**ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ПОПУЛАЦИОНИХ ГРУПАЦИЈА**

Литература:

1. Симић С. Социјална медицина. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду, 2012.
2. Цуцић В. Социјална медицина. Београд: Савремена администрација; 2000.
3. Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС", бр. *25/2019*)

Рањива (вулнерабилна) популациона група је подгрупа становништва која има већу верововатноћу да развије здравствене проблеме као резултат излагања ризику или да има лошије здравствене исходе таквих проблема него становништво у целини. Услед специфичне разлике у односу на доминантну популацију, овим групама је потребна додатна подршка како би се могле равноправно укључити у животне токове заједнице.

Ове групације су бројне, али и различите по узроку који је тај положај проузроковао, као што је сиромаштво, недовољно образовање, незапосленост, избеглиштво, припадност маргинализованим, дискримисаним и социјално изолованим групама, а посебно припадност групи особа са инвалидитетом.

Вулнерабилне/осетљиве/рањиве групе чине скуп особа којима је услед специфичних

разлика потребна додатна подршка а то су:

• Деца до навршених 15. година, школска деца, студенти до краја прописаног школовања

• Жене у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и матеронства

• Старији од 65 година

• Ромска популација

• Особе са инвалидитетом

• Лица која болују од болести већег социјалномедицинског значаја: заразне болести (ХИВ/АИДС, хепатитис Б и Ц), малигне болести, дијабетес, ХБИ, мултипла склероза, психозе

• Незапослени пријављени организацији за запошљавања, корисници сталних новчаних помоћи, ратни војни инвалиди...

Рањивост група различитих од доминантне популације некада је објективна, проистекла из саме природе њихове различитости, а некада је наметнута. Притом се међу припадницима и припадницама рањивих група, не морају сви осећати рањивим. С друге стране, у различитом степену, припаднике и припаднице рањивих група не чини посебно осетљивим то што су различити, већ то што је њихова различитост, уместо да буде прихваћена као таква, путем стереотипа и предрасуда рационализована као непремостива мањкавост.Типично је, наиме да су припадницима и припадницама рањивих група у односу на доминантну популаију теже доступни: и образовање, и посао, и здравствени и културни ресурси, и разни видови подршке социјалне средине.као директна последица ове теже доступности кључних услова самоостваривања развијају се разни видови осујећоности, као што су: финансијска, статусна, социјална, развојна, експресивна. Свака од ових осујећености појединачно подрива здравље људи који су јој изложени.

Здравствени систем има значајну улогу у очувању и унапређењу здравља, као и превенцији болести ових групација и ову улогу треба да реализује кроз чврсто партнерство са другим секторима заједнице, посебно социјалним. Најзначајније активности су:

Препознавање посебних здравствених потреба ових групација као и њихову повезаност са социјалним потребама и доношење програма за синхронизовано деловање на свим нивоима заједнице;

• Повезивање институција примарне здравствене заштите – дома здравља, са институцијама социјалне заштите – центрима за социјални рад и развој мултидисциплинарног, тимског рада;

• Повезивање институција примарне здравствене заштите – дома здравља, са образовно –васпитним и другим институцијама.

Циљеви здравствене политике Србије

2. Обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије, као и унапређење здравствене заштите угрожених популација

2.1. Дефинисање националних циљева за смањење неједнакости у здрављу

2.2. Унапређење здравствене заштите групација становништва које су у неповољном положају и због тога посебно осетљиве

**ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА У РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДУ**

Женама у току трудноће, порођаја и материнства, као и у вези са планирањем породице, које су, због генеративне функције изложене повећаном ризику обољевања и умирања, обезбеђује се здравствена заштита, у складу са Законом о здравственој заштити и Законом о здравственом осигурању, којима су утврђени обим, садржај и начин остваривања здравствене заштите

Циљеви Светске здравствене организације (СЗО) за европски регион „Здравље за све до 2000. године“, Смањење матерналне смртности испод 15 умрлих на 100.000 живорођене деце

**Општи циљ- очување и унапређење здравља у периоду репродукције**

**Специфични циљ 1**. Очување и унапређење здравља пре трудноће – пренатална заштита у ширем смислу те речи

**Активности:**

* здравствено васпитни рад са младим женама и њиховим партнерима, подизање нивоа здравствене културе у вези са планирањем породице, штетним ефектима злоупотребе психоактивних супстанци, неправилној исхрани и недостатку физичке активности на репродуктивну функцију, превенцији полно преносивих болести и промоцији савремених метода контрацепције.
* Унапређење саветовалошног рада у служби за здравствену заштиту жена Дома здравља.
* Превентивни гинеколошки прегледи, жене старости од 15 -49 године, први гинеколошки преглед најкасније три године након првог полног односа, најкасније до 20 године.
* Превентивни гинеколошки прегледи у вези са планирањем породице
* Скрининг на карцином дојке према Националном програму
* Скрининг на карцином грлица материце
* Скрининг и лечење полно преносивих болести
* Генетско саветовалиште у вези са планирањем породице

**Специфични циљ 2**. Очување и унапређење здравља у току трудноће - пренатална здравствена заштита

**Ативности:**

* Здравствено васпитни рад са трудницама ( исхрана, физичка активност, злоупотреба психоактивних супстанци)
* Саветовалишни рад са трудницама уз континуирано праћење трудноће према оговарајућем водичу
* Детекција фактора ризика и третман ризичних трудноћа
* Скрининг на генетске аномалије
* Организовање и спровођење психифизичке припреме за порођај
* Организовање и спровођење школа за родитељство
* Посета трудници и породици од стране поливалаентне патронажне сестре
* Стоматолошка здравствена заштита трудница

**Специфични циљ 3.** Обезбеђивање одговарајуће здравствене заштите приликом порођаја и рођење детета – перинатална здравствена заштита

**Специфични циљ 4**. Очување и унапређење здравља жена после порођаја – постпартална здравствена заштита. Нега у периоду пуерперијума ( бабињара) 42 дана након порођаја.

**Активности:**

* Превенција и лечење компликација у пуерперијуму
* Надзор над здрављем породиље у здравственој установи ( крварење, ране од епизиотомије, успостављање лактације, стање дојки, превенција анемије)
* Праћење здравственог стања породиље од стране поливалентне патронажне службе
* Здравствено стање породиље, контрола здравља новорођенчета ( купање,нега пупчаника повијање, исхрана).
* Конролни преглед бабињаре у служби за здравствену заститу жена у дому здравља
* Медицинска, психолошка и социјална подршка самохраним мајкама у сарадњи са другим секторима друштва ( социјална заштита, локална самоуправа).

**ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИХ**

ГЕРОНТОЛОГИЈА је научна дисциплина која проучава старост, и све аспекте промена ( физиолоске, медицинске, психолошке, правне, социјалне) до којих долази у процесу старења.

ГЕРИЈАТРИЈА је грана медицине која се бави лечењем поремећаја и болести у старости.

Геријатрија је ужа специјализација здравствених радника коју могу да добију само специјалисти интерне медицине и опште медицине.

У демографској литератури, као граница за стару популацију узима се 60 година, а према критеријуму Светске скупштине о старима и поред тога се, у низу земаља, договорно, као граница старости узима 65 година, те се и све друге мере старења прорачунавају на основу тога.

Као мере старости нације користе се, најчешће, следећи показатељи

* Процентуални удео полулације преко 65 година у укупној популацији једне земље или територије.

-до 4% младо становништво

-4,1-7% зрело становништво

-7,1-10% старо становничтво

-преко 10% врло старо становништво

* Индекс старења, који представља однос између становништва преко 65 година и млађе добне скупине до 19 година. Пораст индекса изнад 0.40 говори за старење нације.
* Просечна старост становништва, која када износи преко 30 говори за старење становнишства.
* Индекс функционалног (зависног становнишства), представља однос броја становника старих 0-14 година и 65 и више година према одговарајућем броју становника старих 15-64 година. Овај индекс се користи као показатељхармоничне, односно дисхармоничне старосне структуре становнишства и указује на социјално економске последице старења.

Демографи такође сматрају да се стара популација не може схватити као хомогена групација, већ да се унутар ње, издвајају:

* Рана ( млада старост) од 65 – 74 године
* Средње старо доба 75 – 84 године
* Дубока старост – изнад 85 година

**Здравствене потребе и здравствено стање старих**

Промене у здравственом стању повезане су са старењем могу се посматрати на макро и микронивоу.

Промене на макронивоу документују се променама у висини стопа специфичног морталитета од појединих обољења које расту са годинама старости. Тако стопе морталитета од кардиоваскуларних болести достижу свој максимум у Србији у добној скупини од 70 до 74 година, а од цереброваскуларних у скупини од 80-89 година, од дијабетеса између 60 и 80 и малигне између 70 и 74 година. У периоду после 65 године бележи се и пораст стопе морталитета од хроничне опструктивне болести плућа.

На микронивоу најчешће се говори о великој учесталости хроничних болести у групацији старих, где доминирају кардиоваскуларна обољења, затим респираторна, коштано зглобна и друга.

Седам основних димензија изабрано је за процењивање потреба старих. То су: активности свакодневног живота, физичко здравље, ментално здравље и когнтивно функционисање, социјални ресурси, економски ресурси, околински фактори као и степен оптерећеностионих који се брину о старима.

Активности свакодневног живота подразумевају две групе: физичке И инструменталне активности. Физичке се односе на могућност старања о себи а инструменталне активности су оне које подразумевају живот у заједници И неке основне социјалне комуникације.

Физичко здравље укључује самопроцену здравственог стања, присуство или одсуство симптома, коришћење лекова, везаност за постељу И слично.

Ментално здравље подразумева очуваност когнитивних функција, квалитетно емоционално функционисање, присуство или одсуство психијатријскихсимптома. Процена социјалних ресурса односи се на информисање о броју И квалитету комуникација старе особе са другим људима око себе, као И о спремности породице, пријатеља И околине да пружи подршку старој особи.

Економски ресурси се односе на расположивост средстава за издржавање којим стара особа располаже, као И на архитектонска решења у вези са простором за становање И кретање.

Категорија старих људи, обзиром на све вечи удео старих и све дужи вивотни век, има обимну проблематику

* Здравствену проблематику
* Пораст ризика обољевања ( са порастом година живота већи ризик за одређене болести, пре свега, болести циркулаторног система, неоплазме, мишићно – скелетна оштећења, остеопороза, неуролошки поремећаји, деменција, депресија, дегенеративни поремећаји, слабљење вида и слуха, ХОБП)
* Пораст ризика зависности од других
* Пораст ризиика инвалидности
* Све већи притисак на здравствену службу ( чешће користе здравствене ресурсе)
* Све већа издвајања за њихову здравствену заштиту
* Социјалне потребе
* Смањење социјалних контаката
* Изолација
* Економска проблематика
* Прекидање економски продуктивног живота
* Недостатак материјалне могућности за егзистенцију и потреба за њиховим обезбеђењем

**Здравствена заштита старих**

Основне поставке здравствене и социјалне политике према старим базиране су на следећим принципима:

* Превенирање непотребног губитка функционалних способности,
* Превенција и лечење здравствених проблема који оштећују квалитет живота,
* Стари људи треба да остану у својим кућама што је дуже могуће, па тек кад таква опцијавише не постоји треба се орјентисатина институциалне облике заштите,
* Свака заједница треба да пружи подршку неформалним облицима ангажовања око старих лица и да стимулише добровољни рад.

У заштити здравља старих особа учествије значајан сегмент здравствене службе.

* Примарна здравствена заштита

1. Дом здравља - Служба опште медицине, Служба кућног лечења и здравствене неге

2. Завод за геронтологију и палијативно збрињавање - Завод за геронтологију обавља здравствену заштиту старих лица из области опште медицине, стоматологије, рехабилитације, палијативног збрињавања и неге у кућним условима. Завод за геронтологију може обављати и специјалистичко-консултативну делатност из области интерне медицине, неурологије и психијатрије (неуропсихијатрије).

* Секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите, обезбеђује се кроз болничко лечење. Дужина болничког лечења одређена је пре социјалним него медицинским разлозима.

**Социјална заштита**

* Геронтолошки центар

Геронтолошки центар Крагујевац је установа социјалне заштите, у надлежности Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, чија је основна делатност пружање услуга домског смештаја за одрасла и старија лица. Корисницима се осим услуге смештаја, исхране, неге и хигијене пружају и услуге стручног социјалног рада , здравствене заштите, физикалне терапије и радноокупационе терапије. Геронтолошки центри поред стационарног смештаја, неге, здравствених услуга, организују и ванинституционалне облике заштите у виду пружања помоћи у кући, дневног боравка пензионера и других старих лица, као и других услуга у зависности од потреба корисника.

* Завод за смештај одраслих лица – Мале Пчелице

**Концепт промоције и унапређења здравља старих**

Суштина овог концепта полази од тврдње да се највећи број старих особа у развијеним земљама налази у добром здравственом стању и да функционишу као независни члан породице.   
Концепт промоције и унапређења здравља старих усмерен је ка том потенцијалу, и базира се на следећим стратегијама

* Одржавање и пораст функционалних капацитета
* Одржавање и побољшање самозаштите
* Стимулација развоја социјалне мреже