

УЗРОЦИ И ПОСЛЕДИЦЕ СОЦИЈАЛНЕ РАЗЛИКЕ У ПЛАНИРАЊУ ПОРОДИЦЕ НА КОСМЕТУ

Петровић Б.

Гинеколошко-акушерска клиника, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

CAUSES AND CONSEQUENCES OF SOCIAL DIFFERENCE FAMILY PLANING IN KOSMET

Петровић Б.

Clinic of Gynecology and of Obstetrics, Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

In well organized societies, accept of material and technical progress, planning of the family and existing of human resources is of great importance. Every civilized society is tancing care of human potential, planning and progress, eather to stimulate or control of natural increase are bringing the suitable demographics of standards. With better family planning asspecially motivatiy the couples to decide for reproduction and delivering of optimal number of children in optimal period between deliveries and in optimal ages, brings to decreased mortality among new-borns, and also their mathers.

Key words: Social differences, Family, Planing.

САЖЕТАК

У добро организованим друштвима, осим материјалног и техничког развоја, планирање породице и очување људског капитала је од веома велике важности. Свако цивилизовано друштво води рачуна о свом људском капиталу, планирајући развој, било да стимулише или ограничава природни прираштај, доносећи одговарајуће демографске мере. Са бољим планирањем породице, нарочито мотивације парова да се одлуче за репродукцију и рађање оптималног броја деце у оптималним размацима међу порођајима и оптималним годинама живота жене, доводи до смањења смртности како новорођене деце тако и мајки-породиља.

Кључне речи: Социјална разлика, Породица, Планирање.

УВОД

Добро организована друштвена заједница поред тога што води рачуна о свом материјалном и техничком развоју, води рачуна и о планирању породице. Боље планирање породице доводи до смањења смртности како новорођене деце тако и мајки.

Подаци о наталитету и природном прираштају становништва у бившим Југословенским републикама и државама Европе током задње деценије прошлога века показују да се наталитет кретао у распону од 9,7 (најмањи у Италији) и 24,7 живорођених на 1000 становника (највиши у Албанији).

У бившим југословенским републикама наталитет је по републикама био најмањи у Хрватској са 11,9 и највиши у Македонији 17,0 живорођених на 1000 становника. Док је наталитет у Србији био 14,7 и то 11,7 без обе покрајине и 27,7 на Космету, а 11,2 живорођених на 1000 становника у Војводини.

Природни прираштај у Србији био је 5,0 и то на подручју без обе покрајине 1,4., док је на Космету природни прираштај био 2,4 а у Војводини -1,0. што значи да осим на Космету у Србији природног прираштаја није било, што је случај јоши данас.

Према нашем уставу ... "Планирање породице је људско право сваког човека...". Али истовремено подразумева бригу човека да будућем потомству пружи све услове за објективно квалитетан живот.

Иако је на просторима бивше Југославије од после II светског рата, здравство доживело успех, јер се

смањила стопа смртности новорођених на Космету за око 60,0% док у Војводини за преко 90,0% ипак, значај тих успеха умањује чињеница да смо по смртности новорођенчади међу првима у Европи, негде на нивоу јужне и средње Америке, а тај пад смртности новорођенчади још увек је најнижи на Космету.

УЗРОЦИ СОЦИЈАЛНЕ РАЗЛИКЕ У ПЛАНИРАЊУ ПОРОДИЦЕ НА КОСМЕТУ

Од 1999. године, услед прогона српског становништва на Космету је дошло до поремећаја етничке структуре становништва и социјалне промене које се огледају у наглим променама економске структуре активног становништва.

Такве нагле промене су манифестоване наглим опадањем броја запошљеног становништва и опадањем броја пољопривредног становништва услед незаконите узурпације земљишта и ограничене слободе кретања становништва.

У овом периоду је дошло до прогона већином млађе српске популације са Космета и до наглог опадања броја становништва у урбаним и градским насељима, које су последица расељевања у српским, сеоским енклавама или пак услед миграције у осталим деловима Србије и Црне Горе.

Због свега тога дошло је до знатног поремећаја у пружању адекватне превентивне здравствене заштите становништва и медицинске помоћи становништву. Дошло је до поремећаја у пружању адекватне примарне

здравствене заштите становништву и до поремећаја у пружању секундарне здравствене заштите у српским енклавама пре свега, услед недостатка адекватног болничког простора и недостатка адекватне медицинске техничке опреме, који су узурпирани или уништани од стране албанске популације, те су били недоступни због ограничене слободе живљења и због ограничене слободе кретања српског становништва.

Сви напред наведени елементи су довели до елементарног нарушавања здраве животне средине, које се манифестовало обољењима жена српске популације, која потичу како од неинфективних тако и од инфективних агенаса.

Из тих разлога у гинеколошким амбулантима, у српским енклавама, веома се често могу регистровати жене са поремећеним разноврсним психичким поремећајима, најчешће са анксиозним депресивним стањима. Затим, веома су присутна инфективна, инфламаторна стања на женским гениталијама услед наглог поремећаја елементарног хигијенско-дијететског режима живота жене, и због нагло нарушене животне средине њене породице.

Сви ови елементи су имали за последицу нагло погоршање здравља становништва српске популације на Космету, па према томе и повећање укупног броја оболелих жена у српским енклавама.

Овакво стање је имало за последицу смањење укупног броја српског становништва на Космету и нагли поремећај у старосној структури популације, што ће касније као последица тога доћи до изражаја феномен "феминизације и сенилизације" средине.

Међутим, овде постоји још један јако неповољан показатељ, управо због структуре популације, то је неписменост становништва, која је јако израженија код становништва женског полације у односу на мушки пол.

Сви ови показатељи са социал-медицинског становишта, поремећена животна средина, лоши хигијенско-дијететски режим живота српске популације услед наглог поремећаја економске структуре становништва као и наглог поремећаја социјалних фактора живљења у српским енклавама, условили су да биолошки потенцијал српске популације на Космету буде угрожен.

Иако су већ познати сви горући фактори који директно угрожавају биолошки капитал српске популације на Космету, морамо имати на уму, да са аспекта научног, свако цивилизовано друштво води рачуна о свом људском капиталу, планирајући развој било да стимулише или ограничава природни прираштај, доносећи одговарајуће мере демографске политике.

Медицинска доктрина је у оквиру људске популације изградила ставове о проблемима планирања породице и још увек анализира значајне факторе са социјалним компонентама који су од утицаја на исправно понашање појединаца и породице у друштву.

Веома битни аспекти за проблем планирања породице су пре свега:

- превентивна заштита женске популације,
- описмењавање,
- здравствено образовање,
- информисаност

- патријархално- религијски аспект у породици (незаобилазна компонента).

Сви ови параметри имају за последицу капитално схватање важности проблема и потребе заједнице, да са једне стране обезбеди одговарајуће мере едукације и усмеравање на превентивну и здравствену заштиту становништва, док са друге стране популација треба да прихвати и искористи одговарајуће капацитете, које им заједница нуди и обезбеђује у том циљу.

У процесу планирања породице три су јако важна аспекта у понашању брачних парова:

1. Мотивисаност за планирање породице,
2. Мишљење средине о планирању породице и
3. Мотивисаност и способност саветодавца.

Код планирања породице, мотивисаност је важна компонента у понашању брачних парова, овде се пре свега односи на жељу брачног пара за потомством.

Међутим, задаци савремене, запослене жене мењају њену улогу у породици па се тако она најчешће одлучује за ограничавање броја деце. Уколико пак дође до нежељене трудноће, она се обично одлучује за вештачки прекид трудноће.

У оквиру овога проблема планирања породице, употреба контрацептивних средстава заокупља пажњу стручњака па и лаика, јер, све више посредно или непосредно они утичу на њихов социјални аспект. Из тих разлога било који покушај да се проблем планирања породице посматра само са медицински, осуђен је на неуспех.

Овакав резултат је пре свега, због тога, јер је програм очигледно мултифакторног карактера и ради се о социјалном проблему.

Моја запажања о понашању женске популације на Космету, у односу на репродукцију, јесу таква, да женску популацију из урбане средине карактерише ниски паритет, са великим бројем намерних (артефицијалних) абортуса. Међутим, жене које живе у забаченим местима или настањени у сеоским срединама карактеристично је, да су оне најчешће усмерене на рађање већег броја деце, не контролишећи се у којој животној доби рађају. Оне такође не воде рачуна колики је размак између појединих порођаја нити колики је оптималан број порођаја најповољнији по њеном здрављу.

Бројна истраживања у развијеним и неразвијеним деловима Света указују на зависност смртности новорођене деце од старости мајке у тренутку порођаја. Таква истраживања су показала да је смртност новорођене деце код мајки млађе од двадесет година за 42% већа, а код старијих од 40 година та смртност је чак за 54% већа него код породиља које су у тренутку порођаја биле од 20 до 30 године старости.

Да је просечан број порођаја за мајку од велике важности показале су многе анализе. Оне указују да новорођенчад која су на рођењу већимала 5,6 или више браће и сестара, смртност им је за 20% била већа од смртности деце, која се не рађају у тако великим породицама.

Међу важним факторима који утичу на рађање здравог потомства убраја се и размак између порођајима. Доказано је да код породиља које су имале размак

између порођаја мањи од 24 месеци, према истраживањима смртност новорођене деце је била већа за 59%, у односу на децу која су била рођена у размацама већим од 48 месеци.

Савремени елементи планирања породице заједнице се на остваривању свесног и савесног родитељства и пружању могућности жени да улогу мајке усклади са улогом у друштву.

Планирање породице се не може решавати ако се истовремено не решавају проблеми етике и морала појединаца па и целог друштва. Осим тога, неопходно је да се на овом дуготрајном и континуираном задатку укључе не само здравствени и образовни стручњаци већ и други мултидисциплинарни профиле заједнице.

Они имају задатак да омогуће адекватне услове за регулисање рађања и одговарајуће мере планирања породице, са посебним акцентом на превентивне мере у спречавању нежељене трудноће.

Регулисање рађање и планирање породице у слабо развијеним срединама је мукотрпан и тежак посао.

Одбојност према употреби контрацептивних средстава пре свега зависи од неупућености и неинформисаности женске популације.

Док прихватање контрацепције зависи од степена образовања, емоционалног и психогеног фактора.

Анализе кретања смртности деце и мајки-породиља у једној средини а такође и анализа употребе савремених контрацептивних средстава код популације исте средине, може нам најадекватније дати одговор на каквом се степену планирања породице налази дата заједница.

У условима када постоје социолошки фактори као што су:

- поремећена животна средина становништва,
- нарушена материјална сигурност породице и
- економска криза породице и друштвене заједнице,

планирање породице се карактерише прихватањем најрепресивнијег приступа у планирању тј. планирање породице вештачким (намерним) прекидом трудноће.

Мотивисаност и способност саветодавца је од важног значаја за друштвену заједницу дате популације. Овде се пре свега мисли на лекаре, социјалне раднике, психологе, педагоге и друге, који имају задатак да код брачних парова инсистирају оно што је са становишта репродукције најбитније, а са становишта медицинско-социолошког најадекватније, најпримереније и најјефтиније.

Здравствено просвећивање и васпитање у заосталим срединама је изводљиво једино увођењем патронажне службе и формирањем саветовалишта за контрацепцију, са савременом пропагандом медијског информативног система друштвене заједнице.

Новија медицинска доктрина са свог научно-истраживачког аспекта планирања породице потенцира неколико важна елемента:

- залаже се за снижење рађања код адолесценткиња,
- снижење рађања код жена изнад 35. године живота,
- за смањење вишероткиња и ограничавање на 4 порођаја и
- за повећање размака између порођаја преко 48 месеци.

Сви ови елементи могу знатно утицати на снижење смртности новорођенчади и смртности мајке и веома су важни индикатори нивоа у планирању породице.

ЗАКЉУЧАК

Уставно право на слободу одлучивања о планирању породице подразумева и сталну бригу заједнице да популација буде упозната са научним сазнањима и ставовима заједнице који су релевантни за одлучивање о рађању.

Заједница је у обавези да популацији стави на располагању сва расположива средства за ефикасно контролисање репродукције о популацији, јер слободно одлучивање није стихијско одлучивање.

Према томе, анализирајући проблем планирања породице на Космету као последица социјалних разлика, а полазећи са аспекта социјалних разлика демографског мозаика етникуса, не задирајући у елементе демографске политике другог дела популације који се карактерише високиом наталитетом, можемо слободно закључити да тако неадекватно планирање породице у условима нагомиланих социјалних разлика, притискују заједницу и присиљавају на повећање трошкове репродукције изнад реалних материјалних и других могућности, како породице тако и друштвене заједнице.

Програми планирања породице требају обезбедити предпоставке за њихово остварење. Позитивно искуство у решавању обе крајности (висок или низак наталитет) постоји у свету.

Економски услови у догледно време неће бити бољи, па свако одржавање постојеће стање у планирању породице на Космету чини проблем већим. Из тих разлога су осим материјалних улагања неопходне опсежне мере социјалног карактера, а пре свега промене у односу на планирање породице. Поготову што код нас још увек не постоји, па и у догледно време неће бити услова за слободно и одговорно родитељство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Službeni glasnik Jugoslavije; 442-732, Beograd 1996.
2. Statistički godišnjak Jugoslavije, Savezni Zavod za statistiku, Beograd 1998.
3. Breznik N. i sar.: Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji. Institut društvenih nauka, Beograd 1997.
4. David H.P., Mc Intyre R.J.: Reproductive behavior. Springer publishing company, New York, 1991.
5. Acsadi G. T., Johnson-Acsadi G.: Optimum demographic Condition of childbearing, 1996.