

# 6

---

## СЕМЕЈНО ЗДРАВЈЕ

---

### ВОВЕД

Структурата на семејството е основа за физичко и емотивно здравје на поединецот и заедницата. Брачниот и семејниот статус и интеракциите меѓу членовите на семејството влијаат на здравјето на секој поединец и на добросостојбата на заедницата и нацијата. Ова е во контекст на културолошките, економските и општествените услови кои се единствени за секое општество и кои заедно со семејството играат важна улога во здравствената состојба. Сепак, секој поединец е единствена личност која минува низ различни фази во животот, менувајќи ги здравствените потреби и поддршка не само во рамките на семејството, туку и во околината и општеството пошироко.

Здравјето на семејството е поврзано со специфични периоди, на пример бременост, период на доење, детство, адолесценција, возрасно доба и зрело доба, како и со односи меѓу членовите на семејството. Секоја возраст има свои специфични здравствени проблеми, за кои превенцијата и другите здравствени услуги играат голема улога. Ова поглавје се занимава со здравствените потреби на членовите на семејството во различни доба од животот. Ниту една популациска група не може да се изолира од другите. Лошиот исход од породувањето влијае на мајката, детето, семејството и заедницата. Семејството на хронично болно или повредено лице или жртва на професионална или случајна незгода, страда економски, емотивно и општествено. Јавното здравство и клиничката медицина треба да ги земаат предвид специјалните потреби на семејството, преку обезбедување соодветно унапредување на здравјето, превенција на болести, медицинска заштита и програми за поддршка за секој член на семејството и за семејството како целина.

Новото јавно здравство вклучува традиционални елементи на јавното здравство, како на пример здравјето на мајката и детето, но во поширок контекст на потреби на целото семејство. Во САД, една тинејџерска бременост повлекува бројни семејни и општествени проблеми. Во општествата каде правата на жените се редуцирани или потиснати, здравјето на жените и децата е на незавидно ниво. Во такви случаи, улогата

на јавното здравство е да се бори за општествени промени и да обезбеди директен одговор на здравствените потреби кои се создале како резултат на специфични општествени услови, било да се работи за високи стапки на морбидитет кај жени и деца како недостаток на примарна здравствена заштита, или да се работи за непостоење здравствено осигурување за децата.

## СЕМЕЈСТВО

Семејството е основна општествена единица во речиси сите човекови општества и претставува основа за репродукција и одгледување на децата. Игра важна улога за стабилноста на основните физиолошки и психолошки потреби и е економска основа за членовите на оваа единица. Семејството претставува клучна средина за емотивните потреби, социјализацијата, меѓусебното помагање, како и за воспитувањето и грижата која им е потребна и на возрасните и на децата.

Семејството најчесто е група на две или повеќе лица поврзани меѓусебе со брак, спогодба, раѓање или посвојување; кои живеат заедно во исто домаќинство; кои може да се состојат од една, две или повеќе генерации. Семејството вклучува лица кои имаат интерес за сексуален однос, репродукција и воспитување на деца низ фазите низ кои тие поминуваат пред да постигнат независност. Исто така, вклучува и грижа за постарите родители и роднини, како и одржување врски со блиските роднини и деца, кои исто така се наоѓаат во период на одгледување и воспитување на сопствените деца.

Под потесно семејство најчесто се подразбира заедница на маж и жена во брак или живот со меѓусебна спогодба, со или без деца. Сè почесто, поимот семејство подразбира живеење на разведена мајка или татко, кои живеат сами со деца, или со друго лице со кое се или не се во брачна врска. Дефиницијата е проширена со семејства на лица од ист пол, без или со деца од претходни хетеросексуални врски, од вештачко оплодување или посвојување.

Поширокото семејство е повеќегенерациско и се состои од потесно семејство и роднини од двете страни, кои може, но не мора да живеат во географска близина. Поширокото семејство дава можност за поголема меѓусебна помош и поддршка. Сè уште постои во западните општества, но понекогаш во видоизменета форма. Сè почести се повеќегенерациски семејства на самохрани или разведени жени или вдовици со деца, како резултат на високите стапки на разводи, самохрано родителство и продолжен животен век, особено кај жените. Домаќинствата каде е застапен само едниот пол, имаат еднострано образование на децата.

Во земјите во развој, семејствата најчесто се состојат од поголем број деца на слабо образовани родители кои живеат во сиромаштија. Таткото, а поретко и мајката, може да бидат долго време отсутни поради

работа на далечно место. Ова може да предизвика големи штети по здравјето на сите членови на семејството. Во општествата каде постои голема смртност од граѓански војни, глад или заразни заболувања, како СИДА-та, воспитувањето на децата од страна на еден родител, соседи или постари браќа и сестри е честа појава. Во такви ситуации, напуштени деца се исто така неретка појава.

Разводите и самохраното родителство се поврзуваат со релативна сиромаштија и претставуваат дополнителен стрес за членовите на семејството. Отсуството на едниот родител, најчесто таткото, е исто така стресно за семејството. Лошото родителство, особено психолошко и сексуално малтретирање и друго насилничко однесување, остава тешки последици врз децата во најчувствителните години, што доведува до психолошки оштетувања.

Во САД, сè помал е бројот на деца кои живеат во семејство со двајца родители. Во 1986 година, 86% од домаќинствата на белото население се изјасниле како двородителски, за овој број да се намали на 81% во 1997 година. Кај Афро-Американците, во 1980 година, 56% од семејствата се двородителски и овој процент се намалува на 46% во 1997 година; од друга страна, женските домаќинства кај црнечкото население се зголемиле од 40% на 47%. Кај семејствата со деца под 18-годишна возраст, во 1997 година, еднородителски се 64% од црнечките семејства, во споредба со 26% кај белците и 36% кај хиспанското население. Ова укажува на фактот дека голем процент од црнечките семејства и деца се изложени на голем ризик од сиромаштија, несигурност и недоволно здравствено осигурување. Ова резултира во недоволен пристап до семејни лекари и редовна грижа на околу 25% од американските деца на возраст до 6 години, со недоволна имунизација и пречесто користење ургентни болнички служби. Во Канада, еднородителските семејства сочинуваат 13% од сите семејства, но сите имаат универзална здравствена заштита. Во Велика Британија, нешто повеќе од една четвртина од децата се вонбрачни, вклучувајќи ги и децата кои се родиле во невенчани семејства, но сите се вклучени во Националниот здравствен сервис, така што општеството се грижи децата да добијат соодветна здравствена заштита и покрај нивните семејни околности.

Промената на структурата на семејството влијае на здравјето и на возрастите и на децата. Продолжениот животен век кај жените заедно со високата стапка на разводи доведува до зголемување на бројот жени кои се со добро здравје и живеат сами. Капацитетот на жените да се приспособат на оваа состојба е поткрепен со силните општествени системи за поддршка во индустријализираните земји, каде универзалното здравствено осигурување, националната пензија, семејната пензија и законската заштита на економските права при развод, произведоа релативно добро заштитена возрасна популација.

Старечките болести се јавуваат кај мажите десет години порано одошто кај жените. Малигните заболувања се втора водечка причина за

смрт. Епидемиолошката и демографската транзиција влијаат на семејството на многу начини. Со стареењето на населението, грижата за постарите станува растечки фактор на семејниот живот, не само од аспект на обезбедување здравствена заштита, туку и од аспект на здравствената економика, како за семејството така и за општеството. Онаму каде здравственото осигурување не нуди комплетно покривање на услугите за постарите лица, голем финансиски товар паѓа на грбот на веќе средовечните деца на овие родители. Со стареењето на популацијата, вообичаено е средовечни или постари лица да се грижат за своите многу стари родители. Онаму каде општеството не ги сноси трошоците, превенцијата и контролата на хроничните заболувања стануваат есенцијални за спречување на финансиски колапс на здравствениот систем.

## ЗДРАВЈЕ НА МАЈКИТЕ

Здравјето на жените е важно од аспект на сите нивни улоги: како личност, работник, сопруга, мајка и ќерка. Од жената се бара доживотно ангажирање и обврска за едукација, самозаштита, водење на семејството во однос на здравствени прашања, како исхрана, хигиена, образование, физичка активност, безбедност, репродукција, грижа за детето и грижа за постарите. Промените во социјалната улога на жената ги зголемува здравствените потреби и ризици.

### Репродукција

Раѓањето и грижата за доенчиња и деца се дел од традиционалното јавно здравство, поради особената чувствителност и големите загуби на животи низ историјата. Подобрената исхрана и животни услови, како и соодветна грижа во бременост и при породување придонесуваат за намален морталитет во мајчинство во развиените земји. Во најнеразвиените земји, морталитетот во мајчинство е сè уште висок, околу 1800 на 100.000 новородени, додека во индустријализираните земји оваа бројка е некаде околу 15 на 100.000 новородени. Разликите треба да се бараат во социоекономските услови и општото здравје на жената, вклучувајќи и образование, возраст на забременување, број претходни бремености, период меѓу две бремености, како и општата грижа што ја добиваат од здравствениот систем.

Соодветната исхрана, контролата на заразни заболувања и едукацијата се гаранција дека жените ќе влезат во својата репродуктивна возраст, физички и психички спремни за раѓање и воспитување деца. Писменоста кај жените влијае на стапката на преживување на новороденчињата. Писмената мајка може да консултира пишана литература наместо да се потпира единствено на традицијата во заедницата и воедно полесно се снаоѓа со сложеноста на здравствениот систем. Степенот на

образование е правопрпорционален со шансите за вработување, а оттука и со семејниот приход.

Здравствените прашања од сферата на репродукцијата се однесуваат на планирање и подготовка за бременост, како и професионална грижа за време на бременоста и по породувањето. Јавното здравство се обидува да одговори на овие прашања преку методите на здравствена едукација и превентивни мерки. Престанокот со пушење, алкохол, дрога и друго ризично однесување, барем во текот на бременоста, е важен чекор во заштитата на фетусот од штетни влијанија.

На репродукцијата влијаат општествени, културни, верски и други фактори, како и постоечките техники на контрацепција. Поради достапност на ефикасни и безбедни контрацептивни средства, подобро образование и можности за вработување, репродукциските трендови се изменија во индустријализираните земји. Етничките разлики се исто така важни во рамките на една земја. Во САД, стапката на раѓање кај афро-американските жени опаѓа од 21,9 на 1000 во 1991 година, на 17,8 во 1996 година, а кај белите жени од 15,4 на 14,1 на 1000 за истите години.

Репродуктивноста во многу развиени земји значително се намалува по максимумот постигнат за време на “беби бум”-от во годините по Втората светска војна. Ваквата состојба создава загриженост дека постоечкиот наталитет е понизок од потребниот дури и само за одржување на сегашната бројност на населението. Земјите во развој го имаат спротивниот проблем; големиот наталитет и опаѓачкиот морбидитет претставуваат голем економски, општествен и здравствен товар врз заедницата, додека културните и верските обичаи имаат мал придонес во планирањето на семејството.

На глобално ниво, и покрај опаѓачкиот наталитет, светското население се зголеми од една милијарда во 1804 година, на две милијарди во 1927 година, 3 милијарди во 1960 и 6 милијарди во 1999 година. Се предвидува дека ќе се зголеми на 7 милијарди до 2013, односно 8 милијарди во 2028 година (Демографски оддел на ОН, 1999).

Планирањето на семејството и временското одвојување на бременостите се од витално значење во земјите во развој, каде честите бремености придонесуваат за зголемен морталитет на мајки и новородени. Меѓу традиционалните средства за контрола на забременувањето во овие земји е продолженото доење, кое е сè помалку застапено со воведувањето на комерцијалната храна за бебиња. Подобрувањето на социоекономските услови, образованието на жените, преживувањето на доенчиња и деца, како и зајакувањето на услугите за планирање на семејството се очекува да обезбедат критична маса за зголемена употреба на контрацептивни средства и намален наталитет во земјите во развој.

### **Јавното здравство и репродукцијата**

Обезбедувањето контрацептивни средства, заедно со грижата во бременост, при породување и потоа, припаѓаат меѓу најважните улоги

на секоја здравствена служба. Високиот морталитет во мајчинство во индустријализираните земји во минатото е сè уште реалност во земјите во развој. Традиционално високиот наталитет, самопородување, небезбедно породување со бабици и деформирање на женските генитални органи, доведува до лоша здравствена состојба на жените (во земјите во развој).

Добрата пренатална грижа и безбедното породување, заедно со соодветна исхрана и добра здравствена состојба кај жената, во 20-от век драматично ги намалуваат морбидитетот и морталитетот во мајчинство, но и натаму меѓу индустријализираните и најнеразвиените земји постои голем здравствен јаз. Во поголемиот дел од светот, наталитетот опаѓа со порастот на образовното ниво на поединецот и со смената на идејата за повеќе деца од економски побуди (особено во руралните подрачја), со идејата за помалку деца, односно со урбанизацијата и потрагата по подобри здравствени стандарди и животни услови (табела 6.1).

ТАБЕЛА 6.1 Вкупни репродуктивни стапки според светски демографски региони,<sup>a</sup> одбрани години, 1960-1997

регион/група	1960	1970	1980	1990	1997
Суб-Сахарска Африка	6,6	нп	6,7	6,3	5,9
Индија	5,9	5,6	4,9	3,7	3,1
Кина	5,7	5,3	2,8	2,2	1,8
Јужна Азија	6,1	нп	5,2	4,0	3,4
Латинска Америка и Кариби	6,0	5,1	4,2	3,2	2,7
Среден Исток и Северна Африка	7,1	6,2	5,9	5,1	4,4
ЦИС/ЦЕЕ и балтичките земји	3,0	2,2	2,2	2,3	1,8
индустријализирани земји	2,8	2,5	1,9	1,7	1,7
свет	5,0	нп	нп	3,2	2,8

Извор: World Development Report, 1993; UNICEF, 1999.

<sup>a</sup>вкупни репродуктивни стапки (види поглавје 3 и глосар). ЦИС/ЦЕЕ се однесува на поранешниот Советски Сојуз и земјите на Источна Европа.

нп - нема податоци

Со широко прифаќање на контрацептивните средства, пообразованите жени имаат моќ да ја контролираат својата репродуктивност. Се забележува охрабрувачко опаѓање на наталитетот во сите делови на светот, вклучувајќи ја и суб-Сахарска Африка, каде до средината на 80-тите години од 20-от век наталитетот беше многу висок. Јавното здравство се залага за временско одвојување на бременостите со што се подобрува здравствениот исход и за мајката и за новороденото, што пак има пошироки импликации врз здравјето на семејството.

Во многу општества, неплодноста е проблем поврзан со сериозни лични стресни состојби и социјална стигма. Сексуално-преносливите болести (СПБ) се главна причина за неплодност, поради што превенцијата

и лекувањето на СПБ се важни аспекти на справувањето со неплодноста. Лекувањето на неплодноста е скапо, не само во финансиска, туку и во емотивна смисла. Современите техники за лекување на неплодност, како што се стимулација на овулација, ин витро фертилизација и сурогат родителство, покренаа многу етички и финансиски прашања. Покрај овие и други проблеми со раѓањето повеќе деца и високи стапки на новородени со ниска телесна тежина кои имаат перинатални проблеми во развојот, лекувањето на неплодноста е секако дел од современите здравствени системи.

### Планирање на семејството

Планирањето на семејството ѝ овозможува на жената да го одреди времето на почеток, временскиот период и зачестеноста на забременувањето или посвојувањето деца. Ова подразбира употреба на методи за спречување или прекинување на бременост со одржување нормален сексуален живот. Технологијата за временско одделување на бременостите направи голем чекор напред, поради што контрацептивните средства се широко распространети по пристапна цена, и во индустријализираните и во земјите во развој (табела 6.2). Контролата на раѓање е јавно-здравствено прашање и обврска. Недоволното познавање или достапноста на контрацептивните средства резултира во висок наталитет или голем број абортуси, што ја комплицира состојбата со понатамошните бремености. Високиот наталитет или бременостите во подоцнежни години, се опасни по здравјето на мајката и новороденото, а воедно наметнуваат и голем товар врз семејството.

ТАБЕЛА 6.2 Процент мажени жени кои користат некоја форма на контрацептивни средства, по светски региони, 1960-1965 до 1990-1998

регион	1960-1965	1990-1998
Суб-Сахарска Африка	5	16
Среден Исток и Северна Африка	2	50
Јужна Азија	15	39
Латинска Америка и Кариби	11	65
Источна Азија и Пацифик	17	75

Извор: UNICEF, State of the World's Children, 1994, 1999.

Современата контрола на раѓање подразбира фармаколошки или хемиски контрацептивни средства (хормонски таблети, импланти или инјекции, спермициди) и физички средства (машки и женски кондоми и интраутерини направи). Традиционалните методи на превенција, како доење, следење на циклусот и прекинат коитус се помалку ефикасни од постоечките таблети, кондоми и интраутерини направи.

Одвојувањето на бременостите со современи средства за контрола на раѓањето е фундаментално право на жената. Во многу делови на

светот, контролата на раѓањето останува верско и политичко прашање како и нееднаквата моќ меѓу половите. Римо-католичката црква е децидно против контролата на раѓањето, како и многу други политички режими, од различни причини. Сепак, во многу католички земји наталитетот е во опаѓање и е под нивото на проста репродукција. Употребата на средства за контрола на раѓањето нагло се зголемува во последните неколку децении во Латинска Америка и источна Азија. Планирањето на семејството не беше ниту достапно ниту добро објаснето во поранешниот Советски Сојуз. Во овие републики недостасува сознание и доволни количества современи контрацептивни средства, па наместо тоа, раѓањето се регулира со чести прекинувања на бременоста.

И покрај расположивоста на контрацептивни средства, тинејџерската бременост учествува со голем процент од вкупните новородени во САД. Ова претставува сериозен јавно-здравствен проблем, кој е позастапен кај групите со низок социоекономски статус; најчест пример е самохрана мајка која живее од социјална помош. Тинејџерските вонбрачни бремености се комплексен социјален, образовен и работнички проблем кој не е лесно решлив. Ова е сè поголем проблем и во другите индустријализирани земји. Во земјите во развој, бракот на тинејџери и деца предизвикува сериозни проблеми на здравјето кај емотивно незрели мајки кои се фатиле во стапицата на животот, без можност за образование или вработување.

### **Морталитет и морбидитет во мајчинство**

Според СЗО, морталитетот во мајчинство се дефинира како смрт на жена во тек на бременост или 42 дена по завршување на бременоста, од која било причина поврзана со или отежната од бременоста или нејзиното водење, но не и од несрекен случај или незгода. Постојат две групи смрт во мајчинство:

1. директна - акушерска смрт, како резултат на акушерски компликации во тек на бременост;
2. индиректна - акушерска смрт како резултат на претходно заболување или состојба која не е од директна акушерска причина.

Во минатото, раѓањето претставува активност опасна по живот. Во 1664 година, болницата Хотел Дју во Париз известува за 33% смртност меѓу хоспитализираните родилки. Во Англија, меѓу 1660 и 1680 година, една на секои 44 жени умира при породување. Во Виена во 50-тите години од 19-от век, Семелвајс регистрира смртност на 2% од жените во тек или по завршување на бременоста и 10% смртност кај болнички породени жени, поради недоволна внимателност на медицинскиот персонал и појава на породилна треска. Од неговото дело произлегува контролата на стрептококна септикемија, која е главна причина за смртност во мајчинство (Поглавје 1).



Во САД, морталитетот во мајчинство се намалува од 670 на 100.000 живородени деца во 1930 година (вредности слични на најнеразвиените земји во 80-тите и 90-тите години од 20-от век), на 80 во 1950, односно 6 во 1996 година. Сепак, смртноста во мајчинство кај црното население останува три пати поголема одошто кај белото население. Драстичното намалување на морталитетот во мајчинство е тренд во речиси сите индустријализирани земји и се должи на бројни фактори, како што се подобрени животни услови и исхрана, подобрена здравствена заштита и напредок во акушерската техника и практика. Породувањето во посебни оддели за мајки придонесува за поголема заштита во мајчинство. Во овој период, репродукцијата се намалува со широкото распространување на контрацептивните средства со кои се овозможи планирање на бременоста, а со тоа и намалување на морбидитетот и морталитетот во мајчинство. Ниските стапки на смртност кај родилките се должат и на зголемената достапност и квалитет на медицинската грижа, бидејќи сè поголем број Американци се осигурани или имаат можност за приватно плаќање.

ТАБЕЛА 6.3 Морталитет во мајчинство,<sup>a</sup> според расна припадност, одбрани години, САД, 1930-1996

група	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990 <sup>b</sup>	1996
белци	нп	нп	53,1	22,4	14,4	6,7	5,1	4,1
црнци	нп	нп	нп	92,0	65,5	24,9	21,7	19,9
вкупно	670	380	73,7	32,1	21,5	9,4	7,6	6,4

Извор: *Health, United States*, 1991, 1998.

<sup>a</sup>изразено на 100.000 живородени. нп - нема податоци

<sup>b</sup>здравствена цел за 1990 година е не повеќе од 5 на 100.000 живородени, вкупно и за сите етнички групи

И покрај општото подобрување, јазот меѓу црното и белото население во САД во однос на морталитетот во мајчинство останува голем. Релативниот ризик за смрт во мајчинство меѓу црниците и белците, од 1960 година е 4 наспроти 1, и покрај намалувањето на морталитетот за 75% и кај едните и кај другите. Јазот е резултат на возраста и подготвеноста за бременост, како и на несоодветната грижа, што и натаму останува сериозен јавно-здравствен проблем, особено за сиромашните бремени црнечки тинејџерки.

Се проценува дека во 1997 година на светско ниво, 585.000 жени умираат од компликации на бременост и породување, од кои 99% во земјите во развој. Меѓу 1990 и 1997 година, морталитетот во мајчинство се движи од 1000 на 100.000 (пр. 1% од сите новородени) во најнеразвиените земји, 100-500 во средно развиените земји, 50 во земјите на поранешниот Советски Сојуз, помалку од 10 во индустријализираните земји, а некаде дури и 5 на 100.000 (пр. Израел, Шведска и Швајцарија).

Светската банка проценува дека проширувањето на антенаталната, наталната и постнаталната грижа на 80% од светското население, ќе ги

намали негативните ефекти од небезбедна бременост за 40%. Ова значи дека соодветната програма треба да вклучува информирање, едукација, комуникација, транспорт, локални акушерски служби и регионални болници. Високите стапки на морталитет во мајчинство се резултат на високиот наталитет и нестручното породување од страна на необучени лица (табела 6.4).

ТАБЕЛА 6.4 Индикатори на здравјето на жените, според ниво на развој

ниво на развој на државата	наталитет		% од породув. персонал (1990-1997)	морталитет во мајчинство (1990)
	1970	1997		
најнеразвиени	48	39	28	1100
земји во развој	38	25	55	470
ЦИС/ЦЕЕ <sup>a</sup>	20	14	93	85
индустријализирани	17	12	99	13

Извор: UNICEF, State of the World's Children, 1999.

<sup>a</sup>ЦИС/ЦЕЕ се однесува на поранешниот Советски Сојуз и на земјите од Источна Европа.

Студиите за морталитет во мајчинство се вообичаен метод за истражување на смртноста кај мајки со цел да се обезбедат подобри услови. Со нив се идентификуваат факторите коишто придонесуваат за смрт во овој чувствителен период и се значајни лекции за лекарскиот, акушерскиот и локалниот здравствен персонал. Тие се неопходни за акредитација на болниците во Канада и САД (види Поглавја 13 и 16).

## Грижа во бременост

Целите на пренаталната, наталната, неонаталната и грижата за доенчето имаат за цел да им обезбедат на мајката и новороденото оптимални услови и надзор за што подобар исход од бременоста, за зачувување на здравјето на мајката и подобрување на шансите за преживување и оптимален развој на новороденчето. Бидејќи во бременоста постојат потенцијални проблеми за мајката и фетусот, неопходни се професионалната пренатална грижа и еднакво важната самогрижа на мајката. Подготовките за бременост и пренаталната грижа треба да се навремени и целосни, и за мајката и за детето.

Јавно-здравствените програми имаат обврска да обезбедат пренатална грижа за целото население, преку директна заштита или акушерски услуги на контролирана грижа или приватни установи. Бременоста најчесто е планиран настан, така што подготовката за бременост е возможна. Подготовките за бременост подразбираат општ здравствен преглед, согледување на евентуалните генетски проблеми, тестирање на СПБ и ХИВ, проверка и советување за исхраната, дополнување на исхраната со фолна киселина и железо, престанок со навиките на пушење, алкохол и дрога и други совети. Родителите треба да добијат соодветни брошури и материја-

ли за бременост и родителство. Добрата пренатална грижа опфаќа основна грижа и специјална грижа за високоризичните групи.

Пренаталната грижа во заедницата претставува навремено откривање, процена на ризичноста и постојана грижа во текот на бременоста. Раното откривање на бременоста ѝ овозможува на жената да започне со пренаталната грижа што е можно порано, и тоа уште во првото тримесечие. Навременото започнување на пренаталната грижа овозможува процена на здравјето на мајката и советување за правилна исхрана и самогрижа. Исто така, овозможува воспоставување однос меѓу мајката и здравствениот работник. И двајцата родители треба да бидат вклучени во пренаталните подготовки, односно специјални часови и вежби. Навременото откривање на потенцијални компликации и генетски нарушувања е предност во нивното отстранување или согледување.

Пренаталната грижа треба да биде поставена на трите принципи предложени во доцните 80-ти, од страна на Американскиот колеџ за гинекологија и акушерство и Делфи груп панел, при американскиот Оддел за здравство и хумани услуги, односно:

1. навремена и постојана процена на ризикот;
2. унапредување на здравјето;
3. медицински и психијатриски интервенции во случај на потреба.

Американскиот колеџ исто така препорачува консултации во тек на бременоста, за бременоста и грижата за новороденчето. Според Колеџот, нормалната бременост треба да опфати 13-15 посети на лекар, специјални часови за физичко здравје и подготовка за породување, доење и грижа за новороденчето. Рутинската проверка на мајката се состои од следење на нутриционалниот статус, телесната тежина, крвниот притисок и потенцијалните компликации. Честотата и содржината на прегледите кај нормална бременост се карактеристични за секоја држава, па дури во некои земји се сметаат за “претерани”. Сепак, добрата грижа не треба да се зема “здрово за готово”. Постигнатите ниски вредности на морталитет и морбидитет во мајчинство, како и намалувањето на стапките на новородени со ниска телесна тежина, зборуваат дека добрата грижа е важен фактор и треба да се поттикнува кај бремените жени.

Во некои земји, на пример Израел и Франција, пренаталната грижа е одвоена од редовната примарна заштита и се извршува во здравствени центри за мајки и деца или клиники за жени. Во други, пак, како Холандија и Велика Британија, семејните лекари се одговорни за пренатална грижа и акушерски услуги. Во трети, како САД и Канада, пренаталната грижа е обврска и на лекарите по општа медицина и на специјалистите-акушери. Во Израел, јавно-здравствените медицински сестри се одговорни за пренатална грижа, а воедно се и акушери во повеќето болнички породувања. Без оглед дали пренаталната грижа е дел од примарната заштита или претставува посебна служба, нејзината цел се состои во навре-

мена и целосна грижа за мајката, пред или во рана бременост, процена на ризичноста и превентивни мерки и пристап до специјализирана грижа. Здравственото обрзование за бремени жени и нивниот партнер ги проширува знаењата и овозможува групна поддршка.

Бремената жена треба да има целосно медицинско досие за пренаталната грижа, за здравствениот работник да може да ги има сите потребни податоци при породувањето. Дури и здравствениот работник да не е запознаен со нејзината состојба, од досието ќе може да изведе заклучок и да постапи како што е најдобро. И за мајката е полесно сознанието дека нејзиното досие е целосно и достапно на здравствениот работник. Јавното здравство треба да се залага за соодветни системи за регистрирање во мајчинство, со цел да се намалат непотребните компликации и mortalitetot во процесот на породување.

### **Високоризична бременост**

Нискоризична бременост е бременост на здрава жена на возраст 18-34 години, која се јавила барем еднаш на преглед во првото тримесечје и која претходно немала повеќе од три нормално живородени деца, немала претходно мртвородени деца или компликации како гестативен дијабет или прееклампсија, нема историја на конзумирање алкохол или дрога и нема поголеми здравствени проблеми, како хипертензија или бубрежна болест. Таквите бремени жени подлежат на нормална рутинска пренатална грижа.

Високоризичната бременост (ВРБ) треба да се открие што е можно порано, за да се обезбеди специјална грижа заради зачувување на мајчиното здравје и добросостојба на фетусот-новороденчето. Откривањето и контролата на високоризичните фактори на почетокот и во текот на бременоста, придонесуваат за подобар исход од бременоста, и за мајката и за новороденото. Предиспозиции за ВРБ се возраст, претходни гинеколошки компликации, потхранетост, сиромаштија, често претходно забременување, мајчинство на рана или доцна возраст, жени кои посетуваат клиника за лекување СПБ и жени кои пушат, пијат алкохол или земаат дрога. Факторите на ризик може да бидат општествени и економски, како на пример домување, финансии и вработување.

Медицинската и гинеколошката историја на пациентот дава податоци за претходни абортуси, компликации во бременост, или здравствена состојба која може да влијае на мајката во текот на бременоста или за време на породувањето. Бременост на возраст под 16 и 17 или над 35 години, треба автоматски да се дефинира како високоризична бременост. Голема плодност (на пр. над пет претходни рожби) или прва бременост (примијегида), треба исто така да се третираат со посебно внимание кон мајката и уште повеќе кон плодот.

Овој систем на вреднување, на здравствениот работник му нуди стандарди за проценка на ризичноста, со цел да се обезбеди навремено откривање и следење на пациентите, врз основа на објективни мерила за

ТАБЕЛА 6.5 Формулар за оценување и упатување на високо-ризични бремености

I. Лични податоци	II. Социјално/лично	III. Акушерско досије
Име	возраст (<17, >35)	гравиди (1 или >5)
матичен број	образование (<6 год.)	пара (0 или >5)
датум на раѓање	брачна состојба	абортуси (>2)
адреса	економски статус	спонтани (1+)
	сродство	фетална смрт (1)
град/општина	пушење	крварење во ТЗ
	алкохол	мртвородени (1)
клиника	употреба на дрога	царски рез (1)
датум на последен	домашни услови	предврем. пород.
менструален циклус	резиме _____	тежина на плодот
датум на прва посета	_____ А Б Ц	смрт на новородено (1)
		токсемија (1)
		вродени дефекти (1)
		резиме _____
		_____ А Б Ц
IV. Медицинско досије	V. Сегашна бременост	VI. Резиме на ризик фактори
дијабет	која бременост по ред?	I. лични
хипертензија	време на прва посета Т1 Т2 Т3	II. социјални
бубрежна болест	тежина пред бр. (<50кг)	III. гинекол.
срцева болест	висина (<145цм)	IV. медицин.
хронична белодробна	крварење	V. сегашна бр.
болест	пееклампија	VI. вкупно
хематопоез. нарушув.	Rh	
ендокрино заболув.	мултипна бременост	
флебитис	абнормална појава	
друго	резиме _____	
резиме _____	_____ А Б Ц	
_____ А Б Ц		
Резиме на причините за упат на специјалист: _____		
датум: _____ потпис _____		
Извештај од клиниката _____		
-----		
-----		
датум: _____ потпис _____		
_____ позиција _____		

факторите на ризик. За употреба на овие стандарди, потребни се детални упатства за високоризична бременост и подобрена пренатална грижа. Упатствата треба да ги земат предвид локалните фактори на ризик, како на пример невообичаено високо сродство во некоја општество или хронична потхранетост на населението. Со системите на вреднување се добива кумулативна процена на ризичноста, со додавање на факторите кои одделно не се ризични за бременоста, но заедно може да доведат до одредени проблеми. Критериумите за ВРБ во однос на возраста, плод-

носта и образованието треба да се приспособат кон условите во секоја држава, но мора да се зачува принципот на национални стандарди.

Формуларот за проценка и следење на ВРБ даден во табела 6.5, кој се користи во руралните установи за примарна заштита, е усвоен како дел од здравствениот систем во некои земји во развој (Западниот брег и Газа). Во овој случај, А = ниска ризичност, Б = средна ризичност, Ц = висока ризичност. За правилно пополнување и употреба на овие формулари, неопходни се јасно дефинирање и инструкции за здравствениот персонал. Кај некои случаи, едно заокружено Ц упатува на дополнителна грижа (на пр. хипертензија), или за заокружени неколку Ц и неколку Б точки, дополнителната грижа е задолжителна. Форматот и системот на вреднување може да се разликуваат, како на пример вреднување на секоја ставка од еден до десет, со системско собирање на вредностите. Упатувањето во специјални центри за ВРБ треба да биде поткрепено со јасно дефинирани причини за упатувањето, а за деталните испитувања од лекари-специјалисти, треба повратно да биде известен лекарот во примарната заштита. Клиниката за ВРБ треба да го препрати пациентот назад во примарната институција со детални наоди и јасно дефиниран план за понатамошно делување. Клиниката за ВРБ може и натаму да ја следи состојбата на пациентот поради ризичноста, но лекарот во примарната заштита мора да ги добива сите информации, заради подобра контрола на случајот.

Добро развиен систем на откривање-специјалистички преглед-понамошно следење придонесува за подобрен исход за мајката и новороденото, на тој начин намалувајќи ги трошоците за санирање на долготрајни последици од морбидитет и морталитет на родилки и бебиња. Неговата улога во превенција на компликации во тек и по породување, е потврдена од медицински, економски и јавно-здравствен аспект.

Овие прашања се со поинаква позадина во развиените и во земјите во развој, но принципот е сличен. Во САД, значителен број жени не се во состојба да добијат пренатална грижа поради финансиски или бирократски причини, дел од кои можеби во најризичната група. Во Русија, воведувањето ВРБ е неопходно ако државата има за цел да ги намали високите стапки на смртност во мајчинство. Како што е претходно кажано, земјите со универзален пристап и добро развиена акушерска служба имаат ниски стапки на смртност во мајчинство (Австралија, Белгија, Данска, Израел, Норвешка). Морталитетот на родилки зависи од подобрениот пристап до медицинска заштита, како што може да се види во рапидното намалување на морталитетот во Италија и Португалија во 70-тите години од 20-от век, по воведувањето на препораките на нивните здравствени системи.

## ПОРОДИЛНИ БОЛКИ И ПОРОДУВАЊЕ

Породувањето е индивидуализирана постапка, но со важни јавно-здравствени аспекти. Обезбедувањето услови за безбедно породување влијае и на родилката и на новороденото. Во изминатиот век, породувањето еволуира од домашни услови во специјализирани родилишта или акушерски оддели во општи болници, а во поново време и руминг-ин (rooming-in) центри (во рамки на болницата). Породувањето во болнички акушерски оддел во развиените земји, има голем придонес во намалувањето на mortalitetot на родилки и бебиња, што е главна цел на јавното здравство и програмите за примарна заштита.

Породувањето во болнички услови се поттикнува во многу земји, со обезбедување додаток за мајката од националното осигурување или социјалната заштита, со кој родилката може да ги покрие трошоците за породување во болница. Ова е практика во Франција и Израел пред воведувањето на националното здравствено осигурување, со цел да се стимулира болничкото породување. Во Франција продолжува традицијата на обезбедување додаток за жените кои доаѓаат за пренатална грижа и чести прегледи во тек на бременоста. Во земјите во развој, местото на породување сè уште претставува голем проблем и треба да се употребат сите постоечки средства за намалување на сè уште високите стапки на морбидитет и mortalitet во мајчинство.

Опасност може да се јави во кое било време на породувањето, за што може да бидат неопходни царски рез, трансфузија, општа анестезија и реанимација на фетусот или третман на респираторен шок, поради што породувањето на акушерски оддел во општа болница е побезбедно одошто породување во домашни услови или во самостојни родилишта. Електронското следење на фетусот во тек на родилните болки, не е во директна врска со намалувањето на евентуално интракранијално оштетување, ретардација и церебрална парализа кај фетусот, како што е случај со клиничката аускултација на фетус, но ја смирува мајката и му помага на и онака премногу зафатениот акушерски персонал.

Породувањето треба да биде во атмосфера која наликува на домашната и да овозможува присуство на сопругот или друго лице, за кое бремената жена сака да биде до неа. Третманот за време на родилните болки и породувањето се заснова на информациите од пренаталниот период и медицинското досие кое родилката го има покрај себе. Во ова досие се наведени нејзината медицинска и гинеколошка состојба во пренаталниот период, особено претходна бременост, датум на последен менструален циклус, фактори на ризик и наоди од пренаталниот период. Се препорачува мајката да го носи досието со себе, бидејќи не секогаш е возможен пристап до клиничките досиеја, или тие досиеја може да не ги вклучуваат прегледите од други лекари, установи или приватни здравствени институции.

Како што е веќе кажано, во некои земји, вклучувајќи и земји со низок морталитет во мајчинство, породувањето го изведуваат квалификувани акушерски сестри, додека специјалистите-акушери вршат надзор или изведуваат компликувани породувања. Во САД, неопходно е воведување систем на лиценцирање на акушерските сестри за породување, особено во областите каде има недостаток на специјалисти-акушери. Квалификација за акушерска сестра најчесто се добива по едногодишна обука на професионални медицински сестри (Поглавје 15).

Следењето на фетусот во текот на родилните болки (интрапартум) со аускултација е стандардна практика од работата на Евори Кенеди (Evory Kennedy) во Даблин во 30-тите години од 20-от век. Од доцните 50-ти, електронското следење е сè повеќе прифатен метод, кој ги смирува родителите и му помага на медицинскиот персонал на акушерското одделение. Болничките породилни одделенија треба да бидат пријатни за мајката, рожбата и семејството, да постигнат атмосфера најблиска до домашната и пријателски однос на медицинските сестри и лекарскиот персонал.

Присуството на анестезиолог и педијатар треба да се воведе рутински кај нормалното породување и задолжително кај високоризичната бременост. Присуството на педијатар или обучена педијатриска сестра при породувањето дава поголема сигурност за рана нега, особено важно кај бебиња со ниска телесна тежина, респираторен шок или други компликации. Во земјите со низок морталитет на новороденчиња, најголемиот број смртни случаи се веднаш по породувањето. За понатамошно намалување на морталитетот, неопходна е подобра грижа во тој ризичен период, кога може да се јави потреба од реанимација или други итни интервенции за спасување на животот на бебето.

Во САД во последно време, се јавува тренд за враќање на традицијата за породување во домашни услови со помош на добро обучени бабици и обезбедени дополнителни услуги. Трендот на породување во домашни услови е во опаѓање во Велика Британија и се заменува со специјализирани акушерски оддели во општите болници. Домашното е алтернатива на болничкото породување кај нормална бременост, но само ако го извршуваат добро обучени бабици, во соработка со професионални тимови за итни интервенции, кои можат навреме да реагираат на евентуалните компликации. Како несакана последица, ваквиот тренд може да доведе до зголемување на стапките на смртност кај родилките и новородените. Породувањето во мајчини домови или самостојни родилишта е алтернатива на породување на специјализиран оддел, но треба да се избегнува во развиените земји. Домовите и родилиштата не поседуваат целосна опрема за санирање на непредвидени компликации. Местото и методот на породување, треба да ги земе предвид не само желбите на родилката, туку и безбедноста на мајката и бебето. Жените со високоризична бременост и прворотките треба секогаш да се породуваат во болнички услови.



## Иницијативи за безбедно мајчинство

Безбедното мајчинство е иницијатива на Обединетите нации, лансирана во 1987 година, со цел да се осигура безбедна бременост, породување и раѓање здрави деца. Секоја година, стотици илјади жени умираат од компликации настанати во бременост или при породување. Безбедното мајчинство започнува пред забременувањето, со правилна исхрана и здрав начин на живот. Потоа, продолжува со планирана бременост, соодветна пренатална грижа, превенција на компликации и навремен и ефикасен третман на појавени компликации. Понатаму, продолжува со родилни болки околу одредениот термин и соодветна грижа, но без непотребни интервенции, по што следува породување на здраво новороденче и обезбедување здрава околина за задоволување на физичките и емотивните потреби на жената, детето и семејството. За ова е потребна поддршка од повеќе сектори од населението, семејството, образованието, работодавците, здравствените работници, заедницата и други. Тоа е инвестиција за физичка, емотивна, општествена и економска добросостојба на жената, детето, семејството и во најширока смисла - нацијата.

Породувањето во домашни услови е сè уште честа појава во земјите во развој. Породувањето може да биде без или само со традиционални бабици. Некаде ова е единствениот избор што го има мајката, и во таков случај јавното здравство треба да направи напори за обука на традиционалните бабици. Особено внимание треба да се обрне на хигиената, превенцијата на тетанус и идентификацијата и следењето на високоризичните случаи. СЗО издаде упатства за вклучување на традиционалните бабици во здравствениот систем во земјите во развој. Поставувањето стандарди за работа и надзор на работата на бабиците се витални за намалување на сегашните загуби на родилки и бебиња во земјите во развој. Прворотки, високоризични случаи, многуротки, родилки над 35-годишна возраст, жени чија бременост не е целосно следена, родилки со историја на породилни компликации или мртвородени деца, состојби на потхранетост или хронична болест, треба секогаш да бидат упатени на породување во регионална болница.

Јавно-здравствените агенции треба да работат на обезбедување болничко породување секаде каде е тоа возможно, вработување доволен број обучен кадар во болниците и достапност на пренатална грижа за сите бремени жени. Регионалните болници треба да бидат опремени за итни случаи на породување и интервенции врз новородените, вклучувајќи хируршки материјали и анестезија, резерви на крв и кадар за реанимација при нормално или породување со царски рез. Целокупната грижа на заедницата, локалните центри и традиционалните бабици треба да бидат регистрирани преку соодветен систем, кој го обезбедува јавно-здравствената институција.

Регионалните и локалните акушерски центри треба да бидат во функција на процена на ризикот и грижа во пренаталниот период, во соработка со традиционалните бабици (подршка и надзор). Локалните родилишта треба да бидат опремени за нормално породување и безбедно прекинување на бременост и да бидат обучени за итни случаи, како на пример прееклампсија, хеморагии и рачно отстранување на плацентата. Традиционалната бабица треба да ја познава постапката за евакуација на родилката и бебето во регионална болница. Надзорот на традиционалните бабици треба да го вршат професионални акушерски сестри или лекари, преку посети во селата и директна обука “еден на еден”. Освен во многу итни случаи или безизлезни ситуации, бабиците кои извршуваат породување на високоризични родилки, треба да бидат казнети од страна на јавно-здравствените институции.

Надзорот на традиционалните бабици подразбира процес на уредување, едукација и стимулација за подобрување на стандардите за работа. Здравствените органи се овластени да даваат дозвола за работа и да ја регулираат работата на сите здравствени работници, односно да ги казнуваат оние кои прават некаков престап, не се придржуваат на стандардите или работат без дозвола. Традиционалните бабици може да се поттикнат на учество во тренинг програмите, а како стимулација да им се обезбеди основна опрема и потрошен материјал. Од традиционалните бабици треба да се бара задолжително регистрирање на сите извршени породувања со основни податоци и краен исход. Ако се неписмени, може да се бара од нив да ангажираат писмено лице за извршување на овие задачи. Обуката треба да вклучува препознавање на знаци на опасност, хигиенско породување, неонатална реанимација, грижа за доенчето, како и справување со ризични ситуации. Традиционалните бабици треба да добијат и основни познавања за СПБ, ХИВ, анемија, недостаток на јод и други гинеколошки и медицински ризични состојби.

### **Грижа за новороденчето**

Новороденчето е целосно зависно и подложно на многу фактори, кои може да го попречат оптималниот раст и развој. Оваа зависност започнува пред неговото зачнување, продолжува во пренаталниот период, породувањето и во тек на првата година од животот. При породувањето, треба да се внимава на топлината и извлекувањето, за да се намалат шансите за аспирација и да се осигура дека дишењето е воспоставено. Многу од ризичните ситуации може да се спречат, а со тоа уште повеќе да се намали mortalitetot на новороденчиња.

Преживувањето на новородените е пропорционално со телесната тежина. За ниска телесна тежина кај новороденчиња се смета тежината до 2500 грама; за нормална телесна тежина од 2500 до 4000 грама. Во развиените земји, стапката на новородени со ниска телесна тежина е под 7%, а во земјите во развој најчесто над 10%. Новороденчиња со телесна тежина под 1500 грама (многу ниска тт) и под 1000 грама (ултра ниска тт), имаат

многу мали шанси за преживување и најчесто остануваат со трајни последици. Една од целите на добрата пренатална грижа е да ја одржи бременоста над 36 недели, односно што е можно поблиску до одредениот термин, за да се овозможи целосно оформување и развој на фетусот *ин утѐро*, односно да се обезбеди поголема шанса за преживување на новороденчето. Заради избегнување забуни, терминот “ниска телесна тежина” најчесто се употребува за единечна, но не и за повеќеплодна рожба.

ТАБЕЛА 6.6 Апгарово вреднување

знак	резултат		
	0	1	2+
срцева работа (удари/мин)	нема	бавна (<100)	100+
респирација/хиповентилација	нема	слаб плач	силен плач
мускулен тонус/движење	млитаво	слаб рефлекс	активно
надразливост на рефлeksi	нема реакција	гримаса	кашлање или кивање
боја на кожа	модра или бледа	тело розево, екстремитети модри	целосно розево

Извор: Kendig, 1992.

Новороденчето ја заслужува најдобрата можна грижа. Ова подразбира навремена проценка и брзо реагирање, на пример реанимација или друга интервенција. Апгаровото вреднување, предложено од Вирџинија Апгар во раните 50-ти години, е важен стандарден метод за евалуација на новороденото и потребата за негово следење и интензивна нега (табела 6.6). Вредности под 6 при раѓање понекогаш значат потреба за реанимација и специјализирана грижа, а ниски вредности две минути по раѓањето означуваат дека новороденото е во опасност.

Кај домашните породувања, дел од подготовките се однесуваат на обезбедување начин за транспорт на проблематичното новороденче до најблискиот центар за неонатална грижа. Навременото откривање и интервенирање ја елиминира можноста за непотребен морбидитет и морталитет кај новородените.

Сите новородени имаат право на професионална нега, што подразбира и реанимација во случај на потреба и рутинска превенција на гонококни инфекции на очите. Витаминот К треба да се дава рутински, парентерално или орално за да се спречи хеморагична болест кај новороденчето. Околу 20% од новородените имаат ниски вредности на протромбин, фактор на коагулација на крвта и затоа се предмет на потенцијални сериозни, понекогаш и фатални крварења кои може да се спречат со администрација на витамин К.

Скринингот за ХИВ ако ХИВ статусот на мајката не е познат, како и за знаци од влијанието на дрога и алкохол врз новороденото се важни кај високоризичните групи. Иако овие се дел од клиничката практика,

### РАМКА 6.1 ПРЕПОРАЧЛИВИ СТАНДАРДИ ЗА РУТИНСКА ГРИЖА ЗА НОВОРОДЕНОТО: АМЕРИКАНСКА АКАДЕМИЈА ЗА ПЕДИЈАТРИЈА

1. Присуство на персонал за реанимација при секое високо-ризично породување; трансфер кај неонатолог, ако е потребно;
2. Воспоставување на дишењето со пумпи на устата и носот;
3. Миеење, затоплување и покривање на новороденото; давање на мајката;
4. Стимулирање на новороденото со триење на грбот и стапалата;
5. Ако е потребно, кислород преку Амбу вреќичка со маска; проверка на вентилација на бели дробови;
6. Апгарови параметри на една и две минути по раѓање;
7. Апгарови параметри пет минути по раѓање;
8. Ако има потреба од продолжена реанимација, Апгарови параметри да се следат и натаму;
9. Воспоставување на доењето и врската меѓу мајката и новороденото што е можно порано;
10. Рутинска администрација на витамин К за превенција на неонатална хеморагична болест;
11. Заштита на очите со антибиотска маст за превенција на кламидија или гонококна очна инфекција;
12. Земање крв од папочната врвца за серолошки испитувања;
13. Подврзување на папочната врвца и мачкање со антисептично или антибиотско средство;
14. Давање вакцина против хепатит Б, првата од трите дози;
15. Новороденото треба да се завитка пошироко, да не се стегаша;
16. Новороденото треба да остане со мајката ако е можно (“rooming-in”);
17. Да се поттикнуваат посетите и поддршката од таткото;
18. Да се поттикнува доењето;
19. Целосен преглед од педијатар или примарен здравствен работник;
20. Препорачлива е посетата на семејството и останатите деца.

Извор: Kendig, 1992; и American Academy of Pediatrics / American College for Obstetrics and Gynecology, 1992. *Guidelines for Perinatal Care*, Third edition, Washington: ACOG and Elk Grove Village, IL; AAP.

современото јавно здравство преку своите институции треба да воспостави норми и потребно ниво на обука за да може да се одржува здравствена заштита со висок стандард.

Целосниот педијатриски преглед има за цел да открие евентуални вродени недостатоци, да го утврди нормалниот развој и претставува основа за постојана грижа во раното детство. Кај новороденото се регистрира и следи должина, обем на глава, телесна тежина, процена на развојот, жолтица и друго. Прегледот подразбира и проверка на срцето, васкуларниот и нервниот систем. Со скрининг може да се откријат вродени деформации и недостатоци, како на пример вродена срцева ма-ана, Даунов синдром, конгенитално дислоцирани колкови, деформирани стопала, неспуштени тестиси, фенилкетонурија, хипотироидизам, хемолитична анемија (таласемија и српеста анемија), галактоземија и други вродени грешки во метаболизмот кои се јавуваат во овој период. Раното дијагностицирање на абнормални состојби овозможува навремен третман на новороденчето.

Доењето е важен настан за мајката и бебето, па треба да биде поттикнуван од целиот здравствен персонал; важно е за поврзување на мајката со бебето, како и за оптимален развој на новороденото. Доењето треба да се практикува најмалку првите шест месеци од животот, а и подолго ако се дополнува со друга цврста храна. За доењето ќе стане збор кај исхраната (Поглавје 8) и глобализацијата на здравјето (Поглавје 16).

### **Грижа во леунство (пуерпериум)**

Леунство е период на првите 6-8 недели, од излегувањето на плацентата сè до повторното воспоставување на нормална овулација. Кај доилките периодот на леунство може да се продолжи поради ефектот на лактацијата врз хормонската рамнотежа. Ова е важен период за закрепнување на мајката и новороденото од процесот на породување, како и за нивна физичка и психичка адаптација. Соодветна проверка на здравјето на мајката и детето непосредно по породувањето помага за спречување компликации и за одржување на оптималното здравје на двајцата.

Непосредно по породувањето значајно е да се обрне внимание на целосното отстранување на плацентата, контракции на утерусот, крварење или флебитис. Основните проверки за заштита на здравјето на новата мајка се однесуваат на проверка на градите, проверка за присуство на рани или инфекции на цервиксот и матката и хемоглобински тест. Справувањето со кој било од овие резидуални проблеми треба да биде дел од процесот на породување. На мајката ѝ се даваат голем број информации кои се однесуваат на доење, исхрана, пауза до следна бременост и контрацепција. За неа се обезбедува и потребната поддршка и советување, за справување со постпарталната депресија, која може да остави големи последици.

Закрепнувањето на мајката од бременоста и породувањето треба да биде насочено кон враќање на нејзината сила и воспоставување на нормалниот семеен живот. Постпарталната депресија е честа и треба да се консултира со здравствен работник. Загриженоста за брзо губење на вишокот килограми може да е во спротивност со хранливите потреби на мајката кои се зголемени ако е доилка. Дополнувањето на исхраната со железо треба

да се продолжи и во текот на леунството и доењето, за да се надомести железото загубено во текот на бременоста, породувањето и доењето. Ако е потребно, медицинско лице треба да администрира Rh имуноглобулин за да се спречи евентуална имунолошка реакција меѓу мајката и плодот во наредната бременост. Исто така, ако е потребно, мајката да се имунизира против рубеола, за да се спречи евентуална појава на конгенитален рубеола синдром во наредните бремености (Поглавје 4).

Постнаталната грижа подразбира домашна посета на патронажна сестра, која треба да го процени и да помогне во приспособувањето на мајката и детето во домот. Медицинскиот преглед кон крајот на леунството е значаен дел од грижата во бременоста, бидејќи овозможува целосна процена на новороденчето по исписот од болница. Клучните грижи околу целосно зависното новороденче се врзани со доењето и контактот со мајката, хигиената и чистотата, зголемување на телесната тежина, дополнување на исхраната со витамини, почеток на имунизација и прифаќање во семејството. Со прва имунизација за хепатит Б, БСЖ (каде што се применува) и полио треба да се започне најрано што може, а со програмата за рутинска вакцинација во првите шест недели (види Поглавје 4). За домашните породувања, патронажните посети треба да вклучуваат процена и мерење на телесната тежина, администрација на витамин К, имунизација и рутински скрининг тестови, како и совети за доење и грижа за новороденчето.

Советувањето со здравствен работник е важно за новата мајка, без разлика дали се работи за нејзина прва или последователна бременост. Планирањето на семејството треба да се дискутира како дел од грижата и едукацијата од здравствениот работник. Потребата за совет и поддршка е многу изразена во овој период, заради намалување на nervozata и разгледување на многу прашања кои се однесуваат на здравјето на мајката и доенчето. Обуката на медицинскиот персонал кој работи на породување и грижа за новородените, треба да обрне поголемо внимание за оваа нивна улога, како и за неопходната професионалност при породување и навремена неонатална грижа.

## ГЕНЕТСКИ И ВРОДЕНИ НАРУШУВАЊА

Се проценува дека секоја година 8.000 новороденчиња умираат, а 150.000 се раѓаат со вродени недостатоци, за чија грижа се трошат околу 8 милијарди долари. Поради тоа, превенцијата и справувањето со вродените недостатоци и генетски нарушувања се јавно-здравствена обврска, не само поради нивната застапеност кај многу специфични популациски групи, туку и поради финанскиот и општествениот товар врз семејството и заедницата. За генетските нарушувања сè повеќе се наоѓаат начини за лекување и превенција. Скринингот, едукацијата на заедницата и поединечното генетско советување на родителите ќе станат важен фактор со сè пошироко распространетата генска терапија.

Превенцијата на вродени недостатоци опфаќа скрининг за генетски и вродени заболувања, Rh компатибилност, едукација, примање фолна киселина пред и во текот на бременоста, намалена изложеност на тератогени хемиски средства дома, на работа или во заедницата, и превенција на некои заразни заболувања во текот на бременоста. Компатибилноста на резус факторот се проверува со скрининг на бремени жени и преземање соодветни мерки онаму каде се очекува некомпатибилност меѓу крвта на мајката и плодот. Скринингот за вродени недостатоци, како фенилкетонурија или хипотироидизам, треба да биде проследен со соодветни методи за потврда на сомнителните случаи и третман на болеста. Други вродени недостатоци, како дислокација на колковите, кој се јавува кај 50 од 1000 живородени, како и конгенитален катаракт, се откриваат преку клинички преглед на новородените, додека слухот се тестира на тримесечна возраст. Позитивните случаи треба да добијат соодветна нега на педијатриските оддели.

Спектарот на вродени недостатоци е широк и опфаќа хромозомски и развојни неправилности, како и метаболитички, хематолошки, мускуло-скелетни, кардиоваскуларни и невролошки нарушувања. Генетските недостатоци се резултат на абнормални хромозоми од едниот или двајцата родители. Доминантните гени предизвикуваат нарушувања кај хетерозигот, односно лице кое има една копија нормален и една копија абнормален ген. Ако само едниот од родителите е носител, тогаш шансите на потомството се 50% за стекнување на абнормалниот ген. Кај рецесивните, односно хомозиготни состојби, и двајцата родители го

## РАМКА 6.2 ПРЕВЕНЦИЈА НА ВРОДЕНИ НЕДОСТАТОЦИ

1. Превенција во заедницата:
  - а. Јодирање на солта заради спречување на мозочни оштетувања од недостаток на јод;
  - б. Додавање фолна киселина во брашното заради спречување дефекти на нервниот систем;
  - в. Имунизација против рубеола пред забременување за превенција на конгенитален рубеола синдром;
  - г. Лекување на СПБ заради превенција на конгенитален сифилис, гонококни, ЦМВ и ХИВ инфекции;
  - д. Имунизација против хепатит Б за спречување на трансмисијата мајка-плод;
2. Пренатална превенција:
  - а. Престанок со пушење, алкохол и дрога заради превенција на оштетувања на фетусот;
  - б. Советување за исхрана пред и во тек на бременоста за овозможување оптимален развој на фетусот;

- в. Генетско советување на родителите изложени на ризик (на пр. бракови во сродство);
- г. Избегнување непотребни лекови;
- д. Земање препарати на железо, фолна киселина и мулти-витамины (и јод ако солта не е јодирана);
- ѓ. Процена на ризикот и упатување на ризичните случаи во поспецијализирани установи;
- е. Почеток на пренаталната грижа во првиот триместар;
- ж. Проверка на нивото на глукоза во крвта, заради утврдување на гестативен дијабет;
- з. Добра контрола на хроничните заболувања (дијабет, срцеви болести) пред и во тек на бременоста;
- с. Намалено изложување на тератогени средства пред и за време на бременоста (на пр. анестезија);
- и. Превенција на внесување олово или жива;
- ј. Анализа на хемоглобин, Rh фактор, Кумсов тест, урина;
- к. Соодветно зголемување на телесната тежина (11-14 кг);
- л. Сонографија на сомнителна гестација, структурни или плацентарни промени;
- љ. Следење на фетусот, неговата големина, позиција и срцева работа;
- м. Безбедно породување со минимална седација и навремена реанимација заради спречување мозочни оштетувања при раѓање.

Извор: U.S. Preventive Services Task Force, 1996.

поседуваат абнормалниот ген. Секое дете има 25% шанса за заболување, 50% шанса да стане носител и 25% шанса да не го поседува генот. Ако само едниот родител поседува рецесивен ген, тогаш нарушувањето нема да се одрази кај децата, иако тие може да се јават како носители на абнормалниот ген.

*Резус неонајтално хемолитично заболување.* Ова заболување е сериозна состојба на распаѓање на црвените крвни клетки кај новороденчето поради некомпатибилност меѓу крвта на мајката и плодот. Се јавува кај Rh негативни мајки кои носат Rh позитивен плод (наследен од таткото). Феталната крв во допир со крвта од мајката предизвикува производство на антитела кај мајката, што може да влијае при наредни бремености и да предизвика хемолиза на феталната крв, анемија, жолтица, мозочно оштетување и смрт. Ова е причина за голем број мртвородени, сè до развојот на разменска трансфузија кај новородените. Во 70-тите, воведен е анти-Д имуноглобулин, кој се администрира кај Rh негативна мајка, носител на Rh позитивно новороденче, за да се спречи производ-



ство на антитела кои би попречиле во наредната бременост. Третманот со анти-Д имуноглобулин е чекор во големата победа на превентивната заштита над оваа болест.

*Дефекти на невралната туба.* Дефектите на невралната туба се предуслов за оштетување на мозокот и 'рбетниот мозок. Во оваа група припаѓаат низа состојби, од аненцефалија - видливо попречен развој на мозокот кој најчесто завршува со смрт неколку часа по породувањето - до спина бифида, односно несоодветно затворање на 'рбетниот столб. Овие болести може да имаат различна сериозност, но најчесто за нив се потребни бројни хируршки и медицински интервенции. Во Северна Америка, се јавуваат кај 2 на секои 1000 новородени, но опаѓачкиот тренд е резултат на скрининг на бремени жени и превенција со фолна киселина пред и во рана бременост. Скринингот за дефекти на невралната шуплина стана возможен во раните 70-ти, со амниоцентеза и тестирање на амнионската течност, а подоцна и со тестирање на крвта за присуство на алфа-фетопротеини (АФП). Невралните дефекти може да се утврдат и со ултразвук.

Во 80-тите години од 20-от век, британските научници покажаа дека давањето фолна киселина пред забременување, драстично го намалува ризикот за развој на оваа аномалија. Предбремената грижа е невообичаена и испитувањата покажуваат 30% придржување кон препораките, поради што американската Администрација за храна и лекови (ФДА) во 1996 година наметна задолжително додавање фолна киселина во лебот, а се очекува дека оваа мерка ќе биде прифатена и во Канада, Велика Британија и во други земји, заради спречување на овој вроден недостаток. Во април 1998 година, ФДА и ЦКБ издадоа препорака за администрирање 400 мг/ден фолна киселина пред и во бременост, за да го дополнат дејството на фолната киселина од лебот, со што ќе се обезбеди 100% од дневните препорачливи вредности (види Поглавје 8). Во ЦКБ очекуваат дека фолната киселина во лебот и препаратите за бремени жени ќе ја намалат појавата на овој дефект, кој во САД се јавува кај околу 3.000 случаи годишно.

*Церебрална парализа.* Церебралната парализа (ЦП) опфаќа група невролошки нарушувања, кои се јавуваат кај едно на 400 новородени и предизвикуваат дефекти на моториката. Може да бидат поврзани со ментална ретардација, епилептични и спастични напади или проблеми со сензорните нерви. ЦП е поврзана со ниска телесна тежина при раѓање (<2500 грама) и особено со многу ниска телесна тежина (<1500 грама), како и со интракранијални хеморагии, Rh некомпатибилност, интраутерина или натална траума, изложеност на мајката на тешки метали, како жива, и други неидентификувани фактори. Околу 20% од случаите со ЦП се резултат на интраутерина хипоксија. Превентивни мерки се подобрување на ниската телесна тежина со подобрување на исхраната на

мајката, непушење во бременост, подобрување на пренаталната и грижата во текот на породувањето, администрирање витамин К и намалување на траумата на новороденчето. За превенција на ЦП голема улога игра и професионалноста на акушерите, но сепак превенцијата е ограничена поради непознавање на сите фактори што ја предизвикуваат оваа состојба.

*Ментална ретардација.* Сериозна ментална ретардација (коэффициент на интелигенција под 50) се јавува кај 3 - 5 на 1000 новородени. Ретардацијата може да е поврзана со пренатални фактори, честопати со ЦП и напади. Повеќе од една третина од случаите се резултат на хромозомски аберации. Пренаталната дијагноза, амниоцентеза кај бремени жени над 35-годишна возраст и прекинување на сомнителните бремености, придонесуваат за намалување на бројот ретардациј. Фенилкетонурија, конгенитална рубеола, вроден хипотироидизам и инфекции на мајката со токсоплазмози и цитомегаловируси можат да предизвикаат сериозна ретардација. Компликации во бременост, како токсемија, инфекции на уринарниот тракт и анемија, го зголемуваат ризикот за ретардација. Умерена ретардација (коэф. на интелигенција 50-70) може да биде резултат и на пренатални и постнатални фактори, на пример ниска телесна тежина или асфиксија при раѓање. За превенција се потребни добро организирана пренатална, перинатална и постнатална грижа.

*Даунов синдром.* Дауновиот синдром е релативно често генетско нарушување, кое во САД се јавува кај едно на 650 новородени. Ризикот се зголемува пропорционално со возраста на мајката; кај мајки над 40-годишна возраст се јавува кај едно на 40 новородени. Иако овој синдром се јавува кај повозрасни родилки, најголемиот број случаи се помлади мајки. Во индустријализираните земји овој синдром е најголема причина за ментална ретардација. Кај ризичните случаи, се прави амниоцентеза, земање примерок од хорионски вилус и фетална крв, кое овозможува прекинување на бременоста во случај на детектирана хромозомска аберација. Испитувањето на хорионска ресичка е можно во првиот, а на амнионска течност во вториот триместар. Се смета дека земањето примерок од хорионска ресичка може да предизвика помали вродени дефекти и поради тоа поретко се практикува. Бремените жени над 35-годишна возраст треба да се следат од најрана бременост. Со биохемиски маркери, следењето ќе биде полесно и помалку инвазивно. Меѓу 1960 и 1978 година, во САД бројот новородени со Даунов синдром се намали за 50%, најверојатно поради помал број бремености кај постари жени, употреба на контрацептивни средства и пренатален скрининг.

Бебињата со Даунов синдром се ментално ретардирани, честопати со вроден срцев недостаток и гастроинтестинални пореметувања. Овие пациенти преживуваат до третата, а половина од нив и до петтата деценија. Трошоците за доживотна институционална грижа за еден ваков

пациент се проценуваат на околу 300 илјади американски долари, но во последно време сè повеќе се става акцент на помош и поддршка во заедницата. Сè поголемо внимание се посветува на образование и обука за деца со Даунов синдром. Со одреден степен на професионална и животна оспособеност, многумина од нив се способни да живеат сами или во групи, наместо во институции. Оние кои се интегрирани во заедницата, живеат подолго и имаат поквалитетен живот од оние во институции.

*Цистична фиброза.* Цистичната фиброза (ЦФ) е најчеста фатална генетска болест на белото население во САД, која се јавува кај еден на 3500 Американци со северноевропско потекло, наспроти 1:14.000 кај црнецкото и 1:11.500 кај хиспанското население. Болеста е рецесивен генетски дефект. Во САД, генот е застапен кај 5% од белото и 2% од црнецкото население. Кај хомозиготите, дефектот предизвикува производство на абнормално густа слуз во белите дробови, цревата и други жлезди.

Клиничката манифестација е хронична белодробна болест, чести инфекции и уништување на белодробното ткиво. Ова доведува до честа хоспитализација и смрт, дури и при најдобра медицинска грижа. Стапката на преживување е драстично подобрена, од 20 години во 1970 на 30 години во 1994 година. Пренаталниот скрининг опфаќа брис од хорионска ресичка или амниоцентеза. Скринингот кај бремени жени со претходна историја на ЦФ, може да спречи раѓање на второ дете со овој синдром, но скринингот на општото население сè уште не е вообичаена постапка. Раното дијагностицирање, како и поддршката и едукацијата на родителите значително влијаат на подобрувањето и продолжувањето на животот на заболеното лице. Лекувањето е комплексно и скапо, и бара мултидисциплинарен пристап. Во наредните години можна е појава на генска терапија како решение за овој синдром.

*Спрестта анемија.* Српеста анемија е нарушување на една аминокиселина кај црвените крвни клетки, кое во САД се јавува кај едно на 400 новородени црнци, а уште почесто во Африка, каде може да има заштитен ефект против маларијата. Болеста е предизвикана од рецесивен ген кој влијае на хемоглобинската структура, најчесто без последици кај носителите, но со епизоди на болка поради стеснување на малите крвни садови кај хомозиготните деца. Пациентот има умерена до тешка анемија, подложност на сериозни бактериски инфекции (менингит, пневмонија, септикемија) и ретардиран развој. Во САД од 1972 година се препорачува скрининг на новородените; но, во практиката, скринингот се изведува во 20 сојузни држави на 57% од црнечките новороденчиња. Целта на САД е 95% покриеност до 2000 година. Идентификацијата на хомозиготите и носителите е важна, со цел да се обезбеди соодветна грижа, превентивна употреба на пеницилин против инфекции и вакцинирање против пневмококна пневмонија и грип. Носителите треба да посетуваат генетско советуваиште во врска со бракот и бременоста.

**Таласемија.** Бета таласемија е рецесивно генетско нарушување на хемоглобинската структура. Бета таласемија минор е најчесто без клиничко значење. Бета таласемија мајор, којашто е хомозиготна состојба, се карактеризира со хемолитична анемија (односно, предвремено распаѓање на црвените крвни клетки). Бета таласемија мајор, уште позната и како Кулиева анемија или медитеранска анемија, е широко распространета на Средниот Исток, јужна Европа и на југот на Индија и југоисточна Азија. Болеста е смртоносна, но со поновите методи за лекување, односно крвна инфузија и хелатни средства (за врзување на железото заради екскреција), за намалување на железното депо и хемохроматоза, пациентите преживуваат до 30-та.

Според СЗО, во 1995 година регистрирани се 240.000 смртни случаи, 290.000 нови случаи и вкупно 2,32 милиони пациенти со таласемија и српеста анемија. Нарушувањата на хемоглобинската структура се најзастапени на Медитеранот и југоисточна Азија за таласемии, и суб-Сахарска Африка за српеста анемија. Поради миграциите, денес оваа болест е распространета во целиот свет; во САД 10% од населението припаѓа на ризичната група.

Превенцијата на таласемии е една од успешните стории на генетското јавно здравство. Превентивните мерки за оваа болест од 70-тите, доведоа до драстично намалување на бројот нови случаи на бета таласе-

### РАМКА 6.3 ИСКОРЕНУВАЊЕ НА ТАЛАСЕМИЈА МАЈОР НА КИПАР И САРДИНИЈА

Во поранешните ендемски подрачја, постигната е речиси целосна ерадикација на таласемија мајор. Во Кипар, 14% од населението се носители на генот за бета таласемија, а 1% од населението (1 на 158 родени) се заболени од болеста. Поради интервентна програма започната во 70-тите години од 20-от век, ретко се јавуваат нови случаи на болеста на Кипар и други делови на Медитеранот, како Сардинија и Грција. Ова е постигнато со долготрајна превентивна програма која се состои во едукација, скрининг на носители и советување. Браковите меѓу носители се намалени преку едукација во заедницата, а кога таков брак е веќе склопен, детално се следи секоја бременост и се прекинува бременоста кај која ќе биде откриена болеста. Успехот во случајот на Кипар е модел за контрола на генетски заболувања со комбинација на здравствена едукација, скрининг и поддршка од заедницата.

Извор: Angastiniotis *et al.* 1986. *How thalassemias was controlled in Cyprus*. World Health Forum, 7:291-297

мија мајор на Сардинија, Кипар, во Грција, Велика Британија, Канада и други земји со население од медитеранско потекло. Предбрачен скрининг, здравствена едукација на училиште и пристап до пренатален скрининг се дел од мерките за намалување на бројот нови случаи од оваа болест. СЗО ја потенцира јавно-здравствената важност на оваа болест и препорачува прифаќање на успешните превентивни методи во земјите-членки кои се соочуваат со овој проблем.

Скринингот за конгенитални анемии треба да се изведува при раѓање и на училишна возраст, бидејќи клиничките случаи може да се јават и неколку години по раѓањето. На носителите на генот треба да им се соопшти овој недостаток, и тоа на возраст кога истиот може да претставува потенцијален проблем. Кај бременоста, ако и двајцата родители се носители на генот, треба да се испита брис од хорионски вили за да се утврди генетската состојба на плодот. Се препорачува абортус кај плод со дијагностицирана таласемија мајор, но во поново време и пресадувањето коскена срцевина кај новите случаи покажува добри резултати. Примарната превенција успешно го намалува бројот нови случаи, што поттикнува обиди за скрининг и превенција и на други состојби, на пример на српеста анемија.

*Фенилкетонурија.* Фенилкетонуријата е вродено метаболичко нарушување кое се јавува како резултат на рецесивен ген. Во САД во просек се јавува кај едно на 12.000 новородени, но во овој просек влегуваат многу различни вредности, од едно на 5.000 кај шкотски и ирски родители, до едно на 300.000 кај црнечкото население. Претставува мутација на ДНК, со која се оневозможува правилна синтеза на ензим одговорен за метаболизам на аминокиселината фенилаланин. Интраутерино, не се забележува никаква промена, бидејќи вишокот фенилаланин се метаболизира со помош на ензимот од мајката. Но, по раѓањето, недостатокот на ензимот предизвикува зголемена концентрација на фенилаланин во крвта, што доведува до мозочни оштетувања и тешка ретардација. Ако се открие навреме, фенилкетонуријата може да се контролира со специјална исхрана, сиромашна со фенилаланин, и на тој начин да се намали ретардацијата.

Скринингот на новородените за оваа болест е практика во развиените земји, и помага во намалување на бројот случаи за кои е потребна долгорочна грижа. Онаму каде скринингот не е рутинска постапка, жените со претходна историја на фенилкетонурични деца, треба да го тестираат плодот во тек на бременоста и новороденото по раѓањето.

*Вроден хипотиреоидизам.* Вродениот хипотиреоидизам е релативно чест вроден недостаток, кој се јавува кај едно на 3.500-4.000 новородени од белата раса, со опсег од 1-20 на 10.000 новородени кај различни етнички групи, во зависност од генетскиот материјал и степенот на дегенерираност. Ова генетско нарушување со недоволно развиена тиреоидеа, по-

кажува слични знаци како и болестите на недостаток на јод, кои се јавуваат во подрачја со недостаток на јод во водата и почвата. Лекувањето на вродениот хипотиреоидизам спречува инаку неодминливо ментално заостанување. Скринингот во првите 48 часа ќе ги открие сите случаи за кои е потребно долготрајно и специјално лекување.

*Фетален алкохолен синдром.* Феталниот алкохолен синдром е резултат на токсичното дејство на алкохолот врз фетусот, кој минува низ плацентата. Консумирањето алкохол пред и во тек на бременоста го зголемува ризикот за нарушувања во однесувањето и перцепцијата. Изложувањето на фетусот на алкохол, особено големи количини (на пр. повеќе од пет дози наеднаш), е речиси сигурна причина за ретардиран фетален раст и нарушувања на ЦНС. Феталниот алкохолен синдром може целосно да се спречи и се јавува само ако мајката консумира алкохол.

*Амауротска идиотија (Тај-Сакова болест).* Амауротската идиотија е вродена метаболитичка грешка, поврзана со прогресивна ментална ретардација и губење на видот на 4-8 месечна и смрт на 3-4-годишна возраст. Се јавува кај едно на 2.500 новородени и тоа кај Евреите од источноевропско потекло. Оваа болест може да се спречи со скрининг на ризиците групи пред и во бракот, како и во раната бременост. Пренаталниот скрининг опфаќа амниоцентеза или брис од хорионски ресички, со што може да се потврди синдромот кај фетусот. Во случај на дијагностициран недостаток, се препорачува прекинување на бременоста. Со овие скрининг програми е постигнато намалување на појавата на нови случаи.

*Г6ФД.* Недостатокот на глукоза- 6-фосфат дехидрогеназа (Г6ФД) е генетско нарушување кое е вообичаено кај медитеранското население, односно Евреи од северноафриканско потекло или од Средниот Исток; населението на Грција, јужна Италија, југоисточна Азија и јужна Кина. Се манифестира преку епизоди на хемолитична анемија, поради инфекција, реакција на одредена храна (на пр. фава грав), или лекови, како сулфонамиди, антипиретици и антималярици. Степенот на хемолиза зависи од предизвикувачот и од степенот на недостаток на ензимот. Откривањето на овој синдром ќе му помогне на пациентот да ја спречи хемолизата со намалување на контактот со хемолиза-индуцирачките средства и примена на правилен третман во случај на хемолитична епизода.

*Фамилијарна медитеранска треска.* Фамилијарната медитеранска треска е наследна рецесивна состојба која се среќава кај Арапи, Ерменци и Евреи, со периодични трески и болка во градите, stomакот и зглобовите. Појавата се контролира со генетско советување.

## ЗДРАВЈЕ НА ДОЕНЧИЊА И ДЕЦА

Јавното здравство одамна игра важна улога во подобрување на здравјето на децата, преку обезбедување соодветни услови за превенција на болести, навремена и соодветна медицинска помош во случај на болест, како и унапредување на здравјето. Педијатријата како медицинска гранка се развива под водство на Абрахам Џакоби (Abraham Jacobi) кој, по примерот на германските болници, ја отвара првата педијатриска клиника во Њујорк во 1860 година. Во САД, во 1865 година е отворена првата детска болница во Филаделфија, која постои и денес.

Согледувајќи дека жените и децата имаат здравствени потреби различни од оние на општото население, во 1879 година Американската лекарска асоцијација основа оддел за овие посебни потреби кој подоцна, во 1888 година, прераснува во Американско педијатриско друштво. Педијатријата се одвојува од општата медицина како посебна гранка, која се занимава со лекување на детските болести и вродени дефекти, превенција на заразни заболувања и правилна исхрана на доенчиња. Грижата за добро здравје на децата е промовирана во САД преку т.н. млечни станици, прифатени од оние во Франција ("Gouttes de Lait"), во сиромашните имигрантски населби во Њујорк кои се основа за развојот на патронажната служба.

Првиот учебник по педијатрија е напишан во 1869 година од Џ.Л. Смит (J.L.Smith), професор по детски болести при Белви хоспитал медицински колеџ во Њујорк. По неа, во 1896 година, следува книгата на Холт *Болести на доенчиња и деца* (Holt, *Diseases of Infancy and Childhood*). Втората има доживеано 19 изданија, а сегашната верзија е позната под името *Рудолфова педијатрија* (Rudolph's Pediatrics). Сојузната американска влада, во 1913 година основа Биро за деца, кое има задача да собира и обработува податоци за морталитетот кај мајки и деца. Подоцна прераснува во Биро за здравје на мајки и деца, кое од сојузната влада е овластено да доделува грантови на сојузните држави за развој на здравствени служби за мајки и деца. Американската академија за педијатрија (ААП) има водечка улога во застапувањето за повисоки здравствени стандарди за децата, изработката на клинички упатства и, паралелно со Американскиот колеџ за акушерство и гинекологија, улога во промовирањето професионални стандарди во врска со здравјето на децата, од доење до скрининг за цистична фиброза.

Во поширок контекст, на светско ниво, здравјето на мајките и децата е еден од главните приоритети, со особено внимание кон примарната заштита. Примарната заштита, најмногу поттикната по конференцијата во Алма Ата, ги потенцира: имунизацијата на доенчиња, контролата на дијарејни заболувања, доењето и правилната исхрана, како и превенцијата на состојбите на недостаток. СЗО, УНИЦЕФ и голем број НВО дадоа свој придонес во развојот на примарната заштита во земјите во развој. Враќањето кон основите на здравствената заштита е придобивка и

во индустријализираните земји, бидејќи здравствените трошоци рапидно се зголемија во 70-тите и 80-тите години. Во САД, јавното здравство мора да се справи и со непокриеноста со здравствено осигурување на значителен дел од населението, дури и на крајот на 20-от век, а федералната влада се обидува да обезбеди здравствена заштита за околу 15% од вкупно 75 милиони американски деца, кои не поседуваат здравствено осигурување.

### **Фетален морталитет и морталитет на новороденчиња**

Според дефиницијата на СЗО и Националниот центар за здравствена статистика на САД, жив пород е целосна експулзија или екстракција на плод од мајката, без оглед на должината на бременоста, кое по одделувањето дише или покажува други знаци на живот како срцева работа, пулсирање на папочната врвца или ограничени мускулни движења, и без оглед дали папочната врвца е пресечена или плацентата е сè уште прилепена. Секој плод со ваков опис се смета за живородено. Породувањето може да биде опишано како спонтано вагинално, форцепс, вакуумска екстракција, царски рез или вагинално породување по претходен царски рез.

Фетална смрт или мртвородено е смрт настаната пред целосна експулзија или екстракција на плодот од мајката, без оглед на должината на бременоста. Смртта се утврдува откако по одделувањето, плодот не покажува никакви знаци на живот, односно дишење, срцева работа, пулсација на папочната врвца или ограничени движења на волевите мускули. За статистички цели, прикажан е бројот мртвородени на 20 недели или повеќе, односно на 28 недели и повеќе. Вториве се познати и како доцна фетална смрт. Други стапки на морталитет на доенчиња се дадени во рамка 6.4.

Вообичаено, стапката на смртност на новороденчиња е прифатен индикатор на здравствената состојба на населението за регионални или меѓународни споредби, поради тоа што го искажува кумулативниот ефект од социоекономски, еколошки и здравствени фактори. Индустријализираните земји имаат стапка на смртност на новороденчиња од 9, а некаде дури и 5 или 4 на 1000 новородени (табела 6.7). Обично, овие случаи се резултат на вродени аномалии и перинатални состојби и предвремено родени, кои најчесто умираат во првата недела од животот (рана неонатална смрт).

Во земјите во развој, најголемиот број неонатални смртни случаи се резултат на акутни респираторни инфекции, дијарејни заболувања, предвремено родени (ниска телесна тежина) и сè уште водечките сипаници и тетанус. Во земјите во развој, стапката на смртност на новороденчиња е преку 30 на 1000 новородени, со високи стапки на неонатален и постнатален морталитет. Превенцијата со имунизација, доење и дополнување на исхраната, контрола на акутните респираторни инфекции, употреба на орална рехидратациска терапија за дијарејни заболувања, е



ефикасна во постнаталниот период. Неонаталниот морталитет може да се намали со намалување на бројот новороденчиња со ниска телесна тежина преку добра исхрана и пренатална грижа за мајката, минимизирање на неонаталните повреди и обезбедување добра грижа веднаш по раѓањето. Сите овие заедно претставуваат пакет услуги за преживување на новороденото, што е еден од главните мотиви на јавното здравство.

Соединетите Држави го потенцираат насоченото јавно-здравствено програмирање во обидот да се обезбедат услуги за луѓето без пристап до претплатничка здравствена заштита. Федералните здравствени институции поставија цел за намалување на смртноста на новороденчиња, а го проширија пристапот до пренатална и постнатална грижа за да ја постигнат оваа цел. Од 1950 до 1995 година, неонаталниот морталитет во САД опаѓа од 29,2 на 7,6 на 1000 новородени - намалување за 79%. САД во своите здравствени цели поставени во 1979 година, со стапка на смртност на новороденчиња од 15, зацрта намалување на оваа стапка на не повеќе од 9 на 1000 новородени во 1990 година, и ова е речиси постигнато. Сепак, стапките на смртност значително се разликуваат за белите

#### РАМКА 6.4 СТАПКИ НА МОРТАЛИТЕТ КАЈ НОВОРОДЕНЧИЊА

1. Стапка на мртвородени = 
$$\frac{\text{број мртвородени}}{\text{вкупно живородени + мртвородени (годишно)}} \times 1000$$
2. Стапка на перинатален морталитет = 
$$\frac{\text{број мртвородени + умрени во првата недела од животот}}{\text{вкупен број живородени (годишно)}} \times 1000$$
3. Стапка на ран неонатален морталитет = 
$$\frac{\text{број умрени во првата недела од животот}}{\text{вкупен број живородени (годишно)}} \times 1000$$
4. Стапка на доцен неонатален морталитет = 
$$\frac{\text{број умрени меѓу 7 и 28 дена од животот}}{\text{вкупен број живородени (годишно)}} \times 1000$$
5. Неонатален морталитет = 
$$\frac{\text{број умрени до 28 дена од животот}}{\text{вкупен број живородени (годишно)}} \times 1000$$
6. Постнеонатален морталитет = 
$$\frac{\text{број умрени меѓу 28 и 364 дена од животот}}{\text{вкупен број живородени (годишно)}} \times 1000$$
7. Стапка на смртност на новородени = 
$$\frac{\text{број умрени од раѓање до 364 дена}}{\text{вкупен број живородени (годишно)}} \times 1000$$

ТАБЕЛА 6.7 Морталитет на новороденчиња,<sup>a</sup> по расна припадност, САД и процентуална промена 1950-1995

население, морталитет	1950	1960	1970	1980	1990	1995	% промена 1950-1995
бело, неонатален	19,4	17,2	13,8	7,5	4,8	4,1	-79
црно, неонатален	27,8	27,8	22,8	14,6	11,6	9,6	-65
бело, постнеонатален	7,4	5,7	4,0	3,5	2,8	2,2	-70
црно, постнеонатален	16,1	16,5	9,9	7,3	6,4	5,0	-69
вкупен мортал. на новород.	29,2	26,0	20,0	12,6	9,2	7,6	-74

Извор: *Health, United States*, 1998.

<sup>a</sup>изразено на 1000 живородени.

и црните новороденчиња. Иако стапките на смртност се намалија кај речиси сите етнички групи, кај црнечкото население тие се и натаму двојно повисоки од белото население, што укажува на социоекономските разлики и полошиот пристап до здравствена заштита кај црнечкото население (табела 6.7).

Синдромот на ненадејна смрт кај новороденчиња (СНСН) се јавува кај постари доенчиња и во втората година од животот. Во Велика Британија, овој синдром е причина за 45% од постнаталните смртни случаи во 1990 година. СНСН може да биде резултат на најразлични причини, а еден од факторите на ризик е пушење во бременост. СНСН почесто се јавува во домови со полоши услови.

### РАМКА 6.5 ВОДЕЧКИ ПРИЧИНИ ЗА МОРТАЛИТЕТ НА НОВОРОДЕНЧИЊА

Развиени земји - МН < 20/1000

1. Вродени недостатоци
2. Синдром на ненадејна смрт
3. Предвремено раѓање/ниска телесна тежина
4. Синдром на респираторен дистрес
5. Ефекти кај новороденото од компликации кај мајката

Земји во развој - МН > 30/1000

1. Акутни респираторни инфекции
2. Дијарејни болести
3. Предвремено раѓање/ниска телесна тежина
4. Сипаници
5. Ефекти кај новороденото од компликации кај мајката
6. Неонатален тетанус

## ГРИЖА И ИСХРАНА НА ДОЕНЧИЊА

Новороденчето е целосно зависно од здравата мајка и поддршката на семејството и здравствените работници. Физичката и емотивната топлина, чистотата и поврзувањето со мајката се важни во грижата и исхраната (види Поглавје 8). Здравата исхрана на доенчето е од витално значење во грижата за новороденото и примарната здравствена заштита, и е еднакво важно за доенчето како и имунизацијата, контролата и превенцијата на заразните заболувања. Затоа, има важно место во едукацијата на мајката и обуката на здравствениот работник.

Доенењето треба да се започне од првиот момент и да се поттикнува како единствена исхрана во текот на првите 4-6 месеци, бидејќи содржината на мајчиното млеко е идеална храна и имунолошка заштита на доенчето. Во најдобри услови, доенчето треба да се дои до една година или повеќе. Витамините А и Д треба да се даваат секојдневно по втората недела од животот, за да се спречи клиничка и субклиничка дефициенција и кај доенчињата на мајчино и на вештачко млеко.

Превенцијата на сидеропенична анемија е важна, поради нејзините ефекти врз доенчиња на 6-24 месечна возраст, кога се одвива рапиден развој на мозочните и психомоторните функции. Феропрепарати треба да се даваат на сите доенчиња (од 4 до 12 месеци кај бебиња со нормална телесна тежина и од 2 месеци кај бебињата со ниска телесна тежина), во форма

### РАМКА 6.6 ПРЕПОРАЧАНА ИСХРАНА И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ИСХРАНАТА ЗА НОВОРОДЕНЧИЊА



на храна богата со железо, вештачко млеко збогатено со железо или фармацевтски формулации. Ако доенчето не прима млеко збогатено со железо, тогаш потребно е да му се дава феросируп, збогатен со витамин Ц, на возраст од 4 до 12 месеци во дневна доза од 7-15 мг, во зависност од тежината. Секундарната превенција опфаќа скрининг на сите доенчиња на возраст 9-12 месеци, за одредување на нормалноста на хемоглобинот и евентуалната потреба од дополнителна интервенција.

По прекилот на доењето, се препорачува давање феропрепарати до едногодишна возраст. До едногодишна возраст треба да се избегнува кравјото млеко. Житните растенија збогатени со железо и витамини, заедно со овошјето, зеленчукот, месото и јајцата се неопходни за оптимален развој и превенција на дефициентни состојби на витамини и минерали. Подоцна во првата година, доенчето треба да почне да јаде заедно со своето семејство.

Физичката и емотивната љубов на мајката, таткото и семејството даваат безбедност и стимул кои му се потребни на доенчето за физички, интелектуален и емотивен развој. Играњето и зборувањето со бебето го поттикнува правилниот развој.

Имунизацијата е опфатена во Поглавје 4, каде е дадена деталната имунизациска програма на САД. Иако постојат повеќе начини на вакцинација и многу дилеми по ова прашање, сепак, имунизацијата на доенчето е од големо значење за успешна здравствена програма за деца, како во најраната, така и во предучилишната возраст.

## РУТИНСКО СОВЕТУВАЊЕ

Важен елемент на улогата на педијатарот, семејниот лекар или друг здравствен работник е советување на родителите околу очекуваните настани во секоја фаза на развојот на детето. Тука припаѓаат и предупредувањата за можните потешкотии и справувањето со нив. Американската академија за педијатрија објави детални упатства за здравствениот работник, каде се опфатени сите прашања од најрано детство до адолесценција (види веб-страница: <http://www.aap.org/>).

## ДОКУМЕНТАЦИЈА, ДОСИЕ И СЛЕДЕЊЕ

Стандардизираните педијатриски досиеја со разбирлив формат се значајни за примарната заштита бидејќи помагаат за одржување одреден степен на детска и превентивна заштита на национално ниво (табела 6.8). Со нив, зафатените здравствени работници можат лесно да се снајдат, да ја подобрат законската заштита и да ги одржуваат бараните стандарди. Во секој здравствен систем, вклучувајќи ги и приватните здравствени организации, треба да им се обрне особено внимание на форматот на досиејата и обуката за нивна употреба.

Добро дизајнираното досие за здравјето на детето, бара од здравствениот работник придржување кон одредена стандардна здравствена заштита. Со него се обезбедува континуитет на грижата, дури и во услови на епизодни посети на здравствената установа или посета на различни здравствени установи. Здравствениот работник црпи информации од досието за историјата на пациентот, кои може да имаат клиничко или епидемиолошко значење. Некои досиеја се дизајнирани да го следат детето до адолесценција, додека други се фокусираат на детето до училишна возраст, по што се оформува друго досие. Досието за детето кое го поседува и носи мајката (т.н. “картон за пат до здравјето”, “road to health cards”), ѝ овозможува на мајката да ги има сите информации

ТАБЕЛА 6.8 Компоненти на педијатриско досие (новородено, доенче, предучилишна и училишна возраст)

<b>I. Лични податоци</b> Мајка: име, возраст, брачен статус, образование, професија Татко: име, возраст, брачен статус, образование, професија адреса, тел. број на здр. осигур. семејство: родители, браќа/сестри	<b>II. Бременост/раѓање</b> гестација место на раѓање датум на раѓање телес. тежина пород. го извршил состојба при пород. и 1 до 5 мин: Апгар	<b>III. Фактори на ризик</b> ниска тт претходна нега број на рожба семеен статус: самохран родител општ. состојба домашни услови сем. мед. историја општа оценка за ризичност
<b>IV. Раст: криви на раст според НЦЗС</b> тежина висина тежина за висина обем на глава	<b>V. Имунизација: дози, датум, реакции</b> БСЖ хепатит Б ДТП ОПВ ИПВ СЗР Хиб варицела, ротавирус	<b>VI. Исхрана, возраст на додавање</b> доене: должина формула витамини А и Д железо додатоци: цврста храна, житарици, овошје, зеленчук, јајца, месо
<b>VII. Детски болести</b> дијарејни: возр., траење респир: возр., траење хоспитализации операции друго	<b>VIII. Развој</b> слух вид комуникација односи со семејството насмевка, рефлекс на допир тркалање седење, лазење стоење, одење говор: зборови, изрази друго	<b>IX. Медицински прегледи</b> при раѓање 6 недели 3 месеци 6 месеци 12 месеци 24 месеци 36 месеци 48 месеци предучилишна возраст училишни прегледи
<b>X. Резиме на фактори на ризик</b> општествени семејни генетски медицински друго	<b>XI. Лаборатор. наоди</b> ПКУ (фенилкетонур.) хипотиреоидизам хемоглобин друго	<b>XII. Забелешки</b> документација, развој, рутински прегледи, болести и пружена помош

за детето во текот на раното детство и адолесценцијата и е замислено да ги содржи сите основни податоци на едно картонче, по можност во пластифицирана или вкоричена форма. Постојат повеќе видови дизајн, но најважно кај секој од нив е лесното читање и разбирање на основите податоци од страна на здравствениот работник. Одржувањето здравствено досие од страна на мајката е важен елемент на успешното користење на податоците.

Физичкиот развој, во однос на телесната висина и тежина за одредена возраст и психо-социјалните индикатори на развојот треба да бидат внимателно регистрирани во најраното детство, при посетите на здравствената установа заради имунизација. Растот е добар маркер на здравствената состојба. Кривите на раст, кои ги препорачува СЗО, ги вовеле Националниот центар за здравствена статистика на САД, а се изработени за здраво бело американско население од средна класа. Овие се оптимален или “златен стандард” за меѓународна употреба, наспроти локалните стандарди, кои може да се однесуваат на потесно население. Националниот центар прави ревизија на стандардните криви на раст, врз основа на поголем групен примерок. И што е најважно, новиот систем нуди надворешен стандард, заради споредување на промените во специфични локални услови.

И покрај спротивставените мислења за употребата на меѓународни или локални стандарди (види Поглавје 8), постои консензус за потребата од следење на растот и навремена интервенција онаму, каде што дете или група деца покажуваат знаци на неправилен или недоволен раст. Недоволниот раст е резултат на недоволна исхрана или прележана болест, која може да биде со посериозен исход во случај на несоодветна исхрана, како на пример висок mortalitet од сипаници или други инфекции кај деца со недостаток на витамин А. Неправилниот раст е медицински ургентна состојба, која бара целосна и навремена евалуација и интервенција.

## ПРЕДУЧИЛИШНА ВОЗРАСТ (1 ДО 5 ГОДИНИ)

Предучилишното дете поминува низ фаза на брз раст и развој. Американската академија за педијатрија препорачува здравствени прегледи на возраст од 12, 15 и 18 месеци, и на 2, 3, 4 и 5 години (Комитет за психо-социјални аспекти на здравјето на детето и семејството, 1985-1988, Американска академија за педијатрија, 1988). Здравствениот преглед опфаќа процена на степенот на развој и физичката состојба, како и преглед на забележаните состојби од страна на родителите. Покрај општиот систематски преглед, треба да се проверат и слухот и присуство на очен страбизам. Во прегледот влегува и процена на однесувањето преку интервју и опсервација. Здравствениот работник треба да ги користи овие прилики за проверка на забележаните состојби од страна на родителите,

како и да пренесе информации за здравствените потреби на детето. Нестандардните наоди во физичката состојба и развојот треба да бидат упатени во посоодветни здравствени установи за следење на детскиот развој. Хемоглобинот (или хематокритот) и урината треба да се проверат барем еднаш во периодот од 18 месеци до 5 години.

Советувањето за вообичаените здравствени проблеми на детето (на пр. плачење во сон), безбедноста и стимулацијата на детето треба да се дискутираат со родителите при секоја од овие посети. На оваа возраст голема е опасноста од незгоди. Превенцијата на ненадејни падови, труење, аспирација на храна, повреди од електрична струја, изгореници и попарување со врели течности, бара соодветен однос и безбедносни мерки во домот. Родителите треба да знаат како да им ја објаснат безбедноста на своите деца и како да го направат домот безбеден за нив (употреба на безбедносни кваки на ормарите, затворање штекери и други електрични извори, заклучување на хемиските средства за домаќинство или отстранување на отровните куќни растенија). Знаци на злоупотреба или малтретирање на дете, особено модринки и повреди без соодветно објаснување, треба веднаш да се пријават во полиција или установа за социјална работа. Дел од грижата за добро здравје се: процена и советување во врска со проблеми со апетитот и исхраната, учење за употреба на тоалет, проблеми со одвојување на детето од мајката, однос кон родителите и другите деца, разгалено однесување, исхрана и психомоторен развој.

Физичката и емотивната добросостојба на детето до училишна возраст е клучна детерминанта на неговото/нејзиното здравје и понатамошни капацитети. Целосно извршена имунизација, соодветна исхрана, дополнета со есенцијални витамини и минерали, и навремено и соодветно лекување на настанатите инфекции се неопходни елементи. Топлината и комуникацијата, вклучувајќи и зборување и читање на детето за да се поттикне љубов кон книги, слики и музика, се дел од потребната стимулација и игра. Дури и на подготвените и грижливи родители им се потребни упатства, совети и поддршка од здравствениот работник, за да се осигура оптимален развој на детето.

Заедницата и државата играат важна улога во безбедноста и здравјето на децата. Задолжителните безбедносни мерки за деца може да спасат бројни животи и да ги намалат стапките на смртност на деца. Тука припаѓаат правилна употреба на автомобилско детско седиште, пакување лекови и отровни материи во безбедна амбалажа, програми за напуштање на употребата на олово, забрана за употреба на запалливи материјали во детска облека, стандарди за безбедност на детски играчки, надзор на предучилишни установи и квалифицираност на наставничкиот кадар.

Злоупотребата на деца е сè почеста појава кај сите детски возрасти и во сите социоекономски групи. Во превентивни мерки припаѓаат подигање на јавната свест преку едукација, а во поново време и преку обврска на наставниците, социјалните работници и лекарите за пријавување на знаци на злоставување. Казнувањето на родителите или старате-

лите кои ги злоупотребуваат своите деца, со притвор или други мерки, сè повеќе се применуваат, но скриеното физичко, психичко или сексуално злоставување е многу почесто од мислењето кое владееше порано. За безбедност на домот, училиштето и игралиштата, потребни се бројни активности на заедницата, почнувајќи од задолжително носење шлем при возење велоспед или играње одредени спортови, употреба на автомобилски детски седишта и појаси при возење, па сè до мерки за спречување пристап на децата до огнено оружје.

Во повеќето индустријализирани општества, голем дел од жените работат вон домот, така што грижата за детето ја презема предучилишна установа, каде здравствените фактори може да бидат и позитивни и негативни. Потенцијалот за ширење заразни заболувања меѓу децата кои посетуваат установа е голем, а може да се јават и епизоди на труење со храна. Во САД, децата кои одат во предучилишни установи со овластување за работа, заболуваат од дијарејни болести три до четири пати почесто од децата кои не посетуваат организирани установи. Една финска студија (1984-1989), покажува дека меѓу 41 и 85% од случаите на настинка, воспаление на средно уво и пневмонија кај деца до едногодишна возраст, се јавуваат кај деца кои посетуваат предучилишни установи за дневна грижа, наспроти домашната грижа. Од друга страна, децата кои одат во преучилишна установа, имаат поголеми шанси за интеракција со воспитувачите и другите деца, а со тоа и за развој на социјални вештини, правилна исхрана и професионално внимание. Во предучилишните установи се очекува едукација за хигиена, исхрана и здравствени услуги, меѓу кои и имунизација и процена на развојот на детето. Ваков вид услуги ќе им помогне на родителите да ги согледаат и задоволат емотивните и здравствените потреби на своето дете.

Вредноста на предучилишното образование, особено кај деца од полошо социо-економско окружување, е докажана преку следењето на децата кои учествуваа во програмата *Борба против сиромаштијата* во 1960-тите во САД. Децата од полоши социоекономски услови кои учествуваа во програмата, покажуваа подобри резултати на училиште и во помал процент имаа криминално досие, од децата во исти услови, но кои не учествуваа во програмата. Ова сознание доведе до намалување на трошоците за специјално образование и поддршка од заедницата.

Предучилишните прегледи и скрининг на проблеми во развојот, перцепцијата и однесувањето, може да им помогнат на родителите и наставничкиот кадар. Во употреба се бројни тестови, но тие може да бидат контроверзни, во зависност од содржината и очекуваната вредност. Некои од нив се специфични за одредена култура, па не може да се применат во сите општества без претходна адаптација. Поддршката, стимулацијата и водењето се можеби специфични за секоја култура, но се неминовно потребни на секое дете.



## ЗДРАВЈЕ ВО УЧИЛИШНА ВОЗРАСТ И АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

Децата на училишна возраст се среќаваат со многу проблеми, меѓу кои и одреден број јавно-здравствени прашања. Централната улога на јавното здравство во однос на ова младо население се однесува на изградба на животен стил со здрави навики и избегнување на ризичното однесување. Јавно-здравствените напори за намалување на предвремениот смрт кај тинејџери (табела 6.9), мора да бидат во согласност со образовните, општествените и полициските власти. Обидите за праќање порака до овие групи изложени на ризик, треба да вклучуваат популарни личности од спортот и музиката, кои ќе направат позитивен впечаток за преминот на тинејџерите во возрасни луѓе. Потребна е разработка на образовен пристап кон младите и тинејџерите изложени на ризично однесување.

ТАБЕЛА 6.9 Вкупен морталитет кај деца и младинци,<sup>a</sup> САД и процентуална промена, 1950-1996

возраст	1950	1960	1970	1980	1990	1996	% промена 1950-1996
1-4	139	109	85	64	47	38	-73
5-14	60	47	41	31	24	22	-63
15-24	128	106	128	115	99	90	-30

Извор: *Health, United States*, 1998.

<sup>a</sup>изразено на 100.000 население во секоја возрасна група (со заокружување)

Училишната здравствена програма треба да обезбеди здрава и безбедна средина за децата, каде припаѓаат и санитација, безбедност од насилиство, контрола на температурата и објекти за спорт и рекреација. За здрав развој, на децата на училишна возраст им е потребна физичка активност во состав на образовниот процес. Училишните оброци придонесуваат кон добрата исхрана, учењето и постигнатите резултати кај децата и адолесцентите.

Здравственото следење подразбира потврда за целосно извршена имунизација во предучилишна возраст и натамошно одржување со дополнителни дози во основното, средното и по завршување на средното образование. Најчести параметри на систематскиот преглед се: раст, вид, слух, сколиоза и туберкулински тест.

Јавното здравство треба да го користи потенцијалот за здравствена едукација во образовните установи, преку воведување на здравствено образование во рамките на редовниот курикулум и подготовка на наставниот кадар за целите и содржините на ваков предмет. Во првите години од образованието, предметот може да изучува безбедност (пожари и сообраќај), орална хигиена (флуориди, миење заби и употреба на забен конец), здрава исхрана, хигиена, телесни функции и здрав начин на

### РАМКА 6.7 СОДРЖИНА НА УЧИЛИШНАТА ЗДРАВСТВЕНА ПРОГРАМА

1. Здрава, чиста и безбедна училишна средина;
2. Здравјето како тема во наставната програма;
3. Итна здравствена помош во училиштата;
4. Физичко образование/активности;
5. Образование за деца со специјални потреби/инвалиди со редовна наставна програма;
6. Обука и надзор на наставниот кадар за здравствените содржини во наставната програма;
7. Едукација за исхраната, превенција и откривање на нарушувања во исхраната;
8. Програми за училишен појадок и ручек;
9. Едукација за семеен и сексуален живот/родителство/контрола на раѓање;
10. Едукација и превенција на СПБ и ХИВ;
11. Превенција и пријавување на насилство и сексуална злоупотреба;
12. Безбедносни мерки - превенција на пожари, превенција на трауматски настани кај пешаци, возачи или патници, превенција на домашни несреќи, безбедно користење на базени и други водни површини;
13. Подигање на свеста за штетите од злоупотреба на материји, како на пример пушење;
14. Лична хигиена и хигиена на околината;
15. Физичко воспитание и навика за спортување;
16. Обука за прва помош и реанимација;
17. Контрола на заразни заболувања;
18. Душевно и емотивно здравје - превенција на самоубиства и насилство;
19. Сфаќање на важноста на здравјето во заедницата;
20. Сфаќање на важноста на здравјето во семејството (на пр. грижа за постари лица);
21. Сфаќање на важноста на животната средина и здравјето;
22. Промовирање на волонтерството во здравството.

Извор: Извадок од работата на еден комитет за училишно здравје.

Веб-страница на Американската академија за педијатрија <http://www.aap.org> и <http://www.schoolhealth.org/cshcap.htm> и веб-страница на Американската асоцијација за училишно здравје <http://www.ashaweb.org/>.

живот (спиене и физичка активност). Во продолжение, наставниот кадар може да се обучува за откривање на злоупотребата кај деца, самоубиствени или насилни тенденции, нутриционален статус и користење дрога. Превенцијата на насилство стана значајна тема на образовниот систем и во основното и во средното образование.

ТАБЕЛА 6.10 Возрасно-зависен морталитет од самоубиства, убиства и сообраќајни незгоди,<sup>a</sup> кај мажи на возраст 15-24, САД, 1950-1996

група	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1993	1996
белци								
сообр.незгоди	58	63	75	74	57	53	44	42
убиства	4	4	8	16	11	15	17	14
самоубиства	7	9	14	21	22	23	23	21
црнци								
сообр.незгоди	42	46	58	35	32	36	34	35
убиства	59	46	103	84	66	138	167	123
самоубиства	5	4	11	12	13	15	20	17

Извор: *Health, United States*, 1998.

<sup>a</sup>изразено на 100.000 жители. Во убиства припаѓаат и "законски интервенции"

Здравствените програми во средното образование треба да обрнат внимание на личното однесување, комуникацијата со поединци и во семејството, сексуалните односи, правото да се каже не (при изложеност на притисок за консумирање алкохол, земање дрога или сексуални активности), одговорноста кон родителите, контрацепцијата, и превенцијата на СПБ и ХИВ. Превенцијата на незгодите е исто така важна во оваа популациска група, како што се безбедност при спортување, превозни средства, на работа, и безбедноста како животна навика.

Преадолесцентите и адолесцентите се предмет на општествени притисоци кои ги наведуваат на рана сексуална активност, пушење, употреба на дрога, болести на исхраната, незгоди, самоубиство и насилство. Училиштето е важен дел од нивниот живот и игра образовна и општествена улога во формирање понекогаш и на доживотни навики. Активното учество на учениците во здравствените проблеми треба да биде дел од нивниот училишен курикулум. Здравствените одбори на ученици, наставници и родители се начин на кој може да се поттикне свеста и развојот на програми со учество на заедницата.

Дел од редовните обврски на училиштето е идентификацијата на специјалните потреби на физичките или душевните инвалиди. Наставничкиот кадар треба да биде обучен, а установите приспособени за прифаќање деца со специјални проблеми, односно физички или општествени нарушувања, од лоша исхрана до злоставување.

Здравјето на учениците, адолесцентите и младината во многу земји е доведено на повисоко ниво со подобрена санитација, вакцинација и ис-

храна. За сите овие возрасни групи, стапките на смртност се намалени, но најмногу кај децата на предучилишна возраст и во првите години од образованието (табела 6.9). Здравствената состојба на тинејџерите и младината е исто така подобрена, но проблемот со траумата и нејзините различни форми останува и натаму, однесувајќи голем број млади животи.

Адолесценцијата е тежок и опасен период на премин од детско во возрасно доба. Тинејџерот се чувствува несигурен, но бара независност и одговорност за сопствена добросостојба. Оваа смеса на чувства предизвикува бурен личен и семеен период, во кој дебнат голем број физички и душевни здравствени опасности. Насилство, незгоди и самоубиство се главните причини за смрт кај оваа возрасна група, особено кај машките. Сексуалната активност носи опасност од прерана бременост, СПБ, инфекција со ХИВ, особено ако е во игра и илегална дрога. Поединецот сам мора да изгради став и да преземе одговорност кон секоја од овие категории, со поддршка на семејството, образовниот систем и јавно-здравствениот систем.

Во табелата 6.10 е прикажан опаѓачкиот тренд на морталитетот кај адолесценти и млади (возраст 15-24 години) во САД. Иако се забележува опаѓање на морталитетот и кај белото и кај црнечкото население, сепак во доцните 80-ти години од 20-от век видливо е нагло зголемување на смртноста од убиства кај црнечката младина. Неуспехот во постигнување на американската здравствена цел во однос на морталитетот во возрасната група 15-24 години (<85 на 100.000 жители до 1990 година), е пред сè поради присутното насилство. Стапките на смртност од сообраќајни незгоди, убиства и самоубиства се намалуваат во 90-тите, но и натаму претставуваат сериозен здравствен проблем поврзан со ризичното однесување на тинејџерите и младите момчиња (види Поглавје 5).

Во здравствените цели на САД за 2000 година влегува и намалување на морталитетот од самоубиства на 11 лица на 100.000 жители кај лица на возраст 15-24 години, и тоа главно со унапредување на здравјето и едукација, но и преку учество на заедницата и построги законски мерки за превенција на огненото оружје во училиштата. Самоубиството е седма причина за морталитет на мажите во Канада и котира исто со морталитетот од сообраќајни незгоди, а повисоко од морталитетот од дијабет. Младите мажи се најризична група за самоубиства во Северна Америка и Европа, каде во некои земји, како на пример Унгарија, Финска и Шведска, се екстремно високи.

Пушењето, алкохолот и дрогата се меѓу најзастапените придружни фактори за болест и смрт во современото општество. Овие форми на лично однесување или “фактори на начинот на живот” кои предизвикуваат болест и предвремена смрт, претставуваат голем општествен товар. Најчесто започнуваат во доцното детство, преадолесценцијата или адолесценцијата, а нивните здравствени ефекти имаат влијание и во возрасното доба. Ризичното однесување на младите е важен аспект во следењето на здравствената состојба на населението, која се согледува преку податоците од периодични анкети (Центри за контрола на болести, 1996).

*Пушење.* Пушењето придонесува за кардиоваскуларни заболувања, рак на белите дробови и други болести. Американскиот главен лекар - советник за јавно здравство во својот Извештај за пушењето и здравјето, објавен во 1964 година, ги потенцираше сè поголемиот број докази за централната улога на пушењето во настанување на хроничните болести. Последователните извештаи ги демонстрираа продолжените последици од пушењето и застапеноста на пушачи кај различни возрастни групи. Најчесто, првата цигара се запалува пред 18-годишна возраст и најголемиот број адолесценти - пушачи се никотински зависници. Во 1995 година, една шестина од учениците од деветто до дванаесетто одделение во САД се редовни пушачи. Постојат препознатливи психосоцијални фактори на ризик од пушење. Сеопфатните проекти покажаа дека со јавно-здравствени напори може драстично да се намали пушењето кај адолесценти. Во 1997 година, анкетата за набљудување на ризичната младина, што ја спроведе ЦКБ во сите 50 држави и Колумбија, покажа дека преку 70% од средношколците барем еднаш запалиле цигара; 36% се актуелни пушачи и 17% често запалуваат цигара. Редовното пушење се зголемува од 28% во 1991 на 43% во 1997 година. Преку 42% од сите средношколци запалиле цигара во последните 30 дена пред спроведувањето на анкетата.

*Консумирање алкохол.* Алкохолот е дел од човековата култура уште од почетоците на цивилизацијата. Прекумерната употреба предизвикува сериозни здравствени проблеми и кај поединецот и во општеството. Ефектите од консумирање алкохол може да бидат акутни, хронични или да се однесуваат на самата зависност. Опивањето (пиење пет или повеќе дози одеднаш) е закана за оној кој пие, неговите пријатели и околината, бидејќи е поврзано со насилство, самоубиство, професионални повреди и сообраќајни незгоди. Кај алкохоличарите се забележани поголеми стапки на смртност од сите причини, во однос на останатото население. Во САД во 1988 година, 5% од вкупниот морталитет е резултат на употреба на алкохол, односно 1,5 милиони ГЗПЖ до 65-годишна возраст и 3 милиони вкупни ГЗПЖ. Алкохолот влијае на сите органи и е придружна причина за настанување на многу болести, како на пример хипертензија, удар, коронарна срцева болест, рак на црн дроб, хранопроводник, грло, бели дробови, желудник, дебело црево и дојка. Влијае и на репродуктивниот систем, предизвикувајќи аменореа, ановулација, предвремена менопауза и раѓање новороденчиња со ниска телесна тежина или фетален алкохолен синдром. Во 1997 година, 52,7% од средношколците пробале алкохол, а 31,3% консумираат големи количества (пет или повеќе дози одеднаш, еднаш или повеќе во последните две недели).

*Употребата на дрога.* Земањето дрога не е нов проблем, но е широко распространет во повеќето индустријализирани земји. Адолесценцијата е период на експериментирање, интензивен општествен притисок и приклучување кон ризично однесување. Со распространетоста на разни

видови нелегална дрога и други штетни материи во САД, смртноста од дрога кај млади луѓе се зголеми од 3,8 на 100.000 жители во 1987 на 4,1 во 1989 година. Кокаинските итни случаи во САД се зголемија од 29.000 во 1985, на 80.000 во 1990 и 142.000 во 1995 година, од кои 2.000 кај лица на возраст 6-17 години и 22.000 кај 18-25 години (Health, United States, 1998). Адолесцентите користат средства како лепак (или други инхаланти), марихуана и “тешки дроги”, како хероин или “крек”. Во 1997 година во САД, 23,7% средношколци и 10,2% основци употребиле марихуана барем еднаш во месецот пред анкетата. Според истата анкета, барем еднаш употребиле кокаин (2,3%) и инхаланти (2,5%).

Зависноста од дрога наметнува порив за употреба на дрога и доаѓање до неа по секоја цена и на секаков можен начин, и бара зголемување на дозата заради постигнување на саканиот ефект. Постои физичка и/или психолошка зависност од ефектите на дрогата. Дрогата има разорни ефекти врз семејството и заедницата, поради зголемен стрес, насилство и криминал. Употребата на дрога може да биде од љубопитство, за рекреација, само во дадени ситуации, интензивна и опсесивна. Употребата од љубопитство е најчест вид и е поттикната од желбата да се искуси едно ново расположение. Рекреативната употреба е по желба, но без изразена зависност на корисникот. Пример за употреба во дадени ситуации е употреба на амфетамини кај студентите заради подобри резултати на училиште, или возачите на камиони на долгите патувања. Интензивната употреба на дроги е дневна употреба на седативи, барбитурати или средства за смирување, заради намалување на стресот или подобрување на работоспособноста. Поединецот останува интегриран во општествениот и економски контекст. Опсесивната употреба е со голема зачестеност и доминантна физичка и/или психичка зависност. Се работи за тешки корисници, чиј живот е зависен од дрогата и нејзиното финансирање. Оваа состојба доведува до уште посериозни здравствени проблеми, како на пример давање сексуални услуги за дрога, неупотреба на кондоми, повеќекратно заедничко користење игли, лоша хигиена и лоша исхрана. Трансмисијата на хепатит, СПБ и ХИВ се чести. Во светот на дрогата, честа појава се апсење, притвор, повреди или смрт од насилство.

*Ризично сексуално однесување.* Ризичното сексуално однесување кај адолесцентите вклучува непланирана бременост и родителство, СПБ и несоодветна подготовка за возрасното доба. Едукацијата за превенција на овие состојби е значаен елемент на училишните здравствени програми. Потребни се национални напори за намалување на употребата на деца за проституција, обезбедување грижа за побегнатите од дома, за бездомните и уличните деца, како и регулирање на стандардите за грижа за сирачиња или хендикепирани деца во институции. Овие проблеми се најакутни во Јужна Америка и југоисточна Азија. ХИВ/СИДА-та зема голем замав меѓу тинејџерите, проститутките, возачите на камиони, војската, а сè повеќе и кај општото население.

Тинејдерите практикуваат сексуални односи, и тоа 53% од американските средношколци имале сексуален однос барем еднаш во животот, 18% имале четири или повеќе партнери, а 38% биле сексуално активни во време на анкетањето. Меѓу овие, само половината користат кондом, а 17% контрацептивни средства. Ризикот од СПБ и ХИВ е најчесто поврзан со ризично сексуално однесување и употреба на дрога.

*Ризично однесување во исхранајта.* Само околу 27% од средношколците во САД ги примиле препорачаните дневни вредности на овошје и зеленчук во последните 24 часа пред анкетата во 1995 година. Околу 28% мислат за себеси дека се дебел, а 41% се обидуваат да држат диета. Повраќање или употреба на лаксативи за намалување на телесната тежина е практика кај 8% од девојчињата и 2% од момчињата. Болестите на недостаток, како што е сидеропеничната анемија, се честа појава кај девојчињата поради диетите за слабеење наспроти зголемената потреба за железо за надополнување на загубите во менструалниот циклус.

Нарушувањата во исхраната се честа појава кај девојчињата на тинејдерска возраст, поради трендот да се биде манекенски тип. Честопати се фаќаат во затворен круг на анорексија или булимија, кои може да бидат фатални, или да се јават во поумерени форми кои се крајно трауматизирачки за тинејдерот и за семејството. Овие состојби се забележуваат кај околу 5% од девојчињата на оваа возраст, а се среќаваат и кај жени кои професионално се занимаваат со атлетика, балет или манекенство. Преухранетоста која предизвикува здебелување, исто така доведува до хронична меланхолија. Превенцијата подразбира едукација, навремено откривање на потенцијалните случаи и упатување на советување и групна терапија.

*Физичка активност.* Приближно две третини од американските ученици имале некаква физичка активност три или повеќе дена во текот на неделата пред анкетата, 60% биле на часови по физичко воспитување, а половина учествувале во тимски спортови во нивното училиште. Гојазноста кај деца и тинејдери е во пораст; кај момчиња на возраст 6-8 години се зголемува во периодот 1963-1965 година на 15,4%, во 1988-1994 година со сличен или помал процент кај децата на возраст од 9-11, 12-14 и 15-17 години. Кај девојчињата, процентот на гојазност е ист како кај момчињата, освен во групата од 15-17 години, каде е драстично помал. Оваа тенденција се поврзува со седечкиот начин на живот поради гледање телевизија и помал број индивидуални или организирани спортски активности.

*Насилно однесување и организирање во банди.* Тинејдерското насилство во индустријализираните и земјите во развој претставува сè поголем јавно-здравствен проблем. Алиенацијата, достапноста на дрога, оружје и модели на криминално однесување во општеството поттикну-

ваат насилство и организирање во банди или индивидуално искажување незадоволство, кои може да доведат до случајни и организирани претрелки или терористички напади.

## ЗДРАВЈЕ НА ВОЗРАСНИ

Здравјето на возрасните меѓу 25 и 64-годишна возраст е важно за благосостојбата на семејството и општеството. Повисоките стапки на смртност кај мажите во оваа возрасна група ја нарушуваат половата рамнотежа и доведуваат до поголема застапеност на женскиот пол во постарите возрасни групи. Предвремена смрт или инвалидитет кај мажите, најчесто значи загуба на голем дел од семејниот буџет, како и на продуктивноста во општеството. Поголемиот дел од непотребната загуба на машка сила може да се спречи со постоечките методи и техники на клиничката медицина и јавното здравство. За ова постојат примери на намалена смртност од срцеви заболувања и удар кај одредени возрасни групи. Возрасните мажи треба да подлежат на координирани напори на превенција и лекување заради намалување на ризиците и унапредување на здравјето.

Факторите на ризик кои придонесуваат за морбидитет и морталитет може да бидат внатрешни и надворешни. Внатрешни фактори се: возраст, пол и генетски карактеристики. Надворешните фактори се однесуваат на начинот на живот и околината. За подобрување на здравјето на возрасните потребни се широк спектар програми за примарна и секундарна превенција, фокусирани на надворешните фактори преку кои може да се намали ризикот за морбидитет и морталитет од хронични болести и траума (види Поглавје 5). Програмите за намалување на морбидитетот и морталитетот од хронични болести подразбираат:

1. Престанок со пушење;
2. Здрава исхрана (со малку масти, умерени количества јагленихидрати, многу овошје, зеленчук и растителни влакна);
3. Дополнување на исхраната со витамини и минерали (на пр. калциум, железо, витамин А, Б, Ц, Д, Е и други);
4. Дневна физичка активност (30-минутна умерена активност, пет пати во неделата);
5. Безбедност на патиштата (на пр. појаси, умерена брзина, забрана за употреба на алкохол);
6. Заштита при работа (на пр. заштитни шлемови и обувки, инспекција на безбедноста на работното место);
7. Намалување на насилството (на пр. контрола на огнено оружје, програми за рекреативни активности на адолесценти);
8. Медицински прегледи и специфичен скрининг (на пр. дијабет, глауком, мамограми, Папаниколау тест);



9. Скрининг и контрола на хипертензија кај целото население;
10. Скрининг и контрола на малигни заболувања кај високоризичните групи;
11. Справување со хронични болести како што се дијабет и глаукома;
12. Служби за душевно здравје и справување со општествен стрес;
13. Добра контрола и превенција на заразните заболувања;
14. Имунизација со дТ на сите возрасни, и против грип и пневмокок-на пневмонија кај ризичните групи (односно лица на 65-годишна возраст и хронични болни);
15. Социјални и рекреативни активности и групи за поддршка;
16. Вработување, економска можност и општествена еднаквост.

Здравствениот систем има обврска да ги поттикнува примарната превенција и скрининг програмите кои се потребни за намалување на негативните ефекти од болестите кои ја зафаќаат возрасната популација.

## ЗДРАВЈЕ НА ЖЕНАТА

Здравјето на жената е матрица за многу фактори што се однесуваат на плодноста, сексуалноста и општествените услови кои влијаат на здравјето. Традиционално, во периодот меѓу менарх и менопауза, здравствените потреби на жената се поврзувани со плодноста. Со повисок степен на образование и учество во работењето и други социјални промени, здравјето на жената сè повеќе вклучува и прашања што не се врзани само за плодноста (табела 6.11).

Од 80-тите години од 20-от век, здравствените потреби на жената добиваат поголемо внимание од страна на јавно-здравствениот сектор. Жените претставуваат најголем корисник на здравствени услуги, како и најголем дел од здравствените работници. Жените живеат подолго, посетуваат здравствени установи 25% почесто и се хоспитализираат 15% повеќе од мажите. Во индустријализираните земји, ракот на бели дробови кај жените стана водечка причина за смрт од малигни заболувања, надминувајќи го ракот на дојка. И покрај опаѓачкиот тренд на mortalitetот, срцевите заболувања се почести кај жените од очекуваното. Всушност, стереотипот за почеста срцева симптоматологија кај мажите одошто кај жените, може да доведе до несогледување на вистинската слика на проблемот.

Животниот циклус на жената меѓу менарх и менопауза подразбира психосоцијални и психолошки функции на плодноста. Менархот, предменструалниот синдром (ПМС) и менопаузата се поврзани со физички и психолошки стрес од клиничко и јавно-здравствено значење. Кога степенот на образование и свеста за зголемените здравствени потреби на жената се на доволно високо ниво кај семејството, соработниците и општеството воопшто, тогаш постојат поголеми шанси за посоодветно

ТАБЕЛА 6.11 Здравје на жената - ризици и превенција, по возрастни групи

Возраст	Поважни фактори на ризик	Скрининг/превенција
18-34	исхрана, сидеропенична анемија, недостаток на калциум и микроелементи нарушување на исхраната браќ и родителство бременост и грижа за детето самохрано родителство физичка активност самостојност, самоопределба сексуалност и контрола на раѓање СПБ и ХИВ сексуална безбедност, злоставување, силување психолошки ефекти од ПМС пушење, алкохол и дрога сиромаштија и економска состојба	советување за исхраната, дополнување на исхраната образование, поддршка од семејството и околината едукација и достапност на контрацептиви едукација за безбеден секс исхрана, вежбање, контрола на тт самоодбрана престанок со пушење предбрачно советување физичка активност работа, академска работа групи на поддршка засолништа за жртви на насилство и силување информирање на полицијата, социјалната служба, наставниот кадар
35-44	доцна бременост проблеми со одгледување деца браќен стрес, разделување, развод исхрана физичка активност домашно насилство гојазност малигни заболувања менопауза	советување и групи за поддршка скрининг/рак на дојка, цервикс на матка физичка активност, контрола на тт скрининг/гојазност, хипертензија, холестерол исхрана, припрема за менопауза (советување, хормон. терапија) имунизација (дТ)
45-64	менопауза рак (дојка, б. дробови) дијабет, хипертензија физичка активност депресија промена на раб. статус кардиоваск. болести вдовство, развод	период. мед. прегледи скрининг/дијабет, хипертензија, коскена маса скрининг/рак дојка, д. црево, цервикс скрининг/тироидеа и витам. статус советување за животни кризи имунизација (дТ), грип физичка активност, редовно вежбање планирање на пензионирањето

Извор: адаптирано од U.S. Preventive Task Force, 1996; Canadian Task Force за Periodic Health Examination, 1994.

приспособување на жената кон овие промени. Други здравствени проблеми кај жената од јавно-здравствено значење се сидеропенична анемија и нарушувања во исхраната (види Поглавје 8).

Здравјето на жената е условено од биолошки и општествени фактори. Жените во менопауза се изложени на болести поврзани со хормонскиот статус, како што се кардиоваскуларните болести и остеопорозата со придружните скршеници. Зголемената застапеност на душевни заболувања кај жените, особено анксиозност, депресија и нарушувања во исхраната, се поврзани со сопствениот имиџ, економските и општествените притисоци врз жената. Постпарталната и менопаузната депресија, притисоците од одгледувањето деца и работата и долгите периоди на осаменост поради распад на семејството или вдовство придонесуваат за зачестеност на душевните нарушувања. Поголемата улога на жената во

општеството резултира во зголемени приходи од вработување и кариера, поголема самодоверба, но и поголем стрес. Губењето на работното место може да има негативни последици врз здравјето, како од финансиски, така и од психолошки причини.

Скринингот за специфични малигни заболувања кај жените, на пример на дојка, јајници, матка и грло на матка, се значајни јавно-здравствени програми за рано дијагностицирање и лекување на овие состојби. Сексуално злоставување, насилство, самохрано родителство и вдовство се главните фактори за одредување на здравствените потреби на жената во заедницата. Жените поретко се предмет на истражувањата за хроничните заболувања. Генерализирање во однос на лекувањето и превенцијата се невозможни, ако согледувањата се засновани на испитувања кај машкото население. Овој проблем е особено видлив кај срцевите заболувања, кои честопати се присутни без јасни симптоми и кај срцеви удари од несоодветна контрола на хипертензијата.

Прашањата од здравјето на жената се поврзани со нивната улога во општеството, во однос на образованието, вработувањето и еднаквата платеност. Ставовите, обичаите, законите за правата на жените и нивното спроведување се различни во секое општество, а јавно-здравствените импликации се широко распространети. Во развиените земји, најголемиот број сиромашни се жените и нивните деца.

Во земјите во развој, здравјето на жената се соочува со низа проблеми, како што се високи стапки на смртност во мајчинство, СПБ, СИДА и недоволно планирање на семејството. Во некои делови на Африка, една третина од бремените жени се носители на ХИВ. Според проценките на СЗО, една четвртина од жените во светот се предмет на насилство и малтретирање во нивните домови, и тоа во Тајланд, Папуа Нова Гвинеја и Кореја над 50%, а во Пакистан и Чиле дури и до 80% од жените. СЗО проценува дека околу 85 до 115 милиони жени од земјите во развој имаат генитална мутилација, а околу 2 милиони млади девојчиња годишно поминуваат низ оваа процедура. Гениталната мутилација може да предизвика крварење, шок и инфекции. Долготрајни последици се пелвична инфламаторна болест, неплодност, психолошки нарушувања и сексуална дисфункција. Може да придонесе и за нарушени породилни болки, кои се најчеста причина за морталитет во мајчинство. Превенцијата подразбира промена во општествените ставови кон жените, нивното образование и место во општеството.

Пекиншката конференција за жените во 1995 година ги разгледа и прашањата за здравјето и репродукцијата на жените како најзагрижувачки теми. И покрај големите разлики во сфаќањата на конзервативните религиозни и либералните делегати околу контролата на раѓање и сексуалноста, беше постигнат консензус дека жената има право да одлучува за своето тело во врска со овие прашања. Насилството, нискиот степен на образование и економскиот развој беа исто така наведени како фактори што влијаат на здравствената состојба на жените и во развиените и во земјите во развој.

На здравјето на жената влијае социоекономскиот статус, образованието, информираноста, општествената еднаквост, можноста за вработување и вложувањата на жената во општествените и здравствените стратегии. Жената е носител на примарната нега и заштита во семејството во многу општества, но општествените услови може негативно да влијаат на нејзиното здравје. Местото на жената во општеството влијае на многу области, од плодност до организирана поддршка за децата на вработени мајки. Некои од овие прашања се политички контроверзни, со политички, верски, општествени и други импликации. Јавното здравство е длабоко инволвирано во овие прашања и има обврска за застапување, документирање и креативно раководење.

## ЗДРАВЈЕ НА МАЖОТ

Здравствената заштита на возрасните мажи не добива доволно внимание како здравјето на жената. Мажите се поподложни на предвремена смрт, имаат животен век околу 8 години покус од жените и се изложени на поголем ризик од разни болести, како кардиоваскуларни и малигни заболувања, насилство и траума, самоубиство и професионални заболувања (табела 6.12).

ТАБЕЛА 6.12 Здравје на мажот - ризици и превенција, по возрасни групи

Возраст	Поважни фактори на ризик	Скрининг/превенција
20-34	траума, незгоди, убиство, насилство самоубиство алкохол, дрога сексуални проблеми, СПБ емотивни проблеми пушење масна исхрана-холестерол недоволно вежбање браќ и родителство	советување за исхрана, дополнување на исхраната закопи за пиење при возење, сигурносен појас, закопи за заштитни шлемови сексуална едукација едукација против пушење вежбање, исхрана предбраќен скрининг/советување за генетски дефекти припрема за родителство
35-44	исхрана хипертензија зголемен холестерол недоволно вежбање	скрининг/гојазност, неактивност, КП, холестерол имунизација (дТ) вежбање, исхрана и контрола на тт советување за животни кризи (семејство, работа, браќ)
45-64	ф. на ризик - кардиоваск. болести хипертензија, дијабет рак-колоректален, простата глауком бенигна хипертрофија на простата промена во раб. статус депресија	период. мед. прегледи скрининг/хипертензија, КВБ, дијабет скрининг/д.црево, простата советување за животни кризи имунизација (дТ), грип планирање на пензионирањето физичка активност

Извор: адаптирано од U.S. Preventive Task Force, 1996; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994.

Некои од факторите што влијаат на покусиот животен век на мажите, може да потекнуваат од помалото внимание за самозаштита и заштита на работното место, помала социјална и психолошка приспособливост, поризично однесување и поголеми тешкотии на преминот од средовечно во возрасно доба. Емотивниот и психосоцијалниот стрес на средовечните мажи (45-64 години) може да имаат голем удел во морбидитетот и морталитетот кај ова население.

Традиционално, вработувањето и кариерата се главен елемент на самодовербата кај мажите. Чувството на конкуренција од помладите и поагресивни колеги, машки или женски, во општество кое ги форсира младите кадри, може да има негативен ефект врз средовечниот маж. Личниот неуспех на работа или невработеноста поради колабрачка индустрија, несоодветни квалификации или поголеми економски промени може да резултираат во стагнација на работа, губење на самодовербата и конфликти во семејството, односно нарушено физичко и душевно здравје. Општествените и економските промени предизвикуваат невработеност и високи стапки на смртност кај средовечните мажи. Вртоглаво растечките стапки на смртност од хронични болести во Русија и другите поранешни советски републики во раните 90-ти, го рефлектираат општественото влијание на транзицијата врз физичкото здравје. Потребни се дополнителни истражувања во сферата на психологијата, социологијата и антропологијата.

Јавно-здравствените и клиничките служби треба да бидат свесни и да се соочат со општествената улога и професионалните прашања поврзани за здравјето на мажите. Здравствениот работник треба да ги користи здравствената едукација и унапредувањето на здравјето, за да ги намали факторите на ризик што влијаат на здравјето на машкото население.

## ЗДРАВЈЕ НА ПОСТАРИ ЛИЦА

Подобрувањето на здравствената состојба на населението во индустријализираните земји резултира во зголемена бројност на постари лица со физичка, душевна, социјална и финансиска добросостојба. Со промената на структурата на болести, сè поголем број луѓе живеат подолго без никакво заболување. Голем број од фаталните состојби кои се јавуваа кај средовечната популација сега се одложени за многу подоцна во животот. Како резултат на ова, сосема е вообичаено постарите лица да немаат речиси никаков здравствен проблем.

Постарите лица (над 65-годишна возраст) претставуваат најбрзо растечка популациска група во индустријализираните земји. Со намалувањето на морталитетот кај средовечното население, популациските групи над 65, над 75 и над 85-годишна возраст стануваат сè побројни. Постарите лица се претставени со 3,5% од вкупното население во земјите

во развој и до 20% во развиените земји. Во развиените земји, оваа пропорција се зголемува и во некои земји ќе достигне 30%; во повеќето индустријализирани земји најстарите (>75 години) се најбрзо растечката компонента на населението. Стареенето на населението има сериозни

ТАБЕЛА 6.13 Должина на животен век при раѓање и на 65-годишна возраст, одбрани земји, 1994

држава	жив. век, мажи (години)		држава	жив. век, жени (години)	
	при раѓање	на 65-год. возраст		при раѓање	на 65-год. возраст
Јапонија	76,6	16,8	Јапонија	82,5	21,3
Шведска	76,1	16,0	Франција	81,5	21,0
Грција	75,2	16,2	Швајцарија	81,9	20,5
Швајцарија	75,1	16,1	Шведска	81,4	19,8
Австралија	75,1	15,8	Шпанија	81,1	19,6
Израел	75,1	15,8	Канада	81,0	19,9
Канада	74,8	15,8	Австралија	80,9	19,7
Холандија	74,6	14,8	Италија	80,7	19,3
Норвешка	74,2	14,8	Холандија	80,4	18,8
Италија	74,0	15,5	Норвешка	80,3	18,8
Англија и Велс	73,8	14,4	Грција	80,2	18,5
Франција	73,8	16,2	Финска	80,2	18,5
Шпанија	73,7	15,8	Австрија	79,8	18,6
Сингапур	73,5	15,2	Англија и Велс	79,7	18,6
Австрија	73,3	15,1	С. Ирска	79,7	18,6
Н. Зеланд	73,3	14,7	Германија	79,6	18,4
Германија	73,0	14,7	САД	79,0	19,0
Финска	72,8	14,7	Сингапур	79,0	18,3
Данска	72,7	14,1	Пуерто Рико	78,9	19,4
Ирска	72,6	13,6	Н. Зеланд	78,9	17,7
С. Ирска	72,5	13,6	Израел	78,9	17,7
САД	72,4	15,5	Португалија	78,6	17,9
Португалија	71,5	12,7	Ирска	78,2	17,3
Шкотска	71,4	13,1	Данска	77,9	17,6
Чиле	71,4	14,7	Шкотска	77,7	17,3
Пуерто Рико	69,6	16,3	Чешка	76,6	16,2
Чешка	69,5	12,9	Словачка	76,5	16,5
Словачка	68,3	12,9	Чиле	76,3	17,6
Полска	67,4	12,7	Полска	76,0	16,4
Бугарија	67,1	12,7	Бугарија	74,7	15,4
Романија	66,0	12,7	Унгарија	74,3	15,7
Унгарија	64,9	12,0	Романија	73,3	15,0
Руска Фед.	57,7	10,6	Руска Фед.	73,1	15,6

Извор: *Health, United States*, 1998.

## РАМКА 6.8 ПОТЕНЦИЈАЛНИ НЕГАТИВНИ ПРОМЕНИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

1. Општествен/професионален/економски статус:
  - а. пензионирање;
  - б. вдовство и загуба на близок;
  - в. преселување;
  - г. губење на семејството и пријателите;
  - д. губење на финансиската сигурност;
  - ѓ. губење на професионалниот статус и самодовербата;
  - е. слаба исхрана;
  - ж. физичка неактивност.
2. Физиолошки промени:
  - а. хормонски статус;
  - б. појава на инсулин-независен дијабет;
  - в. хипертензија;
  - г. тиреоидна дисфункција;
  - д. намалена апсорпција (на пр. витамин Б).
3. Патофизиолошки промени:
  - а. хронично заболување на еден или повеќе органи;
  - б. медицински/хируршки услови, лекови или помошни служби;
  - в. намалена способност за движење, извршување на дневните активности.
4. Душевни промени:
  - а. осаменост и депресија;
  - б. проблеми со меморијата;
  - в. сенилност и агитација;
  - г. изолација од децата, семејството, пријателите.

Извор: Извадок од National Institute of Aging: Improve Health and Quality of Life of Older People, веб-страница <http://www.nih.gov/nia/plan/stratplan.htm>

импликации врз здравствените услуги, бидејќи старите лица се големи корисници на здравствена заштита, за која плаќа сè помалубројното работоспособно население.

Во светски рамки постојат големи варијации во животниот век (табела 6.13) и во програмите за стари лица. Во индустријализираните земји, традицијата на грижа за постарите полека се напушта поради фактот што и мажот и жената работат, домот може да биде недоволно голем, а толеранцијата за постарите - намалена. Ова, заедно со фактот за сè побројно постаро население, наметнува употреба на долгорочна институционализирана нега. Компензацијата за овој тренд во западните

земји доаѓа од развојот на соодветни пензиски системи, општествени придобивки, универзална здравствена заштита, домашна нега и одложување на болестите до подоцните периоди во животот.

Биолошкото стареење се мери преку функционалната способност и работоспособноста на поединецот и не кореспондира секогаш со неговата хронолошка старост. Стареењето е условено од општествени, професионални, психолошки, финансиски и физички промени. Сите овие директно влијаат на здравјето и на здравствените потреби на старите лица. Овие фактори може и да се надополнуваат меѓусебе и да создаваат здравствени проблеми кај старите лица.

Физичкото и душевно опаѓање се поврзани со стареењето и честопати претставуваат тежок товар за семејството, општеството или здравствениот систем. Хроничните заболувања, како дијабет, кардиоваскуларни и малигни заболувања, се јавуваат почесто кај постарите. Физичките ограничувања може да ја нарушат социјалната интеракција или душевната состојба, со депресија која влијае на физичката способност. Алцхајмеровата болест предизвикува сериозни душевни промени кај лица над 50-годишна возраст. Паркинсоновата болест предизвикува прогресивна мускулна ригидност и ограничувања во движењето (Поглавје 5).

### **Одржување на здравјето на постарите лица**

Јавното здравство се обидува да ја поттикне добросостојбата на постарите со промовирање здрав начин на живот и пристап до соодветна здравствена заштита. Ова подразбира исхрана, физичка активност, рекреација, работа или дневни активности, позитивен семеен живот, општествена или верска вклученост и активен сексуален живот - во согласност со физичкиот и емотивниот капацитет на поединецот.

Добрата исхрана на старите лица која е од витално значење за нивното здравје, може да биде попречена од финансиски, општествени или психолошки фактори. Во многу индустријализирани земји постарите лица се финансиски обезбедени од нивните пензии, но има и лица кои не добиваат доволна финансиска поддршка и живеат во сиромаштија. Изолацијата, самотијата, пасивноста и лошата исхрана стануваат стил на живот кој доведува до разни болести. Многу од старите лица живеат со ограничени финансиски средства и одвојуваат многу малку за храна. Исто така, некои имаат и многу лошо здравје на забите. Овие се најчестите фактори кои придонесуваат за синдромот на полуизгладнетост, т.н. “леб и чај” кој станува начин на живот за оваа популациска група. Дури и подобро ситуираните, физички способни лица може да имаат проблем со апетитот и желбата за спремање соодветна балансирана храна. Ситуацијата е дополнително отежната ако лицето е неподвижно или ограничено во своето движење. Состојбите на недостаток се вообичаени, особено на витамините Б и Д, вториов најчесто во зимските месеци. При процена на здравјето кај постарите, здравствениот работник треба да ги земе предвид факторите како евентуална лоша исхрана, поради физичка или душевна неспо-



собност или проблеми со забите. Доброволните акции и програми на заедницата за помагање на постарите во земање правилна исхрана, е важен фактор за одржување на нивото на нивната независност. Балансираната исхрана за постари лица ги има истите карактеристики како и за останатите возрасни луѓе, освен што треба да ги има предвид намалените енергетски потреби и послабата изложеност на сонце, особено во зимските месеци.

Збогатувањето на основните прехранбени производи е веројатно најефикасната јавно-здравствена интервенција за превенција на состојбите на недостаток на микроелементи кај оваа и други ризични групи. Збогатената храна обезбедува не само важни елементи за целото население, туку и голем дел од дневните препорачани вредности за постарите, како што се железо, јод, витамини Б, Ц, Д и Е. Витаминските препарати стануваат сè почеста практика во геријатриските и нутриционистичките кругови. Во 1998 година, FDA препорача рутинска терапија со Б-комплекс витамини за постарите. Во стандардната грижа за оваа старосна група треба да се воведат и годишна имунизација против грип и периодична имунизација против пневмококна пневмонија (на 6 години) и дТ (на 10 години).

Физичката активност е важна превентивна мерка во подготовката за постарото доба и одржување на здравјето на таа возраст. Редовна физичка активност, поединечно или во група, приспособена кон индивидуалниот капацитет, е важна во поттикнување добар апетит, нормално спиење и добар физички изглед. Исто така, може да помогне за спречување на летаргијата, апатијата и атрофијата. Меѓусебната поддршка при групни физички активности е дел од редовното социјализирање и душевната добросостојба. Поединецот, дури и инвалидизиран, може да изведува физички вежби седнат или во лежечка положба.

Општествената и семејната поддршка се важни за постарите, бидејќи придонесуваат за чувството на прифатеност и добросостојба. Семејните и општествените врски имаат директно влијание врз здравјето и намалената институционализација. Душевното здравје е во директна врска со сликата на лицето за неговата/нејзината улога во семејството и општеството. Рекреацијата и општествената активност, вклучувајќи и сексуални активности, се дел од животот и на постарите лица. Изградбата на објекти за рекреација и социјализирање на постарите лица честопати е стимул за изолираните лица да учествуваат во рекреативни и други активности и зависи од степенот на развој на други соодветни системи за поддршка, како на пример рехабилитација, социјална сигурност, транспорт и објекти за рекреација, кои ќе бидат лесно пристапни и корисни за постарите лица.

### **Превенција и скрининг за постарите лица**

Превентивните услуги за постарите започнуваат многу порано од 65-та година. Пристапот на одржување на добра здравствена заштита

## РАМКА 6.9 ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕЛИ ЗА ПОСТАРИТЕ ЛИЦА НА ЕВРОПА И САД ЗА 2000 ГОДИНА

### СЗО Европа

1. Обезбедување еднаквост во здравството преку намалување на јазот на здравствен статус меѓу земјите и одделните групи во рамките на една земја;

2. Оживување на возрасното доба, преку обезбедување целосно искористување на физичкиот и психички капацитет, заради повеќе придобивки, меѓу кои и здраво живеење на остатокот од животот;

3. Внимавање на здравјето во возрасното доба, преку намалување на болести и инвалидност;

4. Продолжување на животниот век, преку спречување предвремена смрт и особено продолжување на животниот век кај лица постари од 65-годишна возраст.

### САД

1. Активно вежбање - 20% да вежбаат активно три пати неделно по 30 минути;

2. Мускулен тонус и издржливост - 50% да учествуваат во физичка активност која го поттикнува и го развива мускулниот тонус и издржливост;

3. Флексибилност - 50% редовно да се вклучени во физичка активност која поттикнува флексибилност;

4. Сите да имаат повеќе информации, позитивен став и редовна практика на физички активности.

подразбира подготовка за пречекување на возрасното доба и бара самозаштита и превентивен пристап уште од пораните години. Ова подразбира навремено откривање на хроничните болести и грижа за постоечките болести, со цел да се спречат инвалидизирачки последици. Постојаниот контакт и поддршка на постарите од страна на здравствените работници може да ги спречи или намали компликациите од грешки на терапијата, недоразбирањата околу здравствените потреби, несоодветната исхрана и општествената изолација.

Комуникацијата е витална за животот и здравјето на постарите. Постоенето на систем за брза комуникација може да биде од животна значење и секако да им влева доверба на постарите. Телефонската комуникација може да послужи за личен контакт, општествена поддршка, како и за интервенции во итни ситуации, за контакт со медицински персонал и со семејството кое се наоѓа надвор од дома.

Транспортот на постарите, изнемоштени или инвалидизирани лица им овозможува пристап до медицинските установи, општествените активности, купувањето и други секојдневни активности. Јавните автобуски компании честопати прават посебни напори за постарите. Тоа подразбира посебни маршрути, повици од дома и пониска цена на превозот за постарите лица. Искосените рампи за инвалидски колички овозможуваат пристап за инвалиди и изнемоштени лица до јавните, приватните и административните објекти, што овозможува непречено учество на инвалидите и постарите во општествениот живот.

Релокацијата и транзицијата се дел од животот на постарите лица. Пензионирањето носи можност за одмор и рекреација, но исто така и опасност од изолација и депресија. Обучувањето за овој период на транзиција може да биде пресудно за нивната добросостојба. Смртта и загубата на близок е исто така дел од овој процес на транзиција и бара организирана поддршка од заедницата и семејството.

Организираните општински системи за помош и интервенција, засновани на општински или општествени мрежи, вклучуваат јавно-здравствени активности и поддршка. Објавувањето на потребите, професионална поддршка во развојот на ресурси и директно обезбедување услуги се дел од јавното здравство. Јавното здравство игра улога на застапување и унапредување на здравјето, но многу услуги ќе бидат обезбедени од други агенции, како на пример програмите за домашна грижа или доброволни невладини организации кои обезбедуваат помош и поддршка за постарите лица.

Наоѓањето методи за помагање на постарите лица да останат активни и приспособени во својот дом, е значајно за одржување на капацитетот на здравствениот систем да се справи и да ги задоволи потребите на оваа популациска група. Овие мерки може да се и многу едноставни, како на пример купување или чистење на домот. Може да бидат и уреди за помагање околу дневните активности, како на пример адаптери за шпорет, држачи во бања или тоалет, или други безбедносни мерки како држачи по сидовите, килими што не се лизгаат, алармни уреди, уреди за затоплување, безбедносни брави и полициска заштита од крадци и провалници.

Финансирањето на постарите лица може да биде голем товар за младата генерација. Се јавува потреба децата да ги финансираат постарите лица во семејството, ако тие имаат несоодветна пензија или национално осигурување. Ова може да влијае на семејните односи, животните услови, исхраната, медицинската заштита, општествените врски и на многу други аспекти од животот. Националните системи за социјална заштита во повеќето индустријализирани земји имаат за цел да обезбедат прикладен приход за постарите преку наплата од личниот доход во работоспособниот период. Овие системи честопати се под економски и политички притисок. Продолжувањето на животниот век и намалениот наталитет може да доведат до ситуација во која работоспособното население ќе биде

## РАМКА 6.10 ЗДРАВСТВЕНИ ПОТРЕБИ НА ПОСТАРИТЕ ЛИЦА ПОВРЗАНИ СО ЗАЕДНИЦАТА

Програмите на заедницата за постари лица треба да вклучуваат широк спектар информации и активности за самозаштита и поддршка, заради спречување на предвремена појава и прогрес на инвалидитет, како резултат на хронична болест или заслабување на општите функции на постарите лица. Програмите треба да имаат за цел да им помагаат на постарите лица независно да ги извршуваат своите потреби и функции, во согласност со здравите и безбедни услови на грижливото општество.

1. Превентивна самозаштита: здрава исхрана, редовна физичка активност и изложување на сонце;

2. Општествен контакт: редовен контакт со семејството, пријателите и општествените системи за поддршка (на пр. црква, рекреативни клубови, здруженија);

3. Здравствена едукација: подигање на општествената свест и сознанија кај постарите лица;

4. Медицински служби: превенција, дијагностика, лекување, хоспитализација и рехабилитација;

5. Програми за подобрување на исхраната: обезбедување помош преку советување, испорака на “оброци на тркала” (“meals-on-wheels”) и групни оброци во центри за постари лица, заради поттикнување на социјализацијата;

6. Програми за превенција на повреди: инспекција на домовите и обезбедување безбедносни направи;

7. Служба за медицински помагала: служба која ќе се грижи за обезбедување и одржување на медицински помагала, на пр. инвалидски колички, помагала во кујна и бања;

8. Домашна нега: организирано чување, физиотерапија, набавки, одржување и други услуги за инвалидизирани или изнемоштени лица, кои мораат да останат во своите домови;

9. Болничко лекување: да биде достапно, но да се одржува што е можно пократко заради избегнување инфекции и други компликации;

10. Домови за стари лица: овластени установи за згрижување стари лица кои не се во можност да живеат самостојно и за кои е потребна дневна болничка грижа;

11. Надгледувано домување: групно домување со надзор од болнички персонал, заеднички оброци, рекреација и социјални активности;

12. Рекреација и професионална терапија: во центрите за згрижување или во домовите;

13. Програми за доброволна работа: доброволно регулирање на сообраќајот, одржување на јавните површини, организации за меѓусебно помагање и здравствени работници во заедницата;
14. Служба за итни случаи: систем на пејдери за итни случаи;
15. Инсталирање безбедносни уреди и помагала: детектори за чад, држачи во бањата, безбедносни брави и решетки на прозорците;
16. Сервис за домашна нега: доброволни услуги за одржување на самостојниот живот, преку набавки, одржување и друго;
17. Помош околу домашните работи: чистење, капење, одржување на електриката, набавки, перење алишта, “оброци на тркала”;
18. Сервис за меѓусебно помагање: телефонски систем за воспоставување редовен контакт со постарите лица кои живеат сами.

помалубројно од неработоспособното. Кризите во системот на социјална заштита може да ги доведат во прашање стандардот и условите на живот на повозрасните, во земјите кои денес обезбедуваат добар приход и други мерки на поддршка за постарите.

Постарото население во многу земји учествува со голем процент во вкупното население и претставува значајна политичка сила. Со ова се наметнува обврската на политичарите кон задоволување на потребите на оваа популација. Постарите имаат големо влијание во политиката, професионалните организации и во општинските, регионалните и националните власти. Оваа “сива сила” е фактор во политиката на западна Европа и Северна Америка, каде околу 15% е население над 65-годишна возраст, а уште поголем процент од политички активното население.

Економските аспекти на стареењето на населението се однесуваат на нивното пензиско осигурување и здравствени потреби. Од друга страна, постарите се потрошувачи чии акумулирани заштеди и општествени придобивки ангажираат голем број лица во производниот и здравствениот сектор. Постарите, исто така, претставуваат општествен капитал на земјата, не само како дел од поширокото семејство, туку и како општествен потенцијал за доброволна работа.

И покрај (или можеби поради) нивното користење на здравствени услуги, постарите се поздрави од кога и да е, и многу од нив продолжуваат со волонтерски или друг ангажман. Исто така, постарите се важна потрошувачка група која има време, пари и здравје да учествува во важни економски и општествени прашања. Здравото повозрасно население не треба да се гледа како товар, туку како раздвижен и мотивиран дел на семејството и општеството воопшто. Новото јавно здравство се обидува да изнајде начини за подобрување на здравјето на постарите и да обезбеди адекватна поддршка и здравствена заштита за да им помогне на постарите да функционираат независно во нивниот дом, колку што е можно подолго. Општеството и Новото јавно здравство треба да ја поттикнуваат волонтерската работа и меѓусебното помагање кај постарите,

за да обезбедат поддршка во критични ситуации, како болест или повреда, по престој во болница или во периоди на емотивен стрес и депресија.

## РЕЗИМЕ

Поединецот го поминува поголемиот дел од својот живот во рамките на некоја форма на семејство, но исто така поминува и низ чувствителни фази како поединец и како дел од популациска група со слични здравствени потреби. Традиционално, јавното здравство посветува големо внимание на одредени групи поради нивната особена чувствителност, како во случајот со здравјето на мајки и деца. Придобивките за општеството се поголеми онаму каде ваквите програми се добро развиени. Средовечните мажи и жени се важна целна група на примарните и секундарните програми во подготовката за повозрасното доба. На постарите исто така им е потребно посебно внимание од страна на јавното здравство, поради зголемувањето на нивниот број, промените во општеството и потребата да се изнајдат начини за подобрување на нивното здравје како дополнување, или ако е тоа возможно, како замена за скапите интервенции за ненавремено третираните здравствени проблеми. Превентивната заштита на постарите за одржување на нивното здравје може да помогне во спречување непотребна или предвремена зависност од скапи медицински интервенции или институционализирање.

Секоја старосна група, од новородени до стари лица, има свои специфични проблеми и потреби со кои треба да се соочи здравствениот систем. Во овие аспекти на јавното здравство се вклучени многу медицински, економски и етички прашања. Јавното здравство мора постојано да ги следи здравствените и општествените услови на семејството, како клучен елемент во грижата за поединецот и населението. Неуспехот на ова поле доведува до предвремен моралитет и скап товар врз здравствениот систем за санација на веќе направената штета.

Новото јавно здравство му приоѓа на семејството и како на ресурс и како на целна група на која ѝ се потребни превентивни и терапевтски услуги во различни периоди од животот. За некои членови на семејството може да се грижат и различни здравствени установи, но постои функционална и економска поврзаност меѓу тие услуги. Неадекватната пренатална грижа ќе ги зголеми шансите за лоша здравствена состојба на новороденото, што може да има долготрајни последици врз потенцијалот на детето. Несоодветната поддршка за семејство кое се грижи за хронично болно дете или родител, може да доведе до непотребно и несакано институционализирање. Недоволното унапредување на здравјето преку исхраната, безбедноста и други проблеми може да доведе до предвремена смрт на родителот, најчесто мажот, и да предизвика сериозни економски и општествени, како и емоционални последици кај останатите членови на семејството.

Холистичкиот пристап на Новото јавно здравство, применето на семејното здравје, се соочува со социјални и економски прашања коишто влијаат на семејната функција или истата ја нарушуваат. Невработеноста и сиромаштијата ги продлабочуваат семејниот стрес и кризите кои оставаат долготрајни последици кај сите членови. Планирањето и распределбата на средства треба да ја земе предвид оваа комплексна матрица на здравјето во семеен контекст.

Овој пристап се заснова на здружени фактори, како што е интеграцијата на услугите и новата поврзаност меѓу медицинските досиеја за да се овозможи полесно справување на семејството со секојдневните здравствени проблеми и дополнителните негативни ефекти од хронични болести. Семејниот лекар во идеални услови треба да работи тимски, со семејна медицинска сестра која ќе му помогне да го следи и лекува семејството. Заедно, тие можат да му помогнат да се справи со здравствените проблеми на секој поединец во оваа важна општествена институција.

## ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

American Academy of Pediatrics <http://www.aap.org/>  
American College of Obstetrics and Gynecology <http://www.acog.org/>  
Beijing Conference on Women 1995 <http://www.ijc.org/beijing>  
March of Dimes Foundation <http://www.modimes.org/>  
National Institute of Child Health and Human Development <http://www.nichd.nih.gov/>  
United Nations Population Division <http://www.popin.org/pop1998/4.htm>  
United Nations Population Fund <http://www.unfpa.org/>  
World Health Organization, Division of Child Health and Development <http://www.who.org/int/chd/>  
World Health Organization, Division of Women's Health and Development [whd@who.ch](mailto:whd@who.ch)  
World Health Organization, Family Planning and Population <http://www.who.org/rht/fpp/>

## ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

American Academy of Pediatrics: Work Group on Breast-Feeding. 1997. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100:1035-1039.  
Angastiniotis, M., Kyriakidou, S., Hadjiminis, M. 1986. How thalassemia was controlled in Cyprus. *World Health Forum*, 7:291-297.  
Baker, J. P. 1994. Women and the invention of well child care. *Pediatrics*, 94:527-531.  
Caravella, S., Dark, D., Dweck, H. S. 1987. Health codes for newborn care. *Pediatrics*, 80:1-5.  
Heise, L. 1993. Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46:78-85.  
Hilgartner, M. W. [editorial]. 1993. Vitamin K and the newborn. *The New England Journal of Medicine*, 329:957-958.  
Kendig, J. W. 1992. Care of the normal newborn. *Pediatrics in Review*, 13:262-268.  
Lozoff, B., Brittenham, G. M., Wolf, A. W. 1987. Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance. *Pediatrics*, 79:981-995.  
Paneth, N. [editorial]. 1990. Technology at birth. *American Journal of Public Health*, 80:791-792.  
Rodriguez-Trias, H. [editorial]. 1992. Women's health, women's lives, women's rights. *American Journal of Public Health*, 82:663-664.

- Rowland, D. 1992. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, 11:205-215.
- Wegman, M. E. 1996. Infant mortality: Some international comparisons. *Pediatrics*, 98:1020-1027.

## БИБЛИОГРАФИЈА

- American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. 1992. *Guidelines for Perinatal Care*. Third Edition. Washington, DC: ACOG, and Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. 1998. Screening for blood lead levels. *Pediatrics*, 101:1072-1078.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1989. Iron fortified formulas. *Pediatrics*, 84:1114-1115.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1992. The use of whole cow's milk in infancy. *Pediatrics*, 89:1105-1109.
- American Academy of Pediatrics. 1996. The role of the primary care pediatrician in the management of high-risk new-born infants (RE 9636). *Pediatrics*, 98:786-788.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. 1989. *Standards for Obstetric and Gynecologic Services*. Seventh Edition. Washington, DC: ACOG.
- Belsey, M. A. 1993. Child abuse: Measuring a global problem. *World Health Statistics Quarterly*, 46:69-77.
- Beresford, S. A. 1994. How do we get enough folic acid to prevent some neural tube defects? *American Journal of Public Health*, 84:348-350.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Centers for Disease Control. 1995. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis—United States, 1985-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44 SS-4:1-13.
- Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy—United States. 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:694-699.
- Centers for Disease Control. 1996. Youth risk behavior surveillance—United States 1995, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:SS-4:1-84.
- Centers for Disease Control. 1997. Children with elevated blood lead levels attributed to home renovation and remodeling activities—New York. 1993 -1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:1121-1123.
- Centers for Disease Control. 1998. Tobacco use among high school students—United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:229-233.
- Centers for Disease Control. 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:RR-3:1-30.
- Centers for Disease Control. 1999. Prevalence of selected maternal and infant characteristics. Pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48 (SS-5):1-43.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1985-1988, American Academy of Pediatrics. 1988. *Guidelines for Health Supervision I, II*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Cooke, R. E. 1993. The origin of the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*, 92:868-871.
- Haddad, J. G (editorial). 1992. Vitamin D—Solar rays, the milky way or both? *The New England Journal Medicine*, 326:1213-1215.
- Hughes, J. G. 1993. Conception and creation of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 92:469-470.
- Oski, F. A., Honig, A. S., Helu, B., Howanitz, P. 1983. Effect of iron therapy on behavior performance in nonanemic, iron-deficient infants. *Pediatrics*, 71:877-880.



- Royston, E., Armstrong, S. (eds). 1989. *Preventing Maternal Deaths*. Geneva: World Health Organization.
- Stopp, G. H. 1994. *International Perspectives on Healthcare for the Elderly*. New York: Peter Lang.
- Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C. 1989. A case control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *The New England Journal of Medicine*, 320:1361-1367.
- UNICEF. 1996-1999. *The State of the World's Children 1996, 1997, 1998, 1999*. New York: United Nations Children's Fund, Oxford University Press.
- United States Preventive Services Task Force. 1996. *Guide to Clinical Preventive Services*, Second Edition. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Williams, C. D., Baumslag, N., Jelliffe, B. 1994. *Mother and Child Health: Delivering the Services*, Third Edition. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 1983. Community control of hereditary anaemias: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization*, 61:63-80.
- World Health Organization. 1992. *The Prevalence of Anemia in Women: A Tabulation of Available Information*, Second Edition. Geneva: World Health Organization.

