

Pokazatelji zdravstvenog stanja i zdravstvene zaštite majki i djece u Hrvatskoj

Urelija Rodin

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Sažetak

Međunarodni dokumenti poput Konvencije o pravima djeteta i Milenijskih razvojnih ciljeva čija je potpisnica i Hrvatska posebno naglašavaju važnost organizirane državne skrbi u zaštiti zdravlja majki i djece. Najčešće korišteni pokazatelji uspješnosti zaštite zdravlja majki i djece na globalnoj razini su perinatalna, maternalna i dojenačka smrtnost te rađanje uz stručnu pomoć. Prema ovim pokazateljima (2003. godina - perinatalna smrtnost 6,3‰; maternalna smrtnost 7,6/100.000 živorođenih; 99% rađanje u bolničkim rodilištima; dojenačka smrtnost 6,3‰) Hrvatska se nalazi u prosjeku razvijenih europskih zemalja, osim nešto više stope dojenačke smrtnosti. Uzrok tome je smrtnost u prvim danima života, usko povezana s komplikacijama majke u trudnoći, preranim porodom i posljedičnom nezrelošću. Daljnje smanjenje rane neonatalne smrtnosti može se postići određenim organizacijskim i tehnološkim poboljšanjima u neonatalnoj intenzivnoj njezi i terapiji. Međutim, od posebne važnosti je preveniranje patologije u trudnoći koja dovodi do nepovoljnog perinatalnog ishoda mjerama antenatalne skrbi propisanih Programom mjera zdravstvene zaštite kojima se sprječavaju, suzbijaju i rano otkrivaju komplikacije u trudnoći. Utjecaj socijalnih čimbenika na zdravlje majki i djece nije moguće odijeliti od utjecaja bioloških čimbenika i rada zdravstvenih službi. Nepovoljne socijalne utjecaje moguće je kompenzirati zdravstvenim prosvjećivanjem, pružanjem standardne zdravstvene zaštite određene Programom mjera i mjerama socijalne potpore. Nakon perinatalnog i dojenačkog razdoblja smrtnost djece u Hrvatskoj doseže izuzetno nisku razinu, ali mogućnosti njenog sniženja još uvijek postoje u okviru preventivnog djelovanja, jer se među najučestalijim uzrocima bolničkog pobola i smrtnosti nalaze ozljede kao posljedica različitih nesreća. Osim djelovanja na sprječavanje i liječenje bolesti majki i djece, zadaća hrvatskog zdravstva je i stalno naglašavanje problema depopulacije s kojim smo suočeni te sudjelovanje u izgradnji i provođenju mjera socijalne i zdravstvene politike kojima će se postojeća situacija ublažiti.

Ključne riječi: demografski pokazatelji, perinatalna, maternalna, dojenačka smrtnost

Uvod

Biološki opstanak neke zajednice prije svega ovisi o broju rođenih na što značajno utječu i gospodarska razvijenost i mjere populacijske politike u zemlji. Organizirana skrb za majke i djecu kao posebno osjetljive skupine stanovništva nalazi se među temeljnim mjerama socijalne i zdravstvene politike većine država suvremenog svijeta. U skladu s tim se i Hrvatska, u okviru svog zakonodavstva i prihvaćanjem međunarodnih sporazuma poput Konvencije o pravima djeteta(1) i Milenijskih razvojnih ciljeva(2), obvezala osigurati posebne mjere zaštite za majke i djecu.

Konvencija naglašava značaj pružanja zdravstvene skrbi svakom djetetu, na način i u uvjetima koje država članica UN-a može to najbolje osigurati. Članak 24. Konvencije o pravima djeteta (UN, 1989.) navodi da "države potpisnice priznaju djetetu pravo na uživanje najviše moguće razine zdravlja i na ustanove na liječenje bolesti i za oporavak(1)." Naglašeno je da će se države potpisnice zalagati za smanjenje smrtnosti novorođenčadi i druge djece, pružanje zdravstvene pomoći svakom djetetu, borbu protiv bolesti i neishranjenosti, osiguranje prenatalne i postnatalne skrbi kao osnovnih mjera sigurnog majčinstva te razvijati preventivnu zdravstvenu skrb i savjetovaništva za roditelje i planiranje obitelji.

Milenijski razvojni ciljevi usmjereni prema zaštiti zdravlja majki i djece globalno ističu važnost smanjenja smrtnosti majki u trudnoći, porodu ili babinjama te smrtnosti djece u prvim danima života i kroz dojenačko razdoblje.

Od pokazatelja uspješnosti zaštite zdravlja majki i djece najčešće se upotrebljava perinatalna smrtnost i maternalna smrtnost, a zdravstvene zaštite djece dojenačka smrtnost.

Budući da su ovi pokazatelji jednim dijelom odraz rada i tehnoloških mogućnosti zdravstvenih službi, a drugim dijelom rezultat utjecaja društvenih i gospodarskih promjena te kulturnog okruženja, u tablici 1. su prikazane prosječne vrijednosti osnovnih zdravstvenih pokazatelja u Europi u usporedbi s hrvatskim pokazateljima i veličinom brutto društvenog proizvoda.

Tablica 1. Prosječne vrijednosti osnovnih zdravstvenih pokazatelja u Europi te usporedba s Hrvatskom 2002. godine

Države (regija)	natalitet	mortalitet	očekivano trajanje života	perinatalna smrtnost	dojenačka smrtnost	brutto društveni proizvod (\$)
HRVATSKA	9,02	11,38	74,85	7,01	7,03	5025
EUROPA (prosjeak)	10,95	11,25	73,94	8,63	9,19	17120
15 EU* prosjeak	10,59	9,66	79,04	6,58	4,69	22780
10 EU** prosjeak	9,25	10,41	74,19	7,26	6,94	5527

Izvor podataka: «Zdravlje za sve» baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije, siječanj 2005. godine

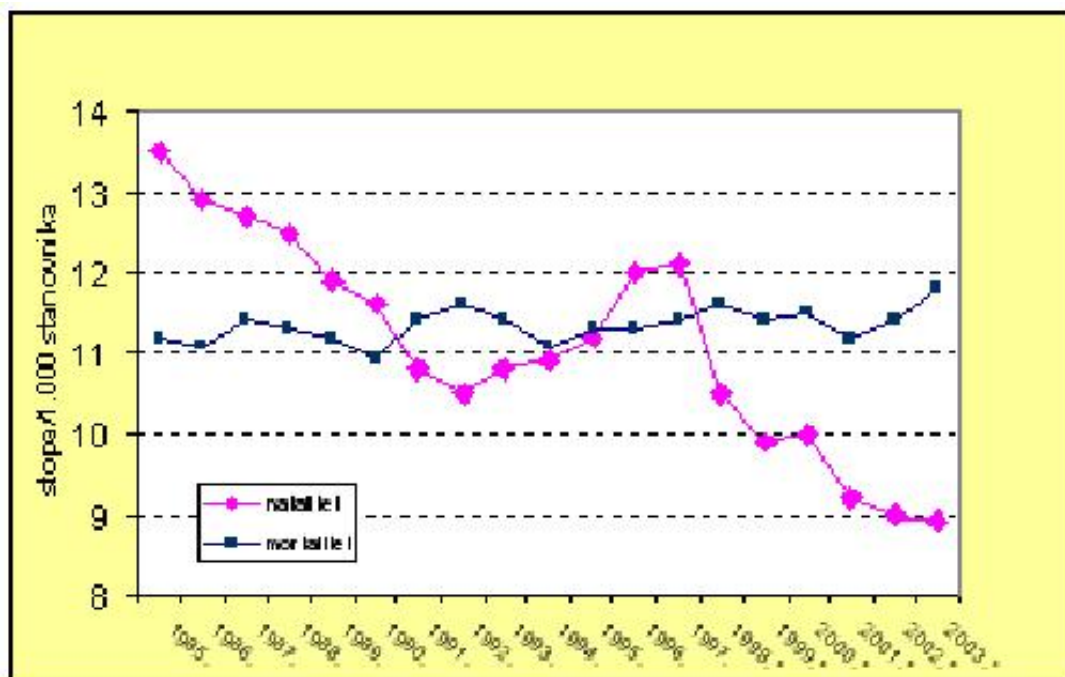
* 15 zemalja Europske Unije prije pristupa 10 novih članica

** 10 zemalja Srednje i Istočne Europe, članica EU od 01.05.2004. godine

Demografski pokazatelji

Hrvatska je još od 1991. godine ušla u fazu depopulacijskog kretanja s većim brojem umrlih nego rođenih. U 2003. godini je bilo 39.668 živorođenih i 52.575 umrlih odnosno zabilježeno je 12.907 više umrlih no živorođenih. Natalitetna stopa je 8,9/1.000 stanovnika, mortalitetna 11,8/1.000 što rezultira najnižom stopom prirodnog kretanja od osamostaljenja hrvatske države od -2,9 (slika 1.)(3).

Slika 1. Natalitet i mortalitet u Hrvatskoj 1985.-2003. godine



Napomena: * Od 1998. godine prema EUROSTAT metodologiji (prebivalište u Hrvatskoj najmanje posljednju godinu dana)

Demografski procesi starenja stanovništva su karakteristični za cijelu Europu, ali su ipak izraženiji u posttranzicijskim zemljama među kojima prednjači Hrvatska sa 17% stanovništva starijeg od 65 godina u ukupnoj strukturi stanovnika, dok je europski prosjek 14%, a prosjek Europske Unije 16%(4).

U Hrvatskoj je već nekoliko desetljeća udio djece u ukupnom stanovništvu u neprekidnom padu. Prilikom zadnjeg Popisa 2001. godine zabilježeno je 1,053.240 djece u dobi 0-18 godina, od toga ih je 17% u dobi do 14 godina i 7% u dobi do 7 godina (5).

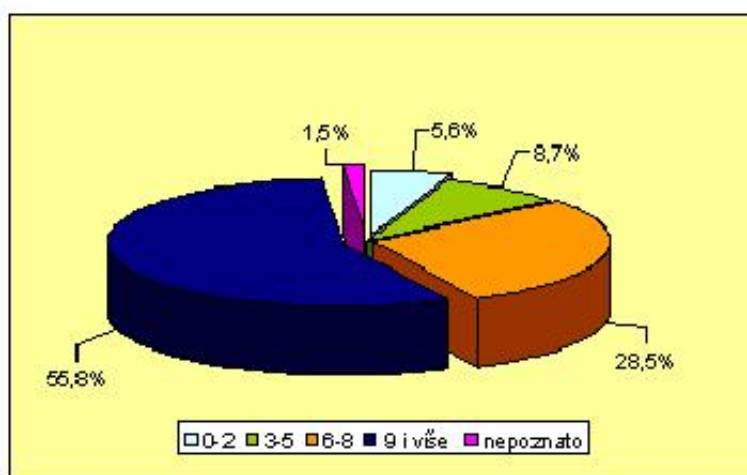
Rizični čimbenici za nastanak perinatalne smrti

Od značajki socijalno-gospodarskog okruženja majki koje povezujemo s tijekom i ishodom trudnoće posebno izdvajamo: bračno stanje, dob, stupanj obrazovanja, zanimanje i radne uvjete, dohodak obitelji, urbano ili ruralno prebivalište, zdravstveno osiguranje i potrebu za

socijalnom potporom(6-8). Razlike u određenim socijalnim značajkama između majki živorođenih i perinatalno umrlih u Hrvatskoj vidljive su iz podatka s prijava poroda i perinatalnih smrti iz hrvatskih rodilišta 2003. godine prema kojima nalazimo sljedeće: među majkama živorođenih je bilo 13,7% bez osnovnog obrazovanja ili s osnovnoškolskim obrazovanjem, a među majkama perinatalno umrlih 16,7%; živorođenih je od neudanih majki ili iz izvanbračne zajednice je 6%, a perinatalno umrlih 13,7%; kao prvo dijete zabilježeno je 48,1% živorođenih i 50,1% perinatalno umrlih, kao drugo po redu 33,9% živorođenih i 23,9% perinatalno umrlih, a kao treće ili višeg reda rođenja bilo je 18% živorođenih i 26% perinatalno umrlih. U 5,5% živorođenih i 7,8% perinatalno umrlih nalazimo ranije namjerne prekide trudnoće majke. Prema dobi majke bilo je 5% živorođenih od majki mlađih od 19 godina i 6,5% perinatalno umrlih te 10, 8% živorođenih i 15% perinatalno umrlih od majki iznad 35 godina(9).

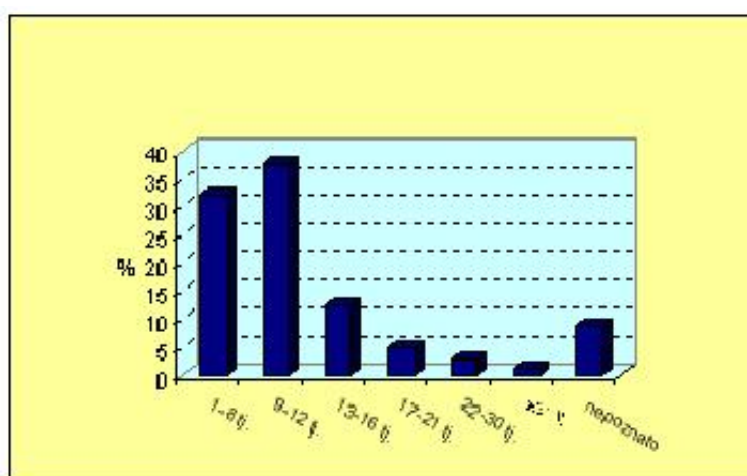
Dobra antenatalna skrb koja podrazumijeva odgovarajući broj pregleda u trudnoći i kvalitetu pregleda, sigurno može utjecati na tijek i ishod trudnoće(10-11). To potvrđuju i naši podaci o ishodu trudnoća u hrvatskim rodilištima u odnosu na broj pregleda u trudnoći: 5,6% živorođenih i 14,2% perinatalno umrlih bilo je s 0-2 pregleda majke. Prema ukupnim rodilišnim podacima (slika 2.) u Hrvatskoj 2003. godine, udio roditelja s nekontroliranom ili nedovoljno kontroliranom trudnoćom je 5,6%, od toga ih je 3,6% s potpuno nekontroliranom trudnoćom, a 2% s 1-2 pregleda u trudnoći. Najveći je udio trudnica s primjerenim brojem pregleda u trudnoći (oko 85% trudnica s više od 6 pregleda u trudnoći)(9).

Slika 2. Rodilje u hrvatskim rodilištima prema broju pregleda u trudnoći u 2003. godini



Značajan pokazatelj antenatalne skrbi je i vrijeme prvog pregleda u trudnoći (slika 3.) koje bi u dobro kontroliranim trudnoćama, prema zakonski utemeljenom provedbenom dokumentu «Planu i programu mjera zdravstvene zaštite», trebalo biti do 10. tjedna trudnoće(12).

Slika 3. Rodilje u hrvatskim rodilištima prema vremenu prvog pregleda 2003. godine



Utjecaj i značenje pojedinih socijalnih rizičnih čimbenika je teško odijeliti i zasebno vrednovati u odnosu na biološke čimbenike i zdravstveno stanje. Nepovoljne socijalne utjecaje moguće je kompenzirati zdravstvenim prosvjećivanjem, pružanjem zdravstvene zaštite i socijalne potpore.

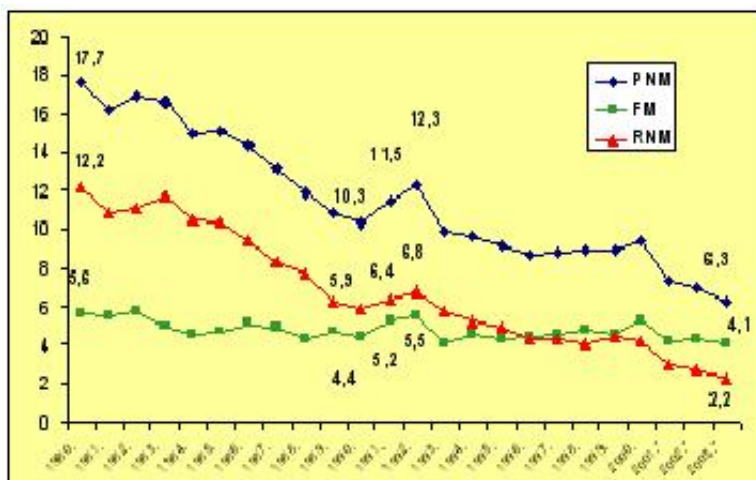
Kretanje perinatalne smrtnosti i njenih sastavnica

Perinatalna smrtnost u Hrvatskoj je u stalnom opadanju još od pedesetih godina prošlog stoljeća, s izuzetkom dvogodišnjeg ratnog porasta 1991.-1992. godine(11). Upravo ovo

obilježje osjetljivosti pokazatelja perinatalne smrtnosti na određene društvene i zdravstvene promjene razlogom je njegova svrstavanja među temeljne pokazatelje zdravstvenog stanja populacije. Smanjenje perinatalne smrtnosti ovisi o kretanju njene dvije sastavnice: fetalne i rane neonatalne smrtnosti. U strukturi perinatalno umrlih u Hrvatskoj je udio fetalnih smrti oko 60%, a ranih neonatalnih oko 40%. Zahvaljujući tehnološkom napretku i razvoju intenzivnog neonatalnog liječenja i njege poraslo je preživljavanje živorođenih niskih težinskih skupina. Iako fetalna smrtnost većim dijelom ovisi o biološkoj (ne)sposobnosti fetusa za život, razvoj fetalne medicine, ali, prije svega, dobro organizirana antenatalna i partalna skrb mjere su kojima bi se dijelom moglo utjecati na nju utjecati. Pad perinatalne smrtnosti u Hrvatskoj već dulji niz godina isključivo ovisi o smanjenju rane neonatalne smrtnosti.

Od 1980.-1990. godine stopa perinatalne smrtnosti u Hrvatskoj je smanjena od 17,7 ‰ do 10,3 ‰, od 1991.- 2003. godine s 11,5 ‰ na 6,3 ‰ u 2003. godini. Stopa rane neonatalne smrtnosti se od osamdesetih godina šesterostruko smanjila, od 12,2 ‰ na 2,2 ‰. Najveće "opterećenje" u ranoj neonatalnoj smrtnosti odnosi se na umiranje djece porodne težine ispod 1500 grama. Stopa fetalne smrtnosti se u zadnjih dvadesetak godina nije značajnije mijenjala i kreće se u okvirima 4-5 ‰ (slika 4.)(13).

Slika 4. Kretanje perinatalne, rane neonatalne i fetalne smrtnosti u Hrvatskoj 1980.-2003. godine



Napomena: * Od 2001. godine prema SZO metodologiji (rođeni i perinatalno umrli od 1000 i više grama porodne težine)

Postoje velike razlike u visini stopa perinatalne smrtnosti u Europi što se može vidjeti iz tablice 2.

Tablica 2. Kretanje perinatalne smrtnosti (PNM) u pojedinim zemljama europske regije u odnosu na bruto društveni proizvod (BDP) po glavi stanovnika

	1990.		1995.		2000.		2003.	
	BDP	PNM	BDP	PNM	BDP	PNM	BDP	PNM
Austrija	20826	5,68	29328	4,40	23415	3,87	25356	3,61
Česka	2857	8,31	5039	4,96	5006	4,01	6808	3,65
Hrvatska	5186	10,3	4029	9,17	4625	9,37	5025	6,35
Mađarska	3451	14,21	4325	6,73	4564	5,74	6481	5,34
Nizozemska	19595	9,62	26782	8,09	23193	7,85	25886	7,37
Rusija	-	17,06	-	14,67	2141	11,97	2405	10,33
Slovenija	8699	8,49	9431	5,04	9443	4,09	11181	4,34
Švedska	28730	4,99	28156	4,34	28409	4,68	26929	4,44
Velika Britanija	17387	8,14	19706	8,88	24556	8,15	26444	8,28

Izvor podataka: «Zdravlje za sve» baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije, siječanj 2005. godine

Uzroci perinatalnih smrti

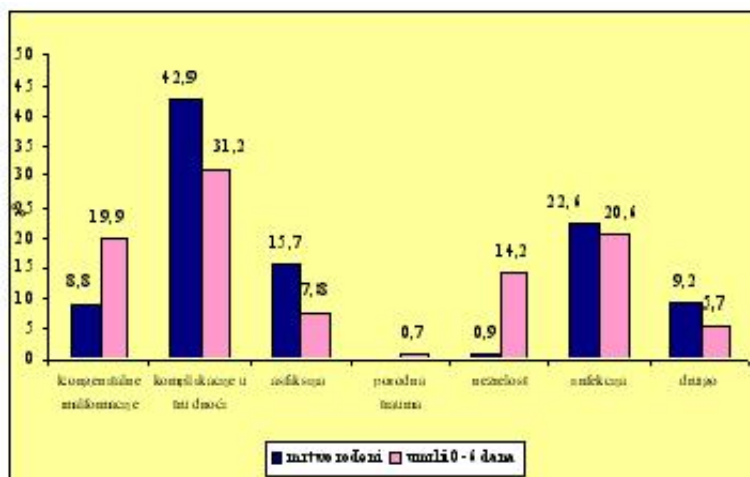
Najvažniji uzroci perinatalnih smrti u Hrvatskoj su vezani uz bolesti majke u trudnoći, komplikacije vezane uz prerani porod, kongenitalne anomalije i perinatalne infekcije. Uz

kromosomske aberacije (najčešće sindromi Down, Edwards i Patau) i teško operabilne malformacije (dijafragmalna hernija, neke prirođene srčane greške) većina fetalnih i neonatalnih smrti nastupa kao posljedica dugotrajne izloženosti bolesti ili patološkom stanju majke poput arterijske hipertenzije, infekcije, dijabetesa. Naglo nastale komplikacije u trudnoći poput abrupcije posteljice s posljedičnom asfiksijom ploda sve su češći uzrok perinatalnih smrti. U rano neonatalno umrlih kao uzrok smrti najčešće nalazimo posljedice nezrelosti (respiracijski distres, intrakranijalno krvarenje) ili infekcije.

Vjerodostojnost klinički utvrđenog uzroka smrti najbolje može potvrditi obdukcijски nalaz ploda i posteljice koji bi trebali učiniti u svim slučajevima perinatalne smrti. Osim što govori o validnosti klinički postavljene dijagnoze, obdukcijски nalaz je značajan za prognozu sljedeće trudnoće, jer pomaže u određivanju utjecaja bolesti majke i poremećaja trudnoće na rast, razvoj i smrt ploda(14).

Uzroci fetalnih i ranih neonatalnih smrti prema rodilišnim podacima 2003. godine prikazani su na sl. 5.

Slika 5. Uzroci fetalnih i ranih neonatalnih smrti prema podacima iz hrvatskih rodilišta 2003. godine



Maternalna smrtnost

Među vodećim uzrocima smrtnosti žena reproduktivne dobi u manje razvijenim dijelovima svijeta su još uvijek komplikacije vezane uz trudnoću, porod ili babinje. Na globalnoj razini se procjenjuje da svake godine zbog problema vezanih uz trudnoću umre oko pola milijuna žena, od toga 99% upravo u zemljama u razvoju. Velik broj maternalnih smrti u razvoju je vezan uz prekid trudnoće pa je među osnovnim mjerama za postizanje smanjenja maternalnih smrti sprječavanje neželjenih trudnoća i nestručno obavljenih prekida trudnoće informiranjem i zdravstvenim prosvjeđivanjem kojim bi se utjecalo na smanjenje prerane spolne aktivnosti i adolescentnih trudnoća. Raskorak između maternalne smrtnosti u nerazvijenim i razvijenim regijama svijeta je velik – maternalna smrtnost se kreće od 200-1000/100.000 živorođenih u ruralnim područjima Afrike do 10-20/100.000 živorođenih u europskoj regiji(15).

Maternalna smrtnost je u Hrvatskoj već godinama niska i svodi se na sporadične slučajeve, kao u većini zapadnoeuropskih i posttranzicijskih zemalja (tablica 3.) Primjerice, u 2003. godini zbog komplikacija u trudnoći, porodu ili babinjama su u Hrvatskoj umrle tri žene (stopa 7,56/100.000 živorođenih)(3). Među osnovne mjere sigurnog majčinstva u Milenijskim razvojnim ciljevima se ističe i potreba pružanja stručne pomoći pri porodu, mjera planiranja obitelji kojima će se utjecati na razmak između dva poroda te ukupnog broj poroda tijekom života. Sve ove mjere i pokazatelji u uvjetima dobro razvijene porodničke zaštite s 99% rađanjem u bolničkim ustanovama, kao što je to u Hrvatskoj, više nisu od prioritarnog značaja za procjenu sigurnog majčinstva kao što su to mjere sprječavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja komplikacija u trudnoći.

Tablica 3. Maternalna smrtnost u Hrvatskoj i nekim drugim zemljama za razdoblje 1990.-2003. godine

godina	1990.	1995.	2000.	2003.
Austrija	6,63	1,13	2,56	2,60
Češka	8,42	6,24	9,90	4,27
Hrvatska	10,83	11,96	6,86	7,56
Mađarska	20,69	15,17	10,25	7,40
Nizozemska	7,58	7,35	8,71	3,99
Rusija	47,41	53,31	39,71	31,94
Slovenija	8,84	5,32	11,04	17,22
Švedska	3,23	3,87	4,42	3,28
Velika Britanija	7,64	6,97	6,77	5,98

Izvor podataka: «Zdravlje za sve» baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije, siječanj 2005. godine

Komplikacije u trudnoći

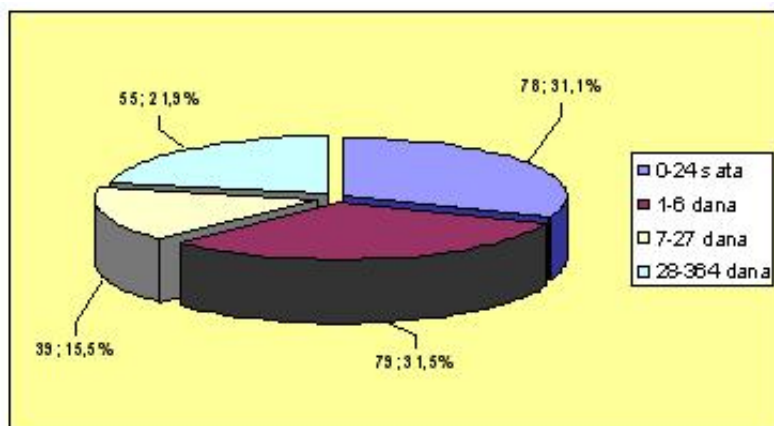
Kretanje dojenačke smrtnosti

Visina stope dojenačke smrtnosti je u Hrvatskoj nešto viša od gospodarski razvijenih zemalja zapadne Europe prije priključenja 10 novih članica 2004. godine.

U 2003. godini dojenačka smrtnost u Hrvatskoj je je 6,33/1.000 živorođenih, prosjek zemalja Europske Unije prije priključenja 10 novih članica 4,69 (prosjek za 2001. godinu), prosjek 10 novih članica za 2003. godinu je 6,86/1.000 živorođenih (3).

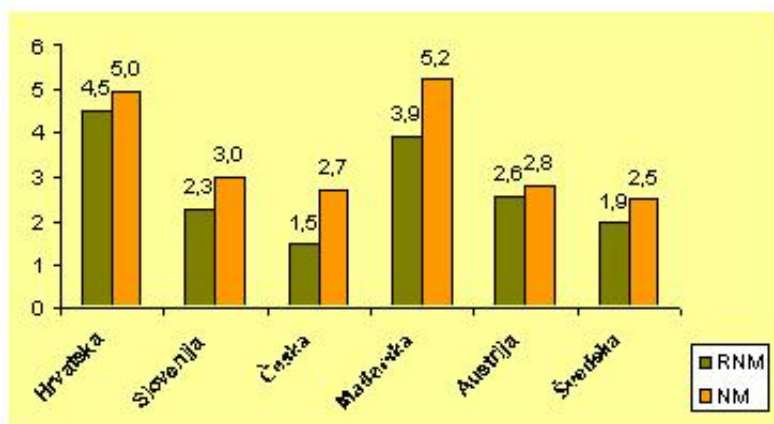
Najveći broj dojenačkih smrti se zbiva u prvim danima života (slika 6.) kao posljedica nezrelosti i nespremnosti djetetova organizma na život u vanjskom svijetu zbog preranog rođenja.

Slika 6. Struktura dojenačkih smrti u Hrvatskoj prema vremenu nastanka smrti 2003. godine



Rana neonatalna smrtnost je značajno viša u Hrvatskoj nego u gospodarski razvijenim zemljama, ali i zemljama koje su se 2004. godine priključile Europskoj Uniji (slika 7.).

Slika 7. Rana neonatalna i ukupna neonatalna smrtnost u Hrvatskoj i nekim europskim zemljama 2003. godine



Uzroci dojenačkih smrti

Smrtnost u dojenačkoj dobi ovisi o nizu endogenih i egzogenih čimbenika od kojih u gospodarski razvijenim zemljama više prevladavaju ovi prvi. Uzroci dojenačkih smrti u Hrvatskoj najčešće su vezani uz endogene čimbenike - gensko nasljeđe ili bolesti i stanja majke u trudnoći koja dovode do preranog poroda. Prema rodilišnim podacima u 2003. godini je rođeno 5,9% djece ispod 37 navršenih tjedana gestacije. Gotovo jednak je udio rođenih niske porodne težine, ispod 2500 grama (2.325 ili 5,8%). Najveći broj umrle dojenčadi izdvaja se upravo iz ovih skupina djece. Od živorođenih ispod 1000 grama porodne težine umre 45%, u skupini do 1500 grama 10%, do 2000 grama 2,5%, a do 2500 grama 1,5%(16).

Najveći broj uzroka dojenačkih smrti je vezan uz perinatalno razdoblje, slijede kongenitalne anomalije, a svi ostali uzroci zajedno čine oko 10% . Od 251 umrlog dojenčeta 2003. godine 60% ih je umrlo od deset vodećih uzroka smrti. Među vodećim uzrocima izdvajaju se kongenitalne malformacije poput dijafragmalne hernije i Downovog sindroma, te bolesti nastale kao posljedice nezrelosti - respiracijski distress, intrakranijalno krvarenje, primarna atelektaza pluća i plućna hemoragija(3).

Smrtnost djece nakon dojenačkog razdoblja

Smrtnost djece u dobi 1-4 godine je niska (21,67/100.000 djece u 2003. godini), ali struktura uzroka smrti upozorava da je velik broj ovih smrti bilo moguće izbjeći, jer su uzrokovane različitim vrstama nesreća (11 od 42 ukupno umrle djece u dobi 1-4 godine)(17). Spolna raspodjela pokazuje da je ukupna smrtnost veća u dječaka u odnosu na djevojčice, a ova razlika se može pripisati najviše većim stradavanjima dječaka od ozljeda. Ipak, bilježimo kontinuirani trend snižavanja smrtnosti u dobi 1-4 godine (od 43,3/100.000 djece u 1990. godini, 31,5 u 1995. godini, 25/100.000 u 2000. godini do 21,7/100.000 u 2003. godini). Sličan je trend i u skupini djece u dobi 5-9 godina starosti, od 30,5/100.000 djece u 1990. godini do 16,18/100.000 u 2000. godini i 15,29/100.000 u 2003. godini. Osim ozljeda koje uzrokuju smrt u 45% umrle djece (17/38 umrlih 5-9 godina) među vodećim uzrocima smrti su maligni tumori (18%; 7/38) i posljedice neuroloških bolesti (16%; 6/38). U dobi 10-14 godina stopa smrtnosti je 18,24/100.000 djece te dobi i prevladavaju uzroci smrti od ozljeda u više od 55% slučajeva (27/49 umrlih), slijede malignomi (17%; 8/49), neurološke bolesti i poremećaji (12%; 6/49)(17).

Osnovni uzroci hospitalizacija u dječjoj dobi

Razlozi boravka u bolnici se, kao i uzroci smrti, značajno razlikuju između dojenačke skupine i drugih razdoblja u dječjoj dobi. U prvoj godini života djeca najčešće borave u bolnici zbog stanja vezanih uz porod - nezrelosti, neonatalne žutice i usporenog rasta odnosno zastoja u rastu utvrđenog tijekom trudnoće, a među 5 vodećih uzroka hospitalizacija nalazimo još akutni bronhitis i bronhiolitis te gastroenteritis(18).

Struktura boravaka u bolnici pokazuje da nakon prve godine života uglavnom prevladavaju bolesti dišnog i probavnog sustava s tim da iza deset godina nalazimo ozljede glave kao drugi uzrok hospitalizacija koji pokazuje na nužnost utvrđivanja uzroka ovih ozljeda i primjenu odgovarajućih zaštitnih mjera u svrhu prevencije ovakvih ozljeđivanja.

Zaključci

Depopulacijska faza prirodnog kretanja stanovništva u Hrvatskoj nastavljena je 2003. godine utječe na daljnje smanjenje udjela djece u ukupnom stanovništvu Hrvatske. Stoga se među temeljnim zadaćama hrvatskog zdravstva, osim sprječavanja i liječenja bolesti majki i djece, nalazi i sudjelovanje u izgradnji mjera socijalne i zdravstvene politike kojima će se postići smanjenje depopulacije u Hrvatskoj.

Smanjenju smrtnosti djece u fetalnom i ranom neonatalnom razdoblju uz povoljne socijalno-gospodarske prilike i prosvjećenost stanovništva najviše doprinosi odgovarajuća antenatalna i partalna skrb.

Na temelju podataka o uzrocima smrti u perinatalnom i dojenačkom razdoblju nalazimo da prevladavaju uzroci vezani uz prerani porod i posljedičnu nezrelost te da se određenim organizacijskim i tehnološkim poboljšanjima u neonatalnoj intenzivnoj njezi i terapiji može postići daljnje smanjenje smrtnosti..

Socijalno-medicinski čimbenici poput nižeg obrazovnog statusa, izvanbračnog rađanja, starije dobi i adolescentne dobi, velikog broja poroda značajno su povezani s nepovoljnim perinatalnim ishodom. Utjecaj ovih čimbenika je moguće kompenzirati zdravstvenim prosvjećivanjem i dobrom antenatalnom skrbi, ali je neophodno i uključivanje i drugih sektora, osim zdravstvenog, u brizi za sigurno majčinstvo i dobrobit djece.

Nakon dojenačkog razdoblja među najučestalijim uzrocima pobola i smrtnosti nalazimo ozljede kao posljedicu različitih nesreća na koje je moguće preventivno utjecati razvojem preventivnih programa od individualne razine (dijete, obitelj) do kolektiva (vrtić, škola, druga ustanova za smještaj djece).

LITERATURA

1. United Nations. Convention on the Rights of the Child . New York: UN, 1989.
2. United Nations Millenium Declaration. UN Chronicle 9/22/00
3. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2004.
4. World Health Organisation. Health for all Statistical Database. Copenhagen, Regional Office for Europe, January 2005.
5. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2001. godine. www.dzs.hr
6. Težak - Benčić M. Rizični faktori niske porođajne težine. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1988.
7. Arntzen A, Moum T, Magnus P, Bakketeig LS. Marital status as a risk factor for fetal and infant mortality. Scand J Soc Med 1996; 24 (1): 36-42.
8. Eriesson A, Eriksson M, Kallen B, Zeterstrom R. Socioeconomic variables and pregnancy outcome. Acta Paediatr Scand 1990; 79: 1009-16.
9. Rodin U. Socijalno-medicinske značajke živorođenih i perinatalno umrlih u Hrvatskoj. Gynaecol Perinatol 2004; 13 (suppl 2): 144.
10. Antenatal Care in Developing Countries. Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials 1990-2001. Geneva: WHO-UNICEF 2003.
11. Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2000. godini. Gynaecol Perinatal 2002; 11 (suppl 1):1-14.
12. Plan i program mjera zdravstvene zaštite. Narodne novine, 30/02.
13. Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2003. godini. Gynaecol Perinatal 2004; 13 (suppl 3):1-14.
14. Kos M. Utvrđivanje vremena i uzroka perinatalne smrti. Gynaecol Perinatol 2004; 13 (suppl 3):25-30.
15. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Geneva: WHO, 2004. The World Health Report 2004. Geneva: WHO, 2004.
16. Pregledne tablice fetalnog, ranog neonatalnog i perinatalnog mortaliteta. Gynaecol Perinatol 2004; 13 (suppl 3): 51-66.
17. Državni zavod za statistiku. Mortalitetna statistika (interna dokumentacija). Zagreb: Državni zavod za statistiku 2004.
18. Pregledne tablice bolničkog pobola za 2003. godinu (najčešće dijagnoze po skupinama, dobi i spolu - Interna dokumentacija). Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2004.