Стручни и научни радови

Достигнућа и ограничења прописане Пријаве рођења

Љ. Црнчевић-Радовић,¹ Т. Муџавцић²

Achievements and Limitations of the Prescribed Birth Application

Crncevic LJ., M.D., P.H.D., Mutavdzic, T., v. statisch.

Сажељак. Увод: У Републици Србији до 2005. године није постојао прописани и јединствени документ за доказивање чињенице рођења. Обрасци Пријава порођаја и Пријава рођења ревидирани су и обједињени у нови образац Пријава рођења, а дошаташња Потврда о смрти и статистички образац о рођењу ДЕМ-1 претрпели су неопходне измене.

Циљ рада јесте да сагледа начин примене обрасца Пријава рођења, његова достигнућа и ограничења.

Метод: У раду је нашао примену дескриптивно-аналитички метод. У Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ анализирани су 53.682 Пријаве рођења, прикупљене кроз мрежу породилишница и институција/завода за јавно здравље, у периоду од 1. априла до 31. децембра 2005. године.

Резултати и дискусија: Министарство здравља Републике Србије је 25. јануара 2005. године донело Објашњење за увођење ревидираног обрасца Пријава рођења са начином његовог попуњавања.

Први проблем са којим се суочавамо при анализи начина примене Пријаве рођења јесте ко и како Пријаву попуњава.

Други проблем је проблем недостигајућих података. Стање да ли је дете живорођено или мртворођено недостаје у 73 Пријаве

Summary. Introduction: In the Republic of Serbia there had not been a prescribed and unique document giving proofs of birth facts until 2005. The forms Delivery Application and Birth Application have been revised and united into a new document Birth Application, and the statistical form of birth DEM – 1 has undergone necessary changes.

The aim of paper is to consider the way the Birth Application forms is applied in practice, as well as its achievements and limitations.

Method: A descriptive – analytical method has been used in this paper. In the Institute of Public Health of Serbia «Dr Milan Jovanović Batut» 53 682 Birth Applications have been analysed. Those applications were collected through the net of the maternity wards and the institute of public health in the period of time between April 1 and December 31 2005.

Results and discussion: On January 25 2005 The Ministry of Health of the Republic of Serbia passed Explanation for Introducing Revised Birth Application Form and the way it should be filled in.

The first problem we face when analysing Birth Application in practice is who fills it in and how they fill it in.

The second problem is the problem of the missing data. The status of a born child – whether it was a live birth or it was a stillborn is missing in

¹ Др Љиљана Црнчевић-Радовић, специјалиста социјалне медицине, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“.

² Татајана Мутацковић, виши статистичар, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“.

(0,13%). Пол је једино обележје добијено у 100 одсто Пријава. Дан, месец, година и час рођења попуњени су у свим обрађеним Пријавама а у 3.651 Пријава (6,8%) недосијају минути рођења дејетца. Подаци о телесној маси на рођењу недосијају у 119 (0,22%) Пријава. Измерена средња телесна маса живорођених износи 3.325 г. У 5.143 Пријаве (9,6%) нема података о телесној дужини на рођењу. Измерена средња телесна дужина живорођених износи 52 см. О гестационој старости не постоји податак у 7.200 (13,4%) Пријава. Рутински се уписује гестациона старост од 20. недеље. Подаци о постојању и врсти видљивих урођених аномалија који су пренећи из медицинске документације која се односи на дете недосијају у 7.794 Пријаве (14,5%). Видљиве урођене аномалије забележене су у 620 (1,2%) живорођене деце. Најчешће су то аномалије мишићно-коштаног система (318, односно 0,6% рођене деце), а следе аномалије полних органа (у 61 или 0,1%), крвотока (у 44 или 0,08%), друге урођене аномалије (у 36 или 0,07%) и вишеструке аномалије (у 31 или 0,06%). Апгар не постоји у 7.550 (14,1%) Пријава. Патолошка стања непосредно после порођаја (уписана као дијагноза по важећој Међународној класификацији болести, повреда и узрока смрти МКБ – 10) нема 38.831 (72,3%) рођене деце. Најмање чешири патолошка стања дијагностикована су у 431 (0,8%) деце. Највећи број живорођене деце излази из породилишта као здраво (49.846 или 93,6% живорођене деце). Потребу за даљим лечењем има 2.123, или 4%, новорођене деце. У породилишту је умрло 348 живорођене деце, или 0,7%, од чега 318, или 91,4%, у првих шест дана живота. Највећи број порођаја излази из породилишта као здраве (50.218, или 95,1%), болесно је или пребачено у другу здравствену установу 103, или 0,2%, а у породилишту је умрло чешири, или 0,008%, порођаја.

Следећа процена је колико се са адекватно и попуњеном Пријавом могу добити квалитетни подаци који би задовољавали, пре свега, демографске и здравствене потребе, колико се могу добити „нови“ индикатори здравственог стања а тиме и уна-

73 Applications (0.13%). The gender of the baby is the only characteristic given in 100% of Applications. Date, month, year and the hour of the birth are filled in all Applications included in the paper whereas the minutes of the birth are missing in 3 651 Applications (6.81%). The data about the birth weight are missing in 119 Applications (0.22%). The average birth weight of the live births is 3 325 g. In 5 143 Applications (9.6%) there are no data about the born children's height. Average height measured is 52 cm. There are no data about the gestational age in 7 200 Applications (13.4%). The gestation age has been registered in a routine way as 20 weeks. The data about the existence and the kind of the visible inborn anomalies taken from the medical documentations referring to the child are missing in 7 794 Applications (14.5%). Visible inborn anomalies were noticed in 620 of the live births (1.2%). Those are most often the anomalies of the muscle-osteal system (318 or 0.6% of born children), followed by genitals anomalies (in 61 or 0.1%), bloodstream (in 44 or 0.08%), other inborn anomalies (in 36 or 0.07%) and multiple anomalies (in 31 or 0.06%). Apgar was not assigned in 7 550 Applications (14.1%). Pathological states immediately after the birth (written as a diagnosis according to the valid International Classification of Diseases, Injuries and Death Causes – MKB – 10) are not found in 38 831 born children (72.3%). At least 4 pathological states were diagnosed in 431 children (0.8%). The largest number of the live births left maternity wards as healthy (49 846 or 93.6% of live births). 2 123 or 4% of live births have the need for further medical treatment. 348 or 0.7% live births died in a maternity ward, and 318 or 91.4% out of those 2 123 died within the first 6 days after the birth. The largest number of women who gave birth left maternity as healthy (50 218 or 95.1%), 103 or 0.2% of the women were sick or transferred to some other health institution and 4 or 0.008% women died in maternity wards.

The next evaluation is whether by adequately and completely filled in Applications high quality data which would satisfy primarily demographic and health needs could be obtained, as well as »new« indicators of health state which would improve the quality of prenatal health protection in

предишњи квалитетни периналне здравствене заштити у Републици. Из Пријава рођења израчунали смо да је стопа касне феталне смртности (мртворођења, морфинали-иет) 6,63 мртворођених на 1 000 укупно рођене деце, а стопа периналне смртности 10,7 на 1 000 рођене деце (%). Удео деце са малом телесном масом на рођењу (мањом од 2 500 г) у укупном броју рођених је 6%.

Закључак: Ревидирани образаи Пријава рођења обезбеђује јединствен садржај обрасца на целој територији Србије, истовремено добијање адекватних података у здравственој заштити и демографији, што подразумева квалитетније праћење и анализирање демографских и здравствених кретања и предузимање потребних мера, рационалнији рад особља у породилиштима, квалитетније податке и индикаторе, усклађене са потребама SZO, UNICEF-а, EUROHEALTH-а, EUROSTAT-а.

Евидентна је неопходност побољшања садржаја, изгледа и начина примене Пријаве рођења.

Кључне речи: образаи, Пријава, рођење, здравствена заштити.

the Republic of Serbia. From Birth Applications we have calculated that the rate of the late foetal mortality (stillbirths) is 6.63 stillbirths on 1 000 born children, and the rate of prenatal mortality is 10.7 on 1 000 born children. The share of children with low birth weight on birth (less than 2 500 g) in the total number of born children is 6%.

Conclusion: Revised form Birth Application provides the unique contents of the form on the whole territory of Serbia, simultaneous acquisition of adequate data in the health care and demography which implies following and analysing of demographic and health movements with much higher quality as well as taking necessary measures, more rational work of the maternity wards' staff, data of higher quality and indicators which are in accordance with the needs of WHO, UNICEF, EUROHEALTH, EUROSTAT.

The necessity for the improvement of the contents, previous and the application in practice of the Birth Application is obvious.

Key words: a form, an application, birth, health care.

Увод

У Републици Србији до 2005. године није постојао прописани и јединствени документ за доказивање чињенице рођења.

Евидентирање порођаја обављало се у здравственим установама (породилиштима) попуњавањем обрасца Пријава порођаја (Образац број 3-21-63). Образац је садржавао податке о мајци, току и исходу порођаја, компликацијама у пuerперијуму, о детету, стању мајке и детета приликом напуштања породилишта. Као изведени медицински документ, прописан је са циљем праћења пре свега здравственог стања жена фертилног доба, порођаја и евентуалних компликација код мајке и детета. Омогућавао је израчунавање само појединих показатеља здравственог стања жена и деце али не и „нових“ индикатора здравственог стања препоручених од стране Светске здравствене организације (СЗО), Међународног фонда Уједињених на-

ција за помоћ деци (УНИЦЕФ-а) и одговарајућих статистичких организација (ЕУРОСТАТ-а и других).

Због тога је, за евидентирање рођења детета и омогућавање његовог уписа у матичне књиге рођених, а затим за попуњавање статистичког обрасца о рођењу ДЕМ-1, Пријаву рођења конципирала свака здравствена установа (породилиште).

Тако су Пријава порођаја и Пријава рођења садржавале готово идентичне податке, што је подразумевало непотребно двоструко уписивање и утрошак времена. По садржају и изгледу Пријаве рођења су се међу породилиштима веома разликовале, а у Пријави порођаја недостајала су важна обележја као што су час и минут порођаја, односно, рођења детета, његова телесна дужина и гестациона старост, постојање видљивих урођених аномалија детета, Апгар скор у петом минуту живота, није постојала могућност уписивања више дијагноза компликација у трудно-

ћи, за време порођаја, у пуерперијуму, више патолошких стања новорођенчета непосредно после порођаја, нити подаци о стању мајке и детета при изласку из породилишта.

На иницијативу Министарства здравља Републике Србије и у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Градским заводом за јавно здравље Београд и Републичким заводом за статистику, обрасци Пријава порођаја и Пријава рођења, како би задовољили, пре свега, демографске и здравствене потребе, 2005. године ревидирани су и обједињени у нови образац Пријава рођења, а дотадашња Потврда о смрти и статистички образац о рођењу ДЕМ–1 претрпели су неопходне измене.

Циљ

Циљ рада јесте да сагледа начин примене обрасца Пријава рођења, који је у здравствено-информационом систему и систему перинаталне здравствене заштите Републике у употреби од 1. априла 2005. године, као и његова достигнућа и ограничења.

Метод

У раду је нашао примену дескриптивно-аналитички метод. Анализиране су 53.682 Пријаве рођења, прикупљене кроз мрежу здравствених установа (породилишта) и института/завода за јавно здравље на територији Републике и обрађене у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, у функцији референтне здравствене установе за послове здравственог информационог система, за период од 1. априла до 31. децембра 2005. године.

Резултати и дискусија

Министарство здравља Републике Србије је 25. јануара 2005. године донело Објашњење за увођење ревидираног обрасца Пријава рођења са начином његовог попуњавања.

Образац Пријава рођења (образац је без идентификационог броја) на територији Ре-

публике јединствени је и прописани документ за доказивање чињенице рођења а ради уписа у матичну књигу рођених. Попуњава га здравствена установа која је по закону дужна да пријави чињеницу рођења. У случају рођења детета ван здравствене установе, Пријаву рођења попуњава лекар или бабица који су учествовали у порођају.

Пријава рођења садржи три групе података. Податке о детету чине подаци да ли је дете живорођено или мртворођено, пол детета, дан, месец, година, час и минут рођења, телесна маса на рођењу изражена у грамима, телесна дужина на рођењу изражена у центиметрима, гестациона старост изражена у навршеним недељама гестације, подаци о (не)постојању и врсти видљивих урођених аномалија, подаци о брачности мајке, њеним претходним порођајима и актуелном порођају. Податке о родитељима чини осам идентичних података о оцу и мајци који се тичу њихове националне или етничке припадности, вероисповести, највише завршене школе и професионалне активности. Трећа група података су такозвани посебни подаци које чине број ранијих порођаја и прекида трудноће, компликације у трудноћи, за време порођаја и у пуерперијуму, Апгар, патолошка стања новорођенчета непосредно после порођаја, стање детета и мајке при испису, датуми пријема и исписа мајке и датум исписа детета из породилишта. Пријаву рођења потписују мајка и лекар. Након посебних података, следи службена белешка матичара, која се тиче утврђеног брачног статуса детета, одређеног личног имена и држављанства. У потпису службене белешке матичара налазе се матичар и присутни родитељ.

Пријава рођења се попуњава за свако мртворођено и свако живорођено дете без обзира на то колико је дуго после рођења живело.

Према препорукама СЗО, живорођење се дефинише као „комплетно избацавање или вађење плода из тела мајке, независно од дужине трајања трудноће или тежине детета, који после тог одвајања дише или пока-

зује друге знаке живота, као што су откуцаји срца, пулзација пупчане врпце или јасни покрети вољних мишића, без обзира на то да ли је била пресечена пупчана врпца или је плацента била припојена“. За живорођено па умрло дете, поред Пријаве рођења, попуњава се и иновирана Потврда о смрти (образац је без идентификационог броја).

Ако је дете рођено, односно извађено из тела мајке без икаквих знакова живота, тј. није дисало нити је показивало неки други знак живота (куцање срца, пулзација пупчане врпце или покрети вољних мишића тела), под условом да је ношено дуже од 28 недеља (7 лунарних месеци – један лунарни месец има 28 дана), сматра се да је мртворођено (касна фетална смрт). За свако мртворођено дете попуњава се само Пријава рођења. У случају да је дете мртворођено а ношено краће од 28 недеља, не попуњавају се ни Пријава рођења нити Потврда о смрти, већ Пријава побачаја (Образац број 3-21-64), јер се ради о побачају.

Пријава рођења се попуњава и посебно за свако рођено дете код вишеплодних трудноћа, с тим да се приликом доставе матичару или институту/заводу за јавно здравље ове пријаве спајају.

Пријава рођења се попуњава у три примерка, од којих један задржава здравствена установа (породилиште) у којој се дете родило, други се доставља матичару општине, а трећи надлежном институту/заводу за јавно здравље. Матичар, на основу података из Пријаве, попуњава образац ДЕМ-1 и доставља га филијали Републичког завода за статистику. Матичар такође примерак Пријаве рођења улаже у списе матичне књиге рођених, под одговарајућим текућим бројем основног уписа, а примерак прослеђује Министарству унутрашњих послова. У Министарству унутрашњих послова се накнадно додељује и попуњава место за матични, то јест лични број грађана у Пријави, које је до тада било празно. У окружном институту/заводу за јавно здравље прикупљају се и контролишу Пријаве рођења на нивоу округа, а у Институту за јавно здравље Србије „Др

Милан Јовановић Батут“ обрађују се и анализирају све Пријаве рођења са подручја Републике.

Први значајан проблем са којим се суочавамо при анализи начина примене Пријаве рођења јесте ко и како Пријаву попуњава. Медицински део Пријаве рођења треба да попуњавају акушер и неонатолог (свако из своје области рада). Административне податке од мајке треба да добије матичар. Често у породицишима Пријаву рођења попуњавају главна сестра, бабица, административни радници или друга лица.

Други проблем у начину примене обрасца Пријава рођења јесте проблем недостајућих података. По прикупљеним пријавама од априла до децембра 2005. године, 52 829 мајки на свет је донело 53 682 детета, што значи да је 15,9% деце рођено из вишеструког порођаја.

Статус да ли је дете живорођено или мртворођено недостаје у 73 (0,1%) Пријаве, а 356 (0,7%) Пријава односи се на мртворођену децу.

Пол је једино обележје добијено у 100% Пријава. Рођено је 26 041 девојчица и 27 641 дечака (однос 1:1.06). Дан, месец, година и час рођења попуњени су у свим обрађеним Пријавама, а у 3.651 Пријави (6,8%) недостају минути рођења детета.

Посматрајући податке о детету, телесна маса на рођењу као прва маса плода или новорођеног детета измерена непосредно после рођења (податак који се преузима из медицинске документације и преписује у Пријаву рођења) недостаје у 119 (0,2%) Пријава. Измерена средња телесна маса живорођених износи 3 325 г.

У 5.143 (9,6%) Пријаве нема података о телесној дужини на рођењу као првој дужини плода или новорођеног детета измерене непосредно после рођења, преузете из медицинске документације и преписане у Пријаву рођења. Измерена средња телесна дужина живорођених износи 52 цм.

Гестациона старост, трудничко доба или трајање трудноће, рачуна се у недељама трудноће, гестације. Мери се од првог дана

последњег нормалног менструалног циклуса и као податак преузима из медицинске документације и преписује се у Пријаву рођења. О гестационој старости не постоји податак у 7.200 (13,4%) Пријава. Рутински се уписује гестациона старост од 20. недеље.

Видљиве урођене аномалије подразумевају морфолошке поремећаје које дете доноси рођењем, видљиве или дијагностиковане при његовом прегледу. Подаци о постојању и врсти видљивих урођених аномалија који су пренети из медицинске документације која се односи на дете недостају у 7.794 (14,5%) Пријаве. Као видљиве урођене аномалије категоришу се и поремећаји који нису видљива урођена аномалија, као на пример неке компликације порођаја (превремено прскање водењака), брига о мајци везана за плод, амнионску шупљину и могуће порођајне проблеме, компликације порођаја или умерено повраћање детета.

Видљиве урођене аномалије запажене су у 656 (1,2%) рођене, 620 (1,2%) живорођене и 36 (10,1%) мртворођене деце. Најчешће су то аномалије мишићно-коштаног система (у 318 или 0,6% живорођене деце), а следе аномалије полних органа (у 61 или 0,1%), крвотока (у 44 или 0,08%), друге урођене аномалије (у 36 или 0,07%), вишеструке аномалије (у 31 или 0,06%) и расцеп усне и непца (у 33 или 0,06% живорођене деце).

Апгар скор је оцена здравственог стања новорођенчета пет минута по рођењу који омогућава увид у дејство асфиксије. Оценом од 0 до 2 појединачно се оцењују дисање, боја коже, откуцаји срца, стање мишића и одговор на надражаје. Укупна оцена може да буде од 0 до 10 и потребно је да се мери два пута (иако има места само за једно мерење). Апгар није додељен у 7.550 (14,1%) Пријава. Најчешћи добијени Апгар је 9 (добио је 26 298 или 49% деце), па 10 (у 9 458 или 17,6% деце), 5 и мањи скор од 5 добило је 1 028 или 1,9% деце а 0 252 или 0,5% деце од којих је 47 или 18,7% живорођено.

Патолошка стања непосредно после порођаја (уписана као дијагноза по важећој Међународној класификацији болести, по-

вреда и узрока смрти МКБ–10) нема 38 831 (72,3%) рођене деце. Најмање четири патолошка стања дијагностикована су у 431 (0,8%) деце. Најчешће су то дијагнозе из Z групе (фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом), D групе (болести крви и крвотворних органа и поремећаји имунитета), P групе (стања у порођајном периоду) и Q групе МКБ–10 (урођене наказности, деформације и хромозомске ненормалности).

Највећи број живорођене деце излази из породилишта као здраво (49 846 или 93,6% живорођене деце). Потребу за даљим лечењем има 2 123 или 4% новорођене деце. У породилишту је умрло 348 или 0,7% живорођене деце, од чега 318 или 91,4% у првих шест дана живота.

Највећи број породиља излази из породилишта као здраве (50 218 или 95,1%), болесно је или пребачено у другу здравствену установу 103 или 0,2%, а у породилишту је умрло четири или 0,008% породиља.

У начину примене Пријаве рођења евидентни су и проблеми неуредне медицинске и личне документације, лажног идентитета породиље, у целини недостајућих података о оцу.

Претпостављамо да ће се са побољшањем квалитета вођења документација и евиденција у области здравствене заштите постепено превазилазити проблеми непотпуног и неадекватног, а тиме и непоузданог попуњавања Пријаве рођења.

Када се они анулирају, наша следећа процена односи се на процену садржаја Пријаве рођења, њеног квалитета, сагледавања колико се са адекватно и потпуно попуњеном Пријавом могу добити квалитетнији подаци који би задовољавали, пре свега, демографске и здравствене потребе у нас, колико се могу добити „нови“ индикатори који би задовољавали потребе водећих здравствених и статистичких организација у свету а тиме и унапредити квалитет перинаталне здравствене заштите у Републици.

Здравствено стање и здравствена заштита мајке и детета су важан сегмент биоло-

шког опстанка становништва, здравственог и социоекономског развоја сваке земље. За процену здравственог стања мајке и детета користе се различiti показатељи. Најчешће се међу њима прате показатељи смртности (морталитета) и показатељи оболевања (морбидитета).

Показатељи матерналне смртности, а међу њима стопа и однос матерналне смртности, више нису осетљив показатељ здравственог стања жена за развијене земље али су и данас најчешћи показатељи који се прате у већини земаља света.

Стопа матерналне смртности представља број жена умрлих у трудноћи, на порођају и у пуерперијуму због узрока повезаних са овим стањима на 100 000 жена у генеративном периоду (15–49 година), а однос матерналне смртности представља број смртних случајева у дефинисаном периоду због наведених узрока на 100 000 живорођене деце.

На основу података из Статистичког годишњака Србије 2006. године Републичког завода за статистику, стопа матерналне смртности у Републици Србији 2004. године износила је 0,11 жена умрлих у трудноћи, порођају и пуерперијуму на 100 000 жена у генеративном периоду (15–49 година). Однос матерналне смртности исте године достигао је вредност од 2,6 жена умрлих у трудноћи, порођају и пуерперијуму на 100 000 живорођене деце, вредност коју су Швајцарска, Дан-

ска, Аустрија, Белгија, Грчка, Финска имале 1990. године. Показатељи матерналне смртности имају силазни тренд и налазе се у распону типичном за земље у региону. Али и даље остаје велики проблем њене поузданости, јер су примарни подаци непоуздани. Вредност матерналне смртности се разликује у различитим изворима података, што доводи до тога да је матернална смртност у нас у ствари непозната.

Смртност одојчади је најпознатији и за већину земаља света (неразвијене и земље у транзицији) још увек врло осетљив индикатор „негативног“ здравља деце од рођења до навршене прве године живота, односно њихове смртности и смртности целокупне популације. Он је показатељ основног, одрживог развоја земље а, као компрехензивни показатељ здравственог стања, важна је компонента сложених показатеља, синтетичких мера здравља – индекса здравља, као што је на пример индекс физичког квалитета живота.

Смртност одојчади мери се стопом, а израчунава као број умрле одојчади на 1 000 живорођене деце на одређеној територији за одређени временски период (најчешће годину дана).

На основу података Републичког завода за статистику, стопа смртности одојчади у Србији последњих 50 година се равномерно и значајно смањивала од 127,4‰ у 1948. години до 14,6‰ у 1991. години. Даље смањивање је

Графикон 1. Стопа смртности одојчади у Републици Србији од 1948. до 2004. године.

Извор: Републички завод за статистику. Статистички годишњак Србије 2006.

спорије, да би 2004. године износила 8,1 умрле одојчади на 1 000 живорођене деце (%).

У зависности од тога када је од рођења до навршене прве године живота смрт наступила и да ли је изазвана ендемичним или егзогеним факторима, разликују се мртворођење (касна фетална смртност или морталитет), перинатална смртност, неонатална и постнеонатална смртност.

Анализом Пријава рођења за 2005. годину проценили смо да је стопа касне феталне смртности (мртворођења, морталитет) 6,63 мртворођене на 1 000 укупно рођене деце.

С обзиром да перинатални период почиње са навршеном 22. недељом трудноће (када је тежина фетуса 500 г), а завршава се седмог дана после порођаја, перинатална смртност изражена као стопа перинаталне смртности (морталитета) израчунава се као број мртворођених (касна фетална смрт) плус број умрле новорођенчади у раном неонаталном периоду (0 до 6 навршених дана) на 1 000 укупно рођених (мртворођених и живорођених). На основу података из Пријаве рођења следи да је у Републици Србији стопа перинаталне смртности 2005. годи-

не износила 10,7 на 1 000 рођене деце, више од важећег просека у Европској унији (6,3 %), горње границе у најразвијенијим земљама (8 %), али и просека источноевропских и средњоевропских земаља од 10,2 %.

Неонатални период (период новорођенчета) почиње рођењем и завршава се са 27 навршених дана, односно првим лунарним месецом. Неонатална смртност може се поделити на рану неонаталну смртност, која се јавља током првих седам дана живота (означава се и као семанатална смртност), и касну неонаталну смртност, када смртност наступила од шестог до навршеног 27. дана живота. Стопа неонаталне смртности представља број умрле новорођенчади на 1 000 живорођене деце.

Постнеонатални период почиње са 28. даном и траје све до навршене прве године живота. Стопа постнеонаталне смртности представља однос између броја умрле одојчади у овом периоду и укупног броја живорођене деце помноженог са коефицијентом 1 000, односно то је број умрле одојчади у овом периоду на 1 000 живорођене деце.

У развијеним земљама доминира смртност настала у перинаталном периоду чинећи

Табела 1. Умрла одојчад према старости у Републици Србији од 1953. до 2004. године

Старост одојчади	Године													
	1953.		1961.		1971.		1981.		1991.		1997.		2004.	
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
0–27 дана	7714	38,2	5618	43,5	3500	43,6	2391	45,0	1822	59,2	1172	67,1	457	72,2
До 24 часа	983	4,9	907	7,0	842	10,5	781	14,7	567	18,4	380	21,8	170	26,9
1–6 дана	2487	12,3	1964	15,2	1534	19,1	1126	21,2	877	28,5	571	32,7	186	29,4
7–13 дана	2038	10,1	1155	8,9	465	5,8	236	4,4	185	6,0	113	6,5	45	7,1
14–20 дана	1216	6,0	926	7,2	408	5,1	156	2,0	109	3,5	59	3,4	35	5,5
21–27 дана	990	4,9	666	5,2	251	3,1	92	1,7	84	2,7	49	2,8	21	3,3
28 дана–2 мес.	4406	21,8	2997	23,2	1708	21,3	1068	20,1	462	15,0	253	14,5	90	14,2
3– 5 месеци	3716	18,4	2244	17,4	1412	17,6	1040	19,6	432	14,0	171	9,8	48	7,6
6–11 месеци	4350	21,5	2058	15,9	1407	17,5	810	15,3	363	11,8	150	8,6	38	6,0
Укупно	20186	100,0	12917	100,0	8027	100,0	5309	100,0	3079	100,0	1746	100,0	633	100,0

Извор: Републички завод за статистику. Статистички годишњак Србије 2006.

40–60% смртности свих рођених, док је у земљама централне и источне Европе постнеонатални морталитет, чији се настанак приписује дејству фактора спољне средине (егзогених фактора), још увек велики и учествује са више од 50% у укупном морталитету одојчади (*табела 1*).

У Србији од 1961. године (као у развијеним земљама) у смртности одојчади доминира перинатални морталитет. Године 2004. постнеонатални морталитет од 27,8% укупне смртности одојчади најнижи је до сада евидентирани постнеонатални морталитет.

На основу података Републичког завода за статистику, 2004. године најчешћи узроци умирања одојчади у Србији јесу урођене мане, деформације и хромозомске ненормалности (24% укупне смртности одојчади), респираторна угроженост новорођенчета (16%), друга перинатална стања (14%), недонесеност – превремени порођај (12%), симптоми, знаци и ненормални клинички и лабораторијски налази, неklasификовани на другом месту (12%), интраутерина хипоксија и порођајна асфиксија (9%).

У морбидитету одојчади посебно је важно пратити учесталост (преваленцију) конгениталних малформација на рођењу као и превентивних тешких обољења и стања, која су најчешћи узрок смрти одојчади или значајно угрожавају квалитет живота детета и његове породице. Преваленција конгениталних малформација, њихова природа, врста и тежина код нас нису добро познати, јер, изузев у ретким породицима, не постоје регистри за идентификацију и праћење ових поремећаја.

Један од изузетно вредних показатеља морбидитета новорођенчета јесте и удео деце (изражава се у %) са малом телесном масом, закључно са 2 499 г, на рођењу у укупном броју (живо)рођених. Ово је био осми од 12 глобалних индикатора препоручених од СЗО за праћење напретка у достизању „Здравља за све до 2000. године“. Стање исхране деце је адекватно ако је најмање 90% новорођенчади теже од 2 500 г. Удео новорођенчади са ниском телесном масом у Ср-

бији од 2000. до 2004. године износи 5%. По Пријавама рођења из 2005. године 6% живорођених има малу телесну масу. У поређењу са земљама у окружењу овај индикатор показује релативну средњу позицију. Хрватска и Македонија имају сличне вредности овог индикатора, а Румунија и Бугарска нешто више.

Министарство здравља Републике Србије у јуну 2005. године образовало је Републичку комисију за перинаталну здравствену заштиту. Бавећи се проценом квалитета перинаталне здравствене заштите, Комисија је на основу Пријава рођења анализирала перинатални морталитет у Београду у периоду од 1. априла до 31. септембра 2005. године. Израчуната стопа перинаталног морталитета за живорођене са територије Београда износи 12,5‰, за све живорођене 13,83‰, а за децу из високоризичних трудноћа 20,3‰.

У априлу 2006. године Комисија је организовала и једнодневно саветовање о методологији за процену квалитета перинаталне здравствене заштите. Семинар је одржан у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“. На саветовању је учествовало више од 100 учесника из свих породилица и неонатолошких одељења Србије, представници Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Градског завода за јавно здравље Београд и окружних института/завода за јавно здравље. Између осталог, истакнута је неопходност адекватног и потпуног једнообразног попуњавања обрасца Пријава рођења. Поред тога, Републичка комисија за перинаталну здравствену заштиту покренула је и иницијативу за успостављање регистра (базе података) конгениталних малформација на националном нивоу.

Показатељи смртности деце до пет година живота јесу стопа смртности деце испод пет година (од рођења до навршене четврте године живота), која се израчунава као број умрле деце у овом периоду на 1 000 живорођених, стопа смртности деце од навршене прве до навршене четврте године живота на 1 000 деце овог узраста, као и пропорционални морталитет деце до пет година старости,

као удео умрле деце до пет година у укупном броју умрлих изражен у %. Ови показатељи значајни су за процену здравственог

Табела 2. Стопе смртности деце до пет година старости за земље у окружењу, 1990, 1995, 2000. и 2003. године

Земља	Смртност деце до 5 год. старости (година у ‰)			
	1990.	1995.	2000.	2003.
Албанија	45	34	25	21
Аустрија	10	6	6	6
Босна и Херцеговина	22	19	18	17
Бугарска	16	18	16	15
Хрватска	13	11	8	7
Чешка	11	8	5	4
Мађарска	16	12	9	8
Италија	10	7	5	4
Пољска	19	15	9	7
Румунија	22	25	22	20
Словачка	15	12	9	8
Словенија	9	7	5	4
БЈР Македонија	33	25	14	11
ЦЕЕ/ЦИС/ и Балтичке земље	51	49	43	41
Индустријализоване земље	10	8	7	6
Србија	17	16	13	10
Свет	95	89	83	80

Извор: УНИЦЕФ. *Смтање деце свега 2005.*

стања не само деце већ и целокупне популације и препоручени су за праћење напретка у достизању „Здравља за све до 2000. године“. Стопа смртности деце до пет година старости, јер укључује и морталитет одојчади, све више се користи као показатељ основног развоја земаља, па га је УНИЦЕФ уврстио у базичне индикаторе стања здравља деце света рангирајући све земље према његовим вредностима.

Стопа смртности деце до пет година старости у Србији налази се између развијених

јих и мање развијених транзиционих земаља, а виша је него у развијеним индустријским земљама.

Смањење смртности деце је глобални интерес цивилизације. То је четврти циљ Миленијумске декларације и први од 27 циљева Светског самита за децу и пратећих националних планова акције за децу. У оквиру прилагођавања четвртог Миленијумског циља развоја специфичностима у Србији, препоручено је пет специфичних задатака за миленијумско унапређење здравља путем смањивања смртности деце, чије ће се достизање пратити помоћу 15 индикатора. Задатак први у оквиру прилагођеног четвртог Миленијумског циља развоја јесте да се између 2000. и 2015. године стопа смртности деце испод пет година смањи у просеку за половину, што значи да се достигне 4,5 умрле одојчади и петоро умрле деце испод пет година на 1 000 живорођене деце. Задатак други јесте да се између 2000. и 2015. године унапреди обухват жена антенаталном и постнаталном здравственом заштитом најмање за једну трећину. То подразумева да до 2015. године обухват жена у току првог триместра трудноће достигне 85%, обухват жена од 95% бар једном патронажном посетом током трудноће и просечно пет патронажних посета породици и новорођенчету у првих пет дана након порођаја. У оквиру петог Миленијумског циља, који се тиче унапређења здравља жена у репродуктивном периоду (унапређења матерналног здравља), задатак први јесте да се до 2015. године смањи однос матерналне смртности за једну петину, односно да се достигне вредност од пет умрлих жена услед компликација трудноће, порођаја и пуерперијума на 100 000 живорођене деце.

Закључак

Сумирајући достигнућа и ограничења ревидираног обрасца Пријава рођења, можемо да закључимо да он обезбеђује:

- јединствен садржај обрасца на целој територији Републике;

Табела 3. Специфични индикатори здравственог стања мајке и децеу Србији од 1994. до 2004. године.

Индикатор	Године							
	1994.	1996.	1998.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.
Умрла одојчад на 1 000 живорођених	15,4	14,6	11,6	10,6	10,2	10,1	9,1	8,1
Смртност испод 5 година старости (стопа на 1 000 живорођења)	17,4	16,5	13,3	12,7	11,8	11,5	10,4	9,4
Перинатална смртност одојчади (умрла одојчад од 0 до 6 дана на 1 000 живорођених)	14,7	13,9	12,4	11,2	11,0	11,2	10,3	9,9
Удео одојчади са малом порођајном тежином (испод 2 500 г), у %	-	5,2	5,0	5,3	5,2	5,4	5,7	5,4
Матернална смртност (однос на 100 000 живорођених)	15,2	8,5	11,8	9,5	8,9	1,3	5,8	2,6

Извор: УНИЦЕФ. Београдска канцеларија, СШање деце у Србији 2006.

- истовремено добијање адекватних података у областима здравствене заштите и демографије;
- квалитетније праћење и анализирање демографских и здравствених кретања, као и предузимање потребних мера;
- рационалнији рад особља које је у породициштим ангажовано на пословима прикупљања података;
- квалитетније податке и индикаторе, усаглашене са потребама SZO, UNICEF-a, EUROHEALTH-a и EUROSTAT-a, што значи да се може добити податак колико је деце рођено са телесном масом већом од 2 500 г, може се одредити време настанка смрти (фетална, интрапартална, рана неонатална), учесталост (видљивих) урођених аномалија и хромозомских ненормалности, из података о телесној маси и гестацији може се одредити постојање интраутерусног застоја у расту, преко Апгар скова у 5. минути може се проценити дејство асфиксије, а на основу четири претходна показатеља оценити структура перинаталног морталитета на националном нивоу и тиме идентификовати његови узроци, а посебно узроци који се могу приоритетно отклонити; могу се израчунати и стопе касне феталне и перинаталне смртности.

Остале показатеље матерналне смртности (стопа и однос матерналне смртности) и смртности одојчади (стопа смртности одојчади), као и друге индикаторе здравственог стања препоручене од SZO, UNICEF-a, EUROHEALTH-a, EUROSTAT-a, није могуће израчунати само из података из Пријаве рођења. За њихово праћење потребни су подаци и из Потврда о смрти.

Неопходно је радити на побољшању садржаја и изгледа Пријаве рођења (на пример установљивањем логичног следа седмог питања из података о детету – о постојању видљивих урођених аномалија, и шестог питања из посебних података – о патолошким стањима новорођенчета непосредно после порођаја).

У циљу добијања валидних и квалитетних података и побољшања примене Пријаве рођења, као и целокупне медицинске документације и евиденције, неопходно је успоставити систем контроле са санкционисањем непотпуног и неадекватног попуњавања статистичких образаца.

Литература

1. Република Србија, Министарство здравља: Објашњење за увођење ревидираног обрасца Пријава рођења, бр. 200-00-1/05-02 од 25. јануара 2005. године и Начин попуњавања обрасца Пријава рођења.

2. Morris MD. Measuring the condition of the world's poor. The physical quality of life index. Pergamon Press Policy Studies No 42. Nen York: Pergamon Press; 1975.
3. Цуцић В, Симић С, Бјеговић В, Живковић М, Докнић – Стефановић Д, Вуковић Д. и ост. Социјална медицина, уџбеник за студенте медицине. Београд, Савремена администрација, 2000.
4. Републички завод за статистику, Статистички годишњак Србије 2006. године. Доступно на: <http://nebrzs.statserb.sr.gov.yu/>
5. Међународна класификација болести, повреда и узрока смрти X ревизија, Књига 2, Савезни завод за заштиту и унапређење здравља, Београд, 1996.
6. Тасић Д. и група сарадника. Смртност одојчади у Југославији, Београд: Институт друштвених наука – Центар за демографска истраживања; 1966.
7. NHO. Development of Indicators for Monitoring Progress Tonards Health for All by the Year 2000. «Health for All Series», No 4. Geneva; 1981.
8. UNICEF. The State of the Norld's Children 1998. United Nations Children's Fund. Nen York: Oxford University Press; 1998.
9. UNICEF. Stanje dece u Srbiji 2006, Beogradska kancelarija; 2006.
10. UN Millenium Project. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millenium Development Goals. Nen York: United Nations Development Programme 2005.
11. UNICEF. Progress for Children. A Child Survival Report Card Vol 1 2004.