полазећи од броја порођаја, а у односу на просторне, кадровске капацитете и степен опремљености породилишта и неонатолошких одељења.

ВОДЕЋИ ПРИНЦИПИ ПРОГРАМА

У изради Програма водило се рачуна о одређеним принципима, на начин како је то дефинисано у Европској стратегији за развој и здравље деце и омладине и Националном плану акције за децу: праћење животног тока; једнакост и приступачност; узрасно и родно сензитивни (оријентисани) приступ у пружању здравствене заштите; заштита људских права; брига за осетљиве групације; учешће заједнице; учешће појединаца; партнерство за здравље (међусекторска сарадња); квалитет рада служби за здравствену заштиту жена, деце и омладине и јединствен здравствени информациони систем.

- Праћење животног тока

Овај принцип обухвата здравствене изазове у свакој фази развоја, од пренаталног периода до адолесценције, и зрелог доба, што обезбеђује најбоље и најефикасније коришћење ресурса. Посматрање живота као тока не само да омогућава анализу различитих фаза развоја и раста, од зачећа до 26. године, већ потврђује да је свака фаза основа здравља и понашања за касније фазе. Овакав приступ потврђује и међугенерациску повезаност, када млади и сами постану родитељи.

- Једнакост и приступачност

При процени здравственог стања и формулисању политике, као и при планирању служби, узете су у обзир потребе најугроженијих, односно најосетљивијих групација.

Уједначавање доступности и приступачности свеобухватној и квалитетној здравственој заштити свакој мајци и детету се споро остварује. То је посебно заступљено у остваривању здравствене заштите и интерсекторске сарадње код осетљивих групација.

Службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине треба да буду лако доступне и приступачне, односно да организују мобилне тимове, да буду прилагођене потребама и проблемима које ове групације имају и да обезбеђују услуге становништву на њима прихватљив начин. Ове службе треба да буду отворене за све особе којима је помоћ потребна, без обзира на пол, узраст, етничку припадност, расу, религију, образовни ниво, социјални статус или било коју другу карактеристику која би могла да буде основ за дискриминације.

Континуираном едукацијом здравствених радника и сарадника примарне здравствене заштите и обogaћивањем превентивног садржаја рада потребно је обезбедити доступност услуга из домена саветовалишта за младе, а организовањем мобилних тимова и услуге из домена развојног саветовалишта, у селима и у мањим градским срединама.

Улагања у здравље током трудноће, на рођењу и током неонаталног периода највише могу да умање неједнакост у остваривању здравствене заштите. Постављање здравља мајке и одојчета за приоритетни циљ обезбеђује кључни допринос прекиду ланца болести и сиромаштва.

- Узрасно и родно сензитивни (оријентисани) приступ у пружању здравствене заштите

Неопходно је да здравствене службе буду оријентисане ка родним и културалним разликама становника, а да здравствени радници буду едуковани да пружају здравствену заштиту женама, деци, омладини и породицама на начин који је узрасно и родно сензитиван, хуманизован и заснован на доказима.

- Заштита људских права

Људска права морају бити заштићена на свим нивоима у систему здравствене заштите жена, деце и омладине. У свим установама основани су етички одбори, а здравствени радници треба да поштују етички кодекс у лечењу и истраживању.

- Брига за осетљиве групације

Осетљиве групације треба да имају приоритет у процесу планирања и организације служби за здравствену заштиту жена, деце и омладине. Под осетљивим групацијама се подразумевају: сиромашни, ромска популација, деца са физичком инвалидношћу, са ризиком и развојним тешкоћама, злостављана и занемаривана, без родитељског старања, у институцијама, мајке и деца из сеоских средина, деца која су напустила школу - „деца и адолесценти улице”, као и избегла и интерно расељена лица, самохране и мајке изложене насиљу, малолетне и друге мајке које не могу да брину о себи и сопственом потомству.

- Учешће заједнице

Локалну заједницу представљају доносиоци политичких одлука, васпитно-образовне институције, центри за социјални рад, локални медији и друге владине и невладине организације ангажоване у раду са осетљивим групацијама. Локална заједница треба да има одговарајуће учешће у планирању, организацији, спровођењу и надгледању свих мера и активности које доприносе унапређењу и очувању здравља становништва, а посебно у активностима на промоцији здравља у породици, предшколским установама и школама.

Службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине треба да буду оријентисане ка локалној заједници, и да своје активности учине доступним и обезбеде њихово спровођење и ван здравствених установа. То подразумева организовање предавања, семинара, трибина и организационих састанака у вртићима, школама, на јавним местима, у нехигијенским насељима, клубовима и удружењима деце и омладине, као и организацију јавних манифестација у циљу промоције здравља.

- Учешће појединаца

Представници мајки, деце, омладине и њихових породица треба да учествују у планирању, праћењу и процени спровођења Програма, а тиме и у доношењу одлука које се тичу њиховог здравља. Нарочиту пажњу треба усмерити на избор и едукацију вршњачких едукатора.

- Партнерство за здравље (међусекторска сарадња)

Иако здравствени сектор има кључну улогу у промоцији, превенцији и заштити здравља, на основне одреднице здравља значајно делују и други сектори, као што су образовање, социјално старање, култура, наука, правни систем, финансирање. Интерсекторска сарадња, укључивање свих партнера у остваривање планских активности, је недовољна. Успостављањем механизма сарадње и партнерства и са невладиним сектором – удружењима грађана, стварају се услови да се деци и младима пружи безбедно и подстицајно окружење за развој и одрастање.

- Квалитет рада служби за здравствену заштиту жена, деце и омладине

Службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине треба да развијају механизме за стално унапређење квалитета свога рада и да буду оријентисане ка потребама популације за коју су основане, са наглашеним усмерењем ка очувању и промоцији здравља.

- Јединствен здравствени информациони систем

Планирање, спровођење и праћење активности и интервенција темељи се на чврстим показатељима, резултатима истраживања и поузданим информацијама. У том смислу треба допунити и иновирати медицинску документацију и евиденцију, а посебно

ускладити са дефинисаним показатељима за праћење свеобухватних програмских активности усмерених ка популационим групацијама на које се Програм односи.

САДРЖАЈ И ОПШТИ ЦИЉЕВИ ПРОГРАМА

Популационе групације на које се Програм односи су: жене у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и материнством; новорођенчад и одојчад; деца до навршене четврте године живота; деца предшколског и млађег школског узраста; омладина до пунолетства; млади после пунолетства до 26. година. Програм има за циљ очување и унапређење здравља применом мера и активности примарне, секундарне и терцијарне превенције, засноване на доказима.

Програм садржи девет програмских целина: шест по наведеним популационим групацијама, које прате животни ток, од пре рођења до узраста младих одраслих особа и још три које су додате због посебног и растућег значаја: унапређење и заштита менталног здравља, здравствена заштита деце и омладине са акутним и ургентним стањима и обољењима од већег социјално-медицинског значаја; здравствена заштита деце и омладине са хроничним обољењима и стањима и инвалидношћу. За сваку програмску целину дефинисан је један или више општих циљева.

У програмске целине су уграђене приоритетне области дефинисане у Европској стратегији за здравље и развој деце и адолесцената и то: здравље мајке и новорођенчета; исхрана; заразне болести; повреде и насиље; здравље адолесцената; психосоцијални развој и ментално здравље; заштита деце са хроничним болестима и инвалидношћу.

Повезаност појединих циљева, односно активности, са одговарајућим у националним стратегијама и другим националним програмима, означена је у акционом плану овог Програма кроз сваку програмску целину.

Општи циљеви Програма:

1. Очување и унапређење здравља жена репродуктивног доба (15-49 година), посебно жена у трудноћи, на порођају и годину дана после порођаја;
2. Очување и унапређење здравља новорођене деце и смањење перинаталног и неонаталног морталитета;
3. Унапређење здравља и смањење смртности одојчади;
4. Очување и унапређење здравља мале деце (од прве до навршене 4. године)
5. Очување и унапређење здравља деце предшколског и млађег школског узраста (5 до 9 година)
6. Очување и унапређење здравља адолесцената узраста 10 до 19 година, односно до завршетка средњошколског образовања

7. Очување и унапређење здравља младих после пунолетства до завршетка школовања (до 26. године)
8. Унапређење и очување менталног здравља деце и омладине и спречавање поремећаја менталног здравља деце и омладине.
9. Превенција, дијагностика и лечење болести и стања од већег социјално-медицинског значаја код деце и омладине
10. Обезбеђење свеобухватне здравствене заштите деци и омладини са хроничним болестима и инвалидитетом.

ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ ПРОГРАМА

Полазећи од тога да се Програм доноси ради стварања услова за оптималан раст и развој сваког детета и адолесцента, здравље мајке, смањење терета болести и смањење смртности, достизање резултата Програма очекује се до 2015. године. Очекивани резултати су подељени на краткорочне и дугорочне.

Краткорочни резултати су:

1. Прилагођавање постојеће доктрине здравствене заштите жена у вези са материнством, деце и омладине актуелним демографским, епидемиолошким и друштвеним карактеристикама, као и и савременим научним и технолошким достигнућима медицинских и других наука у овој области;
2. Преоријентација од доминантно клиничког ка јавно-здравственом односно промотивно–превентивном приступу у примарној здравственој заштити, уз јачање тимског рада здравствених радника и сарадника, појединаца, породице, локалне заједнице, невладиних организација, средстава информисања;
3. Усклађивање обима коришћења здравствене заштите са расположивим материјалним могућностима, али и специфичним и актуелним потребама популације;
4. Обезбеђивање праведности у доступности и коришћењу здравствене заштите деци, омладини и женама у вези са материнством, а посебно за осетљиве групације;
5. Јачање започетих активности на унапређењу организације, развијању и примени квалитетније, ефективније и ефикасније здравствене заштите деце и омладине свих узраста и жена у вези са материнством, на свим нивоима здравствене заштите.

Дугорочни резултати овог Програма су усмерени на:

1. Смањивање неједнакости у доступности, коришћењу здравствене заштите и неједнакости у здравственом стању ових популационих групација између: села-града, територија и региона, између полова, припадника ромске националности, особа са инвалидитетом, маргинализованих група и осталог становништва;
2. Омогућавање деци и омладини остваривање пуног здравственог и развојног личног потенцијала, као и подстицање и омогућавање активнијег учешћа у промоцији и очувању сопственог здравља, кроз повећање мотивације, знања и вештина.
3. Унапређивање система здравствене заштите за боље здравље угрожених и рањивих групација становништва (деце, омладине и жена у вези са материнством);
4. Омогућавање доносиоцима одлука да изграде неопходне капацитете за побољшање здравља и живота жена у вези са материнством, деце и омладине на најбољи и најефикаснији начин.
5. Унапређење квалитета рада, праћења и процене, као и развој здравственог информационог система.

УПРАВЉАЊЕ И КООРДИНАЦИЈА АКТИВНОСТИМА НАЦИОНАЛНОГ ПРОГРАМА

Управљање Програмом и координацију активностима преузима Канцеларија за спровођење Програма (у даљем тексту: Канцеларија Програма) у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ (у даљем тексту Институт), институцији која је носилац Пројекта за иновацију Програма здравствене заштите жена, деце и омладине. Канцеларија има и стручно-консултативну улогу у спровођењу и праћењу активности Програма.

Канцеларијом Програма руководи координатор Програма, уз подршку координационог тима. Координациони тим чине председник РСК, именовани представник Министарства здравља Републике Србије, Републичког завода за здравствено осигурање (у даљем тексту Републички завод) и Института за јавно здравље Србије, као и координатори програмских целина.

Институт за јавно здравље Србије, преко института/завода за јавно здравље, организује и координира, прикупљање података који обезбеђују увид у активности и резултате Програма.

Институти/заводи за јавно здравље дају свог представника задуженог за спровођење Програма на територији округа за коју су основани. Одабрани представник учествује у изради оперативног плана дома здравља, обавља стручне консултације за потребе спровођења Програма са домом здравља, породилиштима и болничким одељењима на

којима се лече деца. Институти/заводи за јавно здравље, припремају извештај о спровођењу Програма за територију округа за коју су основани.

Дом здравља покреће, организује и спроводи Програм на територији општине за коју је основан. Дом здравља формира Групу за координацију Националног програма, у следећем саставу: начелник службе за здравствену заштиту предшколске и школске деце, начелник службе за здравствену заштиту жена, главна патронажна сестра, начелник службе за стоматолошку здравствену заштиту. Ова група је задужена за достављање извештаја институти/заводу за јавно здравље.

Породилиште, болничко одељење на коме се лече деца, као и гинеколошко-акушерска и педијатријска установа именују за ниво одељења, односно установе, особу за спровођење Програма, и то, зависно од установе, може бити пре свега: гинеколог-акушер, неонатолог и/ или педијатар и дечји хирург .

Руководилац групе за координацију Програмом у дому здравља, као и именована особа на нивоу породилишта, односно болничког одељења на коме се лече деца, или гинеколошко-акушерске односно педијатријске установе, непосредно сарађују са одабраним представником институти/завода за јавно здравље.

ПРАЋЕЊЕ И ПРОЦЕНА СПРОВОЂЕЊА НАЦИОНАЛНОГ ПРОГРАМА

Праћење и процену спровођења Програма, на основу прикупљања, обраде и анализе прописаних здравствено-статистичких и других података, односно показатеља предвиђених овим Програмом, као и на основу непосредног увида за подручје појединих општина и округа, односно филијала Републичког завода, врше надлежни институти/заводи за јавно здравље, односно филијале. Њихове активности усмерава и координира Институт за јавно здравље Србије и Републички завод. Праћење и процену спровођења Програма на нивоу аутономне покрајине обавља Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине у Новом Саду.

За разматрање анализа, односно извештаја о спровођењу овог Програма као и за стручно-методолошка и друга питања одговорна је Канцеларија Програма у сарадњи са РСК.

Активности и реализација програмске целине „Млади после пунолетства“ поверава се, као носиоцима, институцијама примарне здравствене заштите и то у:

- домовима здравља: за све младе од 19 до 26 година који не припадају студентској популацији (едукованим тимовима изабраних лекара и медицинских сестара/техничара у сарадњи са саветовалиштима за младе и/или центрима за превентивне услуге); за

студенте у градовима и универзитетским центрима где не постоје заводи за здравствену заштиту студената.

- заводима за здравствену заштиту студената: за студентску популацију едукованим тимовима лекара, здравствених сарадника, медицинских сестра/техничара.

Извештаје о спровођењу овог Програма и извештаје о здравственом стању жена, деце и омладине сваких шест месеци припремају сви носиоци програмских активности: дом здравља за ниво општине-локалне заједнице; породилишта, болничка одељења на којима се лече деца, или гинеколошко-акушерске односно педијатријске установе – у оквирима своје делатности; заводи за здравствену заштиту студената; Институт; институти/ заводи за јавно здравље за ниво округа. На основу тих извештаја, Институт за јавно здравље Србије сачињава збирни извештај, који доставља Канцеларији Програма. По усвајању на РСК, координатор Програма збирни извештај доставља Министарству здравља Републике Србије.

Канцеларија Програма са РСК и Институтом за јавно здравље Србије дају стручну основу и предлог за измене, израду и доношење упутстава, правилника и других подзаконских аката, а пре свега:

- Стручно-методолошког упутства за спровођење мера, активности и поступака здравствене заштите предвиђених овим Програмом.
- Плана и програма стручног усавршавања здравствених радника у области здравствене заштите жена, деце и омладине
- Иновирање подзаконских аката и то: Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Сл. гласник РС”, број 43/06); Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту и о партиципацији („Сл. гласник РС”, број 7/09); као и одговарајућих других аката значајних за рад у овој области, међу којима се истиче Номенклатура здравствених услуга у примарној здравственој заштити.

ПРОГРАМСКЕ ЦЕЛИНЕ

I - ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА У ВЕЗИ СА ПЛАНИРАЊЕМ ПОРОДИЦЕ, ТРУДНОЋОМ, ПОРОЂАЈЕМ И МАТЕРИНСТВОМ

Здравље жена је од изузетне важности не само због посебне осетљивости ове популационе групације, већ и због чињенице да се кроз обезбеђивање адекватне

здравствене заштите жена побољшава њихово здравствено стање, а утиче се и на здравље њихове деце.

Програмска целина је усмерена ка реализацији Националних миленијумских циљева развоја до 2015. године: смањењу матерналног морталитета; стопе морталитета жена фертилног доба, посебно од малигних болести; смањивању стопе морбидитета од полно преносивих инфекција (у даљем тексту: ППИ) и HIV-а; повећању обухвата превентивним прегледима и употребе савремених контрацепцијских средстава и метода; свеобухватној здравственој заштити трудних жена; очувању здравља труднице и плода.

У периоду од 1997. до 2007. године удео жена репродуктивног доба смањено се са 24,5 на 23,4 % (1). У истом периоду су развијани и унапређивани програми и пројекти из области промоције здравља са циљем едукације будућих родитеља и мотивисања за развијање хуманих односа међу половима и одговорног родитељства.

У службама за здравствену заштиту жена домова здравља остварује се низак обухват жена старијих од 15 година превентивним гинеколошким прегледом (10,3% у 2007. години). У истој години, саветовалишту за планирање породице обратило се само око 5% жена фертилног доба (3). У саветовалишту за труднице највећи број посета остварен је у прва три месеца трудноће, однос првих и поновних посета је 1: 6,5 у 2007. години, што указује да су труднице редовније пратиле своје здравствено стање. Поливалентна патронажна сестра је остварила 0,8 кућних посета по трудници, што је недовољан обухват. Последњих година бележи се тренд раста кућних посета поливалентне патронажне сестре бабињари и усклађивање са утврђеним обимом и садржајем рада поливалентне патронажне службе (4,7 посета по бабињари, уз обухват од близу 80%, у 2007) (3).

Уочене су значајне разлике у садржају услуга пружених трудницама ромске националности у односу на остале труднице. Иако се 99% порођаја у Србији обавља у здравственим установама и уз стручну помоћ, код жена из ромске популације је тај проценат нижи (93,3%) (6). Када је у питању здравствена заштита у вези са материнством (препартална и перинатална), Ромкиње су у најнеповољнијем положају у односу на све остале осетљиве групације.

Обољења и стања у вези са трудноћом, рађањем и бабињама бележе стални пад, као и укупан број услуга у саветовалиштима за труднице, што је у складу са падом стопе фертилитета и наталитета. Пропорција царских резова на 100 порођаја код једноплодних трудноћа у 2007. години на нивоу Србије износила је 18,04% (3).

Према доступним подацима матернални морталитет (смртни исход жена у вези трудноће, порођаја и бабиња), као редак догађај, варира из године у годину, са тенденцијом смањења. Однос матерналне смртности, исказан као петогодишњи просек, 2000-2005.

године је у Србији износио 5,6 (7), што је на нивоу просека европског региона, али још увек више од просечне вредности земаља Европске Уније, као и у односу на циљ који је предвиђен Миленијумским циљевима развоја (4,9 до 2015. године). Процењује се да је матернални морталитет већи за 10% у односу на наведене – званичне податке, што се објашњава подрегистрацијом због неправилног шифрирања и неприказивања смртних исхода који су се десили ван породилишта. Водећи узроци умирања мајки током трудноће, на порођају и у пуерперијуму у Србији за период 1997-2005. године су: постпартална хеморагија, и компликације које су се јавиле током порођаја што укључује прееклампију, еклампију, крварење и руптуру материце (8).

Међу бројним еманципаторским покретима у свету издваја се иницијатива названа „болница пријатељ беба” (*„baby friendly hospital”*), која подразумева примену стратегије СЗО и УНИЦЕФ-а „Десет корака до успешног дојења”: информисаност труднице, односно будућих родитеља о исхрани, нези, заштити физичког и психичког здравља жене (труднице-поородиље-дојиље) и детета (плода-новорођенчета-одојчета); припреме за порођај и родитељство у школама за родитељство, односно школама за труднице и кроз психофизичку припрему, укључујући могућност безболног порођаја и присуства партнера на порођају, као и стварање услова да беба буде са мајком све време боравка у болници и да мајка доји бебу на захтев.

У последњих неколико година доста је уложено у стварање техничких услова за порођај, који су у значајној мери унапређени. Много мањи напредак остварен је у квалитативној компоненти, у односу здравствених радника према мајци и детету, као и у самом порођајном поступку.

Као приоритетни проблеми истичу се низак обухват жена старијих од 15 година превентивним гинеколошким прегледом, низак обухват жена генеративног доба радом саветовлишта за планитање породице; недовољан обухват трудница првом посетом гинекологу у првом триместру трудноће; Ромкиње су везано за трудноћу и порођај у најнеповољнијем положају у односу на све остале осетљиве групације; матернални морталитет већи је за 10% у односу на званичне податке.

1. ОПШТИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља жена репродуктивног доба

1.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља жена пре трудноће

Очекивани резултати: двоструко увећање процента жена које имају безбедне сексуалне односе и користе неко од савремених контрацепцијских средстава, уколико желе да спрече трудноћу; превенција и рано откривање обољења жена, смањење стопе

разбољевања и умирања жена ферилне доби за 1/3, смањење броја намерних прекида трудноће (абортуса) за 1/3 и смањење инциденције полно преносивих инфекција за најмање 1/3, као и одржавање стопе фертилитета на актуелним вредностима.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

1.1.1. Примена програма промоције здравља и здравствено-васпитни рад са женама и њиховим партнерима, уз мобилисање локалне заједнице, удружења грађана (УГ), средстава информисања како би се повећао удео жена и њихових партнера (парова), који имају адекватно знање, ставове и понашање у вези репродуктивног здравља, смањила учесталост ризичних сексуалних односа, остварило активније учешће локалне заједнице и свих сектора друштва у промоцији здравља жена, а уз коришћење и дистрибуцију промотивног и едукативног материјала.

1.1.2. Унапређење саветовалишног рада у служби за заштиту жена дома здравља на планирању породице, повећањем броја едукованих и мотивисаних партнера за коришћење савремених контрацепцијских метода и средстава (наставак из периода адолесценције) и смањењем броја намерних прекида трудноће.

1.1.3. Скрининг на рак грлића материце према Националном програму за превенцију рака грлића материце („Сл гласник РС“, број 54/08) и повећан обухват жена скрининг прегледима тј. смањивање морбидитета и морталитета жена од рака грлића материце за 1/3.

1.1.4. Скрининг на рак дојке према Националном програму (у припреми) и повећан обухват жена скрининг прегледима тј. смањивање морбидитета и морталитета жена од рака дојке за 1/3.

1.1.5. Обезбеђивање скрининга и лечења полно преносивих болести, добровољно поверљиво саветовање и тестирање (у даљем тексту: ДПСТ) на ХИВ/АИДС за жене, не само у току трудноће.

1.1.6. Примена закона и спровођење програма вантелесне оплодње и остваривање веће доступности вантелесне оплодње.

1.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља жена у току трудноће.

Очекивани резултати: повећање обухвата трудних жена у првом триместру трудноће на најмање 85%, уз редовну контролу здравља у току целе трудноће (према Водичу за здравствену заштиту трудница на примарном нивоу из 2005. године – у даљем тексту: Водич); благовремено препознавање ризика и смањење броја високо-ризичних трудноћа, спонтаних побачаја и превремених порођаја; промена знања и понашања трудница и стицање здравих навика; повећање обухвата трудница кућним посетама

поливалентне патронажне сестре (најмање 95%); смањење морбидитета и морталитета у вези са трудноћом и порођајем за 10%.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

1.2.1. Здравствено-васпитни рад са трудницама у оквиру националних програма промоције здравља и евалуација.

1.2.2. Саветовалишни рад са трудницама и континуирано праћење здравственог стања труднице и плода код изабраног гинеколога, према Водичу, са повећањем обухвата трудница првим прегледима у I триместру (најмање 85%) и смањивањем разлика у односу на социјално-економско стање, географско подручје и етничку припадност трудница.

1.2.3. Рано откривање ризика и третман ризичних трудноћа, према Водичу, постиже се редовним контролама у саветовалишту за труднице, едукацијом трудница за стицање знања у циљу промене ризичног понашања и благовременим упућивањем на виши нивоу заштите.

1.2.4. Скрининг за генетске аномалије у I триместру, према Водичу, остварује се повећањем обухвата трудница у саветовалишту за труднице, раним откривањем ризика и спровођењем обавезног скрининга.

1.2.5. Скрининг за генетске аномалије у II триместру, према Водичу, обухвата труднице које то нису урадиле у I триместру.

1.2.6. Обезбеђивање скрининга и лечења полно преносивих болести повећањем обухвата трудница одговарајућим скринингом, као и едукацијом у вези понашања и смањења учесталости ризичних сексуалних односа.

1.2.7. Добровољно и поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ) трудница се реализује у саветовалиштима института/ завода за јавно здравље и других институција, како би се утврдиле ХИВ-позитивне труднице, обезбедила адекватна терапија за ХИВ-позитивне труднице и спречила вертикална трансмисија ХИВ и умањиле штетне последице ХИВ инфекције.

1.2.8. Психофизичка припрема за порођај се организује за труднице код којих нема ризика у трудноћи и то на нивоу дома здравља и болничких установа.

1.2.9. Школе родитељства (у које прерастају досадашње школе за труднице) организују се на нивоу домова здравља и болничких установа (на одељењима патологије трудноће). Будући родитељи се упознају са заштитом здравља у току трудноће, порођаја и после порођаја, као и заштитом и негом новорођеног детета.

1.2.10. Посете трудници и породици од стране поливалентне патронажне сестре и повећање обухвата (најмање 95%) свих трудница бар једном посетом, а код ризичних трудноћа и чешће, према потреби.

1.2.11. Стоматолошка заштита трудница, у складу са одговарајућим програмом, реализује се у служби за заштиту здравља уста и зуба дома здравља.

1.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбеђивање адекватне здравствене заштите и најбољих услова за порођај и рођење детета.

Очекивани резултати: смањење компликација на порођају и у пуерперијуму; смањење матерналног морталитета на 4,9 умрлих жена у вези са трудноћом, порођајем и пуерперијумом на 100.000 порођаја; смањење перинаталног морбидитета и морталитета (видети циљ 2).

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

1.3.1. Израда и примена стручно-методолошког упутства (вагинални порођај, царски рез), смерница, протокола за упућивање на виши ниво, као и ревизија постојећег порођајног протокола, уз обављање континуиране едукације омогућава примену јединствене методологије засноване на доказима.

1.3.2. Третман компликација у порођају и пуерперијуму у складу са смерницама и протоколима код превременог пуцања водењака, превременог порођаја, крварења, еклампсија и других компликација.

1.3.3. Активно вођење трећег порођајног доба у циљу превенције парталне и постпарталне хеморагије и профилактичка употреба антикоагулантне терапије код оперативног вођења порођаја (као превенција тромбоемболизма), утицаће на смањење броја компликација и смртности мајки у вези са порођајем.

1.3.4. Израда и примена јединствене медицинске документације на целој територији Републике у вези са порођајем (партограм за породиљу и документација за новорођенче) у свим здравственим установама где се обављају порођаји.

1.3.5. Развијање и примена програма „болница пријатељ беба” и „Десет корака до успешног дојења“ омогућиће свим породиљама исти стандард услуга.

1.3.6. Увођење Програма „болница пријатељ беба” ПЛУС у све здравствене установе у којима се обављају порођаји са циљем да и превремено рођена деца и новорођенчад са ризиком, имају изједначене стандарде са децом која су на време рођена и без ризика.

1.4. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља жена после порођаја

Очекивани резултати: смањење учесталости стања и обољења породиље која могу да резултирају компликацијама, хроничним обољењима и/или смртним исходом.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

1.4.1. Превенција и лечење компликација у пуерперијуму спроводи се у здравственим установама у којима се обављају порођаји, у дому здравља и у кући породиље.

1.4.2. Иновирани Програм промоције, подршке и заштите дојења се реализује ради очувања здравља мајке и обезбеђења услова за развој и очување лактације.

1.4.3. Праћење здравственог стања породиље од стране поливалентне патронажне сестре, подразумева потпуни обухват породиља патронажним посетама у кући.

1.4.4. Контролни преглед породиље и бабињаре реализује се у служби за здравствену заштиту жена дома здравља, са обухватом од најмање 85%, посебно из осетљивих популација.

1.4.5. Саветовање, медицинско и психолошко, социјална подршка самохраним мајкама остварује се у сарадњи здравственог са другим секторима (социјална заштите и локална заједница).

II – ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НОВОРОЂЕНЕ ДЕЦЕ И ОДОЈЧАДИ С ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА СМАЊЕЊЕ ПЕРИНАТАЛНЕ, НЕОНАТАЛНЕ И СМРТНОСТИ ОДОЈЧАДИ

У делу намењеном новорођенчету и одојчету Програм је у усмерен ка реализацији Националних миленијумских циљева развоја до 2015. године, са предвиђеним снижењем стопе перинаталне смртности (на испод 6,5 на 1000 рођених), стопе смртности новорођенчади (на испод 3,0 на 1000 живорођења) и одојчади (на вредност 4,5 на 1.000 живорођених).

У 2007. години било је 68.102 живорођене деце (1). Проблеми и тешкоће настали због несразмере броја порођаја по окрузима и неравномерног распореда одељења за неонаталну интензивну негу могу се превазићи применом савремених принципа територијалног организовања неге и лечења болесног новорођенчета, уз приступ прогресивној нези на три нивоа: 1. ниво-основно збрињавање; 2. ниво-специјализовано збрињавање; 3. ниво-неонатална интензивна нега и терапија. РСК ће кроз рад посебне радне групе сачинити предлог организације прогресивне неге болесног новорођеног детета.

После вишегодишњег тренда смањивања стопа перинаталног и неонаталног морталитета, уочава се извесан пораст стопе перинаталног морталитета са 9,1 у 2006. на 9,4 у 2007. години, уз стално одржавање високе стопе мртворођења (1). У структури перинаталног морталитета, слично као и у другим земљама у транзицији, доминирају патолошка стања повезана с превременим порођајем, перинаталном асфиксијом и

конгениталним аномалијама. Издваја се респираторни дистрес синдром код превремено рођене деце (услед незрелости плућа), због високе заступљености у структури перинаталног морталитета, као и могућности ефикасне превенције.

У условима све мањег рађања и отворене депопулације охрабрујуће делује податак да је од 1991. до 2007. године стопа смртности одојчади смањена са 14,6 на 7,1 на 1000 живорођења (2). Најчешћи узроци смрти одојчади су: стања настала у перинаталном периоду - 298 одојчади (или 62%, од укупно умрле одојчади), урођене аномалије, деформације и хромозомске ненормалности - 95 (20%) и симптоми, знаци и ненормални клинички и лабораторијски налази - 51 (11%).

За разлику од опште, стопа смртности одојчади у популацији Рома у 2005. години износила 25,9 на 1000 живорођења (6), док се, насупрот укупној заступљености деце са малом телесном масом на рођењу од 5%, ова појава бележи код 9,3% ромске деце, од којих 20% доцније испољава знаке хроничне потхрањености са заостајањем у расту. Мада прецизни подаци о структури смртности одојчади у ромској популацији недостају, према аналогији са популационим групама сличног социјалноекономског статуса у неразвијеним земљама, може се претпоставити висока заступљеност поремећаја исхране, гастроинтестиналних и инфекција респираторних органа.

Још увек се не постиже задовољавајући обухват свим вакцинама (уместо планираног обухвата од 99%, у 2005. години остварење износи 89%, а за вакцине против хепатитиса Б и хемофилус инфлуенце и испод 50%). Истовремено, код ромске деце обухват свим вакцинама је био за трећину нижи од националног просека и износио је 59% (6). У периоду 1997- 2007. година запажа се пораст поливалентних патронажних посета одојчету са 4,9 на 6,2 посете, што је у складу са предвиђеним стандардом.

У области исхране одојчади као незадовољавајуће треба навести ниске стопе искључивог (15%) и континуираног (22%) дојења.

2. ОПШТИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља новорођене деце и смањење стопе перинаталне смртности на испод 6,5 на 1000 рођених и стопе неонаталне смртности на испод 3,0 на 1000 живорођења.

2.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Очување здравља новорођеног детета у складу с максималним потенцијалом на рођењу.

Очекивани резултати: повећање броја новорођенчади код које се примењују све мере иницијалног постнаталног и збрињавања током боравка у породилишту (остварење раног контакта са мајком и подстицање дојења); смањење учесталости превентивних

неонаталних и постнеонаталних обољења и патолошких стања; као и рационално коришћење капацитета акушерских установа и повећање позитивног става и оцена корисника услуга.

За реализацију овог циља предвиђене су следеће активности:

2.1.1. Обезбеђење услова за поступке иницијалног збрињавања новорођенчета укључујући процену виталности по Апгар методи и први преглед педијатра/неонатолога у гинеколошко-акушерским установама.

2.1.2. Обезбеђење раног контакта с мајком, подстицање првог подоја у првом сату, остварење смештајних услова и имплементацију програма „Болнице пријатељи беба“, као и Међународног кодекса маркетинга за мајчино млеко.

2.1.3. Профилактична примена витамина К непосредно по рођењу код све, као и вакцинација здраве новорођене деце против хепатитиса Б и туберкулозе, пре отпуста из породилишта.

2.1.4. Код све новорођенчади пре отпуста из породилишта узимање узорака за лабораторијски скрининг на конгениталну хипотиреозу и фенилкетонурију. За непосредно спровођење лабораторијске дијагностике скрининг методе и евентуална допунска испитивања задужени су Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ и Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине.

2.1.5. Увођење скрининга за рану детекцију поремећаја слуха и вида и дијагностику генетских поремећаја у неонаталном узрасту.

2.1.6. Израда и примена јединствених критеријума за отпуст здравог новорођенчета из породилишта. За израду наведених критеријума биће задужена посебна радна група формирана од стране РСК.

2.1.7. Потпун обухват новорођене деце по отпусту мајке и детата из породилишта са укупно 5 патронажних кућних посета, а по потреби и више. Први превентивни педијатријски преглед обавља се на крају првог месеца од рођења.

2.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Откривање и лечење најчешћих патолошких стања у неонаталном периоду с посебним освртом на превремено рођену децу/са малом порођајном телесном масом на рођењу.

Очекивани резултати: успостављање националног система збрињавања болесне новорођенчади заснованог на принципу прогресивне неге на III нивоа са иновираним јединственим критеријумима; установљавање базе података са могућношћу континуираног увида у структуру морбидитета и стопе перинаталног и неонаталног морталитета; смањење стопе перинаталног и неонаталног морталитета (општи циљ 2).

За реализацију овог циља предвиђене су следеће активности:

2.2.1. Израда плана територијалне организације прогресивне неге и збрињавања болесне новорођенчади са ефикасним транспортним системом.

2.2.2. Обезбеђење услова за ефикасну реанимацију новорођенчета на свим нивоима збрињавања, односно у свим гинеколошко-акушерским установама.

2.2.3. Превенција и лечење патолошких стања превремено рођеног детета посебно код појаве респираторног дистрес синдрома, у складу са одговарајућим смерницама.

2.2.4. Рад експертских конзилијума за феталне аномалије и рана дијагностика поремећаја слуха и вида према смерницама за превремено рођену децу.

2.2.5. Примена савремених поступака за лечење поремаћаја који припадају постасфиктичном синдрому.

2.2.6. Стварање оптималних услова за хуманизован процес лечења увођењем Програма „Болнице пријатељи беба” ПЛУС у све здравствене установе намењене збрињавању болесне новорођенчади, а пре свега превремено рођене деце.

2.2.7. Доследна примена јединствених критеријума за евиденцију живорођења и мртворођења, као и интрапартално насталог смртног исхода.

3. ОПШТИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља и смањење смртности одојчади на испод 4,5 на 1000 живорођења

3.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Превенција и лечење најчешћих патолошких стања код одојчади.

Очекивани резултати: повећање квалитета свих постојећих облика здравствене заштите одојчади са акцентом на промоцију дојења и правилне исхране, повећање обухвата обавезном вакцинацијом, раном препознавању и отклањању различитих развојних поремећаја, као и ефикаснијем и рационалнијем лечењу акутних респираторних и цревних инфекција.

За реализацију овог циља предвиђене су следеће активности:

3.1.1. Организовање редовних превентивних педијатријских прегледа у домовима здравља са акцентом на промоцију дојења и правилне исхране, као и штетним ефектима удисања дуванског дима по здравље одојчета.

3.1.2. Рано препознавање и отклањање гастроинтестиналних и поремећаја исхране, нарочито акутних цревних инфекција, инфантилиних колика, потхрањености, нутритивне алергије и хипохромне анемије.

3.1.3. Спровођење вакцинације према усвојеном програму и календару.

3.1.4. Рана детекција и отклањање, односно започињање мера ране рехабилитације и стимулације код сензорних и развојних поремећаја (слух, говор, вид, застој у психомоторном развоју, конгенитална дисплазија кука).

3.1.5. Израда и примена протокола за превенцију респираторних инфекција код ризичне одојчади (посебне категорије деце рођене пре термина).

3.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Интензивирана и усмерена здравствена заштита одојчади из осетљивих популационих групација

Очекивани резултати: смањење учесталости поремећаја исхране, ефикаснија превенција и лечење акутних цревних и респираторних инфекција са снижењем стопе смртности одојчади у популацији Рома на мање од 12 на 1000 рођених.

За реализацију овог циља предвиђене су следеће активности:

3.2.1. Континуирани здравствено-васпитни рад службе за здравствену заштиту деце и поливалентне патронажне службе, уз учешће локалне заједнице усмерен на личне и опште хигијенске навике, правилну исхрану и припрему хране за одојчад, као и на неопходност превентивних педијатријских прегледа и редовне вакцинације.

3.2.2. Интензивни патронажни надзор и организовање доступнијих начина спровођења превентивних педијатријских прегледа и вакцинације за посебно осетљиве групације одојчади (рад на терену, кампање)

3.2.3. Едукација здравствених радника за рационално ванболничко и болничко лечење акутних респираторних и цревних инфекција.

III - ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА МАЛЕ ДЕЦЕ

Деце узраста од једне до навршене четврте године, којима је посвећена ова програмска целина, према процени становништва за 2007. годину је било 302.869 или 4,1% популације (1). У наведеној програмској целини планира се реализација Националног миленијумског циља, који се односи на смањење смртности деце испод пет година (укључује и децу у првој години-одојчад) на вредност од 5 умрле деце до пет година на 1.000 живорођених.

Од 1991. до 2007. године преполовљена је стопа смртности деце до пет година живота (са 16,8 на 8,3 на 1000 живорођења, тј. са 1.516 на 563 деце овог узраста), и то првенствено као резултат смањења смртности одојчади. Број умрле деце од 1 до навршене 4. године у истом периоду смањен је са 461 на 79, а стопа смртности смањена је са 1,3 на 0,3 на 1000 деце овог узраста. Иако стопа смртности деце ове популационе групе опада,

стопа смртности ромске деце и даље је троструко већа од националног просека (6). У структури морталитета мале деце, после урођених анормалија, деформација и хромозомских ненормалности (22%), налазе се повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (18%), а затим тумори (15%) и заразне и паразитарне болести (11%) (1).

Праћење раста и развоја деце предшколског узраста, помоћу „графикана раста“, који представља једноставан и јефтин начин за евалуацију стања ухрањености, није остварено у складу са циљевима из Уредбе о здравственој заштити жена, деце, школске деце и омладине из 1995. године. Према резултатима спроведених истраживања, преваленција акутне потхрањености деце до пет година у Србији је ниска (3%), док преваленција застоја у расту (хронична потхрањеност) показује стални пораст (1996. – 3%; 2000. – 5% и 2005. – 6%). Основни нутрициони проблем остаје гојазност, јер је свако седмо дете узраста до 5 година предгојазно или гојазно. Од националног просека значајно одступају сиромашна и ромска деца (6).

Иако је обухват деце вакцинацијом, према званичним подацима, велики и прелази 90%, истраживања указују да је укупни обухват свим вакцинама у предвиђеном узрасту низак (око 66%), уз значајне територијалне разлике. Због проблема у регистрацији ромске деце и деце избеглица и интерно расељених лица и њиховог обухвата системом здравствене заштите, најугроженија су ромска деца која живе у ромским насељима, код које је обухват свим вакцинама чак за 30% нижи од националног просека (6). Мада су у Програм имунизације уведене нове вакцине (hepatitis b i haemophilus influenzae tip b) обухват деце овим вакцинама је у 2005. години био испод 50 % (6). Ерадикација дечје парализе, за коју је Србија добила међународни сертификат 2002. године, одржава се у томе статусу. Према постојећим физиолошким критеријумима, Србија је елиминисала болести дефицита јода у исхрани и добила у 2007. години међународну потврду постигнутих резултата.

У узрасту од 38 до 59 месеци предшколским васпитањем обухваћено је 45% градске, а само 14,4% сеоске деце. Из породица у којима родитељи имају само основно образовање обухват је свега 7,5%, у групи најсиромашнијих 7%, а код Рома из ромских насеља је обухват само 3,9% деце обухваћено предшколским васпитањем (6).

У оквиру ванболничког морбидитета деце до 6 година, са просечно 5,4 обољења по сваком детету, у 2007. години, као и ранијих година, доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести, болести ува и мастоидног наставка (3).

Као приоритетни проблем у здравственој заштити мале деце издваја се неједнако коришћење здравствене службе код ромске популације и деце из сеоских и сиромашних породица. То има за последице значајно већу вредност стопе смртности у односу на

национални просек, недовољан обухват имунизацијом ромске деце, као и слабију ухрањеност и заостајање у расту ове деце. Иако су акутне инфекције горњих дисајних путева вишеструко веће учесталости, међу узроцима разбољевања све чешће су болести уха, повреде и задесна тровања. У структури умрле деце, повреде се налазе на другом месту и њихова учесталост расте са узрастом деце.

4. ОПШТИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља мале деце

4.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Оспособити родитеље, старатеље и децу за активан однос према здрављу и преузимање одговорности за здравље.

Очекивани резултат: повећан обухват здравствено-васпитним радом родитеља/старатеља и деце на најмање 90%; усвајање здравих стилова живота циљних групација са обухватом од најмање 50%; потпун обухват деце превентивним педијатријским прегледима; повећано укључивање локалне заједнице у активности на промоцији здравља.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.1.1. Сачинити Програм васпитања за здравље деце, којим се дефинишу методе и садржаји здравствено-васпитног рада са децом и родитељима/старатељима, ради уједначавање рада на промоцији здравља деце. Програмом се дефинишу носиоци активности и области које су приоритетне за овај узраст: исхрана, физичка активност, вакцинација, превенција повређивања, здравље уста и зуба.

4.1.2. Институт за јавно здравље Србије и мрежа института/завода за јавно здравље организују и спроводе едукативне семинаре за здравствене раднике и здравствене сараднике у домовима здравља и васпитаче у предшколским установама, ради њиховог оспособљавања и стицања нових знања и вештина из области предвиђених Програмом васпитања за здравље деце.

4.1.3. Едуковани здравствени радници, здравствени сарадници и васпитачи у домовима здравља и предшколским установама спроводе Програм васпитања за здравље деце кроз индивидуални и групни здравствено-васпитни рад са децом, родитељима/старатељима, посебно усмеравајући активности на децу из осетљивих популационих групација.

4.1.4. За организовање и спровођење промотивних активности мотивисати и укључивати све релевантне секторе и представнике локалне заједнице, чиме се развија партнерство за здравље деце на локалном нивоу.

4.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Спречавати и смањивати повреде и тровања за 1/3

Очекивани резултат: постизање боље информисаности родитеља и јавности о начинима превенције повређивања деце; развијање сарадње са институцијама локалне заједнице на стварању безбедне средине за децу; формирање базе података о повредама код деце, уз бољи квалитет расположивих података.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.2.1. Министарство здравља заједно са другим министарствима и институцијама израђује Програм за превенцију повређивања, ради дефинисања међусекторске сарадње и заједничких интердисциплинарних програмских активности на спречавању повреда и смањењу повређивања мале деце.

4.2.2. Министарство здравља координира рад на изради базе података о повредама, као и националног регистра о повређеним лицима, са издвајањем деце.

4.2.3. Институт/заводи за јавно здравље спровode мобилизацију свих актера на нивоу локалне заједнице за стварање безбедне средине за децу, укључујући и игралишта и паркове, чиме се такође доприноси подстицању и промовисању физичке активности за здравље деце.

4.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Спречавати злостављање и занемаривање мале деце

Очекивани резултати: постизање већег нивоа знања и социјалних вештина здравствених радника и сарадника за препознавање свих облика насиља над децом; предузимање адекватних мера у случају злостављања и занемаривања.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.3.1. Министарство здравља иницира и подржава доношење законодавне регулативе и протокола рада у области заштите деце од злостављања и занемаривања и рада штетног по њихово здравље

4.3.2. Институт за јавно здравље Србије и мрежа института/завода за јавно здравље, заједно са Институтом за ментално здравље и другим релевантним институцијама, организује и спроводи едукативне семинаре за здравствене раднике, здравствене сараднике и васпитаче за рано препознавање злостављања и занемаривања и свих облика насиља над децом.

4.3.3. Едуковани здравствени радници и сарадници повећавају ниво знања родитеља за рано препознавање злостављања и занемаривања и упућују их у процедуре спровођења адекватних мера

4.4. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Спречавати одступања у нутритивном статусу, односно смањење за 20% броја потхрањене и смањење за 20% броја гојазне деце

Очекивани резултати: повећан број здравствено васпитних интервенција; стварање адекватне и безбедне средине за игру и физичку активност у сваком окружењу; обезбеђење квалитетних података за процену и праћење нутритивног статуса деце; увођење графика раста и развијање информационог система у овој области.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.4.1. Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије, у сарадњи са Удружењем педијатара Србије, стручно-методолошки усмеравају и координирају праћење и процену нутритивног статуса деце, укључујући и увођење графика раста.

4.4.2. Институт за јавно здравље Србије и мрежа института/завода за јавно здравље организују и координирају рад на спречавању потхрањености деце, кроз развој здравствено- васпитних интервенција у породици и заједници и допуну микронутријената.

4.4.3. Институт за јавно здравље Србије и мрежа института/завода за јавно здравље организују и координирају рад на спречавању прекомерне тежине и гојазности, кроз развој здравствено-васпитних интервенција у породици и заједници.

4.5. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Спречавати и сузбијати болести и рано откривање фактора ризика по правилан раст и развој

Очекивани резултати: постизање обухвата комплетном вакцинацијом на нивоу свих општина и све деце (укључујући посебно осетљиве групе) од најмање 95% деце; потпун обухват деце превентивним прегледима; повећање броја деце са рано откривеним поремећајима здравља; развијање тимова за рад са децом са проблемима у развоју.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.5.1. На нивоу свих општина у Србији, континуирано спроводити Програм обавезне имунизације од заразних болести становништва Србије и едуковати становништво о значају имунизације, посебно повећањем обухвата вакцинацијом деце из осетљивих групација.

4.5.2. У службама за здравствену заштиту предшколске деце домова здравља спроводити систематске и контролне педијатријске прегледе са обухватом од најмање 95%, ради идентификовања и отклањања чинилаца ризика за настанак поремећаја здравља и предузимања потребних мера.

4.5.3. Спроводити кућне посете поливалентне патронажне сестре породицама са малом децом.

4.5.4. Спроводити Програм превентивне стоматолошке заштите становника Република Србије.

4.5.5. Кроз развијање саветовалишног рада за идентификовање и отклањање фактора ризика за настанак поремећаја психомоторног и психосоцијалног развоја, интензивирати активности на праћењу здравственог стања деце са проблемима у развоју.

4.6. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Предузимати одговарајуће терапијско-рехабилитационе поступке код деце са откривеним поремећајима и обољењима

Очекивани резултат: потпун обухват деце скрининг прегледима; повећање броја деце са рано откривеним поремећајима; смањење стопе морбидитете; смањење броја деце са компликацијама и развојним проблемима.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.6.1. У службама за здравствену заштиту предшколске деце домова здравља благовремено дијагностификовати и предузимати третман поремећаја вида, слуха, говора, деформитета коштано-мишићног система и других поремећаја

4.6.2. У службама за здравствену заштиту предшколске деце домова здравља спроводити одговарајућу дијагностику и терапијске процедуре најчешћих акутних болести.

4.6.3. У службама за здравствену заштиту предшколске деце домова здравља и у сарадњи са одговарајућим институцијама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите спроводити рану дијагностику поремећаја и предузимати лечење деце са проблемима у развоју (моторни, социјални, емоционални).

4.7. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Побољшати приступачност, доступност и коришћење здравствене службе и уједначавати квалитет здравствене заштите деци са села, из сиромашних подручја и осетљивим групацијама.

Очекивани резултати: повећање обухвата деце из осетљивих популационих групација здравственом заштитом; повећање обухвата вакцинацијом; смањење морбидитета и побољшање здравственог стања деце из осетљивих групација.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.7.1. Интензивирање активности на промоцији здравља, спречавању и раном откривању и лечењу болести код осетљивих групација деце, кроз спровођење специфичних превентивних програма у ромским насељима, у сеоским подручјима, неразвијеним срединама.

4.7.2. Територијални домови здравља организују спровођење кампањске вакцинације и рад покретних амбуланти ради спречавања разбољевања, као и

благовремене дијагностике и започињања лечења деце из осетљивих популационих групација.

4.8. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Омогућити адекватно праћење и евалуацију рада здравствених служби за здравствену заштиту деце

Очекивани резултати: доношење и примена унапређеног Правилника о вођењу медицинске документације и евиденције; стварање предуслова за поузданије сагледавање здравствене ситуације и предузимање мера.

За реализацију овог циља потребно је спровести следеће активности:

4.8.1. Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије организују рад на унапређењу и прилагођавању медицинске документације и побољшању евиденције и извештавања.

4.8.2. Институт за јавно здравље Србије и мрежа института/завода за јавно здравље континуирано прате и процењују рад служби за здравствену заштиту предшколске деце у домовима здравља.

4.8.3. Институт за јавно здравље Србије и мрежа института/завода за јавно здравље континуирано прате и процењују рад болничких одељења на којима се лече деце.

IV - ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ДЕЦЕ ПРЕДШКОЛСКОГ И МЛАЂЕГ ШКОЛСКОГ УЗРАСТА

Према процени становништва за 2007. годину у узрасту од 5 до 9 година, који је бухваћен овом програмском целином, било је 405.427 деце или 5,5 % популације. Од 1991. до 2007. године стопа смртности деце од пет до девет година опада, тако да је у 2007. години умрло 55 деце овог узраста или 0,2 на 1000 деце овог узраста (1). У структури морталитета деце из ове групације доминирају повреде (око 75% узрока смрти) са већим учешћем повреда у саобраћају у односу на млађу добну групацију деце, а затим следе тумори, заразне и паразитарне болести.

У оквиру ванболничког морбидитета деце од 5 до 9 година, задржава се слична заступљеност обољења и патолошких стања, доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести, болести ува и мастоидног наставка.

У предшколском узрасту расте обухват деце предшколским васпитањем и образовањем, нарочито у години пред полазак у школу, када је обухваћено преко 80% деце. И даље је присутна појава недовољног обухвата деце из сиромашних средина, сеоских подручја и ромске популације.

Начин живота родитеља и даље има утицаја на развој детета. Ставови и модели понашања у животу често су одређени у предшколском периоду, када се формирају ставови према понашањима везаним за здравље, као што су пушење и физичка активност, и усвајају модели исхране. Исхрана остаје главни здравствени и развојни чинилац за ову групу. Деца овог узраста све више испољавају сопствене жеље у погледу исхране и почињу да стварају сопствени став по питању дијета.

Лоше навике у исхрани у овом узрасту могу бити главни узрок неухрањености што доводи до недовољног физичког раста и смањеног когнитивног учења. Обрнуто, нездраве хиперкалоричне дијете могу водити прекомерној тежини и гојазности и створити нездраве моделе исхране у животу.

Услови окружења веома утичу на здравље и развој предшколског и детета млађег школског узраста. Они у највећем ризику су међу најсиромашнијима. Деца из сиромашних породица више су изложена повредама у саобраћајним несрећама или у кући, у случају пожара, утапања.

Тачне и значајне податке о злостављању деце овог узраста није увек лако добити. Последице злостављања и занемаривања детета могу бити физичке, психолошке и бихевиоралне и могу бити непоправљиве.

Како дете постаје изложеније ширем физичком и друштвеном окружењу, јављају се нови здравствени изазови. Са развојем друштвене интеракције изван породице, школско окружење, вршњаци и медији врше све већи утицај на стварање вредности, ставова и модела понашања младог човека.

Као приоритетни проблеми здравствене заштите деце узраста 5 – 9 година, као групације коју карактерише не само примарна већ и секундарна социјализација, издвајају се могућност формирања модела понашања ризичног за здравље и здрав развој, већа угроженост деце из осетљивих групација, повреде као доминантан узрок смрти, а значајна заступљеност акутних инфекција горњих дисајних путева међу узроцима разбољевања.

5. ОПШТИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља деце предшколског и млађег школског узраста.

5.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Развијање здравих стилова живота деце

Очекивани резултати: за 50% повећан ниво стеченог знања и усвојених вештина у вези са здрављем како деце, чланова породица и релевантних групација локалне заједнице; постизање активног учешћа деце у очувању здравља.

Овај специфични циљ се може остварити преко следећих активности:

5.1.1. Сачинити Програм васпитања за здравље деце који дефинише садржај и методе рада у складу са областима које су приоритетне за овај узраст. Домови здравља у сарадњи са институтима и заводима за јавно здравље, предшколским и школским установама спроводе програм.

5.1.2. Едукација здравствених радника, васпитача и других сарадника укључених у бригу о здрављу деце овог узраста и постизање већег нивоа знања.

5.1.3. Здравствено-васпитни рад у складу са Програмом васпитања за здравље са децом, родитељима/старатељима/по темама предвиђеним за овај узраст (исхрана, физичка активност, вакцинација, превенција повреда, здравље уста и зуба) са посебним освртом на децу из осетљивих популационих група.

5.1.4. Министарство здравља и Министарство трговине доносе прописе којима ће се забранити дистрибуција нездравих оброка у јаслицама и вртићима као и продаја нездраве хране у школским продавницама и у близини школа. Очекује се да ће имплементација прописа допринети смањењу броја деце предшколског и раног школског узраста која конзумирају „брзу“ храну.

5.1.5. Сензибилисање и укључивање свих неопходних сектора и представника локалне заједнице у акције за здравље деце.

5.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Превенција ризика од најзначајних узрока смртности, повреда, болести и неспособности

Очекивани резултати: смањење обољевања, повређивања и смртности деце узраста од 5 година до навршене 9 године за 1/3.

Овај специфични циљ се може остварити преко следећих активности:

5.2.1. Сачинити Програм за превенцију повређивања у коме се посебна пажња посвећује превенцији повређивања у саобраћају и код куће. Програмом се дефинишу облици сарадње у спровођењу програма са просветним организацијама и органима унутрашњих послова. Спровођење Програма ће као резултат имати повећање знања родитеља, деце и јавности о безбедним условима у кући саобраћају и другим местима, и смањење броја повређене деце.

5.2.2. Домови здравља спроводе Програм обавезне имунизације од заразних болести становништва Србије у сарадњи са институтима/заводима за јавно здравље, локалним заједницама и удружењима грађана. Очекује се да као резултат обухват имунизацијом против свих болести за које је имунизација обавезна буде најмање 95% деце на нивоу популације у Републици, на нивоу појединачних општина као и у посебно остелјивим популационим групама, а што ће водити смањењу морбидитета од болести за које је обавезна вакцинација.

5.2.3. Министарство здравља обезбеђује спровођење законске регулативе у вези са забраном пушења у просторијама у којима бораве деца. Институт/заводи за јавно здравље у сарадњи са домовима здравља, предшколским и школским установама спроводе едукација родитеља, запослених у школама и предшколским установама у вези са штетним ефектима пасивног пушења. Очекује се да се смањи излагање деце пасивном пушењу што ће допринети смањивању респираторних обољења деце.

5.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Откривање ризика по здравље и поремећаја здравља и предузимање одговарајућих поступака за њихово отклањање.

Очекивани резултати: повећан број деце са рано откривеним ризицима по здравље и поремећајима здравља; смањење ванболничког и болничког морбидитета и морталитета од најчешћих акутних болести; повећан број откривене злостављане и занемарене деце.

Овај специфични циљ се може остварити преко следећих активности:

5.3.1. Институт за јавно здравље Србије израђује графиконе раста за овај узраст деце који се укључује у здравствени картон деце. Праћење раста се врши у домовима здравља у одговарајућим службама и обучавање мајки да самостално прате раст и развој деце.

5.3.2. Обезбеђивање суплемената у исхрани у јаслицама и вртићима и посебно за децу из сиромашних и ромских породица у сарадњи са локалним заједницама и удружењима грађана. Очекује се да би као резултат ове активности био смањен број потхрањене деце у целој популацији овог узраста и у сиромашним и ромским породицама.

5.3.3. Одговарајуће службе домова здравља спроводе систематске и контролне прегледе ради откривања чинилаца ризика за настанак поремећаја здравља и примену мера за њихово отклањање. Очекује се да ће се повећати број деце обухваћене систематским и контролним прегледима а посебно повећан број деце са рано откривеним поремећајима.

Comment [nk1]: Кавантификовати

5.3.4. Стоматолошке службе домова здравља спроводе мере у складу са Програмом стоматолошке здравствене заштите, врше процену и откривање фактора ризика за појаву

појединих оралних обољења; дефинисање превентивних и профилактичких мера и активности за отклањање утврђених фактора ризика;

5.3.5. Развијање саветовалишног рада за откривање и отклањање фактора ризика за настанак поремећаја психомоторног и психосоцијалног развоја и праћење здравственог стања деце са проблемима у развоју кроз развијање тимова за рад са децом са проблемима у развоју. Ова активност ће као резултат имати обухватање деце са факторима ризика по развоју и поремећајима психомоторног и психосоцијалног развоја.

Comment [nk2]:

5.3.6. Министарство за рад и социјалну политику припрема законе за заштиту деце од експлоатације и опасног рада што ће као резултат имати смањење броја деце изложене опасном раду.

5.3.7. Институт за ментално здравље у сарадњи са мрежом института/ завода за јавно здравље спроводи едукацију здравствених радника за препознавање свих облика насиља над децом. Спровођење ове активности ће омогућити повећање нивоа знања здравствених радника у препознавању насиља над децом.

5.3.8. Здравствени радници у домовима здравља и болницама обраћају посебну пажњу на децу са повредама које указују на насиље и предузимају одговарајуће мере у сарадњи са службом за социјални рад и органима унутрашњих послова. Овакве активности ће резултирати већим бројем рано откривених случајева насиља над децом и предузимање одговарајућих мера у пружању помоћи деци.

5.3.9. Службе домова здравља раде на раном откривању поремећаја кроз спровођење детаљних систематских прегледа, а што обухвата и проверу вакциналног статуса, процену интелектуалног и емоционалног развоја, стоматолошке прегледе. По утврђеним одступањима деца се упућују на одговарајуће терапијске и рехабилитационе поступке. Деци код које је утврђен поремећај и која су упућена на одговарајуће поступке се прати стање и кроз контролне прегледе. Очекује се да ће спровођењем ове активности бити већи проценат деце са рано откривеним поремећајима здравља као и већи проценат деце овог узраста са откривеним поремећајим код које се терапијске и мере рехабилитације спроводе у потпуности.

5.3.10. Домови здравља и друге здравствене установе раде на раном откривању акутних поремећаја здравља деце овог узраста и упућивању на одговарајуће терапијске поступке. Активност ће као очекивани резултат довести до већег броја деце код које се акутне болести откривају у раној фази и благовременог терапијског и рехабилитационог

поступка, смањења броја деце са компликацијама, као и деце овог узраста која се болнички лече.

5.3.11. Домови здравља и одговарајуће болничке установе раде на раном откривању поремећаја и лечењу деце са проблемима у моторном, социјалном или емоционалном развоју. Откривање поремећаја у раној фази и упућивање на одговарајући лечење доводи до смањења броја деце са оваквим поремећајима и до смањења деце које се лече хоспитално.

5.4. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Омогућити адекватно праћење и процену рада здравствених служби за здравствену заштиту деце, што ће обезбедити документовање, евиденцију и извештавање на начин који је прилагођен потреби адекватног сагледавања здравствене ситуације.

Овај специфични циљ се може остварити преко следећих активности:

5.4.1. Институт за јавно здравље Србије израђује нови правилник који прописује унапређену медицинску документацију као начине евидентирања и извештавања, а нарочито водећи рачуна о томе да се популациона група узраста 5-9 година посебно прати што до сада није био случај.

5.4.2. Институт/заводи за јавно здравље процењују рад служби за здравствену заштиту предшколске деце у домовима здравља, кроз праћење индикатора обима и садржаја рада и показатеље здравственог стања ове узрастне групе, са циљем праћења једнакости у пружању здравствене заштите деци различитог социјално-економског статуса и из посебно осетљивих групација.

5.4.3. Институт/заводи за јавно здравље процењују рад педијатријских болничких одељења кроз праћење индикатора обима и садржаја рада и показатеље здравственог стања ове узрастне групе, са циљем праћења једнакости у пружању здравствене заштите деци различитог социјално економског статуса и из посебно осетљивих групација.

5.5. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Побољшати приступачност, доступност и коришћење здравствене службе и квалитет здравствене заштите деци са села, из сиромашнијих подручја, у ромским насељима.

Очекивани резултати: редовно праћење здравственог стања, посебно осетљивих групација деце; повећан обухват - посебно превентивним услугама; смањене постојеће неједнакости у вредностима показатеља здравственог стања, као и у обезбеђености и

доступности здравствене заштите на нивоу сеоско-градско становништво и сиромашнији-богатији окрузи и подручја.

Овај специфични циљ се може остварити преко следеће активности:

5.5.1. Интензивирање активности на промоцији здравља, спречавању, раном откривању и лечењу болести код осетљивих групација деце, кроз спровођење посебних програма у ромским насељима, у сеоским подручјима, неразвијеним срединама.

V - ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА АДОЛЕСЦЕНАТА

Овај програмска целина се односи на децу и омладину узраста 10 до навршених 18 година, односно до завршетка средњошколског образовања. Према процени становништва за 2007. годину, 405.427 (5,49%) становника је узраста 10 до 14 година и 446.332 (6,04%) узраста 15 до 19 година (1).

Пожељан став о одговорности за сопствено здраве имала је једна четвртина (25,3%) деце и омладине узраста 7 до 19 година. Преко једне трећине (36,7%) деце и адолесцента је изјавило да никада не размишља о свом здрављу приликом избора хране, док је 2000. овај проценат износио 22 (5). Две трећине, односно 67,7%, деце и омладине узраста 7 до 19 година је било нормално ухрањено. Скоро једна петина (18%) је била предгојазна (11,6%) и гојазна (6,4%), док је 2000. године било предгојазних 8,2%, а гојазних 4,4% (5).

Готово три четвртине деце и омладине слободно време проводи гледајући телевизију и видео касете (73,3%) или слушајући музику (61,9%), а у односу на резултате из 2000. године бележи се значајан пораст. Подаци о употреби компјутера и комуникацији преко интернета недостају. У напорној физичкој активности најмање 2 сата недељно ангажује се 45,7% деце узраста 7 до 14 година и 46% адолесцента узраста 15 до 19 година (5).

Учесталост пушења код адолесцената узраста 15-19 година смањена је у односу на 2000. годину са 22,9% на 15,5%. Једна четвртина адолесцената (25%) учестало конзумира алкохол, што далеко превазилази просек који се виђа у земљама Европске Уније. Трећина (36,4%) узраста 15 до 19 година конзумира алкохол, а навику опијања бар једном месечно има 5,5%. У Србији је 6,9% адолесцената узраста 15-19 година пробало психоактивне супстанце. Прво узимање психоактивне супстанце код младих, најчешће се дешава између 13. и 17. године живота (5).

Медијана узраста ступања у први сексуални однос међу младима, као средња вредност у низу, износи 16 година (5). У сексуалне односе је ступило 29% адолесцената узраста 15 до 19 година, и то 36,3% младића и 21,8% девојака, што је пораст у односу на 2000. годину (5). Једна трећина адолесцената који су били сексуално активни у години која је претходила истраживању, користила је непоуздане методе контрацепције (неплодни дани, прекинут однос) (5).

У структури свих порођаја, према званичној статистици, 7,3% чине породиље млађе од 20 година. Стопа порођаја жена узраста 15 до 19 година је 17,4 на 1000 жена овог животног доба. Нема прецизних података о прекидима трудноће код адолесценткиња због значајне подрегистрације, а самим тим ни прецизних података о стопи трудноћа. Према званичним подацима стопа прекида трудноће, код девојака узраста 15 до 19 година износила је током 2006. године 4,1 на 1000 (2), а према подацима Републичког завода за статистику стопа трудноћа 21,0 на 1000. Учесталост полно преносивих инфекција међу адолесцентима у Србији није позната. У поређењу са претходном деценијом, током протеклих година далеко већи број адолесцената користи кондом приликом сексуалних односа у вези која је краћа од 6 месеци. На жалост, још увек је присутна изузетно ниска стопа добровољног тестирања на ХИВ (2,7 на 1000 становника). У узрасту млађем од 15 година ХИВ инфекција је ретка (3,6% од укупног броја инфицираних), а у узрасту од 15 до 24 године је четири пута чешћа (13,2%)(9).

Трећина средњошколске популације показује знаке психолошког трпљења и менталних проблема. Угроженије су девојке и адолесценти оба пола у урбаним срединама (2).

Млади Роми и Ромкиње представљају посебно осетљиву популацију. Они у односу на своје вршњаке у општој популацији значајно ређе похађају школу. Основну школу, похађа 66,2% од укупног броја деце евидентиране у ромским насељима (наспрам 94,4% остале деце у Србији), а велики број њих рано напушта школовање, посебно девојчице. Младе Ромкиње су у погледу образовања једна од најискљученијих група младих. Један од проблема у образовању младих Рома је рано ступање у брак. У узрасту од 15 година 12,4% Ромкиња су у браку, а до 18 година у браку је 45,9% (6).

Повреде и тровања су водећи узрок смрти школске деце и омладине и 2007. године су у структури mortalитета били заступљени са 51,3%. Сабраћајни трауматизам представља водећи узрок смрти у овој популационој групацији (2).

Специфичност морбидитет деце и омладине (7-19 година) у односу на млађи узраст огледа се у порасту повреда и ризичног понашања (пушење, алкохол, дрога, полно преносиве инфекције, неправилна исхрана)(2).

Као приоритетни проблеми здравствене заштите адолесцента, издвајају се: недовољно заступљени здрави стилови живота адолесцената, гојазност, проблеми репродуктивног здравља (рано ступање у сексуалне односе, ризични сексуални односи, ниска употреба кондома и осталих контрацептивних средстава, висока учесталости полно преносивих инфекција, адолесцентна трудноћа), употреба легалних и илегалних психоактивних супстанци, повреде, проблеми менталног здравља, насиље и вршњачко насиље, као и други видови злостављања, занемаривања и недовољно коришћење здравствених услуга међу адолесцентима.

6. ОПШТИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља адолесцената узраста 10 до навршених 18 година, односно до завршетка средњошколског образовања.

6.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Усвајање здравих стилова живота код адолесцената.

Очекивани резултати: најмање 40% адолесцената да усвоји здрав стил живота; побољшано знање и већа мотивисаност адолесцената, породице али и читавог друштва за здраве стилове живота и смањивање различитих облика ризичног понашања.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

6.1.1. Израда Програма промоције здравља адолесцената, у коме се дефинишу носиоци активности и области које су приоритетне за овај узраст. Неопходно је дефинисати методе и садржаји здравствено-васпитног рада са адолесцентима и родитељима/старатељима.

6.1.2. Спроводи промовију здравља усмерену на све адолесценте, а посебно на осетљиве групе и на родитеље, просветне раднике и ширу јавност. Промоција здравља подразумева: здраву и уравнотежену исхрану, превенцију гојазности и поремећаја исхране; промоцију физичке активности; здравље уста и зуба; промоцију менталног здравља; превенцију ризичног сексуалног понашања, употребе дувана, алкохола и психоактивних супстанци; превенцију повреда и тровања, и насиља, занемаривања, злостављања и експлоатације; превенцију обољења која настају због неповољних утицаја спољашње средине (снабдевање неисправном водом за пиће, небезбедно одлагање отпадних материја, унутрашње и спољашње аерозагађење, микробиолошка и хемијска неисправности хране).

6.1.3. Систематски прегледи, планирани разговори и контролни прегледи са обухватом од 95% обављају се ради праћења раста, развоја, здравственог стања, понашања адолесцената, раног откривања поремећаја здравља, знакова занемаривања и злостављања, као и због спровођења промоције здравља. Систематски и контролни прегледи и планирани разговори спроводе се према стручно-методолошком упутству за примену овог Програма.

6.1.4. Примена саветовалишног рада са адолесцентима обавља се у свим домовима здравља, а не само у домовима здравља који обезбеђују здравствену заштиту у заједницама у којима има преко 7000 адолесцената узраста 10 до 18 година. У саветовалишту се адолесцентима пружају услуге везане за: раст, развој, исхрану, физичку активност, пушење, употребу алкохола и илегалних психоактивних супстанци, насиље, злостављање, хроничне болести; безбедност, безбедне сексуалне односе и контрацепцију. У саветовалишном раду се примењује групни здравствено-васпитни рад, индивидуални саветодавни рад, подстиче се сарадња на промоцији здравља у заједници, према поменутом стручно-методолошком упутству.

6.1.5. Превенција заразних обољења кроз вакцинацију спроводи се према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима (Службени гласник РС број 11/2006), у даљем тексту: Правилник о имунизацији, са обухватом од 95% адолесцената.

6.1.6. Хигијенско санитарни надзор у школама, домовима ученика и другим институцијама у којима живе адолесценти врши санитарна инспекција два пута годишње, а епидемиолошки надзор епидемиолошка служба института и завода за јавно здравље у сарадњи са домом здравља, према епидемиолошким индикацијама.

6.1.7. Очување и унапређење здравља уста и зуба адолесцента остварује се кроз примену Програма превентивне стоматолошке заштите становништва Србије.

6.1.8. У циљу сузбијања оштећења здравља адолесцента узрокованог недостатком јода контролише се спровођење прописа о јодирању соли: контролисањем садржаја јода у соли, одређивањем излучивања јода урином, у подручјима где постоји ендемска гушавост спроводити и преглед адолесцената у циљу откривања струме. Активности се спроводе према Програму превенције дефицита јода у Републици Србији.

6.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Превенција и лечење гојазности и поремећаја исхране. Очекивани резултат је снижавање инциденције за 20% и преваленције гојазности, предгојазности и поремећаја исхране међу адолесцентима; повећање адолесцената који су физички активни за 10%.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

6.2.1. Редовно праћење телесне масе, телесне висине и индекса телесне масе, у оквиру систематских и контролних прегледа, планираних разговора, према стручно-методолошком упутству, ради спречавање настанка прекомерне тежине и гојазности.

6.2.2. Обезбеђивање услова и промовисање физичке активност, а посебно међу девојкама. Активности се спроводе у складу са Програмом превенције и лечења гојазности деце и адолесцената. Очекивани резултат је повећање удела физички активних за 10% и смањивање инциденције гојазности међу адолесцентима.

6.2.3. Адекватно праћење и лечење адолесцената/киња са прекомерном телесном масом и гојазношћу спроводи се према стручно-методолошком упутству за примену Програма превенције и лечења гојазности деце и адолесцената.

6.2.4. Едукација здравствених радника за рано откривање поремећаја исхране код девојака и код младића спроводи се према стручно-методолошком упутству за примену Програма, са циљем да се поремећаји исхране открију у раним фазама болести и адекватно и ефикасно лече.

6.2.5. Едукација адолесцента, родитеља/старатеља за рано откривање поремећаја исхране спроводи се са циљем да се поремећаји исхране открију у раним фазама болести, како би се што раније започело лечење.

6.2.6. Организују се мултидисциплинарни, родно сензитивни тимови за лечење поремећаја исхране (педијатар, нутрициониста, ендокринолог, психијатар, психолог) са циљем да се обезбеди адекватно лечење адолесцената са поремећајима исхране, смањи број гојазних и адолесцената са поремећајима исхране и повећа свест о значају здраве исхране.

6.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Заштита и унапређење репродуктивног здравља адолесцената.

Очекивани резултати: повећање удела адолесцената који одлажу сексуалне односе и адолесцента који имају безбедне сексуалне односе за 10%; снижавање инциденције полно преносивих инфекција и адолесцентних трудноћа; повећан удео адолесцената/киња који имају адекватно знање, ставове и понашање у односу на сексуалност.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

6.3.1. Едукација и мотивисање адолесцената/киња за безбедно и одговорно сексуално понашање. Едукација обухвата: пружање информација, усвајање знања о анатомији и физиологији репродуктивних органа, партнерским односима, безбедним и ризичним сексуалним односима, доношењу одлука о сексуалном понашању, коришћењу заштите, непланираној трудноћи, контрацепцији и полно преносивем инфекцијама, укључујући и ХИВ/АИДС; Стицање животних вештина за доношење одлука, преговарање о ступању у сексуалне односе и коришћењу заштите, одупирање притиску и сл.

6.3.2. Пружање савета о контрацепцији и евентуално обезбеђивање контрацептивног средства за све адолесценте. Обезбеђивање бесплатних и лако доступних кондома адолесцентима/кињама. Очекивани резултат је смањење инциденце адолесцентних трудноћа и снижавање инциденце полно преносивих инфекција укључујући и ХИВ инфекцију.

6.3.3. Едукација здравствених радника и сарадника за рад са адолесцентима у области репродуктивног здравља ради стицања знања и вештина за пружање здравствених услуга прилагођених потребама адолесцената. Очекивани резултат је повећана свест о значају коришћења превентивних програма и здравствених услуга, повећано коришћење здравствених услуга, очување и унапређење репродуктивног здравља младих, рано откривање и лечење поремећаја здравља.

6.3.4. Обезбеђивање поверљивог раног откривања и лечења полно преносивих инфекција, укључујући и ДПТ на ХИВ/АИДС за адолесценте оба пола. Очекивани резултат је повећана учесталост тестирања на полно преносиве инфекције, рано откривање и правовремено лечење.

6.3.5. Добровољно поверљиво саветовање и тестирање трудница адолесцентног узраста и обезбеђивање адекватне терапије трудницама које су ХИВ позитивне према смерницама..

6.3.6. Антенатална и перинатална заштита трудница адолесцентног узраста обухвата: редовне контроле гинеколога, спречавање дефицита микронутријената, откривање и лечење инфекција у трудноћи, генетско саветовање, одређивање установе у којој ће се адолесценткиња породити, у складу са процењеним ризиком. Активности које се односе на адолесценткиње труднице детаљније су приказане у програмској целини I.

6.3.7. Саветовање, медицинска и психолошка подршка, пружање помоћи мајкама адолесценткињама и њиховим партнерима да наставе школовање ради редуковања медицинских и психосоцијалних проблема адолесценткиња трудница, породиља и њихових партнера

6.3.8. Саветовање у вези са одлуком о прекиду или настављању трудноће, обезбеђивање прекида трудноће у здравственој установи уз најбезбедније процедуре, психолошку и социјалну подршку.

6.4. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Рано откривање, адекватно лечење и одговарајућа подршка адолесцентима/кињама са хроничним обољењима и инвалидношћу

Активности везане за овај специфични циљ увршћене су у програмску целину IX, која се односи на превенцију, рано откривање и адекватно лечење хроничних обољења и инвалидитета деце и адолесцената.

6.5. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ:

Превенција употребе и злоупотребе дувана, алкохола и илегалних психоактивних супстанци, адекватно лечење адолесцената који злоупотребљавају или су зависни од психоактивних супстанци (ПАС), умањивање ефеката употребе ПАС.

Очекивани резултати: смањивање учесталости употребе дувана, алкохола и илегалних ПАС међу адолесцентима за једну трећину; смањивање броја адолесцената који злоупотребљавају или су зависни од ПАС; смањење штетних последица употребе ПАС.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

6.5.1. Едукација здравствених радника и сарадника за рад на превенцији употребе и злоупотребе ПАС. Едукација обухвата следеће теме: врсте психоактивних супстанци, њихова својства и ефекти, стадијуми употребе психоактивних супстанци, дијагностички критеријуми за постављање дијагнозе злоупотребе и зависности, превенција, принципи лечења са циљем да се здравствени радници оспособе да ефикасно превенирају употребу психоактивних супстанци, препознају прве знаке злоупотребе психоактивних супстанци и адолесценте који злоупотребљавају психоактивне супстанце или су зависни од њих упуте у службу за унапређење

менталног здравља, на нивоу примарне здравствене заштите. Изабрани лекар адолесцента ће као део тима у овој служби активно пратити његово лечење.

6.5.2. Информисање адолесцената, родитеља, старатеља о ефектима неадекватне употребе лекова и злоупотреби дувана, алкохола и илегалних психоактивних супстанци ради ефикасне превенције, раног препознавања и правовременог збрињавања адолесцената који злоупотребљавају психоактивне супстанце или су зависни од њих.

6.5.3. Укључивање у наставне програме родно сензитивних информација о употреби и злоупотреби дувана, алкохола и илегалних психоактивних супстанци са циљем да се адолесценти мотивишу да не користе психоактивне супстанце или да одустану од њихове употребе.

6.5.4. Оснивање специфичних, родно сензитивних, мултидисциплинарних служби за лечење адолесцената који имају проблем са злоупотребом психоактивних супстанци ради свеобухватног и ефикасног лечења.

6.5.5. Организовање и примена родно сензитивних програма за смањење штете код адолесцената зависних од психоактивних супстанци како би се умањиле индивидуалне последице и последице по заједницу.

6.6. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Рано откривање и адекватно збрињавање адолесцената са проблемима менталног здравља.

Очекивани резултат: пружање адекватне помоћи благовремено препознатим адолесцентима са проблемима у сфери менталног здравља.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

6.6.1. Едукација здравствених радника и сарадника за рано откривање проблема менталног здравља, ради правовременог препознавања и започињања ефикасног лечења адолесцента са проблемима менталног здравља.

6.6.2. Пружање информација адолесценатима и родитељима/старатељима о проблемима менталног здравља у циљу раног откривања проблема менталног здравља и правовременог започињања лечења.

6.6.3. Укључивање информација о менталном здрављу у наставне програме основних и средњих школа у циљу раног откривања проблема менталног здравља, мотивисања адолесцента да потраже помоћ и правовременог започињања лечења, као и дестигматизације оних који траже помоћ или којима се помоћ пружа.

6.6.4. Оснивање мултидисциплинарних, родно сензитивних тимова за лечење адолесцената са проблемима менталног здравља у служби за унапређење менталног здравља у домовима здравља.

6.7. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Превенција насиља, занемаривања и злостављања, умањивање последица насиља, занемаривања и злостављања, превенција повреда и тровања.

Очекивани резултати: оснаживање адолесцената да препознају занемаривање и злостављање; снижавање инциденције насиља, повреда и тровања адолесцената, занемаривања, злостављања, експлоатације и њихових последица међу адолесцентима.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

6.7.1. Едукација здравствених радника и сарадника о врстама и последицама, поступању у случају откривеног занемаривања и злостављања, уз примену Ошштег и Посебног протокола. Очекивани резултат је рано откривање и адекватно збрињавање адолесцента који су жртве занемаривања и злостављања

6.7.2. Информисање адолесцената и родитеља/ старатеља о ефектима занемаривања и злостављања и могућностима здравствене и правне заштите, са циљем да се злостављање и занемаривање превенира или рано открије и затражи одговарајућа помоћ и заштита.

6.7.3. Укључивање у наставне програме основних и средњих школа информација о ефектима злостављања и занемаривања и могућој здравственој и правној заштити са циљем да се злостављање и занемаривање превенира или рано открије и затражи одговарајућа помоћ и заштита.

6.7.4. Лечење и пружање психосоцијалне подршке како адолесцентима који су жртве злостављања и занемаривања, тако и починиоцима, да би се умањиле последице злостављања и занемаривања.

6.7.5. Едукација адолесцената за ненасилно решавање конфликта у циљу превенције насиља међу вршњацима.

6.7.6. Рано откривање и адекватно збрињавање адолесцената са проблемима менталног здравља, посебно депресивних адолесцената у циљу превенирања тровања са суицидалном намером. Превенција употребе и злоупотребе ПАС, рано откривање и лечење злоупотребе и зависности од ПАС.

6.7.7. Активности на превенцији повреда и тровања код адолесцента увршћене су и приказане у програмској целини VIII, која се односи на превенцију, дијагностику и лечењу болести и стања од већег социјално-медицинског значаја

6.8. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Организација здравствених служби прилагођених потребама адолесцената.

Очекивани резултати: обезбеђивање повећане доступности здравствених служби за све адолесценте; повећано поверење адолесцента у здравствене службе и повећано коришћење здравствених услуга.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

6.8.1. Обезбеђивање механизма да представници адолесцената учествују у телима која се баве планирањем, организацијом, контролом спровођења и евалуацијом здравствене заштите како би се обезбедила здравствена заштита која је у складу са потребама младих.

6.8.2. Успостављање доступне здравствене заштите за све адолесценте без обзира на род, социјално-економски статус, етничку припадност, географско подручје.

6.8.3. Едукација здравствених радника и сарадника који пружају здравствену заштиту адолесцентима за приступ наклоњен младима и прилагођен потребама младих.

6.8.4. Развијање, усвајање и примена стандарда квалитета у здравственој заштити адолесцената (нпр. Стандарди квалитета саветовалишта сачињени су од Националне експертске групе за здравље у сарадњи са УНИЦЕФ-ом) како би се обезбедиле високо квалитетне здравствене услуге адолесцентима.

6.8.5. Увођење процеса акредитације и контроле квалитета здравствених установа, али и свих других организација, које пружају услуге у области здравствене заштите адолесцената, пре свега у домену превенције, како би се обезбедиле високо квалитетне здравствене услуге адолесцентима

6.8.6. Успостављање механизма сарадње система здравствене заштите и удружења грађана која пружају одређене услуге у области здравствене заштите адолесцената, пре свега у домену превенције, са циљем да се прошири мрежа институција и организација које доприносе здрављу и обезбеде квалитетне здравствене услуге за све адолесценте.

6.8.7. Формирање базе података о здравственом стању адолесцената и континуирано праћење како би се на основу потреба планирали квалитетни и ефикасни програми здравствене заштите адолесцената

VI ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА МЛАДИХ ПОСЛЕ ПУНОЛЕТСТВА

Рутински подаци Републичког завода за статистику прате петогодишње добне интервале, према којима узраст од 20 до 24 године, у 2002. години чини 6,83% укупног становништва (или 512.429), а узраст од 25 до 29 година чини 6,72% укупног становништва (или 504.566) становника.

Млади после пунолетства се, уобичајено и поједностављено, посматрају као здрава популација будући да подаци рутинске здравствене статистике у Србији указују на најниже оболевање и умирање у овој узрасној групи. Међутим, бројни директни и/или индиректни фактори указују на јединствене здравствене проблеме а доступни подаци о здравственом понашању младих у периоду након пунолетства, показују да оно озбиљно нарушава, или ће

нарушити њихово здравље, било тренутно, у блиској будућности или у зрелом добу. Такође, оно што се тешко може или никако сагледати на основу рутинских података је да млади после пунолетства нису хомогена група, већ постоје значајне разлике, не само према полу, већ и у присуству оних који живе у сиромаштву, са недовољним образовањем, незапослени, са још неизграђеним или већ усвојеним лошим здравственим навикама, са нерешеним стамбеним статусом, са неком формом инвалидитета, у институцијама или припадају младима улице. За сагледавање здравља ових осетљивих група свакако су неопходна циљана истраживања. Посматрајући просечну популацију младих после пунолетства, скорашња истраживања указују на неповољне социјално-економске одреднице здравља, њихову недовољну контролу над сопственим здрављем и присутно ризично понашање(5). Млади после пунолетства, у групи од 20 до 26 година, сопствено здравље процењују као добро и врло добро чак у 82,9% случајева (значајно више младићи: 86,2%, него девојке: 79,7%). Просек овог индикатора за Републику Србију је 47%, док је за Европску унију за мушкарце: 64,6%, а за жене 57,4% (9, 11).

Истраживање здравља Републике Србије, у узрасту од 20 до 26 година, потврђује да је највећи број оних који имају завршену средњу школу (77,4%), што се поклапа са рутинским подацима. По питању образовања, младићи и девојке се значајно разликују, већи је број младића са завршеном средњом школом (80,%) него девојака (74,5%)(8). Нарочито неповољну слику о социјално-економском статусу младих после пунолетства даје стопа запослености која је далеко нижа од просека за радно активно становништво и забрињавајуће висока стопа незапослености младих која је у 2006. години, на репрезентативном узорку при истраживању здравља износила 33,9%, за узраст од 20 до 26 година (9).

Навике које доприносе очувању и унапређењу здравља младих после пунолетства нису на задовољавајућем нивоу. Тако, свега 74% младих у узрасту од 20 до 26 година свакодневно има сва три obroka, разлике су значајне према полу, јер девојке ређе обраћају пажњу на свакодневну редовност obroka. Мали број младих размишља о свом здрављу при избору начина исхране (свега њих 31,2% у узрасту од 20 до 26 година). Повећање животног стандарда од 2000. до 2006. године прати смањивање физичке активности (више од половине је физички неактивно у слободно време и то више су неактивне девојке – 66% него младићи – 49,1%). У смислу понашања безбедног по здравље, само 37,6% младих користи сигурносни појас при вожњи нешто више младићи него девојке (49,2% - младићи, а 26,1% - девојке) (5). Стога, не изненађује рутински подаци о структури узрока смрти у овој узрасној групи, где су високо на првом месту повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (61,2% за узраст 20 до 24 године и 54,7% за узраст 25 до 29 година), а

саобраћајне повреде у овој групи предњаче са учешћем од 40% у групи 20-24 и 27% у групи 25-29 година. У структури узрока смрти далеко на другом месту су тумори (група 20-24: 9,83%, а група 25-29: 14,8%), а затим, ако се искључе симптоми, знаци и ненормални клинички и лабораторијски налази, тада су на трећем месту болести крвотока (група 20-24: 7,1%, а група 25-29: 7,5%) (1).

Ниво препознавања и избегавања различитих ризика по здравље од стране младих није задовољавајући. Премда се уочава да је, захваљујући интензивним акцијама социјалног маркетинга и васпитања за здравље, број пушача међу младима опао од 2000. до 2006, ипак у националном истраживању здравља је чак 50,8% младих од 20. до 26. године навело да су некад пушили, више младићи (53%), него девојке (48,6%). Према истом истраживању приближно свака друга млада особа после пунолетства у Србији (51%) изјављује да повремено пије алкохол. Клиничко искуство и резултати истраживања у Србији указују на значајно психолошко трпљење популације младих (5), а млади манифестују одређену, за овај узраст, специфичну психопатологију(12). Најчешће психопатолошке манифестације су депресивна стања (укључујући самоубилаштво) и поремећаји понашања (укључујући злоупотребу психоактивних супстанци и деликвентно понашање). Угроженије су девојке и млади у урбаним срединама. Поремећаји понашања и делинквенција су такође у порасту и у променљивим формама. Последњих година су доминантна дела постала „дела против тела и живота“ (туче и разбојништва, као најагресивнији облици) (13).

Чињеница је да су значајни напори уложени у превентивне активности у вези са контролом ХИВ/АИДСа током протеклих година и охрабрује налаз да далеко већи број младих користи кондом приликом нерегуларних односа у поређењу са претходном деценијом (66,1% млади, а 51,5% просечна популација). Међутим, актуелне процене показују да је величина свих проблема који се повезују са ХИВ/АИДС-ом за око 2-4 пута већа од регистроване (7).

Посматрајући опште здравствено стање, само 7% младих пријављује да је имало одређени поремећај здравља током последњег месеца и изненађује да њих 46% није користило здравствене услуге углавном сматрајући да се радило о мањем поремећају, па су се сами лечили (14). Ради контроле здравља, млади после пунолетства одлазе код лекара опште медицине (њих 42%, чешће девојке – 47,4% него младићи – 36,5%), а посматрајући само девојке њих 53,3% посећује гинеколога. Разлог посете лекару опште медицине у већини случајева је повреда или болест (56%), а контрола здравља, укључујући и систематски преглед лекара за свега 25,2% младих. Посета стоматологу ради контроле оралног здравља је још ређа – 20,2%, па не изненађује податак да међу младима после пунолетства чак 16,9% посећује стоматолога ради вађења зуба. Анализирајући разлоге

посете гинекологу за 53,3% девојке то је била контрола репродуктивног здравља, трудноћа за 24,7% и неодређена тегоба за 16,7%. Имајућу и виду степен искрености при давању одговора на ово питање, занимљиво је да је свега 0,4% девојака од 20 до 26 година навело да је разлог посете био абортус, али од једног или два намерна прекида трудноће у овој узрасној групи имало 13,3% девојака. Самопреглед дојке не обавља чак 64,5% истих девојака, а Папа-Николау тест никад није обавило 61% девојака. Њих 5,5% не зна о каквом се тесту ради.

Посматрајући здравствени систем, за младе после пунолетства, уколико не припадају студентској популацији, упркос концепта изабраног лекара и развијене мреже домова здравља, у овом тренутку није сасвим јасно којој се служби могу обратити за савет, имајући у виду горе наведене потребе: служби опште медицине, саветовалишту за младе или центру за превентивне здравствене услуге. У Правилнику о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Сл гласник РС“ бр. 43/06), саветовалиште за младе лоцирано је у Службу за здравствену заштиту школске деце и намењено је деци до навршених 18 година односно до завршетка средње школе. У Стратегији за развој и здравље младих истакнута је потреба да се младим људима обезбеди скуп здравствених услуга које су: поверљиве и квалитетне, засноване на потребама младих, а које обављају мотивисани, пријатељски расположени и едуковани здравствени радници и сарадници у безбедном окружењу за младе, у чијем планирању, спровођењу, праћењу и оцењивању млади имају кључну улогу.

7. ОПШТИ ЦИЉ: Очување и унапређење здравља младих после пунолетства до завршетка школовања (до 26 година).

7.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Очувати здравље и унапредити здравствено понашање младих после пунолетства и смањити ризике по здравље за 1/3.

Очекивани резултати: млади после пунолетства, а нарочито они из осетљивих група (незапослени, сиромашни, ромска популација, који живе са инвалидитетом или хроничним поремећајем здравља) боље разумеју своје здравствене потребе, преузимају активну одговорност за своје здравље, праве информисане изборе у вези са здрављем, чувају и стичу вештине за здраво понашање.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

7.1.1. Развити механизам информисања младих о могућностима пружања превентивних услуга у свим установама примарне здравствене заштите, саветовалиштима, клубовима, у НВО и др.

7.1.2. Учинити доступним: програме „смањења штете“ и услуге на терену (у оквиру активности изван институција) где значајну улогу имају и удржења грађана са својим програмима који се реализују у теренским условима, нарочито са посебно осетљивим групама младих. Овде је изузетно важно и корисно партнерство владиних и невладиних организација.

7.1.3. Мотивисати пунолетне младе да стичу знања и навике за здраво понашање, уз висок обухват здравствено-васпитним активностима, уз неговање здравих стилова живота: стимулисањем физичке активности, правилном и уравнотеженом исхраном, неговањем здравог душевног развоја и избегавањем понашања које је ризично и/или штетно по здравље. У том смислу потребно је организовати што већи број јавно-здравствених акција – за различите циљане групе младих овог узраста; користити интерна и јавна средства информисања; електронске и друге медије.

7.1.4. Увођење националног система праћења здравља и здравственог понашања кроз 11 кључних показатеља здравственог понашања, здравственог стања младих и коришћења здравствених услуга који су усвојени и биће систематски праћени коришћењем базе података Института за јавно здравље Србије. Усвојени индикатори се односе на репродуктивно здравље, преваленцију злоупотребе психоактивних супстанци међу младима (дуван, алкохол, дроге), млади и/или њихови партнери који користе савремено контрацепцијско средство и кондом приликом сексуалних односа; полно преносиве инфекције; прекиди трудноће; злостављање; и самоубиства.

7.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Смањити за једну трећину водеће поремећаје здравља младих који се могу спречити одговарајућом превеницијом (сексуално-преносне инфекције и ХИВ; намерни прекиди трудноћа; болести зависности, повреде услед саобраћајних несрећа, насиља, као и самоповређивања, поремећаји менталног здравља).

Очекивани резултати: унапређење здравственог стања и здравственог понашања младих у просеку за 30%; смањивање водећих поремећаја здравља у вези са повређивањем, насиљем, злостављањем, полнопреносним инфекцијама, ХИВ/АИДС-ом, намерним прекидима трудноћа, болестима зависности и поремећајима менталног здравља, у просеку за 20%.

За постизање овог циља планиране су следеће активности:

7.2.1. Организовати превентивни рад у оквиру овог специфичног циља подразумева низ активности изабраних лекара, и/или едукованих тимова у центрима за превентивне здравствене услуге при домовима здравља и саветовалиштима при заводима за здравствену заштиту студената, на различите теме, а обавезно на тему репродуктивног

здравља, менталног здравља, превенције ХИВ/АИДСа и полнопреносних инфекција, превенције болести зависности, превенције насиља и злостављања и правилне исхране.

7.2.2. Превенцију поремећаја здравља и рано откривање болести спроводити кроз циљане превентивне прегледе (прим.:*Постојеће „систематске прегледе“ у овом узрасту треба да замене циљани превентивни прегледи*) најмање сваке друге године за све младе од 19 до 26 (30) година; који укључују: прилагођен, пријатељским тоном, тематски вођен разговор који треба да мотивише младу особу да унапреди и очува своје здравља.

7.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Развијати капацитет система здравствене заштите да препознаје, благовремено и адекватно одговори на здравствене потребе младих после пунолетства.

Очекивани резултати: развој здравствених служби пријатељски оријентисаних према младима после пунолетства у оквиру рада на здравственој заштити одраслих грађана, центара за превентивне здравствене услуге, изабраних лекара, као и кроз активности изван институција.

За постизање овог циља планиране су следеће активности:

7.3.1. Развити здравствене службе наклонене младима, у којима раде едуковани, мотивисани и пријатељски наклонени младима здравствени радници и сарадници у сарадњи са локалном заједницом, уз активно учешће самих младих.

7.3.2. Развити и јасно дефинисати услуге на нивоу дома здравља које су намењене младима од 19 до 26 година, где је важно учинити што доступнијом здравствену службу за пунолетне младе – како тематски тако и функционално (препознавати и уважавати потребе младих, пратити њихове актуелне проблеме и поремећаје здравља, обезбеђивати програме или акције ноћног рада саветоваишта и сл.). Ово је могуће уколико наведене активности спроводе мотивисани, пријатељски наклонени младима и здравствени радници и сарадници који редовно иновирају своја знања, у сарадњи са локалном заједницом из уз активно учествовање самих младих.

7.3.3. Обезбедити превентивне активности за све младе овог узраста (како за оне који се налазе у процесу образовања тако и за оне који су изван система образовања, за незапослене и за младе са високим ризиком за нарушавање здравља) – посебно кроз развој активности (и служби) изван институција; развој здравствене службе пријатељски оријентисане према младима у центрима за превентивне здравствене услуге са активностима „на терену“; партнерски рад са удружењима грађана.

7.3.4. Обезбедити адекватне услове за одговарајуће школовање и студирање младих и студената са потребом за посебном подршком и у институцијама. Посебно учинити доступним превентивне и куративне услуге младима, припадницима посебно осетљивих група. То се може остварити кроз рад посебно едукованих здравствених радника и здравствених сарадника у домовима здравља, удружењима грађана, младих вршњачких едукатора и вршњачких асистената, радника на терену у оквиру активности изван институција са посебно осетљивим групама, васпитача и особља у центрима за колективни смештај младих и у васпитно поправним установама „отвореног“ и „затвореног“ типа.

7.3.5. Усмерити развој завода за здравствену заштиту студената ка превентивним, пријатељски наклоњеним услугама намењених студентима, кроз индивидуални и/или групни рад и неговати пријатељски приступ кроз рад саветовалишта тематски оријентисаних за: репродуктивно здравље, преванцију ХИВ инфекције и полно-преносних инфекција, ментално здравље, за превенцију хроничних плућних болести, астме и одвикавање од пушења, за превенцију злоупотребе психоактивних супстанци, за правилну исхрану и сл.

7.3.6. Остварити сарадњу са универзитетима (факултетима) на којима се уз активно учешће и партнерство са студентима и професорима (особљем) реализују превентивне активности из здравственог васпитања. То подразумева да се на факултетима (у партнерству са управама универзитета и факултета студентима, студентским организацијама и наставним особљем) уведу едукације студената по набројаним темама у оквиру здравственог васпитања које треба да постане део редовног образовања студената. Ове активности треба да спроведу здравствени радници и здравствени сарадници завода за здравствену заштиту студената у градовима - универзитетским центрима где они постоје, а домови здравља у градовима где не постоје наведене институције.

7.3.7. У складу са законском регулативом обезбедити побољшање хигијенско-санитарних и микроклиматских услова у објектима за боравак, учење, рад, колективну исхрану и смештај младих овог узраста и спроводити редован ХЕ надзор у објектима за боравак, учење, рад, колективни смештај и исхрану младих овог узраста.

VII ПСИХОСОЦИЈАЛНИ РАЗВОЈ И МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ

Полазну основу програмске целине *Психосоцијални развој и ментално здравље* чини савремено схватање да здравље представља „не само одсуство болести или немоћи, већ стање укупног телесног, менталног и социјалног благостања“ (СЗО).

Поставка да је ментално здравље битна одредница целокупног здравља и да је нераскидиво везано са телесним здрављем важи за сва животна доба, али ипак највише за период детињства и младости када се полажу темељи не само физичког и менталног здравља него и личности у целини. Утицај чинилаца из окружења, како позитивних тако и негативних, на развој психофизичких, сазнајних, емоционалних и психосоцијалних способности најизразитији је управо у том периоду.

Изложеност чиниоцима ризика у раним периодима развоја, пренатално а нарочито у прве три године живота, повећава ризик за настанак поремећаја у психофизичком и психосоцијалном развоју и умањује изгледе за добро физичко и ментално здравље током каснијег детињства и адолесценције, а и у одраслом добу. Изложеност психоактивним супстанцама (дрого, алкохол, никотин) пре рођења, постпартална депресија или душевна болест мајке, претерана употреба алкохола и криминалност оца, сиромаштво, неписменост, насиље у породици, физичко и емоционално повређивање детета, нарочито сексуална злоупотреба, тешка и хронична соматска обољења или ометеност у развоју, значајно угрожавају целокупни развој и благостање детета. Доказано је да позитивно родитељство и стимулисање интеракције мајка - дете у раним периодима развоја може значајно да унапреди квалитет психомоторног и психосоцијалног развоја детета.

Иако је дуготрајан неповољан друштвени контекст током претходне деценије изложио сву децу у Републици Србији повећаном ризику за појаву поремећаја психосоцијалног развоја и менталног здравља, посебно су угрожене следеће најосетљивије групације: деца из сиромашних породица, ромске националности, из породица избеглих и расељених лица, деца ометена у развоју и деца у институцијама (видети објашњење у водећим принципима).

Чињеница је да су током протеклих десет година, проблеми менталног здравља и понашања, нарочито у виду агресивности, насиља, злоупотребе алкохола и дрога међу младима, самоубистава и самоповређивања, попримили забрињавајуће димензије и постали један од горућих друштвених проблема. Спровођење програма за едукацију адолесцената о здравим стилевима живота, о репродуктивном здрављу, о превенцији болести зависности (пушење, алкохолizam, наркоманија) су мере које се показују ефикасним у спречавању ових проблема. За успешност превентивних и терапијских програма за адолесценате је битно и да службе које нуде овакве програме буду лако доступне и без стигматизације. Подаци о димензијама проблема менталног здравља адолесцената, као и детаљно обрађене мере и активности дати су у програмској целини која се односи на унапређење и очување здравља адолесцената.

Насиље над децом и међу децом, а нарочито међу младима је појава која је такође у порасту. Тачне размере насиља које деца у Србији доживљавају, било као жртве или починиоци насиља, није могуће сагледати с обзиром да не постоји јединствен систем евидентирања и праћења појаве. Према подацима изнетим у Националној стратегији за превенцију и заштиту деце од насиља (2008) у периоду од 2000. до прве половине 2008. године у Институт за мајку и детету Србије „Др Вукан Чупић“ примљено је 204 деце (85 мушког и 119 женског пола) због злостављања и/или занемаривања. Највећи број њих је основношколског узраста (46%), а потом предшколског узраста (31%), али није занемарљив ни број одојчади која су хоспитализована под сумњом на злостављање (13%). У истом периоду, у Институту за ментално здравље се годишње региструје просечно 110 нових случајева занемаривања и злостављања. Најзаступљеније је емоционално злостављање (61%), затим физичко (51%) и сексуално злостављање (17%) и занемаривање (26%) - често се код једног детета региструје више врста злостављања. Од последица насиља у 2000. години умрло дванаесторо, а у 2006. години четворо деце (1). Процењује се да је број злостављане и занемариване деце далеко већи, али да велики број случајева остаје препознат и не добије неопходну здравствену и социјалну интервенцију.

Око 73% деце узраста од 2-14 година доживљава физичко кажњавање као облик васпитавања у породици, и то 62% деце доживљава неки облик психолошког злостављања, 51% лакше облике физичког кажњавања, а чак 7% деце трпи врло тешке облике физичког насиља (6). Тешким облицима физичког кажњавања су два пута чешће изложена деца из најсиромашнијих слојева (15%) а ромска деца то доживљавају три пута чешће (21%). Оваква искуства у детињству значајно ремете и физички и ментални развој детета, а последице често досежу и у одрасло доба. Ове чињенице упућују на предузимање неодложних активности и мера за спречавање и ублажавање последица злостављања и занемаривања у детињству.

Један од приоритених циљева у области психосоцијалног развоја и менталног здравља деце, адолесцената и младих јесте и обезбеђивање права деце ометене у развоју на квалитетну здравствену заштиту и стварање могућности за њихово равноправно учешће у друштву. У нашој средини се овом питању још увек не поклања неопходна пажња. Не постоји јединствена евиденција о тачном броју деце са сметњама у развоју. Према неким проценама 7-10% од укупне популације деце испољава сметње у развоју, што износи између 120.000 и 150.000 деце. Ова група обухвата велики број деце са веома различитим развојним тешкоћама. Доминантна примена традиционалног медицинског уместо социјалног модела бриге о деци и младима ометеним у развоју често води ка трајном смештају деце у институције, уместо ка њиховом животу у породици и заједници

којој припадају– што је основно право сваког детета, дефинисано Конвенцијом о правима детета. Према подацима Министарства рада и социјалне политике, број деце ометене у развоју у институцијама је значајно смањен последњих година али се 1.143 деце и младих (до 26 год.) и даље налази у институцијама, често у неадекватним хигијенско-санитарним условима, са недовољном здравственом негом и врло оскудном физикалном терапијом и социјалном рехабилитацијом. Подршка породицама са дететом ометеним у развоју коју пружају службе примарне здравствене заштите заједно са социјалним службама, значајан су механизам који „чува улаз“ (gatekeeping) и спречава дуготрајан смештај деце ометене у развоју у институције.

Дефинисани циљеви и пратеће мере и активности подржавају јединство унапређења телесног и менталног здравља и ослањају се на постојеће ресурсе и организацију здравствене заштите. Чвршће повезивање здравствених са васпитно-образовним и социјалним службама у заједници кроз заједничке програме за унапређење менталог здравља деце и младих и за спречавање поремећаја, предуслов су за постизање предложених циљева.

8. ОПШТИ ЦИЉ: Унапређење и очување менталног здравља деце и омладине и спречавање поремећаја менталног здравља.

8.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Оспособљавати будуће родитеље за здраво родитељство и подржавати успостављање позитивне емоционалне везе родитељ-дете у раним фазама развоја детета (0-3 године)

Очекивани резултати: родитељи стичу знања и вештине за одговорно и здраво родитељство, а посебно у групама у којима постоји повећан ризик за успостављање позитивне емоционалне везе мајка-дете (мајке које су самохране, изложене бројним животним стресовима, неповољним социјално-економским условима, које су доживеле трауматске губитке и насиље, испољавају психичке поремећаје, чије дете је ометено у развоју, превремено рођено или има тешке здравствене проблеме).

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности:

8.1.1. Укључивање тема о препознавању и задовољавању раних емоционалних потреба детета и успостављању позитивне емоционалне везе родитељ-дете у Школе родитељства које се организују за будуће родитеље и родитеље деце у првој години живота (видети I програмску целину).

8.1.2. Увођење Програма „Болница пријатељ беба“ у све здравствене установе где се обављају порођаји са циљем да се стимулише успостављање раног односа мајка- дете.

Програмом треба обухватити све породиље и новорођенчад, укључујући превремено рођену децу и новорођенчад са ризиком (видети програмске целине I и II, активности 1.3.5, 1.3.6 и 2.2.6.).

8.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Откривати и отклањати чиниоце ризика у породици за настанак поремећаја психосоцијалног развоја у раном детињству.

Очекивани резултати: деца/породице са чиниоцима ризика се рано откривају; пружа им се одговарајућа подршка на нивоу примарне здравствене заштите; омогућава се њихово повезивање са службама за пружање психосоцијалне подршке.

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности:

8.2.1. Унапређење и примена програма „Унапређење психосоцијалног развоја деце кроз посете патронажних сестара“. Програм је заснован на научним доказима постигнутим у оквиру мултинационалног програма (Грчка, Велика Британија, Финска, Србија) са истим називом који је спровођен у периоду од 2000-2005 уз подршку СЗО и Европске Уније.

8.2.2. Обука патронажних сестара за препознавање и интервенције са породицама са чиниоцима ризика за психосоцијални развој детета према моделу програма „Патронажна сестра – пријатељ породице“. Обухват свих трудница и породица са новорођеним и малим дететом посетом обучене патронажне сестре - видети I, II и III програмску целину.

8.2.3. Континуирана едукација здравствених радника и сарадника у службама за предшколску децу за препознавање и интервенције са децом и породицама под ризиком, са посебним усмерењем на децу из осетљивих популационих групација.

8.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити рано откривање и интервенције са децом са сметњама у психомоторном и психосоцијалном развоју.

Очекивани резултати: смањење стопе специфичног морбидитета везаног за сметње у психомоторном и психосоцијалном развоју.

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности:

8.3.1. Израда Водича за добру клиничку праксу за превенцију, рано откривање и ране интервенције са децом са сметњама у психомоторном и психосоцијалном развоју.

8.3.2. Едукација педијатара у примарној здравственој заштити за примену Водича добре праксе за превенцију, рано откривање и ране интервенције са децом са сметњама у психомоторном и психосоцијалном развоју.

8.3.3. Спровођење скрининг процене психомоторног и психосоцијалног развоја детета, укључујући преглед слуха и вида, као обавезног садржаја педијатријских превентивних прегледа.

8.3.4. Успостављање и развијање развојних саветовалишта или функционалних тимова за спровођење раних интервенција са децом са сметњама у психомоторном и психосоцијалном развоју у свим домовима здравља.

8.4. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити свеобухватну и квалитетну здравствену заштиту и психосоцијалну подршку деци ометеној у развоју

Очекивани резултат: остваривање основног права сваког детета садржаног у Конвенцији о правима детета.

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности

8.4.1. Успостављање система регистрација и праћења деце ометене у развоју на националном и локалном нивоу.

8.4.2. Подршка реформисању Комисија за разврставање деце ометене у развоју у Комисије за процену потреба, усмеравање и праћење деце ометене у развоју;

8.4.2. Јачање међусекторске сарадње у обезбеђивању ванинституционалне подршке деци ометеној у развоју и њиховим породицама (биолошкој, хранитељској или усвојитељској породици) у локалној заједници.

8.5. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Спречавати злостављање и занемаривање деце и омладине у свим окружењима.

Очекивани резултат: смањење стопе злостављања и занемаривања деце у породици, школи и свим другим окружењима у којима бораве деца; повећање нивоа знања и вештина родитеља, васпитача, наставника за ненасилно васпитавање деце и омладине.

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности:

8.5.1. Јачање учешћа здравственог система у спровођењу међусекторских програма за одговорно родитељство и ненасилно васпитавање деце.

8.5.2. Оснаживање служби за поливалентну патронажу домова здравља у идентификовању и пружању подршке породицама са ризиком за злостављање и/или занемаривање детета.

8.5.3. Јачање саветовалишног рада у примарној здравственој заштити са породицама са ризиком за злостављање и занемаривање детета.

8.5.4. Јачање учешће здравственог система у спровођењу програма за смањивање насиља у школама „Школа без насиља“.

8.6. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити ефикасне интервенције здравствених радника и сарадника у заштити деце од свих облика насиља.

Очекивани резултат: смањење стопе специфичног морбидитета везаног за злостављање и/или занемаривање детета.

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности:

8.6.1. Успостављање у здравственом систему механизма за регистровање и праћење појаве злостављања и занемаривања детета;

8.6.2. Усвајање и примена Посебног протокола за поступање здравствених радника у случајевима сумње на злостављање и занемаривање детета;

8.6.3. Едукација здравствених радника и здравствених сарадника на примарном, секундарном и терцијерном нивоу за примену Посебног протокола.

8.7. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Унапредити и очувати ментално здравље адолесцената.

Очекивани резултат: смањење стопе морбидитета и морталитета везаног за ризично и насилно понашање адолесцената.

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности:

8.7.1. Подршка програмима за јачање мотивисаности и знања адолесцената за упражњавање здравих стилова живота, укључујући избегавање ризичног понашања и пушења, конзумирања алкохола и психоактивних супстанци, небезбедног секса (видети V и VI програмску целину).

8.7.2. Подршка програмима едукације адолесцената за вештине ненасилне комуникације и прихватања различитости.

Остале мере и активности детаљно су приказане у програмској целини која се односи на унапређење и очување здравља адолесцената и младих.

8.8. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити лако доступне и без стигматизације службе за адолесцентне и младе са проблемима менталног здравља.

Очекивани резултати: повећање броја адолесцената и младих са проблемима менталног здравља који користе ванинституционалне облике лечења; смањење учесталости и дужине хоспиталног лечења адолесцената са проблемима менталног здравља.

Овај се циљ може остварити спровођењем следећих активности

8.8.1. Развој и ширење мреже саветовалишта за младе што укључује израду водича за добру праксу у области менталног здравља за рад саветовалишта за младе и едукацију здравствених радника и сарадника за његову примену.

8.8.2. Успостављање ванинституционалних облика лечења и подршке адолесцентима и младима са проблемима менталног здравља (дневни центри, кућно лечење, клубови за младе и сл.)

VIII ПРЕВЕНЦИЈА, ДИЈАГНОСТИКА И ЛЕЧЕЊЕ БОЛЕСТИ И СТАЊА ОД ВЕЋЕГ СОЦИЈАЛНО-МЕДИЦИНСКОГ ЗНАЧАЈА КОД ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

Законом о здравственој заштити (Сл. гласник РС бр. 107/05), чланом 11, предвиђено је да се друштвена брига за здравље, под једнаким условима, на територији Републике остварује обезбеђивањем здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику од оболевања, здравствене заштите лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја као и здравствене заштите социјално угроженог становништва. Здравствена заштита из овог члана обухвата и лица која болују од ХИВ инфекције и других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести; малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системских аутоимунских болести, реуматске грознице, болести зависности, оболела односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, као и здравствену заштиту у вези са давањем и примањем ткива и органа.

Овом програмском целином обухваћене су следеће болести и стања од већег социјално-медицинског значаја: имунизација, ХИВ инфекција, туберкулоза, тровање лековима, психоактивним супстанцама и хемикалијама, ургентна стања и сидеропенијска анемија.

У реализацији циљева полази се од Националних миленијумских циљева расвоја до 2015. године и очекује се смањење смртности деце и адолесцената до 19 година.

У Србији је у 2005. години 58,5% деце узраста од 18 до 29 месеци примило све вакцине предвиђене за узраст и свега 26,6% деце у ромским насељима(6). Активним надзором у реализовању програма имунизације од заразних болести и имунизацијом маргинализованих социјалних група, очекује се већи обухват комплетном вакцинацијом и смањење морбидитета и морталитета од болести које се могу превенирати имунизацијом.

Глобални светски проблем је инфекција изазвана вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ). Процењује се да се на глобалном нивоу током једне године роди око 500.000 деце инфициране вирусом ХИВ, а која су инфекцију стекла интраутерусно, или перинатално од ХИВ позитивних мајки (вертикална трансмисија).

После откривања ХИВ позитивних жена у раној трудноћи започиње се антиретровирусна терапија која ефикасно спречава степен вертикалне трансмисије са 40% на мање од 2%. Такође, елективни царски рез утиче на смањење степена вертикалне трансмисије ХИВ вируса на новорођено дете. Прекидом лактације код ХИВ позитивних мајки спречава се постнатална трансмисија вируса путем млека, а одојчету се мора обезбедити доступност адаптираног млека за исхрану у првим месецима живота.

Мере које су неопходне код деце за коју се утврди да су инфициране ХИВ-ом обухватају редовно медицинско праћење у диспанзерима за здраву децу, праћење њиховог раста и развоја, савете о исхрани и рутинску имунизацију. Праћење имунолошког статуса два до три пута годишње, и увођење антиретровирусне терапије су у надлежности терцијарних установа здравствене заштите. Приступ деци са ХИВ инфекцијом мора бити мултидисциплинаран, укључујући и психологе, социјалне и просветне раднике.

Значајан проблем представља и туберкулоза. У Србији је 2007. године због туберкулозе на болничко лечење упућено 19 болесника узраста 0-18 година, чија је укупна дужина хоспитализације износила 519 дана (3).

Сваке године услед нерационалне примене антибиотске терапије у Србији буду утрошена значајна средства, а највише код деце узраста до пет година. Просечан број респираторних инфекција код предшколског детета је од 4 до 5 годишње, а већину инфекција (80%) узрокују вируси и за које није неопходна примена антибиотске терапије. Сходно томе, намеће се потреба спровођења мера у примарној здравственој заштити, које поред правилне дијагностике и терапије, захтевају и здравствену едукацију родитеља у смислу објашњења природе вирусних инфекција, и када антимикуробна терапија није индикована. Осим тога, стална едукација лекара у примарној здравственој заштити неопходна је ради смањења примене антимикуробних лекова код кашља, прехладе и сличних стања која не захтевају примену антибиотика.

Тровања лековима, психоактивним супстанцама и хемикалијама представља значајан социјално-медицински проблем. Настају услед интеракције токсичне супстанце, детета и породичног окружења. Инциденција је највећа у узрасту до 2. године. Највећи број тровања у деце узраста до 5 година (чак 60%) резултат су неправилног одлагања лекова, психоактивних супстанци или хемикалија. До пете године живота углавном су задесна тровања, док су код школске деце и адолесцената обично у склопу манипулативног

понашања, злоупотребе истих или покушаја самоубиства. Превенција тровања постиже се едукацијом свих чланова заједнице кроз едукативне семинаре, радионице и путем медија. Едукацијом здравствених радника и израдом водича за добру клиничку праксу, постиже се већа успешност у дијагнози и терапији насталих тровања, чиме се смањује морталитет и коморбидитет.

Отклањањем најчешћих узрока смртног исхода код деце и адолесцената (повреде у саобраћају, опекотине, утопљење, аспирација страног тела, тешке алергијске реакције), едукацијом родитеља и школске деце кроз радионице и медије (нпр. превенција ризичног понашања), организовањем едукативних семинара за пружање основне кардиопулмоналне реанимације и едукацијом здравствених радника за пружање напредне кардиопулмоналне реанимације значајно би смањили морталитет и морбидитет код деце. Свега 2-10% деце која доживе срчани застој ван болнице преживи, а већина њих (око 70%) има неуролошке секвеле. Мање од 50% деце која имају срчани и респираторни застој ван болнице има адекватну основну кардиопулмоналну реанимацију.

Дефицит гвожђа представља значајан здравствени проблем не само у неразвијеним земљама већ и у земљама Западне Европе и Северне Америке. Према подацима из 2000. године у Србији 46% деце узраста 6 до 11 месеци и 42,6% деце у другој години живота има анемију. Према класификацији СЗО, Србија спада у ред земаља у којима је анемија „умерен” јавно-здравствени проблем, односно када говоримо о деци узраста до две године анемија је „озбиљан” јавно-здравствени проблем (15). Утицај дефицита гвожђа на здравствено стање је вишеструк, јер доводи до системских метаболичких поремећаја. Превенцијом, благовременом дијагнозом и адекватним лечењем смањује се коморбидитет везан за дефицит гвожђа. Само у 2007. години, због сидеропенијске анемије на болничко лечење упућено је 543 деце узраста 0-18 година (3)

9. ОПШТИ ЦИЉ: Превенција, дијагностика и лечење болести и стања од већег социјално-медицинског значаја код деце и омладине.

9.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Имунизација против заразних болести.

Очекивани резултат у смањењу морбидитета и морталитета од болести које се могу превенирати имунизацијом и повећан обухват имунизацијом свих са 95%, рачунајући и имунизацију маргинализованих социјалних група.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

9.1.1. Активни надзор у реализовању плана имунизације, према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. Гласник 11/06)

9.1.2. Имунизација маргинализованих социјалних група, посебним планираним кампањским активностима.

9.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Рационална примена антибиотика, која подразумева израду водича за рационалну примену антибиотика, смањење потрошње антибиотика, смањење ризика појаве мултирезистентних бактеријских сојева, смањење пропорције деце која се непотребно лече антибиотицима.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

9.2.1. Израда и примена водича за рационалну примену антибиотика

9.2.2. Континуирана едукација о рационалној примени антибиотика, које спроводе представници посебне радне групе РСК, која је израдила водич за рационалну примену антибиотика.

9.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Спречавати ненамерна повређивања деце и омладине што би допринело снижавању учесталости повреда адолесцената и деце у саобраћају и кући, снижавању броја адолесцената и младих који су жртве утапања, снижавању учесталости повређивања деце и адолесцената у школи, и окружењу. Очекивани резултат је смањење стопе смртности од спољњих узрока смрти за половину у свим узрастима до 19 године.

Очекује се да адолесценти, млади људи, као и послодавци стекну знање о потенцијално опасним пословима, као и да процена ризика на радном месту адолесцената постане саставни део у раду лекара.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

9.3.1. Израда и спровођење холистичких-свеобухватних (мултисекторских) Програма за спречавање ненамерног повређивања деце и омладине у домаћинству, предшколској установи, школи, саобраћају, местима окупљања.

9.3.2. Подизање свести међу адолесцентима и послодавцима о пословима који могу да угрозе здравље адолесцената.

9.3.3. Едуковање лекара да процене ризик на радном месту адолесцента.

9.3.4. Едукација деце, адолесцента и родитеља/старатеља о безбедном понашању у саобраћају, о могућим задесима у кући и превенцији, о опасностима при рекреативним активностима на води као и о безбедном понашању.

9.3.5. Остваривање услова за безбедно одвијање наставе физичког васпитања и рада у лабораторијама. (опремање сала, кабинета, лабораторија; обука наставног особља) као и безбедно окружење (дечја игралишта, шеталишта поред река итд.).

9.4. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Превенција и лечење тровања лековима, психоактивним супстанцама и хемикалијама може се постићи израдом водича за добру клиничку праксу за препознавање тровања и поступке у случају тровања, дистрибуцијом информативног материјала и едукацијом родитеља и старатеља.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

9.4.1. Израда водича за добру клиничку праксу за препознавање тровања и терапијске поступке у случају тровања.

9.4.2. Израда информативног материјала намењеног родитељима и старатељима у вези поступака за смањење ризика од тровања.

9.5. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Смањење инциденције оболелих и умрлих од туберкулозе, као и од ХИВ инфекције за половину, до 2015. год., у складу са националним МЦР. Од младих који су сексуално активни се очекује да у минимум 80% случајева користе кондом. Очекивани резултат представљају и смањење броја новорођенчади инфицираних ХИВ-ом, континуирано снабдевање гинеколошких и педијатријских клиника антиретровирусним лековима. Смањење инциденције оболелих од туберкулозе се постиже спровођењем ДОТС стратегије и успешним лечењем најмање 95% оболелих.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

9.5.1. Спровођење мера за рано откривање ХИВ позитивности код трудница и смањење вертикалне трансмисије ХИВ-а (с мајке на дете), те континуирано снабдевање завода за јавно здравље тестовима за ХИВ, а породилишта и педијатријских клиника антиретровирусним лековима.

9.5.2. Спровођење мера за смањење броја оболелих од туберкулозе према стратегији директно опсервиране терапије.

9.6. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Спречавање, рано откривање и лечење сидеропенијске анемије, Очекивани резултати су: израда и примена водича за добру клиничку праксу и смањење броја оболелих са сидеропенијском анемијом.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

9.6.1. Спровођење мера за смањење учесталости сидеропенијеске анемије (дојење до 6 месеца живота, употреба млечних формула обогаћених гвожђем, употреба хране обогаћене гвожђем; скрининг за сидеропенијску анемију; адекватан терапијски приступ сидеропенији)

9.6.2. Израда и примена водича за добру клиничку праксу за спречавање, рано препознавање и лечење сидеропенијеске анемије

9.7. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Превенција и лечење ургентних стања кроз бољу оспособљеност здравствених радника за ванхоспитално и хоспитално збрињавање ургентних стања.

Очекивани резултат је преко 90% здравствених радника оспособљених за поступке у случају пружања неодложне медицинске помоћи, и смањење морбидитета и морталитета од стања која непосредно угрожавају живот.

9.7.1. Израда и примена водича за добру клиничку праксу за препознавање и збрињавање стања која непосредно угрожавају живот.

9.7.2. Континуирана едукација здравствених радника и сарадника за збрињавање ургентних стања.

9.7.3. Здравствено-васпитни рад у породици и заједници и развијање мултисекторске сарадње на превенцији и на примени мера заштите деце и младих.

IX ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ СА ХРОНИЧНИМ БОЛЕСТИМА И ИНВАЛИДНОШЋУ (ХБ/И)

Група *хроничних болести*, према дефиницији СЗО, обухвата хроничне незаразне болести (ХНБ; дијабетес, кардиоваскуларне болести, астму, хроничну опструктивну болест плућа, канцер), перзистентне заразне болести (ХИВ/СИДА и ТБЦ), дуготрајне психичке болести/поремећаје и физичку онеспособљеност, укључујући и текућа физичка/структурна оштећења (16). Особе с *инвалидитетом* су особе са урођеном или стеченом физичком, сензорном, интелектуалном или емоционалном онеспособљеношћу, које услед друштвених или других препрека уопште немају, или имају смањене могућности да се укључе у активности друштва у истом нивоу са другима, без обзира да ли могу да остварују поменуте активности уз употребу техничких помагала или уз службе подршке.

Мада су у популацији деце и адолесцената хроничне болести много ређе него код одраслих (а неке се и не јављају), превентивним мерама у овом узрасту могу се смањити инциденција и преваленција великог броја хроничних болести, првенствено ХНБ, у доцнијем животном добу. Темелји здравља у одраслом добу полажу се веома рано у животу, чак пре рођења и здрав почетак живота је од фундаменталног значаја за доцнији развој и здравље. Мала тежина на рођењу повезана је са повећаним ризиком за доцнији настанак исхемијске болести срца, шлога, хипертензије и дијабетеса мелитуса типа 2. Здрави стилови живљења уче се рано у животу и у подлежу утицајима из породице и колектива. Неповољни догађаји у детињству скопчани су с повећаним ризиком за пушење цигарета, физичку неактивност, гојазност и алкохолизам доцније у животу.

Водећи фактори ризика за настанак ХНБ су: хипертензија, пушење цигарета, гојазност, физичка неактивност, хиперлипидемија, злоупотреба алкохола и неправилна исхрана. Ови фактори ризика су заједнички за бројне ХНБ чији је настанак повезан са два или више наведених фактора ризика. Процењује се да је учесталост фактора ризика за ХНБ код деце и адолесцената у Србији висока (5, 6).

Подаци о инциденцији и преваленцији најчешћих ХНБ код деце, адолесцената и младих у Србији нису потпуни. Тако, на пример, годишње од типа 1 дијабетеса оболи око

220 особа у узрасту 0-19 година (17), а од акутне лимфобластне леукемије оболи од 40 до 50 деце овог узраста 0-14 година (18, 19), док 145 деце и адолесцената узраста до 18 година има хемофилију или сродни поремећај (20). Од астме, болује око 140.000, а од скоро 5000 деце и адолесцената у Србији (21). Регистровано око 150 деце и адолесцената са цистичном фиброзом (18) и око 200 пацијената са хроничном инсуфицијенцијом бубрега у претерминалном или терминалном стадијуму болести (22). „Мајор“ конгениталне малформације се при садашњем броју живорођених могу очекивати код око 1500 новорођенчади, од којих ће велики број захтевати сталну медицинску негу и помоћ због болести или инвалидности (23).

У Републици Србији не постоје тачни подаци о броју особа с инвалидитетом, а њихов број се процењује на 700 до 800 хиљада, од којих је око 21% узраста до 24 године, што износи око 140-160 хиљада особа (2).

Приоритетни проблеми:

- Здрави стилови живљења нису у довољној мери препознати као друштвено пожељно понашање док је понашање штетно по здравље веома распрострањено у популацији деце и адолесцената.
- Мрежа центара терцијарне здравствене заштите оспособљених за бригу о деци и адолесцентима са ХБ/И није формално установљена, нити су установе примарне и секундарне здравствене заштите у довољној мери оспособљене за адекватну помоћ пацијентима са ХБ/И и њиховим породицама.
- Не постоје прецизни подаци о броју деце, адолесцената и младих са свим најучесталијим ХБ/И, а за њихово лечење и рехабилитацију постоји само мањи број националних смерница.
- Деца, адолесценти и млади са ХБ/И и њихове породице суочавају се са тешкоћама у остваривању права на несметано снабдевање лековима, савременим медицинско-техничким помагалима и права на рехабилитацију; због бројних баријера отежан им је приступ здравственој служби и образовним и другим установама јавних служби и укључивање у активности локалне и шире заједнице.

Оквир за формулисање циљева ове Програмске целине јесте поменута Европска стратегија за развој и здравље. Циљеви и активности подударни су или комплементарни са опредељењима из релевантних националних стратегија: Стратегије развоја здравља младих, Националне стратегије за младе, Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести и Стратегије унапређења положаја особа с инвалидитетом.

10. ОПШТИ ЦИЉ јесте да се спроведу мере превенције ХНБ, обезбеди рано откривање хроничних болести, примени свеобухватно лечење и рехабилитација деце,

адолесцената и младих са ХБ/И и ометених у развоју и да се међусекторском сарадњом обезбеди систем подршке и услуга усмерених ка кориснику и његовим потребама. Другим речима, циљ је обезбеђење свеобухватне здравствене заштите деци и омладини са хроничним болестима и инвалидитетом.

10.1. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити ефективну превенцију и рано откривање хроничних болести. Рано откривање болести, правовремено лечење и рехабилитација, смањило би инциденцију ХБ, компликација и конгениталних малформација; побољшало квалитета живота деце и адолесцената са ХБ и конгениталним аномалијама. Очекује се да најмање 50% деце и адолесцената усвоји здраве стилове живљења;

За постизање овог циља предвиђају се следеће активности:

10.1.1. Примордијална превенција пре рођења и у првој години живота (смањење процента новорођенчади са телесном масом испод 2500 гр на укупно 5%, повећање обухвата одојчади искључивим дојењем на 30% до 6. месеца живота),

10.1.2. Израда и примена Програма промоције здравља код деце и адолесцената (израда националних препорука за правилну исхрану и физичку активност, едукација здравствених радника и сарадника и особља у предшколским и школским установама за спровођење Програма, здравствено васпитни рад у предшколским и школским установама, саветовалишни рад и медијска промоција).

10.1.3. Превенција и рано откривање конгениталних и херидитарних болести и конгениталних аномалија (скрининг код новорођенчади, одојчади и мале деце за фенилкетонурију и хипотиреозу, урођено ишчашење кука, поремећаје вида, слуха, говора и гласа и деформитете коштано-мишићног система; превентивни прегледи, циљани скрининг прегледи, кампање).

10.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити свеобухватно лечење ХБ/И код деце, адолесцената и младих.

Неопходно је нормативно установљење мреже центара терцијарне здравствене заштите оспособљених за бригу о деци, адолесцентима и младима са ХБ/И; повећање обима збрињавања у установама примарне и секундарне здравствене заштите. Израда националних смерница за лечење најмасовнијих ХБ/И доступне у свим установама свих нивоа здравствене заштите; национални регистри и базе података о деци, адолесцентима и младима са ХБ. Предвиђене мере и активности би допринеле побољшању квалитета здравствене заштите и квалитета живота ових популационих групација.

За постизање овог циља предвиђају се следеће активности:

10.2.1. Обезбедити мрежу центара терцијарне здравствене заштите оспособљених за бригу о деци и адолесцентима са ХБ/И.

10.2.2. Обезбедити основна знања и вештине за адекватно лечење и помоћ породицама и пацијентима са ХБ/И у установама примарне и секундарне здравствене заштите (едукација здравствених радника и сарадника за адекватну помоћ породицама и пацијентима).

10.2.3. Прилагодити и применити међународне смернице за лечење ХБ/И.

10.2.4. Одржавање постојећих и израда нових националних популационих регистара деце и адолесцената са ХБ/И према морбидитету.

10.3. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити активно учешће деце, адолесцената и младих са ХБ/И у активностима локалне заједнице и међусекторску сарадњу здравствених, социјалних, образовних и других служби у збрињавању деце, адолесцената и младих са ХБ/И. Очекивани резултати су повећано учешће ових популационих групација у активностима локалне заједнице, побољшање материјалног и здравственог стандарда пацијената и њихових породица, повећање корисника услуга социјалних, образовних и других служби.

За постизање овог циља предвиђају се следеће активности:

10.3.1. Подршка укључивању деце и адолесцената са ХБ/И у активности локалне и шире заједнице.

10.3.2. Усмеравање психосоцијалне и финансијске подршке породицама деце и адолесцената са ХБ/И (обезбедити бесплатно снабдевање лековима и помагалима за лечење и рехабилитацију, олакшати приступ здравственим службама и лековима, психосоцијална подршка).

10.3.3. Обезбедити међусекторску сарадњу здравствених, социјалних, образовних и друштвених служби у збрињавању деце и адолесцената са ХБ/И (сарадња са предшколским, школским и високошколским установама у циљу обезбеђивања услова за редовно школовање деце и адолесцената са ХБ/И, сарадња са установама социјалне заштите у циљу обезбеђивања остваривања права из социјалне заштите деци и адолесцентима са ХБ/И, мотивисање послодаваца да запошљавају особе са ХБ/И).

10.4. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити ефективну рехабилитацију деце, адолесцената и младих са физичком инвалидношћу. Очекивани резултати су: остварење права деце, адолесцената и младих са инвалидетом на савремено медицинско-техничка помагала у складу са њиховим потребама; укљученост деце и адолесцената у дугорочне програме тимске рехабилитације уз присуство и учешће родитеља; прилагођавање и примена међународних протокола за рехабилитацију и континуирана едукација здравствених професионалаца укључених у рехабилитацију; базе података о овим популационим групацијама.

За постизање овог циља предвиђају се следеће активности:

10.4.1. Обезбедити да деца, адолесценти и млади са инвалидитетом и хроничним болестима остваре права на савремена медицинско-техничка помагала у складу са њиховим потребама.

10.4.2. Обезбедити капацитете за рехабилитацију деце и адолесцената са инвалидитетом са потпуним приступом за родитеље.

10.4.3. Организовати континуирану едукацију здравствених професионалаца укључених у рехабилитацију.

10.4.4. Прилогођавање и примена међународних протокола за лечење и рехабилитацију деце, адолесцената и младих са физичким инвалидитетом.

10.4.5. Израда националних популационих и динамичних регистара деце и адолесцената са инвалидношћу.

10.5. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити учешће родитеља, младих и локалне заједнице у пружању помоћи и подршке деци и адолесцентима са физичком инвалидношћу што би омогућило: побољшање квалитета живота деце и адолесцената са физичким инвалидитетом; повећање броја деце, адолесцената и младих који се редовно школују; повећање доступности образовања и осталих услуга јавних служби; укључивање деце, адолесцената и младих са физичким инвалидитетом у активности локалне заједнице; оспособљавање родитеља деце и адолесцената с инвалидношћу за учешће у рехабилитацији, школовању и интеграцију у друштво.

За постизање овог циља предвиђају се следеће активности:

10.5.1. Сарадња са школама у циљу обезбеђивања услова за редовно школовање деце, адолесцената и младих са физичким инвалидитетом.

10.5.2. Обука запослених у образовању и осталим јавним службама за укључивање деце, адолесцената и младих са физичким инвалидитетом у радне активности

10.5.3. Подршка укључивању деце, адолесцената и младих са инвалидитетом у активности заједнице

10.5.4. Развити и применити програме едукације родитеља и њихово укључивање у програме рехабилитације.

10.6. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити рано откривање, дијагнозу и лечење деце са умереним и тежим развојним и придруженим поремећајима. Неопходна је едукација неонатолога у породициштима и педијатара у домовима здравља за рано откривање церебралног ризика према акредитованим програмима обуке; евиденција деце са ризиком у акушерским установама и одељењима, као и мрежи института, завода за јавно здравље; праћење развоја деце са ризиком и рана стимулација развоја деце са симптомским ризиком

од стране комплетног тима; повећање доступности здравствених услуга деци, и омладини с развојним поремећајима у установама примарне и секундарне здравствене заштите.

За постизање овог циља предвиђају се следеће активности:

10.6.1. Обезбеђивање раног откривања, дијагностиковања и третмана деце са умереним и тежим психомоторним и придруженим поремећајима (развијање и реализација програма обуке за рано откривање ризика, обавеза попуњавања ризикокартона и евидентирање и праћење деце са факторима ризика, формирање потпуног тима у педијатријским службама).

10.6.2. Обука здравствених радника из установа примарне и секундарне здравствене заштите за специфичан приступ особама са развојним и придруженим поремећајима при пружању специјализованих услуга.

10.7. СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ: Обезбедити укључивање деце, адолесцената и младих са развојним и придруженим поремећајима у васпитно-образовни систем и процес рада што би допринело повећању доступности образовних и осталих јавних услуга за особе са развојним и придруженим поремећајима.

За постизање овог циља предвиђају се следеће активности:

10.7.1. Обука запослених у образовању и осталим јавним службама за укључивање особа са развојним и придруженим поремећајима у процес образовања и оспособљавања за привређивање.

Литература:

1. Републички завод за статистику. Електронска база података за 2007. годину
2. Лозановић-Миладиновић Д, Сокал-Јовановић Љ, Кубуровић Н, Кисин Ђ, Килибарда Б. Студија здравственог стања и здравствене заштите жена, деце и омладине у Србији, 1991-2007. У: Лозановић-Миладиновић Д ур. Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије“Др Вукан Чупић“, 2009.
3. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Здравствено-статистички алманах Републике Србије за 2007. годину, Београд, 2008.
4. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, Службени гласник Републике Србије бр. 43/2006.
5. Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становника Републике Србије 2006. године. Београд, 2007.
6. United Nations Children’s Fund, Истраживање вишеструких показатеља здравственог стања и понашања жена и деце у 2005. години, Београд, 2006.

7. Влада Републике Србије. Национални миленијумски циљеви развоја у Републици Србији. Београд: Влада Републике Србије 2006.
8. Lozanovic–Miladinovic D. Maternal and Child Health Country Profile in the Republic of Serbia. In: WHO Project Health development action for south-eastern Europe: Strengthening Capacity for Improving Maternal and Neonatal Health; Belgrade, 2007. Available on: www.euro.who.int/stabilitypact/projects/20060906_17
9. Министарство омладине и спорта Републике Србије. Национална стратегија за младе. Београд: Министарство омладине и спорта Републике Србије 2008. Available at URL: <http://www.zamislizivot.org>
10. Министарство здравља Републике Србије. Стратегија за развој и здравље младих у Републици Србији. Београд: Министарство здравља Републике Србије 2006. Available at URL: <http://www.studpol/ekspert/>
11. Eurostat / European Commission. Health in Europe. Luxembourg: EC 2005. Available at URL: www.eurostat.eu.int/comm/eurostat
12. Министарство здравља Републике Србије. Стратегија развоја заштите менталног здравља. Београд Министарство здравља Републике Србије 2007.
13. Ђурђић В. Ментално здравље младих – ризик и шанса. Психијатрија данас 2005; 1: 87-96.
14. Бјелоглав Д, Даив Х, Крстић Г, Матковић Г. Анкета о животном стандарду 2003-2003. Живот у Србији према резултатима истраживања. Београд: Strategic Marketing 2007.
15. Петровић О. Учесталост сидеропенијске анемије у свету и у Србији. Зборник предавања, XI семинар Педијатријске школе Србије. Златибор, 2008:
16. Inovative care for chronic conditions: Building block for action. WHO, 2002
17. Здравље становника Србије. Аналитичка студија 1977-2007. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2008
18. Популациони регистар малигних неоплазми код деце. URL:[http:// www.batut.org.rs](http://www.batut.org.rs)
19. Протокол ALLIC 2002. Интерсекцијски одбор за дечју хематоонкологију Српског лекарског друштва
20. Национални регистар за урођене поремећаје згрушавања крви. Центар за хемофилију, Институт за трансфузију крви Србије. URL: [http:// www.nbti.org.rs](http://www.nbti.org.rs)
21. Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“. Служба за испитивање и лечење болести дисајних органа, 2008.

22. Педијатријски актив Нефролошке секције Српског лекарског друштва. Регистар деце са хроничном инсуфицијенцијом бубрега, 2008.
Доступно на URL: <http://www.udk.bg.ac.yu/spekid/>
23. Банићевић М. (уред.) Превенција и рана дијагноза конгениталних анормалија. Републички центар за планирање породице Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Београд, 2005.