



**Република Македонија  
Ј.З.У. Центар за јавно здравје-Скопје**

**Информација за здравјето на жените и децата во  
Скопскиот регион во 2014 година**



**Скопје, 2015**



**Република Македонија**  
**Ј.З.У. Центар за јавно здравје-Скопје**

---

**Информација за здравјето на жените и децата во  
Скопскиот регион во 2014 година**

**Скопје, 2015**

**Република Македонија**  
**Ј.З.У. Центар за јавно здравје Скопје**

---

**Директор: д-р спец. Shemsi Musa**

---

**Обработка на податоците: Одделение за социјална медицина**

**Раководител на Одделението: прим. д-р сци. Весна Спирова**

**Уредник и автор: прим. д-р Марика Каранфилова,  
д-р сци. Валентина Симоновска,  
д-р Мелек Осман**

**Информатичка обработка: дипл. инг. Нијази Абдији**

## СОДРЖИНА

---

### I. Вовед

I.1 Инвестирањето во здравјето на жените и децата носи големи придобивки

**I.1.1 Намалување на сиромаштијата**

**I.1.2 Стимулирање на економската продуктивност и економскиот раст**

**I.1.3 Инвестирањето во здравјето на жените и децата е доходовно и исплатливо од стопански аспект**

**I.2 Можност на жените и децата да ги остварат основните човекови права**

---

I.2.1 Здравствено поддржани цели за одржлив развој на Светската здравствена организација (СДГ 3 и СДГ 5)

I.2.1.1 Обезбедување на здрав живот и промовирање на благосостојба за сите возрасти (СДГ3)

I.2.1.2 Да се постигне родова еднаквост и зајакнување на сите жени и девојки (СДГ 5)

**I.3 Сексуално и репродуктивно здравје**

---

I.3.1 Клучни достигнувања и предизвици во областа на сексуалното и репродуктивно здравје

I.3.2 Сексуално и репродуктивно здравје на адолесценти

I.3.3 Контрацептивни информации и услуги

I.3.4 Спречување на небезбедни абортуси

I.3.5 Сексуално преносливи инфекции

I.4 Матернална смртност и морбидитет

I.5 Насилството врз жени и девојки

I.6 Елиминирање на пренос на ХИВ инфекција и сифилис од мајка на дете

I.7 Подобрување на здравјето на жените во кризи

I.8 Менталното здравје кај жените

I.9 Туберкулоза кај жените

I.10 Физичката активност и возрасните

I.11 Здравјето на децата

II. Цели

III. Материјал и методи

IV. Резултати и дискусија

IV.1 Анализа на утврден морбидитет за жени во репродуктивниот период во примарната здравствена заштита

IV.2 Анализа на утврдениот морбидитет кај жените во репродуктивниот период во болничката здравствена заштита

IV.3 Инфективни заболувања кои се пренесуваат по полов пат

IV.4 ХИВ/СИДА кај жените во репродуктивниот период

IV.5 Туберкулоза кај жените во репродуктивниот период

IV.6 Анализа на утврден морбидитет кај деца од 0-6 години во примарната здравствена заштита

IV.7 Анализа на утврден морбидитет кај деца од 0 – 4 години во болничката здравствена заштита

IV.8 Породувања

IV.9 Абортуси кај жените во Скопскиот регион

V. Заклучоци

VI. Предлог мерки

VII. Користена литература

## I. ВОВЕД

Здравјето на жените и децата е одраз на здравјето на целото население, на развојот на општеството во целост, посебно на развиеноста на системот за здравствена заштита, на достапноста и квалитетот на здравствените услуги. Иднината на секоја заедница во голема мера е определена од начинот на кој општеството обезбедува услови за здрав почеток во животот и непрекинат физички, ментален и социјален развој на младите генерации. Затоа, од економска перспектива, инвестирањето во здравјето на децата и младите, а особено во антенаталниот период и детството е од големо значање за здравјето и трошоците во зрелите години. Инвестирањето во здравјето на жените и децата има клучна улога во развојот на заедницата. Тоа, не е само право, туку и нешто кое треба да се направи со цел да се изгради стабилно, мирно и продуктивно општество.

### I.1 Инвестирањето во здравјето на жените и децата носи големи придобивки

#### I. 1.1 Намалување на сиромаштијата

Ако жените и децата плаќаат помалку или не плаќаат за здравствени услуги, пристапот до здравствената заштита се подобрува и им се овозможува на посиромашните семејства да потрошат повеќе пари за храна, домување, образование и активности кои генерираат приход. Здравите жени работат попродуктивно и можно е да заработат повеќе во текот на својот живот. Потенцирањето на проблемот со слабата исхрана на бремените жени и децата и решавањето на истиот, води до зголемување на приходот на поединецот за 10% во текот на животот. Спротивно на тоа, лошите санитарни услови водат до појава на гастроинтестинални и паразитарни заболувања; со тоа се намалува продуктивноста и се зголемува отсуството на децата од училиште.

#### I.1.2 Стимулирање на економската продуктивност и економскиот раст

Бавниот раст на матерналната и новороденчката смртност е причина за глобална загуба на продуктивноста во САД, бидејќи секоја година се губат 15 билиони долари. Инвестирањето во здравјето на децата доведува до висок економски раст и нуди најдобра гаранција за продуктивна работна сила во иднина. На пример, помеѓу 30% и 50% од Азискиот економски раст меѓу 1965-1990 година се должи на: подобрување на репродуктивното здравје, намалување на стапката на новороденчката и доенечката смртност и стапката на фертилитет.

#### I.1.3 Инвестирањето во здравјето на жените и децата е доходовно и исплатливо од стопански аспект

Есенцијалната здравствена заштита превенира болест и инвалидност, а со тоа се штедат милијарди долари во лечење. Во многу земји, секој долар потрошен на

планирање на семејството, спасува најмалку четири долари што инаку ќе бидат потрошени на лечење на компликации кои произлегуваат од непланирана бременост. За помалку од 5 долари, а понекогаш и за помалку од 1 долар, имунизацијата на децата може да даде една година живот ослободен од попреченост и страдање.

## **I.2 Можност на жените и децата да ги остварат основните човекови права**

Луѓето имаат право на највисок можен стандард на здравствени услуги. Овој основен принцип на развој и човекови права е потврден од страна на многу земји во низа договори за меѓународни и регионални човекови права.

### I.2.1 Здравствено поддржани цели за одржлив развој на СЗО (СДГ 3 и СДГ 5)

#### I.2.1.1 Обезбедување на здрав живот и промовирање на благосостојба за сите возрасти (СДГ 3)

1. До 2030 година, намалување на глобалната стапка на смртност кај родилките на помалку од 70 на 100.000 живородени.
2. До 2030 година, да се стави крај на смртни случаи на новороденчиња и деца под 5-годишна возраст кои можат да се превенираат во сите земји, со цел да се намали неонаталната стапка на смртност и да се достигне стапка од 25 на 1000 живородени.
3. До 2030 година, да се стави крај на епидемијата од СИДА, туберкулоза, маларија и запоставени тропски заболувања. Исто така, треба да продолжи борбата против хепатит, водно-преносливи болести и други заразни болести.
4. До 2030 година, да се намали за една третина предвремената смртност од незаразни болести преку превенција и третман, како и да се работи на промовирање на менталното здравје и благосостојба.
5. Да се зајакне превенцијата и третманот на злоупотреба на супстанции, вклучувајќи наркотици и штетна употреба на алкохол.
6. До 2020 година, да се преполови глобално бројот на смртни случаи и повреди од сообраќајни несреќи.
7. До 2030 година, да се обезбеди универзален пристап до здравствена заштита за сексуално и репродуктивно здравје.
8. Да се постигне универзално здравствено осигурување, вклучувајќи ја и заштитата од финансиски ризик, пристап до квалитетни здравствени услуги од суштинско значење и пристап до безбедни, ефикасни, квалитетни и финансиски достапни есенцијални лекови и вакцини за сите.
9. До 2030 година, значително да се намали бројот на смртни случаи и болести предизвикани од штетни хемикалии, како и од загадување и контаминација на воздухот, водата и почвата.
- 10.а Да се работи на зајакнување на имплементацијата на Рамковната конвенција за контрола на тутнот на СЗО, во сите земји соодветно.

**10.б** Да се обезбеди поддршка на истражувањето и развојот на вакцини и лекови за заразните и незаразните болести кои првенствено се однесуваат на земјите во развој. Да се обезбеди пристап до достапни есенцијални лекови и вакцини, во согласност со Декларацијата од Доха, која го афирмира правото на земјите во развој да ги користат во целост одредбите на Договорот за трговските аспекти на правата на интелектуална сопственост. Тие права се однесуваат на флексибилност со цел да се заштити јавното здравје и да се обезбеди пристап до лекови за сите.

**10.в** Значително да се зголеми здравственото финансирање и вработувањето, развојот, обуката и задржувањето на здравствената работна сила во земјите во развој, особено во најнеразвиените земји и малите островски земји во развој.

**10.г** Да се зајакне капацитетот на сите земји, особено на земјите во развој, за рано предупредување, намалување на ризикот на управување со националните и глобални здравствени ризици.

I.2.1.2 Да се постигне родова еднаквост и зајакнување на сите жени и девојки (СДГ 5)

**1.** Да се елиминираат сите форми на насилство врз сите жени и девојки во јавната и приватната сфера, вклучувајќи и трговија со луѓе и сексуална и друг вид експлоатација.

**2.** Да се елиминираат сите штетни практики, како детски, ран и присилен брак и гениталното осакатување на жените.

**3.** Да се обезбеди универзален пристап до права за сексуално и репродуктивно здравје и репродуктивни права како што е договорено во согласност со Програмата за акција на Меѓународната конференција за население и развој и Пекиншката платформа за акција и произлезената документација од нивните ревизиони конференции.

### **I.3 Сексуално и репродуктивно здравје**

---

I.3.1 Клучни достигнувања и предизвици во областа на сексуалното и репродуктивно здравје

Постигнат е напредок во неколку области:

- Намалување на стапките на нова ХИВ инфекција во многу земји,
- Свкупно намалување од 50% на матернален морталитет и
- Зголемување на употребата на модерната контрацепција (Извештај од глобално истражување на UNFPE).

И покрај овој ветувачки напредок, остануваат значителни празнини во обезбедување на универзален пристап до репродуктивното здравје. Проблемите со сексуалното и репродуктивно здравје претставуваат една третина од вкупниот глобален товар на болести кај жените на возраст меѓу 15 и 44 години, и заедно со насилството врз жените и девојките остануваат најчести злоупотребувани човекови права во светот.



### I.3.2 Сексуално и репродуктивно здравје на адолесценти

Се проценува дека 16 милиони раѓања се случуваат кај младите жени на возраст од 15-19 години, што претставува 11% од сите раѓања. Околу 12% од адолесцентките во земјите со низок и среден приход се во брак на возраст од 15 години, а дури 30% се во брак на возраст од 18 години; со тоа се зголемува ризикот за негативни здравствени последици во рана бременост. Од проценетите 22 милиони небезбедни абортуси што се случуваат секоја година, 15% се јавуваат кај младите жени на возраст од 15-19 години, а 26% се јавуваат кај оние на возраст од 20-24 години.

Само во Африка, околу 3 милиони девојчиња се изложени на ризик за претрпување на генитално осакатување кај жените секоја година. Младите луѓе на возраст од 15-24 години се во првите редови на ХИВ епидемијата со 41%, од сите нови ХИВ инфекции кај возрасните во 2009 година.

### I.3.3 Контрацептивни информации и услуги

Во светот, се проценува дека 222 милиони жени имаат неисполнета потреба за модерна контрацепција; потребата е најголема онаму каде што ризиците од смртност на родилките се највисоки, во најмалку развиените земји. Шест од десет жени кои не сакаат да забременат, или кои сакаат да ја одложат следната бременост, не користат никаков модерен метод на контрацепција.

Жени со непланирана бременост се со поголема веројатност да добијат несоодветна или одложена пренатална грижа и да имаат полоши здравствени исходи како што се: новородени со ниска родилна тежина, смртност кај доенчиња, матернален морталитет и морбидитет.

Според проценките за 2012 година, обезбедувајќи пристап до контрацепција за сите жени во земјите со низок и среден приход, кои во моментот имаат неисполнета потреба за модерни методи на контрацепција: ќе се спречат 54 милиони несакани бремености, 26 милиони абортуси и 7 милиони случаи на рана фетална смртност. Ова, исто така, ќе спречи 79 000 случаи на матернална смртност и 1,1 милиони случаи на доенечка смртност.

### I.3.4 Спречување на небезбедни абортуси

Во 2008 година, се проценува дека се случиле 22 милиони небезбедни абортуси. Околу 47 000 смртни случаи поврзани со бременоста (13%) се припишуваат на компликации на небезбедни абортуси. Една неодамнешна студија проценува дека секоја година во земјите со низок и среден приход, 5 милиони жени се примени во болница како резултат на компликација од небезбеден абортус. Речиси сите небезбедни абортуси (98%) се јавуваат во земјите со низок и со среден приход. Стапката на индуцирани абортуси е намалена од **35** на 1000 жени на возраст од 15-44 години во 1995 година на **26** на 1000 во 2008 година. Иако овој тренд дава надеж, намалувањето во голема мера се припишува на падот на стапката на безбеден абортус, додека стапката на небезбедни абортуси останала релативно

константна од 2000 година (околу 14 отсто на 1000 жени на возраст од 15-44 години).

Младите жени се особено ранливи онаму каде што пристапот до ефективни контрацептивни методи се ограничува за мажените жени, и онаму каде што случаите на несогласен сексуален однос меѓу жената и мажот се високи. На пример, во Африка, од сите небезбедни абортуси, две третини се однесуваат на млади жени на возраст под 25 години.

### **I.3.5 Сексуално преносливи инфекции**

Терминот сексуално преносливи болести (СПБ) се користи за да се опишат различни клинички синдроми и инфекции предизвикани од патогени микроорганизми кои можат да бидат стекнати и се пренесуваат преку сексуална активност. Во 2008 година, на глобално ниво се проценува дека 500 милиони нови случаи на сексуално преносливи болести може да се излечат (гонореја, хламидија, сифилис и трихомонијаза). Покрај тоа, 536 милиони луѓе се очекува да живеат со неизлечив херпес симплекс вирус тип 2 (HSV-2) инфекцијата. Околу 291 милион жени во секој момент имаат ХПВ инфекција, и веројатно е дека бројот на ХПВ-инфицирани мажи е сличен. Понатаму, сексуално преносливите инфекции резултираат со голем глобален товар на сексуални, репродуктивни и последици врз здравјето на мајките и децата.

На пример, сифилис во бременоста доведува до 305 000 случаи на фетална и неонатална смртност и околу 215 000 деца секоја година имаат зголемен ризик од смрт од предвремено породување, ниска родилна тежина или вродени болести.

Хуман папилома вирусната инфекција причинува околу 530 000 случаи на рак на грлото на матката и 275 000 случаи умираат од оваа болест секоја година. Исто така, сексуално преносливи инфекции, како што се гонореја и хламидија се важни причини за неплодност. Гонорејата и хламидијата се главните причини за пелвична воспалителна болест и стерилитет.

## **I.4 Матернална смртност и морбидитет**

Меѓу 1990 и 2010 година, смртноста на родилките во светот е намалена за речиси 50%. Сепак, секој ден, околу 800 жени умираат од причини кои можат да се спречат, а се поврзани со бременост и породување; 99% од овие смртни случаи се случуваат во земјите со низок или земјите со среден приход. Матернална смртност е повисока кај жените кои живеат во руралните области и во посиромашните заедници. Младите адолесцентки се соочуваат со поголем ризик од компликации и смрт како резултат на бременост отколку повозрасните жени. Квалификувана заштита пред, за време и по породувањето може да го спаси животот на жените и новородените.

## **I.5 Насилството врз жени и девојки**

---

Се проценува дека, една од три жени на возраст од 15-49 години доживеала физичко и / или сексуално насилство од интимниот партнер или од друго лице. 30% од сите жени на возраст од 15-49 години кои биле во врска доживеале физичко и / или сексуално насилство од интимниот партнер во текот на нивниот живот. 29% од адолесцентките на возраст од 15-19 години кои биле во врска, се проценува дека искусиле физичко и / или сексуално насилство од интимниот партнер во нивниот живот. Преваленцата на насилство од интимниот партнер варира во зависност од географскиот регион. Таа се движи од 24,6% во Регионот на Западен пацифик, до 37,7% во Југо-источниот азиски регион на СЗО. Преваленцата во земјите со висок приход е 23,2%.

## **I.6 Елиминирање на пренос на ХИВ инфекција и сифилис од мајка на дете**

---

Секоја година, на глобално ниво, околу 1,4 милиони жени кои живеат со ХИВ забремениле. Ако не се лекуваат, тие имаат 15-45% шанси за пренесување на вирусот на своите деца за време на бременоста, породувањето или доењето. Сепак, тој ризик се намалува на само 1% ако антиретровирусни лекови се даваат на мајките и децата во тек на развојните фази на јавување на инфекцијата. Бројот на деца родени во текот на една година со ХИВ, речиси е преполовен од 400.000 во 2009 година на 240.000 во 2013 година. Потребни се интензивни напори за да се достигне глобалната цел, до 2015 година да има помалку од 40.000 новородени деца со инфекции на годишно ниво.

Речиси 1 милион бремени жени во светот се заразени со сифилис на годишно ниво. Ова може да резултира со рана фетална загуба и раѓање на мртво дете, неонатална смрт, доенчиња со ниска родилна тежина и сериозни неонатални инфекции. Сепак, примената на едноставни, ефективни скрининг и третман опции за време на бременоста, како што е лекувањето со пеницилин, може да ги елиминира повеќето од овие компликации.

### **I.6.1 Глобални напори да се спречи пренос на ХИВ и сифилис од мајка на дете**

Во 2012 година, 360 000 бремени жени заразени од сифилис имале мртвородени деца, неонатални смртни случаи, предвремено породување и инфицирани бебиња. До 2014 година, во повеќе од 40 земји биле тестирани 95% или повеќе од бремените жени во антенатална заштита за сифилис. Но, иако е постигнат напредок, многу земји имаат сеуште потреба да дадат приоритет на превенцијата и третманот поврзани со пренос на сифилис од мајка на дете.

Помеѓу 2009 и 2013 година, процентот на бремени жени кои живеат со ХИВ во земјите со низок и среден приход двојно повеќе на број примале ефективни антиретровирусни лекови за да се спречи преносот на вирусот на нивните деца. Ова значи дека на глобално ниво, 7 од 10 бремени жени кои живеат со ХИВ во земјите со низок и среден приход треба да добијат ефективни антиретровирусни лекови за да се спречи преносот на вирусот на нивните деца.

## **I.7 Подобрување на здравјето на жените во кризи**

---

Повеќе од една третина од смртните случаи на мајките во светот се случуваат во услови на криза. Во долготрајни кризи и обнова постои недостаток на пристап до основни и сеопфатни итни акушерски услуги, а само мал процент на породувања во овие ситуации се извршуваат од стручни здравствени работници. И понатаму постои недостиг на соодветни услуги за жртвите на сексуално насилство, недоволни услуги за превенција и третман на сексуално преносливи инфекции / хумана имунодефициенција (ХИВ), како и неисполнети потреби за планирање на семејството. Приоритети кои се одредени за делување во долготрајни кризни состојби се:

1. Основна цел во текот на долготрајна криза и во обнова по судир и природни непогоди е *брзо, правично и одржливо градуирање на услугите за сексуално и репродуктивно здравје*. Ова може да се гарантира само преку јакнење на здравствените системи кои се зацврстуваат во рамките на хармонизирана и кохерентна крос-секторска политика, планирање и акција. Одржливи интервенции се од суштинско значење за да се обезбеди правото на здравје на засегнатите групи, за да се спречи регресија на опфатот во текот на периодот на опоравување и зајакнување на здравствениот систем, за подобро да се издржат сите идни кризи.
2. *Минимален почетен пакет на услуги за сексуално и репродуктивно здравје* е приоритетен сет на активностите за заштита на животот и негова имплементација на почетокот на секој итен случај. Ова бара подобра проценка на потребите во однос на здравјето и на покриеноста со услуги; градуирање на обезбедените услуги преку сеопфатна примарна здравствена заштита, користејќи пристапи базирани на докази; обраќајќи внимание на човечките ресурси, вклучувајќи и стандардизирана обука за здравствените работници и зајакнување на капацитетот на локалниот персонал, владини и заинтересирани страни од приватниот сектор, вклучувајќи ги и невладините организации.
3. Потребна е потесна *соработка меѓу хуманитарни и други институции* со цел за побрзо консолидирање на здравствениот систем со што ќе се спречи падот на покриеност со здравствени услуги и ќе се одржи соодветно финансирање на здравствениот систем. За тоа е потребен вистински партнерски пристап што бара концентриран напор на сите национални и меѓународни чинители. Со ова ќе се постигне мобилизирање на сите засегнати страни на национално и меѓународно ниво, вклучително и донатори, за поддршка и креирање на повеќе политики, за квалитетено обновување на здравјето, стратегии и акциони планови кои можат да создадат потребна економска рамка во текот на овие долги и тешки периоди.
4. Признавање и *поддржување на лидерската улога на националните и локалните власти, заедници и корисниците во обезбедувањето сексуалното и репродуктивно здравје*. Ова би требало да почне од формулацијата на политиките и стратегијата за приоритети и развој на планови и програми за акција на градуираните услуги.

Партнерства на глобално ниво, но и земјата да има основна одговорност за поддршка и зајакнување на капацитетите на националните и локалните актери за да се обезбеди вклучување на заедницата и поединците.

"Подобрување на здравјето на жените, во кризи" е информатор на СЗО кој се фокусира на една тема која е од витално значење за време на хуманитарните кризи: заштита, дијагноза и третман на жените и нивните здравствени потреби, особено во ситуации на насилни конфликти.

Масовните силувања, киднапирања, сексуалното ропство и друго брутално сексуално насилство станува вообичаено насилство во многу кризни состојби. Во многу, ако не и во повеќето случаи, сторителите никогаш не се фатени и казнети, додавајќи дополнителна навреда на повредата за оние кои се злоставувани. Не може и не смее да се дозволи овие сторители да бидат неказнети за такви злосторства. Жените кои биле нападнати со себе ги носат и физичките и емоционалните лузни. Честопати нивните сексуални повреди се толку сериозни што тие треба да се лекуваат со специјализирани гинеколози и друг персонал. Жртвите на сексуалната злоупотреба се соочуваат со зголемен ризик од сексуално преносливи инфекции, вклучувајќи ХИВ, и можност за бременост.

Емоционалните лузни, исто така се длабоки повреди. Жртвите на сексуално насилство се соочуваат со срам, стигматизација, социјална и економска изолација, а можеби и долгорочно психолошко пореметување. Жените кои биле жртви на сексуално насилство, заслужуваат повисок степен на приоритет. Се проценува дека најмалку 65% од милиони раселени од конфликт во светот се жени и девојки. Овие жени и девојки се соочуваат со дневно лишување и несигурност. Многумина се соочуваат со закана од насилство вклучувајќи ги и активностите кога се вклучени во основните дневни задачи за опстанок како на пример носење вода или собирање храна. Тие немаат пристап до здравствените услуги кои се однесуваат на физички и душевни последици од конфликт и поместување и може да умрат при породување бидејќи основните репродуктивни здравствени услуги не се достапни. Насилството врз жените - вклучувајќи и сексуално насилство - се документирани, особено во кризни ситуации поврзани со вооружени конфликти.

Силувањето се користи за да се брутализираат и понижуваат цивили, како оружје на војната и на политичката моќ и како тактика во кампања за етничко чистење. Исто така, насилството врз жените од страна на интимниот партнер или сопруг, е честа појава во бегалски и внатрешно раселени логори. Сексуалното насилство во кризни состојби е особено важно бидејќи носи голем број на сексуални и репродуктивни здравствени проблеми, вклучувајќи и несакана бременост, сексуално преносливи инфекции, повреди на гениталиите; еднакво е важно и обезбедувањето на безбедно мајчинство.

## **I.8 Менталното здравје кај жените**

---

Менталната болест е поврзана со значително оптоварување на морбидитетот и со инвалидност. Стапките на распространетост на било каков вид на психичко растројство се повисоки отколку што се мисли и сè повеќе се зголемуваат во последните години. Се проценува дека се присутни кај речиси половина од

населението. Душевната болест често е незабележана од страна на лекарите; помалку од половина од оние кои ги исполнуваат дијагностичките критериуми за психолошки нарушувања се идентификувани од страна на лекарите. Пациентите, исто така, ретко се подготвени да побараат стручна помош. Само 2 од секои 5 лица кои се соочуваат со нарушување во расположението, анксиозност или користење на штетни супстанции бараат помош во текот на годината на почетокот на овие нарушувања. Свкупната стапка на психијатриско нарушување е речиси идентична и за мажите и за жените, но впечатливи полови разлики се наоѓаат во видот на менталната болест.

Зошто е значаен полот?

Полот е критична детерминанта на менталното здравје и менталната болест. Морбидитетот поврзан со ментална болест има добиено значително повеќе внимание отколку специфичните детерминанти и половите механизми со кои се промовира и штити менталното здравје и се поттикнува отпорноста на стрес и катастрофа. Половите разлики се јавуваат особено во стапките на заедничките ментални нарушувања - депресија, анксиозност и соматски нарушувања. Овие нарушувања, во кои жените доминираат, влијаат на околу 1 од 3 луѓе во заедницата и претставува сериозен здравствен проблем.

Униполарната депресија се предвидува да биде втора водечка причина за глобалниот товар за попреченост од 2020 година, и е двапати почеста кај жените.

Депресијата не е само проблем со менталното здравје најчесто кај жените, но може да биде поистрајно кај жените отколку кај мажите. Потребни се повеќе истражувања. Намалување на преголемата застапеност на жените кои се во депресија значително ќе придонесе за намалување на глобалниот товар на инвалидност предизвикана од психолошки нарушувања.

Преваленцата на зависност од алкохол, е уште едно заедничко нарушување, и е повеќе од два пати повисока кај мажите отколку кај жените. Во развиените земји, околу 1 од 5 лица, а 1 од 12 жени, развиваат зависност од алкохол во текот на нивниот живот.

Мажите, исто така, имаат повеќе од три пати поголема веројатност да бидат дијагностицирани со антисоцијалното растројство на личноста отколку жените.

Нема обележано полови разлики во стапките на тешки ментални нарушувања како шизофренијата и биполарното нарушување што влијае на помалку од 2% од населението.

Половите разлики се пријавени во возраста од почетокот на симптомите, и се разбира, овие нарушувања бараат различно социјално прилагодување. Инвалидноста поврзана со ментална болест паѓа најтешко кај оние кои се соочуваат со три или повеќе коморбидни пореметувања. Повторно, жените доминираат.

### *Полово специфични фактори на ризик*

Полово специфични фактори на ризик за заеднички ментални нарушувања кои влијаат несразмерно врз жените се: половото насилство, социо-економски неповолна положба, ниски примања и нееднаквост во приходите, низок или подреден социјален статус и ранг, и незапирливата одговорност во грижата за другите.

Високата стапка на сексуално насилство на кое се изложени жените и соодветно високата стапка на посттрауматското стресно нарушување (ПТСН), ги прави жените најголема поединечна група на луѓе погодени од ова нарушување.

Економските и социјалните политики кои предизвикуваат ненадејни, вознемирувачки и тешки промени на приходот, вработувањето и социјалниот капитал, кои не може да се контролираат или да се избегнат, значително влијаат на зголемување на половата нееднаквост во стапката на заедничките ментални нарушувања.

### *Полови предрасуди*

Полова пристрасност се случува во третманот на психолошките нарушувања. Кај лекарите има поголема веројатност да се дијагностицира депресија кај жените во однос на мажите, дури и кога тие имаат слични резултати на стандардизирани тестови за депресија или присутни се идентични симптоми.

Женскиот пол е значаен индикатор за да им се припишува менување на расположението и психотропни лекови.

Постојат полови разлики во моделите на барање помош за психичко растројство. Жените се со поголема веројатност да бараат помош и да ги откријат проблемите со менталното здравје на нивниот матичен лекар, додека мажите се со поголема веројатност да се бара специјалист за ментално здравје и се главните корисници на болничка нега.

Мажите почесто од жените ги откриваат проблемите со употреба на алкохол на давателите на здравствените услуги.

Половите стереотипи во однос на склоност кон емоционалните проблеми кај жените и проблеми со алкохолот кај мажите, се многу важни појави за да се зајакне и да се ограничи социјалната стигма и барање помош. Тие се пречка за точна идентификација и третман на психичкото растројство.

Покрај овие разлики, повеќето жени и мажи кои доживуваат емоционална болка и / или психичко растројство не се идентификувани или не се третираат од страна на лекар.

Насилството поврзано со ментални здравствени проблеми, исто така, лошо се идентификува. Жените не сакаат да ја откријат историја на насилната виктимизација, освен ако лекарите не ги прашаат директно за тоа.

Комплексноста на насилството поврзано со здравствени исходи се зголемува кога виктимизацијата е неоткриена и ќе резултира со високо оштетување на здравјето и менталното здравје.

### *Менталното здравје на жените*

Депресивните растројства се смета дека се блиски до 41,9% за инвалидност од невропсихијатриски болести кај жените во споредба со 29,3% кај мажите.

Водечки проблеми со менталното здравје на постарите возрасни лица се депресија, мозочен синдром и деменции, при што мнозинството се жени. Се проценува дека 80% од 50 милиони луѓе погодени од насилни конфликти, граѓански војни, катастрофи, како и поместување се жени и деца. Стапката на распространетост на

насилство врз жените се движи од 16% до 50%. Барем една од пет жени страда од силување или обид за силување во текот на животот.

Депресија, анксиозност, психолошко пореметување, сексуално насилство, семејно насилство и ескалацијата на стапки на користење на штетни супстанции влијаат врз жените во поголема мера од мажите во различни земји и различни средини. Сето ова е креирано од притисокот од нивните повеќебројни улоги, половата дискриминација и придружните фактори на сиромаштија, глад, неисхранетост, прекумерна работа, семејно насилство и сексуална злоупотреба. Вака комбинирани факторите на ризик имаат значително влијание на нарушување на менталното здравје кај сиромашните жени.

Постои позитивна врска помеѓу зачестеноста и тежината на таквите општествени фактори и на фреквенцијата и интензитетот на менталните здравствени проблеми кај жените. Тешките животни настани кои предизвикуваат чувство на загуба, инфериорност, понижување или заробување може да предизвикаат депресија.

До 20% од оние што користат услуги во примарна здравствена заштита во земјите во развој страдаат од анксиозност и/или депресивни растројства. Во повеќето центри, овие пациенти не се признаени и затоа не се третираат.

Комуникацијата меѓу здравствените работници и пациентите жени е исклучително авторитарна во многу земји, со што откривање на психолошка и емоционална болка на жената е доста тешко; жените често се стигматизирани. Кога жените се осмелуваат да ги откријат нивните проблеми, многу здравствени работници имаат тенденција да имаат полови прашања кои ќе ги доведат да бидат над-третираны или под-третираны.

Истражувањата покажуваат дека постојат 3 главни заштитни фактори против развојот на ментални проблеми особено депресијата. Тоа се:

1. доволно автономија да се применат некои контролни механизми како одговор на тешки настани;
2. пристап до некои материјални ресурси кои им овозможуваат избор на лицата во тешки настани;
3. психолошка поддршка од семејството, пријателите или здравствените услуги како силна заштита.

## **I.9 Туберкулоза кај жените**

---

Туберкулозата (ТБ) е заразна болест. На глобално ниво, таа е втора водечка причина за смрт од еден инфективен агенс, по вирусот на хумана имунодефициенција (ХИВ).

### *Оттовареност на жените со туберкулоза*

- Во 2013 година, се проценува дека 3,3 милиони жени се разболеле од ТБ, од кои приближно 70% од случаите им припаѓаат на Африка и Југоисточна Азија.

- ТБ е меѓу првите убијци на жените во репродуктивна возраст. 510.000 жени починале од туберкулоза во 2013 година.



- Од сите смртни случаи од ТБ и ХИВ поврзани на глобално ниво, околу половината (180.000), биле меѓу жените.
- Речиси 90% од смртните случаи од туберкулоза ХИВ асоцирани случаи меѓу жените се во Африка.

*Влијание на туберкулозата врз здравјето на родилките*

1. ТБ кај мајките е поврзана со шест пати поголем ризик за перинатална смртност и два пати поголем ризик на предвремено породување и ниска родилна тежина.
2. ТБ кај бремените жени кои живеат со ХИВ се зголемува.
3. Во Африка, ТБ стапките се до 10 пати повисоки кај бремените жени кои живеат со ХИВ отколку кај бремените жени без ХИВ инфекција.
4. Гениталниот тип на ТБ, кој е предизвик да се дијагностицира, се идентификува како важна причина за неплодност кај високата ТБ-инциденца.
5. Доказани случаи од Индија покажаа дека ТБ меѓу мајки кои живеат со ХИВ е поврзано со повеќе од двојно зголем ризик од вертикална трансмисија на ХИВ на неродено дете.

*Што можеме да направиме?*

1. ЗАЛОЖБИ: Мобилизирање и посветеност на глобално и локално ниво за да се обезбеди полого-рамноправен пристап, вклучувајќи здравствени услуги за превенција од туберкулоза, дијагноза, третман за нега и поддршка.
2. ИНТЕГРАЦИЈА: Интегрирање на скрининг на ТБ и испитување на репродуктивното здравје, вклучувајќи и планирање на семејството, антенатална и постнатална грижа во сите средини. Акцентот треба да се даде на девојките и жените кои живеат со ХИВ:
  - собирање на податоци: подобрување на евидентирање и известување за ТБ, според пол и возраст, вклучително и за ТБ во почетокот на третманот и исходот.
  - мониторинг системи: промовирање на имплементација на интегрирани системи за следење на пациентот со ХИВ и ТБ.
3. ИСТРАЖУВАЊЕ И РАЗВОЈ: потребно е зголемено истражување за развој на нови дијагностички постапки и нови лекови.
  - ТБ е болест на сиромаштијата и влијае на ранливите групи. Огромното мнозинство на смртни случаи од ТБ се во земјите во развој;
    - неухранетоста и небезбедната храна може да го влоши ризикот од ТБ болест; други закани како што се зголемување на употребата на тутун и дијабетес кај жените, исто така, резултира со зголемување на ТБ товарот.
    - На глобално ниво, повеќе мажи отколку жени заболуваат од туберкулоза на годишно ниво.
    - Отстранување на стигмата и дискриминацијата во некои земји кај жените кои се болни од туберкулоза и избегнувани од страна на нивните семејства и заедници.
    - Културни и финансиски бариери може да дејствуваат како главни пречки за жените кои бараат заштита што резултира со посериозна болест.

- ТБ влијае главно на жените кога тие се економски и репродуктивно активни, но влијанието на болеста, исто така, силно се чувствува од страна на нивните деца и семејства.

## **I.10 Физичката активност и возрасните**

---

### *Глобални препораки за физичка активност за здравјето Физичка активност за сите*

Овие препораки се релевантни за сите здрави возрасни лица на возраст од 18-64 години, освен ако специфични медицински состојби укажуваат на спротивното. Тие важат за сите возрасни лица, без оглед на пол, раса, етничка припадност или ниво на приходи. Тие, исто така, се однесуваат на поединци во оваа возрасна група со хронични незаразни состојби кои не се однесуваат на мобилноста, како хипертензија или дијабетес.

Овие препораки може да важат за возрасни лица со пречки во развојот. Сепак, може да бидат потребни прилагодувања за секое лице поединечно врз основа на нивните капацитети за вежбање и одредени ризици по здравјето или ограничувања.

Постојат повеќе начини на акумулација на вкупно 150 минути неделно физичка активност. Концептот на акумулација се однесува на постигнување на целта од 150 минути неделно, со извршување на активности во повеќе пократки епизоди, од најмалку 10 минути, во текот на целата недела: на пример, 30 минути на умерен интензитет активност 5 пати неделно.

Бремени, постпартални жени и лицата со срцеви настани треба да преземат дополнителни мерки на претпазливост и да се побара лекарска помош пред да се настојува да се постигнат препорачаните нивоа на физичка активност за оваа возрасна група.

## **I.11 Здравјето на децата**

---

### *Смртност кај децата*

Една од целите на Милениумските развојни цели (MDGs) и на документот на Обединетите нации насловен „Свет по мерка на децата“ е да се намали смртноста кај доенчињата и кај децата под петгодишна возраст. Милениумските развојни цели особено повикуваат на намалување на смртноста кај децата на возраст под пет години за две третини во периодот од 1990 до 2015 година. Користењето директни извори за смртноста кај децата од историите на раѓање е губење време, поскапо е и бара поголемо внимание во обуката и надзорот. Од друга страна, развиените индиректни методи за мерење на детската смртност даваат цврсти оценки кои што може да се споредат со оценките добиени од други извори. Стапката на смртност

на доенчињата е веројатноста за смрт пред првиот роденден. Стапката на смртност на дете на возраст под пет години е веројатноста од умирање пред петтиот роденден. Во Мултииндикаторското кластерско истражување за следење на состојбата кај децата и кај жените во Република Македонија (2011), стапката на смртност на доенчињата и на децата под пет години е пресметана врз база на индиректна техника на пресметување, позната како Brass-ов метод (Обединети нации, 1983, 1990 а, 1990 б).

Според податоците на Заводот за заштита на мајки и деца, стапката на смртност кај доенчињата во 2005 изнесува 12,8 на 1000 живородени и стапката на смртност во возрастната група под 5 години изнесува 14,4 на 1000 живородени; во 2014 година вредноста на овој индикатор е 10,4 на 1000 живородени. Постои извесна разлика помеѓу веројатностите за смртност пред петтата година од животот помеѓу урбаната и руралната средина, 10 спрема 26 на 1000 живородени. Исто така, постојат значителни разлики во смртноста спрема нивото на образование и доходот.

*Дијареата* е втората водечка причина за смрт меѓу децата на возраст до пет години во целиот свет. Поголемиот дел од смртните случаи од дијареа кај децата се последица на дехидратација поради губење на големи количини на вода и електролити од телото и поради течна столица. Решавањето на дијареата – преку орална рехидрација со сол може да спречи многу од тие смртни случаи. Спречувањето на дијареата и на недоволната нахранетост по пат на зголемување на внесот на течности и продолжување со хранење на детето, исто така, се важни стратегии за совладување на дијареата.

### *Образование*

Според Мултииндикаторско кластерско истражување во РМакедонија 2005-2006 година: единаесет проценти од децата на возраст од 36 до 59 месеци посетуваат предучилишно образование во раното детство. Опфатот е речиси десет пати поголем во градските подрачја отколку во руралните.

Во однос на основното образование, во учебната 2013/2014 година, Скопскиот регион учествува со 32,6% во вкупниот број на запишани ученици во основно образование во РМакедонија (Регионите на РМ 2015, Државен завод за статистика на РМ). Практично и не постои разлика помеѓу стапките на посетување на училиште во однос на машки/женски деца и градски/селски подрачја.

Во однос на средното образование, Скопскиот регион учествува со 31,2% од вкупниот број запишани ученици на средношколска возраст (од 15 до 18 години) во Република Македонија (Регионите на РМ 2015, Државен завод за статистика на РМ)..

### *Вода и санитарен систем*

Деведесет и еден процент од популацијата има вода која преку цевки е доведена до куќата или во дворното место. Овој процент е повисок во урбаните места (96%) отколку во руралните средини (84%). Во руралните средини, 10% од населението имаат бунари со пумпа и 4 % имаат заштитен бунар. Деведесет и три проценти од

населението користи санитарни средства за исфрлање на изметот. Деведесет проценти имаат тоалет кој што е поврзан со канализационата мрежа или со септичка јама. Септичките јами почесто се среќаваат во руралните средини; 53% од селското население користат септичка јама, а во урбаните средини, 12% од населението спаѓаат во оваа категорија.

### *Детска потхранетост*

Состојбата со хранење на децата е одраз на целокупното нивно здравје. Кога на децата им се достапни адекватни прехранбени намирници, тие не се изложени на повторлива болест и добро се негувани, го достигнуваат својот можен раст и се смета дека се добро хранети. Погрешната исхрана е причина за повеќе од половина од смртните случаи на сите деца во светот. Недоволно исхранетите деца најверојатно ќе умрат поради неисхранетост во детството, а оние коишто ќе преживеат, постојано се болни и слабо напредуваат. Три четвртини од децата коишто умираат од причини поврзани со неисхранетост биле само слабо неисхранети – без да покажат надворешен знак за својата ранливост. Конкретната цел на Милениумските развојни цели во периодот 1990 – 2015 година е за половина да се намали бројот на лицата кои страдаат од глад. Целта на декларацијата Свет по мерка на децата е да се намали општата распространетост на неисхранетоста на децата под петгодишна возраст најмалку за една третина (од 2000 до 2010 година), со посебно внимание на децата на возраст под 2 години. Намалувањето на општата распространетост на неисхранетоста ќе ја помогне целта за намалување на смртноста кај децата.

Два проценти од децата на возраст под пет години имаат недоволна тежина, 9% се премногу ниски за својата возраст (со забавен развој), а 2% се премногу слаби за својата висина (изнемоштени). Децата чии мајки имаат средно образование најмалку е веројатно дека ќе бидат со недоволна тежина и ниски во споредба со децата чии мајки се помалку образовани.

### *Доење*

Доењето во првите неколку години од животот ги штити децата од инфекција, претставува идеален извор на хранливи материи и е економично и сигурно. Сепак, многу мајки престануваат со доење премногу рано и честопати има притисоци да преминат на детска формула што придонесува за недоволен раст и ненахранетост и е небезбедно ако не е достапна чиста вода. Целите од Свет по мерка на децата наведуваат дека децата треба ексклузивно да се дојат 6 месеци и понатаму да се дојат со безбедно, соодветно и адекватно дохранување до 2 години и повеќе.

Светската здравствена организација и УНИЦЕФ ги даваат следните препораки и тоа:

- ексклузивно доење во првите шест месеци;
- продолжување на доењето две години и повеќе;
- безбедно, соодветно и адекватно дохранување почнувајќи од 6 месеци;
- зачестеност на дохранувањето: 2 пати на ден за доенчиња на возраст од 6 до 8 месеци; 3 пати на ден за доенчиња од 9 до 11 месеци.

Се препорачува доењето да започне во рок од еден час по породувањето. Приближно 16% од децата на возраст до шест месеци ексклузивно се дојат, ниво кое е значително пониско од она што се препорачува. На возраст од 6 до 9 месеци, 18% од децата добиваат мајчино млеко и цврста или полуцврста храна. На возраст од 20 до 23 месеци, 22% од децата продолжуваат да се дојат.

### *Имунизација*

Според Мултииндикаторско кластерско истражување во РМакедонија 2005-2006 година: деведесет и седум проценти од децата на возраст од 18 до 29 месеци примаат BCG вакцина до навршување на 12 месеци и првата доза од DPT вакцина (дифтерија, пертусис, тетанус) ја имаат примено 94% од децата. Процентот опаѓа во следните дози на DPT вакцина на 90% за втората и 82% за третата доза. Исто така, 95% од децата примаат Полио 1 (вакцина против детска парализа) на возраст до 12 месеци, а вакцинирањето со оваа вакцина опаѓа до 81% на третата доза. Осумдесет проценти од децата примаат вакцина против сипаници (во форма на вакцина за морбили, рубеола, заушки) на возраст до 18 месеци. 60% од децата ги примиле сите осум препорачани вакцини според националниот календар на имунизација.

## **II. ЦЕЛИ**

Основна цел е да се прикаже и анализира здравствената состојба на жените во репродуктивниот период и на децата од Скопскиот регион за периодот од 2010 до 2014 година.

Понатаму, наша цел е да ги споредиме демографските индикатори и индикаторите на здравствената заштита за овие вулнерабилни групи на население на Регионот со вредностите на индикаторите за Република Македонија и за останатите земји во светот.

Согласно добиените резултати и направената анализа во оваа Информација да се предложат мерки за подобрување на здравјето на мајките и децата.

## **III. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ**

Основен материјал за работа се индивидуалните и збирните извештаи кои во согласност со Законот за евиденции во областа на здравјето и Законот за јавно здравје, рутински се прибираат во Одделението за социјална медицина во Центарот за јавно здравје – Скопје.

Користен е статистичко информативен метод на работа и направена е дескриптивна анализа со презентација на индекси на структура, динамика и специфични стапки на зболеност за населението од Скопскиот регион.

## IV. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

### IV.1 Анализа на утврден морбидитет за жени во репродуктивниот период во примарната здравствена заштита

---

Примарната здравствена заштита на жените се спроведува во дејноста општа медицина и во дејноста здравствена заштита на жени.

Во ординациите по општа медицина, кај матичните доктори, се спроведува контрола и следење на општата здравствена состојба и овде се опфатени жените на возраст над 20 години. Во оваа информација се прикажани најчестите здравствени проблеми утврдени кај жените во генеративниот период, односно кај жените на возраст од 20 до 44 години.

Во текот на периодот од 2010-2014 година, оваа група жени го посетиле својот матичен доктор заради акутни воспаленија на горните дишни патишта и тоа заради **акутен фарингит (J02) и акутен тонзилит (J03)**. Во текот на целиот анализиран период овие заболувања биле рангирани на **прво место**. Индексот во 2014 година пораснал за **28,1%**. Специфичната стапка на заболеност на 1000 жени била највисока во последната година и тоа кај возрасната група жени од **25-34 години** (215,8‰). Табела 1. График 1.

На **второ место** во рангот била **есенцијалната хипертензија (I10)**. Индексот бил највисок во 2013 година, со 112,8%. Највисока специфична стапка на заболеност на 1000 жени имала возрасната група од 35-44 години во 2013 година (105,4/1000 ж.).

На **трето место** според фреквентноста се рангирани болестите од групата **дорзопатии (M40-M49, M53-M54)**. Индексот на динамика 2014/2010 година, покажува зголемување од 18,3%. Специфичната стапка на заболеност е највисока во 2014 година кај жените од 35-44 години (73,8/1000 ж.).

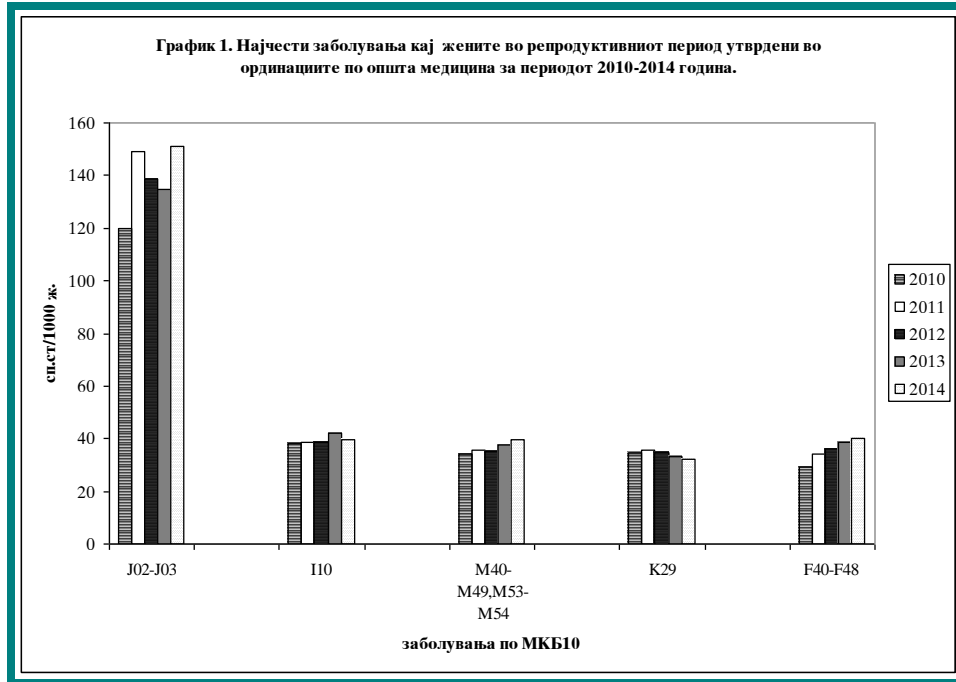
На **четврта позиција** во сите години се **воспаленијата на желудникот и дуоденумот** означени со категоријата **K29**. Индексот на динамика 2014/2010 година, покажува намалување од 5,9%. Највисока специфична стапка на заболеност е пресметана во 2011 година од 63/1000 жени кај возрасната група од 35-44 години.

На **петтата позиција** во анализираниот период е рангирана групата **на невротски, со стрес поврзани и соматоморфни растројства** означени со категориите F40-F48. Евидентен е постојан пораст на овие заболувања кои во 2014 година имаат зголемен базичен индекс од **138,6%**. Специфичната стапка на заболеност во сите пет анализирани години била највисока кај возрасната група од 35-44 години, а највисока вредност е забележана во 2014 година (72/1000 ж.).

**Табела 1. Најчести заболувања утврдени кај жените во репродуктивниот период во оринациите по општа медицина, во Скопскиот регион, во периодот од 2010-2014 година.**

Година	Дијагноза	Вкупно			20-24		25-34 г.		35-44 г.	
		Број	ст. на 1000ж.	индекс	Број	ст. на 1000ж.	Број	ст. на 1000ж.	Број	ст. на 1000ж.
2010	J02-J03	16196	119.8	100	1633	69.2	7931	169.5	6632	156.8
	I10	5139	38.0	100	70	3.0	931	19.9	4138	97.8
	M40-M49,M53-M54	4607	34.1	100	197	8.3	1563	33.4	2847	67.3
	K29	4694	34.7	100	397	16.8	1826	39.0	2471	58.4
	F40-F48	3953	29.2	100	213	9.0	1530	32.7	2210	52.3
2011	J02-J03	20220	149.3	124.8	1858	78.5	10104	215.5	8258	194.8
	I10	5253	38.8	102.2	47	2.0	931	19.9	4275	100.9
	M40-M49,M53-M54	4814	35.5	104.5	145	6.1	1627	34.7	3042	71.8
	K29	4839	35.7	103.1	261	11.0	1907	40.7	2671	63.0
	F40-F48	4637	34.2	117.3	178	7.5	1804	38.5	2655	62.6
2012	J02-J03	18829	138.6	116.3	1607	79.5	9047	196.0	8175	185.6
	I10	5238	38.6	101.9	75	0.3	947	20.5	4216	95.7
	M40-M49,M53-M54	4770	35.1	103.5	155	0.7	1671	36.2	2944	66.8
	K29	4714	34.7	100.4	241	1.0	1921	41.6	2552	57.9
	F40-F48	4923	36.2	124.5	222	0.9	1747	37.8	2954	67.1
2013	J02-J03	18469	134.5	114.0	1313	55.1	9025	194.9	8131	181.4
	I10	5795	42.2	112.8	81	3.4	992	21.4	4722	105.4
	M40-M49,M53-M54	5193	37.8	112.7	205	8.6	1879	40.6	3109	69.4
	K29	4585	33.4	97.7	241	10.1	1949	42.1	2395	53.4
	F40-F48	5320	38.8	134.6	247	10.4	2010	43.4	3063	68.3
2014	J02-J03	20739	151.1	128.1	1378	59.0	10087	215.8	9274	203.7
	I10	5446	39.7	106.0	61	2.6	937	20.0	4448	97.7
	M40-M49,M53-M54	5449	39.7	118.3	169	7.2	1922	41.1	3358	73.8
	K29	4415	32.2	94.1	222	9.5	1923	41.1	2270	49.9
	F40-F48	5479	39.9	138.6	193	8.3	2010	43.0	3276	72.0

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста општа медицина, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста општа медицина, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

**Специјализираната здравствена заштита на жените** во репродуктивниот период се реализира преку дејноста здравствена заштита на жени. Во ординациите на **матичните гинеколози** се контролира и се следи здравствената состојба на генитоуринарниот систем на жената, состојбата и можните компликации во текот на бременоста и по породувањето; се спроведуваат и превентивни прегледи за пренатална и постнатална заштита и рано откривање на неоплазми.

Во текот на анализираниот период, во гинеколошките ординации посетите заради **воспаление на вагината и вулвата** означени со N76 имале висока прва или втора позиција во рангот. Индексот на динамика бележи намалување од 14,4% во 2014 година. Највисоки специфични стапки на заболеност на 1000 жени во сите години се пресметани за возрасната група од **25-34 години**. Највисока вредност на оваа стапка е евидентна во 2010 година (92,6/1000 жени) (Табела 2. и График 2).

**Нарушувањата на менструацијата, N91-N92**, во рангирањето, исто така, ја менува својата позиција. Индексот на динамика 2014/2010 се намалил за 22,4%. Специфичните стапки на заболеност во овој период растат со возраста на жените и биле највисоки кај возрасната група од **45 до 49 години**. Највисока вредност на специфичната стапка на заболеност е пресметана во 2010 година со вредност од 83,1/1000 жени (Табела 2. и График 2).

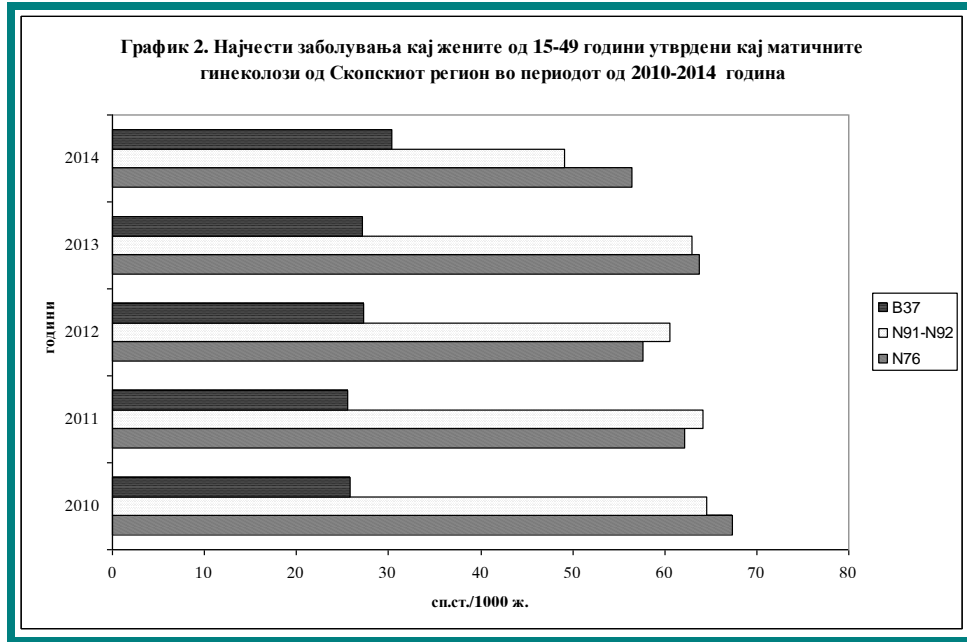


**Табела 2. Најчести заболувања кај жените од 15-49 години според возраст утврдени во ординациите на матичните гинеколози во Скопскиот регион, во периодот од 2010-2014 година.**

Година	Дијагноза МКБ10	Вкупно			15-24		25-34 г.		35-44 г.		45-49	
		Број	ст.на 1000ж.	индекс	Број	ст.на 1000ж.	Број	ст.на 1000ж.	Број	ст.на 1000ж.	Број	ст.на 1000ж.
2010	N76	10573	67.4	100	1810	39.3	4330	92.6	3265	77.2	1168	53.6
	N91-N92	10120	64.5	100	1769	38.4	3487	74.5	3054	72.2	1810	83.1
	B37	4049	25.8	100	717	15.6	1623	34.7	1213	28.7	496	22.8
2011	N91-N92	10091	64.1	99.7	1788	74.0	3423	73.0	3134	73.9	1746	80.0
	N76	9785	62.2	92.5	1732	86.1	3982	84.9	3011	71.0	1060	48.5
	B37	4026	25.6	99.4	638	1.4	1656	35.3	1218	28.7	514	23.5
2012	N91-N92	9552	60.6	94.4	1456	31.5	3064	66.4	3221	71.9	1811	81.4
	N76	9085	57.6	85.9	1429	31.0	3977	86.1	2761	61.6	918	20.5
	B37	4300	27.3	106.2	624	13.5	1842	39.9	1335	29.8	499	11.1
2013	N76	10193	63.7	96.4	1472	32.7	3908	84.0	3550	77.5	1263	55.3
	N91-N92	10083	63.0	99.6	1621	36.1	3406	75.8	3165	69.1	1891	82.7
	B37	4353	27.2	107.5	579	12.9	1805	40.2	1483	32.4	486	21.3
2014	N76	9050	56.5	85.6	1457	32.4	3704	79.2	2773	60.9	1116	48.9
	N91-N92	7856	49.1	77.6	1337	29.7	2606	55.7	2486	54.6	1427	62.5
	B37	4844	30.3	119.6	840	18.7	1993	42.6	1478	32.5	533	23.3

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста за здравствена заштита на жени, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

На третата позиција, во сите години на индексираниот период стои **кандидијаза на вулвата и вагината, B37.3**, заболување што е во групата на инфективни болести. Индексот на динамика во 2014 година се зголемил за 19,6%, а специфичната стапка на заболеност е највисока во истата година кај жените од 25 до 34 години со 42,6/1000 жени (Табела 2. и График 2.).



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста за здравствена заштита на жени, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

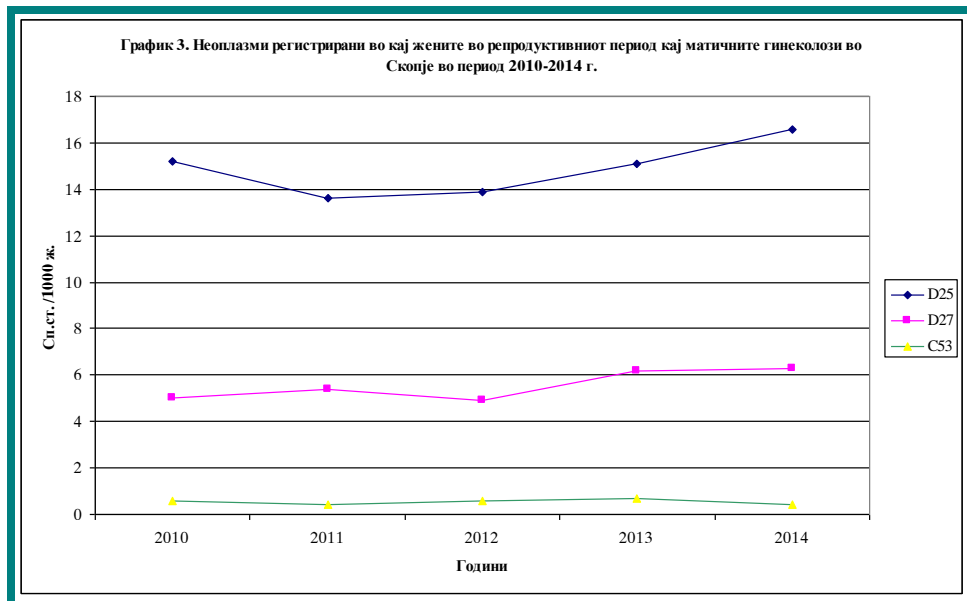
Во оваа информација одделно ги прикажуваме **туморозните заболувања** кои биле откриени и следени во **гинеколошките ординации**. Податоците говорат дека во текот на анализираниот период, **бенигната неоплазма на матката, D25, и бенигната неоплазма на јајникот, D27**, се во пораст. Индексот за D25 пораснал за 11,6%, а за D27 во 2014 година бил повисок за 27,3%. Специфичните стапки на заболеност се највисоки за **лејомиомот на матката** кај жените од 45-49 години (Табела 3 и График 3).

Индексот на динамика за **малигната неоплазма на грлото на матката** бележи **намалување од 29,4%**. Специфичната стапка на заболеност во сите години е највисока во возрасната група жени од 45-49 години.

**Табела 3. Најчести неоплазми кај жените од 15-49 г. според возраста утврдени во ординациите на матичните гинеколози во Скопскиот регион, во период од 2010-2014 година.**

Година	Дијагноза МКБ10	Вкупно			15-24		25-34 г.		35-44 г.		45-49	
		Број	ст. на 1000ж.	индекс	Број	ст. на 1000ж.	Број	ст. на 1000ж.	Број	ст. на 1000ж.	Број	ст. на 1000ж.
2010	D25	2386	15.2	100	38	0.8	438	0.9	1138	26.9	772	35.4
	D27	787	5.0	100	77	1.7	256	0.5	304	7.2	150	6.9
	C53	102	0.6	100	1	0.0	18	0.0	35	0.8	48	2.2
2011	D25	2135	13.6	89.5	31	0.2	401	8.6	1019	24.0	684	31.3
	D27	846	5.4	107.5	95	0.6	276	5.9	300	7.1	175	8.0
	C53	69	0.4	67.6	2	0.0	7	0.1	26	0.6	34	1.6
2012	D25	2189	13.9	91.7	26	0.1	408	0.9	1047	23.4	708	31.8
	D27	766	4.9	97.3	89	0.2	222	0.5	328	7.3	127	5.7
	C53	87	0.6	85.3	1	0.0	9	0.0	41	0.9	36	1.6
2013	D25	2410	15.1	101.0	27	0.1	457	9.8	1229	26.8	697	30.5
	D27	998	6.2	126.8	90	0.2	313	6.7	388	8.5	207	9.1
	C53	113	0.7	110.8	0	0.0	26	0.6	52	1.1	35	1.5
2014	D25	2663	16.6	111.6	39	0.9	558	11.9	1236	27.2	830	36.4
	D27	1002	6.3	127.3	105	2.3	350	7.5	350	7.7	197	8.6
	C53	72	0.4	70.6	0	0.0	14	0.3	32	0.7	26	1.1

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста за здравствена заштита на жени, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста за здравствена заштита на жени, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

**Табела 4. Посети за контрола на бременоста, постпородилна заштита и контрацепција, според возраста на жените, извршени во ординациите на матичните гинеколози во Скопје во период 2010-2014 година.**

Година	Дијагноза по МКБ10	Вкупно			15-24 г.		25-34 г.		35-44 г.		45-49 г.	
		Број	ст.на 1000ж.	индекс	Број	ст.на 1000ж.	Број	ст.на 1000ж.	Број	ст.на 1000ж.	Број	ст.на 1000ж.
2010	Z30	1875	11.9	100	489	10.6	836	17.9	448	10.6	102	4.7
	Z34-Z36	16176	103.1	100	4277	92.8	9887	211.3	2012	47.6	0	
	Z39	1851	11.8	100	458	9.9	1157	24.7	236	5.6	0	
2011	Z30	1952	12.4	104.1	452	9.8	922	2.0	480	11.3	98	
	Z34-Z36	16079	102.2	99.4	4117	89.0	10058	214.5	1904	44.9	0	
	Z39	1976	12.6	106.8	508	1.1	1175	25.1	293	6.9	0	
2012	Z30	1868	11.8	99.6	453	9.8	931	20.2	393	8.8	91	4.1
	Z34-Z36	15940	101.1	98.5	3748	81.2	10211	221.2	1981	44.2	0	
	Z39	1574	10.0	85.0	356	7.7	989	21.4	229	5.1	0	
2013	Z30	1743	10.9	93.0	400	8.9	825	17.7	432	9.4	86	3.8
	Z34-Z36	16302	101.8	100.8	3660	81.4	10277	220.8	2365	51.7	0	
	Z39	1562	9.8	84.4	337	7.5	990	21.3	235	5.1	0	
2014	Z30	1573	9.8	83.9	436	9.7	657	14.1	379	8.3	101	4.4
	Z34-Z36	15355	95.9	94.9	3536	78.5	9584	205.0	2235	49.1	0	
	Z39	1196	7.5	64.6	241	5.4	782	16.7	173	3.8	0	

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста за здравствена заштита на жени, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

Од превентивните прегледи, со најголема фреквенција се регистрирани посетите за спроведување на **антенатален скрининг** и друг **надзор на бременоста (Z34-Z36)**. Идексот на динамика варира околу 100% во базичната 2010 година.

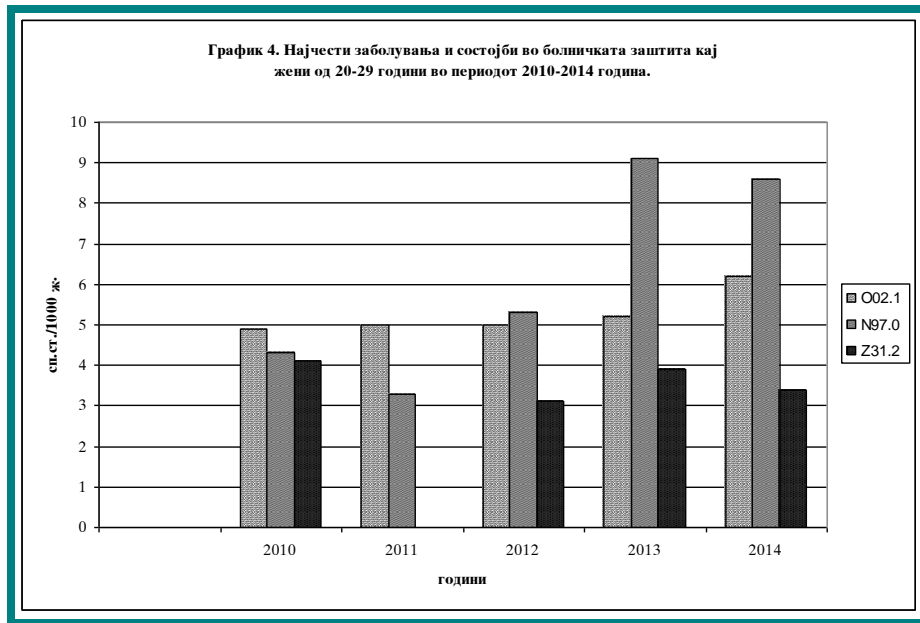
Со видно помали фреквенции се регистрирани посетите за спроведување на **контрацепција (Z30)** и посетите за **постпородилна заштита и преглед (Z39)**. Нивните индекси на динамика бележат опаѓање, особено кај **постпородилните прегледи**, за 35,4% во 2014 година (Табела 4).

#### **IV.2 Анализа на утврдениот морбидитет кај жените во репродуктивниот период во болничката здравствена заштита**

Во Информацијата е направена анализа на **болничкиот морбидитет** кај три возрастни категории на жени од репродуктивниот период и тоа кај жени од: **20-29** години, од **30-39** години и од **40-49** години.

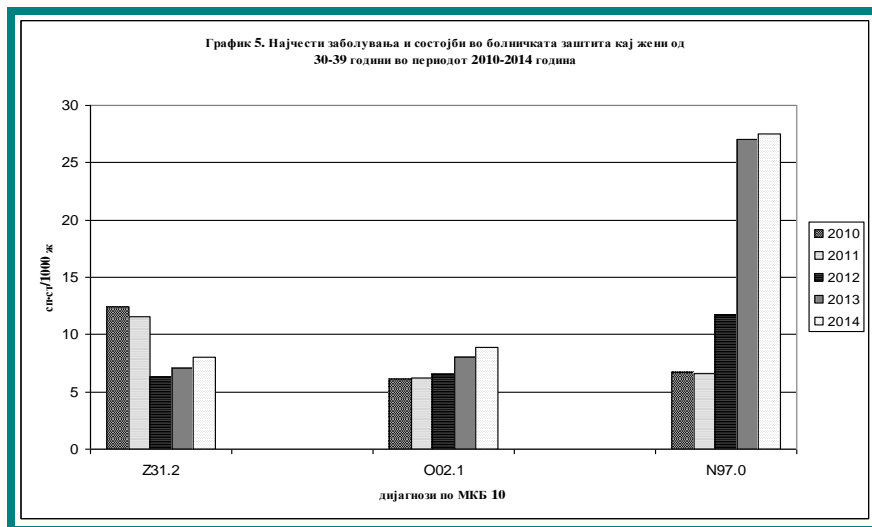
Во првата група (**20-29 години**), жените престојувале во болница заради состојби поврзани со **инфертилитет**, **третирање на ненормални продукти од концепцијата (missed абортус)** и **оплодување in vitro**. Највисока стапка е забележана за лекување на женски инфертилитет поврзан со ановулација, N97.0, во

2013 година, со вредност на специфичната стапка на заболеност од 9,1/1000 жени (График 4.).

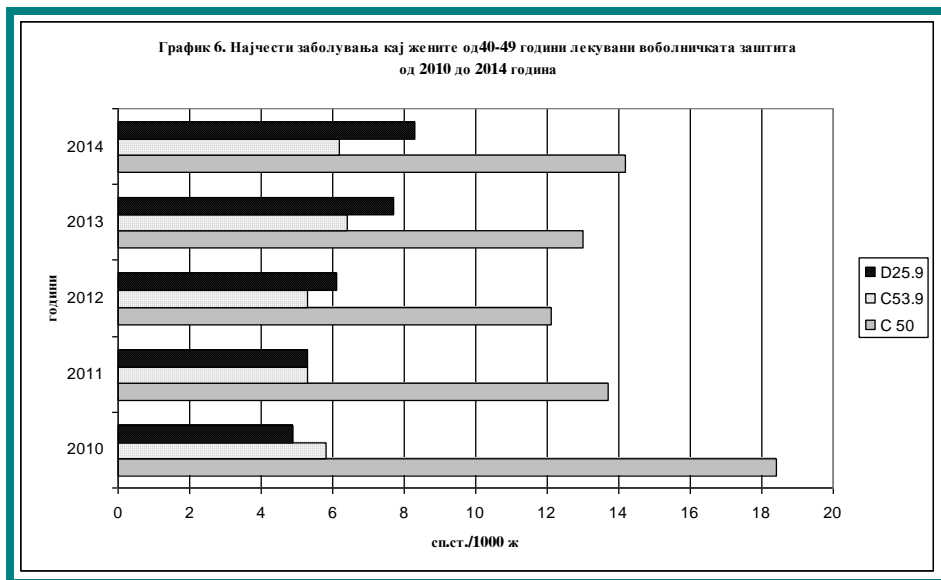


Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

**И жените од 30-39 години во болница најчесто престојувале заради проблеми со репродукцијата.** Највисока специфична стапка на заболеност е пресметана за женски инфертилитет поврзан со ановулација (N97.0) во 2014 година со вредност од 8,9/1000 жени (График 5.).



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

На График 6. се прикажани најчестите заболувања што биле причина за болничко лекување на жените од 40-49 години. Најфреквенти биле хоспитализациите заради лекување на малигните неоплазми на дојка (C50) со највисока специфична стапка на заболеност од 18,4/1000 жени во 2010 година. Специфичната стапка на заболеност од карцином на грлото на матката варира од 5 до 6,5 на 1000 жени од оваа возрастна група. Лејомиомот како причина за болничко лекување во анализираниот период имал највисока специфична стапка на заболеност во 2014 година со вредност од 8,3/1000 жени.

### IV.3 Инфективни заболувања кои се пренесуваат по полов пат

Жените во репродуктивната возраст често страдаат од инфекции на гениталните органи кои се пренесуваат по полов пат. Повеќе од овие болести немаат специфична симптоматологија, но може да се причина за сериозни пелвични инфекции и стерилитет.

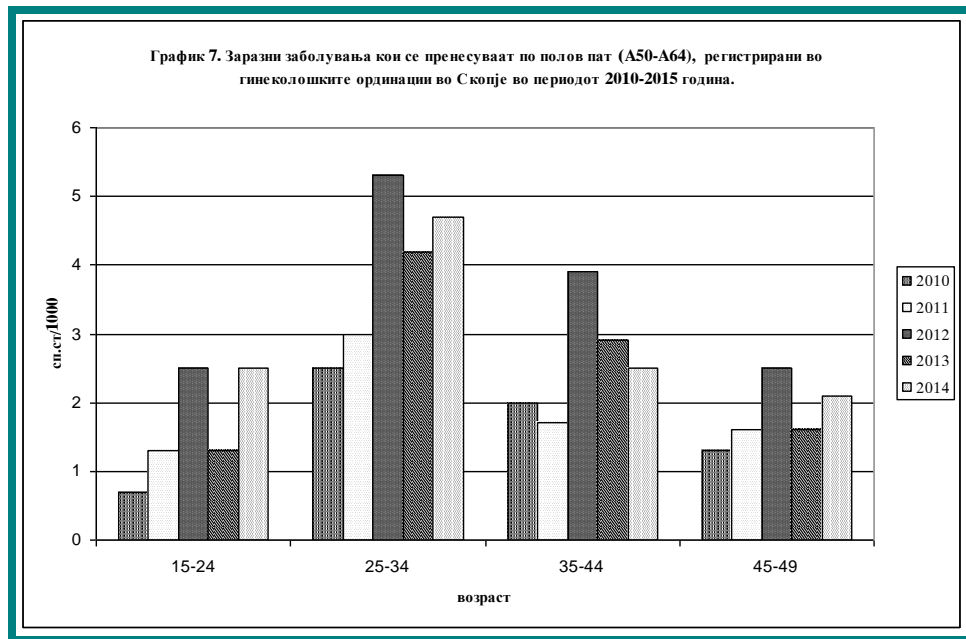
Во одинациите на матичните гинеколози во Скопје во периодот од 2010-2014 година најчесто биле регистрирани урогенитална трихомонијаза, аногенитална херпес вирусна инфекција и инфекции предизвикани со хламидија. Во информацијата се прикажани збирно (A50-A64, Инфекции главно со сексуален начин на пренесување) за возрастните групи жени од 15-49 години (Табела 5. График 7.).

**Табела 5. Инфективни заболувања кои се пренесуваат по полов пат (A50-A64) регистрирани во гинеколошките ординации во Скопје во периодот 2010-2014 година.**

Година	Вкупно		15-24г.		25-34 г.		35-44г.		45-49г.	
	број	сп.ст./1000	број	сп.ст./1000	број	сп.ст./1000	број	сп.ст./1000	број	сп.ст./1000
2010	263	1.7	30	0.7	119	2.5	85	2.0	29	1.3
2011	317	2.0	60	1.3	139	3.0	82	1.7	36	1.6
2012	593	3.8	116	2.5	247	5.3	175	3.9	55	2.5
2013	420	2.6	59	1.3	194	4.2	131	2.9	36	1.6
2014	494	3.1	114	2.5	219	4.7	114	2.5	47	2.1

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста за здравствена заштита на жени, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

Индексот во 2014 година се зголемил за 87,8%. Специфичните стапки на заболеност се највисоки кај возрастната група жени од 25-34 години.



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во дејноста за здравствена заштита на жени, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

Овие инфекции главно се откриваат и ефикасно се лекуваат во амбулантски услови и затоа фреквенцијата на хоспитализации од овие болести е мала (Табела 6.).

**Табела 6. Лекувани жени во репродуктивен период од инфекции главно со сексуален начин на пренесување (A50-A64), жители на Скопскиот регион, во болничките капацитети на Скопје, според возраст, во периодот од 2010 до 2014 година.**

Година	Вкупно		15-19 г.		20-29 г.		30-39 г.		40-49 г.	
	број	сп.ст./100000	број	сп.ст./100000	број	сп.ст./100000	број	сп.ст./100000	број	сп.ст./100000
2010	3	1.9	1	4.4	1	2.1	1	2.2	0	0.0
2011	4	2.5	1	4.4	2	4.2	1	2.2	0	0.0
2012	4	2.5	0	0.0	4	8.5	0	0.0	0	0.0
2013	4	2.5	0	0.0	1	2.1	1	2.2	2	4.4
2014	1	0.6	0	0.0	0	0.0	1	2.2	0	0.0

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

#### IV.4 ХИВ/СИДА кај жените во репродуктивниот период

На Табела 7. се прикажани податоците за жени од 20-49 години лекувани од ХИВ во болничките капацитети на Скопје, во периодот од 2010-2014 година. Нивната фреквенција варира од 2 до 6, а највисока специфичната стапка на заболеност е пресметана кај жени од 40-49 години во 2012 година (9,1/100 000 жени).

**Табела 7. Лекувани жени од инфекција со вирусот на хумана имунодефициенција, В20-В24, жители на Скопскиот регион, во болничките капацитети на Скопје, според возраст, во периодот од 2010 до 2014 година.**

Година	Вкупно		20-29г.		30-39г.		40-49г.	
	број	сп.ст. на 100000 ж.	број	сп.ст. на 100000 ж.	број	сп.ст. на 100000 ж.	број	сп.ст. на 100000 ж.
2010	2	0.7	1	2.1	1	2.2	0	0.0
2011	5	1.7	3	6.3	2	4.5	0	0.0
2012	6	1.9	0	0.0	2	4.4	4	9.1
2013	3	1.0	1	2.1	2	4.3	0	0.00
2014	6	1.9	0	0	3	6.5	3	6.6

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.



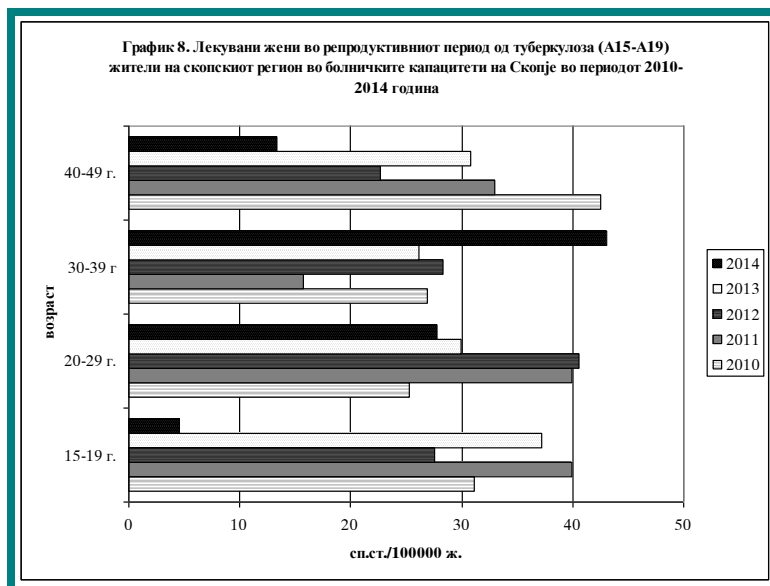
#### IV.5 Туберкулоза кај жените во репродуктивниот период

Табела 8. Лекувани жени од туберкулоза, A15-A19, жители на Скопскиот регион, во болничките капацитети на Скопје, според возраст, во периодот од 2010 до 2014 година.

Година	Вкупно		15-19г.		20-29г.		30-39г.		40-49г.	
	број	слет. на 100000 ж.	број	слет. на 100000 ж.	број	слет. на 100000 ж.	број	слет. на 100000 ж.	број	слет. на 100000 ж.
2010	49	31.2	7	31.1	12	25.3	12	26.9	18	42.5
2011	49	31.1	9	39.9	19	39.9	7	15.7	14	33.0
2012	48	30.3	6	27.5	19	40.6	13	28.3	10	22.7
2013	48	30.0	8	37.2	14	29.9	12	26.1	14	30.8
2014	40	25.0	1	4.6	13	27.8	20	43.1	6	13.3

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

Жените на возраст од 15-49 години кај кои била дијагностицирана туберкулоза, заради тежината на заболувањето, се лекувале во болнички услови. Во периодот 2010-2014 година, фреквенцијата на хоспитализациите од сите локализации на туберкулоза, била од 49 во 2010 до 40 во 2014 година. Специфичната стапка на болничко лекување во 2014 година покажува опаѓање од 6,2/100000 жени споредено со 2010 година. Специфичните стапки на заболеност варираат од 25 до 43 на 100000 жени. Највисока била специфичната стапка на хоспитализација кај жените на возраст од 30-39 години во 2014 година со вредност од 43,1 на 100000 жени (Табела 8. График 8.).



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

Според извештајот на СЗО за туберкулозата во светот од 2015 година, оваа болест се вбројува како еден од петте убијци на жени на возраст од 20-59 години. Истиот извор реферира дека во 2014 година умреле околу 480000 жени во репродуктивниот период; од нив 29% биле ХИВ позитивни. Генерално, во светот специфичната стапка на смртност од туберкулоза се намалила за 47% во однос на 1990 година, и овој напредок бил особено евидентен по воспоставувањето и спроведувањето на Милениумските цели на Обединетите нации.

#### **IV.6 Анализа на утврден морбидитет кај деца од 0-6 години во примарната здравствена заштита**

---

Децата од 0-6 години се една од најосетливите и најранливите категории население. Здравствената заштита на ова население се спроведува кај **матичните педијатри и матичните доктори**.

Во анализираниот период (2010-2014 година), **малите деца** оствариле бројни посети главно заради дијагностицирање и лекување на **акутни заболувања на горните дишни патишта**.

На **прво место** во рангот се **акутниот фарингит и тонзилит (J02-J03)**. Индексот бележи постепено опаѓање и во 2014 година се намалил за 12,6%. Највисока специфична стапка на заболеност е пресметана во 2010 година кај децата од машки пол (1612,9/1000 деца).

На **втората позиција** се **акутни горнореспираторни инфекции** на мултипли и на неозначени локализации, J06, со најголем индекс во 2013 година (122,4%).

Следат **акутен бронхит и бронхиолит (J20-J21)** со зголемен индекс од 44,8% во 2014 година и **акутен ларингит и трахеит (J04)** со зголемен индекс од 24,2%, исто така во 2014 година.

Кај сите овие заболувања специфичните стапки на заболеност се повисоки кај машките деца.

Табела 9. Најчести заболувања утврдени во примарната здравствена заштита кај децата од 0-6 години во Скопскиот регион во периодот од 2010-2014 година.

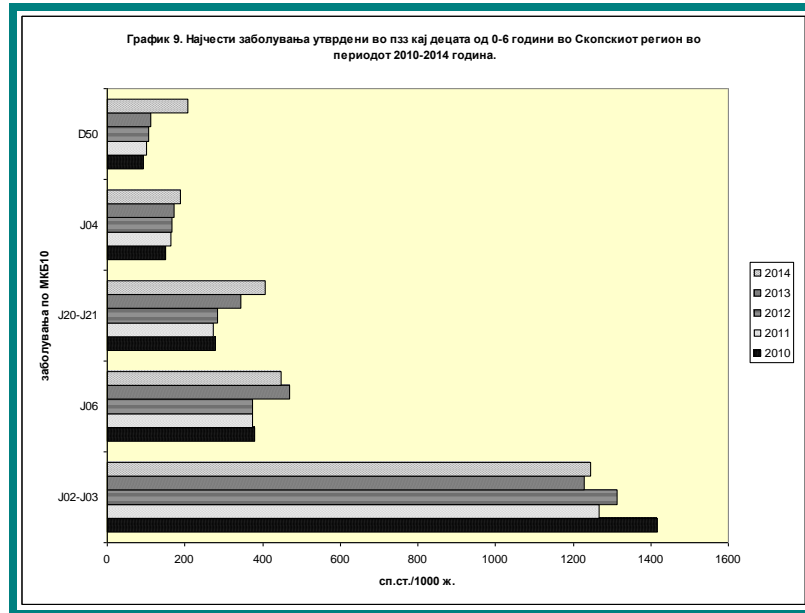
Година	Дијагноза по МКБ10	Вкупно			Машки			Женски		
		Број	Индекс	сп.ст. на 1000ж.	Број	Индекс	сп.ст. на 1000ж.	Број	Индекс	сп.ст. на 1000ж.
2010	J02-J03	75588	100	1415.7	44118	100	1612.9	31470	100	1208.5
	J06	20266	100	379.6	10631	100	388.7	9635	100	370.0
	J20-J21	14868	100	278.5	8223	100	300.6	6645	100	255.2
	J04	8044	100	150.7	4419	100	161.6	3625	100	139.2
	D50	4986	100	93.4	2774	100	101.4	2212	100	84.9
	L20-L30	3877	100	72.6	1907	100	69.7	1970	100	75.7
2011	J02-J03	67734	89.6	1265.6	35410	80.3	1291.5	32324	102.7	1238.4
	J06	19945	98.4	372.7	10265	96.6	374.4	9680	100.5	370.9
	J20-J21	14676	72.4	274.2	7982	75.1	291.1	6694	69.5	256.5
	J04	8718	108.4	162.9	4866	110.1	177.5	3852	106.3	147.6
	K67	6403	100.0	119.6	3589	100	130.9	2814	100	107.8
	D50	4980	99.9	93.1	2823	101.8	103.0	2157	97.5	82.6
2012	J02-J03	68461	90.6	1312.0	36141	81.9	1349.9	32320	102.7	1272.0
	J06	19494	96.2	373.6	10212	96.1	381.4	9282	96.3	365.3
	J20-J21	14812	99.6	283.9	8170	99.4	305.2	6642	100.0	261.4
	J04	8754	108.8	167.8	4947	111.9	184.8	3807	105.0	149.8
	K67	5786	90.4	110.9	3095	90.4	115.6	2691	86.2	105.9
	D50	5555	111.4	106.5	3084	111.2	115.2	2471	111.7	97.3
2013	J02-J03	65025	86.0	1229.9	33696	76.4	1243.3	31329	99.6	1215.9
	J06	24812	122.4	469.3	12978	122.1	478.9	11834	122.8	459.3
	J20-J21	18195	122.4	344.2	9892	120.3	365.0	8303	125.0	322.2
	J04	9050	112.5	171.2	5108	115.6	188.5	3942	108.7	153.0
	D50	5979	119.9	113.1	3382	121.9	124.8	2597	117.4	100.8
2014	J02-J03	66085	87.4	1245.1	34637	78.5	1270.0	31448	99.9	1218.7
	J06	23791	117.4	448.2	12643	118.9	463.6	11148	115.7	432.0
	J20-J21	21529	144.8	405.6	11692	142.2	428.7	9837	148.0	381.2
	J04	9994	124.2	188.3	5484	124.1	201.1	4510	124.4	174.8
	L20-L30	7130	183.9	134.33	3609	189.25	132.3	3521	178.7	136.5

Извор: Годишен извештај за утврдени заболувања и состојби во дејноста здравствена заштита на деца 0-6 години, ЦЗ-Скопје.

На четвртата позиција е рангирана анемијата поради дефицит на железо, D50, со зголемен индекс од 19,9%. Специфичните стапки на заболеност во сите години на индексираниот период се повисоки кај машките деца, а највисока е во 2013 година со стапка од 124,8 на 1000 деца.

На петтото место е блокот дерматит и егзем, L20-L30, со зголемен индекс од 83,9%. Овде специфичните стапки на заболеност се повисоки кај женските деца, со

двојно поголема специфична стапка на заболеност во 2014 година споредено со 2010 година (75,7/1000 деца во 2010 година наспроти 136,5/1000 деца во 2014 година) (Табела 9. и График 9.).



Извор: Годишен извештај за утврдени заболувања и состојби во дејноста здравствена заштита на деца 0-6 години, ЦЈЗ-Скопје

#### IV.7 Анализа на утврден морбидитет кај деца од 0 – 4 години во болничката здравствена заштита

Овде го прикажуваме **болничкиот морбидитет** кај суппопулацијата на мали деца, односно кај две **возрасни катагории** и тоа деца до **1 година** и деца од **1-4 години**. Ова е така бидејќи со реформите во основното образование, децата над 5 години спаѓаат во категоријата училишни деца.

Генерално може да се каже дека, овие деца се лекувале во **болнички услови заради воспаленија на долните дишни патишта**. Така во сите години на анализираниот период на прва позиција била **пневмонијата**, J18.9. Индексот се намалил за 1,3% во 2014 година. Специфичната стапка на заболеност кај двете возрасни групи е нешто повисока кај машките деца. Највисока специфична стапка е пресметана во 2010 година кај машките деца до 1 година (74,5/1000 деца).

Табела 10. Најчести заболувања од кои болнички се лекувани децата од 0-4 години во Скопскиот регион, во периодот 2010-2014 година.

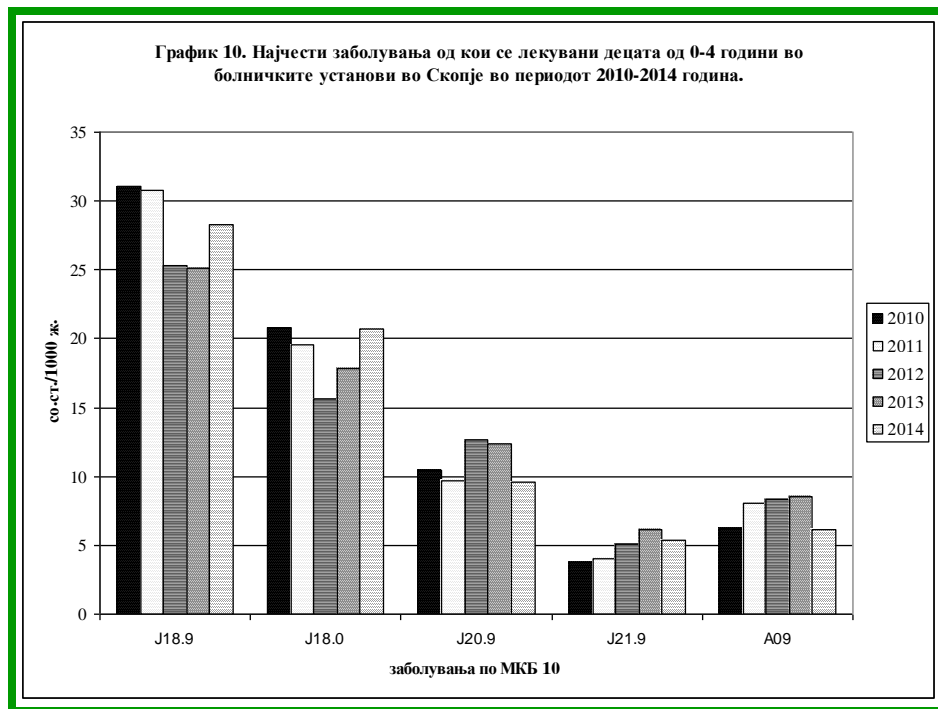
Година	Дијагноза по МКБ10	Вкупно						до 1 година				1-4 години				
		Вкупно деца 0-4 год.	Индекс	ст. на 1000ж.	Машки 0-4 г.	ст. на 1000ж.	Женски 0-4 г.	ст. на 1000 ж	Машки	ст. на 1000ж.	Женски	ст. на 1000 ж	Машки	ст. на 1000ж.	Женски	ст. на 1000 ж
2010	J18.9	1160	100	31.1	692	36.3	468	25.7	284	74.5	158	43.5	408	26.7	310	21.3
	J18.0	773	100	20.8	452	23.7	321	17.7	192	50.4	136	37.4	260	17.0	185	12.7
	J20.9	391	100	10.5	246	12.9	145	8.0	130	34.1	78	21.5	116	7.6	67	4.6
	J21.9	138	100	3.7	90	4.7	48	2.6	87	22.8	48	13.2	3	0.2	0	0.0
	A09	232	100	6.2	132	6.9	100	5.5	38	10.0	29	8.0	94	6.2	71	4.9
2011	J18.9	1151	99.2	30.8	649	17.4	502	27.6	233	61.0	140	38.4	416	27.2	362	24.8
	J18.0	733	94.8	19.6	418	11.2	315	17.3	199	52.1	141	38.7	219	14.3	174	11.9
	J20.9	362	92.6	9.7	217	5.8	145	8.0	110	28.8	68	18.7	107	7.0	77	5.3
	J21.9	150	108.7	4.0	90	2.4	60	3.3	86	22.5	59	16.2	4	0.3	1	0.1
	A09	301	129.7	8.1	158	4.2	143	7.8	49	12.8	36	9.8	109	7.1	107	7.3
2012	J18.9	935	80.6	25.3	496	26.1	439	24.4	149	39.3	128	35.6	347	22.9	311	21.6
	J18.0	576	74.5	15.6	312	16.4	264	14.7	152	40.0	120	33.4	160	10.5	144	10.0
	J20.9	471	120.5	12.7	310	16.3	161	9.0	167	44.0	69	19.2	143	9.4	92	6.4
	J21.9	189	16.3	5.1	108	5.7	81	4.5	105	27.7	76	21.1	3	0.2	5	0.3
	A09	305	131.5	8.3	180	9.5	125	7.0	70	18.4	34	9.5	110	7.2	91	6.3
2013	J18.9	946	81.6	25.1	548	28.5	398	21.7	195	50.7	109	29.7	353	22.9	289	19.7
	J18.0	670	86.7	17.8	374	19.4	296	16.1	169	43.9	110	29.9	205	13.3	186	12.7
	J20.9	467	119.4	12.4	306	15.9	161	8.8	191	49.6	77	21.0	115	7.5	84	5.7
	J21.9	231	167.4	6.1	143	7.4	88	4.8	140	36.4	86	23.4	3	0.2	2	0.1
	A09	321	138.4	8.5	184	9.6	137	7.5	61	15.8	41	11.2	123	8.0	96	6.5
2014	J18.9	1070	92.2	28.3	599	30.9	471	25.7	407	105.0	306	83.3	192	12.4	165	11.3
	J18.0	782	101.2	20.7	425	21.9	357	19.5	169	43.6	109	29.7	256	16.5	248	16.9
	J20.9	363	92.8	9.6	229	11.8	134	7.3	133	34.3	72	19.6	96	6.2	62	4.2
	J21.9	203	147.1	5.4	117	6.0	86	4.7	115	29.7	85	23.1	2	0.1	1	0.1
	A09	229	98.7	6.1	125	6.4	104	5.7	32	8.3	29	7.9	93	6.0	75	5.1

Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

На второ место е бронхопневмонија, J18.0. Нејзиниот индекс во 2014 година се зголемил за 1,2%. Специфичната стапка на заболеност кај машките деца до 1 година се движи од 40 до 52 на 1000 деца. Кај женските деца вредностите се пониски и се движат од 30 до 39 на 1000 деца.

Кај децата од 1 до 4 години специфичната стапка на заболеност е нешто повисока кај машките и се движи од 10 до 17 на 1000 деца; кај женските деца вредностите варираат од 10 до 13 на 1000 деца.

На третата позиција е акутниот бронхит, J20.9. Индексот за ова заболување бележи опаѓање од 7,3%. Специфичната стапка на заболеност е повисока кај децата до 1 година; вредностите кај машките деца се движат од 34-50 на 1000 деца, а кај женските деца од 18 до 30 на 1000 деца. И кај децата од 1-4 години специфичната стапка на заболеност е повисока кај машките деца (7-10/1000деца) споредено со женските деца (4,6 – 6,5/1000 деца).



Извор: Годишен извештај за утврден морбидитет во болничката дејност, ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје.

На **четвртата позиција** е **дијареја** и гастроентерит за кои се претпоставува дека се од инфективно потекло, А09.Х. И овде индексот 2014/2010 година е намален за 1,3%. Највисока специфична стапка на заболување е пресметана кај машките деца до 1 година во 2013 година (18,4/1000).

На **петтото место** е рангиран **bronхиолит** означен со J21.9. Индексот на ова заболување се зголемил дури за 47,1%; најчесто страдаат децата до 1 година. Специфичната стапка на заболување е забележително повисока во однос на децата од 1-4 години. Вредностите се движат од 22,5/1000 до 36,4/1000 кај машките деца и од 13 до 23,5/1000 кај женските деца (Табела 10. График 10.).

#### IV. 8 Породувања

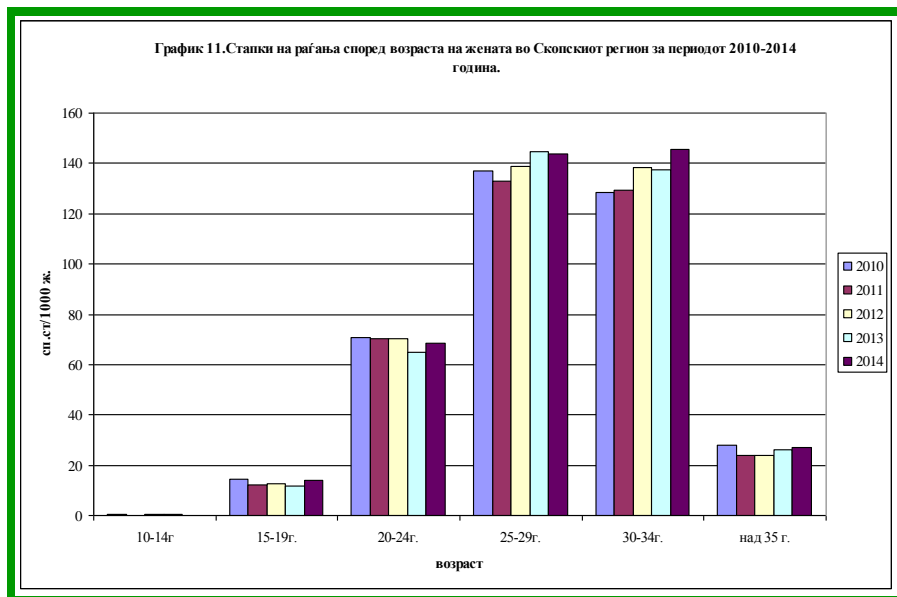
Подолу се прикажани породувањата пријавени во ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје од Скопските породилишта.

**Табела 11. Стапка на породување според возраста на жената, во Скопскиот регион, во периодот од 2010 до 2014 година.**

Година	Вкупно		10-14г.		15-19г.		20-24г.		25-29г.		30-34г.		>35г.	
	број	сп.ст. на 1000 ж.	број	сп.ст. на 1000 ж.	број	сп.ст. на 1000 ж.	број	сп.ст. на 1000 ж.	број	сп.ст. на 1000 ж.	број	сп.ст. на 1000 ж.	број	сп.ст. на 1000 ж.
2010	10023	56,2	11	0,5	323	14,4	1674	70,9	3270	137,1	2948	128,6	1797	28,0
2011	9630	53,9	4	0,2	275	12,2	1668	70,5	3178	132,9	2971	129,3	1534	23,9
2012	9943	55,7	7	0,4	270	12,4	1642	70,1	3239	138,6	3178	138,5	1607	24,0
2013	10122	56,3	5	0,3	246	11,5	1526	65,0	3383	144,5	3180	137,5	1782	26,0
2014	10473	58,2	1	0,1	304	14,0	1595	68,3	3367	143,8	3365	145,7	1841	26,9

Извор: ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје

Индексот на породување во анализираниот период пораснал за 4,5%. Во 2010 година највисока специфична стапка е пресметана кај возрасната група од 25-29 години (137,1/1000 жени); во 2014 година стапката е највисока за возрасната група од 30-34 години (145,7/1000 жени) (Табела 11. График 11.).



Извор: ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје

#### IV.9 Абортуси кај жените во Скопскиот регион

Абортусот е постапка за прекин на бременоста и се спроведува според специфична законска регулатива. Законите за абортус во различни земји се разликуваат во зависност од религиските убедувања, културата и економската состојба во земјата. Во некои земји абортусот е илегален, некаде е дозволен само ако не го загрози животот на мајката. Според регулативата во Р. Македонија (од 2013 година) за прекин на бременост слободно одлучува бремената жена. Ова право се ограничува само во случаи кога е загрозено здравјето и животот на бремената жена.

**Табела 12. Стапка на абортуси според возраста на жените во Скопскиот регион од 2010 до 2014 година.**

Година	Вкупно		<20g.		20-34g.		>35g.	
	број	сл.ст. на 1000 ж.	број	сл.ст. на 1000 ж.	број	сл.ст. на 1000 ж.	број	сл.ст. на 1000 ж.
2010	1894	12.1	77	3.4	1191	16.9	626	9.8
2011	2087	13.3	75	3.3	1364	19.3	648	10.1
2012	2118	13.4	90	4.1	1303	18.7	725	10.8
2013	2223	13.9	87	4.1	1377	19.7	759	11.1
2014	2287	14.3	70	3.2	1402	20.0	815	11.9

Извор: ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје

Во овој период бројот на регистрирани абортуси растел, па индексот во 2014 година пораснал за 20,7%. Абортусите биле најбројни кај жените од 20-34 години во 2014- та година (20/1000 жени).

**Табела 13. Абортуси на 1000 живородени во Скопскиот регион, во Република Македонија и во Европскиот регион.**

Година	Скопски регион	Р. Македонија	Европски регион
2010	232,8	209	248,8
2011	261,1	233,8	244,3
2012	265	228,6	239,7
2013	275,7	215,7	234,4
2014	279,1	199,3	„



Извор: Центар за јавно здравје Скопје, Институт за јавно здравје на Р.Македонија, НФА-база на податоци на СЗО.

Според извештајот на СЗО за туберкулозата во светот од 2015 година, оваа болест се вбројува како еден од петте убијци на жени од возрасната група од 20-59 години. Истиот извор реферира дека, во 2014 година умреле околу 480 000 жени во репродуктивниот период, а од нив, 29% биле ХИВ позитивни. Генерално во светот специфичната стапка на смртност од туберкулоза се намалила за 47% во однос на 1990 година, а овој напредок бил особено евидентен по воспоставување и спроведување на Милениумските цели на Обединетите нации.

## V. ЗАКЛУЧОЦИ

1. Според морбидитетот регистриран во амбулантно-поликлиничката дејност, во *службата по општа медицина*, жените во генеративниот период на возраст од 20-44 години, најчесто боледувале од акутни воспаленија на горните дишни патишта (со специфична стапка на заболеност од 215,8‰), од есенцијална артериска хипертензија (со базичен индекс од 106,0% за 2014/2010) и од дорзопатии (со базичен индекс од 118,3% за 2014/2010). Значајно е да се истакне дека невротските и со стрес поврзани соматоморфни растројства имаат постојан пораст со базичен индекс од 138,6% за анализираниот период од 2014/2010. Тие се наоѓаат на петтата позиција после воспаленијата на желудникот и дуоденумот и се најчесто застапени во возрасната група од 35-44 години.

2. Најчести услуги во *ординациите на матичните гинеколози* биле дадени заради воспаление на вагината и вулвата; највисока специфична стапка на морбидитет за овие заболувања има во возрасната група од 25-34 години. Нарушувањата на менструацијата биле најзастапени во возрасната група од 45-49 години. Значајно е да се истакне дека на трето место во анализираниот период била регистрирана кандидијаза на вулвата и вагината која како инфективно заболување се зголемило за 19,6% во 2014 година споредено со 2010 година.

3. *Туморските заболувања* во гинеколошките ординации доминираат со бенигната неоплазма на матката и бенигната неоплазма на јајникот со застапеност од 111,6% и 127,3% соодветно, споредено со 2010 година. Лејомиомот на матката кај жените од 45-49 години има највисока специфична стапка на заболеност. Индексот на динамика за малигната неоплазма на грлото на матката бележи намалување од 29,4% за анализираниот период од 2010 до 2014 година, кај возрасната група жени од 45-49 години.

4. Антенатален скрининг и надзор на бременоста биле најчестите извршени превентивни прегледи во 2014 година. Посетите за спроведување на контрацепција и постпартусна заштита и преглед бележат намалување во истата година.

5. Утврдениот морбидитет во болничката дејност покажува дека жените на возраст од 20-29 години најчесто се лекувале заради стерилитет, т.е. женски инфертилитет поврзан со ановулација и спроведување на прокреација. Истите причини за хоспитализација се бележат и кај жените на возраст од 30-39 години.

Жените од 40-49 години најчесто се лекувале во болница заради малигна неоплазма на дојка и карцином на грлото на матката.

6. Од инфективните заболувања регистрирани кај матичните гинеколози доминираат: урогенитална трихомонијаза, аногенитална херпесвирусна инфекција и инфекции поврзани со хламидија; најчесто застапена возрасна група е онаа од 15-49 години. Индексот на овие заболувања во 2014 година се зголемил за 87,8% во текот на анализираниот период од 2010-2014 година.

7. Во болничките капацитети во Скопје, жените на возраст од 20-49 години болни од ХИВ/СИДА во периодот од 2010-2014 година имаат варијабилна фреквенција на лекување. Највисока специфична стапка на болничко лечење бележи возрасната група жени од 40-49 години (9,1/100 000 жени).

8. Туберкулозата во анализираниот период од 2010-2014 година најчесто е дијгностицирана и лекувана во болничката дејност. Специфичната стапка на болнички морбидитет од ТБЦ во овој период покажува опаѓање од 6,2/100000.

9. Децата од 0-6 години во *примарната здравствена заштита* имале најголем број на остварени посети поради дијагноза и лекување на болести на горни и долни дишни патишта. Најчесто застапени биле: акутниот фарингит и тонзилит.

10. Во болничката дејност малите деца се лекувале најчесто заради воспаление на долни дишни патишта, заради пневмонија, и тоа почесто се лекувани машките во однос на женските деца.

11. Од анализираните податоци следува дека највисока специфична стапка на породување во 2010 година има возрасната група жени од 25-29 години, за разлика од 2014 година кога стапката е највисока за возрасната група од 30-34 години.

12. Од направеното истражување следува дека бројот на регистрираните абортуси растел во испитуваниот период, и тоа во 2014 година овој број е повисок за 20,7% споредено со 2010 година. Абортусите биле најбројни кај жените од 20-34 години во 2014-та година.

## **VI. ПРЕДЛОГ МЕРКИ**

1. Потребно е организирано спроведување на превентивни програми за жените во репродуктивниот период и тоа како за рано откривање на инфективни болести на генитоуринарниот систем така и од областа на менталното здравје.

2. Потребни се континуирани активности за подигање на свеста преку информирање на населението и едукација за превенирање на ризиците за хронични незаразни заболувања, особено за навремено откривање и контрола на есенцијалната хипертензија.

3. Потребна е промоција на имунизацијата против грип на возрасното население со цел да се спречи појава на компликации на дишните патишта.

4. Мотивот за раѓање на здраво дете е многу голем, но мајките не треба да забораваат и на сопственото здравје, бидејќи тоа е еден од основните услови за правилно одгледување и развој на детето. Ова укажува на потребата и понатаму да

се работи на подигање на свеста на младите мајки за чување на нивното здравје.

- 5.** Да се зголемат напорите за продолжување на спроведувањето на превентивните програми за подигање на свеста на жените за сопственото здравје и воведување на нови скрининг методи за откривање на преканцерозни состојби во рана фаза во наредниот период, а со тоа очекуваме пониски индекси и стапки на карцином на грлото на матката и други малигни неоплазми.
- 6.** Афирмација и поголем опфат на антенатален скрининг и надзор на бременост, како и зголемување на бројот на посети за спроведување на контрацепција и постпородилна заштита и преглед.
- 7.** Промоција и грижа за сексуалното и репродуктивно здравје кај адолесцентите кое се рефлектира на потешкотии во зачнувањето, стерилитет и вонтелесно оплодување, односно женскиот инфертилитет поврзан со ановулација.
- 8.** Поголема професионална ангажираност во едукативна смисла и пропаганда на лекари специјалисти и стучни лица - професионалци за поголем опфат на имунизацијата кај малите деца.
- 9.** Подигање на свеста на младите адолесцентки за сексуалното здравје и компликациите од абортусот во рана возраст.

## **VII. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА**

- 1.** Lozanovic D, Sokal-Jovanovic Lj. Milenijumski ciljevi razvoja u perinatalnoj zdravstvenoj zastiti u Republici Srbiji. U: Zbornik radova: Pedijatrijski dani Srbije, Nis, 2007.
- 2.** Global Strategy for Women's and Children's Health, United Secretary General-Ban Ki- moon, New York, September, 2010.
- 3.** Global Strategy for Women's and Children's Health. Innovation Working Group.  
[www.pmnch.org](http://www.pmnch.org)
- 4.** UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. "General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health" 2000. E/C.12/2000/4. Constitution of the World Health Organization. July 22, 1946. Basic Documents. Forty-fifth edition supplement. October 2006.  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- 5.** UN Sustainable Development Summit 2015.  
<http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/un-sustainable-development-summit/en/>
- 6.** World Health Organization. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva; 2011  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf).
- 7.** Singh S, Darroch JE. Adding it up: costs and benefits of contraceptive services – estimates for 2012. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; 2012  
<http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.
- 8.** WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th edition. Geneva;2011  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241501118/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en)
- 9.** WHO. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of infections. Geneva; 2007  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/>
- 10.** WHO, United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA) and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990–2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: WHO; 2012  
[https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf).

- 11.** WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- 12.** Global Strategy for Women's and Children's health.  
[http://www.paho.org/english/dd/pin/ePersp001\\_news04.htm](http://www.paho.org/english/dd/pin/ePersp001_news04.htm). March 2008.
- 13.** Schouten, EJ, Jahn, A, Midiani, D et al. Prevention of mother to child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*. 2011
- 14.** Fisher JRW. Perinatal mental health in women in resource constrained settings. Data for low and lower middle income countries. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. WHO, Geneva, 2008
- 15.** Global tuberculosis report 2015.  
[www.who.int/tb/data](http://www.who.int/tb/data)
- 16.** Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, 2010.
- 17.** Следење на состојбата кај децата и кај жените. Мултииндикаторско кластерско истражување 2005-2006. Финален извештај. Државен завод за статистика на Република Македонија, 2007.
- 18.** Agency for Healthcare Research and Quality. Program Brief: Children's Health Highlights. U.S. Department of Health and Human Services.
- 19.** Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2014. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Београд, 2015.