Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

Simpozijum Perinatalni trendovi i socioekonomski status u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 20 decembar /prosinac 2008.

Šimić, Srećko; Mehmedbašić, Senad

2009

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/handle/123456789/867

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE
АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЈЕТНОСТИ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ
ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS OF BOSNIA AND HERZEGOVINA

SIMPOZIJUM

PERINATALNI TRENDOVI I SOCIOEKONOMSKI STATUS U BOSNI I HERCEGOVINI

SARAJEVO 2009.

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE
АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЈЕТНОСТИ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ
ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS OF BOSNIA AND HERZEGOVINA

POSEBNA IZDANJA
KNJIGA CXXII

Odjeljenje medicinskih nauka
Knjiga 35

SIMPOZIJUM

PERINATALNI TRENDOVI I SOCIOEKONOMSKI STATUS U BOSNI I HERCEGOVINI

Sarajevo, 20. decembar/prosinac 2008.

Uredili

Srećko Šimić
Senad Mehmedbašić

SARAJEVO 2009.

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE
АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЈЕТНОСТИ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ
ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS OF BOSNIA AND HERZEGOVINA

SPECIAL PUBLICATIONS
VOL. CXXII

Department of Medical Sciences
Vol. 35

SYMPOSIUM

TRENDS IN PERINATOLOGY AND SOCIO-ECONOMIC STATUS IN BOSNIA AND HERZEGOVINA

Sarajevo, 20. december 2008.

Edit by

Srećko Šimić
Senad Mehmedbašić

SARAJEVO 2009.

SADRŽAJ

Pozdravna riječ

Prof. Dr. Zlatan Fatušić, Doc. Dr. Gordana Grgić
SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI TRUDNOĆE I TRUDNICA U TUZLANSKOM KANTONU 1

Suada Heljić
ZAŠTITA ZDRAVLJA NOVORODJENČADI U FBIH. MOŽEMO LI UČINITI VIŠE? 9

Begić Kerim, Dizdarević Jadranka, Bukvić Idriz, Kapetanović Ahmo
PERINATALNI REZULTATI NA GAK SARAJEVO ZA PERIOD 2006. i 2007.g 17

Nenad V. Babić, Sanja Sibinčić, Nebojša Jovanić
PROMOCIJA REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA KAO MJERA PRONATALITETNE POLITIKE 23

Prof. dr. Sulejman Kendić, Prof. dr. Dževad Džanić, Prim. mr. sci Šemso Rošić, Dr. med. Mirsad Avdić
SOCIO-EKONOMSKI STATUS, MOTIVACIJA RAĐANJA U CAZINSKOJ KRAJINI 33

Džanić Dž., Žutić E., Blažević O., Komić S., Karabeg E.
UTICAJ SOCIJALNO-EKONOMSKIH FAKTORA NA PERINATALNA ZBIVANJA NA PODRUČJU UNSKO-SANSKOG KANTONA 39

Krvavac Ruždić D., Mehmedbašić S., Nametak-Crnovršanin Z., Šlaković M.
EDUKACIJA I SAVJETOVANJE U PRENATALNOJ DIJAGNOSTICI GENETSKIH POREMEĆAJA I NJIHOV ZNAČAJ U SMANJENJU SOCIO-EKONOMSKOG I EMOCIONALNOG STRESA POPULACIJE TRUDNICA 43

N.Dujsić, E.Dujsić, E.Smailbegović, R.Kovač, A.Dujsić
PERINATALNA ZBIVANJA NA GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKOM ODJELU OPĆE BOLNICE TEŠANJ U PERIODU OD 1.1.1997. DO 31.12.2007. g. 47

Nakaš N., Šimić S., Gutić J.
REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE I SOCIOEKENOMSKI STATUS U FEDERACIJI BOSNE i HERCEGOVINE ZA PERIOD 1997-2007. 53

Dr. Ljiljana Biľobrk-Josipović, Dr. Branka Lovrinović
PERINATALNA ZBIVANJA NA GINEKOLOŠKO-PORODAJNOM ODJELU U 2006. i 2007. godini 69

S. Sibinčić, N. Babić, N. Jovanić
LIJEČENJE NEPLODNOSTI KAO JEDNA OD MJERA POPULACIONE POLITIKE 73

Alija Šuko, Alma Vila-Humačkić
PSIHOSOCIJALNI ASPEKTI TRUDNOĆE U REGIJI SJEVERA HERCEGOVINE 79

Senad Mehmedbašić, Mira Ademović, Esma Zečević, Almasa Softić
BABY FRIENDLY HOSPITAL u FBiH – prednosti i nedostaci 85

dr. Fikreta Babić, spec. ginekolog i akušer
REZULTATI ANKETE 91

Marinko Mišić,Vajdana Tomić, Kahro Tanović, Goran Adžić
SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI TRUDNOĆE I TRUDNICA U KB MOSTAR 95

ANU BiH АНУ БиХ

Džanić Dž ., Žutić E ., Blažević O ., Komić S.
PERINATALNI MORTALITET U UNSKO-SANSKOM KANTONU U PERIODU 1996.-2007. 103

Šlaković M., Nametak Crnovršanin Z., Mehmedbašić S.
ATRIBUTI HEMOGRAMA U PERINATALNOJ ZAŠTITI TRUDNICA PRIVATNE PRAKSE 109

Karabeg E., Karabeg E., Džanić Dž., Žutić E., Blažević O., Komić S.
PSIHO-SOCIJALNI ASPEKTI TRUDNOĆE, PORODAJA I POSTPARTALNOG PERIODA NA PODRUČJU SANSKOG MOSTA 113

Crnovršanin-Nametak Z., Šlaković M., Mehmedbašić S.
SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI TRUDNICA I TRUDNOĆE U UVJETIMA PRIVATNE PRAKSE 117

ANU BiH АНУ БиХ

Pozdravna riječ

Poštovane kolegice i kolege,
Želimo vam dobar i uspješan ovaj radni dan.

Skoro svi ste aktivno učestvovali na prvom simpozijumu *„Perinatalni trendovi u Bosni i Hercegovini"* koji je održan u ovom amfitetru 24.11.2006. Drago nam je da se možemo svima vama još jednom zahvaliti na odličnoj prezentaciji perinatalnih zbivanja u Bosni i Hercegovini.
Zaključke sa prethodnog simpozijuma prezentovali smo Federalnom ministarstvu zdravlja i ministar, prim. dr Safet Omerović uvrstio ih je u projekat *„Stategija razvoja zdravstvenog sektora u FBiH od 2009. do 2019."*
Delegati Doma naroda Parlamenta FBiH prihvatili su ovaj dokument i sada treba sačekati potvrdu u Predstavničkom domu Parlamenta.
Ministar Omerović je kao glavnu prepreku implementacije ovog projekta naveo komplikovanu mrežu zdravstvenih ustanova sa neracionalnim sistemom upravljanja i bez saradnje i saglasnosti kantona/županija.
Odboru za ginekologiju i perinatologiju Odjeljenja medicinskih nauka ANUBiH i Udruženju ginekologa i perinatologa Federacije BiH, kao jedno od strateških opredjeljenja, je i dalje praćenje perinatalnih trendova sa svih aspekata u Bosni i Hecegovini i ovakave simpozijume namjeravamo održavati i dalje svake dvije godine.
Jedan od zaključaka sa prošlog simpozijuma je bio da se u sadašnjim kadrovskim, materijalnim i organizacionim prilikama ne može znatno više postići u podizanju medicinske pomoći, a samim tim i perinatalne trendove promijeniti u pozitivnom smjeru. U nekoliko referata naglašene su socioekonomske prilike koje znatno utječu na stopu nataliteta, perinatalnog mortaliteta a, samim tim, i prirodni priraštaj stanovništva. To je i bio razlog da se ovaj simpozijum organizuje na temu značaja socioekonomskog statusu u perinatalnim trendovima u BiH.
Za ovu analizu je prof. dr Milanka Miković izradila anketni listić koji je, uz najmanji broj vrlo jasnih i programski ciljanih pitanja, omogućio dobar pregled odnosa perinatalnih trendova i socioekonomskog statusa u Bosni i Hercegovini na čemu joj se zahvaljujemo.
Na osnovu analize primljenih radova i prezentiranih rezultata ovih istraživaja koje su dostavile kolege iz svih dijelova BiH može se dobiti realna predstava o značaju socioekonomskog statusu naših žena u fertilnom periodu, o natalitetu i uopće o perinatalnim trendovima.
S obzirom na ovako veliki odziv kolega iz cijele Bosne i Hercegovine sa aktivnim učešćem, nadam se da ćemo dobiti možda po prvi put pravu predstavu o značaju socioekonomskih faktora u reprodukciji naše populacije.
Rezultati istraživanja prezentirani na ovom simpozijumu biće predstavljeni Federalnom ministarstvu zdravlja kako bi se iznašla zakonska rješenja koja bi popravila ovako loše stanje u reprodukciji stanovništva, kao i javnosti, a posebno bi bilo korisno da se sve ovo prezentira i javnosti u kantonima/županijama koji su sa Kantonalnim mistarstvima zdravlja obavezni kako za opšte unapređenje zdravlja tako i unapređenje reproduktivnog zdravlja.

Prof.dr Senad Mehmedbašić

predsjednik Udruženja ginekologa i perinatologa FBiH

Akademik Srećko Šimić

predsjednik Odbora za ginekologiju i perinatologiju Odjeljenja medicinskih nauka ANUBiH

ANU
ВіН
АНУ
БиХ

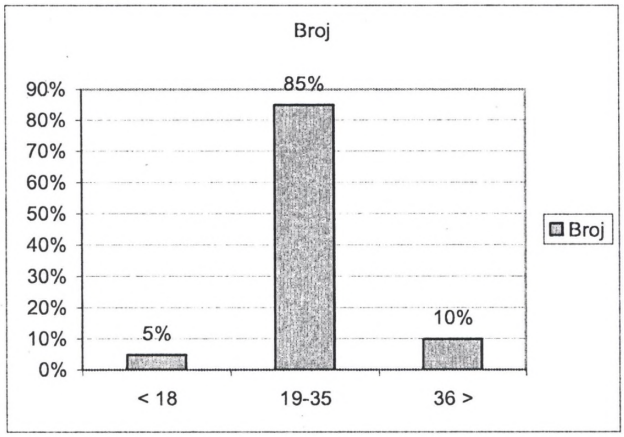
SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI TRUDNOĆE I TRUDNICA U TUZLANSKOM KANTONU

Prof. Dr. Zlatan Fatušić, Doc. Dr. Gordana Grgić

Socioekonomski aspekti trudnoće

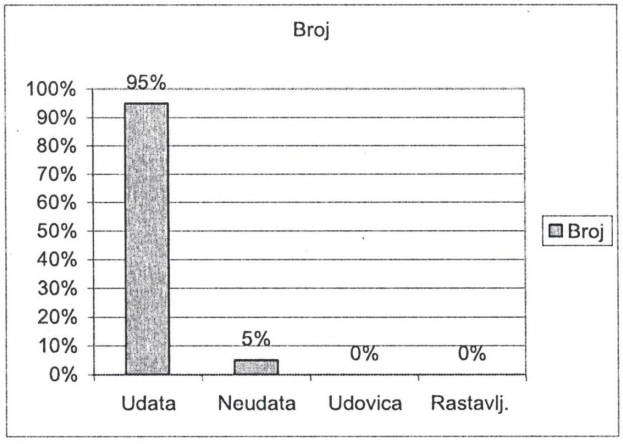
- Perinatalni ishod zavisi od čitavog niza uzroka socijalne i medicinske naravi.
- Socioekonomski faktori, uslovi života i razvijenost zdravstvenog sistema direktno utiču na perinatalnu i maternalnu smrtnost.
- Anketirano je 100 trudnica na Klinici za ginekologiju i akušerstvo i analizirani su slijedeći parametri: starost trudnica, bračni status, školska sprema, zanimanje, zaposlenost, zdravstveno osiguranje, zaposlenost bračnog druga, stambene prilike, ukupna primanja porodice, paritet, kao i želja trudnica za rađanjem.

Starost ispitivanih trudnica



85% trudnica je u grupi od 19 do 35 godina

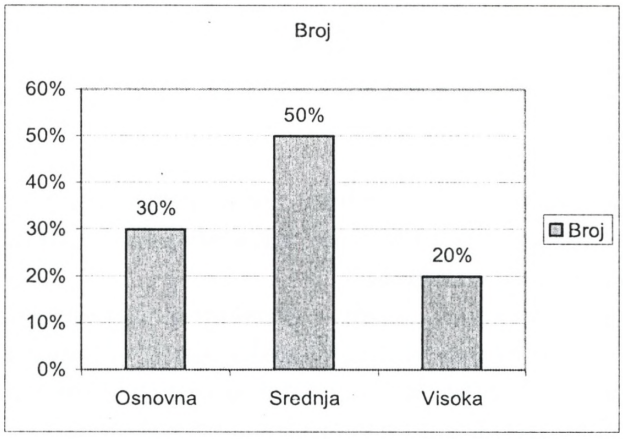
Bračni status ispitivanih trudnica



95% ispitivanih trudnica je iz grupe udatih žena

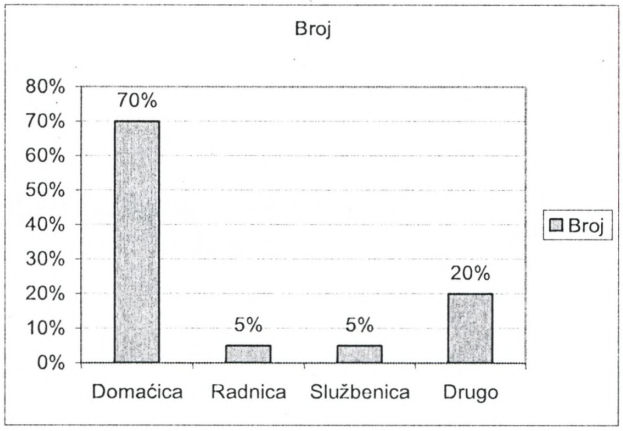
ANU BiH АНУ БиХ

Školska sprema ispitivanih trudnica

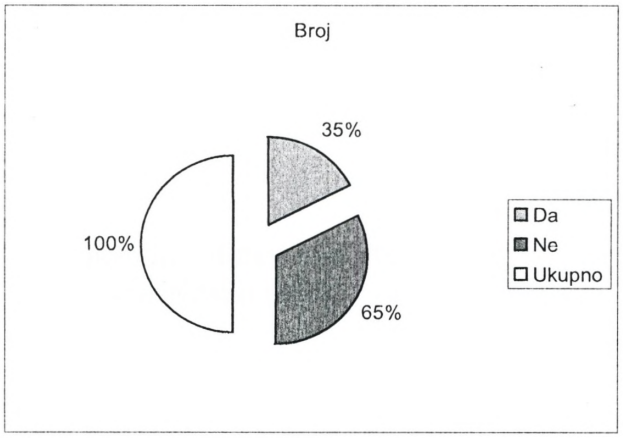


Srednju školu završilo je 50% ispitivanih trudnica, osnovnu 30%, a završen fakultet imalo je 20% trudnica

Zanimanje i zaposlenost ispitivanih trudnica



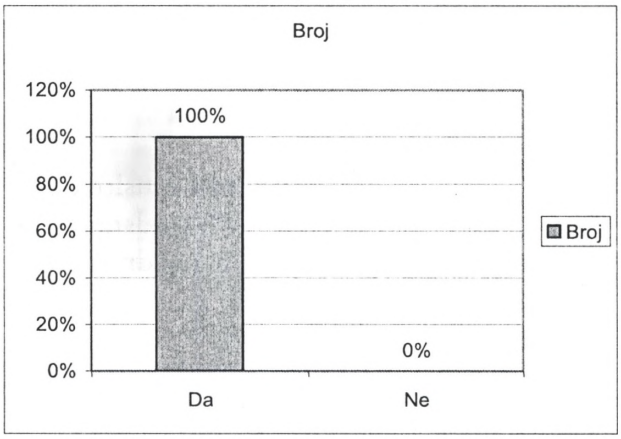
70% u ispitivanoj grupi bilo je domaćica



65% trudnica je nezaposlenih, 35% zaposlenih

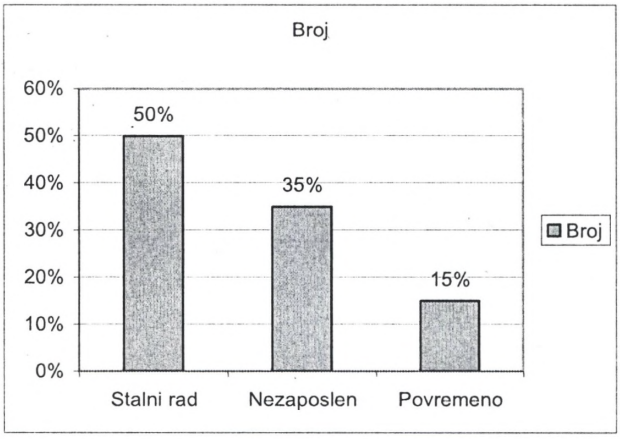
ANU BiH АНУ БиХ

Zastupljenost zdravstvenog osiguranja trudnica



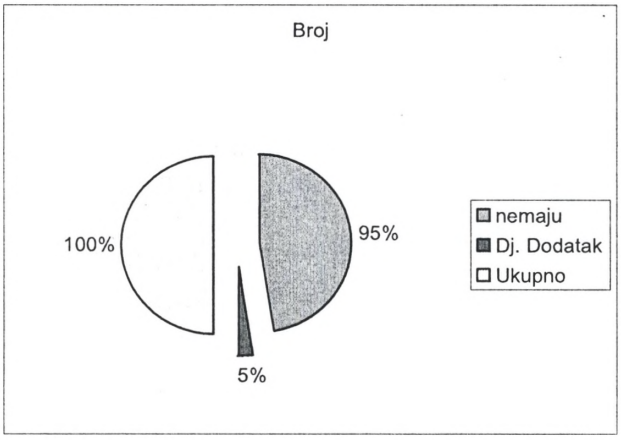
Sve ispitivane trudnice imale su zdravstveno osiguranje

Zaposlenost bračnog druga u ispitivanoj grupi



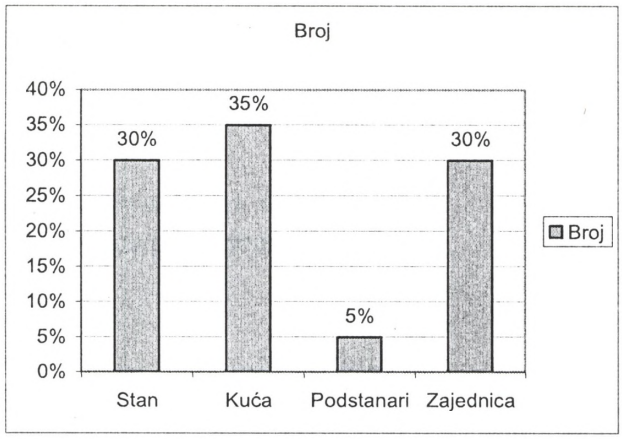
Kod 50% ispitivanih trudnica suprug je imao stalno zaposlenje, 35% nezaposlen i u 15% povremeno zaposlenje

Drugi izvori primanja u ispitivanoj grupi



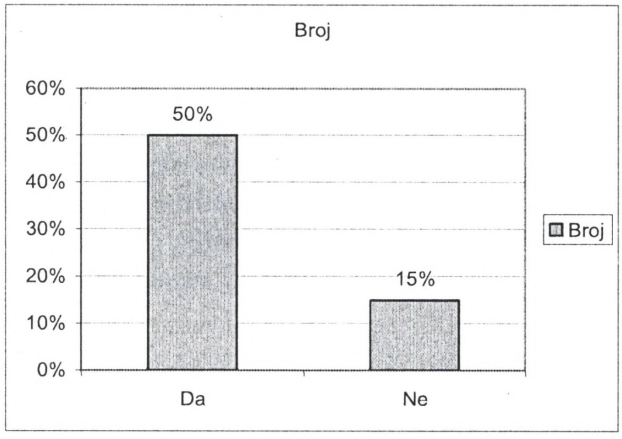
Bez dodatnih primanja bilo je 95% trudnica, a samo 5% imalo je dječji dodatak

Stambene prilike ispitivanih trudnica

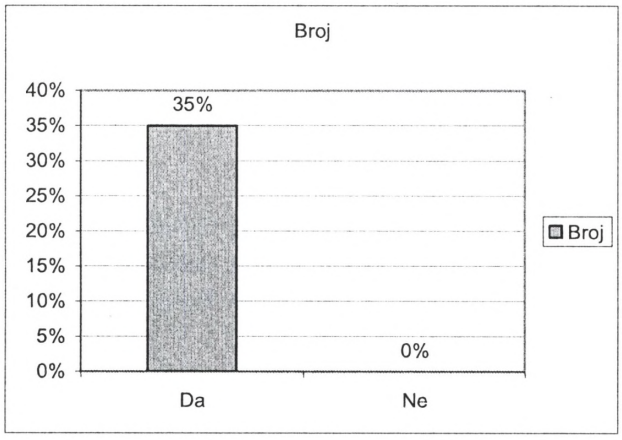


65% trudnica živi u uslovnom stanu ili kući, 5% podstanari, a 30% živi u zajednici

Ukupna primanja porodice



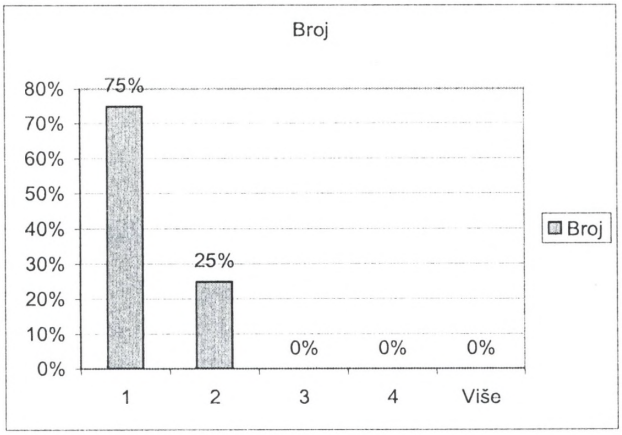
50% trudnica imalo je primanja dovoljna za život



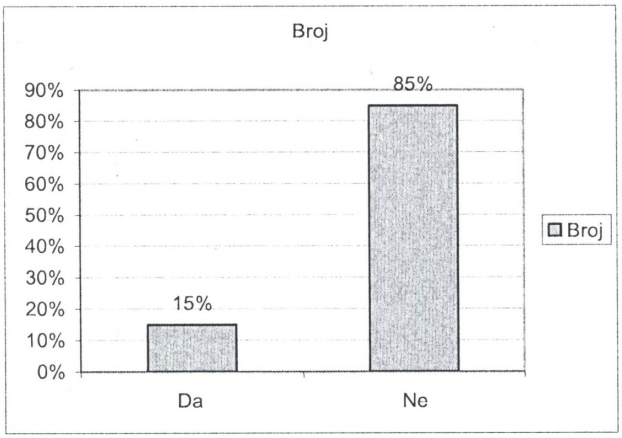
35% trudnica imalo je primanja koja mogu podmiriti potrebe djece

ANU BiH АНУ БиХ

Broj prethodnih porođaja u ispitivanoj grupi



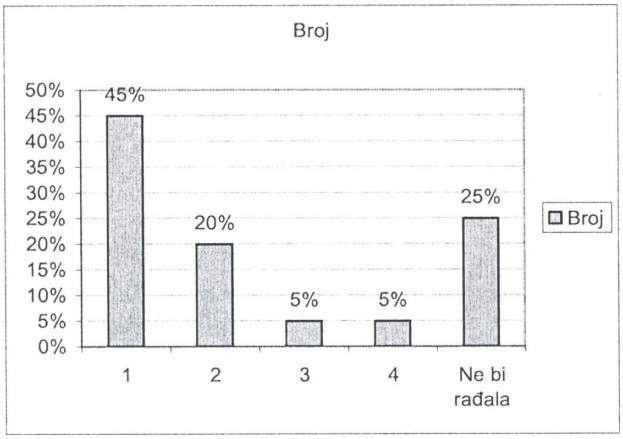
75% trudnica rodilo je jedno dijete, 25% dvoje djece



15% trudnica imalo je pobačaj

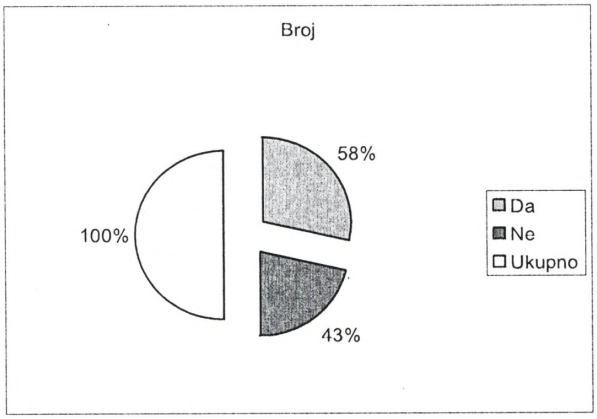
ANU BiH АНУ БиХ

Uslovljenost rađanja socijalnim statusom porodice



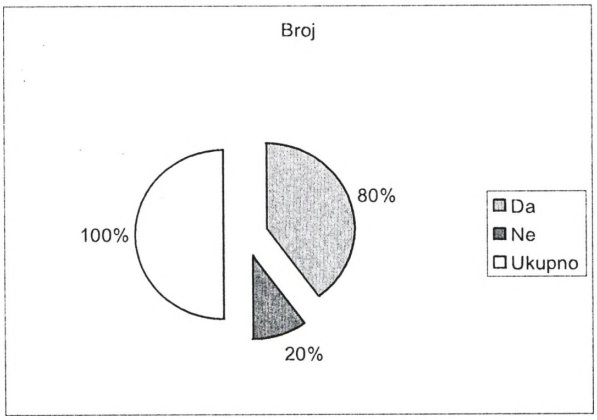
45% trudnica bi rodilo još jedno dijete. 25% ne bi više rađalo

Da li biste rodili još djece kad bi se pravo na naknadu za vrijeme porođajnog odsustva produžilo na više od jedne godine?



57,5% ispitivanih trudnica bi još rađalo

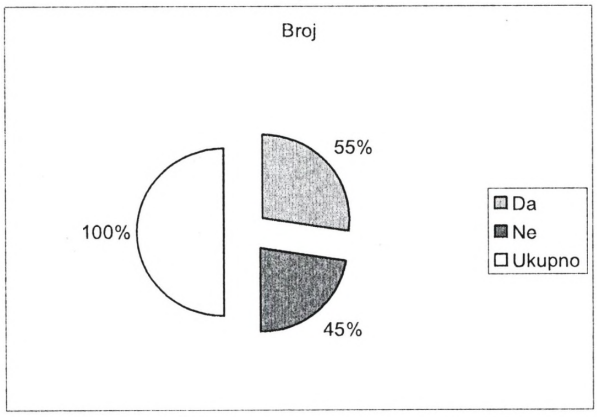
Da li smatrate da bi pravo na naknadu za vrijeme porođajnog odsustva zaposlene i nezaposlene majke trebalo izjednačiti?



80% trudnica smatra da bi naknadu trebalo izjednačiti

ANU BiH
АНУ БиХ

Da li bi novčana stimulacija države uticala na Vašu odluku da rodite troje (3) i više djece?



55% trudnica odgovorilo je da bi novčana stimulacija države uticala na njihovu odluku o rađanju

Koje mjere po Vašem mišljenju država treba poduzeti da bi mladi bračni parovi imali više od dvoje djece?

Mjere koje treba poduzeti	Broj
Zaposlenost i više radnih mjeseci	65%
Povećati plate	10%
Opasnost od otkaza	5%
Bolja ekonomska i finansijska situacija	5%
Poboljšati socijalni status porodilja	5%
Ukidanje poreza	10%
Ukupno	100%

ANU BiH АНУ БиХ

ZAKLJUČCI

- Zabilježen je pad broja porođaja što je uslovljeno između ostalog i socioekonomskom situacijom.
- Povećan broj trudnica koje rađaju prvi put, a smanjen broj višerotki.
- Socioekonomske prilike direktno utiču na želju trudnica za daljim rađajem.

ANU
BiH
АНУ
БиХ

ZAŠTITA ZDRAVLJA NOVOROĐENČADI U FBIH. MOŽEMO LI UČINITI VIŠE?

Suada Heljić

Natalitet u BiH u zadnjih 35 godina

- 1971----------22/1000
- 1981----------18/1000
- 1991----------12/1000
- 2001----------10/1000
- 2005----------9,4/1000
- 2006----------8,8/1000

- Prema kriterijima SZO
  - do sredine sedamdesetih - visok,
  - do sredine osamdesetih srednji,
  - nakon toga nizak,
  - sada u grupi zemalja sa najnižim natalitetom u svijetu

Prirodni priraštaj

- Stopa prirodnog priraštaja
  = natalitet / mortalitet
  na određenom geografskom području
  u određenom vremenskom periodu.
- Mortalitet u BiH se nije značajnije promijenio u poslednjih 35 godina
  1971..... 7,1/1000
  2005..... 7,9/1000
- *Prirodni priraštaj je u linearnom padu od 70-tih godina*
  1971..... 14/1000
  2006..... 1,1/1000

prema kriterijima SZO nizak ispod 5,0/1000

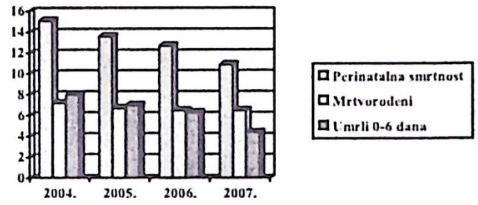
Ukupan broj živorođene djece u FbiH

Godina	Ukupan broj živorođenih
1991*.	42.899
2003.	23.168
2004.	22.250
2005.	21.934
2006.	**21.602**
2007.	**21.715**

ANU BiH АНУ БиХ

Perinatalni mortalitet u Kantonu Sarajevo, period 2003-2007. godina

God.	Mrtvorođeni		Umrli 0-6 dana		Perinatalna smrtnost	
	Ukupno	na 1000	Ukupno	na 1000	Ukupno	na 1000
2003.	...	...	29	...	...	...
2004.	28	7,2	31	8,0	59	**15,1**
2005.	27	6,7	28	7,0	55	**13,6**
2006.	27	6,5	26	6,3	53	**12,7**
2007.	28	**6,5**	19	**4,4**	47	**10,9**



Dojenčki mortalitet u Kantonu Sarajevo, 1990. godina i period 2003-2007. godine

Godina	Ukupan broj živorođenih	Broj umrle dojenčadi	
		Ukupno	na 1.000 živorođenih
1990.*	7.064	105	**14,9**
2003.	3.881	44	**11,3**
2004.	3.863	45	**11,6**
2005.	4.004	40	**10,0**
2006.	4.131	45	**10,9**
2007.	4.283	41	**9,6**

Dojenački mortalitet u Federaciji Bosne i Hercegovine, 1991. godina i period 2003-2007. godine

Godina	Ukupan broj živorođenih	Broj umrle dojenčadi	
		Ukupno	na 1.000 živorođenih
1991.	42.899	649	**15,1**
2003.	23.168	202	**8,7**
2004.	22.250	190	**8,5**
2005.	21.934	194	**8,8**
2006.	21.602	205	**9,5**
2007.	21.715	193	**8,9**

АНУ ВІН АНУ БиХ

Može li se smanjiti perinatalni i neonatalni mortalitet?

Može li se poboljšati kvalitet života preživjele djece?



Svako novorođenče ima pravo da bude rođeno u uslovima u kojima mu se može pružiti adekvatna reanimacija!

Program neonatalne reanimacije u FBiH

- Program neonatalne reanimacije (NRP -Neonatal Resuscitation Program) u saradnji sa AAP i Floating Hospital Boston, USA
- U USA obavezan za svo osoblje u porođajnim salama (neonatolozi, obstetričari, babice, anesteziolozi)
- Prevedena knjiga (Textbook of Neonatal resuscitation, 5th edition, 2006.), u štampi (DVD)
- Početak implementacije projekta u idućoj godini

Poglavlja NRP

1. Pregled i principi reanimacije
2. Prvi koraci u reanimaciji
3. Upotreba reanimacionih naprava za ventilaciju pozitivnim pritiskom
4. Vanjska srčana masaža
5. Endotrahealna intubacija
6. Medikamenti
7. Reanimacija u posebnim uslovima
8. Reanimacija prematurusa
9. Etički problemi i njega umirućeg pacijenta

Perinatalni mortalitet i morbidet u FBiH – vodeći uzroci

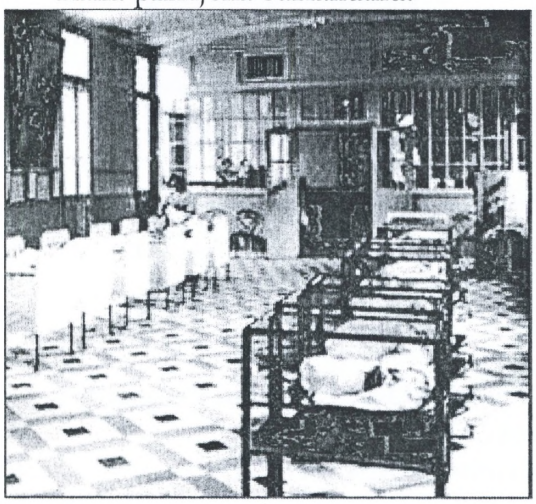
- Prematuritet i komplikacije prematuriteta (RDS, NEC), uključujući nozokomijalne infekcije
- Kongenitalne anomalije
- Asfiksija i porođajne traume
- Perinatalne infekcije

ANU BiH АНУ БиХ

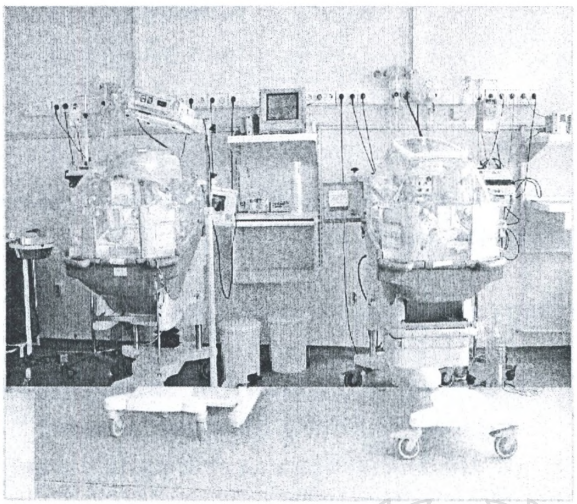
Može li se smanjiti perinatalni mortalitet na račun smanjenja smrtnosti nedonoščadi?

Napredak u tretmanu RDS-a!

- Široka antenatalna primjena kortikosteroida
- Rana primjena surfaktanta

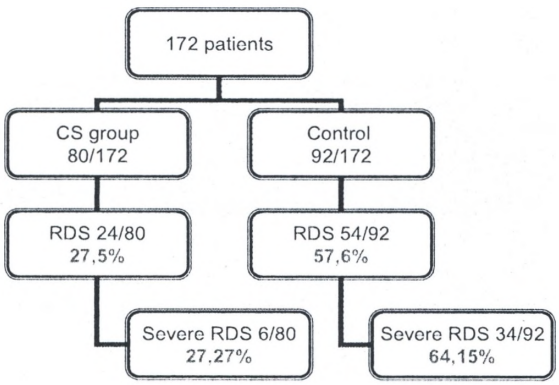


nekad



sad

Antenatalni tretman kortikosteroidima reducira učestalost i težinu RDS-a

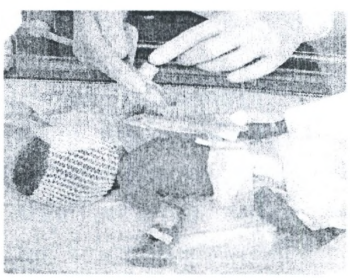


$\chi 2$ test 31.4
$p<0,001$
$C=0,366$

$\chi 2$ test 16,2
$p<0,001$

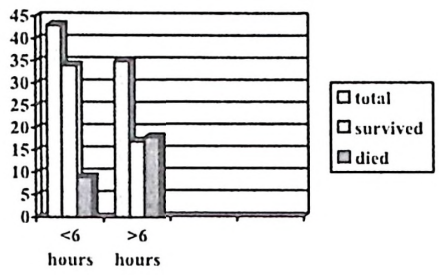
Rana primjena surfaktanta

Nedonoščad sa RDS, FiO2>0,4
trebaju dobiti surfaktant što prije, po mogućnosti u okviru 2 sata nakon rođenja.



ANU BiH АНУ БиХ

Ishod bolesti u zavisnosti od vremena primjene prve doze surfaktanta



Hours	Survived	Died	Total (%)
	No (%)	No (%)	
0-6	34 (**79**)	9 (21)	43 (100)
>6	17 (**49**)	18 (51)	35 (100)
Total	51	27	78 (100)

χ 2 7,9
p<0,005

Rana primjena surfaktanta

- **Hitan transport** prethodno stabiliziranog nedonoščeta u Regionalni centar (udaljenost?)
- **Surfaktant u Kantonalnoj bolnici, zatim transport?** Osposobljavanje neonatologa!

Transport ugrožene novorođenčadi

European Network for Perinatal Transport (EUROPET)

- **Transport "in utero"**
- **Neonatalni transport po principu "k sebi"** (približno 50%)
- Uređeno putem zakonskih akata, preporuka strukovnih organizacija ili na oba načina

"Maternal and Neonatal Transport in Europe"*Prenat Neonat Med 1999;4: Suppl 1-14*

Integriran sistem transporta "k sebi" u FBiH – neminovnost ! Zašto?

- Od 74 exitusa u JNiNJ, 13 exitiralo u prvih 6h, 4 u transportu (10 mjeseci)
- Iskustva drugih (Slovenija – 1976. godine)
  - Perinatalni mortalitet reduciran od 26,8/1000 u 1976. godini na 4,7/1000 u 1999. godini.
  - Stopa smrtnosti u JINN do početka transporta 35%, nakon uvođenja transporta 15%.
  - Postotak intubirane djece na terenu, prije dolaska transportnog tima porastao sa 2% na 56%, zbog treninga ordinirajućih ljekara.

Organizirani transport ugrožene novorođenčadi u FBiH – Izvodljiv!

- **"On call servis"** - osoblje Jedinice Neonatalne Intenzivne njege koja prima transporte odgovorno za transport

ANU BiH АНУ БиХ

- **Služba hitne medicinske pomoći** – osoblje prethodno obučeno za stabilizaciju i transport djece sa veoma niskom porođajnom težinom i specifičnim problemima (npr. hirurškim)
- Potrebni su:
  - 2 namjenska vozila sa ugrađenom opremom, samo za tu namjenu
  - Ljekar (obučeni, neonatolog ili intenzivista) i medicinska sestra "on call" – dodatno osoblje
  - Vozač (24 sata - iz KCU ili Službe hitne pomoći)
- Primjer Slovenije: "On call servis" JNIT, vozilo Službe Hitne medicinske pomoći, helikopter MUP-a

Transport ugrožene novorođenčadi po principu "k sebi" potreban je onoliko koliko i jedinice intenzivne njege!

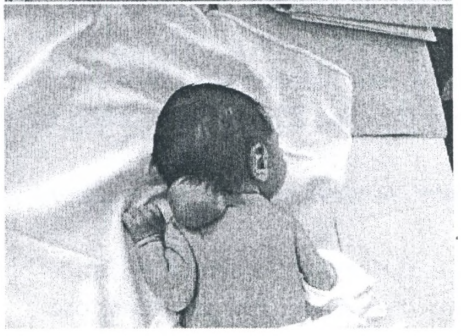
Prevencija kongenitalnih anomalija

- Registar kongenitalnih anomalija
  - **EUROCAT** (43 registra iz 29 zemalja, 29% evropske populacije) od 1978.
  - **NBDPN** National Birth Defects Prevention Network - USA, od 1967.
  - **IBIS**: **I**nternational **B**irth **D**efects **I**nformation **S**ystems, uključuje Rusiju i Ukrajinu

Prevencija defekata neuralne cijevi (32 u toku poslednje 3 godine!!!)

Rani razvojni poremećaj (17-30 dana koncepcije)
- Anencefalija
- Spina bifida
- Spinalna meningo(myelo)coella
- Cranium bifidum,
- Encephalocoella







Dijete sa defektom neuralne cijevi-dijete sa posebnim potrebama

- Specifične ekonomske, obrazovne, medicinske, zdravstvene i emocionalne potrebe
- Utiče na život porodice
- Utiče na cijelu društvenu zajednicu



Hidrocefalus
Paraplegija
Inkontinencija

Defekti neuralne cijevi – preventibilni (70%)!!!

- 1976. notirano da žene koje su rodile dijete sa NTD imaju nisku razinu folata u serumu i eritrocitima
- 1980. Prof. Smithhells (Leeds, UK) uspio dokazati da dodatni unos **folne kiseline u dozi 0,4 mg dnevno mjesec prije koncepcije i u toku prvog trimestra** dokazano smanjuje rizik NTD trudnoća za oko 70%.

Prevencija NDT folatima (Czeizel and Dudas, 1992).

- od 2014 žena koje su dodatno unosile folnu kiselinu nijedna nije imala trudnoću sa NTD
- od 2052 koje nisu, detektirano 6 trudnoća sa NDT
- Nalaz potvrdile mnoge druge kliničke studije na velikom broju žena (preko 250 000).

Preporuke za prevenciju NTD

Obzirom da barem polovica trudnoća nastaje neplanirano, sve žene u fertilnoj dobi trebaju svakodnevni dodatni unos folne kiseline 0,4 mg.

Nacionalni projekti prevencije NTD u svijetu

- **Široke javne kampanje** i edukativni programi budućih majki.
- **Dodavanje folne kiseline u prehrambene namirnice** (SAD, Kanada 1998.): brašno, kukuruzno brašno, tjestenina i riža (0,15 mg folne kiseline/100 gr.)

Program prevencije razvojnih poremećaja NTD



ANU BiH АНУ БиХ

Započeta u FBiH imunoprofilaksa protiv RSV infekcija najugroženijih populacionih kategorija (n=11)



- ekstremna nedonoščad (<28NG)
- nedonoščad sa BPD
- novorođenčad sa urođenim srčanim manama i
- RSV infekcije ovih populacionih skupina povezane sa povećanom smrtnošću, ponovnim hospitalizacijama, reaktivnom bolešću dišnih puteva i astmom.

Programi koji su započeti:

- Program neonatalne reanimacije (NRP)
- Program prevencije RSV kod najugroženijih populacijskih skupina novorođenčadi

Potrebno proširiti doktrinarni pristup:

- Antenatalna primjena kortikosteroida i rani surfaktant

Potrebno pokrenuti projekte:

- Transport ugrožene novorođenčadi "k sebi"
- Prevencija defekata neuralne cijevi

ANU BiH АНУ БиХ

PERINATALNI REZULTATI NA GAK SARAJEVO ZA PERIOD 2006. i 2007.g

Begić Kerim, Dizdarević Jadranka, Bukvić Idriz, Kapetanović Ahmo
Klinički centar Univerziteta u Sarajevu

Incidencija poroda, broj donešene novorođenčadi, broj nedonešene novorođenčadi

GODINA	BR.POR	BR.NOV.	BR.DON.NOV.	BR NED.NOV.
2006.	3303	3360	3088(93,6%)	215(6,4%)
2007.	3456	3478	3229(92,9%)	249(7,1%)

Paritet porodilja na GAK Sarajevo

Godina	2006.	2007.
Broj prvorotki	1742(52,7%)	1801(52%)
Broj drugorotki	1141(34,5%)	1208(35%)
Broj trećerotki	309(9,3%)	339(9,8%)
Broj višerotki	111(3,3%)	108(3,1%)
Ukupno	3309	3456

Starost porodilja u 2006.godini

Godine starosti	Prvorotke	Višerotke
15-25	819(24,8%)	301(9,1%)
26-30	588(17,8%)	572(17,3%)
31-36	259(7,8%)	491(14,8%)
Preko 37 g.	76(2,3%)	197(5,9%)
Ukupno	1742(52,7%)	1561(47,3%)

Starost porodilja u 2007.g

Godine starosti	Prvorotke	Višerotke
15-25	772(22,3%)	314(9,1%)
26-30	644(18,6%)	639(18,4%)
31-36	309(8,9%)	527(15,2%)
Preko 37 g.	76(2,2%)	188(5,4%)
Ukupno	1801(52,1%)	1655(47,9%)

Akušerske intervencije na GAK Sarajevo

God.	Br.S.C.	Br V.E.	Br.forcepsa	Br.aux.man,
2006.	841(25,4%)	46(1,4%)	9(0,3%)	19(0,6%)
2007.	965(27,9%)	38(1,09%)	7(0,2%)	5(0,14%)

ANU BiH АНУ БиХ

Perinatalni mortalitet na GAK Sarajevo

Godina	Br.mrtvorodjenih i umrlih od 0-6 dana	Perinatalni mortalitet
2006.	31	9,2%0
2007.	30	8,6%0

Distribucija perinatalnog mortaliteta
Mrtvorođena novorođenčad

Godina	2006.	2007.
Donešena	6	5
novorođenčad	(19,3%)	(16,6%)
Nedonešena	9	14
novorođenčad	(29%)	(46,7%)
Ukupno	15	19
(48,3%)	(63,3%)	

Umrla novorođenčad od 0-6 dana

Godina	2006.	2007.
Donešena novorođenčad	3 (9,7%)	4 (13,3%)
Nedonešena novorođenčad	13 (42%)	7 (23,4%)
Ukupno	16 (51,7%)	11 (36,7%)

ANU BiH АНУ БиХ

Komparacija perinatalnog mortaliteta donešene i nedonešene novorođenčadi

Godina	2006.	2007.
Donešena novorođenčad	9 (2,7%0)	9 (2,5%0)
Nedonšena novorođenčad	22 (6,5%0)	21 (6,1%0)
Ukupno	31 (9,2%0)	30 (8,6%0)

Klinički određeni uzroci smrti umrle novorođenčadi od 0-6 dana

Godina	2006.	2007.
Malformatio multipl.	7 (43,7%)	8(72,7%)
RDS	5 (31,2%)	2 (18%)
Sepsis neonatorum	1 (6,2%)	0
Asphyxio perinatalis	1 (6,2%)	0
Syndroma haem.	0	1(9%)

Zaključak

- Broj poroda postepeno raste
- Broj Sectio Caesarea se povećava
- Perinatalni mortalitet je snižen
- Procenat rađanja djece niske porođajne težine je nešto veći nego u prethodnom desetogodišnjem periodu

ANKETNI UPITNIK
Broj anketiranih pacijentica: 180

Godine starosti

15-25	56 (31,1%)
26-30	65 (36,1%)
31-36	47 (26,1%)
Preko 37 god.	12 (6,7%)

Bračni status

Udata	176 (97,7%)
Neudata	4 (2,3%)

Školska sprema

Osnovna	16 (8,8%)
Srednja	110 (61,1%)
Visoka	53 (29,4%)

Zanimanje

Domaćica	76 (42,2%)
Radnica	25 (13,8%)
Službenica	22 (12,2%)
Drugo	56 (31,1%)

Zaposlenost

Da	79 (43,8%)
Ne	93 (51,6%)
Otpuštena sa posla	6 (3,3%)

Zdravstveno osiguranje

Da	168 (93%)
Ne	12 (7%)

ANU BiH АНУ БиХ

Suprug je zaposlen

a)	Stalni radni odnos	132 (73,3%)
b)	Nezaposlen	7 (3,8%)
c)	Povremeno radi	25 (13,8%)
d)	Prima penziju	3 (1,6%)
e)	Prima invalidninu	5 (2,7%)
f)	Prima borački dodatak	3 (1,6%)

Drugi izvori primanja

a)	Socijalna pomoć	1 (0,6%)
b)	Prima dječji dodatak	7 (4,3%)
c)	Naknada za nezaposlene	3 (1,8%)
d)	Ostalo	4 (2,4%)

Stambene prilike

a)	Stan uslovan	60 (33,3%)
b)	Kuća uslovna	68 (37,7%)
c)	Podstanari	26 (14,4%)
d)	Živimo u zajednici	26 (14,4%)

Ukupna primanja porodice dovoljna za život

Da	159 (88,3%)
Ne	21 (11,7%)

Rodila sam

Nisam rađala	43 (23,8%)
1 dijete	133 (73,8%)
2 djece	19 (11,1%)
3 djece	2 (1,1%)
Više djece	1 (0,5%)

Da je socijalni status porodice bolji rodili biste još

1 dijete	36 (20%)
2 djece	55 (30,5%)
3 djece	10 (5,5%)
4 djece	1 (0,5%)
više djece	1 (0,5%)
ne biste više rađali	63 (35%)

Da li biste rodili još djece kad bi se pravo na naknadu za vrijeme porođajnog odsustva produžilo na više od jedne godine?

DA	107 (59,4%)
NE	63 (35%)

ANU BiH АНУ БиХ

Da li smatrate da bi pravo na naknadu za vrijeme porođajnog odsustva zaposlene i nezaposlene majke trebalo izjednačiti?

DA	148 (82,2%)
NE	30 (16,6%)

Da li bi novčana stimulacija države uticala na Vašu odluku da rodite troje i više djece?

DA	91 (50,5%)
NE	87 (48,3%)

Koje mjere po Vašem mišljenju, država treba poduzeti da bi mladi bračni parovi imali više od dvoje djece?

- Regulativa u vezi sa zaštitom porodice i djeteta treba biti usklađena od državnog (krovnog) nivoa sa entitetskim i kantonalnim zakonima (porodiljsko odsustvo, dječji doplatak, popust za vrtić itd.)
- Bolja socijalna pomoć i lijekovi za djecu
- Besplatno studiranje za 3.dijete i slično
- Rješavanje problema maloljetničke delikvencije i uživanja opojnih droga (generalna sigurnost za djecu i omladinu)

ANU BiH
АНУ БиХ

ANU
ВіН
АНУ
БиХ

PROMOCIJA REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA KAO MJERA PRONATALITETNE POLITIKE

Nenad V. Babić, Sanja Sibinčić, Nebojša Jovanić
Medicinski fakultet Banja Luka

Reproduktivno zdravlje, prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 1997., predstavlja "stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja u svemu što se odnosi na reproduktivni sistem, a ne samo odsustvo bolesti i nesposobnosti"[1].

Danas je medicinska nauka na raskrsnici u periodu prelaza iz biomedicinske u novu socioekološku fazu. Biomedicinska faza je počela u drugoj polovini prošlog vijeka, u kojoj je ostvaren izuzetno veliki naučni napredak, prerasta u novu fazu ali tako da će ukupno stečeno znanje i iskustvo te faze ostati inkorporisano u novoj sociološkoj fazi. Najvažniji ciljevi medicine u biomedicinskoj fazi bili su da se otklone ili što ranije otkriju i suzbiju uzroci bolesti, da se zaustavi proces razvoja bolesti i umanje njene posljedice. U sklopu toga cilja centralno mjesto ima produženje životnog vijeka čovjeka. Najvažniji ciljevi medicinske nauke danas, na njenom prelasku u. socioekološku fazu, su da se unapredi i očuva zdravlje ljudi. Centralno mjesto u sklopu toga cilja nije samo produženje životnog vijeka čovjeka, već se poenta stavlja na kvalitet života. SZO je u svojim ciljevima za ostvarenje strategije "Zdravlje za sve" to definisala kao "add years to life" i "add life to years". Dodati život godinama predstavlja cilj da se život i dalje produžuje, a godine životu ne bilo kakvo produženje života, već duži kvalitetniji život[2].

Prema podacima iz 1953. godine bivša SR BiH je imala veoma visoku stopu nataliteta od 38,5‰, visok mortalitet od 14,4‰, pa je prirodni priraštaj bio 24,1‰. Prema popisu stanovništva iz 1991. godine na istom prostoru stopa nataliteta je bila 15,4‰, pa je uz dosta nizak mortalitet od 6,7‰ stopa prirodnog priraštaja bila umjerena sa 8,7‰

Kraj XX i početak XXI vijeka predstavlja izuzetno složen period u demografskom razvoju RS u kome je stanovništvo uglavnom stagniralo, a prirodni priraštaj bilježi tendenciju konstantnog pada. Trenutna stopa prirodnog priraštaja u RS je negativan i ukazuje na poremećaje u u vitalnim strukturama sa nizom negativnih posljedica. U posljednjih nekoliko godina prostor RS karakteriše intenzivan pad stope fertiliteta, što u osnovi počiva na modelu niske reprodukcije. Prema procjenama za period 1996-2007. godine RS ima znatno manji broj stanovnika u odnosu na 1991. godinu, što je uzrokovano intenzivnim raseljavanjem stanovništva,

---

[1] Rice M. A Framework for Developing Health Promotion and Education Initiatives in Reproductive Health, Promotion &EDucation, 1996; 3: 7-10.

[2] Šulović V.: Reproduktivno zdravlje u Srbiji 1989-2001. SANU, Beograd 2004.

procesom izbjeglištva, emigracije u inostranstvo, ratnog mortaliteta i pada stope prirodnog priraštaja[3].

Rađanje kao pozitivna prirodna komponenta neposredno utiče na revitalizaciju obima stanovništva i njegove starosne strukture. Ono vrši ove dvije važne demografske funkcije samo ako njegov nivo zadovoljava najmanje potrebe prostog obnavljanja stanovništva. Otuda, bilo koji nivo rađanja koji onemogućava da ono vrši ove dvije funkcije je nedovoljno rađanje, koje ranije ili kasnije vodi u depopulaciju i prekomjerno starenje[4].

Reproduktivno zdravlje ima veliki socio-medicinski značaj jer je povezano ne samo sa reprodukcijom stanovništva nego i sa zdravim početkom života. Da bi se ovaj cilj realizovao potrebno je definisati mjere na osnovu što komplesnijeg poznavanja stanja a to treba bazirati na posebnim istraživanjima u grupaciji adolescenata i populaciji u fertilnoj dobi (od 15-44 godine).

U uslovima niskog nataliteta, fertiliteta i prirodnog priraštaja reproduktivno zdravlje ima poseban značaj jer očuvanje biološkog integriteta naroda i skladna reprodukcija su najvažniji prioriteti ne samo zdravstvenog sektora nego i čitave društvene zajednice.[5]

Kao zdravstveni rizici koji potencijalno utiču na reproduktivno zdravlje, ali i na opšte zdravlje ističemo riziko faktore pušenja, konzumiranja alkohola, fizičke neaktivnosti, odnos starosnog i obrazovnog nivoa partnera, ekonomsko stanje i higijenski uslovi života. Problemi reproduktivnog zdravlja, koji u najširem smislu predstavljaju opasnost po zdravlje miliona ljudi u svijetu, podrazumjevaju potrebe za planiranjem porodice, morbiditet i mortalitet trudnica, perinatalni mortalitet i smrtnost dojenčadi, prematuritet, HIV infekcije, AIDS i polno prenosive bolesti, posebno u adolescentnom periodu, namjerni prekid trudnoće, sterilitet dr.

Navodimo neke osnovne probleme koji su prisutni u Republici Srpskoj, kada govorimo o demografskim kretanjima. Podaci su izneseni u analizi provedenoj prilikom izrade Strategije razvoja porodice u Republici Srpskoj 2009-2014 :

- Stopa prirodnog priraštaja u RS u prethodnih 6 godina je negativna;
- U RS trenutno nedostaje oko 30% djece za zamjenu generacija;
- U prethodnih 6 godina, godišnje se u RS radalo oko 1200 djece kao treće po redu rođenja, a manje od 300 djece kao četvrto po redu rođenja;

---

[3] Marinković D.: Tendencije demografskog razvoja i fenomen nedovoljnog radanja.Analiza demografske situacije i sprovodenja pronatalitenih mjera i aktivnosti u Republici Srpskoj, naučno-istraživačka studija.Vlada Republike Srpske, Ministarstvo za porodicu, omladinu i sport, Savjet za demografsku politiku, Banja Luka, 2008. 6-19.

[4] Rašević M.: Nedovoljno radanje dece: fenomen koji upozorava. U: Reproduktivno zdravlje, urednik N.V. Babić.,Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Istočno Sarajevo, 2007.143153.

[5] Balaban M.: Reproduktivno zdravlje u Republici Srpskoj. Zavod za zaštitu zdravlja Republike Srpske, 1999.

- U istom periodu došlo je do intenzivnog pada stope fertiliteta (ispod 1,5 djeteta po ženi);
- Primjećuje se intenzivan porast broja staračkih domaćinstava;
- Kod značajnog broja porodica uočen je nedostatak sredstava koja bi pokrila osnovne potrebe prema određenju "potrošačke korpe";
- Prema mjerilima Svjetske banke, u Republici Srpskoj se 21% stanovništva nalazi u zoni generalnog siromaštva;
- Postojeći sistem dječije zaštite ima naglašen socijalno-zaštitni karakter, samo jednim dijelom i pronatalitetni;
- Prema podacima Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, 67% stanovništva ima zdravstveno osiguranje, a 33% stanovništva nije osigurano (najveći broj je onih lica koja su zaposlena, ali nisu uplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje).

U Republici Srpskoj prisutni su svi važniji rizici koji utiču na reproduktivno zdravlje mladih i osoba u fertilnoj dobi.

1) Planiranje porodice-kontracepcija

Kao i u nekim zemljama u našem okruženju i za nas vrijede neki opšti zaključci: da je najvažniji problem u planiranju porodice što individualna traženja, težnje i odgovori koji prate proces rađanja djece nisu racionalni sa aspekta potreba društva. Reproduktivne norme su niske, a pri tom društvo putem svojih institucija nije ni pokušalo da utiče na formiranje stava o željenom broju djece, kao ni da ublaži u većoj mjeri niz prepreka za njihovo osvarenje[6].

Stanje u Republici Srpskoj kada je riječ o korištenju kontraceptivnih metoda u planiranju porodice je sljedeće:

- Kao metod kontracepcije najčešće se koristi prekinuti snošaj, u prosjeku 53,9%;
- IUD-intrauterini uložak se u prosjeku koristi 14,9%;
- Pilule se u prosjeku koriste 5,0%;
- Kondom se u prosjeku koristi 7,9% (5).

2) Namjerni prekid trudnoće

Na Kongresu jugoslovenskih ljekara (Beograd, 1935. godine), Vrhovno Vijeće za Zdravstvenu zaštitu procjenilo je da je broj abortusa oko 300.000 godišnje[7]. Na području bivše Jugoslavije 1968. godine na 1000 žena fertilne dobi, bila su 62 pobačaja. Najviše u Užoj Srbiji, najmanje na Kosovu 28 prekida trudnoće[8].

---

[6] Rašević M.: Duštveno-medicinski značaj namernog prekida trudnoće, U: Obnavljanje stanovništva i zaštita reproduktivnog zdravlja, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1999., 199-216.

[7] Novak F. i saradnici (1964): Problem neželjene trudnoće. V Kongres ginekologa -opstetričara Jugoslavije (Problem of Unwanted Pregnancies. Collected Papers, Fifth Yugoslav Congres of Gynecologyst and Obstetrics), Sarajevo, pp. 5-18.

[8] Demografska statistika 1987. Beograd, 1989.

Pouzdana incidencija i stopa namjernih prekida trudnoće u Republici Srpskoj su nepoznati. Naime, samo mali broj arteficijalnih abortusa se danas uradi u zdravstvenim ustanovama sekundarnog i tercijarnog nivoa (opšte bolnice i klinike), kako to nalaže član 14 Zakona o uslovima i postupku za prekid trudnoće. Veliki broj namjernih prekida trudnoće uradi se u privatnim ordinacijama te kao takvi spadaju u grupu rizičnih ili nedozvoljenih abortusa. Niti jedan od ovih rizičnih abortusa nije registrovan i propisno prijavljen, kako to nalaže postojeći zakon. Da je broj rizičnih abortusa zaista veliki i da nam je prava incidencija nepoznata da se zaključiti iz analize broja abortusa te odnosa između broja arteficijalnih abortusa i broja poroda u Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Banjoj Luci u periodu od 1985-2007. godine na sledećoj tabeli[9].

Period	Broj poroda	Broj namjernih prekida trudnoće	Broj prekida trudnoće na 1000 poroda	Odnos broja poroda i broja namjernih prekida trudnoće	Prosječan broj prekida trudnoće godišnje
1985-1992	37021	47147	127	0,7:1	5893
1993-1996	14788	11345	77	1,3:1	2836
1997-2000	13798	7095	51	1,9:1	1773
2001-2007	20640	4896	23	4,2:1	699

Tabela 1. *Broj poroda i arteficijalnih abortusa u Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Banjoj Luci u periodu od 1985-2007. godine.*

Iz navedene tabele da se zaključiti da je došlo do znatnog smanjenja broja namjernih prekida trudnoće. Ukoliko se bude primjenjivao Zakon o postupku i uslovima za prekid trudnoće tada ćemo imati podatke o realnoj incidenciji namjernog prekida trudnoće. Dnevno 150.000 trudnoća u svijetu završava se induciranim pobačajem. Od 210 miliona trudnoća svake godine oko 22% završi namjernim prekidom trudnoće (WHO). Jedna trećina se izvodi ilegalno, a jedna od osam žena podvrgnutih ilegalnom abortusu umre. Za Bosnu i Hercegovinu nema tačnih podataka, po nekim istraživanjima svaka treća žena je imala bar jedan abortus. Tuzlanski Kanton-visoka stopa pobačaja 97/100 trudnoća! Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Ginekološko-akušerska klinika: 1053/4075 (1998. godina), do 434/3217 (2005. godine)[10].

Može se zaključiti da namjerni prekid trudnoće u svim starosnim grupama predstavlja dominantan metod kontrole rađanja kod nas i u najvećem broju zemalja na-

---

[9] Perendija V.,Vilendečić R., Jovanić N.: Namjerni prekidi neželjenih trudnoća i stav prema kontracepciji. Zbornik II Kongres zdravlje, ekologija i sport, Banja Luka, 2007;249-250.

[10] Hasanović E.: Abortus,najčešća i najštetnija metoda kontracepcije. Brošura za seminar: Mladi, kontracepcija i nove metode kontracepcije, Kupres, 2007;8-9.

šeg regiona. Učestalost indukovanih abortusa kod mladih već decenijama je visoka; godišnje se ovoj vrsti medicinskog postupka podvrgava oko 6000 ženskih osoba mlađih od 20 godina[11]. Namjerni prekid trudnoće višestruko ugrožava psihofizičko zdravlje adolescentkinja. Poznato je da namjerni prekid trudnoće može izazvati ozbiljne zdravstvene komplikacije. U Rusiji, na primjer, indukovani abortus predstavlja uzrok 25-30% maternalne smrtnosti, a u Rumuniji čak 50%. Najčešće komplikacije poslije namjernog prekida trudnoće jesu infekcije, krvarenja, anemije, povrede unutrašnjih organa, kao i dugotrajni zdravstveni poremećaji koji rezultiraju hroničnim bolovima u maloj karlici, prijevremenim porođajem u narednim trudnoćama i infertilitetom[12].

3) Polno prenosive bolesti

Polno prenosive bolesti predstavljaju značajan javno zdravstveni problem zbog svoje epidemijske proširenosti, mnogobrojnih kompikacija koje izazivaju i zbog ogromnih troškova koji se izdvajaju u zdravstvenom sistemu za njihovo liječenje[13]. Bolesti koje se danas najčešće šire polnim putem su gonoreja i tzv. nespecifične genitalne infekcije (hlamidije, mikoplazme i sl.). Sifilis je u blagom porastu, uglavnom u homoseksualaca, ali ne predstavlja veliki problem kao ranije. Česti su genitalni herpes, genitalne bradavice, trihomonijaza i stidna vašljivost. Posebno brzo se širi genitalni herpes, a slično je i sa nekim bolestima za koje se tek u novije vrijeme zna da se mogu prenijeti i seksualnim putem (virusni hepatitis)[14].

Podaci za HIV/AIDS u BiH

Od početka registracije, 1986. g. do kraja 2005. g. u BiH je registrovano 116 slučajeva HIV infekcije. U 2005. g. je registrovano 15 novoinficiranih (10 u FBiH i 5 u RS). Od ukupnog broja registrovanih, 116, njih 84 su oboljeli od AIDSA (FBiH 49, u RS 25, dok za 10 ne znamo odakle su pošto su registrovani u SRBiH)[15]. Analizom 116 zaraženih/oboljelih pokazalo se:

- 12 novih slučajeva u 2003,
- 9 novih u 2004,
- 15 novozaraženih u 2005.

116 ukupno 100%	2003-2005 (36 slučajeva)

[11] Sedlecki K., Rajin G., Banićević M.: Reproduktivno zdravlje i polno ponašanje adolescenata. U: Banićević M., urednik. Obnavljanje stanovništva i zaštita reproduktivnog zdravlja, Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1999; 137-155.

[12] UNICEF. Women in Trasition. Regional Monitoring Reports, No.6 Florence: UNICEF International Child Development Centre, 1999.

[13] Škerk V.: Spolno prenosive bolesti-Uvodnik. Medikus, vol. 12., Br. 2, Zagreb, 2003; 155-156.

[14] Karadaglić Đ., Krstić Lj.: Bolesti koje se prenose polnim kontaktom. Medicinska knjiga, Beograd, 1995; 7-9.

[15] Podaci za HIV/AIDS u BiH Izvor: Dr Nataša Lončarević, Nacionalni krdinator HIV prevencije u Republici Srpskoj.

95	82%	25	69,5%
21	18%	11	30,5%

Tabela 2. *Registrovani slučajevi HIV infekcije u Bosni i Hercegovini*

Putevi prenosa:

- 56% heteroseksualni put
- 15,5% homo/biseksualni put
- 13,8% intravensko korištenje narkotika
- 12% nepoznato!
- 2,6% hemofilija, transfuzija (prije 90 godina)

** Prema posljednjim izvještajima u BiH ima ukupno 156 registrovanih slučajeva HIV infekcije (101 u FBiH i 55 slučajeva u RS).*

Zarazne bolesti	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006. 6 mjeseci
Sifilis	7	9	7	8	13	9	1
Gonokokna infekcija	14	16	8	3	13	3	10
Chlamidiasis	1	2	0	1	118	83	7
Trichomoniasis	0	81	53	18	27	114	34
Hepatitis B	41	41	57	27	36	21	17
Nosilaštvo HBsAg	52	36	41	65	42	42	11
Hepatitis C	30	51	38	44	17	23	16
Scabies	406	483	314	244	286	305	153

Tabela 3. *Polno prenosive bolesti u Republici Srpskoj*

Izvor: Mjesečni bilten Instituta za zaštitu zdravlja Republike Srpske

Radi potpunijeg uvida u stanje reproduktivnog zdravlja, odnosno radi boljeg uvida u globalno demografsko stanje dajemo još nekoliko parametara koji to potvrđuju.

Godina	Broj porođaja	Prevremeni porođaji	SC	VE	Perinatalni mortalitet
2000.	3332	7,3%	12,4%	2,6%	17,0‰
2001.	3190	7,8%	13,4%	2,0%	15,7‰
2002.	3008	6,3%	12,5%	2,5%	-
2003.	2887	5,5%	14,0%	2,0%	16,1‰
2004.	2844	6,5%	15,6%	2,3%	9,9‰
2005.	2915	6,2%	17,8%	1,7%	13,2‰
2006.	2894	5,7%	19,0%	1,7%	8,9‰
2007.	2902	-	21,3%	1,4%	-

Tabela 4. *Broj porođaja, prevremeni porođaji, SC, VE, perinatalni mortalitet u Kliničkom porodilištu u Banja Luci od 2000. do 2007.godine*

Ukratko su izneseni neki aspekti značajnijih činilaca koji utiču na reproduktivno zdravlje adolescenata i populacije u fertilnoj dobi. Unapređenje reproduktivnog

zdravlja bez sumnje podrazumjeva široku društvenu akciju, kontrolu riziko faktora. Reproduktivno zdravlje determinisano je individualnim faktorima (biološki i psihički), činiocima neposrednog socijalnog i fizičkog okruženja (porodica, škola i radno mjesto) i uticajima šireg društveno-političkog i kulturnog okruženja (politika javnog zdravlja, društvene vrijednosti i norme, religija). Ostvarenje reproduktivnog zdravlja obavezno podrazumjeva pravo muškarca i žene da budu informisani i da imaju slobodan izbor i pristup pouzdanim, prihvatljivim i dostupnim metodama planiranja porodice, kao i pravo na korištenje odgovarajućih službi koje će ženama omogućiti da bezbjedno prođu kroz trudnoću i porođaj[16].

Ljudsko pravo na slobodno odlučivanje o rađanju vlastite djece zahtjeva od društva organizovan sistem brige da pojedinci donose odgovarajuće odluke (a) u svjetlu maksimalne obavještenosti o relevantnim naučnim spoznajama i društvenim stavovima, (b) u uslovima raspoloživosti svih potrebnih sredstava za efektivnu kontrolu reprodukcijskih procesa. Slobodno odlučivanje nije odlučivanje u neznanju. Čovjek može biti svjesni subjekt sopstvene biološke reprodukcije samo ukoliko su mu dostupna sva naučna saznanja, kao i sredstva za njihovu praktičnu primjenu[17].

Program o stanovništvu i razvoju predložen na Međunarodnoj konferenciji u Kairu 1994. obavezuje sve zemlje da utvrde i definišu politiku javnog zdravlja koja se odnosi na reproduktivno zdravlje stanovništva.

U kontekstu svega, naprijed iznesenog, u Republici Srpskoj se provode značajne aktivnosti na rješavanju navedenih problema. Vlada je formirala Savjet za demografsku politiku Republike Srpske, koji ima osnovnu funkciju da sve probleme vezane za demografska kretanja prezentuje Vladi, da savjetuje rješenja i preduzimanje potrebnih mjera. Ministarstvo za porodicu, omladinu i sport je predočilo Vladi veoma ambicioznu Strategiju razvoja porodice u RS 2009-2014, koja je i usvojena 11. decembra 2008. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite i Fond zdravstvenog osiguranja RS pokrenuli su značajne projekte na zaštiti zdravlja mladih i iz oblasti pronatalitetne politike.

Od svega izdvajamo i posvećujemo nekoliko riječi više aktuelnom edukativnom programu promocije reproduktivnog zdravlja. Projekat pod nazivom: "Reproduktivno zdravlje u RS" koji provodi Akademija nauka i umjetnosti RS. Projekat je odobren od strane Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske i finansira se sredstvima Fonda zdravstvenog osiguranja RS. Ciljna grupa je populacija učenika osnovne škole od VI-IX razreda, srednje škole od I-IV razreda i studenata prve i druge godine fakulteta. Sve aktivnosti koje se provode u sklopu projekta odobrilo je i Ministarstvo prosvjete i kulture. Populacija obuhvaćena programom

---

[16] Rajin G.,Radojević M.: Promocija reproduktivnog zdravlja mladih. U:O promociji reproduktivnog zdravlja adolescenata/autori Banićević M. i sar.Podgorica: UNICEF, 2000.,75-92.

[17] Berberović Lj.: Kvalitativni aspekti u planiranju potomstva. U:Reproduktivno zdravlje, urednik N. Babić, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Istočno Sarajevo, 2007.; 67-81.

aktivnosti broji oko 115.00 adolescenata 12-20 godina. Implementacija programa počinje anketiranjem ciljnih grupa adolescenata kako bi utvrdili nivo znanja, navika, ponašanja kod populacije adolescenata i shodno tim nalazima izvršili potrebnu adaptaciju programa edukacije. Program edukacije provode studenti završne godine Medicinskih fakulteta u Banjojluci i Foči. Zašto su odabrani studenti? Zato što su bliski populaciji adolescenata, a nakon završetka studija biće uključeni u sistem zdravstvene zaštite Republike Srpske i nastaviti sa provođenjem ideja projekta o reproduktivnom zdravlju. Studenti predhodno prolaze treninge, edukativnu obuku sa nastavnicima i iskusnim doktorima specijalistima iz ginekologije i akušerstva. Obrazovni programi usklađeni su sa stepenom zrelosti adolescenata. Realizacija programa počinje predavanjima o seksualnim karakteristikama, psihosomatskim odlikama puberteta, reproduktivnom sazrijevanju, spermatogenezi, oogenezi, fiziologiji menstruacinog ciklusa, zatim blok predavanja iz oblasti o humanim odnosima među polovima, polnoprenosivim bolesti i zaštiti od njih, kontracepciji i zaštiti od neželjene trudnoće. Prema edukativnom programu napisan je priručnik za adolescente i priručnik za trudnice. Namjera je da se priručnici, za početak, podjele besplatno ciljnoj grupi adolescenata a priručnik za trudnice da se dostavi u matične urede i da se dijele prilikom sklapanja braka mladim bračnim parovima.
Na kraju programa organizovat će se dvodnevna radionica-seminar, o humanoj reprodukciji i zaštiti reproduktivnog zdravlja, za adolescente, prosvjetne radnike i doktore primarne zdravstvene zaštite. Nakon završene evaluacije, shodno rezultatima, Akademija nauka i umjetnosti Republike Srpske, kao nosilac Projekta predložit će Parlamentu i Vladi Republike Srpske (Ministarstvo prosvjete i kulture) kontinuirani program edukacije-promocije reproduktivnog zdravlja na svi nivoima obrazovnog sistema. Projekat Reproduktivno zdravlje u RS je komplementaran sa, mnogo širim, aktivnostima Vlade Republike Srpske, koja je 11.12.2008. godine usvojila veoma značajan dokument: Strategija za razvoj porodice u RS 2009-2014. Strategijom razvoja porodice u Republici Srpskoj predviđene su mnoge aktivnosti, određeni strateški ciljevi koji će pomoći u rješavanju konkretnih problema socijalne isključenosti, smanjenja siromaštva i prestati sa ad hoc načinom rješavanja problema veoma izražene socijalne problamatike. Posebna pažnja je posvećena mjerama pronatalitetne populacione politike.

Zaključci

- U uslovima niskog nataliteta, fertiliteta i prirodnog priraštaja, visoke učestalosti namjernih prekida trudnoće koja je udružena sa epidemijskim širenjem infekcija koje se prenose putem seksualnih odnosa, smatra se glavnim uzrokom infertiliteta, reproduktivno zdravlje ima poseban značaj jer je očuvanje biološkog integriteta, adekvatno planiranje porodice i rješavanje svih navedenih problema treba da da budu prioritet ne samo zdravstvenog sektora nego čitave društvene zajednice;

- Posebno ističemo značaj edukacije, seksualno obrazovanje u školama koje će podsticati podizanja nivoa znanja mladih o reproduktivnom zdravlju, komunikacine vještine, ličnu seksualnu odgovornost, pozitivne stavove prema seksualnosti i veću spremnost za traženje profesionalne pomoći. Smatramo da to predstavlja fundament svih težnji za podizanje standarda reproduktivnog zdravlja, njegove zaštite, na koncu i bazu za vođenje osmišljene pronatalitetne politike;
- Neophodno je integrisanje službi, utemeljenje republičkog centra koji će se baviti demografskim istraživanjima, problemima humane reprodukcije-planiranjem porodice;
- Na samome kraju, ali ne i po važnosti, potrebne su konkretne aktivnosti i odgovornost lokalne zajednice za promociju reproduktivnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite, jer je to preduslov bez kojega je teško realizovati bilo koju zadaću na planu humane reprodukcije, a pogotovu ovako ambicioznu, kakva je zacrtana Strategijom razvoja porodice u Republici Srpskoj 2009-2014.: Ostvarenje neophodne i željene proširene reprodukcije stanovništva u Republici Srpskoj.

ANU BiH
АНУ БиХ

ANU
BiH
АНУ
БиХ

SOCIO-EKONOMSKI STATUS, MOTIVACIJA RAĐANJA U CAZINSKOJ KRAJINI

Prof. dr. Sulejman KENDIĆ, Prof. dr. Dževad DŽANIĆ, Prim. mr. sci Šemso ROŠIĆ, Dr. med. Mirsad AVDIĆ

Motivacija (definicija)

Motivacija je sistem motiva koji pokreće čovijeka na raznovrsne intelektualne, emocionalne, socijalne i druge aktivnosti.

Motivacija se shvaća kao skup vanjskih i unutarnjih faktora koji podstiču i usmjeravaju određeno ponašanje.

Motiv

Motivi su pokretačka snaga ličnosti u ustvarivanju životnih ciljeva, tako što se oni povezuju s uloženim naporima u ostvarivanju rezultata.

Motivacija je utjecaj koji izaziva, usmjerava i održava željeno ponašanje ljudi. U okviru planiranja porodice nastoji zadovoljiti želje stvaranja potomstva i veličine obitelji.

Temelji motiva su potrebe, bilo one biološke ili psihosocijalne.

Faktori koji utječu na motivaciju

Individualne karakteristike

- Potrebe, stavovi, interesi

Karakteristike posla

- Različite vještine, sličnosti i značenje zadatka, *autonomija,* povratna veza

Organizacijske karakteristike

- Karakteristike koje se odnose na radno mjesto

Metode rada za motiviranost

- Predavanje
- Vježbe
- Individualni i grupni rad
- Primjena testova, analiza rezultata i uspostava diskusije
- Razmjena znanja i iskustva

Motivi za rađanja

medicinski - npr. u cilju sprečavanja po život žene opasnih komplikacija vezanih uz trudnoću

socijalni - npr. sprečavanje rađanja djece koja bi bila prisiljena odrasti u teškim uvjetima

demografski - sprečavanje prenaseljenosti nekog područja ili države, odnosno politika *planiranja porodice*

politički - prisilno mijenjanje demografske slike na nekom području ili u državi

Cilj istraživanja

1. Istražiti motiviranost trudnica i žena koje su ostvarile reprodukciju u Cazinskoj Krajini za rađanje s obzirom na postojeće socio-ekonomsko stanje

ANU BiH АНУ БиХ

2. Promjenu mišljenja o rađanju primjenom stimulativnog stava društva-zajednice za stimulaciju rađanja

Ispitanice	Broj	Prosje. star. dob	Zaposlenost		Stambene prilike		
			DA	NE	Obit. kuća	Stan	Postan.
I.Trudnice	650 (54,39%)	22 ±2,5	97 (14,92%)	553 (85,07%)	82 (12,61%)	380 (58,46%)	188 (28,92%)
II. Pacijentice OM	350 (29,28%)	32±3,4	56 (16,00%)	294 (84,00%)	122 (35,03%)	145 (41,42%)	83 (23,71%)
	Ukupno		**153 15,39%**	**847 84,70%**			
III. Studenti			X^2=481; p<0,01				
1. Pedag. fak.	90 (7,53%)	20±2,3			61 (67,77%)	15 (16,66%)	14 (15,55%)
2. Visoka zdr. škola	105 (8,78)	20±3,1			80 (76,19%)	22 (20,95%)	3 (2,85%)
UKUPNO	1.195	23,5±2,8	X^2=0.32 p>0,05		345 28,87%	562 47,02%	288 24,10%

Tabela 1. *Broj ispitanica*

ISPITANICE	Broj	Školska sprema			
		OŠ	SSS	VŠS	Fakultet
I.Trudnice	*650*	87	340	180	43
II.Pacijentice OM	*350*	90	185	55	20
UKUPNO	*1000*	*177*** (17,77%)*	*525* (52,50)*	*235** (23,50%)*	*63 (6,30%)*
		1000			

Tabela 2. *Obrazovna struktura trudnica i pacijentica OM*

ISPITANICE	Trudnoća				UKUPNO
	Prva	Druga	Treća	Četvrta	
I.Trudnice (650)	317	311	21	1	650
Postotak	(48,76%)*	(47,84%)**	(3,23%)	(0,15%)	(100,00%)
Broj pobačaja	11 (3,47%)	7 (2,25%)	16 (76,19%)	-	5,23%
II.Pacijentice OM (350)	Broj poroda				350
	1	2	3	4	
	24	289	32	5	
Postotak	(6,85%)	(82,57%)*	(9,14%)**	(1,42%)	(100,00%)
Br. pobačaja	7 (29,16%)	31 (10,72%)	-	-	10,57%
	Ab. I i II. X^2=0,22 p>0,05				

Tabela 3. *Trudnoća i paritet*

ISPITANICE	Stav za broj djece			Motiviranost za slijedeću trudnoću		
	1	2	3	DA	NE	Nezna/dvojba
I. Trudnice (650)	285	302	63	401	215	34

II.Pacijentice OM (350)	146	189	15	24	276	50
UKUPNO (I, II) (1000)	431** 43,10%	491* 49,10%	78 7,80%	*425 42,50%*	*491 49,10%*	84 8,40%
				X^2=4,76; p<0.05		
III. Studenti				Motiviranost uopće za trudnoće		
1. Pedag.fak. (90)	67	13	10	Da	Ne	Nije razmišljala
				11	64	15
2. Visoka zdrav. škola	73	27	5	19	78	8
UKUPNO (III)	140* 71,79%	40** 20,51%	15 7,69%	*30 15,38%*	*142 72,82%*	23 11,79%
				X^2=72,93; p<0,01		

Tabela 4. *Stav u broj djece na osnovu postojećeg socioekonomskog statusa)*

ISPITANICE	Broj	Odnos države prema trudnicama		
		Dobra	*Nedovoljna*	Nikakav
I.Trudnice	(650)	43	312	295
II.Pacijentice OM	(350)	24	37	289
Ukupno (I,II)	1000	*67(6,7%)*	*349 (34,90%)*	584 (58,40%)
		X^2=191; p<0,01		
III. Studenti				*I,II i III* X^2=0,22; p>0,05
1. Pedag.fak.	(90)	-	88	2
2. Visoka zdrav. škola	(105)	5	86	14
Ukupno (III)	195	5 (2,56%)	174 (89,23%)	16 (8,20)
		X^2=159; p<0,01		
UKUPNO (I,II,III)	1195	*72 6,02%*	*523 43,76%*	600 50,20%
		X^2=341; **p<0,01		X^2=5,28; p<0,05

Tabela 5. *Mišljenje o potpori dražave za stimulaciju rađanja*

ISPITANICE	Broj	Stimulativne mjere države /promjene stava/		
		Promjenili bi stav	Nebi promjenili stav	Neznam
Trudnice	650	390	207	53
Pacijentice OM	350	222	120	8
UKUPNO (I,II)	1000	*612 (61,20%)*	*327 (32,70%)*	61 (6,10%)
		X^2=86,5 ; p<0,05		
III. Studenti				
Pedag.fak.	90	70	18	2
Visoka zdrav. škola	105	79	23	3
UKUPNO (III)	195	*149 (76,41%)*	*41 (21,02%)*	5 (2,56%)
		X^2=61,39 ; p<0,05		
UKUPNO (I,II,III)	1195	*761 (63,68%)*	*368 (30,79%*	66 (5.53%)
		X^2=136,8 ; p <0,05		

Tabela 6. *Promjene stava uvođenjem naknade, stimulativnih mjera na rađanje*

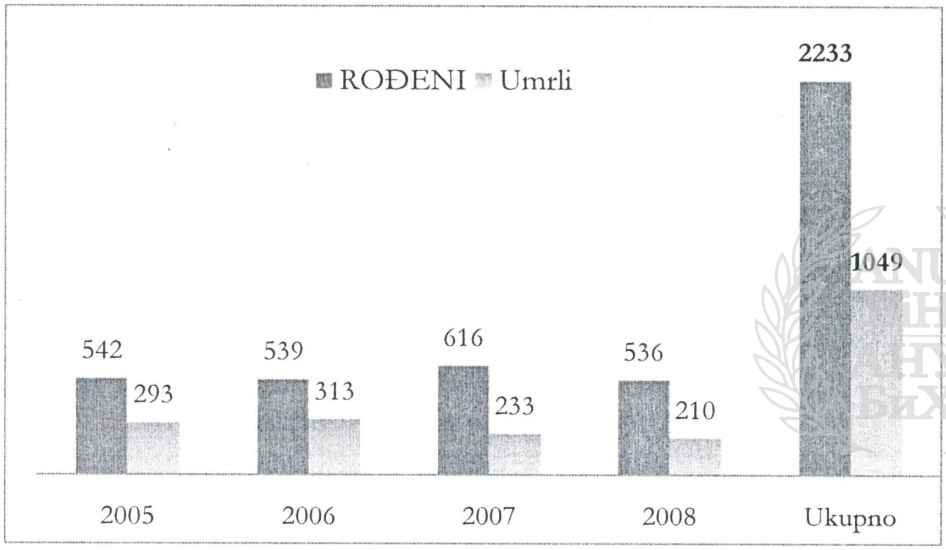
ISPITANICE	Zadovoljenje potreba mjesečnim primanjem		
	DA	NE	Djelemično
I. Trudnice (650)	147 22,61%	430 66,15%	73 11,23%
II. Pacijentice OM (350)	59 16,85%	287 82,00%	4 1.14%

ANU BiH АНУ БиХ

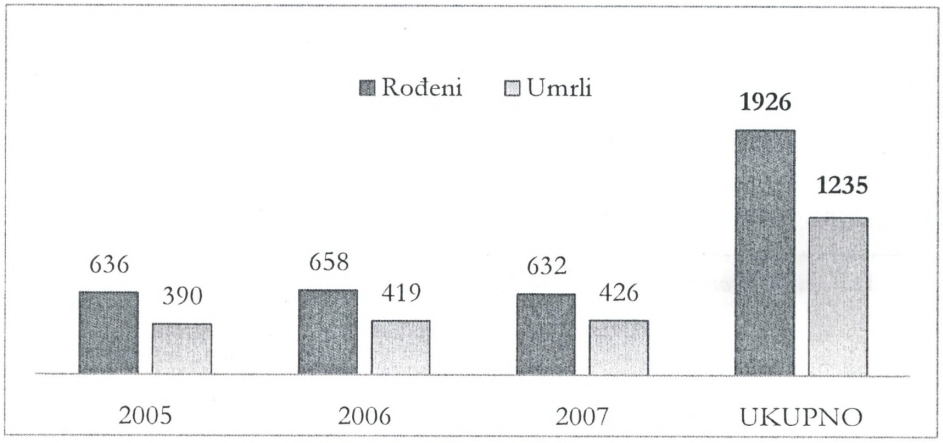
UKUPNO (I, II)	*206 (20,60%)*	*717 (71,70%)*	77 (7,70%)
	X^2=282; p<0,05		
III. Studenti			
1. Pedag.fak. (90)	31 34,44%	27 30,00%	32 35,55%
2. Visoka zdrav. škola (105)	49 46,66%	38 36,19%	18 17,14%
Ukupno (III)	*80 (41,02%)*	*65 (33,33%)*	50 (25,64%)
	X^2=1,55; p>0,05		
UKUPNO (1195)	*286 /23,93%*	*782 /65,43%*	127 10,62%
	X^2=230; p<0,01		

Tabela 7. *Zadovoljenje potreba porodice novačanim mjesečnim primanjima*

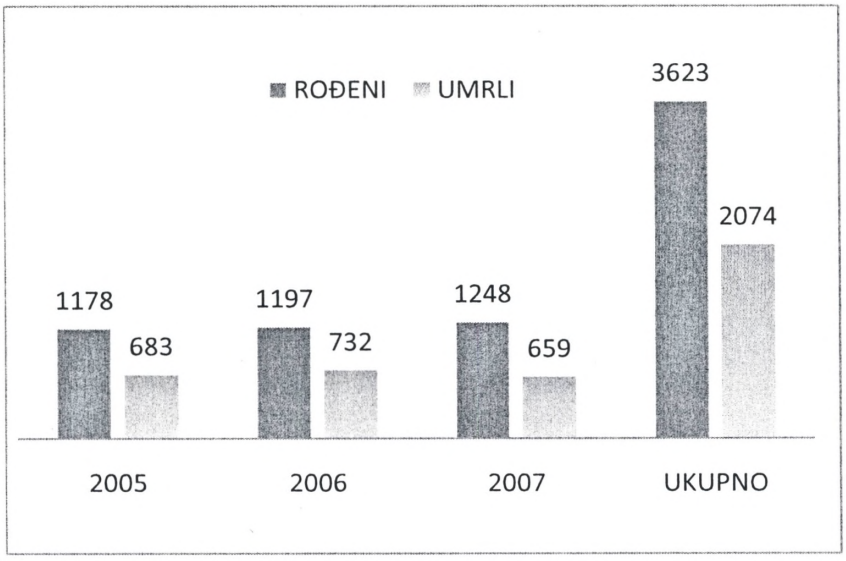
Broj rođenih i umrlih u V.Kladuši 2005-2008



Rođeni i umrli u općini Cazin 2005-2007



Rođeni i umrli 2005-2007 u Cazinskoj Krajini



Opći zaključci

- Od 1000 ispitanica (koje su trudne i koje su rodile) 49,10% su *nemotivirane* za slijedeću trudnoću(X^2=4,76;p<0.05) u odnosu na motivirane 42,50%.
- 34,90% ispitanica se izjasnilo da je *potpora države nedovoljna*, a nikakva čak 58,40% (X^2=191;p<0,01)
- 63,68% ispitanica *bi promjenilo stav* o rađanju kada bi država dala stimulativne mjere (X^2=136,8;p<0.05).
- 65,43% ispitanica navode da im primanja *ne zadovoljavaju životne potrebe* (X^2=230;p<0,01

Zaključak - Stav (?)

Država kao makrosistem mora da podstiče i stimulira sve oblike motivacije, tj. mora dati strateški impuls generiranju motivatora.
Motivacija se pojavljuje u obliku potreba, poriva, sklonosti, afiniteta, želja, težnji, interesa, htijenja.
Strategija podizanja nataliteta temelji se na životu, obitelji i djeci kao temeljnim vrijednostima društva.
WHO (2005-2010) stopa rađanja iznosi 1.73 djeteta po jednoj ženi.[2]

ANU BiH АНУ БиХ

ANU
BiH
АНУ
БиХ

UTICAJ SOCIJALNO-EKONOMSKIH FAKTORA NA PERINATALNA ZBIVANJA NA PODRUČJU UNSKO-SANSKOG KANTONA

Džanić Dž., Žutić E., Blažević O., Komić S., Karabeg E.
Kantonalna bolnica"Dr. Irfan Ljubijankić", Bihać

Materijal i metode rada

- Metoda slučajnog uzorka.
- Obrađena je grupa od 100 pacijentica na porođajnom odjelu Kantonalne bolnice u Bihaću.
- Cilj anketiranja je bio utvrditi uticaj socijalnih i ekonomskih faktora na perinatalna zbivanja na području našeg kantona
  - Starosna struktura porodilja,
  - Školska sprema,
  - Bračno stanje,
  - Zaposlenost porodilje i muža,
  - Zdravstveno osiguranje,
  - Stambeni uslovi,
  - Broj poroda,
  - Da li postoji želja za rađanjem ili ne i koji su razlozi,
  - Postoji li način da se majke stimulišu na veći broj poroda.

ANU BiH АНУ БиХ

Starosna struktura porodilja

15-19. god.	4	(4%)
20-24. god.	39	(39%)
25-29. god.	28	(28%)
30-34. god.	21	(21%)
35-39. god.	8	(8 %)
>40. god.	-	-

Školska sprema

Bez škole	-	-
Osnovna škola	41	(41%)
SSS	51	(51%)
VSS	8	(8%)

Zaposlenost porodilja

Zaposlenih	18	(18 %)
Nezaposlenih	26	(26 %)

Zaposlenost muža

Zaposlenih	53	(53 %)
Nezaposlenih	26	(26 %)
Povremeno zaposleni	16	(16 %)
Invalidi	3	(3 %)
Penzija	1	(1 %)
Borački dodatak	-	-
Socijalna pomoć	-	-
Dječiji dodatak	-	-

Zdravstveno osiguranje

Zdravstveno osiguranje po bilo kom osnovu	79	(79 %)
Bez zdravstvenog osiguranja	21	(21 %)

Stambeni uslovi

Kuća	27	(27 %)
Stan	3	(3 %)
Podstanari	7	(7 %)
Zajednica	63	(63 %)

Broj poroda

1 porod	70	(70 %)
2 poroda	20	(20 %)
3 poroda	7	(7 %)
4 poroda	2	(2 %)
5 i više poroda	1	(1 %)

Da li postoji želja za rađanjem ili ne

Žele još rađati	68	(68%)
Ne žele rađati	32	(32%)

Mjere koje bi dovele do povećanja broja poroda

Zaposlenje	90	(90 %)
Novčani dodaci za porodilje	7	(7 %)
Stambeni problemi	3	(3 %)

Da li treba izjednačiti novčane naknade za zaposlene i nezaposlene majke

Da	91	(91 %)
Ne	9	(9 %)

ANU BiH АНУ БиХ

Zaključak

- 50% porodilja su majke između 20 i 30 godina,
- Jako mali postotak majki sa VSS (svega 7%),ostalo sa osnovnom i srednjom školom,
- 81% majki porodilja su nezaposlene,
- 20% ih nema nikakvo osiguranje,
- 62% ih živi u zajednici sa roditeljima (nisu ekonomski samostalni),
- 70% ih ima samo 1 dijete,a 20% dva djeteta,
- 68% ih je izjavilo da bi još rađale kada bi imale zaposlenje i kada bi se popravilo materijalno stanje.

ANU BiH
АНУ БиХ

ANU
BiH
АНУ
БиХ

EDUKACIJA I SAVJETOVANJE U PRENATALNOJ DIJAGNOSTICI GENETSKIH POREMEĆAJA I NJIHOV ZNAČAJ U SMANJENJU SOCIO-EKONOMSKOG I EMOCIONALNOG STRESA POPULACIJE TRUDNICA

Krvavac Ružđić D., Mehmedbašić S., Nametak-Crnovršanin Z., Šlaković M.

Prenatalna dijagnostika genetskih poremećaja

- amniocenteza
- biopsija horionskih resica
- kordocenteza
- preimplantaciona genetska dijagnostika
    - biopsija polarnog tela
    - biopsija blastomera
- citogenetika
- molekularna genetika

Stres

- emotivni
    - kad trudnica sazna da mora na test
    - strah od procedure
    - vremenski okvir
    - negativan rezultat
- socijalni
    - familija sa "lošom" genetikom
    - starija trudnica
- ekonomski
    - skupo testiranje

ANU BiH АНУ БиХ

Smanjenje stresa

- ako se PD izvodi na informiranoj osnovi
- edukacija profesionalaca koji se bave PD
- informisanje javnosti

(*Reif and Baitsch 1985., Weitz 1979*)

Edukacija i savetovanje – ciljevi:

1. identifikovati osobe kojima je potrebna PD
2. obrazovati rizične populacije o dostupnosti i primenljivosti PD
3. informisanje o implikacijama testa (rizici, ograničenja, rezultati)

Profesionalna edukacija

- ginekolozi, lekari porodične medicine, pedijatri, specijalisti koji dijagnostikuju nasledno oboljenje
- PD sprovoditi selektivno i prilagođeno pacijentu

(A report of the Royal College of Physicians of London: Teaching Genetics to Medical Students 1990.)

Informisanje javnosti

- srednje škole, nastavnici biologije, promocije u medijima, ženski časopisi, štampani materijali
- tipovima naslednih bolesti, tipovima testiranja, dostupnosti PD

(Holtzman 1988.)

Indikacije za citogenetsku analizu amnionske tečnosti

- dob majke veća od 35 godina (ne samo u prvoj trudnoći)
- UZ i biohemijski markeri
- hromozomski poremećaj kod jednog od roditelja
- rođenje deteta sa hromozomskim poremećajem u prethodnoj trudnoći

(Association for Clinical Cytogenetics:prenatal diagnosis best practice guidelines 2007)

Zbir godina – kao indikacija eliminisan krajem 80ih godina 20. veka

(Hook 1987., Carothers 1988)

Indikacije za genetsko savetovalište:

- nasledni poremećaj u široj porodici
- ponovljeni spontani pobačaji
- monogenska oboljenja kod roditelja

Genetsko savetovalište

- najveći stres – zbog načina (nedostatka) komunikacije *(Harper 1983)*
- pre koncepcije idealno - najmanji stres, nema trauma, ima dovoljno vremena za molekularnu dijagnostiku

Populacija trudnica

- savetovanje pre testiranja (rizici, mogući rezultati, vremenski okvir), najmanji stres – u prvom trimestru
- savetovanje posle testiranja – multidisciplinarni tim, pomoć u razumevanju rezultata, nedirektivno

(Clarke 1991., Haan 1991., Marteau 1989.)

- trend u svetu – trudnicama starijim od 40 savetuje se CVS

(Sjogren and Uddenberg 1989., Lippman 1985.)

Prenatalni screening – "triple test"

- novi zadatak u edukaciji trudnica
- pogrešno shvatanje rezultata - veliki izvor stresa
- ekonomski aspekt

(Parsons and Clarke 1993.)

Naša iskustva 2004-2008

- citogenetska analiza uzorka amnionske tečnosti
- metode uzgajanja: "in situ", "flask"
- kariotipizacija: G band

ANU BiH АНУ БиХ

INDIKACIJE	Br. SLUČAJEVA	+	-
Dob majke (+35)	1023	991	32
UZ i biohemijski markeri	95	93	2
Hromozomski poremećaji u porodici	9	6	3
Dete sa Down, Edwards ili Klinefelter Sy	19	17	2
Ponovljeni spontani pobačaji	20	18	2
Down u široj porodici	36	36	0
Ostalo	140	140	0
UKUPNO	1342	1301	41

dijagnoza	broj slučajeva	indikacija
Down Sy	18	dob
	1	UZ markeri
	1	dete sa Down
Edwards Sy	4	dob
	1	UZ markeri
Turner Sy	1	dob
47, XXY	2	dob
47, XXX	1	dob
trizomija 22	1	dob
trizomija 20	1	dob
triploidija	1	dob
translokacije	1	dete sa Down
	1	spontani
	3	hromoz. porem.
	1	dob
delecije	2	dob
marker hromozom	1	spontani
ukupno	41	

ANU BiH АНУ БиХ

Važne indikacije

- ponovljeni spontani pobačaji – vrlo važna indikacija
- hromozomski poremećaj kod prethodnog deteta
- hromozomski poremećej kod roditelja

Indikacije koje su izvori stresa:

- monogenska i poligenska oboljenja – i posle urednog citogenetskog nalaza može se roditi obolelo dete
- Down Sy u porodici – indikacija za kariogram roditelja

Kako smanjiti stres?

- poštovanjem indikacija
- upućivanjem u genetsko savetovalište

- savetovanjem pre procedure (1. trimestar)
- savetovanjem nakon negativnog rezultata (informativno, nedirektivno)

Zaključak

- potreba za tačnom, jasnom i lako razumljivom informacijom za pacijenta zahteva stalno informisanje o novim tehnologijama i primenama PD
- neophodno pratiti savete i preporuke struke o indikacijama za određenu proceduru PD
- neophodno pratiti etičke principe genetskog savetovanja
- omogućiti pacijentu da donese informisanu odluku uz najmanji socio-ekonomski i emotivni stres

ANU BiH
АНУ БиХ

PERINATALNA ZBIVANJA NA GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKOM ODJELU OPĆE BOLNICE TEŠANJ U PERIODU OD 1.1.1997. DO 31.12.2007. G.

N.Dujsić, E.Dujsić, E.Smailbegović, R.Kovač, A.Dujsić
Opća bolnica Tešanj, Ginekološko-akušersko odjeljenje

Sažetak

Retrospektivnom studijom obuhvaćena su perinatalna zbivanja na Ginekološko-akušerskom odjelu Opće bolnice u Tešnju u periodu od 1.1.1997. do 31.12.2007. godine sa osvrtom na:

- broj poroda,broj živo rođene novorođenčadi, broj prvorotki, drugorotki, trećerotki i višerotki, te prosjek godina starosti istih;
- broj trudnoća preko 37. godinE i broj amniocenteza;
- učestalost novorođenčadi sa niskom tjelesnom težinom (ispod 2500 grama);
- perinatalni mortalitet;
- procenat operativno završenih poroda (carski rez, vakum ekstrakcija,r učna pomoć, manualna liza, exploracija materišta);
- broj porodilja bez nadzora tokom trudnoće (1 pregled po dolasku na porod);
- broj spontanih i arteficijalnih abortusa.

Ključne riječi: *porod, novorođenče, prematuritet, carski rez, vakum ekstakcija, ručna pomoć, perinatalni mortalitet, spontani abortus, arteficijalni abortus.*

ANU BiH АНУ БиХ

Cilj rada

Da se istraže neki perinatalni trendovi na GAO Opće bolnice Tešanj u periodu od 1.1.1997. do 31.12.2007. godine.

Način rada

U retrospektivnoj analizi valuorizirano je u vremenskom periodu od jedanaest godina kretanje broja poroda, broja žive rođene novorođenčadi u našoj ustanovi, broja prvorotki, drugorotki, trećerotki i višerotki, te prosjek godina starosti istih.

- Broj trudnoća preko 37. godinE i broj amniocenteza.
- Učestalost novorođenčadi sa niskom tjelesnom težinom (ispod 2500 grama)
- Perinatalni mortalitet.
- Procenat operativno završenih poroda.
- Broj porodilja bez nadzora tokom trudnoće.
- Broj spontanih i arteficijalnih abortusa

Godina	Broj porođaja	Broj žive novorođenčadi
1997.	788	791
1998.	637	640
1999.	605	609
2000.	556	557
2001.	584	585
2002.	605	606
2003.	519	519
2004.	470	471
2005.	466	467
2006.	408	410
2007.	415	418
Ukupno	**6053**	**6073**

Tabela 1. *Prikaz ukupnog broja porođaja i broja žive rođene novorođenčadi*

Iz **tabele 1.** vidimo da je u periodu od 1.1.1997. do 31.12.2007. u našoj ustanovi bilo **6053** porođaja i da je rođeno **6073** žive novorođenčadi.

		Prvorotke		Drugorotke		Trećerotke		Višerotke	
Godina	Broj porođaja	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
1997.	788	292	37,05	309	39,21	162	20,55	25	3,17
1998.	637	198	31,08	280	43,95	120	18,83	39	6,12
1999.	605	178	29,42	285	47,1	104	17,19	38	6,28
2000.	556	183	32,91	278	50	65	11,69	30	5,39
2001.	584	220	37,67	283	48,45	59	10,1	22	3,76
2002.	605	170	28,09	280	46,28	100	16,52	55	9,09
2003.	519	186	35,83	264	50,86	44	8,47	25	4,81
2004.	470	170	36,17	220	46,8	61	12,97	20	4,25
2005.	466	166	35,62	220	47,21	59	12,66	21	4,5
2006.	408	155	37,99	195	47,79	43	10,53	15	3,67
2007.	415	160	38,55	194	46,74	46	11,08	14	3,37
Ukupno	**6053**	**2078**	**34,33**	**2808**	**46,39**	**863**	**14,25**	**304**	**5,02**

Tabela 2. *Broj prvorotki, drugorotki, trećerotki i višerotki*

Iz tabele 2. vidimo da je od ukupnog broja porođaja (**6053**) bilo:

- **-2078 (34,33%)** prvorotki
- **-2808 (46,39%)** drugorotki
- **-863 (14,25%)** trećerotki
- **-304 (5,02%)** višerotki

	Prvorotke		Drugorotke		Trećerotke		Višerotke	
Godina	Broj	% starosti	Broj	% starosti	Broj	% starosti	Broj	% starosti
1997.	292	22,57	309	26,52	162	29,18	25	34,32
1998.	198	22,91	280	26,09	120	31,18	39	32
1999.	178	24,57	285	26,92	104	27,64	38	32,07
2000.	183	23,78	278	26,78	65	33,66	30	34,4
2001.	220	24,68	283	27,11	59	32,18	22	35,4
2002.	170	21,63	280	26,75	100	29,82	55	33,46
2003.	186	23,01	264	27,48	44	30,08	25	34,72
2004.	170	23,46	220	27,92	61	32,28	20	34,62
2005.	166	22,74	220	27,82	59	30,05	21	33,75
2006.	155	23,16	195	28,07	43	31,03	15	32,84
2007.	160	22,95	194	27,53	46	30,91	14	32,46
Ukupno	2078	23,25	2808	27,14	863	30,71	304	33,75

Tabela 3. *Prosjek starosti prvorotki, drugorotki, trećerotki i višerotki*

Iz **tabele 3.** vidimo da je u odnosu na starosnu strukturu i paritet :

- prosjek starosti prvorotki **23,25** god.
- prosjek starosti drugorotki **27,14** god.
- prosjek starosti trećerotki **30,71** god.
- prosjek starosti višerotki **33,75** god.

ANU BiH АНУ БиХ

		Trudnice preko 37 godina		
Godina	Broj porođaja	Broj	%	Amniocenteza
1997.	788	27	3,42	1
1998.	637	21	3,29	0
1999.	605	38	6,28	2
2000.	556	21	3,77	0
2001.	584	26	4,45	0
2002.	605	32	5,28	0
2003.	519	36	6,93	4
2004.	470	30	6,38	1
2005.	466	29	6,22	2
2006.	408	26	6,37	1
2007.	415	26	6,26	1
Ukupno	6053	312	5,15	11

Tabela 4. *Broj trudnica preko 37 godina starosti i broj urađenih amniocenteza kod njih*

Iz **tabele 4.** vidimo da je u ovom periodu bilo **312** odnosno **5,15%** trudnica preko 37 godina starosti, kod kojih je urađeno **11 (3,52%)** nama poznatih amniocenteza.

		Novorođenčad sa tt ispod 2500 grama	
Godina	Broj porođaja	Broj	%
1997.	788	11	1,39
1998.	637	5	0,78
1999.	605	10	1,65
2000.	556	13	2,35
2001.	584	9	1,54
2002.	605	7	1,15
2003.	519	12	2,31
2004.	470	12	2,55
2005.	466	11	2,36
2006.	408	12	2,94
2007.	415	12	2,89
Ukupno	6053	114	1,88

Tabela 5. *Učestalost novorođenčadi sa niskom tjelesnom težinom ispod 2500 grama*

Iz **tabele 5.** vidimo da je od ukupnog broja poroda **6053,** prijevremenih bilo **114 (1,88%)** s obzirom da se oslanjamo na Kantonalnu bolnicu Zenica i njihovu GAK, a u posljednje vrijeme i na GAK Sarajevo, primjena principa - **<transport in utero>**

		Perinatalni mortalitet	
Godina	Broj porođaja	Broj	%
1997.	788	1	0,12
1998.	637	1	0,15
1999.	605	4	0,65
2000.	556	5	0,89
2001.	584	0	0
2002.	605	0	0
2003.	519	1	0,19
2004.	470	1	0,21
2005.	466	1	0,21
2006.	408	0	0
2007.	415	1	0,24
Ukupno	6053	15	0,24

Tabela 6. *Perinatalni mortalitet*

Iz **tabele 6.** vidimo da SMO od ukupnog broja poroda imali **15 (0,24%)** mrtvorođene novorođenčadi

- **5** foetus mortus in utero – extrahospitalis
- 8 niske tjelesne težine ispod 1500 grama (2 sa multiplim malformacijama)
- **2** donesena novorođenčeta (1 ruptura uteri subpartum-drugorotka, 1 status eclampticus)

АНУ БиХ АНУ БиХ

		Sectio Caesarea		Vacum extractio		Ručna pomoć (Bracht)		Manualna liza i exp. materišta	
Godina	Br.porođaja	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
1997.	788	37	4,69	11	1,39	12	1,52	43	5,45
1998.	637	21	3,29	8	1,25	8	1,41	43	6,75
1999.	605	39	6,44	10	1,65	9	1,81	31	5,12
2000.	556	21	3,77	10	1,71	9	1,97	24	4,31
2001.	584	43	7,36	10	1,71	9	1,71	22	3,76
2002.	605	62	10,24	10	1,65	7	1,15	35	5,78
2003.	519	56	10,78	8	1,54	9	1,73	30	5,78
2004.	470	38	8,08	8	1,70	8	1,7	29	6,17
2005.	466	46	9,87	9	1,93	7	1,5	34	7,29
2006.	408	37	9,06	7	1,71	7	1,71	19	4,65
2007.	415	40	9,63	8	1,92	9	2,16	21	5,06
Ukupno	6053	440	7,26	99	1,63	94	1,55	331	5,46

Tabela 7. *Procenat operativno završenih poroda (S.C.; VE; ručna pomoć,mannualna liza i exploracija materišta)*

Iz **tabele 7.** vidimo da je od ukupnog broja poroda bilo :

- Sectio Caesarea **440 (7,26%)**
- Vakum extractio **99 (1,63%)**
- Ručna pomoć (Bracht) **94 (1,55%)**
- Manualna liza i exploracija materišta **331 (5,46%)**
- Operativno završenih poroda bilo je **964 (15,92%)**

ANU BiH АНУ БиХ

		Porodilje bez nadzora	
Godina	Broj porođaja	Broj	%
1997.	788	82	10,4
1998.	637	61	9,57
1999.	605	59	9,75
2000.	556	52	9,35
2001.	584	53	9,07
2002.	605	59	9,75
2003.	519	51	9,82
2004.	470	43	9,14
2005.	466	44	9,44
2006.	408	40	9,8
2007.	415	42	10,12
Ukupno	6053	586	9,68

Tabela 8. *Prikaz porodilja bez nadzora tokom trudnoće*

Iz **tabele 8.** vidimo da je od ukupnog broja poroda **6053, 586 (9,68%)** porodilja bilo bez nadzora tokom trudnoće

Godina	Spontani abortusi	Arteficijalni abortusi
1997.	137	110
1998.	199	96
1999.	215	114
2000.	264	48
2001.	219	58
2002.	236	31
2003.	109	91
2004.	86	114
2005.	92	94
2006.	102	37
2007.	99	39
Ukupno	1758	832

Tabela 9. *Broj spontanih i arteficijalnih abortusa*

Iz **tabele 9.** vidimo da je bilo **1758** spontanih abortusa, a **832** arteficijalnih abortusa. Treba napomenuti da su to podaci iz naše ustanove,da nemamo podataka iz DZ Tešanj, DZ Maglaj, DZ Usora, Poliklinike Doboj Jug, Poliklinike Medicus i Poliklinike Medial.

Zaključak

Iz svega prezentiranoga zapažamo da se usljed dobre antenatalne zaštite, redovnih pregleda trudnica, radanja u zdravstvenim ustanovama došlo do sniženja perinatalnog mortaliteta ali i samog ranog neonatalnog morbiditeta.Takoder, primjena amnioskopije, kardiotokografije, PH-metrije i amniocenteze,t e ultrazvučne dijagnostike rezultira boljim uspjesima perinatologije. Sa bitnom napomenom da sve više „vjerujemo" dijagnostičkim uređajima i laboratorijskim nalazima, a u strahu od mogućih i nemogućih opstetričkih komplikacija i posljedičnih kazni, sve manje se uzdamo u svoje znanje,i skustvo, vještinu i sposobnost kliničkog promišljanja i rada. Pretvaramo se u „opstetričke hirurge" koji sve rješavaju skalpelom.
Porod živog i zdravog ploda je izazov i rizik savremenog akušerstva. Odluka o načinu završetka porodaja proizilazi iz individualnog praćenja trudnoće, antenatalnog stanja ploda, gestacijske starosti,t jelesne težine ploda i VJEŠTINE AKUŠERA.
Vjerujemo da to nisu konačni dometi naše perinatologije i da ćemo rezultate dodatno popravljati, ali pod uslovom da zažive odluke o strateški važnim državnim mjerama koje podrazumIjevaju **organizaciju perinatološke službe na regionalnom principu** tzv. rgionalizaciju; **kategorizaciju bolnica** odnosno zdravstvenih ustanova (educirani stručnjaci, oprema, finansiranje prema obimu i kvalitetu rada) i potpunu **informatizaciju** cjelokupnog sistema perinatalne zaštite (praćenje stručnog rada i rezultata sa mogućnostima korekcije).
Ovo bi bili i zaključci rada, ali i prijedlozi za nove trendove u Perinatologiji koji bi trebali zaživjeti na prostorima Bosne i Hercegovine.

REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE I SOCIOEKENOMSKI STATUS U FEDERACIJI BOSNE i HERCEGOVINE ZA PERIOD 1997-2007.

Nakaš N., Šimić S., Gutić J.

Uvod

Stopa nataliteta: broj živorođene djece u toku jedne godine na određenom geografskom području u odnosu na broj ukupnog stanovništva sredinom te godine služi za utvrđivanje intenziteta rađanja na određenom području. Izračunava se na 1000 stanovnika.

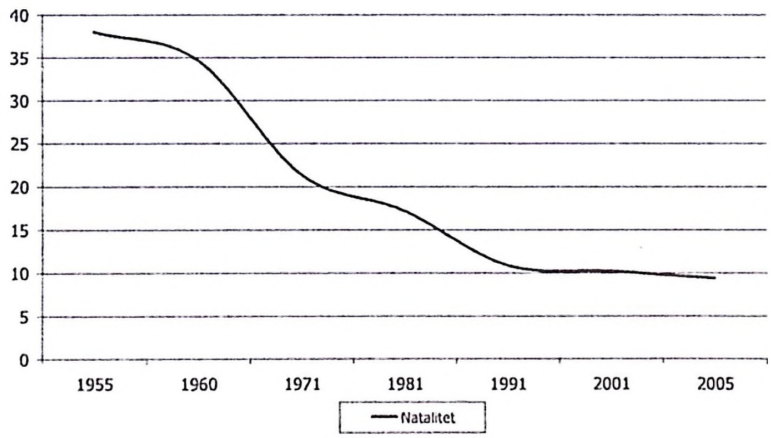
209.	Korea, South	9.09
210.	Monaco	9.09
211.	Lithuania	9
212.	Singapore	8.99
213.	Slovenia	8.99
214.	Taiwan	8.99
215.	Czech Republic	8.89
216.	Jersey	8.84
217.	Bosnia and Herzegovina	8.82
218.	Macau	8.69
219.	Austria	8.66
220.	Guernsey	8.57
221.	Italy	8.36
222.	Germany	8.18
223.	Japan	7.87
224.	Hong Kong	7.37

20,3

Visoki natalitet	Preko 20
Srednji natalitet	15 – 20
Niski natalitet	Ispod 15

Kriteriji Svjetske Zdravstvene Organizacije

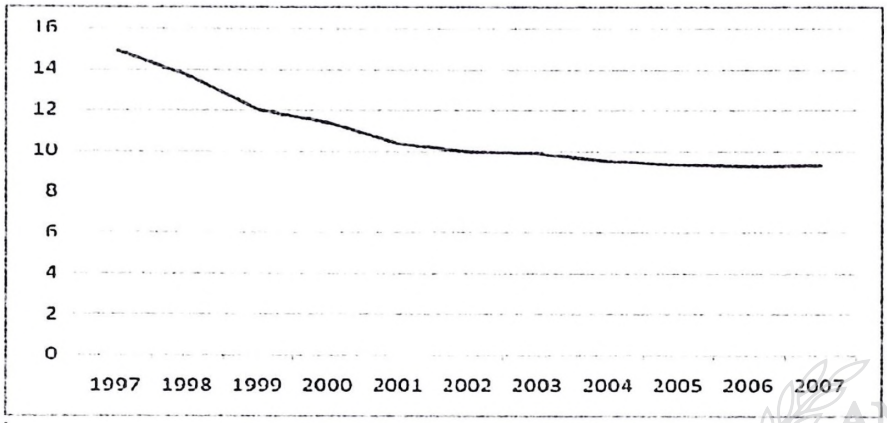
Stopa nataliteta u BiH



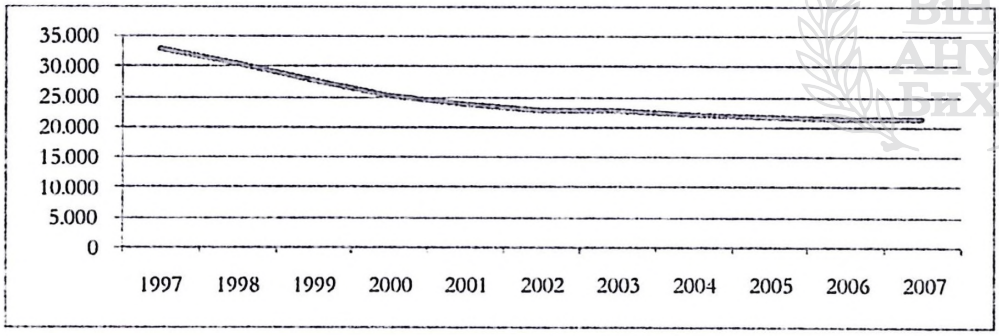
ANU BiH АНУ БиХ

Kako smo već naveli karakteristika nataliteta u gotovo svim razvijenim zemljama je u da je u stalnom padu. Na slajdu su prikazani podaci od SRBiH i kasnije od FBiH, Vidimo da je pedestih godina prošlog stoljeća natalitet u našoj zemlji iznosio vrlo visokih 38.0 i da je negdje do sredine sedamdesetih godina bio u granicama visokog nataliteta, od sredine 70-tih godina do sredine 80-tih natalitet spada u grupu srednjeg nataliteta da bi u daljem periodu prešao u stopu niskog nataliteta. I sada spadamo u grupu zemalja sa najnižim natalitetom u svijetu kako vidimo na sljedećem slajdu.

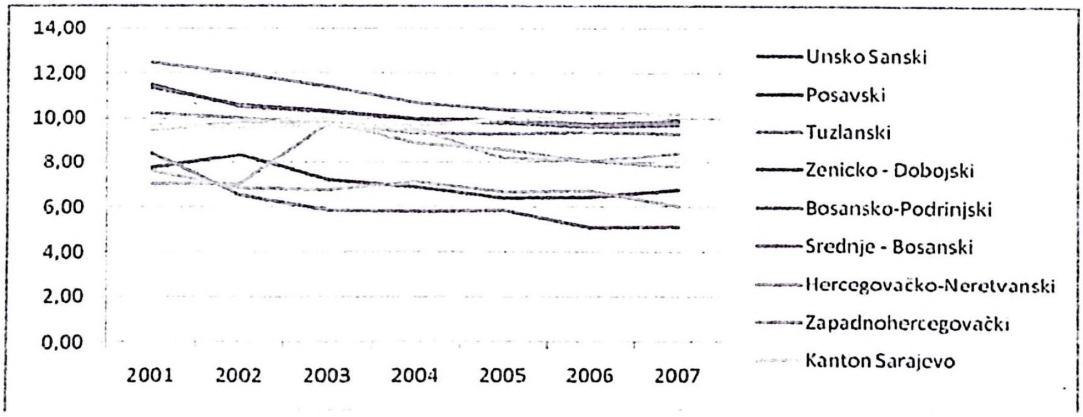
Natalitet



Živorođeni



Natalitet po kantonima



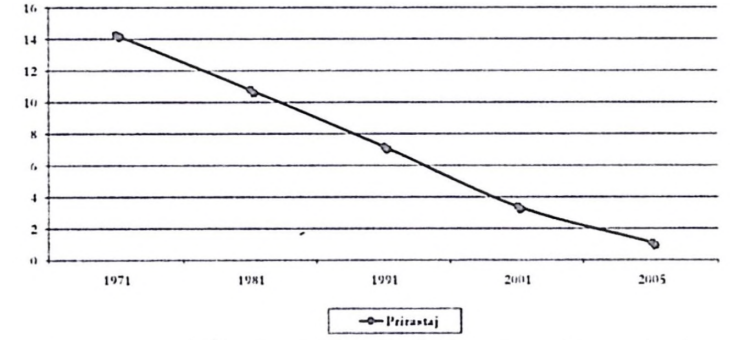
ANU BiH АНУ БиХ

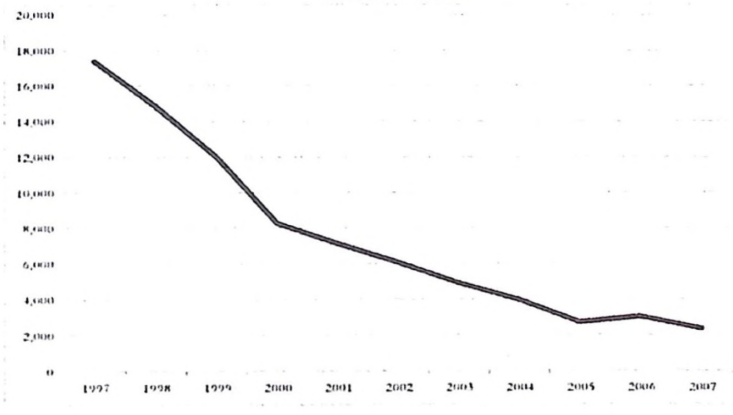
Prirodni priraštaj

GODINA	BROJ PORODAJA
2006.	1184
2007.	1420
2008. (do 16.12.2008.)	1521

	USK	PK	TK	ZDK	BPK	SBK	HNK	ZHK	KS	K10
2000	12,42	7,87	10,64	11,93	8,71	13,20	9,77	7,03	10,93	8,58
2001	11,46	7,74	10,20	11,33	8,40	12,46	9,41	7,00	9,69	7,60
2002	10,47	8,32	9,99	10,55	6,52	11,96	9,79	6,99	9,58	6,80
2003	10,26	7,18	9,66	10,29	5,84	11,36	9,77	9,77	9,67	6,72
2004	9,93	6,89	9,34	9,93	5,81	10,65	8,83	9,47	9,62	7,09
2005	9,89	6,38	9,29	9,73	5,82	10,33	8,58	8,17	9,93	6,67
2006	9,72	6,41	9,36	9,57	5,08	10,20	7,99	7,99	9,97	6,68
2007	9,87	6,75	9,29	9,66	5,14	10,16	7,77	8,42	10,22	6,01

Prirodni priraštaj: razlika između broja živorođenih i umrlih na 1000 stanovnika u toku određenog vremenskog perioda. Prirodni priraštaj je dakle odnos između nataliteta i mortaliteta. Isti prirodni priraštaj se može dobiti kod visoke smrtnosti i visokog nataliteta kao i kod niske smrtnosti u kombinaciji sa niskim mortalitetom. Međutim obzirom da je zadnjih godina mortalitet isti a dolazi do drastičnog smanjenjenja nataliteta imamo smanjenje stope prirodnog priraštaja.

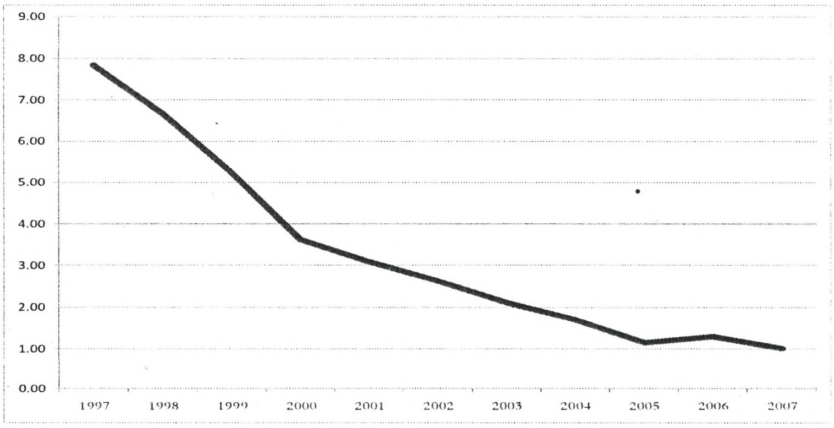




ANU BH АНУ БиХ

Kako možemo sami zaključiti kako vidimo i on je u opadanju zbog izuzetnog smanjenja nataliteta obzirom na podatke koje imamo od Svjetske zdravstvene organizacije možemo vidjeti da je prirodni priraštaj u našoj zemlji još uvijek u relativno dobrim odnosima

Stopa prirodnog priraštaja



Fertilitet

Fertilitet se definiše kao broj živorođene djece na broj žena fertilne dobi odnosno broj djece koje će jedna žena roditi tokom svog života.

202	Hungary	1.25	1.33
203	Slovakia	1.25	1.33
204	Andorra	1.25	1.31
205	Italy	1.18	1.29
206	Spain	1.15	1.29
207	South Korea	1.72	1.28
208	Latvia	1.13	1.28
209	Poland	1.38	1.26
210	Slovenia	1.28	1.26
211	Moldova	1.63	1.25
212	Ukraine	1.26	1.24
213	Bosnia and Herzegovina	1.71	1.23
214	Japan	1.41	1.23
215	Belarus	1.25	1.22
216	Czech Republic	1.18	1.22
217	*Northern Mariana Islands* (US)	1.76	1.21
218	Lithuania	1.34	1.21
219	Taiwan	1.76	1.12
220	Singapore	1.16	1.07
221	Macau	1.30	1.03
222	Hong Kong	1.27	0.98

Note: the only recognized and independent country that is missing from this list is Vatican City.

Source: The World Factbook, CIA

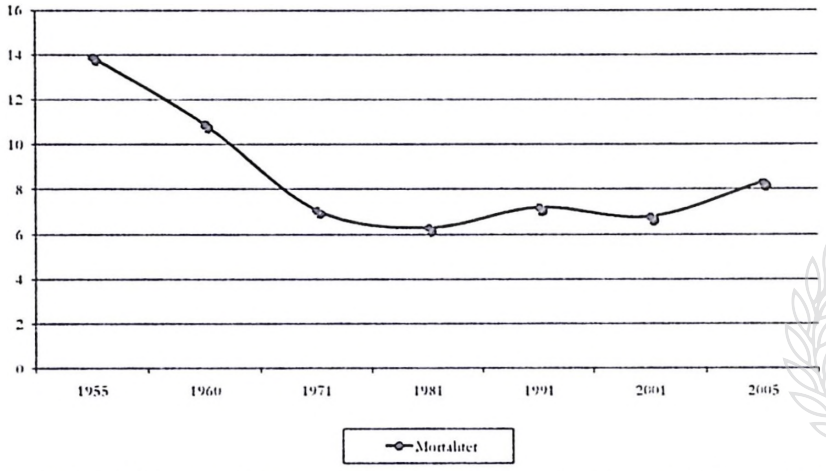
Od 222 zemlje svijeta bosna i hercegovina se nalazi na 213-tom mjestu sa ekstremno niskom stopom fertiliteta od 1.23.

ANU BiH АНУ БиХ

Sub-replacement fertility – feritlitet koji nije dovoljno visok da obezbijedi održanje populacije.
Kod razvijenih zemalja stopa fertiliteta koja je dovoljna da se obezbijedi održanje populacije je 2.1 ali se ovo razlikuje od nerazvijenih zemalja od 2.5 do 3.3 zbog viših stopa mortaliteta. Globalno uzevši potrebno je da je 2.33, od toga je 2 potrebno da zamijeni roditelje a ovo 0.33 se odnosi na one koji nisu uspjeli da ostvare potomstvo iz raznih razloga uključujući i smrt prije dostizanja fertilne dobi.

Mortalitet

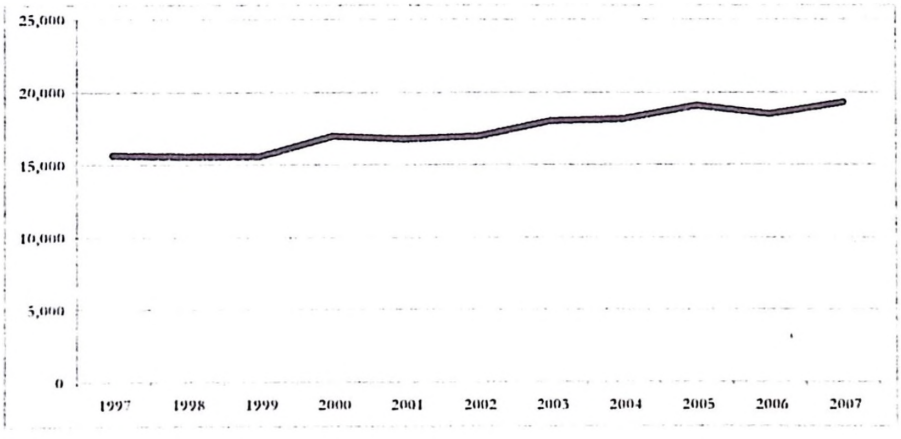
Opšti mortalitet: ukupan broj smrtnih slučajeva na 1000 stanovnika određenog teritorija u toku jedne kalendarske godine.



Na ovom slajdu vidimo značajno opadanje mortaliteta u odnosu na period prije 50 godina.

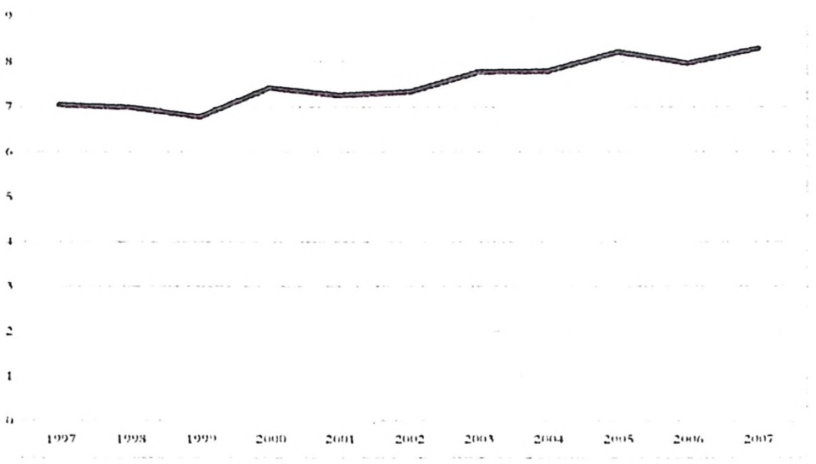
Kada naše podatke uporedimo sa svjetskim možemo vidjeti da se Bosna i hercegovina nalazi u grupi zemalja na sa niskim mortalitetom otprilike kao i zemlje zapadnog svijeta.

Umrli



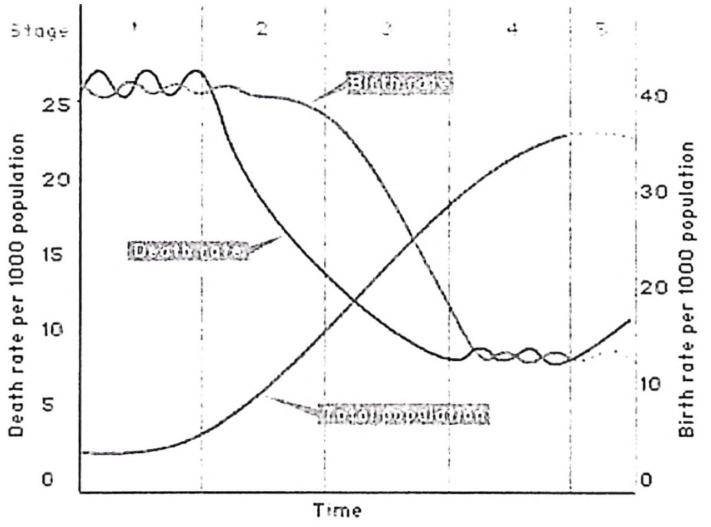
ANU BiH АНУ БиХ

Mortalitet



Demografska tranzicija

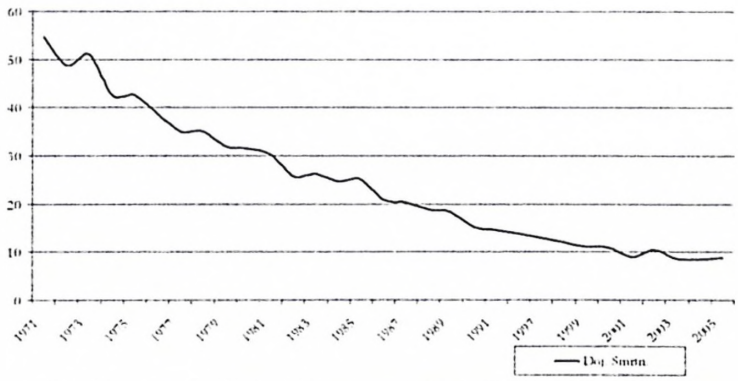
Teorija demografske tranzicije predstavlja prelaz stanja visokih stopa nataliteta i mortaliteta iz predtranzicionog perioda u stope niskog mortaliteta i nataliteta u posttranzicionom periodu. Proces je u razvijenim zemljama svijeta započeo u 17. i 18. vijeku dok je u nerazvijenim zemljama počinje u 20. vijeku i sada se završava. *Demografska tranzicija* pojavljuje se u društvima koja prelaze sa visokih stopa nataliteta i mortaliteta na nsike stope mortaliteta i nataliteta i javlja se kao dio ekonomskog razvoja zemalja iz pre industrijskog perioda u industijsku ekonomiju. Proces je u razvijenim zemljama svijeta započeo u 17 i 18 tom vijeku dok u nerazvijenim među koje na žalost spada i naša zemlja počinje u 20-tom vijeku i sada završava.



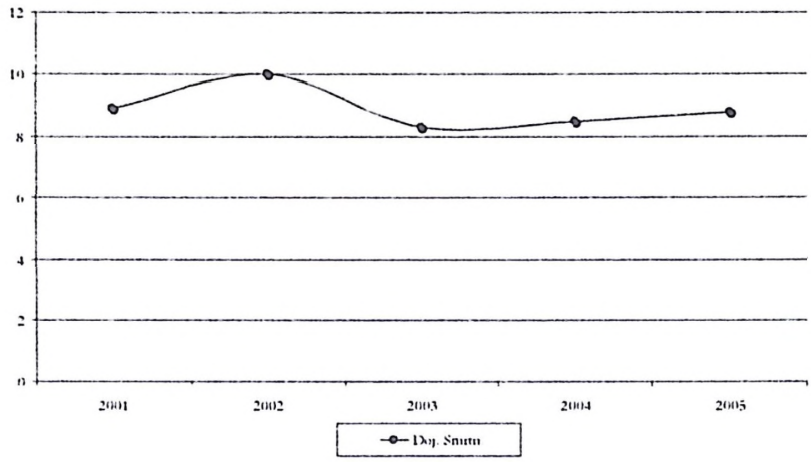
Tranzicija obuhvata 4 ili 5 stadija.

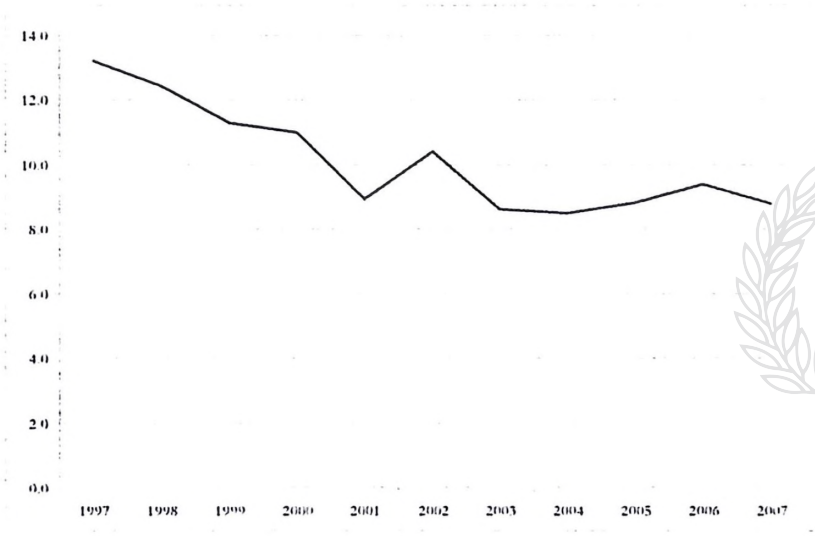
Stadij 1 – preindustrijska društva imaju viskog mortalitet i natalitet i uglavnom se tako održavaju balansu.
Stadij 2 – zemlje u razvoju, javlja se nagli pad mortaliteta prvenstveno zbog popravljanja životnog standarda, misleći pri tome na hranu, sanitacije, zdravstvenu zaštitu i slično radi čega dolazi i do povećanja prosječnog trajanja života. Bez odgovarajućeg pada nataliteta, dolazi do gubitka balansa između nataliteta i mortaliteta zbog čega imamo ekscesno povećanje populacije
Stadij 3 – dolazi do pada nataliteta radi sveobuhvatnije pojave kontrole rađanja, urbanizacije i posljedičnog pada agrikulture, povećanje troškova života, ali i poboljšanje statusa i edukacije žena, povećanja roditeljskog ulaganja u edukaciju djece što sve dovodi do prestanka rasta populacije.
Stadij 4 – u ovom stadiju imamo nizak natalitet i nizak mortalitet. Pri tome natalitet može opasti jako ispod nivoa koji bi obezbijedio nastavak razvoja zdravog društva. Naime mortalitet je nizak kao i natalitet a prirodni priraštaj se održava povećanjem udjela starog stanovništva u opštoj populaciji. Ovakovo stanje imamo recimo u njemačkoj, italiji, japanu. Zbog ovoga imamo smanjenje radno sposobne populacije i veliki problem koji neradno stanovništvo stavlja na teret sve manje i manje radne populacije.
Većina zemalja u svijetu nalazi se u stadiju 2 i 3, većina zemalja zadnog svijeta nalazi se u stadiju 4 dok je naša zemlja također u stadiju 4 ali ovo stanje kod nas vještački izazvano ratom i razaranjima, veliki dio radno sposobne populacije napustio je našu zemlju i prirodni priraštaj se održava dakle niskim stopama mortaliteta i povećanjem udjela starog stanovništva u opštoj populaciji. Pored ovoga period demografske tranzicije u našoj zemlji odvijao se veoma brzo.

Dojenačka smrtnost 1971-2001.

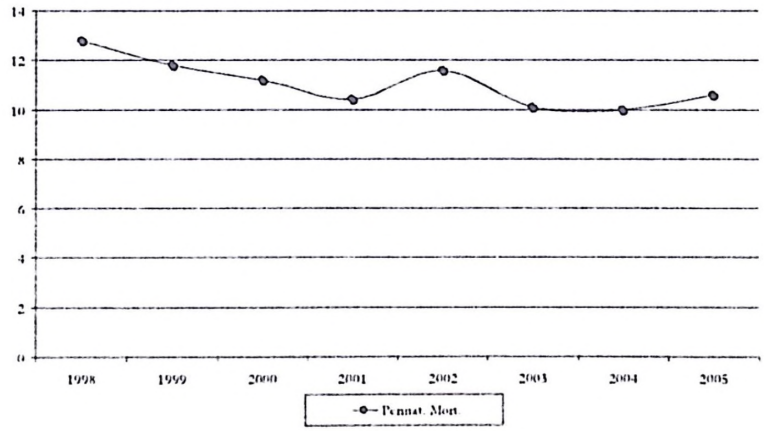


Pad mortaliteta odgleda se u boljoj zdravstvenoj službi, boljom neonatanom zdravstvenom zaštitom, te padom perinatalne i dojenačke smrtnosti, što je u konačnici i najbolja slika stanja zdravstvene zaštite u jednoj zemlji. Dojenačka smrtnost za prostor BiH odnosno FBiH vidi se na ovom grafikonu. Dojenačka smrtnost za 2005. godinu iznosi 8.8 što spada u grupu zemalja sa niskom dojenačkom smrtnošću (dakle kao i onih u razvijenim svjetskim zemljama).





Perinatalni mortalitet



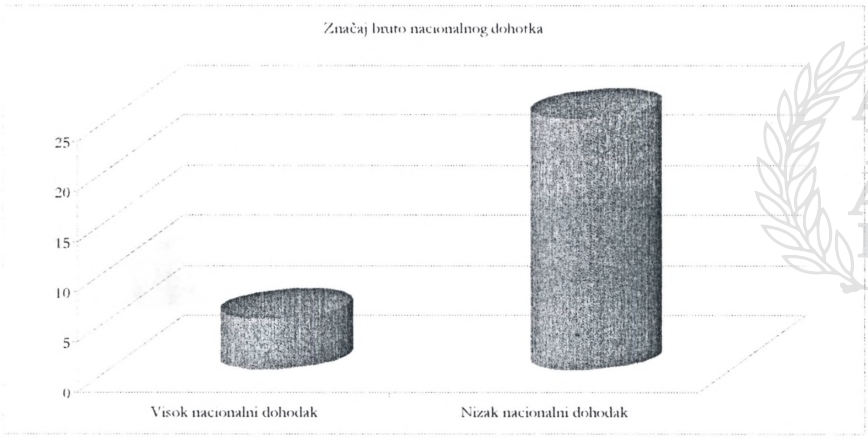
ANU
ВіН
АНУ
БиХ

Kako vidimo perinatalni mortalitet je zadnjih 10-tak godina u prstoru od 10 do 13 promila što nas prema klasifikacijama svjetske zdravstvene organizacije svrstava u grupu zemalja sa niskim perinatalnim mortalitetom kako se vidi sa grafikona.
Perinatalni mortalitet je zbroj fetalne i rane neonatalne smrti, a dojenački mortalitet je zbroj rane neonatalne, kasne neonatalne i postneonatalne smrti, dakle broj ukupno umrle djece izračunano na 1000 živorođene djece. U savremenoj opstetriciji istraživači nastoje razdvojiti perinatalnu smrtnost izrazito niske porođajne mase od 500-999g i novorođečadi vrlo niske porođajne težine od 1000-1499 grama, navedena grupa prati se u svrhu određivanja rane novorođenačke smrtnosti (do navršenih 7 dana života) novorođenačke smrtnosti do navršenih 28 dana života i novorođenčad koja su umrla u vrijeme hospitalizacije bez obzira na njihovu dob.
Neki izvještaji svjetske zdravstvene organizacije za 2000-tu god. pokazuju perinatalni mortalitet od 20 promila za našu zemlju. Dakle kao recimo u albaniji. Ovdje također dolazimo do još jednog od naših problema a to je neadekvatno vođenje zdravstvene statistike. Čuo sam podatke o tome kako neke bolnice navode da imaju perinatalni mortalitet 7.5 ‰ pa čak i tako niže perinatalne mortalitete kao što su 4 ‰ i manje, pa odmah postavljam pitanje kako je to moguće, kako je moguće da podaci svjetske zdravstvene organizacije pokazuju ovako velike brojeve uz naše izvještaje. Odgovor je vjerovatno u tome što se kod regionalne bolnice porađaju nekomplikovane porađaje, dok se prematurni porođaji recimo šalju u veće centre a o takvim porodima ne ulaze u računanje perinatalnog mortaliteta.

Country name[a,b]	Live births (000)	Perinatal mortality rate	No. of perinatal deaths (000)	Stillbirth rate	No. of stillbirths (000)	Early neonatal mortality rate	No. of early neonatal deaths (000)	Neonatal mortality rate	No. of neonatal deaths (000)	Data sources[c]
Bhutan	73	40	3	* 22	2	18	1	38	3	16
Bolivia	257	31	8	11	3	20	5	27	7	17
Bosnia and Herzegovina	38	20	1	* 11	<1	9	<1	11	<1	6
Botswana	54	79	4	* 44	2	37	2	40	2	18, 19
Brazil	3474	20	69	8	27	12	42	15	51	20
Côte d'Ivoire	573	96	58	* 53	32	44	25	65	37	33, 34
Croatia	49	9	<1	5	<1	4	<1	5	<1	6
Cuba	137	14	2	11	2	3	<1	4	1	3
Albania	59	20	1	* 11	1	* 9	1	* 12	1	1
Algeria	701	47	34	32	23	* 16	11	20	14	2
Andorra[d]	1	9	<1	* 6	<1	* 3	<1	* 4	<1	1
Angola	655	86	59	* 48	33	* 40	26	* 54	35	1
Antigua and Barbuda[d]	1	13	<1	* 7	<1	* 6	<1	* 8	<1	1
Argentina	721	14	10	6	5	8	6	10	7	1
Armenia	31	29	1	16	<1	13	<1	17	1	4
Australia	246	6	1	3	1	3	1	3	1	3, 5
Austria	75	7	1	4	<1	2	<1	3	<1	6

Neonatalni mortalitet, WHO 2000

Situacija sa neonatalnim mortalitetom je kudikamo bolja tako da možemo samo predpostaviti da smo je za ovaj status naše zemlje u svijetu odgovorna obstetrička odnosno perinatološka služba.
Sada je pitanje sljedeće, hoćemo li mi KONAČNO prihvatiti da imamo problem za organizacijom zdravstvene zaštite i nešto učiniti po tom pitanju ili ćemo nastaviti da živimo u oblacima koje sami sebi stvaramo? Smatramo da na ovo pitanje i nije potreban odgovor. Gdje je ta naša opstetrička služba sa perinatalnim mortalitetom od 4 do 7 promila, zašto je nema ovdje u podacima svjetske zdravstvene organizacije, zašto fetalni biometrijski skrining sa 20 nedjelja nije obavezan za sve trudnice u našoj zemlji kao što je to u zemljama zapadne evrope recimo. Ako pogledamo koliko posjeta kod ginekologa napravi jedna trudnica u toku trudnoće siguran sam da ne zaostajemo za zemljama zapadne evrope. Čak i ultrazvučni pregled ako uzmemo u obzir siguran sam da ni tu ne zaostajemo ali ... To je uvijek i iznove mjerenje BPD, FL, a ja se pitam gdje je biometrijski pregled. Šta radimo sa monohorijatnim biamniatnim blizancima, kako prepoznajemo transfuzijski blizanački sindrom. Ne pacijentice nisu tu radi nas nego mi radi njih.

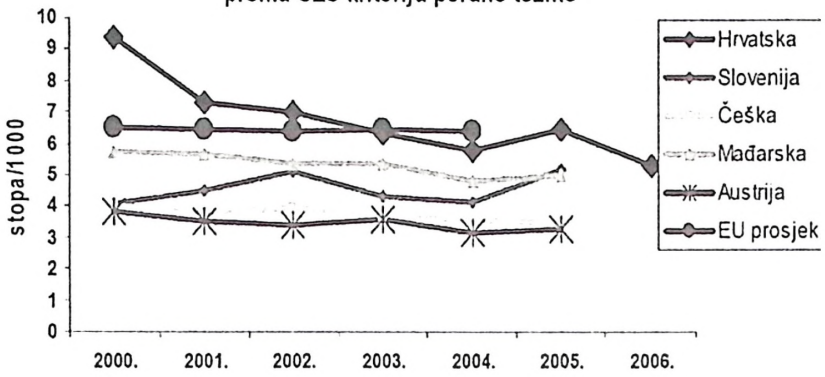


ANU BiH АНУ БиХ

Normalno imamo mi opravdanje, prema podacima svjetske zdravstvene organizacije u zemljama sa visokim bruto nacionalnim dohtkom prosječan perinatalni mortalitet iznosi 5 promila, dok onaj sa niskim nacionalnim dohtkom iznosi 25 promila, ali sigurno je da i pored ovog ograničavajućeg faktora imamo prostora za napredak a to nam pokazuju zemlje iz susjedstva.
Pogledajmo Republiku Hrvatsku koja je kroz niz mjera (kao što su regionalizacija perinatološke službe, uvođenje centara za visokorizične trudnoće) uspjela drastično smanjiti perinatalni mortalitet za samo 6 godina. Imamo motiv za provođenje sličnih mjera kod nas.
Koliko mi ginekolozi i pod kojim uslovima imamo mogućnost praktične primjene prenatalnog probira fetalnih aneuploidia u prvom (drugom) tromjesečju trudnoće pomoću biohemijskih biljega (Alfta feto protein, nekonjugovani estriol u kombinaciji sa ukupnim i slobodnim, te Beta HCG).

U susjednoj Hrvatskoj ovaj probir je u rutinskoj primjeni od 1996. godine.
Koja to institucija obrađuje ove nalaze na nivou Kantona Sarajevo i sa kojom akreditacijom?
Kako mi kažnjavamo (mislim na materijalne izdatke) trudnice koje uputimo za određivanje nezivazivnih metoda u smislu određivanja biohemijskih biljega?
Imamo li podatke koji je procenat trudnica koje se javljaju na ultrazvučni pregled prije četrnaeste nedelje, što je osnovna pretpostavka za uvođenje kvalitetnog programa antenatalne zaštite u svijetlu prethodne priče?
U susjednoj Hrvatskoj imaju podatak da je to 73% trudnica, a o tome izvještava Hrvatski Zavod za javno zdravstvo.
Poznato je da se organizacija perinatalne zaštite ne može zamisliti bez kvalitetnog antinatalnog nadzora, koji uključuje educirane ljekare kako u segmentu kliničkih naročito ultrazvučnih pregleda.
Skoro svi ginekolozi bave se ultrazvučnim praćenjem trudnica, a ko od nas ima certifikat o nadležnosti za obavljanje ultrazvučnog pregleda (tzv. genetičnog ultrazvuka).
Kakva nam je prateća medicinska dokumentacija kada nakon ultrazvučnog pregleda trudnice pošaljemo istu na analizu biohemijskih biljega?
Koliko relevantnih informacija dajemo u smislu NT, CRL, tačan datum pregleda, tjelesna težina, broj prethodnih trudnoća, poroda, navike pušenja, načina začeća, dijabetesa, postojanja trisomije ili drugih abnormalnosti ploda?
Posebno je pitanje institucija genetičkog savjetovanja.
Koliko znamo o dostupnim, stručnim i tehničkim kapacitetima kvalitetnog genetičkog savjetovanja mi profesionalci i naši potencijalni pacijenti?
Koji su to tipovi indikacija za genetičko savjetovanje trudnica, izvori indikacija, te frekvenca istih?
Prema podacima iz literature 15% trudnica ima razlog za upućivanje na genetičku konsultaciju. Priznaćemo, velika brojka.
Vjerujem da ima još dosta pitanja koje bi mogli pokrenuti.
Predlažem da sa ovog skupa ponesemo zaključak o potrebi uvođenja obaveznog testa probira fetalnih aneuploidia pomoću biohemijskih biljega u prvom tromjesečju, te ultrazvučnog probira od desete do četraneste nedelje gestracije.
Također predlažem da se pokrene pitanje edukacije i certifikacije ginekologa akušera i njihova akreditacija o nadležnosti za izvođenje genetičkog ultrazvuka.
U zaključke bi trebao da uđe i pronalaženje načina da se institucija genetičkog savjetovanja uvede kao obaveza u institucionalnom (inter-disciplinarnom pristupu) u obimu u kojem postoji kao stvarna potreba u našoj sredini.

Slika 12. Perinatalna smrtnost u Hrvatskoj i nekim drugim europskim zemljama prema SZO kriteriju pordne težine



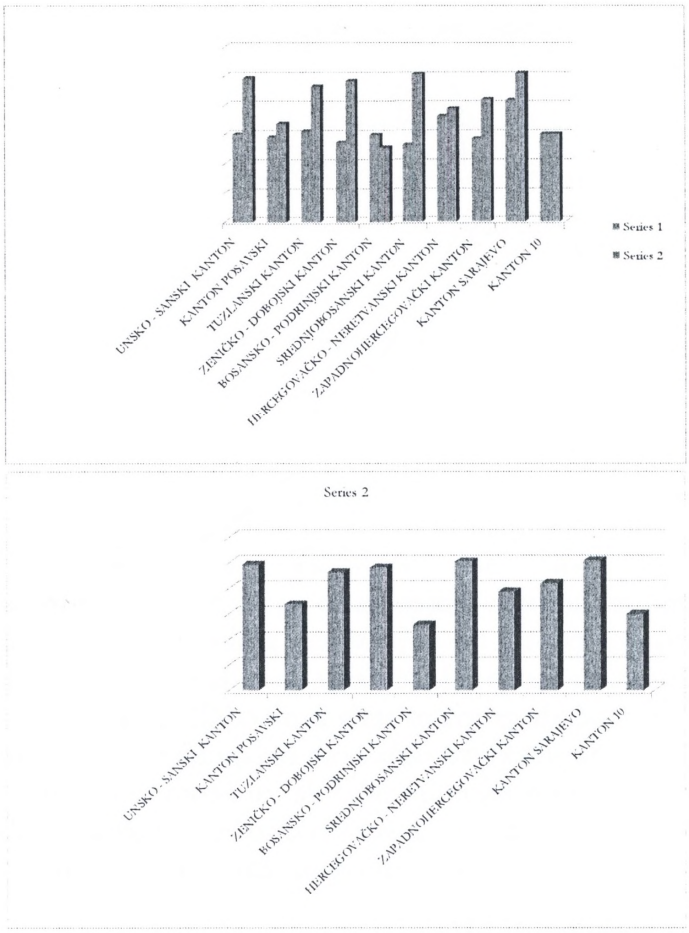
Socioekonomski elementi

Prosječne plate po kantonima

	2003	*2004*	*2005*	*2007*
Unsko Sanski	505,03	502,43	504,62	602.36
Posavski	500,08	505,28	529,26	580.47
Tuzlanski	478,13	485,91	505,68	624.64
Zeničko-Dobojski	414,25	415,76	445,19	542.91
Bosansko-Podrinjski	469,92	465,07	484,13	598.78
Srednjebosanski	441,76	448,61	456,31	530.49
Her.-Neretvanjski	613,94	622,06	637,01	722.76
Zapadno-Herceg.	440,05	475,45	512,6	570.19
Kanton Sarajevo	651,37	654,09	694,19	836.30
Kanton 10	485,09	520,83	526,32	600.99

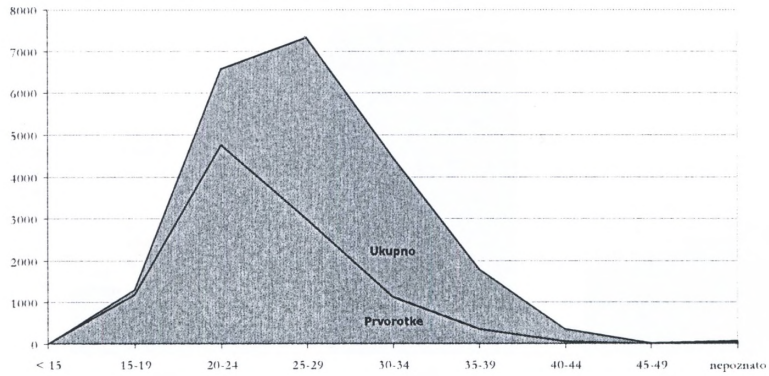
	USK	PK	TK	ZDK	BPK	SBK	HNK	ZHK	KS	K10
2000	12,42	7,87	10,64	11,93	8,71	13,20	9,77	7,03	10,93	8,58
2001	11,46	7,74	10,20	11,33	8,40	12,46	9,41	7,00	9,69	7,60
2002	10,47	8,32	9,99	10,55	6,52	11,96	9,79	6,99	9,58	6,80
2003	10,26	7,18	9,66	10,29	5,84	11,36	9,77	9,77	9,67	6,72
2004	9,93	6,89	9,34	9,93	5,81	10,65	8,83	9,47	9,62	7,09
2005	9,89	6,38	9,29	9,73	5,82	10,33	8,58	8,17	9,93	6,67
2006	9,72	6,41	9,36	9,57	5,08	10,20	7,99	7,99	9,97	6,68
2007	9,87	6,75	9,29	9,66	5,14	10,16	7,77	8,42	10,22	6,01

ANU BiH АНУ БиХ



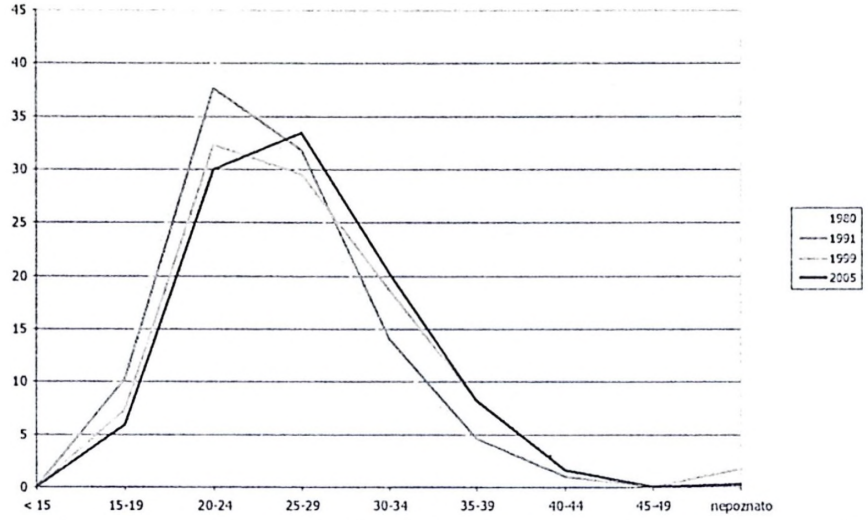
ANU BiH
АНУ БиХ

Starosna struktura žena koje rađaju, 2005. godina FBiH



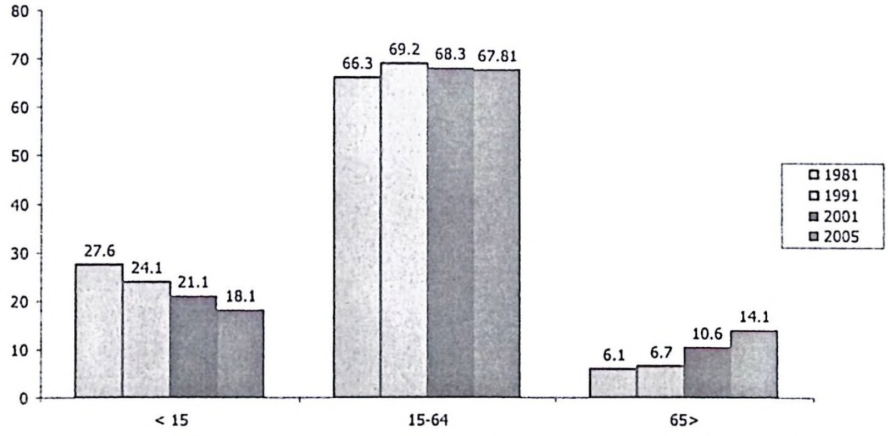
Istražili smo i vrijeme u koje se naše sugrađanke odlučuju na rađanje, u 2005. možemo vidjeti da je najveći broj prvorotki koji rađaju u grupi od 20 do 24 godine dok je ukupno za sve žene u grupio oko 30 godina (najveći broj u grupu 25-29 godina).

Starosna struktura žena koje rađaju, promjena zadnjih 25 godina

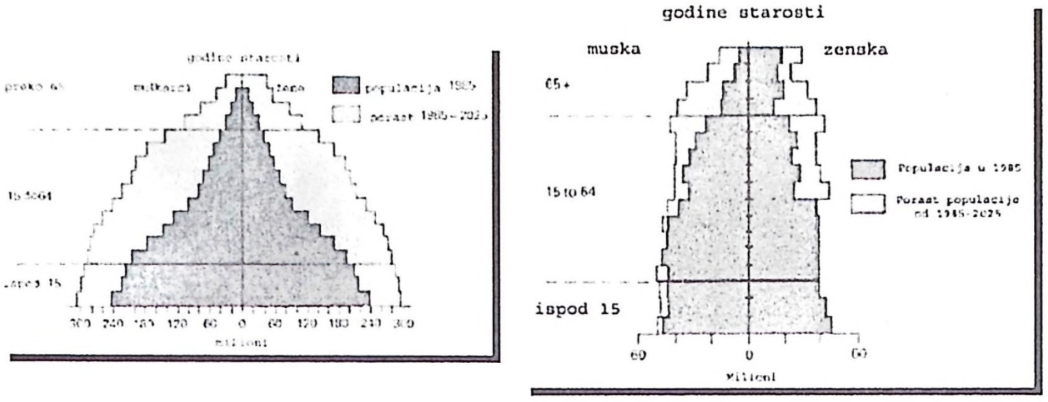


Na ovom grafikonu možemmo vidjeti kako su se starosne grupe žena koje rađaju pomijerale u odnosu na period od prije 30-tak godina. Kako vidimo i na grafikonu prije 25 godina žene su se ranije odluičivanje na rađanje što se polako pomjeralo da bi u 2005 –toj godini vodeđa grupa postala žene od 25-29 godina
Kako se pomiče starosna struktura žena koje rađaju bitno je reći da se sve više, sve su prilike da će se ovaj trend nastaviti tako da možemo očekivati sve češću pojavu problema koji su karakteristični za kasne trudnoće. Ne treba naglašavati da to za sobom nosi jako puno nosi raznih intervencija, carski rezovi, amniocenteza i sl.

Starosna struktura stanovništva, FBiH



Kako smo vidjeli rezultat demografske tranzicije sa vještačkim prelaskom u fazu 4 a uz normalne posljedice smanjenog nataliteta i samim tim i prirodnog prirašta je promjena strukture stanovništva, kako vidimo da je u toku, vidimo se da procenat starijeg stanovništva udvostručio zadnjih godina dok se istovremeno smanjuje broj djece i stanovništva srednje dobi.



Prirodni priraštaj u zemljama u razvoju i u razvijenim zemljama.

Tragični su rezultati istraživanja UNPD-a da je u BiH 66% porodica sa troje djece živi u ekstremnom siromaštvu.

Zaključci svih radova na ovom simpoziumu nedvojbeno govore o velikom značaju socioekonomskih faktora u nastajanju svih negativnih perinatalnih trendova u BiH. Nadamo se da će rezultati i ovog simpoziuma pomoći provedbi projekta Ministarstva zdravlja FBiH "Strategija razvoja zdravstvenog sektora u FBiH" od 2009. do 2019. g.

АНУ БиХ АНУ БиХ

ANU
ВіН
АНУ
БиХ

PERINATALNA ZBIVANJA NA GINEKOLOŠKO-POROĐAJNOM ODJELU U 2006. i 2007. GODINI

Dr. Ljiljana Bilobrk-Josipović, Dr. Branka Lovrinović
Hrvatska bolnica "Dr. Fra Mato Nikolić" Nova Bila, Ginekološko-porođajni odjel

Cilj rada

- Prikazati i analizirati perinatalne rezultate u protekle dvije godine u našem rodilištu

Materijal i metode

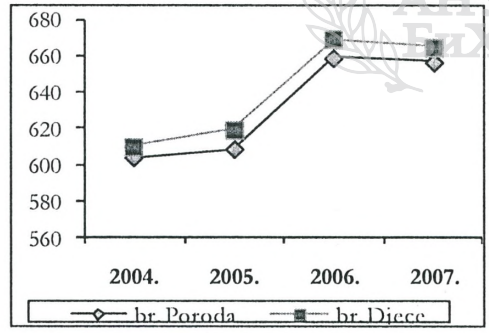
- Korištene su rađaonske povijesti bolesti
- Podaci prebačeni u elektroničku bazu podataka u excelu
- Podaci obrađeni metodom filtriranja podataka

Rezultati

- U 2006. i 2007. godini bilo je 1318 poroda
- Rođeno je 1336 djece, 18 blizanačkih **trudnoća** (1,37%)
- Rođen je 671 dječak (50,22%) a djevojčica 666 (49,78%)
- Prvorotkinja je bilo 537 (40,74%), a višerotkinja 781 (59,26%). Najbrojnije su drugorotke 434 (32,93%)

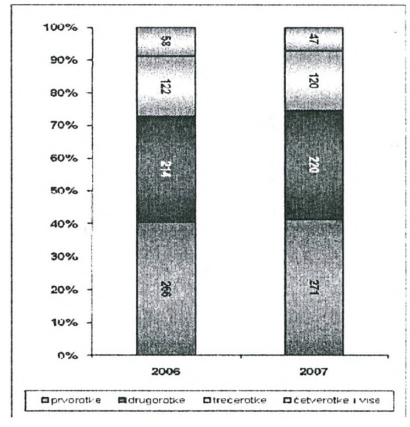
God./broj	2004	2005	2006	2007
Br. poroda	605	610	660	658
br. djece	611	620	670	666

Tablica 1: trend kretanja broja poroda od 2004. do 2007. godine



god./broj	2006.	2007.
Prvorotke	266(40,30%)	271(41,19%)
Drugorotke	214(32,43%)	220(33,43%)
Trećerotke	122(18,48%)	120(18,24%)
Četverotke i više	58(8,79%)	47(7,14%)
ukupno	660	658

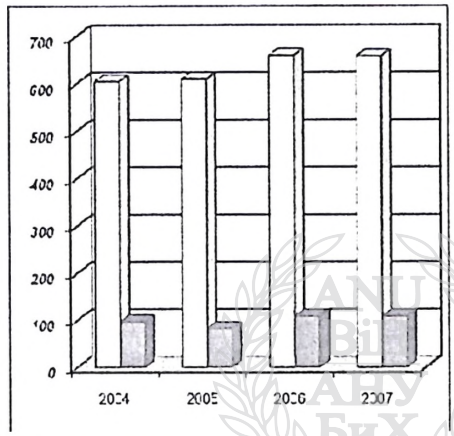
Tablica 2: Struktura porodilja



- Prosječni paritet je 2,1
- Prosječna životna dob prvorotkinja je 24 godine, a višerotkinja 30 godina
- Prosječna porodna težina dječaka je 3553 grama, a djevojčica 3382 grama
- Broj prijevremenih poroda je 49 (3,72%)
- Djece porodne težine ispod 2500 grama bilo je 51 (3,81%)
- Poroda na zadak je bilo 35 (2,62%), vaginalno porođeno 9, a operativno završeno 26
- Carskim rezom je završeno 218 poroda (16,54%), od toga prvorotkinja 90 a višerotkinja 128
- V.E. je završeno 9 poroda (0,67%)
- Prosječni Apgar zbroj u prvoj minuti je 7,9 a u petoj 8,9

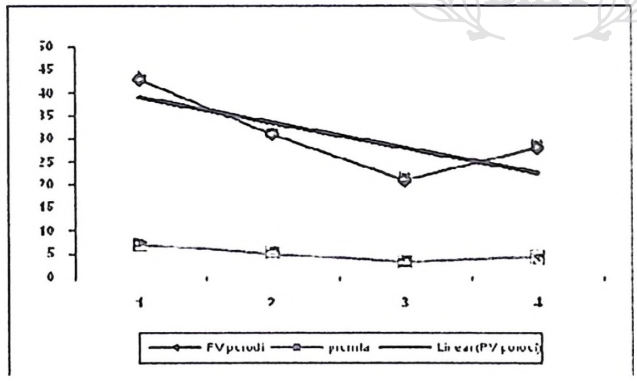
god./broj	2004	2005	2006	2007
broj poroda	605	610	660	658
broj S.C.	98 16,20%	83 13,60%	109 16,51%	109 16,57%

Tablica 3: Operativno dovršeni porodi



god./broj	PV porodi	promila
2004	43	7.1
2005	31	5.08
2006	21	3.18
2007	28	4.2

Tablica 4 : Prijevremeni porodi

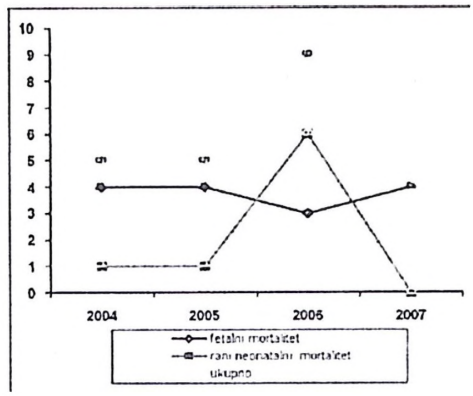


Perinatalni mortalitet

- U 2006. i 2007. god. mrtvorođeno je 7 novorođenčadi (5,24 ‰)
- U prvih 7 dana života umrlo je 6 djece (4,49‰)
- Ukupni mortalitet je 9,73‰
- U 2006. god. kod troje djece sa ranim neonatalnim mortalitetom dijagnosticirane su anomalije: dvoje sa srčanom i jedno sa koštanim malformacijama
- Nismo imali maternalnog mortaliteta

broj/god	2004	2005	2006	2007
fetalni mortalitet	4	4	3	4
rani neonatalni mortalitet	1	1	6	0
ukupno	5 8,18‰	5 8,06‰	9 13,44‰	4 6‰

Tablica 5: Perinatalni mortalitet



Rasprava i zaključci

- Broj poroda je nešto veći u odnosu na 2004. i 2005. god. (za oko 50 poroda)
- Porođeno je više dječaka nego djevojčica (0,44%)
- Broj prvorotkinja je porastao za 5%
- Smanjen je broj prijevremenih poroda sa prosječnih 6,09% za prethodne dvije godine na 3,72% u ovom periodu
- Broj S.C. u odnosu na prosjek 1998-2005. godina, 14,86%, u laganom je porastu za 1,6%
- "Loša 2006. godina" sa visokim perinatalnim mortalitetom od 13,44‰ zbog visokog ranog neonatalnog mortaliteta (troje djece sa verificiranim malformacijama), završila se uspješnom 2007. god. sa perinatalnim mortalitetom od 6‰
- Pokušat ćemo zadržati taj trend ne podižući prosjek carskih rezova

ANU
BiH
АНУ
БиХ

LIJEČENJE NEPLODNOSTI KAO JEDNA OD MJERA POPULACIONE POLITIKE

S. Sibinčić, N. Babić, N. Jovanić
Katedra za ginekologiju i akušerstvo, Medicinski fakultet, Banja Luka

Po definiciji, sterilitet ili neplodnost je nemogućnost para da poslije godinu dana redovnih polnih odnosa, bez primjene kontraceptiva ostvare začeće. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je bračnu neplodnost definisala kao bolest, a njeno liječenje kao osnovno pravo svakog pojedinca. Uspjeh liječenja bračne neplodnosti podrazumijeva za krajnji cilj rođenje zdravog djeteta.

Bračna neplodnost je bitan sociološki i društveni problem. Ovaj problem se kao takav javlja od postanka čovječanstva u vidu osnovnog nagona za samoodržanjem i to je ono što nas je održalo kroz evoluciju. Ta motivacija za roditeljstvom kao veoma kompleksan proces ni u današnja vremena nije u potpunosti razjašnjena.

U širem smislu se u Evropi danas problem neplodnosti javlja kao problem opstanka pojedinih nacija u narednih sljedećih 50 godina. U Skandinavskim zemljama proračun je da ukoliko se nastavi trend pada fertiliteta muškaraca i odlučivanja žena za materinstvo nakon 35 godina za 20 godina potomstvo će oko 90 % parova moći ostvariti jedino pomoću metoda potpomognute oplodnje.

Na osnovu istraživanja podaci koji dovode do depopulacije su sljedeći:

- porast spolno prenosivih bolesti
- smanjena oplodna sposobnost muškarca
- neobaviještenost o prevenciji neplodnosti
- odlaganje prve trudnoće
- otežana dostupnost metoda liječenja

Zajednički problem svih zemalja Evrope, je ustvari, kako nadomjestiti "izgubljene bebe".

Upravo pojedine mjere pronatalitetne politike pokušavaju riješiti taj problem. U gotovo svim zemljama Evrope više se radi na prevenciji liječenja neplodnosti nego na omogućavanju samog liječenja. U svim zemljama dostupnost za liječenjem je ograničena na nekoliko postupaka. Liječenje neplodnosti ne spada među prioritetne programe zdravstvene politike u ovom trenutku jer, po mišljenju mnogih, ne ugrožava neposredno zdravstveno stanje pojedinca ili društva u cjelini. Međutim, dugoročno gledano, upravo ulaganje u neplodnost je profitabilno. Prema proračunima UKC Maribor svako ulaganje u metode potpomognute oplodnje gledano u periodu na 30 godina će se vratiti sa 40 % više kroz rad i doprinos djece rođene takvim metodama. Prema tome, razmišljanje da neplodnost ne spada u prioritetne programe zdravstvene zaštite je neosnovano.

U današnje vrijeme možemo sa sigurnošću reći da je prošli vijek bio vijek IVF-a i da je to svakako bila najrevolucionarnija metoda u ginekologiji. Danas, nakon 30

АНУ БиХ

godina od IVF, koji je bio čisto terapeutska metoda sa 5 % uspješnosti liječenja, došlo je do znatnog omasovljavanja ovih postupaka i povećanja uspješnosti na 30 %. Takođe su ove metode bile osnova za bazična naučna istraživanja za otkriće i uvođenje novih metoda u ovim postupcima, kao što su krio prezrevacija embriona, jajnih ćelija i spermatozoida, zatim hatching na embrionima, PGD, nuklearni transfer, ZIFT, GIFT, donacija jajnih ćelija i spermatozoida i sl. Razvoj ovih metoda je omogućen razvojem prateće tehnologije koja sa sve većim svojim mogućnostima vodi ka sve različitijim istraživanjima.

Rezultati

U Republici Srpskoj je Fond zdravstvenog osiguranja nakon odluke Vlade odobrio jednu besplatnu proceduru vantjelesne oplodnje od marta 2007. godine koja je obavljena u privatnoj Zdravstvenoj ustanovi "Medico-S" jer nijedna druga ustanova u Republici Srpskoj se nije bavila ovom problematikom. Nakon sto je Komisija Fonda odredila osnovne uslove za odobrenje vantjelesne oplodnje, koji su objavljeni u Službenom glasniku, pacijentima su njihovi ginekolozi pisali preporuke za postupak vantjelesne oplodnje i slali nalaze na uvid Komisijama u filijama njihovih opština. Nakon provjere dokumentacija je proslijeđivana u Banja Luku Centralnoj komisiji za odobrenje postupka vantjelesne oplodnje.
U periodu od marta 2007. do maja 2008. Fond je razmatrao 298 molbi, odbijena su 24 zahtjeva za postupak , a proceduru je završilo 150 parova. U tom periodu je u ordinaciji " Medico- S" obrađeno još 180 parova.
Od 150 pacijentkinja, prosječna starosna dob je bila 35,52 godine. Međutim, statistike su pokazale da je od tog broja već u postupku vantjelesne oplodnje u nekoj od ustanova na području bivše Jugoslavijje tretirano 40,66 % ili 61 par što je za sve bilo iznenađenje. Ovi parovi su liječeni u prosjeku duže od 5 godina.
Od pacijentkinja koje su bile u postupku 36 pacijentkinja (25,33 %) je operisano prije postupka, 28 su operisane laparaskopski a 8 je imalo klasičnu laparatomiju zbog miomektomije. Kod 3 pacijentkinje je dijagnostikovan i izliječen Tm u periodu dužem od 5 godina (1 je imala Mb Hodgin, 1 Ca štitne žlijezde, 1 Ca dojke). Nakon konzilijarnog onkološkog pregleda, pacijentima je dozvoljen pristup terapiji stimulacije i postupku IVF. Imali smo i jednu pacijentkinju sa sistemskim lupusom eritematosusom kod koje je takođe potvrđeno da nema kontraindikacije sa ovom vrstom liječenja.
Pored todga, imali smo 3 pacijentkinje sa diabetesom mellitusom od kojih su dvije imale insulinsku pumpu i koje su uspješno završile tretman, kao i dvije pacijentkinje sa regulisanom hipertenzijom.
Nakon pripreme, pacijentkinje su ušle u postupak stimulacije. Uglavnom su tretirane klasičnim dugim protokolom. Prije stimulacije sve su uradile hormonski status kao i kontrolu štitne žlijezde. Pacijentkinje koje su imale FSH veći od 12 IU/ml prethodno su koristile kombinovane estrogensko-progesteronske preparate u cilju

smanjenja FSH. Nakon toga su, poslije ultrazvučnog pregleda, koristile dipherelin radi postizanja odgovarajućeg down efekta lučenja hipofize. Učinkovitost supresije hipofize je mjerena nivoom estradiola drugog ili trećeg dana krvarenja. Nakon toga, ukoliko je estradiol bio u granicama normale, tretirane su gonadotropinima, a kod pacijentkinja sa niskim nivoima estradiola prvo je korigovan estradiol pomoću tbl. estrogena, pa su nakon kontrolnog nalaza estradiola primale gonadotropine. Uspješnost stimulacije je praćena ultrazvučno 10, 12 , 13 dan ili po potrebi. Pošto su folikuli dostigli razvoj od 18-20 mm, pacijentkinje su primale LH u cilju programiranja aspiracije. Moramo navesti da kod 12 žena nismo imali uspješnu stimulaciju, odnosno nije došlo do adekvatnog rasta i razvoja folikula pa se odustalo od stimulacije, a time nije bilo moguće sprovesti aspiraciju. Nakon aspiracije do oplodnje i zadovoljavajuće diobe nije došlo kod 23 pacijentkinje, tj. do same oplodnje nije došlo kod 11 pacijentkinja. Od tih 11 pacijentkinja kod dvije pacijentkinje smo imali potpuno uredan nalaz spermiograma i radili smo iz tog razloga IVF, ali nije došlo do pojave pronuklesa. Od tada smo svim pacijenticama sa izuzetno dobrim nalazima spermiograma gdje je indikacija bila da se radi IVF radili na pola oocita IVF, a na preostalim ICSI. Kod pacijentkinja kod kojih smo imali 4 i više embriona ostavljali smo embrone do kulture blastociste. Kod 12 pacijentkinja nismo imali adekvatan razvoj embriona u 8. i 16. ćelijskom stadijumu i nisu se razvijali do stadijuma morule i blastociste tako da je izostao embrio transfer. Inače, cjelokupna fertilizacija je bila 59,46 %.
Od ukupnog broja pacijentkinja (150), sa uspješnim embrio transferom je bilo 113 pacijentkinja ili 75, 33 %. Trudna je ostala 21 pacijentkinja ili 18,58%. Nakon postupka u sljedećem ciklusu spontano su ostale dvije pacijentkinje trudne (od kojih je jedna ulazila u postupak zbog hormonskog disbalansa i PCOS a druga zbog idiopatskog steriliteta). Nakon prekida stimulacije u narednom ciklusu je takođe jedna pacijentkinja ostala spontano trudna.

Diskusija

S obzirom da je ovo bila prva godina kada je pacijetima omogućen jedan besplatan postupak vantjelesne oplodnje u sklopu zdravstvenog osiguranja, veoma smo zadovoljni rezultatima jer smo imali žene koje su u 40% slučajeva već imale jedan i više neuspjelih postupaka vantjelesne oplodnje tako da se radi o dugotrajnom liječenju steriliteta. Takođe smo zadovoljni sistemom odobravanja postupaka, obradom podataka i sistematizacijom pacijenata. Iako smo bili u početku suočeni sa dosta problema uspostavljen je veoma brzo sistem funkcionisanja.
Tokom analize dobijene dokumentacije došli smo do zaključka da je potrebno sprovoditi edukaciju stanovništva u smislu prevencije neplodnosti ali i edukaciju fertilne populacije o metodama liječenja. Osim toga, saznanja su pokazala da je potrebna opsežna edukacija i ginekologa u cilju potpune dijagnostike para i uspostavljanju indikacija za neku od metoda pomognute oplodnje. Posebna manjkavost

se uočila u analizi spermiograma , tako da bi u cilju objektivizacije vrijednosti pokretljivosti i morfologije spermatozoida bilo potrebno uvesti standardizaciju spermiograma kao i analizu pomoću kompjuterizovanih spermanalizatora što bi dovelo do uspostavljanja zajedničkog standarda na jednom prostora kako se pacijente ne bi dovodilo u zabunu sa različitim interpretacijama nalaza.

Savremene metode liječenja steriliteta su svakako metode potpomognute oplodnje, ali da bi te metode bile u službi pacijenata potrebno je omogućiti dostupnost tih metoda. Dijagnostiku i liječenje neplodnosti najčešće ne nalazimo na listi prioritetnih zdravstvenih programa iako u pojedinaca koji su pogođeni ovim problemom zauzima centralno mjesto u životu. Ona je izvor mnogih psiholoških i socijalnih problema i može da odigra važnu ulogu u razgradnji odnosa neplodnog para.

Prije nego se krene u akciju liječenja neplodnosti uvijek je podcijenjen broj parova kojima je potrebna ta pomoć. Pored dostupnosti ovih metoda jedan od problema je svakako dostupnost savremenih lijekova za stimulaciju. Tokom ovog perioda najveće probleme smo imali zbog nedovoljnog angažovanja veledrogerija u pravilnoj i dovoljnoj nabavci lijekova koji su nam bili potrebni. Na sreću, svi lijekovi su stavljeni u proces registracije Agencije za lijekove pa, nakon završene procedure, neće morati da se uvoze interventnim uvozom i dostupnost svih potrebnih lijekova će biti povećana.

Potpuno je nepotrebno naglasiti da populacione politika zavisi od države i da treba da bude organizovano i smišljeno vođena jer samo na taj način možemo imati pozitivne dugoročne efekte. Upravo u cilju takve politike Vlada RS je imenovala Demografski savjet koji radi u okviru Ministarstva za porodicu, sport i omladinu čiji je zadatak da preuzme planiranje strategije porodice. Osim toga, potrebno je na tom zadatku koordinirati rad Ministarstva zdravlja, Fonda zdravstva i svih raspoloživih stručnih i intelektualnih kapaciteta. Objedinjavanjem svih ovih sudionika predložili smo da se formira Nacionalni tim koji će imati osnovni zadatak: *analiza i poboljšanje populacione politike.*

U cilju tih dugoročnih rezultata potrebno je na ovim prostorima gdje ne postoji savremena zakonska regulativa predložiti i usvojiti nekoliko zakona, prvenstveno Zakon o zaštiti embriona kojim se štite prava svih sudionika u postupcima potpomognute oplodnje.

Pošto je neplodnost u porastu, potrebno je stimulisati razvoj ustanova koji se bave ovom problematikom kao i podržati ljekare koji se žele baviti ovim problemom. Znači potrebno je raditi na omasovljavanju edukacije, ali omasovljavanje nekad smanjuje kvalitet pa bi prije svega trebalo raditi na kontroli institucija koje se bave ovom problematikom. Neophodno je uspostaviti osnovne laboratorijske uslove koji su potrebni za kvalitetan rad. U cilju toga treba omogućiti izdavanje licenci onim embriolozima koji su uključeni u Eshrein program licenciranja embriologa. I, naravno, potrebno se što prije angažovati u okviru Evropske asocijacije za liječenje steriliteta, ali da bi nam to bilo omogućeno neophodno je ispuniti i poštovati uslove koji se od nas traže.

Zaključak

Pošto na našim prostorima sistemski nije duže vremena rađeno na rješavanju pitanja populacione politike potrebno je poduzeti određene mjere i radnje za rješenje tog problema.

U sklopu toga smo mišljenja da bi bilo dobro uraditi sljedeće:

- liječenje neplodnosti proglasiti jednom od važnih mjera populacione politike,
- omogućiti dostupnost liječenja i lijekova,
- liječenje neplodnosti svrstati u obavezan vid zdravstvene zaštite,
- raditi na edukaciji stanovništva,
- poboljšati edukaciju ginekologa,
- podržati otvaranje centara za liječenje steriliteta,
- uspostaviti osnovne laboratorijske uslove za kvalitetan rad,
- omogućiti licencu za rad onima koji ispunjavaju uslove,
- usvojiti potrebnu zakonsku proceduru,
- osnovati komisiju za kontrolu rada institucija.

Literatura

1. Assisted reproductive technology in Europe - 2005: Results generated from European registers by Eshre
2. Boivin J, Kentenich H. (Eds.) Guidelines for counselling in infertility.
3. ESHRE Monographs: Oxford University Press, 2002.
4. Bellver J, Garrido N, Remohi J, Pellicer A, Meseguer M. Influence of paternal age on assisted reproduction outcome. Reprod Biomed Online. 2008 Nov;17(5):595-604.
5. Good Clinical Treatment in Assisted Reproduction - An Eshre position paper, June 2008.
6. Guidelines for Good Practice in IVF Laboratories, Hum. Reprod.. 2008.
7. Speroff L. The effect of ageing on fertility. Curr Opin Obstet Gynec 1994; 6: 115-120.
8. Šimunić V., Izvantjelesna oplodnja i ostale metode potpomognute reprodukcije u čovjeka. Zagreb,1998.
9. The Europian IVF Monitoring Programe (EIM) for the Europian, Society of Human reproduction and Embriology (ESHRE). Results generated from Europian registers by ESHRE. Hum Reprod. 2005.
10. The ESHRE Capri Workshop Group: Social determinants of human reproduction. Hum Reprod. 2002.
11. Vlaisavljević Veljko: Reproduktivna medicina kao način rješavanja demografskih problema, Reproduktivno zdravlje, 37-50 (Babić Nenad i sar.), Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

ANU BiH АНУ БиХ

ANU
BiH
АНУ
БиХ

PSIHOSOCIJALNI ASPEKTI TRUDNOĆE U REGIJI SJEVERA HERCEGOVINE

Alija Šuko, Alma Vila-Humačkić

Uvod

- Trudnoća je jedno od najznačajnijih i najzahtjevnijih poglavlja u životu žene i njene porodice a svojim psihosocijalnim implikacijama bitna je za društvo u cjelini.
- Slogan Svjetskog dana zdravlja 2005. godine je bio *„Svaka majka i dijete su važni"*, što nam pokazuje da su dobrobit i napredak svakog savremenog društva neposredno povezani sa zdravljem i blagostanjem majke i djeteta.
- Psihosocijalni aspekti trudnoće važni su radi kvaliteta same trudnoće i odluke roditelja za (ponavljano) roditeljstvo. Imati dijete je vid ispunjenog partnerstva i vrlo je važan aspekt života.
- Cilj rada je da evaluira sadašnji psihosocijalni status trudnica u regiji sjevera Hercegovine.

Materijal i metode

- Studija je prospektivna, ciljano randominizirano istraživanje.
- Izvor podataka je anketni list o psihosocijalnom stanju trudnice.
- Ispitanice čini 40 trudnica iz regije sjevera Hercegovine svih gestacijskih dobi, izabrane metodom slučajnog izbora i principom dobrovoljnosti.

ANU BiH АНУ БиХ

Rezultati istraživanja

Populacijski parametri

Starosna dob pacijenta			
Do 18 god.	18-25 god.	25-35 god.	35-50 god.
	13	24	3
	32,5%	60%	7,5%

Tabela 1.1.

Dvije trećine trudnica čine one u dobi između 25-25 godine. U ispitivanoj grupi nema maloljetnica.
Trudnice u dobi od 18-35 godina starosti su zastupljene u ispitivanoj grupi sa 92,5%, što odgovara starosnoj dobi trudnica i u Bosni i Hercegovini.

Bračni status			
Udata	Neudata	Udovica	Rastavljena
38	2		
95%	5%		

Tabela 1.2.

U ispitivanoj grupi dominiraju trudnice koje su udate-95%.
Naše društvo je tradicionalno pri čemu dominiraju bračne zajednice u odnosu na razvijene evropske zemlje gdje je udio vanbračnih zajednica izrazito visok.

Školska sprema		
Osnovna	Srednja	Visoka
5	25	10
12,5%	62.5%	25%

Tabela 1.3.

Skoro dvije trećine trudnica čine one koje su sa srednjom školom, a udio visoko-obrazovanih je 25%. S obzirom na školsku spremu našeg stanovništva u prosjeku imamo zadovoljavajući rezultat kod ispitivane grupe trudnica.

Zanimanje			
Domaćica	Radnica	Službenica	Drugo
21	7	7	5
52,5%	17,5%	17,5%	12,5%

Tabela 1.4.

Više od pola trudnica su domaćice, a one koje rade fizičke poslove čine 17,5%. Pod drugo su većinom visokostručni kadrovi/arhitekti, prosvjetni radnici, dipl ing građevine...
U ovom populacijskom parametru nalazimo izrazito visok procenat trudnica koje rade kao domaćice, što posredno govori o statusu žene odnosno trudnice u društvu.

ANU BiH АНУ БиХ

Zaposlenost		Otpuštena sa posla	
Da	Ne	Da	Ne
15	23	2	
37,5%	57,5%	5%	

Tabela 1.5.

Zaposlenost iznosi 37% što je mali procenat u odnosu na ukupnu populaciju, a 5% otpuštenih u ovoj grupi je relativno mali broj s obzirom na stanje privrede danas. 57,5% nezaposlenih u ispitivanoj grupi trudnica nam pokazuje kakva je ravnopravnost žene a samim tim i trudnice u društvu.

Zdravstveno osiguranje	
Da	Ne
31	9
77,5%	22,5%

Tabela 2.

22,5% trudnica u ispitivanoj grupi nisu zdravstveno osigurane. Zdravstveno osjetljivoj grupi trudnica treba osigurati potpuno zdravstveno osiguranje tokom čitave trudnoće te godinu dana nakon poroda na bazi solidarnosti jer će se samo na takav način omogućiti provođenje adekvatne perinatalne zaštite po svim postulatima savremene medicinske zaštite.

Stalni radni odnos	Nezaposlen	Povremeno radi	Prima penziju	Prima invalidninu	Prima borački dodatak
22	4	8		4	1
55%	10%	20%		10%	2,5%

Tabela 3. Zaposlenje supruga

30% supruga ne radi ili pak povremeno radi što je veoma visok udio, čime se stvara dodatna nesigurnost u porodici. 12,5% supruga prima invalidninu ili borački dodatak koji su nesigurni izvori prihoda i direktno zavise od političkih odluka.

Socijalna pomoć	Dječiji dodatak	Naknada za nezaposlene	Ostalo
1	2	2	2
2,5%	5%	5%	5%

Tabela 4. Drugi izvori primanja

17,5% porodica ima neki vid socijalnih davanja što je s obzirom na prethodno iznesene podatke nedovoljno u ovakvoj populaciji. Biće potrebno u narednom periodu poboljšati socijalnu politiku a što se može uraditi samo paketom novih zakona o socijalnoj zaštiti na državnom nivou.

Stan: Uslovan		Kuća: Uslovna		Podstanari		Živimo u zajednici	
Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne
12		12		6		10	
30%		30%		15%		25%	

Tabela 5. Stambene prilike

40% porodica žive u neuslovnim stambenim objektima što je veliki broj s obzirom na osjetljivost grupe.

Dovoljna za život		Mogu podmiriti potrebe djece	
Da	Ne	Da	Ne
29	4	8	1
72,5%	10%	20%	2,5%

Tabela 6. Ukupna primanja porodice

10% trudnica u ispitivanoj grupi nema dovoljno sredstava za život a 2,5% ne mogu podmiriti potrebe djece. Ovi podaci sugerišu na nedovoljnu socijalnu skrb za ovu populaciju koja je izrazito osjetljiva a stub je društva.

Broj djece					Broj abortusa		
1	2	3	4	Više	1	2	Više
19	2				3	2	
47,5%	5%				7,5%	5%	

Tabela 7. Rodila sam

47,5% čine trudnice koje nose svoje drugo dijete, a u ispitivanoj grupi samo je 5% onih koje će rađati treći put.
Ovi podaci su uobičajeni za kompletnu populaciju trudnica u Bosni i Hercegovini. Broj trudnica koje su prethodno imale pobačaje iznosi 12,5% što je izrazito veliki broj za ispitivanu grupu.

ANU BiH АНУ БиХ

Rodili biste još					Ne biste više rađali	
1	2	3	4	Više djece	Da	Ne
12	13	4			11	
30%	32,5%	10%			27.5%	

Tabela 8. Da je socijalni status porodice bolji

72,5% trudnica izjavljuje da bi rodilo još djece da je socijalni status porodice bolji. 27,5% izjavljuje da više ne bi rađalo a ovo se odnosi najvećim dijelom na visoko-obrazovane trudnice koje su u dobi iznad trideset godina.

Da	Ne
28	12
70%	30%

Tabela 9. Da li biste rodili još djece kad bi se pravo na naknadu za vrijeme porođajnog odsustva produžilo na više od jedne godine?

Ovi podaci se praktično poklapaju sa prethodnim podacima i samim tim govore o potrebi zakonskog regulisanja ove oblasti na državnom nivou.

Da	Ne
35	5
87.5%	12,5%

Tabela 10. Da li smatrate da bi pravo na nadoknadu za vrijeme porođajnog odsustva zaposlene i nezaposlene majke trebalo izjednačiti?

87,5% trudnica smatra da bi trebalo izjednačiti zaposlene i nezaposlene u pogledu naknade za vrijeme porođajnog odsustva. Ovo je visok procenat i ukazuje na potrebu izjednačavanja svih trudnica, a što je naša država dužna uraditi donošenjem državnih planova na osnovu obaveza iz Pekinške deklaracije i platforme za djelovanje na Četvrtoj svjetskoj konferencinji UN-a o ženama održanoj u Pekingu 1995 godine.

Da	Ne
22	18
55%	45%

Tabela 11. Da li bi novčana stimulacija države uticala na vašu odluku da rodite troje i više djece?

АНУ ВиН АНУ БиХ

45% trudnica je odgovorilo da ne bi rađalo troje i više djece što je znak nepovjerenja u državu a što dovodi u ispitivanoj grupi do frustracija i apatije u pogledu rađanja većeg broja djece.

Koje mjere, po vašem mišljenju, država treba poduzeti da bi mladi bračni parovi imali više od dvoje djece?

Odgovori

- Stalno zaposlenje
- Socijalna pomoć porodicama sa više djece
- Zakonski regulisati porodiljske naknade
- Adekvatno stambeno zbrinjavanje mladih

**Trudnice su u odgovorima davale više prijedloga, koje smo poredali po učestalosti.*

Zaključci

Država Bosna i Hercegovina kao članica UN-a je dužna imati državne planove na osnovu obaveza iz Pekinške deklaracije i platforme za djelovanje na Četvrtoj svjetskoj konferenciji o ženama održanoj u Pekingu 1995. godine.

1. Psihosocijalni status trudnica istraživane regije je nepovoljan po trudnoću i planiranje narednih trudnoća.
2. Moramo konstatirati da država Bosna i Hercegovina nema cjelovitu i sveobuhvatnu nacionalnu pronatalitetnu politiku
3. Svaka mjera pronatalitetne politike doprinijeće poboljšavanju ovakvih negativnih tendencija.

Pronatalitetna politika treba da bude kvalitativna i to eugeničkog tipa koja ima za cilj poboljšanje kvalitativnih značajki stanovništva što će se ostvariti kroz mjere zdravstvene, obrazovne i nekih mjera ekonomske politike.

Ciljevi pronatalitetne politike treba da budu:

1. Stvoriti pretpostavke za rješavanje stambene problematike.
2. Zakonski urediti potpuno zdravstveno osiguranje za sve trudnice na bazi solidarnosti na državnom nivou.
3. Smanjiti trend iseljavanja stanovništva vitalne dobi.
4. Omogućiti uključivanje svih građana u svijet rada.
5. Osigurati obrazovanje dugoročno nezaposlenih osoba.
6. Podići konkurentnost roditelja sa otežanim koeficijentom zapošljivosti na tržištu rada.
7. Osigurati uvjete za povoljno kreditiranje malih porodičnih biznisa.
8. Smanjiti neuravnoteženost u razvoju pojedinih regija.

BABY FRIENDLY HOSPITAL u FBiH – prednosti i nedostaci

Senad Mehmedbašić, Mira Ademović, Esma Zečević, Almasa Softić
Sarajevo

Uvod

Zdravstvo FBiH, slijedeći svjetski zdravstveni trend promocije prirodne prehrane već od 1996. godine formiranjem BF (Breast feeding) kabineta preduzima niz aktivnosti u tom smislu.
"Bolnice – prijatelji djece" – (Baby Friendly Hospital) su veoma važna, ako ne i najvažnija karika u uspostavi organiziranog sistema dojenja.
Cilj ovog rada jeste da evaluira doadašnje aktivnosti BF komiteta u formiranju "Bolnica – prijatelja djece". Analizom ovog projekta ukazat će se na vrijednosti i prednosti ali i nedostatke i poteškoće na koje nailazi Komitet u ostvarivanju zadatog cilja.

Metod rada

Retrospektivna ciljana studija. Izvor podataka su Bilten o unapređenju dojenja u FBiH "Dojenje", što ga izdaje Udruženje za unapređenje dojenja i izvještaji BF Komiteta FBiH – IBFAN.
Vrijeme istraživanja: 1996. – 2003. godina.

Rezultati rada

- Kontinuirana edukacija zdravstvenog osoblja
- Kontinuirana edukacija u školama, vrtićima i fakultetima
- Provođenje inicijative Baby Friendly u svim porodilištima
- Implementacija internacionalnog kodeksa u zakon zemlje
- Praćenje marketinga infant formule
- Godišnja analiza ishrane djece
- Podizanje kulture dojenja – propaganda preko knjiga i mass medija
- Pomaganje NGO-ima za dojenje i pitanje materinstva
- Poboljšanje socijalnog statusa žene i majke
- Saradnja sa drugim organizacijama sa istim ciljevima
- Saradnja sa zdravstvenim organizacijama perinatalne zaštite

Tabela 1. Aktivnosti BF Komiteta FBiH

АНУ БиХ

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Kantonalni BF odbori	6	8	9	10	10	10	10	10
Osnovana NGO IBFAN		da						
Centri za dojenje	1	2	3	4	5	5	7	8
Edukacija zdravstvenih radnika – 18 časovni UNICEF seminari	622	514	140	220	136 farm. 223 uč. m.šk. 785	320	220	241
Baby Friendly Hospital			2	4	7	9	9	11
Edukacija trudnica – psihofizička priprema u gradovima		2	4	4	6	9	11	13
Edukacija izbjeglica u kolektivnim smještajima		da	da	da	da	da	-	-
Štampanje propagandnog materijala – leci, posteri, knjige i dr.	da	da	da	da	da	da	da	da
Prevođenje BF dokumenata	da	da	da	da	da	da	da	da
Propaganda preko mass medija	da	da	da	da	da	da	da	da
Internacionalni kodeks				Preveden na naš jezik	Nije usvojen zakon u FBiH. U RS jeste			
Analiza dojenja u populaciji	WHO 1994		IBFAN 1998					Anketa u toku
Istraživanja marketinga infant formule								da
Obilježavanje SEDMICE DOJENJA		da	da	da	da	da	da	da
Odlazak na druge medunarodne skupove (IBFAN, WHO, UNICEF)	da	da	da	da	da	da	da	da
Saradnja sa drugim medunarodnim organizacijama i zdravstvenim organizacijama	da	da	da	da	da	da	da	da
Organizacija medunarodnih skupova						WEMOS IBFAN UNICEF Sarajevo-Vogošća		

Tabela 2. Vrste i rezultati aktivnosti BF Komiteta FbiH

ANU BiH АНУ БиХ

Kanton-rodilište	*Edukacija*	*Kandidat sa edukacijom*	*Bolnica BFH*
1. UNSKO SANSKI			
Kantonalna bolnica Bihać	1997.		
Rodilište DZ – Bosanska Krupa	1997.		
Rodilište DZ – Cazin	2001. i 1997. g.		2001.
Rodilište DZ – Sanski Most	1997. i 1999. g.		1999.
2. ŽUPANIJA POSAVSKA			
Županijska bolnica Orašje	1997. i 2003. g.	DA	
3. TUZLANSKO PODRINJSKI			
Klinički centar Tuzla	2003. g.	DA	
Rodilište – Med. centar Maoča-Brčko			
Rodilište – Med. centar Gradačac	2002.		2003.
4. ZENIČKO DOBOJSKI			
Kantonalna bolnica Zenica	2001. i 1997. g.		2003.
Rodilišta DZ Visoko	2000.		1999.
Rodilište DZ Zavidovići	2000.		2001.
Opća bolnica Tešanj			
Rodilište – Žepče	2000.	nema uvjeta	
Rodilište DZ Olovo	2001.	nema uvjeta	
5. BOSANSKO PODRINJSKI			
Kantonalna bolnica Goražde	1997, 1996. i 2003.g.	DA	
6. SREDNJE BOSANSKI			
Kantonalna bolnica Travnik	1997. i 2000. g.		2001.
Rodilište DZ Fojnica			
Opća bolnica Nova Bila	2000.		2001.
Rodilište DZ Bugojno			
Rodilište DZ Jajce			
7. HERCEGOVAČKO NERETVANSKI			
RMC Dr. Safet Mujkić – Mostar	1997. i 1998. g.		1998.
Klinička bolnica Mostar	1997. i 1998. g.		1998.
Opća bolnica Konjic			
8. ZAPADNO HERCEGOVAČKA			
Rodilište DZ Ljubuški	1999.		
9. KANTON SARAJEVO			
Klinički centar	1996. i 2001.		
Opća bolnica	1996. i 2000.		2000.
10. HERCEGBOSANSKA ŽUPANIJA			
Opća bolnica Livno	1997.		

Tabela 3. Baby Friendly Hospital (BFH) u FBiH do 2003.

ANU BiH АНУ БиХ

Rodilišta	27	100%
BFH	11	40,7%
Kandidati za BFH	3	11,1%
Uskoro očekivani broj	14	51,8%

Tabela 4. Analiza BFH u FbiH

Mjesto	Broj poroda	Carski rez	Indukcija	VE	Prijevremeni porod od 27–38 tj.	Analgezija	Perinatalni mortalitet
RMC Mostar	685	21,6%	3,3%	2,5%	4,3%	0,5%	9%
KBC Mostar	1479	260 (18%)	118 (8%)	21 (1,4%)			18,2%
Sanski Most	364	-	-	(1,37%)	30 (8,2%)	-	-
Visoko	173	0	0	0	0		1 (0,6%)
Opća bolnica SA	1363	92 (6,75%)		46 (3,3%)	49 (3,59%)		
Zavidovići	190		0	0	1 (1%)		1 (1%)
Nova Bila	779	88 (11,3%)	0	0	17 (2,1%)		8,9%
Travnik	nema podataka						
Cazin	301	0	2 (0,66)	2 (0,66)	3 (1%)		2 (0,66)
GAK 3281 217 (6,6%) 11,1%							
Zenica	2487	51 (20,5%)	127(5,1%)	33 (1,3%)	140 (5,6%)		11,91%

Tabela 5. Porodi u BFH u FBiH (2002. godina)

Mjesto	Prvorotke	Drugorotke	Višerotke	Blizanačka t.
RMC Mostar	325 (47%)	360 i više		1%
KBC Mostar	534 (36,5%)	945 (63,5%)		17 (1,15%)
Sanski Most	131 (35,9%)	144 (39,5%)	27 (24,6%)	
Visoko	50 (29%)	71 (41%)	52 (30%)	1 (0,6%)
Opća bolnica SA				
Zavidovići	46 (24%)	93 (49,5%)	51 (26%)	
Nova Bila				7 (1%)
Travnik				
Cazin	82 (27,2%)	120 (39,9%)	99 (32,9%)	0
GAK	nema podataka			
Zenica	1316 (52,9%)	791 (31,8%)	380 (15,28%)	32 (1,28%)

Tabela 6. Porodilje u BFH u FBiH (2002. godina)

Mjesto	Težina u gr.			
	3000-3500	3500-4000	Preko 4000	Manje od 2500
RMC Mostar	324 (47%)	238 (34%)	149 (21%)	4,3%
KBC Mostar	570 (38,5%)	517 (35%)	225 (15,3%)	65 (4,4%)
Sanski Most	130 (35,7%)	112 (31%)	20 (5,5%)	18 (5%)
Visoko	66 (38,1%)	59 (34,1%)	23 (12,8%)	3 (1,7%)
Opća bolnica SA	631 (46%)	440 (32,28%)	158 (11,59%)	49 (3,6%)
Zavidovići	76 (40%)	62 (32,65%)	29 (15,26%)	2 (1%)
Nova Bila	81,7%		117 (15%)	26 (3,6%)
Travnik	nema podataka			
Cazin	134 (44,5%)	102 (33,9)	27 (9%)	3 (1%)
GAK				
Zenica				5,95%

Tabela 7. Težina neonatusa u BFH u FBiH (2002. godina)

Mjesto	U prva 24 sata	Po izlasku iz bolnice	Nakon 4 mj.	Nakon 6 mj.	sa 12 mj.
RMC Mostar	98%	95%	u gradu 75% na terenu 82%	59%	
KBC Mostar	100%	100%	nema podataka		
Sanski Most	100%	100%	nema podataka		
Visoko	100%	96%	62%	52%	5%
Opća bolnica SA	98,97%	98,97%	nema podataka		
Zavidovići	188 (98%)	187 (98,45%)	450 (90%)	350 (70%)	120 (24%)
Nova Bila	100%	95%	nema podataka		
Travnik					
Cazin	100%	100%	203 (67,6%)	149 (49,6%)	19,35%
GAK	100%	sa 1 mj. 90%		sa 6 mj. 82%	76%
Zenica					

Tabela 8. Dojenje u BFH u FBiH (2002. godina)

Mjesto	Isključivo dojenje		Dužina dojenja u %				
	3 mj.	6 mj.	Ne doji	3 mj.	6 mj.	12 mj.	preko 12 mj.
Sarajevo	56,0	18,0	8.1	81,6	64,8	46,4	20,1
Zenica	50,0	20,0	1,4	97,3	86,6	53,0	2,8
Mostar RMC	32,0	0,8	6,3	87,2	68,3	37,1	8,6
Mostar KBC	21,6	11,8	3,9	84,3	58,8	30,4	2,0
Bihać	4,8	0,0	4,8	71,4	57,1	23,8	/
Goražde	65,8	17,0	4,3	88,9	67,5	50,4	23,1
Livno	8,1	0,5	0,5	81,8	47,3	20,4	2,7
UKUPNO	238,3	68,1	29,3	592,5	450,4	261,5	59,3
PROSJEK	34,0%	9,7%	4,2%	84,6%	64,3%	37,4%	8,5%

Tabela 9. Dojenje u 1997. godini

1. BFH u FBiH po svom broju i distribuciji ne zadovoljavaju.
2. Najveća rodilišta (GAK Sarajevo, GAK Tuzla, GAK Bihać) nisu postala BFH, a centri su edukacije medicinskog kadra svih razina.
3. BFH tamo gdje su implementirane veoma povoljno djeluju na proces povećanja prirodne prehrane novorođenčadi i postizanju svih ciljeva u promociji dojenja.
4. Neophodne su dalje aktivnosti i novi napori BF Komiteta i IBFAN-a u cilju:
   - povećanja postotka dojene djece u FBiH
   - povećanja broja BFH
   - implementacij internacionalnog kodeksa u pozitivna zakonska akta
   - ograničenju marketing zamjena za majčino mlijeko
   - povećanju kulture i znanja za pravilnu ishranu djece preko mass medija

ANU BiH АНУ БиХ

REZULTATI ANKETE

dr. Fikreta Babić, spec. ginekolog i akušer
Dom zdravlja Odžak

Karakteristike anketne grupe

- 30 žena
- Sve osigurane
- Sve udane
- 1 nezaposlena
- Nema otpuštenih
- Zaposlene u javnom i privatnom sektoru

Starosna struktura

1960-1970	1970-1980	1980-1990
2	13	15

Školska sprema

OSNOVNA	SREDNJA	VISOKA
4	16	10

Zanimanje

RADNICA	DOMAĆICA	SLUŽBENICA	DRUGO
14	8	4	8

Suprug je zaposlen

STALNO	POVREMENO	NEZAPOSLEN
22	4	4

73,3% je stalno zaposlenih muževa što je značajna potpora u materijalnom smislu.

Stambene prilike

STAN	KUĆA	ZAJEDNICA	PODSTANARI
4	4	18	4

26,6% ima riješeno stambeno pitanje (kuća, stan)
13,3% su podstanari – nemaju riješeno stambeno pitanje
60% živi u zajednici

Ukupna primanja

DOVOLJNA	NEDOVOLJNA
24	6

80% anketiranih ima primanja dovoljna za život

ANU BiH АНУ БиХ

Rodila sam

0	1	2	3	4
8	10	8	2	2

Ukupan broj rođene djece je 42, a broj abortusa 7
33,3% anketiranih ima jedno dijete
26,6% anketiranih nema djece

Da je socijalni status porodice bolji, rodili biste?

1	2	3	4	NE
10	4	2	0	14

Visoki procenat 42% anketiranih ne bi rađalo ni da je socijalni status u porodici bolji, a 33,3% rodilo bi još jedno dijete.

Da li biste rodili još djece kad bi se pravo na naknadu za vrijeme porođajnog odsustva produžilo na više od jedne godine?

DA	*NE*
16	*14*
53%	*47%*

Da li smatrate da bi pravo na naknadu za vrijeme porođajnog odsustva za zaposlene i nezaposlene majke trebalo izjednačiti?

DA	*NE*
24	*6*
80%	*20%*

Da li bi novčana stimulacija države uticala na Vašu odluku da rodite troje (3) i više djece?

DA	NE
24	6
80%	20%

80% da u smislu stalne - dugotrajnije novčane potpore

Mjere koje bi država trebala poduzeti da bi mladi bračni parovi imali više od dvoje djece:

- Uvođenje dječijeg doplatka i drugih oblika permanentne materijalne stimulacije
- Porodiljski dopust za sve majke, najmanje godinu dana
- Adekvatna zdravstvena zaštita (u smislu kvaliteta zdravstvene zaštite trudnica, porodilja i djece)
- Bespaltan smještaj u odgojno-obrazovne ustanove
- Poboljšanje stambenih prilika kroz stimulaciju od strane države, u smislu stambenih kredita

ANU BiH АНУ БиХ

- Poreske olakšice
- Tretiranje majke sa troje djece kao zaposlene osobe
- Prijedlog navedenih mjera kao i rezultata ankete moramo posmatrati vezano za specifičnosti Posavskog kantona.
- Ovaj kanton je posljednji u Federaciji BiH usvojio Zakon o socijalnoj zaštiti.
- Plaćanje troškova porodiljskog odsustva se ne sprovodi u skladu sa zakonom, nego je ostavljeno na volju poslodavcima
- Zaposlene žene u javnom sektoru su privilegovane
- Zdravstvena zaštita djece nije adekvatna

ANU BiH
АНУ БиХ

ANU
BiH
АНУ
БиХ

SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI TRUDNOĆE I TRUDNICA U KB MOSTAR

Marinko Mišić, Vajdana Tomić, Kahro Tanović, Goran Adžić
Odjel za ginekologiju i porodništvo KB Mostar

Paritet rodilja

Godina	Prvorotke n (%)	Drugorotke n (%)	Trećerotke n (%)	4 i više poroda n (%)	Ukupno N
1996.	676 (38)	474 (27)	375 (21)	221 (13)	1764
1997.	633 (39)	470 (29)	301 (19)	214 (13)	1618
1998.	565 (36)	495 (32)	299 (19)	198 (13)	1556
1999.	655 (43)	456 (30)	220 (15)	187 (12)	1518
2000.	513 (35)	471 (32)	299 (20)	190 (13)	1463
2001.	537 (36)	425 (30)	277 (19)	239 (16)	1429
2002.	555 (37)	600 (40)	187 (12)	168 (11)	1510
2003.	628 (45)	409 (30)	266 (19)	160 (11)	1412
2004.	582 (40)	435 (30)	273 (19)	163 (11)	1456
2005.	589 (42)	424 (30)	263 (19)	153 (11)	1418

Dobna struktura rodilja

Godina	Ukupan broj poroda	Rodilje ≥ 37 god. n (%)	Prvorotke Median (Min-Max)
1996.	1764	129 (7,3)	
1997.	1618	138 (8,5)	25,00 (15-41)
1998.	1556	110 (7,1)	25,00 (16-41)
1999.	1518	57 (3,8)	25,00 (17-40)
2000.	1463	97 (6,6)	25,00 (17-44)
2001.	1429	82 (5,7)	25,50 (17-45)
2002.	1510	139 (9,2)	26,00 (17-44)
2003.	1412	115 (8,1)	27,00 (17-43)
2004.	1456	159 (10,2)	25,00 (15-47)
2005.	1418	147 (10,4)	26,00 (15-43)

ANU BiH АНУ БиХ

Operativno dovršeni porodi

Godina	Carski rez n (%)	Vakuum eks. n (%)	Ukupno
1996.	123 (7,0)	48 (2,7)	1764
1997.	160 (9,9)	45 (2,8)	1618
1998.	170 (10,9)	50 (3,2)	1556
1999.	198 (13,0)	30 (2,0)	1518
2000.	161 (11,0)	21 (1,4)	1463
2001.	219 (14,8)	17 (1,2)	1429
2002.	247 (16,4)	29 (1,9)	1510
2003.	247 (17,5)	25 (1,8)	1412
2004.	270 (18,5)	12 (0,8)	1456
2005.	226 (15,9)	16 (1,1)	1418

Prijevremeni porodi i novorođenčad<2500g

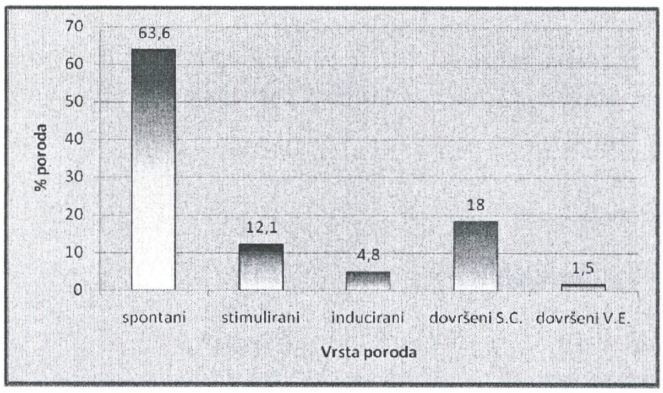
Godina	Prijevremeni porodi n (%)	Novorođenčad< 2500g n (%)	Ukupan broj poroda
1996.	79 (4,5)	80 (4,5)	1764
1997.	75 (4,6)	64 (4,0)	1618
1998.	56 (3,6)	59 (3,8)	1556
1999.	67 (4,4)	57 (4,4)	1518
2000.	48 (3,3)	33 (2,3)	1463
2001.	86 (5,8)	74 (5,0)	1429
2002.	60 (4,0)	44 (2,9)	1510
2003.	47 (3,3)	53 (3,8)	1412
2004.	73 (5,0)	60 (4,1)	1456
2005.	45 (3,2)	56 (4,0)	1418

Perinatalni mortalitet

Godina	Broj poroda	Fetalna smrtnost (%)	Rana neonatalna smrtnost (‰)	Perinatalna smrtnost (‰)
1996	1764	24 (13,7)	22 (12,6)	26 ,3
1997	1618	23 (14,1)	14 (8,6)	23
1998	1556	18 (12)	8 (5,14)	16,7
1999	1518	23 (15,15)	15 (9,8)	25
2000	1463	12 (8,2)	2 (1,3)	9,5
2001	1479	15 (10,1)	12 (8,1)	18,2
2002	1510	14 (9,2)	4 (2,64)	11,9
2003	1412	18 (12,7)	5 (3,5)	16,2
2004	1456	10 (6,8)	8 (5,4)	12,3
2005	1418	6 (4.1)	2 (1.3)	5.58

ANU BiH АНУ БиХ

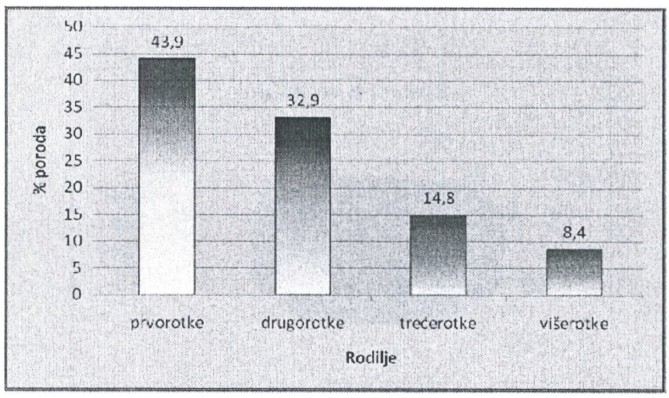
Porodi u KB Mostar za 2006. g.

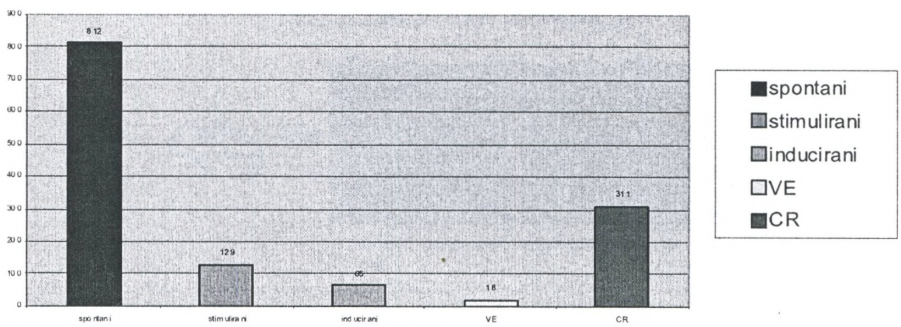


Porodi u KB Mostar u 2007. godini

- 1317 poroda
- carskih rezova 311 (23.61%)
- prijevremenih poroda 106 (7.99%)
- fetalnih smrti 11 (8.35‰)
- ranih neontalnih smrti 5 (3.79‰)
- Perinatalni mortalitet 2007. godine 12.14‰

Porodi u KB Mostar u 2006. godini





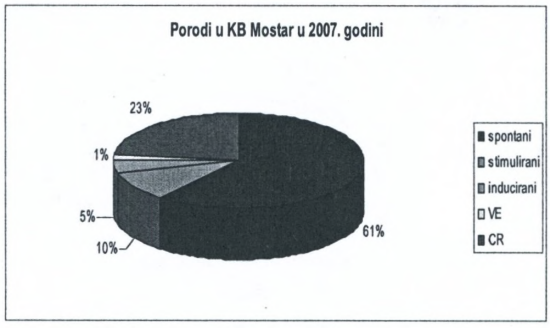
ANU BiH АНУ БиХ

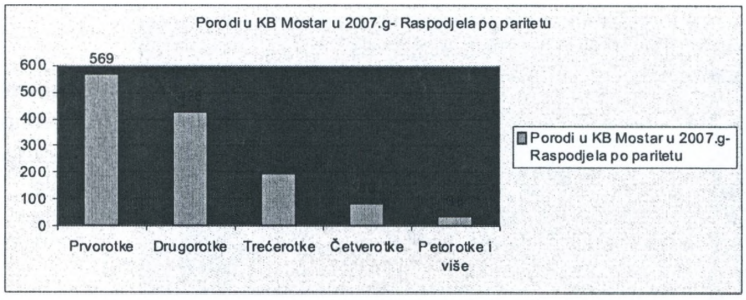
- 9 fetalnih smrti (F.M. 6.4 ‰) od toga
- 8 int.ut. 1 intrapartalna
- 5 ranih neonatalnih (3 ispod 1000 g.) RNM=3.6 ‰
- PNM = 10‰

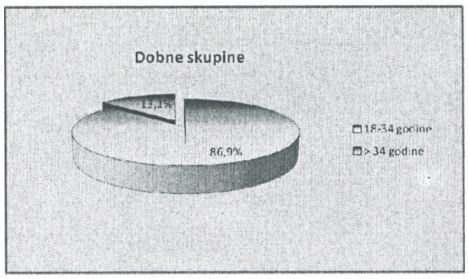
Najčešće indikacije za S.C.

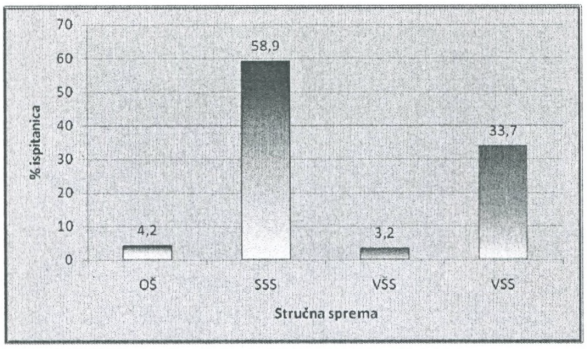
-	Asphyxio fetus imminens	21%
-	St post S.C.	20.9%
-	Dysproportio C-P	17.04%
-	Praesentatio pelvina	13.5%
-	Partus protractus	12.02%
-	Gestoza,preeclampsia	9%
-	Olygohidramnion	4.8%
-	IUZR	4.5%
-	Abruptio placentae,gemini	3.8%
-	Diabetes mellitus	3.2%
-	St post sterilitidem	3.2%
-	St febrilis	2.2%
-	St post mortem fetus in utero	1.9%
-	Placenta praevia	1.9%
-	Vetusta, infertilitas	1.9%
-	Situs transversus	1.2% .....

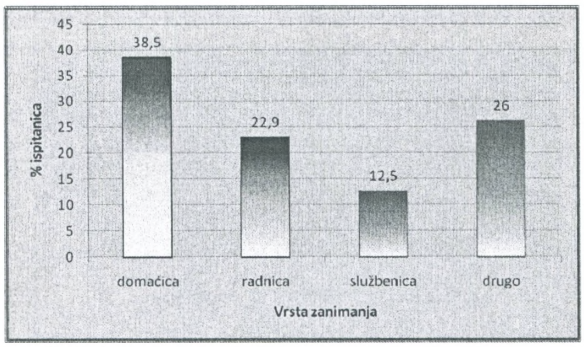
ANU BiH АНУ БиХ

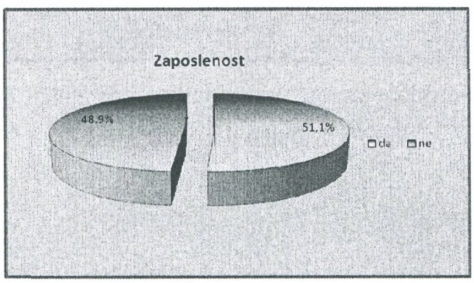


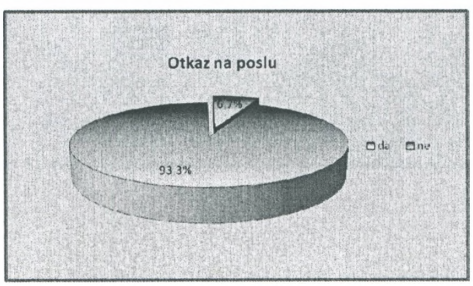




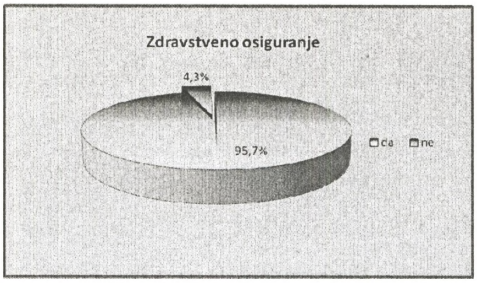


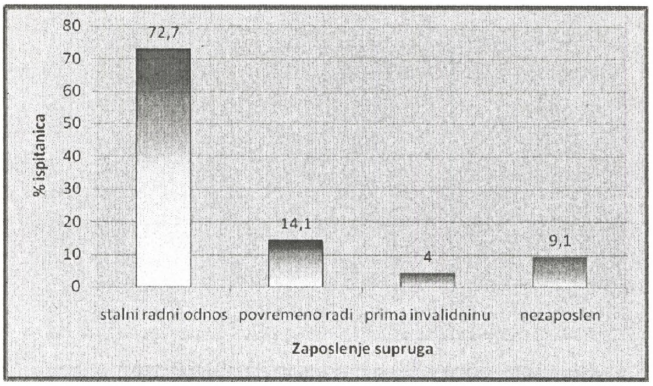


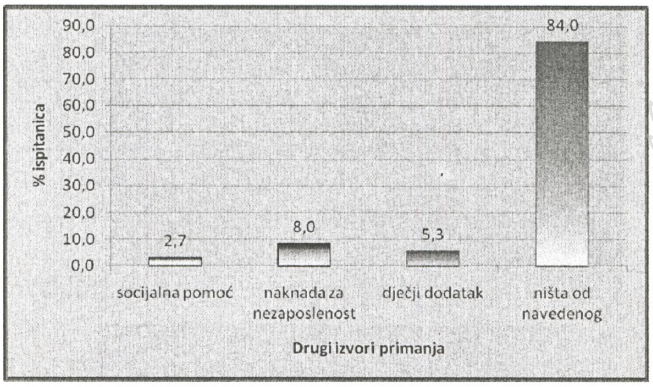


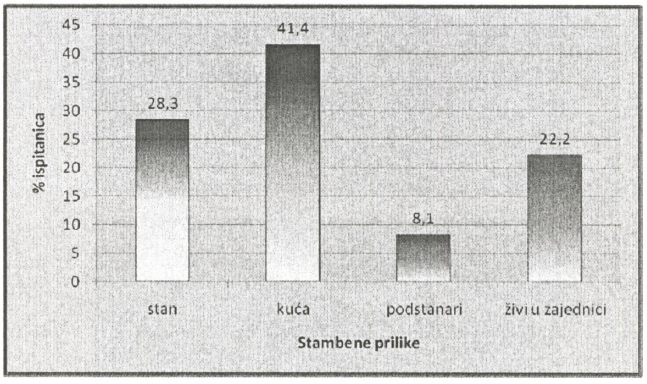


ANU BiH АНУ БиХ

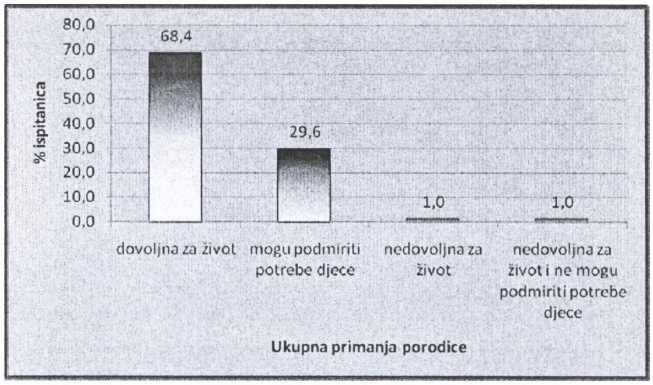


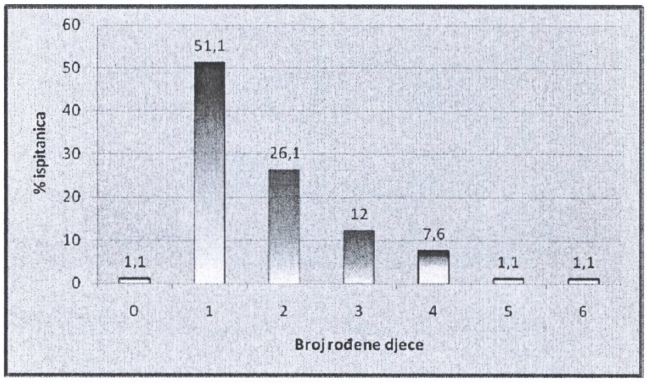


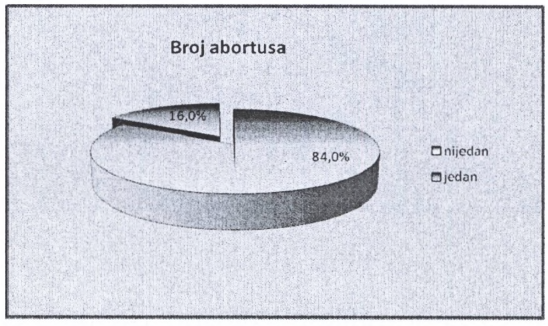


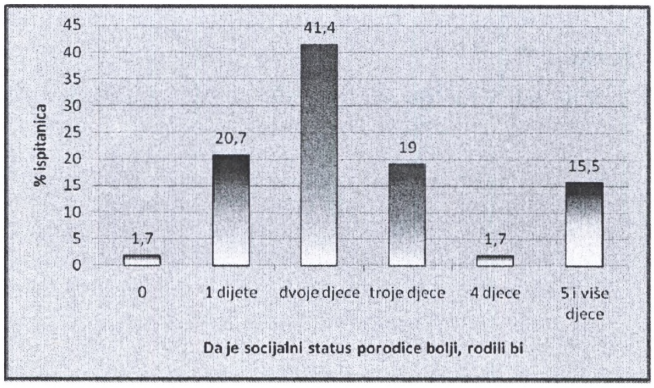


ANU BiH
АНУ БиХ

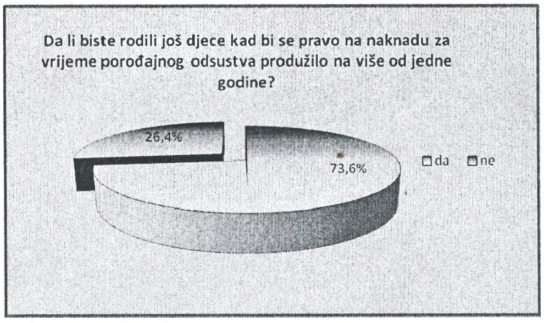


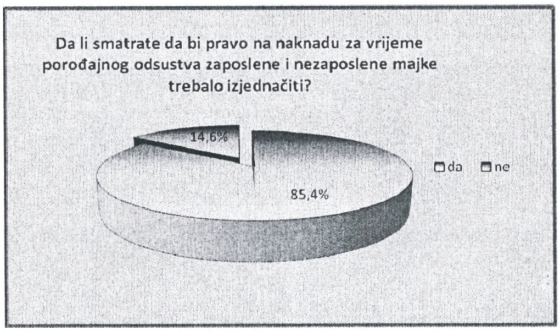


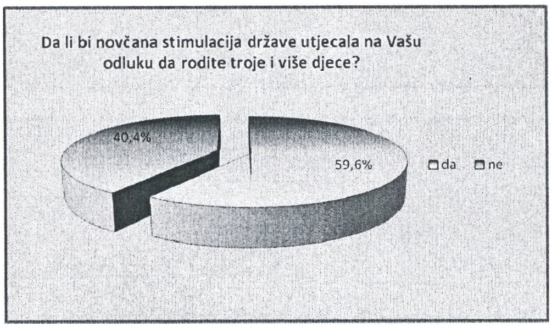




ANU BiH
АНУ БиХ







ANU BiH АНУ БиХ

Zaključci

1. Osigurati sredstva za porodiljnu naknadu, osigurati više radnih mjesta, produžiti porodiljnoodsustvo, bolje stambeno zbrinjavanje, novčane stimulacije za višerotke i sl.
2. Redovito održavati stručne simpozije o perinatalnim zbivanjima na razini države.

PERINATALNI MORTALITET U UNSKO-SANSKOM KANTONU U PERIODU 1996.-2007.

Džanić Dž., Žutić E., Blažević O., Komić S.
Kantonalna bolnica "Dr.Irfan Ljubijankić", Bihać

U ovom radu smo nastojali prikazati perinatalna zbivanja na području Unsko Sanskog kantona u periodu od 01.01.1996.do 31.12.2007.godine.
Perinatalni mortalitet, morbiditet, dojenačka smrtnost te maternalna smrtnost su glavni indikatori zdravstvene zaštite stanovništva.
Oko šest stotina hiljada žena godišnje umire u svijetu od posljedica komplicirane trudnoće i poroda, a oko pet miliona djece u svijetu umire godišnje do kraja prve sedmice života.
Proučavanje kretanja vitalno-statističkih parametara, te njihova pravilna interpretacija od neprocjenjive su važnosti za smanjenje perinatalnog mortaliteta, morbiditeta i maternalne smrtnosti.
Pravovremeno otkrivanje najčešćih uzroka perinatalne smrti, kao što su asfiksija, infekcije, nedonešenost, jedini su način za liječenje i nadzor, te samim tim i smanjenje perinatalnog mortaliteta. Prevencija postpartalnih krvarenja, liječenje infekcija, gestoza u trudnoći, obezbjeđenje stručnog porođaja i pobačaja glavni su preduslov za smanjenje maternalne smrtnosti.

Uzorak i način istraživanja

Ovo je retrospektivna naučna studija koja obuhvata period od 01.01.1996.do 31.12.2007.godine na području Unsko-Sanskog kantona.
Korišteni su podaci dobiveni iz protokola porođajnog i neonatološkog odjela Kantonalne bolnice Bihać, podaci vanbolničkih rodilišta te podaci federalnog i kantonalnog zavoda za statistiku.

Rezultati analize

U analiziranom periodu od 01.01.1996 do 31.12.2007. godine na području Unsko Sanskog kantona porodjeno je 45.609 djece od čega 44.707 (98,02 %) uz stručnu pomoć, a 902 (1,08 %) kod kuće, što je niži broj nego u predratnom i ratnom periodu.
U kantonalnoj bolnici u Bihaću rođeno je 24.641 (54,02 %), a u van bolničkim rodilištima kojih ima sedam na kantonu rođeno je 17.021 (37,3 %). U dijaspori je rođeno 3947 (8,6 %).

АНУ БиХ

Godina	Rođeni u bolnici	Rođeni u vanbolničkim rodilištima	Rođeni kod kuće	Rođeni u dijaspori	Ukupno rođenih
1996	2250 (47.9%)	1768 (37,6%)	316 (6,7%)	357 (7,6%)	4693
1997	2577 (44,1%)	2129 (36,4%)	205 (3,5%)	928 (15,9%)	5841
1998	2241 (43,0%)	1847 (35,5%)	60 (1,2%)	1054 (20,3%)	5203
1999	2185 (45,8%)	1955 (41,0%)	66 (1,4%)	557 (11,7%)	4766
2000	2003 (52,6%)	1552 (40,8%)	137 (3,6%)	110 (2,9%)	3802
2001	1965 (55,6%)	1523 (43,2%)	9 (0,25%)	33 (0,9%)	3531
2002	1853 (56,4%)	1329 (40,4%)	7 (0,2%)	93 (2,4%)	3284
2003	1870 (59,8 %)	1243 (39,7%)	1 (0,03)	11 (0,34%)	3125
2004	1818 (62,5 %)	1097 (37,4 %)	-	-	2915
2005	1901 (64,6%)	1024 (35,2%)	-	-	2925
2006	1872 (68,5%)	860 (31,4%)	-	-	2734
2007	2130 (78,5%)	683 (25,1%)	1 (0,03%)	-	2713
UKUPNO	24.641	17.021	902	3947	45.532

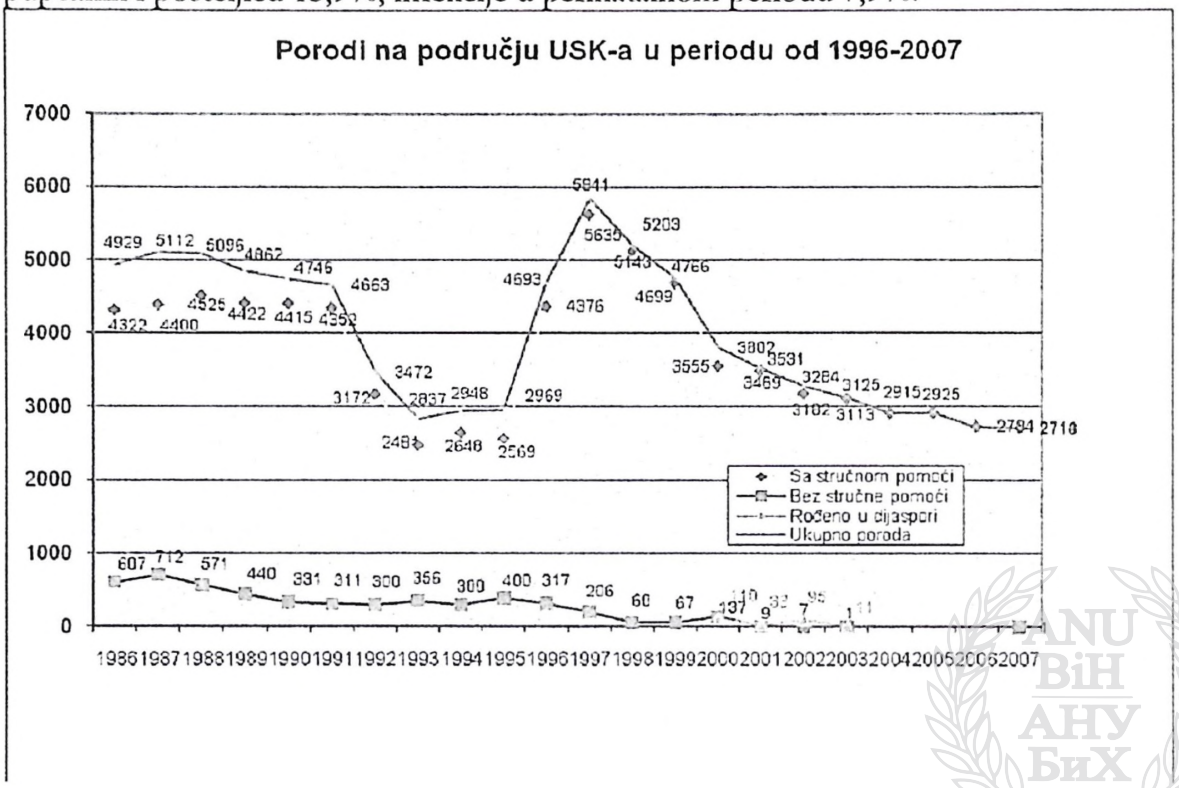
Tabela 1. *Porodi na području USK-a u periodu 01.01.1996. do 31.12.2007. god.*

U promatranom vremenskom periodu na području Unsko-Sanskog kantona stopa perinatalnog mortaliteta kretala se od 19,1 ‰ 1997 godine, 13 ‰ 2005.godine a 19,3‰ 2007. godine. Ovaj prividan porast stope perinatalnog mortaliteta u 2007. godini objašnjavamo činjenicom da se u zadnjih godinu dana svi porodi na USK-a završavaju na našem odjelu.

Utvrđeno je da na kasnu fetalnu smrtnost otpada 59,5 % od ukupnog perinatalnog mortaliteta, te da 71,2 % perinatalno umrle djece čine nedonoščadi, od čega 29,4% djeca lakša od 1000 g.

Dojenačka smrtnost je u padu. 2000-te godine iznosila je 14,6‰, 2001 godine 13,7 ‰, 2004. godine 13 ‰, 2005. godine 11,6‰ dok je 2007.godine 12,7‰.

Glavni uzroci smrti u ranom neonatalnom periodu čine RDS sa 32,5 %, porođajna trauma 23,6 %, kongenitalne morformacije 15,5 %, patološka stanja vezana za pupčanik i posteljicu 15,9%, infekcije u perinatalnom periodu 7,9%.



Na području našeg kantona broj poroda je u padu, od 5841 1997 godine do 2902 2005. godine, a 2713 2007. godine. Stopa nataliteta je također u zavidnom padu. Od 20,8 ‰ 1997 godine do 9,5‰ 2007.godine.

Stopa općeg mortaliteta je niska i kreće se od 6,8 ‰ 1997 godine do 7,3 ‰ 2007. godine, a prirodni priraštaj je također doživio pad od 14 ‰ 1997 godine do 2,2 ‰ 2007. godine.

Broj prijevremenih poroda kretao se od 8,9 % 1996 godine, 7,2% 1997 godine, dok je broj djece rođenih prije kraja 37. tjedna 2002. godine iznosio 6,2 %.U 2004.godini bilo je ukupno 136. rođeno dijete prije navršenih 37.tjedana gestacije ili 4,6 %.2007.godine 88 djece je prijevremeno rođeno ili 3,2 %.

Perinatalni mortalitet kod prijevremeno rođene djece u skupini 500-999g izuzetno je visok 825‰, kod težinske skupine 1000-1499 g iznosio je 313‰, kod težinske skupine 1500-1999 g nešto je niži 127‰, a kod djece 2000-2499g perinatalni mortalitet bio je 43‰.

Broj eklampsija je u stalnom padu tako da je njihov broj ispod 1 ‰, što govori u prilog sve bolje antenatalne zaštite.

Carskim rezom se završava sve veći broj poroda. 2000 godine 8 % poroda završeno je carskim rezom. 2001 godine njihov broj je iznosio 10,3%, 2002 godine

10,5%,dok ih je u 2004 godini bilo 444 ili 15,2 %, a 2007.godine 537 ili 19,2%.Ovaj broj carskih rezova je zadovoljavajući te se treba zadržati na ovom nivou.
Broj vakum ekstrakcija je u padu. 2000 godine učinjeno je 40 što iznosi 1,05%, 2001 godine 20 što iznosi 0,5%, 2002 taj broj je bio 35 što iznosi 1,06%, 2004 učinjeno je 35 vacum ekstrakcija ili 1,2 %, a 2007.godine 36 ili 1,3%.
U odnosu na starosnu strukturu na kantonu imamo 8% rodilja mlađih od 19 godina, 64% rodilja starih od 20-29 godina, 19% rodilja starih od 30-35 godina, 6,2% rodilja starih od 35-39 godina te 2,8% rodilja starijih od 40 i više godina.
Analizirajuci antenatalnu zaštitu u odnosu na broj rutinskih, te ultrazvučnih pregleda, kod žena porođenih na porođajnom odjelu Kantonalne bolnice Bihać u promatranom periodu, ustanovljeno je da je najveći broj žena bilo 3-5 puta na pregledu, oko 36%, onih 0-2 pregleda vrlo visok broj, 18,2 %, a onih sa 9 i više pregleda najmanje, 17,1%. Što se tiče ultrazvučnih pregleda, 6,7% nisu pregledavane, sa 1-2 pregleda bilo je 28% žena, sa 3 pregleda 19,8 %, dok sa 4 i više pregleda 47,2 %. Da se zaključiti da je veliki broj žena imao prekomjeran broj ultrazvučnih pregleda, a da pri tom nije imao dovoljan broj ili pak niti jedan opstetrički pregled sa rutinskim laboratorijskim nalazima.

GODINA	BROJ STANOV.	BROJ PORODA	MRTVO ROĐENI	UMRLI OD 0-7	PNM	NATALITET	OPŠTI MORTALITET	PRIRODNI PRIRAŠTAJ
1996	255800	4693	47 10‰	41 8,7‰	88 18,7‰	18,3‰	6,5‰	11,8‰
1997	275525	5841	68 11,8‰	42 7,3‰	110 19,1‰	20,8‰	6,8‰	14‰
1998	296646	5203	49 9,4‰	27 5,1‰	76 14,5‰	17,5‰	6,6‰	10,9‰
1999	297487	4766	29 6,2‰	30 6,3‰	59 12,5‰	15,8‰	6,6‰	9,2‰
2000	299756	3802	24 6,3‰	35 9,2‰	59 15,5‰	12,6‰	6,3‰	6,3‰
2001	306905	3531	16 7,3‰	20 5,6‰	36 12,9‰	11,5‰	6,3‰	5,2‰
2002	305807	3288	13 3,9‰	36 10,9‰	49 14,8‰	10,75‰	6,3‰	4,45‰
2003	306991	3125	19 6,08‰	21 6,7‰	40 12,8‰	10,1‰	6,0‰	4,1‰
2004	297362	2915	29 9,9‰	12 3,8‰	41 13,1‰	9,8‰	7,0‰	2,8‰
2005	288.935	2902	20 6,9 %	18 6,2 ‰	38 13 ‰	10,1 ‰	7,3 ‰	2,7 ‰
2006	287.624	2734	21 7,6‰	21 7,6%	41 14,9‰	9,5‰	7,1‰	2,4‰
2007	287.878	2741	28 10,2‰	25 9,1‰	53 19,3‰	9,5‰	7,3‰	2,2‰

Tabela 2. *Broj stanovnika, broj poroda, perinatalni mortalitet te prirodni priraštaj na području USK-a u periodu 01.01.1996. do 31.12.2007. god.*

Zaključak

Perinatalni mortalitet i dalje ima tendenciju pada, fetalni mortalitet, neonatalni mortalitet i dojenačka smrtnost također.
Maternalni mortalitet je zadovoljavajući.
Da bi i dalje uticali na sniženje perinatalnog mortaliteta, ali i ranog neonatalnog mortaliteta treba još više unaprijediti antenatalnu, ali i neonatalnu zaštitu, a posebno pažnju treba obratiti na mjere za smanjenje broja nedonešene djece, posebno one vrlo niske porođajne težine.
Unaprijediti dijagnostiku i liječenje patoloških stanja trudnoće i rano otkrivanje ugroženih fetusa, te obezbjediti suvremeni nadzor i vođenja poroda i odgovarajući tretman novorođenčeta.
Prvi pregled u trudnoći obaviti između 8 i 12 tjedna, te ostale preglede od 16 do 32 tjedna svaka četiri tjedna, te od 35-og tjedna svaka dva tjedna tako da ukupan broj bude najmanje devet.
Izvršiti probir ugroženih trudnoća na osnovu lične, porodične te reproduktivne anamneze.
Povećati broj ultrasonografskih pregleda na četiri, a najmanje obaviti dva u fiziološkoj trudnoći.Prvi do 18 tjedana, preferirati vaginalnu sondu, drugi između 34 i 37 tjedna.
Lječiti bolesti majke koje dovode do oštećenja ploda (infekcije, EPH gestoze, dijabetes, Rh imunizacije), u tim uključiti internistu, koji se bavi ovom problematikom.
Uvesti intrapartalni fetalni monitoring.
Pridržavati se regionalne organizacije perinatalne zaštite, te sve ugrožene trudnoće transportirati in utero u kantonalnu bolnicu sa navršenih 36 tjedana.
Sve marfolmirane plodove na isti način transportirati u klinički centar.
U kantonalnim centrima obezbjediti jedinice intenzivne neonatalne njege sa modernom opremom i neonatolozima na čelu tima.
Praćenje i zaštita trudnoće i trudnice treba prije svega da bude prevencija, a ne liječenje.Treba nastojati izgraditi povjerenje, a to se najbolje postiže kroz škole za trudnice, tj. roditelje.Na taj način ćemo dobiti ženu koja je psihofizički pripremljena za porod, a i sredina u koju dolaze žena i djete nakon poroda bit će optimalna.
Omogućiti ocu da prisustvuje porodu djeteta, djete ne razdvajati od majke te poduzeti sve mjere u cilju uspješnog dojenja.
U antenatalnu zaštitu uključiti i liječnike porodične medicine, a babici dati aktivniju ulogu u praćenju trudnoće i pripremi žene za porod.
Obezbjediti jedinstvenu medicinsku dokumentaciju, u vidu trudničko-dječije knjižice.
Raditi na razvoju informatičkog sistema u koji bi bila uvezana sva rodilišta.

ANU BiH АНУ БиХ

Literatura

1. Health for all WHO-Office for Europe. Copenhagen 1999.
2. *Dražančić A.* Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 1999 godini-rodilišni podaci. U:VIII savjetovanje o perinatalnom mortalitetu. Gynecol Perinatol Split 2000. (suppl 2):100-111.
3. *Džanić Dž. Velagić R. Ćatović S. Žutić E. Karabeg E. Pehlić E. Abdić M.*: Perinatalni mortalitet na području Unsko-Sanskog kantona 1996-1998 godine. II Ginekološkp-Perinatološki Bosansko-Austrijski simpozij. Zbornik radova Bihać 1999. str 28-31.
4. *Rettwitz-Volk W.* Epidemiologische aspekte der fruhgeburtlichkeit. Perinatal medizin 1996 ; 8:15-18.
5. *Hawkins Df, Fusi L.* Preterm labor:clinical management. U: Kurjak A.,ed. Textbook of perinatal medicine. London-New York: Parthenon 1998:1345-61.
6. *Kornhauser P. Dergane M. Novak-Antolić Ž.* Perinatal transport in Slovenia: General overview. Prenatal and Neonatal Medicine 1998;3:46.

ANU BiH АНУ БиХ

ATRIBUTI HEMOGRAMA U PERINATALNOJ ZAŠTITI TRUDNICA PRIVATNE PRAKSE

Šlaković M., Nametak Crnovršanin Z., Mehmedbašić S.

Uvod

Normalnu trudnoću karakteriziraju značajne promjene u skoro svim organskim sistemima da bi udovoljile potrebama fetoplacentne jedinice.
Jedna od najbitnijih promjena je hematološka adaptacija trudnoći i karakterizira je:

- Hipervolemija (povećanje volumena plazme za 1100-1600 ml)
- Povećanje volumena eritrocita za 20-30%
- Nešto povećana eritropoeza.

Unatoč povećanoj eritropoezi koncentracija hemoglobina i eritrocita kao i hematokrita postupno opada. Medjutim, treba uzeti u obzir da je povećanje mase eritrocita manje od povećanja volumena plazme te se javi tzv. „anemija uslijed razblaženja". Povećan volumen cirkulirajuće krvi stoga mijenja normalne vrijednosti hematoloških parametara.
Najčešća komplikacija trudnoće u današnje vrijeme je anemija i u direktnoj je vezi sa socioekonomskim uvjetima zivota.
Blage anemije najčešće prolaze u subkliničkoj formi, dok se kod težih oblika javlja prateća simptomatologija.
Osnovni hemalog radi se već pri prvoj posjeti u našem Zavodu da bi se isključilo eventualno postojanje anemije prije trudnoće.

Cilj rada

Evaluacija parametara hemograma kod trudnica u drugoj posjeti u privatnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
Radna hipoteza je da u privatnu zdravstvenu zasšitu dolaze pacijentice boljeg socioekonomskog statusa što se direktno odražava na parametre hemograma populacije trudnica.

Metodologija rada i izabranice

- Retrospektivno, deskriptivno ciljano istrazžvanje
- Izvor podataka: protokol laboratorija PZU Mehmedbašić.
- Vrijeme istraživanja: 2008. godina, druga posjeta – drugi trimestar
- Izabranice: trudnice u drugoj posjeti, odnosno u periodu od 18. do 22. nedjelje gestacije.
- Isključenje iz studije trudnice prvog trimestra zbog pozitivnog bilansa Fe u hemogramu uslijed sekundarne amenoreje, te trudnice sa predkoncepcijskom anemijom.

Rezultati rada

Populacijske karakteristike istraživane skupine – Starosna dob

Starosna dob	*do 18 god.*	*18-24 god.*	*25-29 god.*	*30-34 god.*	*35-39 god*	*> 40 god.*
			12	10	4	6

Tabela 1: Starosna dob pacijentica

Populacijske karakteristike istraživane skupine – Paritet

Broj	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	*> 4*
	12	12	6	2		

Tabela 2: Paritet

Populacijske karakteristike istraživane skupine – Stručna sprema

Stručna sprema	*osnovna*	*srednja*	*viša*	*visoka*	*student*
		20		10	2

Tabela 3: Stručna sprema

Hemogram – Broj eritrocita

Broj eritrocita	*Ispod 2,49*	*2,5-3,49*	*3,49-3,99*	*4,0-4,49*	*4,5 i vise*
	0	1 (3,1%)	8 (25%)	16 (50%)	7 (21,8%)

Tabela 4: Broj eritrocita

Referentne vrijednosti prema WHO u gravidnih pacijentica su 3,8-4,4 x 10

Hemogram – Vrijednosti hemoglobina

Hemoglobin (g/l)	*Ispod 12*	*12-13,9*	*14-15,9*	*16 i vise*
	14 (43,7%)	17 (53,1%)	1 (3,1%)	0

Tabela 5: Vrijednosti hemoglobina

Ref.vr. prema WHO 10-13

Hemogram – Vrijednosti hematokrita

Hematocrit (%)	*Ispod 37*	*37-41*	*42-46*	*47 i vise*
	17 (53,1%)	14 (43,7%)	1 (3,1%)	0

Tabela 6: Vrijednosti hematokrita

Ref.vr. prema WHO 30-39%

Hemogram – Vrijednosti serumskog željeza

Fe u serumu (µmol/l)	*Ispod 6,5*	*6,5-9*	*10-19*	*20-29*	*30 i vise*
	3 (9,3%)	2 (6,2%)	25 (78,1%)	2 (6,25%)	0

Tabela 7: Vrijednosti serumskog željeza

Zaključak

- Istraživanje je odgovorilo cilju rada
- Socioekonomski status trudnica koje dolaze u privatnu praksu je takav da omogućuje da su praktično svi parametri hemograma u okviru referentnih vrijednosti za ovaj atribut prema kriterijima who.
- Zaključujemo također da je moguće da ovakve parametre nemamo kod trudnica nišeg socioekonomskog stanja.
- Start u trudnoću, njen kvalitet, trajanje, neonatus i paritet u bitnoj mjeri ovisi o socioekonomskom statusu trudnice. Drugim riječima, naše trudnice u trudnoću ne ulaze pod istim zdravstvenim uvjetima koji su odlika društava sa siromašnim socioekonomskim ambijentom

ANU BiH АНУ БиХ

ANU
BiH
АНУ
БиХ

PSIHO-SOCIJALNI ASPEKTI TRUDNOĆE, POROĐAJA I POSTPARTALNOG PERIODA NA PODRUČJU SANSKOG MOSTA

Karabeg E., Džanić Dž., Žutić E., Blažević O., Komić S.

Ciljevi rada

- Poboljšanje perinatalne, neonatalne i mater-nalne zaštite na cijeloj teritorij BiH, te pokla-njanje veće važnosti psiho-socijalnim aspek-tima trudnoće, poroda i babinja
- stvaranje socijalne karte naše ženske popu-lacije u fertilnom dobu
- doprinos reformi zdravstvenog sistema u nas u području reproduktivne medicine i stva-ranje slike o socijalnom statusu žena u fer-tilnom dobu

Materijal i metode

- Ovo je prospektivna ciljana studija urađena na Ginekološko-akušerskom odjelu Opće bolnice u Sanskom Mostu, metodom slučajnog uzorka.
- Obrada je vršena na osnovu prethodno pripremljenog uniformnog anket-nog obrasca u kom su razmatrane:
  - Starosna struktura
  - Školska sprema
  - Bračno stanje
  - Zaposlenost porodilje i muža
  - Zdravstveno osiguranje
  - Stambeni uslovi
  - Broj poroda
  - Želja za daljim rađanjem
  - Mogući način stimulisanja za dalje rađanje
  - Obuhvaćenost i broj opstetričkih pregleda i uzv pregleda u perinatalnoj zaštiti trudnice

ANU BiH АНУ БиХ

Starosna struktura

15-19	2 (2%)
20-24	30 (30%)
25-29	26 (26%)
30-34	29 (29%)
35-39	11 (11%)
40 i više	2 (2%)

Školska sprema

Bez škole	1 (1%)
Osnovna škola	34 (34%)
SSS	58 (58%)
VŠS	3 (3%)
VSS	5 (5%)

Zaposlenje žene

Zaposlena	19 (19%)
Nezaposlena	81 (81%)

Zaposlenje muža

Zaposlen	42 (42%)
Nezaposlen	58 (58%)
Povremeno zaposlen	16
Socijalna pomoć	12
Borački dodatak	2

Zdravstveno osigurani po bilo kom osnovu

Osiguranih	88 (88%)
Neosiguranih	12 (12%)

ANU BiH АНУ БиХ

Broj poroda

Jedan porod	47 (47%)
Dva poroda	32 (32%)
Tri poroda	16 (16%)
Četri poroda	2 (2%)
Peti i više poroda	3 (3%)

Stambeni uslovi

Kuća	27 (27%)
Stan	3 (3%)
Podstanar	7 (7%)
Zajednica	63 (63%)

Želja za rađanjem

Želi još rađati	68 (68%)
Ne želi više rađati	32 (32%)

Mjere koje bi dovele do povećanja broja poroda

Bolje zapošljavanje	75 (75%)
Novčani dodaci za porodilje	18 (18%)
Rješenje stambenog problema	7 (7%)

Da li treba izjednačiti naknade za zaposlene i nezaposlene majke

Da	72 (72%)
Ne	28 (28%)

Broj pregleda u perinatalnoj zaštiti

Od 0-2 pregleda	25 žena
Od 3-5 pregleda	35 žena
Od 6-8 pregleda	27 žena
Sa više od 8 pregleda	13 žena

Broj uzv pregleda

0 pregleda	6 žena
1-2 pregleda	21 žena
3 pregleda	32 žene
4 i više pregleda	41 žena

ANU BiH АНУ БиХ

Zaključak i prijedlozi

- Iz rezultata rada da se uočiti da se najviše trudnica nalazi u starosnoj strukturi između 20 i 24 godine, najčešće su sa završenom srednjom stručnom spremom i uglavnom su nezaposlene, kao i njihovi muževi. Sa jednim djetetom ih je najviše, ali ova studija pokazuje da ih većina ima želju za još jednim djetetom, ali ograničavajući faktori su nezaposlenost, neriješeno stambeno pitanje i slaba obuhvaćenost socijalnom i kompletnom zdravstvenom zaštitom.
- Također se vidi da je broj pregleda u perinatalnoj zaštiti kako opstetričkih tako i ultrazvučnih veoma mali i loše distribuiran, a također kao posljedica slabog materijalnog položaja trudnica.
- S obzirom da parametri reproduktivnog zdravlja nisu na zavidnom nivou: povećana stopa prekida trudnoća, relativno visok maternalni morbiditet i mortalitet, visoka stopa prematuriteta te visok fetalni morbiditet i mortalitet, a također trend pada natalitetne stope se nastavlja, došlo je do ugrožavanja reproduktivnog potencijala zemlje.
- Sistem zdravstvene zaštite zahtijeva korijenite reforme koje će omogućiti bolji i efikasniji pristup na svim nivoima i svim raspoloživim sredstvima za očuvanje reproduktivnog zdravlja.

- Da bi došlo do poboljšanja reproduktivnog zdravlja potrebno je poboljšati kako elemente antenatalnog i ranog neonatalnog programa, tako i psihosocijalni aspekata trudnoće, poroda i babinja.
- Pronaći put do žene i njene porodice te je informisati i ojačati njenu samosvijest i samopouzdanje i njenu vlastitu inicijativu u iznalaženju ličnog odabira i lične zdravstvene odgovornosti.
- Praćenje i socijalna zaštita trudnice treba prije svega da bude prevencija, a ne liječenje bolesti.
- Povećati povjerenje žene u sebe i svoje tijelo naravno i u osobe, koje se brinu o njenom zdravlju posebno eksperti sa specijalnim znanjima i vještinama (ginekolog, babica, nutricionisti, psiholozi, savjetnici za parove).
- Organizovanje programa državnog savjetovališta za trudnice i izdavanje zajedničke knjižice za majku i dijete na cijeloj teritoriji Bosne i Hercegovine.
- Standardizacija medicinske dokumentacije na nivou cijele zemlje i uvođenje informacionog sistema, koji bi obuhvatio sve ustanove, koje se bave zaštitom majke i djeteta.
- Pravljenje socijalne karte majke rodilje za cijelu Bosnu i Hercegovinu, što je i cilj ovog simpozijuma. Omogućiti budućuim majkama dotok informacija i podizanje prevencije putem samopomoći.
- Edukacija i uključivanje muževa u zdravstvenu pro-blematiku žene i porodice i njihovo prisustvovanje porodu.
- Organizovanje savjetovališta za mlade bračne parove i trudnice, organizovanje kurseva psiho-socijalne pripreme za porod te organizovanje patronažne službe i kućnih posjeta majci i novorođenčetu.
- Dvadeset četiri satno telefensko savjetovanje za svaku trudnicu i majku, te savjetovanje i podrška ženi u kriznim situacijma.
- Organizovanje seminara i predavanja te istrajavanje na promociji i podršci dojenja.
- Potaknuti klimu interesa, kako trudnica tako i eksperata u području reproduktivnog zdravlja za dalji razvoj psihosocijalnih aspekata trdunoće, poroda i babinja u cilju poboljšanja perinatalnog i ranog neonatalnog morbiditeta i mortaliteta, kao i smanjenje maternalne smrtnosti.

SOCIOEKONOMSKI ASPEKTI TRUDNICA I TRUDNOĆE U UVJETIMA PRIVATNE PRAKSE

Crnovršanin-Nametak Z., Šlaković M., Mehmedbašić S.

Uvod

Socioekonomski status trudnice ima nekoliko veoma važnih komponenti.
On utiče na:

- kvalitet zdravlja trudnice, novorođenčeta i porodilje
- direktno utiče na odluku supružnika o višestrukim, planiranim, željenim trudnoćama i zdravom potomstvu

Možemo zaključiti da socioekonomski status trudnice i trudnoće ima široki društveni značaj Značaj je i stručni, jer socioekonomski aspekt trudnoće i trudnice može imati pozitivne ili vrlo negativne implikacije na zdravlje fetusa ili novorođenčeta.

Cilj rada

- Evaluirati socioekonomske aspekte trudnice i trudnoće u ovom društvenom trenutku.
- Parametri te evaluacije odnose se na otkrivanje i ukazivanje na sve one mnogobrojne socioekonomske atribute trudnice i trudnoće.
- Jedan od ciljeva istraživanja jeste uporedba pacijentica privatne ginekološke prakse u odnosu na pacijentice iz primarne javne ginekološke prakse sa aspekta socioekonomskih uvjeta.

Metod rada

- Prospektivno, ciljano deskriptivno istraživanje.
- Izvor podataka:
- anketni list sačinjen je od strane predstavnika medicinskog odjela Akademije nauka i umjetnosti BiH i Asocijacije ginekologa BiH.
- Vrijeme istraživanja septembar-decembar 2008. god.
- Ispitanice su pacijentice privatne zdravstvene ustanove.
- Metod izbora ispitanica je slučajan.
- Privatna ordinacija je izabrana kao moguća posebnost iz socijalno-ekonomskog aspekta trudnoće.
- Uzorak istraživanja su 32 ispitanice, koje su pristale anonimno ispuniti anketni list.

Rezultati istraživanja

1. Populacijski parametri

1.1. Starosna dob ispitanica

Starosna dob	*do 18 god.*	*18-24 god.*	*25-29 god.*	*30-34 god.*	*35-39 god*	*Više od 40 god.*
			12	10	4	6

- *U analizi populacijskih parametara u varijabli "starosna dob", dolazimo do podataka da nijedna ispitanica nije bila u grupi do 25 godina. To je podatak koji nas može zabrinjavati, jer se starosna dob rađanja pomjera prema starijoj životnoj dobi.*
- *U grupi od preko 35 godina je (31 %) ispitanica, tj. trećina ispitanica je starija od 35 godina.*
- *Logično je postaviti pitanje: Da li su ovi podaci isključivo vezani za privatnu praksu ili je to općenita pojava?*

1.2. Bračni status ispitanica

Bračni status	*udata*	*neudata*	*udovica*	*rastavljena*
	30			2

- *Od 32 ispitanice, njih 30 (94%) je u braku, (6%) su rastavljene, dok nijedna ispitanica nije bila neudata ili udovica.*

1.3. Stručna sprema ispitanica

stručna sprema	*osnovna*	*srednja*	*viša*	*visoka*	*student*
		20		10	2

- *Istraživanje ukazuje da je 2/3 ispitanica srednje stručne spreme, što može ukazivati na raniju dob rađanja. Međutim, ovu činjenicu demantuje varijabla starosna dob, koja kazuje da se dob rađanja prebacuje prema starijoj životnoj dobi, bez obzira na stručnu spremu.*

1.4. Zanimanje ispitanica

zanimanje	*domaćica*	*radnica*	*službenica*	*drugo*
	8	6	6	12

- *U kategoriji populacijskih parametara koji se odnose na zanimanje, (25%) ispitanica su domaćice, (19%) radnice, (19%) službenice i (37,5%) drugih zanimanja.*

1.5. Zaposlenost ispitanica

Bračni status	*udata*	*neudata*	*udovica*	*rastavljena*
	30			2

АНУ ВиН АНУ БиХ

1.6. Zdravstveno osiguranje ispitanica

DA	NE
26	6

– *Prilikom ispitivanja o zdravstvenom osiguranju, (81%) pacijentica je zdravstveno osigurano, ipak (19%) neosiguranih nije mali procenat u ukupnom broju ispitanica. Ovo je pitanje kojim se trebamo pozabaviti, jer su to žene reproduktivne dobi, i među njim ima onih koje nisu ostvarile materinstvo.*

1.7. Zaposlenje supruga

zaposlenje supruga	stalni radni odnos	nezaposlen	povremeno radi	prima penziju	prima invalidninu	prima borački dodatak
	28		4			

– *Na pitanje o zaposlenju supruga, (87,5%) ispitanica ima supruga koji je u stalnom radnom odnosu, dok je (12,5%) u povremenom radnom odnosu.*

1.8. Drugi izvori primanja

socijalna pomoć	primanje dječijeg dodatka	naknada za nezaposlene	drugo

– *U ovoj kategoriji sve ispitanice su odgovorile negativno.*
– *Treba imati na umu činjenicu da su ove ispitanice iz privatne prakse, tako da ovakve podatke nismo ni očekivali, što ne znači da u reproduktivnoj populaciji žena nema i ovih kategorija.*

1.9. Stambene prilike

stan		kuća		*podstanari*	*žive u zajednici*
uslovan	*neuslovan*	*uslovna*	*neuslovna*		
12		12	2	2	4

– *Stambene prilike su jedno od pitanja na koje su naše pacijentice posebno skrenule pažnju u svojim komentarima na kraju ankete. Naime, smatraju da je to jedan od ključnih uslova za povećanje broja porodice, odnosno rađanje. Tako je (37,5%) naših ispitanica odgovorilo da žive u uslovnom stanu, (37,5%) živi u uslovnoj kući, dok (25%) ispitanica žive u neuslovnim stambenim prilikama (podstanari, zajednica itd.).*

1.10. Ukupna primanja porodice

dovoljna za život		*mogu podmiriti potrebe djece*	
DA	*NE*	*DA*	*NE*
20	2	10	

– *Velika većina ispitanica je na pitanje o ukupnim primanjima odgovorila pozitivno, tj. (62,5%) ima primanja dovoljna za život, (31%) mogu podmiriti potrebe djece.*

ANU BiH АНУ БиХ

2. Reproduktivni parametri

2.1. Broj poroda

broj	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*	*više od 4*
	12	12	6	2		

– *(37,5%) ispitanica nije radalo, a s obzirom da u našoj anketi nemamo ispitanice mlađe od 25 godina, to je indirektan parametar koji ukazuje na činjenicu pomjeranja radanja u stariju životnu dob. Isti toliki procenat je i kod ispitanica koje imaju 1 dijete, što također, govori u prilog ovoj istoj činjenici.*

2.2. Broj abortusa

broj	*0*	*1*	*2*
	16	8	8

Da je socijalni status bolji....

rodili biste još	*1 dijete*	*2 djece*	*3 djece*	*4 djece*	*5 djece*	*više od 5 djece*
	10	4	4			

ne biste više radali	DA
	14

Na pitanje "Da je socijalni status bolji" (31%) naših ispitanica je odgovorilo da bi rodilo još jedno dijete, po (12,5%) bi rodilo još dvoje odnosno troje djece.
Medutim (44%) ispitanica ne bi više radalo, bez obzira na poboljšanje socijalnog statusa, što zajedno za starosnom dobi naših ispitanica govori o sve manjem broju planiranih trudnoća.

Pitanje?

Da li biste rodili još djece kad bi se pravo na nadoknadu za vrijeme porodajnog odsustva produžilo na više od 1 godine?

DA	NE
20	12

(62,5%) ispitanica smatra da bi produženje porodajnog odsustva na više od 1 godine, stvorilo bolje uslove za radanje više djece. Ova činjenica ističe važnost socioekonomskih uslova na planiranje porodice.

Da li smatrate da bi pravo na naknadu za vrijeme porodajnog odsustva za zaposlene i nezaposlene majke trebalo izjednačiti?

DA	NE
32	

Sve ispitanice su odgovorile pozitivno, tj. smatraju da pravo na naknadu za vrijeme porodajnog odsustva imaju podjednako i zaposlene i nezaposlene majke.

ANU BiH AHY BHK

Da li bi novčana stimulacija države uticala na Vašu odluku da rodite troje (3) ili više djece?

DA	NE
18	14

Više od polovine ispitanica (56%), misli da bi novčana stimulacija države pozitivno uticala na odluku o rađanju više djece.

Koje mjere po Vašem mišljenju država treba poduzeti da bi mladi bračni parovi imali više od 2 djece?

- *zaposlenost i pravo na dječiji dodatak bez obzira na primanja*
- *besplatni udžbenici, veći dječiji doplatak*
- *lakše doći do više vlastitog stambenog prostora*
- *veće naknade nakon porođaja*
- *za višečlane porodice veći dodatak za djecu*
- *više brige o djeci predškolskog uzrasta (besplatno obdanište)*
- *poboljšati socijalnu pomoć*
- *naknada za trudnice i pomoć pri zdravstvenim troškovima majke i djeteta*
- *bolja socijalna zaštita trudnica i djece, novčana naknada za vrijeme porodiljskog odsustva, otvaranje savjetovališta itd.*
- *povećanje novčanih primanja sa povećanjem broja djece, zaposliti oba roditelja, povećati dječije dodatke, besplatni udžbenici, stambeno zbrinjavanje*
- *stvoriti uslove za bolju brigu o trudnicama, bolji uslovi u bolnicama, veće naknade za porodilje*
- *osigurati sigurnu finansijsku pomoć svakoj ženi koja se porodi, tj. dati porodiljama punu platu za vrijeme trajanja trudničkog bolovanja*

Zaključci

- Na osnovu ankete provedene u našem Zavodu, zaključujemo da se starosna dob rađanja pomjera prema starijoj životnoj dobi.
- Smanjuje se broj planiranih trudnoća.
- Poboljšanje socioekonomskih uslova može pozitivno uticati na odluku o proširenju porodice.
- Broj abortusa se još uvijek pojavljuje kao trajan parametar reproduktivnog zdravlja i ne smanjuje se.
- Dominiju ispitanice sa jednim djetetom.
- Ispitanice se ne odlučuju na proširenje porodice iz nepovoljnih socioekonomskih razloga društvenog ambijenta u kojem rađaju.

Generalno: *Struka preporučuje društvenoj zajednici proširenje mjera i poboljšanje uslova pronatalitetne politike!*

Posebna izdanja
Odjeljenje medicinskih nauka

Izdavač
Akademija nauka i umjetnosti
Bosne i Hercegovine

Lektor-korektor
Snježana Ćerić

DTP
Rasim Kovačević

Tiraž: 150

Štampa
Müller, Sarajevo

Sarajevo, 2009. godine

ANU BiH АНУ БиХ

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

618.2-082:614.2] (497.6) (063) (082)

SIMPOZIJUM Perinatalni trendovi i socioekonomski status u Bosni i Hercegovini (2008 ; Sarajevo)
Simpozijum Perinatalni trendovi i socioekonomski status u Bosni i Hercegovini : Sarajevo. 20. decembar/prosinac 2008. / uredili Srećko Šimić, Senad Mehmedbašić. - Sarajevo : Akademija nauka i umjetnosti BiH = Academy of Sciences and arts of Bosnia and Herzegovina, 2009. - 121 str. : graf. prikazi ; 24 cm. - (Posebna izdanja / Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine ; knj. 122. Odjeljenje medicinskih nauka / knj. 35)

Na spor. nasl. str.: Simposium Trends in Perinatology and Socio-economic Status in Bosnia and Herzegovina. - Bibliografija uz većinu poglavlja

ISBN 978-9958-501-42-5
1. Dr. up. stv. nasl.
COBISS.BH-ID 17392646