

Преузето са www.pravno-informacioni-sistem.rs

На основу члана 16. став 2. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, број 107/05) и члана 42. став 1. Закона о Влади („Службени гласник РС”, бр. 55/05, 71/05 – исправка, 101/05 и 65/08),

Влада доноси,

УРЕДБУ

о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине

“Службени гласник РС”, број 28 од 24. априла 2009.

Члан 1.

Овом уредбом утврђује се Национални програм здравствене заштите жена, деце и омладине.

Члан 2.

Активности на унапређењу и очувању здравља спроводе се по Националном програму из члана 1. ове уредбе, који садржи утврђени циљ, активности и очекивани резултат.

Национални програм из члана 1. ове уредбе одштампан је уз ову уредбу и чини њен саставни део.

Члан 3.

Ова уредба ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

05 број 110-2174/2009

У Београду, 16. априла 2009. године

Влада

Први потпредседник Владе –
заменик председника Владе

Ивица Дачић, с.р.

НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ

ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА, ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

1. УВОД

Здравље деце, омладине и жена током трудноће, порођаја и материнства, јесте један од приоритета система здравствене заштите Републике Србије. Брига о мајци и детету и мере у корист ових популационих групација остварују се сарадњом сектора здравља, образовања и социјалне заштите.

Према попису становништва из 2002. године од укупно 7.498.001 становника у Републици Србији, 24% чине жене фертилног доба, деца узраста од 0 до шест година 6,9% и од седам 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 Републике 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 у Републици Србији узрокују смањење природног прираштаја са вредношћу од око минус четири на 1000 становника у последњој посматраној години.

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. Адолесенти имају посебне потребе, приоритете и начине коришћења здравствене заштите.

У одређивању горње границе за узраст младих после пунолетства у овом програму полази се од Стратегије развоја здравља младих у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 111/06) и постојећих системских закона у области здравствене заштите и здравственог осигурања, којима је дефинисана 26. година.

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) и усвојен Национални план акције за децу (2004), а Влада је утврдила Предлог закона који је упућен Народној Скупштини на разматрање. У Народној скупштини Републике Србије образован је и Одбор за здравље и породицу.

Стратегијом „Боље здравље за све у трећем миленијуму” (2003) и посебно Законом о здравственој заштити („Службени гласник РС”, број 107/05 – у даљем тексту: Закон) ближе су дефинисана права деце на здравствену заштиту. По први пут Законом су 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.

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, 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, које се односе на унапређење здравствене заштите деце и омладине и чији су резултати укључени у овај програм. Стога је Програм основа за:

- 1) унапређење националне политике, програма и планова акције за здравље жена и здравље и развој деце и омладине;
- 2) промовисање мултисекторских 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 свих активности има Републичка стручна комисија за здравствену заштиту жена, деце и омладине (у даљем тексту РСК), образована 2008. године.

2. 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 његово спровођење (у даљем тексту: СМУ) и Студија здравственог стања и здравствене заштите жена, деце и омладине у Републици Србији, 1991–2007. 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 који су уграђени у националну политику у области здравствене заштите жена, деце и омладине, а на које се Програм ослања, убрајају се: Конвенција о правима детета, усвојена у 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 јесу: 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). 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“).

У изради овог програма уважавани су и принципи и циљеви следећих докумената: Стратегије унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији (2006); Националних миленијумских циљева развоја (2006); Стратегије развоја и здравља младих (2006); Националне стратегије за младе (2008) са Акционим планом (2009); Стратегије развоја менталног здравља (2007); Стратегије за подстицање рађања (2008); Националне стратегије за превенцију и заштиту деце од насиља (2008); Националног

програма превентивне здравствене заштите деце са психофизиолошким поремећајима и говорном патологијом.

Иако су у наведеним докуменатима уграђена опредељења која директно или индиректно регулишу и садржаје из области заштите здравља, жена, деце и омладине, основни подзаконски акти и програмски и стручно-доктринарни документи у овој области су: Закон о поступку прекида трудноће у здравственим установама („Службени гласник РС”, број 16/95); 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).

3. ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА, ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

Законом и Законом о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05) утврђени су услови за обезбеђивање здравствене заштите жена, деце и омладине. Примарну здравствену заштиту у дому здравља (члан 98. Закона), у области здравствене заштите ових популационих групација, пружа изабрани лекар, који може бити: доктор медицине или специјалиста опште медицине, специјалиста педијатрије, специјалиста гинекологије и акушерства, и доктор стоматологије.

У Републици Србији у 2007. години здравствена заштита становништва на примарном нивоу обезбеђивана је кроз делатност домова здравља, са развијеном мрежом здравствених станица и амбуланти.

Правилник 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), прописује да здравствену заштиту за 850 деце узраста до шест година обезбеђује један доктор медицине специјалиста педијатрије и једна педијатријска сестра – техничар. 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.

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 обезбеђивало је 777 лекара, од којих су 85,1% лекари специјалисти педијатрије и 1.439 медицинских сестара – техничара.

Правилником је прописано да здравствену заштиту за 1.500 деце узраста од седам до осамнаест година обезбеђује један доктор медицине специјалиста педијатрије или доктор медицине и једна педијатријска сестра – техничар са вишом, односно средњом школском спремом. У општинама 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.

Према подацима Института за јавно здравље Србије у току 2007. године здравствену заштиту деце школског узраста обезбеђивало је 689 лекара, од којих су 69,1% лекари специјалисти педијатрије и 1.000 медицинских сестара – техничара.

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 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.

Правилником је прописано да један доктор медицине специјалиста гинекологије и акушерства и једна гинеколошко-акушерска сестра обезбеђују здравствену заштиту за 6.500 жена старијих од 15 година. 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.

Од укупног постељног фонда у Републици Србији, на 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. 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. 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 отпусту из породилишта, такође је обезбеђен надзор над здрављем мајке и новорођеног детета. Обухват мајки патронажним посетама у 2005. години износио је 77,4%, а у 2007. години, уз даље повећање обухвата, забележено је просечно 4,7 патронажне посете по новорођеном детету.

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 специјалисте 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 Републици 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.

4. ВОДЕЋИ ПРИНЦИПИ ПРОГРАМА

Принципи на којима је Програм заснован јесу: 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.

4.1. 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.

4.2. 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 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 неку другу карактеристику која може бити основ за дискриминацију.

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

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

4.3. 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, хуман и заснован на доказима.

4.4. 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.

4.5. 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 подразумевају се: сиромашни, ромска популација, деца са инвалидитетом, деца под ризиком и са развојним тешкоћама, злостављана и занемаривана деца, деца без родитељског старања која су смештена у установе, 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.

4.6. Учешће заједнице

Локалну самоуправу представљају доносиоци политичких одлука, васпитно-образовне установе, центри за социјални рад, јавна гласила, удружења која раде са осетљивим групацијама. Локална самоуправа 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.

Неопходно је да службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине буду оријентисане ка локалној самоуправи, и да своје активности учине доступним и обезбеде њихово спровођење и ван здравствених установа. То подразумева организовање предавања, семинара, трибина и радионица у школама и вртићима, клубовима и удружењима, на јавним местима, у нехигијенским насељима, као и јавне манифестације у циљу промоције здравља.

4.7. Учешће појединаца

Представници родитеља, деце и омладине треба да учествују у планирању, праћењу и процени спровођења Програма, а тиме и у доношењу одлука које се тичу њиховог здравља. Нарочита пажња мора бити усмерена на избор и едукацију вршњачких едукатора.

4.8. 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, социјална заштита, култура, наука, правни систем, финансирање. Успостављањем механизма сарадње и партнерства са удружењима, стварају се услови да се деци и младима пружи безбедно и подстицајно окружење за развој и одрастање.

4.9. Квалитет рада служби за здравствену заштиту жена, деце и омладине

Неопходно је да службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине 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.

4.10. Јединствен здравствени информациони систем

Планирање, спровођење и праћење активности и интервенција темељи се на чврстим показатељима, резултатима истраживања и поузданим информацијама. Из овог разлога допуниће се и иновирати медицинска документација и евиденција, као и усклађивање са показатељима за праћење свеобухватних програмских активности усмерених ка популационим групацијама на које се Програм односи.

5. САДРЖАЈ ПРОГРАМА

Популационе групације на које се Програм односи јесу: 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.

Програмске целине од посебног 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, обједињене су са целинама по наведеним популационим групацијама које прате животни ток, од пре рођења до узраста младих одраслих особа. За сваку програмску целину дефинисан је један или више општих циљева.

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

6. ПРОГРАМСКЕ ЦЕЛИНЕ

6.1. Здравствена заштита жена у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и материнством

Ова програмска целина усмерена је ка реализацији Националних миленијумских циљева развоја до 2015. године: смањењу матерналног морталитета и стопе морталитета жена фертилног доба, посебно од малигних болести; смањивању стопе морбидитета од полно преносивих инфекција (у даљем тексту: ППИ) и ХИВ-а; повећању обухвата превентивним прегледима и употреби 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 смањио се са 24,5 % на 23,4 %. У истом периоду развијани су и унапређивани програми и пројекти из области промоције здравља с 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. 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).

Уочене су значајне разлике у садржају услуга пружених трудницама ромске националности у односу на остале труднице. Иако се 99% порођаја у Републици Србији обавља у здравственим установама и уз стручну помоћ, код жена ромске популације тај проценат је нижи (93,3%). 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 код којих је матернални морталитет већи за 10%.

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 Републике Србије износила је 18,04%.

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 у Републици Србији износио је 5,6, 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 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 Републици Србији за период 1997–2005. године су: постпартална хеморагија и компликације које су се јавиле током порођаја што укључује прееклампсију, еклампсију, крварење и руптуру материце.

Међу бројним напредним 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 – породиле – дојиле) 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 током боравка у болници као и да мајка доји бебу на захтев. Постојећи концепт „Болница пријатеља беба“ једна је од приоритетних активности стварањем нове савремене концепције у складу са најбољим праксама у свету.

Као приоритетни проблеми истичу се низак обухват жена старијих од 15 година превентивним гинеколошким прегледом: низак обухват жена

генеративног доба радом саветовалишта за планирање породице и недовољан обухват трудница првом посетом гинекологу у првом триместру трудноће.

6.1.1. Општи циљ: Очување и унапређење здравља жена репродуктивног доба.

6.1.1.1. 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 разболевања и умирања жена фертилног доба за једну трећину, смањење броја намерних прекида трудноће за једну трећину и смањење инциденције полно преносивих инфекција за најмање једну трећину, као и одржавање стопе фертилитета на актуелним вредностима.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

1) примена програма промоције здравља и здравствено--васпитни рад са женама и њиховим партнерима уз мобилисање локалне заједнице, удружења, јавних гласила како би се повећао удео жена и њихових партнера који имају одговарајуће знање, ставове и понашање у вези репродуктивног здравља. Тиме би се смањила учесталост ризичних сексуалних односа, остварило би се активније учешће локалне заједнице и свих сектора друштва у промоцији здравља жена;

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, чиме би се смањењем број намерних прекида трудноће;

3) скрининг на рак грлића материце према Националном програму за превенцију рака грлића материце („Службени гласник РС”, број 54/08) и повећан обухват жена скрининг прегледима тј. смањивање морбидитета и mortalитета жена од рака грлића материце за једну трећину;

4) скрининг на рак дојке према Националном програму за превенцију рака дојке („Службени гласник РС”, број 15/09) и повећан обухват жена скрининг прегледима тј. смањивање морбидитета и mortalитета жена од рака дојке за једну трећину;

5) обезбеђивање скрининга и лечења полно преносивих болести, добровољно поверљиво саветовање и тестирање (у даљем тексту: ДПСТ) на ХИВ/АИДС за жене.

6.1.1.2. 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 подразумева спровођење следећих активности:

- 1) здравствено-васпитни рад са трудницама у оквиру националних програма промоције здравља и процена ове активности;
- 2) саветовалишни рад са трудницама уз континуирано праћење њиховог стања, према Водичу, са повећањем обухвата трудница првим прегледима у првом триместру (најмање 85%) и смањивањем разлика у односу на социјално-економски статус, географско подручје и етничку припадност трудница;
- 3) рано откривање ризика и одговарајући третман ризичних трудноћа, према Водичу, постиже се редовним контролама у саветовалишту за труднице, едукацијом трудница за стицањем знања у циљу промене ризичног понашања и благовременим упућивањем на виши ниво здравствене заштите;
- 4) скрининг за генетске аномалије у првом триместру, према Водичу, остварује се повећањем обухвата трудница у саветовалишту за труднице, раним откривањем ризика и спровођењем обавезног скрининга;
- 5) скрининг за генетске аномалије у другом триместру, према Водичу, обухвата труднице које то нису урадиле у првом триместру;
- 6) обезбеђивање скрининга и лечења полно преносивих болести повећањем обухвата трудница одговарајућим скринингом, као и едукацијом у вези ризичног понашања и смањења учесталости ризичних сексуалних односа;
- 7) добровољно и поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ) трудница у саветовалиштима института и завода за јавно здравље и другим здравственим установама, како би се утврдиле ХИВ-позитивне труднице, обезбедила одговарајућа терапија за ХИВ-позитивне, спречила вертикална трансмисија ХИВ-а и умањиле штетне последице ХИВ инфекције;
- 8) организовање и спровођење психофизичке припреме за порођај на нивоу домова здравља и болничких установа за трудноће без ризика;
- 9) организовање и спровођење школе родитељства за будуће родитеље на нивоу домова здравља и болничких установа (на одељењима патологије трудноће). Будући родитељи упознају се са заштитом здравља током

трудноће, порођаја и након порођаја, као и заштитом и негом новорођеног детета;

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;

11) стоматолошка здравствена заштита трудница, у складу са Националним програмом превентивне стоматолошке здравствене заштите, остварује се у служби за заштиту здравља уста и зуба у домовима здравља.

6.1.1.3. Специфични циљ: Обезбеђивање одговарајуће 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.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

1) израда и примена стручно-методолошког упутства (вагинални порођај, царски рез), смерница, протокола за упућивање на виши ниво здравствене заштите, као и унапређење постојећег порођајног протокола, уз обављање континуиране едукације омогућава примену јединствене методологије засноване на доказима;

2) унапређен третман компликација на порођају и у пуерперијуму у складу са смерницама и протоколима код превременог пуцања водењака, превременог порођаја, крварења, еклампсија и других компликација;

3) активно вођење трећег порођајног доба у циљу превенције парталне и постпарталне хеморагије и профилактичка употреба антикоагулантне терапије код оперативног вођења порођаја, утицаће на смањење броја компликација и смртности мајки у вези са порођајем;

4) израда и примена јединствене медицинске документације на територији Републике Србије у вези са порођајем (партограм за породилу и документација за новорођенче) у свим здравственим установама где се обављају порођаји;

5) развијање и примена програма „Болница пријатељ беба” и „Десет корака до успешног дојења” омогућиће свим породиљама исти стандард услуга;

6) увођење програма „Болница пријатељ беба +” 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.

6.1.1.4. Специфични циљ: Очување и унапређење здравља жена после порођаја.

Очекивани резултати: смањење учесталости стања и обољења породиље која могу да се заврше компликацијама, хроничним обољењима, односно смртним исходом.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

- 1) превенција и лечење компликација у пуерперијуму спроводи се у здравственим установама у којима се обављају порођаји, у дому здравља и у кући породиље;
- 2) иновирани Програм промоције, подршке и заштите дојења спроводи се ради очувања здравља мајке и обезбеђења услова за развој и очување лактације;
- 3) праћење здравственог стања породиље од стране поливалентне патронажне сестре, подразумева потпуни обухват породиља патронажним посетама у кући;
- 4) контролни преглед породиље и бабињаре остварује се у служби за здравствену заштиту жена дома здравља, са обухватом од најмање 85%, посебно за осетљиве популације;
- 5) саветовање, медицинско и психолошко, социјална подршка самохраним мајкама остварује се у сарадњи здравственог са другим секторима (социјална заштита и локална самоуправа).

6.2. Здравствена заштита новорођене деце и одојчадис 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 живорођених) и одојчади (на вредност 4,5 на 1.000 живорођених).

У 2007. години било је 68.102 живорођене деце. Проблеми и тешкоће настали због несразмере броја порођаја и неравномерног распореда одељења за неонаталну интензивну негу по управним окрузима, могу се превазићи применом савремених принципа територијалног организовања неге и лечења болесног новорођенчета, уз приступ прогресивној нези на три нивоа и то основно збрињавање, специјализовано збрињавање и 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 изванредан пораст стопе перинаталног морталитета са 9,1 у 2006. на 9,4 у 2007. години, уз стално одржавање високе стопе мртворођења. У структури перинаталног морталитета, слично као и у другим земљама у транзицији, доминирају патолошка стања повезана с

превременим порођајем, перинаталном асфиксијом и конгениталним аномалијама. Издаја 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 депопулације охрабрујући је податак да је од 1991. до 2007. године стопа смртности одојчади смањена са 14,6 на 7,1 на 1000 живорођених. 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 одојчади (20%) и симптоми, знаци и ненормални клинички и лабораторијски налази – 51 одојчади (11%).

За разлику од опште, стопа смртности одојчади у популацији Рома у 2005. години износила 25,9 на 1000 живорођених, 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% у каснијем периоду 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 социјално-економског 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 био је за трећину нижи од националног просека и износио је 59%. 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.

6.2.1. *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.

6.2.1.1. *Специфични циљ*: Очување здравља новорођеног детета у складу с максималним потенцијалом на рођењу.

Очекивани резултати: повећање броја новорођене деце код које се примењују све мере иницијалног постнаталног и збрињавања током боравка у породилишту (остварење раног контакта са мајком и подстицање дојења); смањење учесталости превентабилних неонаталних и постнеонаталних обољења и патолошких стања; као и рационално коришћење капацитета акушерских установа и повећање позитивног става и оцена корисника услуга.

За остваривање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) обезбеђивање услова за поступке иницијалног збрињавања новорођене деце, укључујући процену виталности по Апгар методи и први преглед педијатра -неонатолога у гинеколошко-акушерским установама;
- 2) обезбеђивање 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;
- 3) профилактична примена витамина К непосредно по рођењу, као и вакцинација здраве новорођене деце против хепатитиса Б и туберкулозе, пре отпуста из породилишта;
- 4) пре отпуста из породилишта новорођене деце, узимање узорака за лабораторијски скрининг на конгениталну хипотиреозу и фенилкетонурију. Спровођење лабораторијске дијагностике скрининг метода и евентуална допунска испитивања спроводиће Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије и Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине;
- 5) увођење скрининга за рано откривање поремећаја слуха и вида и дијагностику генетеских поремећаја у неонаталном узрасту;
- 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;
- 7) потпун обухват новорођене деце по отпусту мајке и детета из породилишта са укупно пет патронажних кућних посета, а по потреби и више. Први превентивни педијатријски преглед обавља се у кући новорођенчета узраста до 15 дана.

6.2.1.2. 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 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.

За реализацију овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) израда плана територијалне организације прогресивне неге и збрињавања болесне новорођенчади са ефикасним транспортним системом;
- 2) обезбеђење услова за ефикасну реанимацију новорођенчета на свим нивоима збрињавања, односно у свим гинеколошко-акушерским установама;

- 3) превенција и лечење патолошких стања превремено рођеног детета посебно код појаве респираторног дистрес синдрома, у складу са одговарајућим смерницама;
- 4) рад конзилијума за феталне аномалије и рана дијагностика поремећаја слуха и вида према смерницама за превремено рођену децу;
- 5) примена савремених поступака за лечење поремећаја који припадају постасфиктичном синдрому;
- 6) стварање оптималних услова за увођењем програма „Болнице пријатељи беба +“ у све здравствене установе намењене збрињавању болесне новорођенчади, а пре свега превремено рођене деце;
- 7) доследна примена јединствених критеријума за евиденцију живорођења и мртворођења, као и интрапартално насталог смртног исхода.

6.2.2. *Општи циљ:* Очување и унапређење здравља и смањење смртности одојчади на испод 4,5 на 1000 живорођења.

6.2.2.1. *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 остваривање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) организовање редовних превентивних педијатријских прегледа у домовима здравља са акцентом на промоцију дојења и правилне исхране, као и штетним последицама удисања дуванског дима по здравље одојчета;
- 2) рано препознавање и отклањање гастроинтестиналних и поремећаја исхране, нарочито акутних цревних инфекција, инфантилних колика, потхрањености, нутритивне алергије и хипохромне анемије;
- 3) спровођење вакцинације према усвојеном програму и календару;
- 4) рано откривање и отклањање, односно започињање мера ране рехабилитације и стимулације код сензорних и развојних поремећаја (слух, говор, вид, застој у психомоторном развоју, конгенитална дисплазија кука);
- 5) израда и примена протокола за превенцију респираторних инфекција код одојчади са ризиком.

6.2.2.2. *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 остваривање овог циља предвиђене су следеће активности:

1. континуирани здравствено-васпитни рад службе за здравствену заштиту деце у сарадњи са поливалентним патронажним медицинским сестрама, уз учешће локалне самоуправе, усмерен на личне и опште хигијенске навике, правилну исхрану и припрему хране за одојчад, као и неопходност превентивних педијатријских прегледа и редовне вакцинације;

2. интензивни патронажни надзор и организовање доступнијих начина спровођења превентивних педијатријских прегледа и вакцинација за посебно осетљиве групације одојчади уз организовање мобилних тимова које чине специјалисти педијатри, педијатријске сестре и поливалентне патронажне медицинске сестре;

3. едукација здравствених радника за рационално ванболничко и болничко лечење акутних респираторних и цревних инфекција.

6.3. Здравствена заштита мале деце

Деце узраста од једне до навршене четврте године, према процени становништва за 2007. годину било је 302.869 или 4,1% популације. У наведеној програмској целини планирана је реализација Националног миленијумског циља који се односи на смањење смртности деце испод пет година (укључујући и децу у првој години – одојчад) на вредност од петоро 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 прве до навршене четврте 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. У структури морталитета мале деце, после урођених анормалија, деформација и хромозомских ненормалности (22%), налазе се повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (18%), затим тумори (15%) и заразне и паразитарне болести (11%).

Праћење раста и развоја деце предшколског узраста, помоћу „графикана раста“, који представља једноставан начин за процену стања ухрањености, није остварено у складу са циљевима из Уредбе о здравственој заштити жена, деце, школске деце и омладине („Службени гласник РС“, број 49/95). Према резултатима спроведених истраживања, преваленција акутне потхрањености деце до пет година у Републици Србији је ниска (3%), док преваленција застоја у расту (хронична потхрањеност) показује стални

пораст (1996. године 3%, 2000. године 5% и 2005. године је 6%). Основни нутрициони проблем остаје гојазност, јер је свако седмо дете узраста до пет година предгојазно или гојазно. Од националног просека значајно одступају сиромашна и ромска деца.

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. Обухват код ромске деце свим вакцинама за 30% је нижи од националног просека. 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 %. Ерадикација дечје парализе, за коју је Република Србија добила међународни сертификат 2002. године, одржава се у томе статусу. Према постојећим физиолошким критеријумима, Република 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 3,9% деце обухваћено је предшколским васпитањем.

У оквиру ванболничког морбидитета деце до шест 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 уха и мастоидног наставка.

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 њихову слабију ухрањеност и заостајање у расту. Иако су акутне инфекције горњих дисајних путева вишеструко веће учесталости, међу узроцима разболевања 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.

6.3.1. Општи циљ: Очување и унапређење здравља мале деце.

6.3.1.1. 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 или 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 активностима на промоцији здравља.

За остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

1) сачинити програм васпитања за здравље деце, којим се дефинишу методе и садржаји здравствено-васпитног рада са децом и родитељима или 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;

2) Институт за јавно здравље Србије и мрежа института и 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;

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 или старатељима, посебно усмеравајући активности на децу из осетљивих популационих групација;

4) за организовање и спровођење промотивних активности мотивисати и укључивати све важне секторе и представнике локалне самоуправе, чиме се развија партнерство за здравље деце на локалном нивоу.

6.3.1.2. Специфични циљ: Спречавање и смањивање повреде и тровања за једну трећину.

Очекивани резултат: унапређена информисаност родитеља и јавности о начинима превенције повређивања деце; развијање сарадње са органима локалне самоуправе на стварању безбедне средине за децу; формирање базе података о повредама код деце.

За остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

1) Министарство здравља у сарадњи са другим министарствима и институцијама приступа изради Програма за превенцију повређивања, ради дефинисања међусекторске сарадње и заједничких интердисциплинарних програмских активности на спречавању повреда и смањењу повређивања мале деце;

2) Министарство здравља координира рад на изради базе података о повредама, као и регистра о повређеним лицима, са издвајањем деце;

3) институти и заводи за јавно здравље спроводе мобилизацију свих актера у локалној самоуправи за стварање безбедне средине за децу, укључујући и игралишта и паркове, чиме се такође доприноси подстицању и промовисању физичке активности за здравље деце.

6.3.1.3. Специфични циљ: Спречавање злостављања и занемаривања мале деце.

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

За остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

- 1) Министарство здравља предлаже доношење прописа и протокола рада у области заштите деце од злостављања и занемаривања и рада штетног по њихово здравље;
- 2) Институт за јавно здравље Србије и мрежа института и завода за јавно здравље, заједно са Институтом за ментално здравље и другим здравственим установама, организује и спроводи едукативне семинаре за здравствене раднике, здравствене сараднике за рано препознавање злостављања и занемаривања и свих облика насиља над децом;
- 3) едуковани здравствени радници и сарадници повећавају ниво знања родитеља за рано препознавање злостављања и занемаривања и упућују их у процедуре спровођења адекватних мера.

6.3.1.4. Специфични циљ: Спречавање 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 одговарајуће и безбедне средине за игру и физичку активност у сваком окружењу; обезбеђење квалитетних података за процену и праћење нутритивног статуса деце; увођење графикана раста и развијање информационог система у овој области.

За остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

- 1) Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије усмеравају и координирају праћење и процену нутритивног статуса деце, укључујући и увођење графикана раста;
- 2) Институт за јавно здравље Србије и мрежа института и завода за јавно здравље организују и координирају рад на спречавању потхрањености деце, кроз развој здравствено-васпитних интервенција у породици и заједници и допуну микронутријената;
- 3) Институт за јавно здравље Србије и мрежа института и завода за јавно здравље организују и координирају рад на спречавању прекомерне тежине и гојазности, кроз развој здравствено-васпитних интервенција у породици и заједници.

6.3.1.5. Специфични циљ: Спречавање и сузбијање болести и рано откривање фактора ризика по правилан раст и развој.

Очекивани резултати: постизање обухвата комплетном вакцинацијом деце у јединицама локалне самоуправе од најмање 95%; потпун обухват деце превентивним прегледима; повећање броја деце са рано откривеним поремећајима здравља; развијање тимова за рад са децом са сметњама односно тешкоћама у развоју.

За остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

- 1) на нивоу свих јединица локалне самоуправе у Републици Србији, континуирано спроводити програм обавезне имунизације од заразних болести становништва Републике Србије и едуковати становништво о значају имунизације, посебно повећањем обухвата вакцинацијом деце из осетљивих групација;
- 2) у службама за здравствену заштиту предшколске деце домова здравља спроводити систематске и контролне педијатријске прегледе са обухватом од најмање 95%, ради препознавања и отклањања чинилаца ризика за настанак поремећаја здравља и предузимања потребних мера;
- 3) спроводити кућне посете поливалентне патронажне медицинске сестре породицама са малом децом;
- 4) спроводити Национални програм превентивне стоматолошке заштите;
- 5) кроз развијање саветовалишног рада за препознавање и отклањање фактора ризика за настанак поремећаја психомоторног и психосоцијалног развоја, повећати активности на праћењу здравственог стања деце са проблемима у развоју.

6.3.1.6. Специфични циљ: Предузимање одговарајућих терапијско-рехабилитационих поступака код деце са откривеним поремећајима и обољењима

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

За остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

- 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;
- 2) у службама за здравствену заштиту предшколске деце домова здравља спроводити одговарајућу дијагностику и терапијске процедуре најчешћих акутних болести;

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).

6.3.1.7. Специфични циљ: Побољшање приступачности, доступности и коришћења здравствене службе и уједначавање квалитета здравствене заштите деце са села, из сиромашних подручја и осетљивих групација.

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 остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

1) повећати 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 и неразвијеним срединама;

2) домови здравља организују спровођење кампањске вакцинације и рад мобилних тимова ради спречавања разболевања, као и благовремене дијагностике и започињања лечења деце из осетљивих популационих групација.

6.3.1.8. Специфични циљ: Омогућити одговарајуће праћење и процену 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 остваривање овог циља потребно је спровести следеће активности:

1) Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије организују рад на унапређењу и прилагођавању медицинске документације и побољшању евиденције и извештавања;

2) Институт за јавно здравље Србије и мрежа института и завода за јавно здравље континуирано прате и процењују рад служби за здравствену заштиту предшколске деце у домовима здравља;

3) Институт за јавно здравље Србије и мрежа института и завода за јавно здравље континуирано прате и процењују рад болничких одељења на којима се лече деца.

6.4. Здравствена заштита деце предшколског и млађег школског узраста

Према процени становништва за 2007. годину у узрасту од пет до девет година, који је обухваћен 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. 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 пет до девет година, задржава се слична заступљеност оболења 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 у већој мери 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 бихејвиоралне и могу бити непоправљиве.

Како дете постаје изложеније ширем физичком и друштвеном окружењу, јављају се нови здравствени изазови. Школско окружење, вршњаци и јавна гласила врше све већи утицај на стварање вредности, ставова и модела понашања младог човека.

Као приоритетни проблеми здравствене заштите деце узраста пет до девет 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 је заступљеност акутних инфекција горњих дисајних путева међу узроцима разбољевања.

6.4.1. *Општи циљ:* Очување и унапређење здравља деце предшколског и млађег школског узраста.

6.4.1.1. Специфични циљ: Развијање здравих стилова живота деце.

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

Овај специфични циљ може се остварити преко следећих активности:

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;

2) едукација здравствених радника, здравствених сарадника укључених у бригу о здрављу деце овог узраста и постизање већег нивоа знања;

3) здравствено-васпитни рад у складу са програмом васпитања за здравље са децом, родитељима, односно 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;

4) Министарство здравља и Министарство трговине и услуга предлажу 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) сензибилисање и укључивање свих неопходних сектора и представника локалне самоуправе у акције за здравље деце.

6.4.1.2. Специфични циљ: Превенција ризика од најзначајних узрока смртности, повреда, болести и неспособности

Очекивани резултати: смањење оболевања, повређивања и смртности деце узраста од пет година до навршене девете године за једну трећину.

Овај специфични циљ може се остварити преко следећих активности:

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 образовним установама 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;

2) домови здравља спроводе програм обавезне имунизације од заразних болести становништва Републике Србије у сарадњи са институтима и заводима за јавно здравље, локалном самоуправом и удружењима. Очекује се да као резултат обухвата имунизацијом против свих болести за које је имунизација обавезна буде најмање 95% деце на нивоу популације у Републици Србији, на нивоу појединачних јединица локалне самоуправе као и у посебно остелјивим популационим групама, а што ће водити смањењу морбидитета од болести за које је обавезна вакцинација;

3) Министарство здравља обезбеђује спровођење законске регулативе у вези са забраном пушења у просторијама у којима бораве деца. Институт и заводи за јавно здравље у сарадњи са домовима здравља и образовним установама спроводе едукацију родитеља и запослених у образовним установама у вези са штетним ефектима пасивног пушења. Очекивања су смањење излагања деце пасивном пушењу што ће допринети смањењу респираторних оболења деце.

6.4.1.3. 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 може се остварити преко следећих активности:

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

2) обезбеђивање суплемената у исхрани у јаслицама и вртићима и посебно за децу из сиромашних и ромских породица у сарадњи са локалном самоуправом 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;

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;

- 4) стоматолошке службе домова здравља спроводе мере у складу са Уредбом о Националном програму превентивне стоматолошке здравствене заштите („Службени гласник РС”, број 22/09), врше процену и откривање фактора ризика за појаву појединих обољења уста и зуба; дефинишу превентивне и профилактичке мере и активности за отклањање утврђених фактора ризика;
- 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 већи обухват деце са факторима ризика по развој и поремећајима психомоторног и психосоцијалног развоја;
- 6) Министарство рада и социјалне политике припрема предлоге закона за заштиту деце од експлоатације и опасног рада по здравље, што ће као резултат дати смањени броја деце изложене опасном раду;
- 7) Институт за ментално здравље у сарадњи са мрежом института и завода за јавно здравље спроводи едукацију здравствених радника и здравствених сарадника за препознавање свих облика насиља над децом. Спровођење ове активности омогућиће повећани ниво знања здравствених радника и здравствених сарадника у препознавању насиља над децом;
- 8) здравствени радници и здравствени сарадници у домовима здравља и болницама обраћају посебну пажњу на децу са повредама које указују на насиље и предузимају одговарајуће мере у сарадњи са центрима за социјални рад и органима унутрашњих послова. Овакве активности резултираће већим бројем рано откривених случајева насиља над децом и спровођење одговарајућих мера у пружању помоћи деци;
- 9) службе домова здравља раде на раном откривању поремећаја кроз спровођење детаљних систематских прегледа, 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 прати се стање и контролним прегледима. Спровођењем ове активности очекује се већи проценат деце са рано откривеним поремећајима здравља као и већи проценат деце овог узраста са откривеним поремећајима код које се терапијске и мере рехабилитације спроводе у целости;
- 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;

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 одговарајуће лечење доводи до смањења броја деце са овим поремећајима и до смањења броја деце лечене у болницама.

6.4.1.4. Специфични циљ: Омогућити адекватно праћење и процену рада здравствених служби за здравствену заштиту деце, што обезбеђује документовање, евиденцију и извештавање на начин прилагођен потреби адекватног сагледавања здравствене ситуације.

Овај специфични циљ може се остварити преко следећих активности:

1) приступање изради правила унапређења медицинске документације кроз евидентирање и извештавање, водећи рачуна да се популациона група узраста од пет до девет година посебно прати што до сада није био случај;

2) институти и 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 узрасне групе, са циљем праћења једнакости у пружању здравствене заштите деци различитог социјално-економског статуса и деци из посебно осетљивих групација;

3) институти и заводи за јавно здравље врше процену рада педијатријских болничких одељења праћењем индикатора обима и садржаја рада и показатеља здравственог стања ове узрасне групе, са циљем праћења једнакости у пружању здравствене заштите деци различитог социјално-економског статуса и из посебно осетљивих групација.

6.4.1.5. 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 релацији сеоско-градско становништво и сиромашна-богата подручја.

Овај специфични циљ се може остварити преко следеће активности:

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.

6.5. Здравствена заштита адолесцената

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

Пожељан став о одговорности за сопствено здравље имала је једна четвртина (25,3%) деце и омладине узраста од седам до 19 година. Преко једне трећине (36,7%) деце и адолесцената је изјавило да никада не размишља о свом здрављу приликом избора хране, док је 2000. овај проценат износио 22. Две трећине, односно 67,7%, деце и омладине узраста од седам 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%.

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 комуникације преко интернета недостају. У напорној физичкој активности најмање два сата недељно ангажује се 45,7% деце узраста од седам до 14 година и 46% адолесцената узраста 15 до 19 година.

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. Једна трећина (36,4%) узраста 15 до 19 година конзумира алкохол, а навику опијања бар једном месечно има 5,5%. У Републици Србији 6,9% адолесцената узраста 15-19 година пробало је психоактивне супстанце. Прво узимање психоактивне супстанце код младих, најчешће се дешава између 13. и 17. године живота.

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

У структури свих порођаја, према званичној статистици, 7,3% чине породиље млађе од 20 година. Стопа порођаја жена узраста од 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 нема ни прецизних података о стопи трудноћа. Према званичним подацима стопа прекида трудноће код девојака узраста од 15 до 19 година износила је током 2006. године 4,1 на 1000, а према подацима Републичког завода за статистику стопа трудноћа 21,0 на 1000. Учесталост полно преносивих инфекција међу адолесцентима у Републици 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 шест 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%).

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

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 Републици 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%.

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

Специфичност морбидитета 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).

Као приоритетни проблеми здравствене заштите адолесцената, 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 учесталост 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.

6.5.1. *Општи циљ:* Очување и унапређење здравља адолесцената узраста од 10 до навршених 18 година, односно до завршетка средњошколског образовања.

6.5.1.1. *Специфични циљ:* Усвајање здравих стилова живота код адолесцената.

Очекивани резултати: најмање 40% адолесцената који је усвојио здраве стилове живота; побољшано знање и већа мотовисаност 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:

1) израда програма промоције здравља адолесцената, којим се дефинишу носиоци активности и области које су приоритетне за овај узраст. Неопходно је дефинисати методе и садржаје здравствено-васпитног рада са адолесцентима и родитељима или старатељима;

2) спроводити промоцију 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, 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 неисправност хране);

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;

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 од 10 до 18 година. У саветовалишту адолесцентима се 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;

5) превенција заразних обољења кроз вакцинацију спроводи се према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима („Службени гласник РС”, број 11/06, у даљем тексту: Правилник о имунизацији), са обухватом од 95% адолесцената;

6) хигијенско санитарни надзор у школама, домовима ученика и другим установама 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;

7) очување и унапређење здравља уста и зуба адолесцента остварује се кроз примену програма превентивне стоматолошке заштите;

8) у циљу сузбијања оштећења здравља школске деце узраста од шест до 14 година 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 школске деце у циљу откривања струме.

6.5.1.2. 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:

1) редовно праћење телесне масе, телесне висине и индекса телесне масе, у оквиру систематских и контролних прегледа, планираних разговора, према стручно-методолошком упутству, ради спречавања настанка прекомерне тежине и гојазности;

2) обезбеђивање услова и промовисање физичке активности, 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;

3) адекватно праћење и лечење адолесцената са прекомерном телесном масом и гојазношћу спроводи се према стручно-методолошком упутству за примену програма превенције и лечења гојазности деце и адолесцената;

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;

5) едукација адолесцента, родитеља или 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) организују се мултидисциплинарни, родно сензитивни тимови за лечење поремећаја исхране (педијатар, нутрициониста, ендокринолог, психијатар, психолог) са циљем да се обезбеди одговарајуће лечење адолесцената са поремећајима исхране, смањи број гојазних и адолесцената са поремећајима исхране и повећа свест о значају здраве исхране.

6.5.1.3. 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 који имају адекватно знање, ставове и понашање у односу на сексуалност.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

1) едукација и мотивисање адолесцената 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.

2) пружање савета о контрацепцији и евентуално обезбеђивање контрацептивног средства за све адолесценте. Обезбеђивање бесплатних и лако доступних кондома адолесцентима. Очекивани резултат је смањење инциденције адолесцентних трудноћа и снижавање инциденције полно преносивих инфекција укључујући и ХИВ инфекцију;

3) едукација здравствених радника и здравствених 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;

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;

5) добровољно поверљиво саветовање и тестирање трудница адолесцентног узраста и обезбеђивање адекватне терапије трудницама које су ХИВ позитивне према смерницама;

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;

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;

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

6.5.1.4. Специфични циљ: Рано откривање, адекватно лечење и одговарајућа подршка адолесцентима са хроничним обољењима и инвалидношћу.

Активности везане за овај специфични циљ односе се на превенцију, рано откривање и адекватно лечење хроничних обољења и инвалидитета деце и адолесцената.

6.5.1.5. 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:

1) едукација здравствених радника и здравствених сарадника за рад на превенцији употребе и злоупотребе ПАС. Едукација обухвата следеће теме: врсте психоактивних супстанци, њихова својства и ефекте, стадијуме употребе психоактивних супстанци, дијагностичке критеријуме за постављање дијагнозе злоупотребе и зависности, превенцију, принципе 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, упућују у службу за унапређење менталног здравља на нивоу примарне здравствене заштите. Изабрани лекар као део тима активно ће пратити лечење адолесцента;

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;

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;

4) оснивање специфичних, родно сензитивних, мултидисциплинарних служби за лечење адолесцената који имају проблем са злоупотребом психоактивних супстанци ради свеобухватног и ефикасног лечења;

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.

6.5.1.6. 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:

1) едукација здравствених радника и здравствених сарадника за рано откривање проблема менталног здравља, ради правовременог препознавања и започињања ефикасног лечења адолесцента са проблемима менталног здравља;

2) пружање информација адолесцентима и родитељима или старатељима о проблемима менталног здравља у циљу раног откривања проблема менталног здравља и правовременог започињања лечења;

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;

4) оснивање мултидисциплинарних, родно сензитивних тимова за лечење адолесцената са проблемима менталног здравља у служби за унапређење менталног здравља у домовима здравља.

6.5.1.7. 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:

1) едукација здравствених радника и здравствених сарадника о врстама и последицама, поступању у случају откривеног занемаривања и злостављања, уз примену општег и посебног протокола. Очекивани резултат

је рано откривање и одговарајуће збрињавање адолесцента који су жртве занемаривања и злостављања;

2) информисање адолесцената и родитеља или 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;

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;

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;

5) едукација адолесцената за ненасилно решавање конфликта у циљу превенције насиља међу вршњацима;

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;

7) активности на превенцији повреда и тровања код адолесцента односе се на превенцију, дијагностику и лечење болести и стања од већег социјално-медицинског значаја.

6.5.1.8. 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:

1) представници адолесцената учествују у комисијама које се баве планирањем, организацијом, контролом спровођења и проценом здравствене заштите која је у складу са потребама младих;

2) успостављање доступне здравствене заштите за све адолесценте без обзира на род, социјално-економски статус, етничку припадност, географско подручје;

3) едукација здравствених радника и здравствених сарадника који пружају здравствену заштиту адолесцентима за приступ наклоњен младима и прилагођен потребама младих;

4) успостављање механизма сарадње здравствених установа и различитих удружења са циљем да се прошири мрежа институција и организација које доприносе здрављу и обезбеде квалитетне здравствене услуге за све адолесценте.

6.6. 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 Републици Србији указују на најниже оболевање и умирање у овој узрасној групи. Међутим, бројни директни, односно 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. 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%). 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.

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 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). Стога, не изненађују 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%).

Ниво препознавања и избегавања различитих ризика по здравље од стране младих није задовољавајући. Премда се уочава да је 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 Републици Србији (51%) изјављује да повремено пије алкохол. Клиничко искуство и резултати истраживања у Републици Србији указују на значајно психолошко трпљење популације младих, а млади показују одређену, за овај узраст, специфичну психопатологију. Најчешће психопатолошке манифестације су депресивна стања (укључујући самоубилаштво) и поремећаји понашања (укључујући злоупотребу психоактивних супстанци и делинквентно 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).

Чињеница је да су значајни напори уложени у превентивне активности у вези са контролом ХИВ/АИДС-а 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.

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. 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 здравља уста и зуба 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 девојке у 53,3% случајева то је била контрола репродуктивног здравља, трудноћа у 24,7% и неодређена тегоба у 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 је 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.

За младе после пунолетства, уколико не припадају студентској популацији, упркос концепта изабраног лекара и развијене мреже домова здравља, у овом тренутку они не користе превентивне центре за контролу свог здравља. У Правилнику о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Службени гласник РС”, број 43/06), саветовалиште за младе је у служби за здравствену заштиту школске деце и намењено је деци до навршених 18 година односно до завршетка средње школе. У Стратегији развоја и здравља младих у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 104/06) 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 здравствени сарадници у безбедном окружењу за младе, у чијем планирању, спровођењу, праћењу и оцењивању млади треба да учествују.

6.6.1. *Општи циљ:* Очување и унапређење здравља младих после пунолетства до завршетка школовања, до 26 година.

6.6.1.1. *Специфични циљ:* Очувати здравље и унапредити здравствено понашање младих после пунолетства и смањити ризике по здравље за једну трећину.

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 правилне изборе у вези са здрављем, чувају и стичу вештине за здраво понашање.

Овај циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

1) развити механизам информисања младих о могућностима пружања превентивних услуга у свим установама примарне здравствене заштите, саветовалиштима, клубовима, у удружењима и др;

2) учинити доступним: програме „смањења штете” и услуге на терену где значајну улогу имају и удужења са својим програмима који се остварују у теренским условима, нарочито са посебно осетљивим групама младих. Овде је изузетно важно и корисно партнерство са удружењима;

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, односно штетно по здравље. У том смислу потребно је организовати што већи број јавно-здравствених акција за различите циљане групе младих овог узраста; користити јавна гласила;

4) увођење 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 односе се на репродуктивно здравље, преваленцију злоупотребе психоактивних супстанци међу младима (дуван, алкохол, дроге), млади, односно њихови партнери који користе савремено контрацепцијско средство и кондом приликом сексуалних односа; полно преносиве инфекције; прекиди трудноће; злостављање и самоубиства.

6.6.1.2. Специфични циљ: Смањити за једну трећину водеће поремећаје здравља младих који се могу спречити одговарајућом превеницијом (сексуално-преносне инфекције и ХИВ; намерни прекид трудноће; 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, полно преносним инфекцијама, ХИВ/АИДС-ом, намерним прекидима трудноће, болестима зависности и поремећајима менталног здравља, у просеку за 20%.

За постизање овог циља планиране су следеће активности:

1) организовати превентивни рад у оквиру овог специфичног циља подразумева низ активности изабраних лекара, односно 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/АИДС-а и полно преносних инфекција, превенције болести зависности, превенције насиља и злостављања и правилне исхране;

2) превенција поремећаја здравља и рано откривање болести спроводити кроз циљане превентивне прегледе 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 здравље.

6.6.1.3. Специфични циљ: Развијати капацитет система здравствене заштите да препозна, 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:

1) развити здравствене службе наклоњене младима, у којима раде едуковани, мотивисани и пријатељски наклоњени младима здравствени радници и здравствени сарадници у сарадњи са локалном самоуправом, уз активно учешће младих;

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 саветовалишта и сл.). као и учествовање самих младих;

3) обезбедити превентивне активности за 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) и то посебно кроз развој активности изван институција; развој здравствене службе пријатељски оријентисане према младима у центрима за превентивне здравствене услуге са активностима „на терену“; партнерски рад са удружењима;

4) обезбедити одговарајуће услове за 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. Потребно је укључити едуковане здравствене раднике и здравствене сараднике у домовима здравља, удружења, младе вршњачке едукаторе и вршњачке асистенте, раднике на терену у оквиру активности изван институција са посебно осетљивим групама, васпитаче и особље у центрима за колективни смештај младих и у васпитно поправним установама „отвореног“ и „затвореног“ типа;

5) усмерити развој завода за здравствену заштиту студената ка превентивним, пријатељски наклоњеним услугама намењених студентима, кроз индивидуални односно групни рад и неговати пријатељски приступ кроз рад саветовалишта тематски оријентисаних за: репродуктивно здравље, превенцију 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;

6) остварити сарадњу са факултетима на којима се уз активно учешће и партнерство са студентима и професорима остварују превентивне активности из здравственог васпитања. То подразумева да се на факултетима у партнерству са управама универзитета и факултета, 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, односно у дому здравља у градовима где не постоје наведене институције;

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 хигијенско епидемиолошки надзор у објектима за боравак, учење, рад, колективни смештај и исхрану младих овог узраста.

6.7. Психосоцијални развој и ментално здравље

Полазну основу ове програмске целине 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, као и у одраслом добу. Изложеност психоактивним супстанцама 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 одговорно 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 са тешкоћама у развоју и деца смештена у установе.

Током протеклих десет година, проблеми менталног здравља и понашања, нарочито у виду агресивности, насиља, злоупотребе алкохола и дрога међу младима, самоубистава и самоповређивања, постали су један од значајних друштвених проблема. Спровођење програма за едукацију адолесцената о здравим стиловима живота, о репродуктивном здрављу, о превенцији болести зависности (пушење, алкохолизам, наркоманија) су мере које се показују ефикасним у спречавању ових проблема. За успешност превентивних и терапијских програма за адолесценте је битно и да службе које нуде овакве програме буду лако доступне и без стигматизације. Подаци о проблемима 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 појава је, која је такође у порасту. Прецизне размере насиља деце, било као жртве или починиоци насиља, у Републици Србији није могуће сагледати с обзиром на то да не постоји јединствен систем евидентирања и праћења. Према подацима изнетим у Националној стратегији за превенцију и заштиту деце од насиља („Службени гласник РС”, број 122/08) у периоду од 2000. до прве половине 2008. године у Институт за мајку и дете Србије „др Вукан Чупић” примљено је 204 деце (85 мушког и 119 женског пола) због злостављања односно 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 годишње се региструје просечно 110 нових случајева занемаривања и злостављања. Најзаступљеније је емоционално злостављање (61%), затим физичко (51%) и сексуално злостављање (17%) и занемаривање (26%), а често се код једног детета региструје више врста злостављања. Од последица насиља у 2000. години умрло је дванаесторо, а у 2006. години четворо деце. Процењује се да је број злостављане и занемариване деце далеко већи, али да велики број случајева остаје непрепознат 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 7% деце трпи врло тешке облике физичког насиља. Тешким облицима физичког кажњавања два пута чешће изложена су деца из најсиромашнијих слојева (15%) а ромска деца три пута чешће (21%). Ова искуства у детињству утичу на физички и ментални развој детета и упућују на предузимање одговарајућих мера за спречавање 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 са тешкоћама у развоју на квалитетну здравствену заштиту и стварање могућности за њихово равноправно учешће у друштву. Не постоји јединствена евиденција о тачном броју деце са сметњама, односно тешкоћама у развоју. Према неким проценама 7-10% од укупне популације деце испољава тешкоће 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 и социјалног модела бриге о деци и младима са тешкоћама у развоју често води ка трајном смештају деце у установе, 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 са тешкоћама у развоју у установама је значајно смањен последњих година али се 1.143 деце и младих до 26 година и даље налази у установама, често у неадекватним хигијенско-санитарним условима, са недовољном здравственом негом и врло оскудном физикалном терапијом и социјалном рехабилитацијом. Подршка породицама са дететом са тешкоћама у развоју коју пружају службе примарне здравствене заштите заједно са социјалним службама, значајан су механизам који „чува улаз“ (gatekeeping) и спречава дуготрајан смештај ове деце у установе.

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 менталног здравља деце и младих и за спречавање поремећаја, предуслов су за постизање предложених циљева.

6.7.1. *Општи циљ:* Унапређење и очување менталног здравља деце и омладине и спречавање поремећаја менталног здравља.

6.7.1.1. Специфични циљ: Оспособити будуће родитеље за одговорно родитељство и успостављање позитивне емоционалне везе родитељ-дете у раним фазама развоја детета до треће године.

Очекивани резултати: родитељи стичу знања и вештине за одговорно родитељство, посебно где 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 са сметњама у развоју, превремено рођено или има тешке здравствене проблеме).

Овај циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

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;

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.

6.7.1.2. Специфични циљ: Препознати и отклонити чиниоце ризика у породици за настанак поремећаја психосоцијалног развоја у раном детињству.

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

Овај циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

1) примена програма „Унапређење психосоцијалног развоја деце кроз посете патронажних сестара“. Програм је заснован на научним доказима постигнутим у оквиру међународног програма (Грчка, Велика Британија, Финска, Република Србија) а спроводио се у периоду од 2000. до 2005. године уз подршку СЗО и Европске уније;

2) едукација патронажних сестара за препознавање и интервенције са породицама под ризиком за психосоцијални развој детета према моделу програма „Патронажна сестра – пријатељ породице“. Обухват свих трудница и породица са новорођеним и малим дететом посетом едуковане патронажне сестре;

3) континуирана едукација здравствених радника и здравствених 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.

6.7.1.3. 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 циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

1) израда водича за добру праксу за превенцију, рано откривање и ране интервенције са децом са сметњама у психомоторном и психосоцијалном развоју;

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;

3) спровођење скрининг процене психомоторног и психосоцијалног развоја детета, укључујући преглед слуха и вида, као обавезног садржаја педијатријских превентивних прегледа;

4) успостављање и развијање развојних саветовалишта или функционалних тимова за спровођење раних интервенција са децом са сметњама, односно тешкоћама у психомоторном и психосоцијалном развоју у свим домовима здравља.

6.7.1.4. Специфични циљ: Обезбедити свеобухватну и квалитетну здравствену заштиту и психосоцијалну подршку деци са тешкоћама у развоју.

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

Овај циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

1) успостављање система регистровања и праћења деце са тешкоћама у развоју;

2) подршка реформисању Комисије за разврставање деце са сметњама у развоју у Комисију за процену потреба деце са тешкоћама у развоју;

3) јачање међусекторске сарадње у обезбеђивању ванинституционалне подршке деци са тешкоћама у развоју и њиховим породицама (биолошкој, хранитељској или усвојитељској породици) у локалној самоуправи.

6.7.1.5. Специфични циљ: Спречавати злостављање и занемаривање деце и омладине у свим окружењима.

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

Овај циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

- 1) јачање учешћа здравственог система у спровођењу међусекторских програма за одговорно родитељство и ненасилно васпитавање деце;
- 2) оснаживање поливалентних патронажних сестара у препознавању и пружању подршке породицама са ризиком за злостављање односно занемаривање детета;
- 3) јачање саветовалишног рада у примарној здравственој заштити са породицама са ризиком за злостављање и занемаривање детета;
- 4) јачање учешће здравственог система у спровођењу програма за смањивање насиља у школама „Школа без насиља“.

6.7.1.6. Специфични циљ: Обезбедити ефикасне интервенције здравствених радника и здравствених сарадника у заштити деце од свих облика насиља.

Очекивани резултат: смањење стопе специфичног морбидитета везаног за злостављање односно занемаривање детета.

Овај циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

- 1) успостављање у здравственом систему механизма за регистравање и праћење појаве злостављања и занемаривања детета;
- 2) усвајање и примена посебног протокола за поступање здравствених радника у случајевима сумње на злостављање и занемаривање детета;
- 3) едукација здравствених радника и здравствених сарадника на примарном, секундарном и терцијарном нивоу за примену посебног протокола.

6.7.1.7. Специфични циљ: Унапредити и очувати ментално здравље адолесцената.

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

Овај циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

- 1) подршка програмима за јачање мотивисаности и знања адолесцената за усвајање здравих стилова живота, укључујући избегавање ризичног

понашања и пушења, конзумирања алкохола и психоактивних супстанци, небезбедног секса;

2) подршка програмима едукације адолесцената за вештине ненасилне комуникације и прихватања различитости.

6.7.1.8. Специфични циљ: Обезбедити лако доступне и без стигматизације службе за адолесценте 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 циљ може се остварити спровођењем следећих активности:

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 здравствених сарадника за његову примену;

2) успостављање ванинституционалних облика лечења и подршке адолесцентима и младима са проблемима менталног здравља (дневни центри, клубови за младе и сл.)

6.8. Превенција, дијагностика и лечење болести и стања од већег социјално-медицинског значаја код деце и омладине

Законом је предвиђено да се друштвена брига за здравље, под једнаким условима, на територији Републике Србије 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. 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 остваривању циљева полази се од Националних миленијумских циљева развоја до 2015. године и очекује се смањење смртности деце и адолесцената до 19 година.

У Републици 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. Активним надзором у остваривању 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 служби за здравствену заштиту деце, праћење њиховог раста и развоја, савете о исхрани и имунизацију. Праћење имунолошког статуса два до три пута годишње и увођење антиретровирусне терапије у надлежности су 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 Републици Србији је 2007. године због туберкулозе на болничко лечење упућено 19 болесника узраста 0-18 година, чија је укупна дужина хоспитализације износила 519 дана.

Сваке године услед нерационалне примене антибиотске терапије, у Републици Србији се утроше значајна средства, а највише код деце узраста до пет година. Просечан број респираторних инфекција код предшколског детета је од четири до пет годишње, а већину инфекција (80%) узрокују вируси 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 антимикробна терапија није индикована. Осим тога, стална едукација лекара у примарној здравственој заштити неопходна је ради смањења примене антимикробних лекова код кашља, прехладе и сличних стања која не захтевају примену антибиотика.

Тровања лековима, психоактивним супстанцама и хемикалијама представљају значајан социјално-медицински проблем. Настају услед интеракције токсичне супстанце, детета и породичног окружења. Инциденција је највећа у узрасту до друге године. Највећи број тровања у

деце узраста до пет година (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 јавних гласила. Едукацијом здравствених радника и израдом водича за добру 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 јавна гласила (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 одговарајућу 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 Републици Србији 46% деце узраста шест до једанаест месеци и 42,6% деце у другој години живота има анемију. Према класификацији СЗО, Република 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. 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.

6.8.1. Општи циљ: Превенција, дијагностика и лечење болести и стања од већег социјално-медицинског значаја код деце и омладине.

6.8.1.1. 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:

1) активни надзор у остваривању плана имунизације, према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима („Службени гласник РС”, број 11/06).

2) имунизација маргинализованих социјалних група, посебним планираним кампањским активностима.

6.8.1.2. Специфични циљ: Рационална примена антибиотика, која подразумева израду водича за рационалну примену антибиотика, смањење потрошње антибиотика, смањење ризика појаве мултирезистентних бактеријских сојева, смањење броја деце која се непотребно лече антибиотицима.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) израда и примена водича за рационалну примену антибиотика;
- 2) континуирана едукација о рационалној примени антибиотика, које спроводе представници посебне радне групе РСК, која је израдила Водич за рационалну примену антибиотика.

6.8.1.3. 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:

- 1) израда и спровођење холистичких-свеобухватних (мултисекторских) програма за спречавање ненамерног повређивања деце и омладине у домаћинству,

предшколској установи, школи, саобраћају, местима окупљања;

- 2) подизање свести међу адолесцентима и послодавцима о пословима који могу да угрозе здравље адолесцената;

- 3) едуковање лекара да процене ризик на радном месту адолесцента;

- 4) едукација деце, адолесцента и родитеља или 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;

- 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.).

6.8.1.4. Специфични циљ: Превенција и лечење тровања лековима, психоактивним суспстанцама и хемикалијама може се постићи израдом водича за добру клиничку праксу за препознавање тровања и поступке у случају тровања, расподелом информативног материјала и едукацијом родитеља и старатеља.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) израда водича за добру праксу за препознавање тровања и терапијске поступке у случају тровања;
- 2) израда информативног материјала намењеног родитељима и старатељима у вези поступака за смањење ризика од тровања.

6.8.1.5. Специфични циљ: Смањење инциденције оболелих и умрлих од туберкулозе, као и од ХИВ инфекције за половину, до 2015. године, у складу са Националним миленијумским циљевима развоја. Од младих који су сексуално активни очекује се да у минимуму од 80% случајева користе кондом. Очекивани резултати представљају и смањење броја новорођенчади инфицираних ХИВ-ом, континуирано снабдевање гинеколошких и педијатријских клиника антиретровирусним лековима. Смањење инциденције оболелих од туберкулозе постиже се спровођењем стратегије директно опсервиране терапије (ДОТС) и успешним лечењем најмање 95% оболелих.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) спровођење мера за рано откривање ХИВ позитивности код трудница и смањење вертикалне трансмисије ХИВ-а (с мајке на дете), као и континуирано снабдевање завода за јавно здравље тестовима за ХИВ, а породилишта и педијатријских клиника антиретровирусним лековима;
- 2) спровођење мера за смањење броја оболелих од туберкулозе према Стратегији директно опсервиране терапије.

6.8.1.6. Специфични циљ: Спречавање, рано откривање и лечење сидеропенијске анемије.

Очекивани резултати су: израда и примена водича добре праксе за смањење броја оболелих са сидеропенијском анемијом.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) спровођење мера за смањење учесталости сидеропенијеске анемије (дојење до шестог месеца живота, употреба млечних формула и хране обогаћених гвожђем, скрининг за сидеропенијску анемију, адекватан терапијски приступ овој анемији);
- 2) израда и примена водича добре праксе за спречавање, рано откривање и лечење сидеропенијеске анемије;

6.8.1.7. 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 хитне медицинске помоћи и смањење морбидитета и морталитета од стања која непосредно угрожавају живот.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) израда и примена водича добре праксе за препознавање и збрињавање стања која непосредно угрожавају живот;
- 2) континуирана едукација здравствених радника и здравствених сарадника за збрињавање ургентних стања;
- 3) здравствено-васпитни рад у породици и заједници и развијање мултисекторске сарадње на превенцији и на примени мера заштите деце и младих.

6.9. Здравствена заштита деце и омладине са хроничним болестима и инвалидношћу

Група хроничних болести према дефиницији СЗО, обухвата хроничне незаразне болести (у даљем тексту: ХНБ): дијабетес, кардиоваскуларне болести, астму, хроничну опструктивну болест плућа, малигне болести; перзистентне заразне болести (ХИВ/СИДА и ТБЦ); дуготрајне психичке болести, односно поремећаје и физичку онеспособљеност, укључујући и текућа физичка, односно структурна оштећења. Особе с инвалидитетом су особе са урођеном или стеченом физичком, сензорном, интелектуалном или емоционалном онеспособљеношћу, које услед друштвених или других препрека немају или имају смањене могућности да се укључе у активности друштва на 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, 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. Темељи здравља у одраслом добу полажу се веома рано у животу, чак пре рођења и здрав почетак живота је од основног 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 два. Здравии стилови живљења уче се рано и подлежу утицајима породице и средине. Неповољни догађаји у детињству повезани су с повећаним ризиком за пушење цигарета, физичку неактивност, гојазност и алкохолизам.

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 Републици Србији висока.

Подаци о инциденцији и преваленцији најчешћих ХНБ код деце, адолесцената и младих у Републици Србији нису потпуни. На пример, годишње од дијабетеса типа један оболи око 220 особа у узрасту 0-19 година, а од акутне лимфобластне леукемије оболи од 40 до 50 деце овог узраста 0-14 година, док 145 деце и адолесцената узраста до 18 година има хемофилију или сродни поремећај. Регистровано је око 150 деце и адолесцената са цистичном фиброзом и око 200 пацијената са хроничном инсуфицијенцијом бубрега у претерминалном или терминалном стадијуму болести. „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.

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 је око 140-160 хиљада особа.

Приоритетни проблеми јесу:

1) 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;

2) мрежа центара терцијарне здравствене заштите оспособљених за бригу о деци и адолесцентима са хроничним болестима и инвалидношћу (у даљем тексту: ХБИ) није формално установљена, нити су установе примарне и секундарне здравствене заштите у довољној мери оспособљене за адекватну помоћ пацијентима са ХБИ и њиховим породицама;

3) не постоје прецизни подаци о броју деце, адолесцената и младих са свим најучесталијим ХБИ, а за њихово лечење и рехабилитацију постоји само мањи број националних смерница;

4) деца, адолесценти и млади са ХБИ 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 самоуправе 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 у Републици Србији („Службени гласник РС”, број 104/06), Националне стратегије за младе („Службени гласник РС”, број 55/08), Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести („Службени гласник РС”, број 22/09), и Стратегије унапређења положаја особа с инвалидитетом („Службени гласник РС”, број 1/07).

6.9.1. Општи циљ: Спроводити мере превенције ХНБ, обезбедити рано откривање хроничних болести, примена свеобухватног лечења и рехабилитације деце, адолесцената и младих са ХБИ и са сметњама у развоју; међусекторском сарадњом обезбедити 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.

6.9.1.1. Специфични циљ: Обезбедити превенцију и рано откривање хроничних болести.

Рано откривање болести, правовремено лечење и рехабилитација, смањило би инциденцију ХБ, компликација и конгениталних малформација; побољшало квалитет живота деце и адолесцената са ХБ и конгениталним анормалијама. Очекује се да најмање 50% деце и адолесцената усвоји здраве стилове живљења.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

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 шестог месеца живота);

2) израда и примена програма промоције здравља деце и адолесцената (израда националних препорука за правилну исхрану и физичку активност, едукација здравствених радника и здравствених сарадника и особља у предшколским и школским установама за спровођење програма, здравствено васпитни рад образовним установама, саветовалишни рад и промоција у јавним гласилима);

3) превенција и рано откривање конгениталних и херeditарних болести и конгениталних анормалија (скрининг код новорођенчади, одојчади и мале деце за фенилкетонурију и хипотиреозу, урођено ишчашење кука, поремећаје вида, слуха, говора и гласа и деформитете коштаном-мишићног система; превентивни прегледи, циљани скрининг прегледи, кампање).

6.9.1.2. Специфични циљ: Обезбедити свеобухватно лечење ХБИ код деце, адолесцената и младих.

Неопходно је нормативно установљење мреже центара терцијарне здравствене заштите оспособљених за бригу о деци, адолесцентима и

младима са ХБИ; повећање обима збрињавања у установама примарне и секундарне здравствене заштите; израда смерница за лечење најмасовнијих ХБИ; 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 предвиђене су следеће активности:

- 1) обезбедити мрежу центара терцијарне здравствене заштите оспособљених за бригу о деци и адолесцентима са ХБИ;
- 2) обезбедити основна знања и вештине за адекватно лечење и помоћ породицама и пацијентима са ХБИ у установама примарне и секундарне здравствене заштите (едукација здравствених радника и здравствених сарадника за помоћ породицама и пацијентима);
- 3) прилагодити и применити међународне смернице за лечење ХБИ;
- 4) одржавање постојећих и унапређење популационих регистара деце и адолесцената са ХБ/И према морбидитету.

6.9.1.3. Специфични циљ: Обезбедити активно учешће деце, адолесцената и младих са ХБИ у активностима локалне самоуправе и међусекторску сарадњу здравствених, социјалних, образовних установа и других служби за смештај и збрињавање деце, адолесцената и младих са ХБИ.

Очекивани резултати су повећано учешће ових популационих групација у активностима локалне самоуправе, повећање корисника услуга социјалних, образовних и других установа и служби.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) подршка укључивању деце и адолесцента са ХБИ у активности заједнице;
- 2) усмеравање психосоцијалне и финансијске подршке породицама деце и адолесцената са ХБИ (обезбедити снабдевање лековима и помагалима за лечење и рехабилитацију, олакшати приступ здравственим службама и лековима, психосоцијална подршка);
- 3) обезбедити међусекторску сарадњу здравствених, социјалних, образовних установа и других служби за смештај и збрињавање деце и адолесцената са ХБИ (сарадња са образовним установама у циљу обезбеђивања услова за редовно школовање деце и адолесцената са ХБИ, сарадња са установама социјалне заштите у циљу остваривања права из социјалне заштите деци и адолесцентима са ХБИ, мотивисање послодаваца да запошљавају особе са ХБИ).

6.9.1.4. Специфични циљ: Обезбедити ефективну рехабилитацију деце, адолесцената и младих са физичким инвалидитетом.

Очекивани резултати јесу: остварење права деце, адолесцената и младих са инвалидитетом на савремена 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 радника; базе података о овим популационим групацијама.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) обезбедити да деца, адолесценти и млади са инвалидитетом и хроничним болестима остваре права на савремена медицинско-техничка помагала у складу са њиховим потребама;
- 2) унапредити капацитете за рехабилитацију деце и адолесцената са инвалидитетом са потпуним приступом за родитеље;
- 3) организовати континуирану едукацију здравствених радника;
- 4) прилагођавање и примена међународних протокола за лечење и рехабилитацију деце, адолесцената и младих са физичким инвалидитетом;
- 5) образовање популационих регистара деце и адолесцената са инвалидношћу.

6.9.1.5. Специфични циљ: Обезбедити учешће родитеља, младих и локалне самоуправе у пружању помоћи и подршке деци и адолесцентима са инвалидитетом.

Очекивани резултати: побољшање квалитета живота деце и адолесцената са 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 инвалидитетом у активности локалне самоуправе; оспособљавање родитеља, деце и адолесцената с инвалидитетом за учешће у рехабилитацији, школовању и интеграцију у друштво.

За постизање овог циља предвиђене су следеће активности:

- 1) сарадња са школама у циљу обезбеђивања услова за редовно школовање деце, адолесцената и младих са инвалидитетом;
- 2) обука запослених у образовању и осталим установама ради укључивање деце, адолесцената и младих са инвалидитетом у радне активности;
- 3) подршка укључивању деце, адолесцената и младих са инвалидитетом у активности заједнице;
- 4) развити и применити програме едукације родитеља и њихово укључивање у програме рехабилитације.

6.9.1.6. Специфични циљ: Обезбедити рано откривање, дијагнозу и лечење деце са умереним и тежим развојним и придруженим поремећајима. Неопходна је едукација неонатолога у породилиштима и педијатара у

домовима здравља за рано откривање церебралног ризика према акредитованим програмима едукације; евиденција деце са ризиком у акушерским установама и одељењима, као и институтима, заводима 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 предвиђене су следеће активности:

1) обезбеђивање раног откривања, дијагностиковања и лечења деце са умереним и тежим психомоторним и придруженим поремећајима (развијање и реализација програма едукације за рано откривање ризика, обавеза попуњавања ризико-картона и евидентирање и праћење деце са факторима ризика, формирање потпуног тима у педијатријским службама);

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

6.9.1.7. 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 предвиђена је едукација запослених у образовању и осталим установама за укључивање особа са развојним и придруженим поремећајима у процес образовања и оспособљавања за привређивање.

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Полазећи од чињенице 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 подељени су на краткорочне и дугорочне.

Очекивани краткорочни резултати јесу:

1) прилагођавање постојеће доктрине здравствене заштите жена у вези са материнством, деце и омладине актуелним демографским, епидемиолошким и друштвеним карактеристикама, као и савременим научним и технолошким достигнућима медицинских и других наука у овој области;

2) усмеравање од доминантно клиничког ка јавно-здравственом, односно промотивно-превентивном приступу у примарној здравственој заштити уз јачање тимског рада здравствених радника и здравствених сарадника, појединаца, породице, локалне самоуправе, удружења, јавних гласила;

- 3) усклађивање обима коришћења здравствене заштите са могућностима али и специфичним и актуелним потребама ове 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 Програма усмерени су на:

- 1) смањивање неједнакости у доступности и коришћењу здравствене заштите између: села и града, управних округа, између полова, у односу на припаднике ромске националности, особа са инвалидитетом и маргинализованих група;
- 2) остваривање пуног здравственог и развојног потенцијала за децу и омладину, као и активно учешће у промоцији и очувању сопственог здравља.
- 3) унапређење система здравствене заштите за боље здравље угрожених и рањивих групација становништва (деце, омладине и жена у вези са материнством);
- 4) изградњу неопходних капацитета за побољшање и заштиту здравља 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.

8. УПРАВЉАЊЕ И КООРДИНАЦИЈА АКТИВНОСТИМА

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

Институти и заводи за јавно здравље одређују свог представника који прати спровођење Програма за одређени управни округ, учествује у изради плана активности домова здравља, обавља стручне консултације за потребе спровођења Програма са домом здравља, породилиштима и болничким одељењима на којима се лече деца и жене. Институти и заводи за јавно здравље, припремају извештај о спровођењу Програма за одређени управни округ.

Дом здравља покреће, организује и спроводи Програм у јединицама локалне самоуправе на територији за коју је основан. Дом здравља образује тим за спровођење Програма кога чине руководилац тима и начелници службе за здравствену заштиту предшколске и школске деце, службе за здравствену заштиту жена, патронажна сестра и начелник службе за стоматолошку здравствену заштиту. Овај тим је задужен за достављање извештаја институту, односно заводу за јавно здравље.

Породилиште, болничко одељење на коме се лече деца, као и гинеколошко-акушерска и педијатријска установа такође образују тим за спровођење Програма кога чине, у зависности од установе гинеколог-акушер, неонатолог, односно педијатар, дечји хирург и главна медицинска сестра одељења.

Руководиоци тимова непосредно сарађују са одабраним представником института, односно завода за јавно здравље.

За спровођење активности предвиђених програмском целином „Млади после пунолетства“ надлежне су здравствене установе примарног нивоа здравствене заштите, домови здравља и заводи за здравствену заштиту студената. Едуковани тимови лекара и медицинских сестара у домовима здравља спроводе предвиђене активности у сарадањи са саветовалиштима за младе, односно центрима за превентивне услуге за младе од 19-26 година, а који не припадају студентској популацији, као и за студенте у општинама и градовима где не постоје заводи за здравствену заштиту студената. Едуковани тимови лекара, медицинских сестара и техничара и здравствених сарадника у заводима за студентску популацију спроводе активности предвиђене овом програмском целином.

9. ПРАЋЕЊЕ И ПРОЦЕНА СПРОВОЂЕЊА 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 јединица локалне самоуправе и управног округа, односно филијала Републичког завода за здравствено осигурање, врше надлежни институти, односно заводи за јавно здравље. Њихове активности усмерава и координира Институт за јавно здравље Србије.

За разматрање анализа, односно извештаја о спровођењу овог програма, за стручно-методолошко упутство, као и за друга питања одговорна је РСК.

Извештаје о спровођењу Програма, континуирано, на шест месеци припремају и достављају Институту за јавно здравље Србије носиоци програмских целина: дом здравља за ниво јединице локалне самоуправе; породилишта, болничка одељења на којима се лече деца, или гинеколошко-акушерске, односно педијатријске установе – у оквирима своје делатности; заводи за здравствену заштиту студената и институти, односно заводи за јавно здравље за одређени управни округ. На основу достављених

извештаја, Институт за јавно здравље Србије сачињава збирни извештај који доставља Министарству здравља.

10. ФИНАНСИРАЊЕ

Средства потребна за спровођење овог програма обезбедиће се из буџета Републике Србије. Средства намењена за спровођење Програма одређиваће се сваке године у зависности од динамике коришћења средстава и планираних активности за текућу годину.