

# zdravstvena zaštita žena i djece u ruralnom području

**maja kotur**

konferencija za društveni položaj žene i porodice rk ssnrh, zagreb, jugoslavija

Primarna zdravstvena zaštita žena i djece promatrana prema učešću poljoprivrednog stanovništva u ukupnom, kao faktora ruralnosti pojedinog područja, pokazala je doista, kroz gotovo sve elemente zdravstvene zaštite, vrlo visok stupanj pozitivne korelacije između razvijenosti, rada i rezultata rada zdravstvene zaštite i učešća poljoprivrednog stanovništva u ukupnom stanovništvu. Iz toga se svakako može zaključiti da je (iako nisu bili raspoloživi potrebni podaci u vezi zdravstvene zaštite žena i djece iz poljoprivrednog osiguranja) zdravstvena zaštita žena i djece poljoprivrednika lošija nego ostale populacije.

Sliku stanja zdravstvene zaštite žena i djece, u smislu razvijenosti službe, njezina rada i rezultata, karakterizira dosta velika neujednačenost po regijama i općinama SRH. Ova slika stanja po pojedinim područjima nije uvijek u pozitivnoj korelaciji s učešćem poljoprivrednog stanovništva u ukupnom. Tako su npr. neka "poljoprivredna" područja prilično razvijena u zdravstvenom smislu, dok su neka druga, s izuzetno malo poljoprivrednog stanovništva, po nekim pokazateljima zdravstvene zaštite žena i djece dosta loša. Iz toga možemo zaključiti da nije samo faktor ruralnosti područja, odnosno učešća poljoprivrednog stanovništva u ukupnom bitan za stanje primarne zdravstvene zaštite žena i djece, već i faktor neujednačene teritorijalne razvijenosti zdravstvenih službi i njihova rada.

primljeno studenog 1988.

—→ Između poljoprivrednoga i nepoljoprivrednog stanovništva postoje znatne razlike: socijalne, ekonomske i druge, pa tako i one koje se tiču zdravstvenog stanja, korištenja ili utilizacije zdravstvene zaštite, statusa bolesne osobe itd., a suvremeni trendovi senilizacije i feminizacije sela u nas dovode do vrlo specifičnih zdravstvenih i socijalnih problema općenito.

Zdravstvena i zdravstveno-socijalna patologija poljoprivrednog stanovništva oduvijek se razlikovala od patologije nepoljoprivrednog stanovništva. U slici pobola poljoprivredne populacije u našoj zemlji dominirale su, a tako je i danas, bolesti i uzroci smrti karakteristični za agrarno društvo. Ti su uzroci povezani s niskom razinom sanitacije okoline, niskim higijenskim standardima i nepodes-

nim općim uvjetima života i rada, niskom strukturom i kvalitetom prehrane, te neadekvatnim korištenjem zdravstvene zaštite. Osim toga, poljoprivredno stanovništvo ima višu stopu smrtnosti od nepoljoprivrednoga, što je rezultat, između ostalog, posebno posljednjih desetljeća, demografske situacije, tj. pomeračaja u starosnoj strukturi poljoprivrednog stanovništva.

Zdravstveno stanje poljoprivrednika i korištenje zdravstvenih usluga svakako treba promatrati u kontekstu socijalnih nejednakosti, to jest različitih socijalnih privilegija između pripadnika različitih slojeva društva. Suvremena medicina sve više napušta čiste medicinske koncepcije bolesti i zdravlja, a sve više uvažava socijalne faktore kao uzročne u etiologiji i liječenju bolesti. Socijalni faktori utječu na zdravlje izravno ili neizravno: stvaraju ili stimuliraju predispozicije nekog pojedinca ili cijelih društvenih grupa za neka specifična oboljenja (loša sanitacija i parazitarne bolesti npr. ili nedostatna ili prekomjerna prehrana). Zatim, društveni činioci pojačavaju djelovanje nekih bolesti (ekološko zagađenje okoline i bolesti dišnih putova, karcinomi itd.). U nekim profesionalnim bolestima socijalni se faktori pojavljuju kao uzroci bolesti: hemeroidi u intelektualaca i činovnika, trovanja olovom u grafičkih radnika, oboljenja glasnica u nastavnika i pjevača. Socijalni činioci kao što su obrazovanje, informiranost, zdravstvena kultura, djeluju na zdravstveno ponašanje pojedinaca i grupa, stavove prema zdravlju i bolesti, stavove prema mogućnosti izlječenja (što bitno određuje spremnost da se liječenje uopće započne), na zdravstvenu kulturu u cjelini.

Iz svjetskih izvora može se dokumentirati da se čak i u uvjetima potpuno izjednačenih prava na besplatnu zdravstvenu zaštitu, poljoprivredno stanovništvo koristi zdravstvenim uslugama znatno manje od nepoljoprivrednog.<sup>1)</sup> Razlozi za to svakako su slojeviti i imaju sociopsihološku razinu što podrazumijeva različitost stavova prema zdravlju i bolesti, različito zdravstveno i bolesničko ponašanje itd., zatim razinu što podrazumijeva nerazvijenu mrežu zdravstvenih institucija na selu, i s tim u vezi objektivne zapreke korištenja, te socijalnu razinu što podrazumijeva da zbog različitih uvjeta života i rada, prvenstveno ritma poljoprivrednog rada, poljoprivrednici imaju manje "slobodnog" vremena za liječničke konzultacije.

Kada želimo govoriti o poljoprivredniku i njegovu zdravlju u našoj republici ili Jugoslaviji općenito, moramo imati u vidu izrazite demografske, socioekonomske i sociokulturne promjene koje je selo posljednjih desetljeća doživjelo. Naime, poznato je da u SR Hrvatskoj, a tako i u Jugoslaviji, gotovo polovina stanovništva živi u tzv. "ostalim naseljima" (uz razliku od "grada" — po terminologiji zadnjega statističkog popisa stanovništva), a da je svega 14% od ukupnog stanovništva SRH čisto poljoprivredno stanovništvo. Drugim riječima, većina stanovništva sela danas je tzv. mješovito stanovništvo koje živi od različitih izvora prihoda. Dakle, čisto poljoprivredno stanovništvo izrazita je manjina koja živi zajedno s "mješovitim" većinom na selu, na istom području, i samim tim dijeli s njima u mnogim vidovima života, pa tako i zdravstvenom, zajedničke uvjete i prilike.

Unatoč činjenici da je zakonski u potpunosti izjednačena formalna mogućnost i pravo korištenja zdravstvene zaštite u tzv. radničkom i poljoprivrednom osiguranju, zdravstvene navike iz vremena koje prethodi novijim zakonskim rješenjima, po mnogo čemu još su jake. Sve do godine 1975. poljoprivredno stanovništvo je izravno plaćalo troškove bolničkog liječenja za većinu akutnih i

1) Tapani Purola: Health Services Use and Health Status Under National Sickness Insurance. Helsinki, 1974.

kroničnih bolesti, kao i za druge oblike zdravstvene zaštite. Neka istraživanja iz 1966. i 1970. pokazuju znatne razlike u korištenju zdravstvene zaštite osiguranog i neosiguranog stanovništva u ruralnom području kao i razliku između populacije obuhvaćene zdravstvenim osiguranjem poljoprivednika i one koja je osigurana tzv. radničkim osiguranjem.<sup>2)</sup>

U korištenju kurativnih oblika izvanbolničke zaštite poljoprivedno stanovništvo u Hrvatskoj znatno zaostaje ne samo za stanovništvom obuhvaćenim zdravstvenom zaštitom radnika nego i za prosjekom korištenja tih oblika zaštite u republici (prosječan građanin posjetio je liječnika 1968. u izvanbolničkoj ustanovi 5,1 put, osiguranik po osnovi zdravstvenog osiguranja radnika 6,8 puta, a prosječni poljoprivednik samo 1,2 puta). Poljoprivedno stanovništvo u Hrvatskoj koristilo je izvanbolničku zdravstvenu zaštitu oko 4 puta manje od prosječnog korištenja te zaštite i preko 5 puta manje od osiguranika-radnika.<sup>3)</sup>

No, situacija je danas znatno povoljnija, iako poljoprivednici još uvijek zaostaju u korištenju svih oblika zdravstvene zaštite za radnicima, pogotovu u korištenju nekih oblika. Ipak, ukupno gledano, podaci pokazuju trend približavanja radnika i poljoprivednika u korištenju zdravstvenih usluga. Tako je npr. u 1987. radnik prosječno 9,6 puta koristio usluge primarne zdravstvene zaštite, polikliničko-konzilijarne 11,5, a poljoprivednik 8,0 u primarnoj i 4,0 u polikliničko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti.<sup>4)</sup>

Prosječni ukupni trošak po radniku u 1987. bio je 105.299 dinara, a po poljoprivedniku 73.073 dinara što je za 31% manje.

Prosječni troškovi pojedinih usluga u 1987. pokazuju također sličan odnos između radničkog i poljoprivednog osiguranika. Tako je jedna usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti radnika stajala 1.310 dinara, a poljoprivednika 1.085 dinara. Jedino je jedna usluga u polikliničko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti po radniku, u iznosu od 1.728 dinara bila niža od prosječnog troška za poljoprivednika, koji iznosi 2.002 dinara. Nadalje, jedan bolničko-opskrbeni dan za radnika iznosio je 21.246 dinara, a za poljoprivednika 17.474 dinara, jedna zubarska usluga za radnika stajala je 2.474 dinara, a za poljoprivednika 1.916 dinara, te konačno, jedan recept za radnika stajalo je 1.444 dinara, a za poljoprivednika 1.291 dinara.

Nadalje, prosječni troškovi za primarnu zdravstvenu zaštitu radnika 1987. iznosili su 12.535 dinara, a za poljoprivednika 8.705 dinara, dok su za polikliničko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu radnika iznosili 19.952 dinara, a za poljoprivednika 8.111 dinara.

U zaštiti zuba znatno su veće razlike između radnika i poljoprivednika. Tako je 1987. prosječno jedan radnik imao 1,9 a poljoprivednik 1,2 zubarskih usluga. Troškovi za jednu uslugu bili su po radniku 2.546 dinara, po poljoprivedniku 1.928 dinara, a troškovi po radniku 4.838 dinara, dok po poljoprivedniku 2.314 dinara, što iznosi 47,8% od troškova za zubarske usluge u radničkom osiguranju.

Za lijekove koji se izdaju na recept također su očite razlike. Tako je u 1987. prosječan broj recepata po osiguraniku radniku bio 8,58 a po osiguraniku poljo-

2) Z. Šestak: Frekvencija posjeta osiguranog i neosiguranog stanovništva u seoskim područjima, *Liječnički vjesnik*, br. 9, 1966.

3) Popović, B. i Škrbić, M.: *Stanovništvo i zdravlje*, Zagreb: JUMENA, 1982.

4) Savez SIZ-ova zdravstva i zdravstvenog osiguranja SRH, Godišnji izvještaj za 1987. g.

privredniku 6,49, a prosječna vrijednost propisanih lijekova po osiguraniku radniku 12.388 dinara, dok po osiguraniku poljoprivredniku 8.384 dinara.

U stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti također su vidljive razlike. Dok je broj liječenih radnika na 1.000 osiguranika u 1987. bio 153 sa 2.307 bolničko-opkrbnih dana i prosječnih troškova po osiguranoj osobi 49.020 dinara, dotle je iste godine bilo 124 liječenih poljoprivrednika na 1.000 osiguranih sa 2.414 dana i prosječnim troškovima po osiguranoj osobi od 42.115 dinara. Drugim riječima, na jedan slučaj bolničkog liječenja u poljoprivrednom osiguranju u SRH dolazi 1,2 slučaja bolničkog liječenja u radničkom osiguranju, ali na jedan bolnički dan u poljoprivrednom osiguranju dolazi 0,96 bolničkih dana u radničkom osiguranju. Ovaj posljednji podatak govori samo o tome da su poljoprivrednici duže hospitalizirani po jednom slučaju, što nipošto nije znak kvalitete zdravstvene usluge, a po svim ostalim pokazateljima vidljiva je prilično nepovoljnija situacija za poljoprivrednike u korištenju zdravstvenih usluga.

Govoreći općenito o zdravstvenoj zaštiti poljoprivrednika danas treba svakako podvući dva specifična problema, a to je problem senilizacije i feminizacije poljoprivrede i poljoprivrednog stanovništva. Usamljeni starci na selu u pravilu su u stanju ekstremne ekonomske i zdravstvene ovisnosti, a neadekvatna društvena briga o socijalnoj i zdravstvenoj zaštiti tih osoba istovremeno je praćena slabljenjem solidarnosti koju su nekad pružale tradicionalne obitelji i tradicionalna susjedstva. Najbolji indikator stupnja socijalne i zdravstvene zpuštenosti staračke poljoprivredne populacije jesu podaci o niskom postotku liječenih prije smrti ili umrlih u stacionarnim ustanovama. Općenito, korištenje zdravstvene zaštite staračke populacije znatno je niže od korištenja zdravstvenih usluga pripadnika drugih dobnih skupina. Ta je činjenica doista paradoksalna jer u razvijenim zemljama staračka populacija, zbog svojih mediko-socijalnih karakteristika, predstavlja najvećeg "potrošača" zdravstvene zaštite.

Drugi specifični problem jest pojava feminizacije poljoprivrede i poljoprivrednog stanovništva. Na individualnim gospodarstvima živi 68% stanovnika od nepoljoprivrednih izvora prihoda kao jedinog ili dodatnog<sup>5)</sup> i na njima, prema nekim izvorima i spoznajama na jugoslavenskoj razini, žena je u oko 80% slučajeva glavni organizator i nosilac poljoprivredne proizvodnje, pri čemu svojim radom ostvaruju oko 60% tržišne poljoprivredne proizvodnje. To govori o izuzetnom radnom angažmanu poljoprivrednica danas u nas, većem nego ikad, stoga lošija zdravstvena zaštita poljoprivrednica, nego radnica, dobiva više na težini, a spomenuta feminizacija poljoprivrede daje posebnu dimenziju zdravstvenom statusu poljoprivrednica, posebno funkciji njezine biološke reprodukcije.

Centralno i sasvim aktualno pitanje jest kako sada ova povećana radno-proizvodna uloga utječe na zdravstveno stanje poljoprivrednice, posebno na njezinu specifičnu biološku funkciju, i to uz naslijeđenu tradicionalno nižu razinu realizirane zdravstvene zaštite poljoprivrednice. Dio tog naslijeđa, a to posebno treba podvući, jest da poljoprivrednice nemaju ona osnovna prava što ih imaju radnice u vezi biološke reprodukcije i zaštite materinstva, a to je porodijski dopust, bolovanje u slučaju komplikacija u trudnoći, naknade za trajanja tih komplikacija, niti imaju obaveznu pomoć za opremu novorođenčeta. U radničkom osiguranju ova je pomoć zakonom propisana, a u poljoprivrednom nije, te ovisi o odluci (mogućnostima) svakoga pojedinog SIZ-a zdravstva poljoprivrednika hoće li ju isplaćivati ili neće.

5) Grupa autora: *Dugoročne promjene u ekonomsko-socijalnoj strukturi stanovništva i zaposlenosti (II dio)*, Zagreb: IDIS, 1983.



Pravo na porodiljski dopust i bolovanje u toku trudnoće jesu prava iz radnog odnosa, u kojem poljoprivrednice mahom nisu, ali je sasvim izvjesno da bi poljoprivrednici danas, uz tako velike radne obaveze i promijenjen obrazac seoske obitelji, ova prava bila i te kako potrebna. Kako pomiriti npr. potrebu mirovanja u slučaju medicinski indiciranih komplikacija u trudnoći te vrijeme neophodne njege nakon poroda, i žene i djeteta, s obavezama u poljoprivredi i seoskom domaćinstvu koje se ne mogu odložiti?

Osnovna nam je namjera bila da se ne samo analizira stanje u zdravstvenoj zaštiti poljoprivrednica (žena iz poljoprivrednog osiguranja) te usporedi s onom žena iz radničkog osiguranja, već upravo finija analiza suvremenih demografskih, ekonomskih i socijalnih promjena u selu danas koje djeluju na poljoprivrednicu i njezino zdravlje. Međutim, iz više razloga to nije bilo moguće. Zdravstvena statistika šturo prati pokazatelje o zdravstvenoj zaštiti žena prema vrsti zdravstvenog osiguranja, a za djecu se prema vrsti osiguranja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne prate nikakvi podaci. Slijedeći krupan razlog bio je problem upravo žena na poljoprivrednim gospodarstvima koje nisu jedinstvena socioekonomska kategorija, odnosno one su poljoprivrednice prema zanimanju, socioekonomskom položaju ili domaćice na seoskom domaćinstvu, dakle u dvije vrste zdravstvenog osiguranja — radničkom i poljoprivrednom. Osim toga, poljoprivrednice u demografsko-statističkom pogledu nisu sasvim jasna kategorija pa se ne mogu dobiti neki sigurni pokazatelji, potrebni za preračunavanje s nekim, u našem slučaju zdravstvenim pokazateljima. Na kraju, značajan problem predstavlja posvemašnja odsutnost znanstvenoga ili općenito društvenog praćenja problema zdravstvene zaštite poljoprivrednica.

Stoga se korištena metoda činila jedino mogućom i pokazala se funkcionalnom. Nazvali smo je metodom varijable "učeešće poljoprivrednog u ukupnom stanovništvu" kao relevantnog socioekonomskog i sociokulturnog faktora utjecaja na zdravstveno stanje, korištenje i razvijenost zdravstvene zaštite populacije pojedinog područja.<sup>6)</sup>

## zdravstvena zaštita žena

Kvaliteta službe za zdravstvenu zaštitu žena promatra se prema razvijenosti službe, prema broju zdravstvenih radnika koji u njoj rade te prema samom radu.

Zdravstvena zaštita žena odvija se u radu savjetovališta za trudnice, ambulante za ginekološka oboljenja i u patronažnom radu.

Ukoliko postoje sva tri spomenuta oblika rada, služba se smatra kompletnom, ako ne — nekompletnom. Poseban vid djelatnosti jesu savjetovališta za planiranje porodice.

6) Operacionalizirajući metodu, sve općine SRH podijeljene su u pet grupa s obzirom na udio poljoprivrednog stanovništva u ukupnome — I grupa (38 općina) do 10%; II grupa (27 općina) do 20%; III grupa (20 općina) do 30%; IV grupa (17 općina) do 40%; V grupa (11 općina) do 50% i više. Najveći udio poljoprivrednog stanovništva u ukupnom iznosi 53,2%. Raspoložive podatke o zdravstvenoj zaštiti žena i djece u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u SRH analizirali smo i preračunali kroz spomenute grupe.

Tablica 1

Razvijenost službe

— u %

Grupe općina	Općine s komplet. službom	Općine s nekomplet. službom	Općine bez službe	Općine koje imaju savjetovanište za planiranje porodice
I	74	24	3	73
II	74	22	4	62
III	70	15	15	70
IV	71	6	24	52
V	64	27	9	36
SRH	72	19	9	60

Iz ovih podataka<sup>7)</sup> vidi se da je razvijenost službe za zdravstvenu zaštitu žena to niža, što je udio poljoprivrednog stanovništva veći.

Tablica 2

Zdravstveni radnici

Grupa općina	Broj liječnika u službi za zdrav. zaštitu žena		Broj žena fert. dobi na 1 liječ.	
	s punim rad. vremenom	s djelomičnim rad. vremenom	s punim radnim vremenom	s djelomičnim + punim radnim vremenom
I	69	50	7.366	4.271
II	31	24	8.317	4.688
III	15	21	10.957	4.566
IV	9	12	11.669	5.001
V	9	3	6.775	5.081
SRH	134	110	8.184	4.494

Tablica pokazuje prilično pravilnu pojavu da je broj žena u fertilnoj dobi na jednog liječnika u službi za zdravstvenu zaštitu žena (i s punim i s njemu pribrojenim djelomičnim radnim vremenom) to manji što je rang općina niži. Izuzetak je samo broj žena fertile dobi na jednog liječnika s punim radnim vremenom u V grupi općina.

Općenito gledano u SRH u službi za zdravstvenu zaštitu žena vrlo je očit rad liječnika s djelomičnim radnim vremenom, koji se posljednjih godina čak i povećao, dok se onih s punim radnim vremenom smanjio. Svakako je pozitivno da su više od 95% svih liječnika u službi za zdravstvenu zaštitu žena specijalisti — ginekolozi.

### rad u službi za zdravstvenu zaštitu žena

Fertilitet populacije u direktnoj je vezi s obrazovnim, socijalnim, profesionalnim i drugim obilježjima, pa kako se ovi mijenjaju tako utječu na promjenu u fertilitet-

7) Podaci su u ovoj i ostalim tablicama iz Republičkog zavoda za zaštitu zdravlja i Republičkog zavoda za statistiku, i odnose se na 1985 (Dokumentacija).

nom ponašanju. "Aktivne žene rađaju manje od uzdržavanih, ostala zanimanja manje nego poljoprivrednice, žene bez škole rađaju više od onih školovanih, seoske žene više od gradskih itd. Međutim, zbog intenzivne migracije seoskog stanovništva, i to uglavnom mladog i mlađeg, prirodni prirast u gradskim i seoskim sredinama postepeno se izjednačuje. No zato i dalje postoji razlika između stopa nataliteta poljoprivrednica u odnosu na druga zanimanja. Poljoprivrednice još uvijek rađaju više djece nego druge žene".<sup>8)</sup>

Što se tiče porođaja, oni su u SRH u 1985. u 99% slučajeva obavljani u zdravstvenoj ustanovi, što znači da i poljoprivrednice rađaju u zdravstvenim ustanovama. Bez stručne pomoći obavljeno je svega 0,4% od ukupnih poroda, što također znači da i sve poljoprivrednice rađaju uz stručnu pomoć.

Materalni mortalitet (smrtnost žene zbog komplikacija u trudnoći, porodu i babinjama) pokazatelj je socioekonomskih prilika, ali i razvijenosti zdravstvene službe. Stopa materalnog mortaliteta u SRH danas je na razini razvijenih zemalja i iznosi 4,8 na 100.000 živorođenih, što znači da su 1985. umrle 3 žene zbog spomenutih komplikacija. Ovaj je podatak tako nizak da nismo ispitivali poljoprivrednice među njima.

Od ukupno živorođene djece u rodilištima u SRH 1984. 5,7% djece bilo je s niskom porođajnom težinom (ispod 2500) grama, 4,4% djece rođeno je prije vremena, 94% djece na vrijeme, a 0,5% nakon prolongirane trudnoće. Nažalost, ovaj se podatak ne prati po vrsti osiguranja, pa tako ne možemo reći kakvo je učešće poljoprivrednica u njima, odnosno da li one možda rađaju prosječno lakšu ili težu djecu, prijevremeno, u roku ili u prolongiranom terminu.

Tablica 3

Savjetovališta za trudnice

Grupe općina	Broj posjeta savjet. za trudnice Ukupno	Broj pregleda po trudnici	Pregledi do 3. mj. trudnoće %	Broj utvrđenog patološ. stanja u trudnoći na 1 živorođ. dijete
I	152.505	5,6	56,1	0,4
II	92.579	6,0	46,7	0,6
III	48.543	4,7	41,4	0,3
IV	26.732	4,3	36,1	0,4
V	12.893	4,0	34,9	0,3
SRH	345.818	5,5	50,5	0,4

Godine 1985. prosječan broj pregleda po trudnici u SRH bio je 5,5, no razlike po općinama doista su velike i kreću se od 0,6 do 16,3 pregleda po trudnici. U tablici se vrlo jasno vide razlike između I i II grupe općina, koje su podjednake po broju pregleda po trudnici, i ostalih, gdje je broj pregleda sve manji, što je rang općina viši.

Program mjera zdravstvene zaštite predviđa najmanje četiri pregleda po trudnici, a jedan pregled treba da bude u prvom tromjesečju trudnoće kako bi zdravstveni nadzor nad trudnicom započeo što prije. Vidljivo je da se u SRH tek nešto više od polovine trudnoća pregleda u I tromjesečju. I ovdje se jasno vidi da je u I

8) R. First: *Seoska porodica danas*, Zagreb: Institut za društvena istraživanja Sveučilišta u Zagrebu, 1981, str. 71.

grupi općina najviši udio trudnoća pregledanih do trećeg mjeseca, te da ono pada s porastom ranga općina.

Na osnovi podataka o ukupnom posjetu žena iz poljoprivrednog osiguranja savjetovalištima za trudnice izlazi da je na 9 žena fertile doli u poljoprivrednom osiguranju u 1985. izvršen 1 pregled, dok je taj podatak za SRH ukupno godine 1985. bio 3,3 žene na 1 pregled. Podatak o broju pregleda trebalo bi, naravno, računati na jednu trudnicu, odnosno živorođeno dijete, ali do tog podatka za poljoprivrednice (u poljoprivrednom osiguranju) nije se moglo doći. Osim toga, broj poljoprivrednica u poljoprivrednom osiguranju samo je statistička procjena. Točan broj poljoprivrednica u poljoprivrednom osiguranju, pogotovu po dobi, nije poznat, stoga ove rezultate treba uzeti s rezervom. No, podatak koji je sasvim točan jest da je od svih posjeta žena u savjetovalištu za trudnice u SRH godine 1985. tek 3,8% bilo žena iz poljoprivrednog osiguranja.

Podaci iz tablice 3 o udjelu patoloških stanja u ukupnim trudnoćama očito su ne-realni kako onih što ih vodi zdravstvena statistika, tako i podataka po općinama i po grupama općina. Naime, taj raspon o udjelu patoloških stanja po općinama SRH kreće se od nevjerovatnih 0,7% po trudnoći (dakle, gotovo su sve trudnoće zdrave) do isto tako nevjerovatnih 1,88% u ukupnim trudnoćama (dakle na jednu trudnoću gotovo dva patološka stanja). Čini se da se radi o metodološkoj neujednačenosti praćenja. Osim toga, broj patoloških stanja zbraja se u apsolutnim iznosima i stavlja u odnos s brojem trudnoća, što je neispravno, jer jedna trudnica može imati više dijagnoza, a druga niti jednu.

Tablica 4

Rad savjetovališta za planiranje porodice

Grupa općina	Postotak općina koje imaju savjetovalište	Prosječan broj posjeta na 100 žena fertile doli
I	68	14,9
II	57	10,1
III	56	9,3
IV	52	9,6
V	36	6,0
SRH	60	10,4

Savjetovalište za planiranje obitelji postoji u 68 od 113 općina i različito su distribuirana po regijama, a što se tiče korelacije s udjelom poljoprivrednog stanovništva u ukupnom stanovništvu vidljivo je da i ovdje postoji pravilnost — što je viši rang općina, to je postotak općina sa savjetovalištem manji kao i broj posjeta na 100 žena fertile doli.

Prema jednom istraživanju<sup>9)</sup> iz 1979. o planiranju obitelji na seoskom i gradskom području, žene iz grada više znaju o raznim metodama kontracepcije, a i savjetovališta za planiranje obitelji mnogo su im dostupnija, ali u praktičnoj primjeni neke od metoda planiranja obitelji nema bitnih razlika. Koriste se uglavnom nemedicinske, dakle metode s najmanjim postotkom vjerojatnosti za sigurnu zaštitu od neželjene trudnoće, a rezultat toga jest izuzetno velik broj pobačaja. Odnos broja poroda i pobačaja približava se zadnjih godina omjeru 1:1. Ipak,

9) D. Štampar: Planiranje obitelji na seoskom i gradskom području SRH, *Sociologija sela*, 17/1979. br. 63/64.

prema spomenutom istraživanju postoje razlike u učestalosti pobačaja među ženama, odnosno vrše ih više aktivne nego uzdržavane žene, više nepoljoprivrednice nego poljoprivrednice, a u grupi samih poljoprivrednica, one aktivne u fertilnoj dobi vrše ih gotovo dva puta više nego uzdržavane.

## ambulante za ginekološka oboljenja

Godine 1985. u 19 općina SRH nije bilo ginekološke ambulante, što je očito nazadovanje u odnosu na nekoliko posljednjih godina. Tako ih 1982. nije bilo u 12 općina, a 1984. u 17 općina.

Tablica 5

Grupa općina	Žensko stanov. 15 i više god.	Broj sistematskih kon. pregleda	Broj žena na prvom pregledu	Broj posjeta ginekološkim ambulantom			
				Ukupno	Broj žena na jedan posjet	Od toga prvi posjet	Broj žena na 1 prvi posjet
I	810.261	72.644	11,1	417.632	2	181.119	4,4
II	390.597	52.348	7,4	281.471	1,4	118.561	3,2
III	289.641	25.415	11,3	130.683	2,2	47.771	6,0
IV	191.586	17.110	11,1	97.384	1,9	37.473	5,1
V	117.111	3.904	27,4	52.565	2,2	24.153	4,8
SRH	1.833.885	171.501	11,1	966.355	1,9	400.639	4,7

Kako se vidi, sistematskih i kontrolnih pregleda na području SRH vrlo je malo pa su takvi i rezultati po grupama općina, a bitno se ne razlikuju ni međusobno, osim V grupe općina, gdje je situacija najlošija. Ni u posjetima ginekološkim ordinacijama nema pravilnosti da je broj posjeta ovim ambulantom to bolji što je udio poljoprivrednica po općinama manji, iako razlike postoje.

Na osnovi podataka o ukupnom broju posjeta ginekološkim ordinacijama žena iz poljoprivrednog osiguranja u okviru ukupnih posjeta za SRH, izlazi da na 2 žene (od ženskog stanovništva starog 15 i više godina) dolazi 1 posjet ginekološkoj ordinaciji, a u poljoprivrednom osiguranju na 5 žena dolazi 1 posjet ginekološkoj ordinaciji. I ove podatke za poljoprivrednice treba uzeti sa stanovitom rezervom jer je opet preračunan na broj žena u poljoprivrednom osiguranju koji je statistička procjena.

Tablica 6

Oboljenja utvrđena u ginekološkim ambulantom, po grupama bolesti

Grupe bolesti	Ukupno	%	Ukupno poljoprivrednice	%
1. Bolesti genitourinarnog sistema	242.127	57,5	18.615	55,3
2. Infektivna i parazitska oboljenja	80.984	19,3	5.118	15,2
3. Komplikacije trudnoće, poroda i puerperija	68.732	16,3	6.348	18,8
4. Endokrine bolesti, bolesti metabolizma, ishrane i poremećaji imuniteta	13.605	3,2	1.255	3,7
5. Neoplazme	10.162	2,4	1.159	3,4
6. Ostale grupe	5.535	1,3	1.144	3,4
Ukupno	421.145	100,0	33.639	100,0

Udio grupa bolesti žena po zastupljenosti u ukupnim oboljenjima vidljivo je iz tablice 6. Među ženama iz poljoprivrednog osiguranja struktura grupa bolesti slična je, osim što je nešto veći udio komplikacija pri trudnoći, porodu i babinjama, a nešto manji kad se radi o infektivnim i parazitarnim oboljenjima u ukupnima.

Tablica 7

Oboljenja utvrđena u ginekološkim ambulantama

Oboljenja	Ukupno	%	Ukupno poljoprivrednica	%
Poremećaji menstruacije	61.304	14,5	3.044	9,0
Vaginitis i vulvovaginitis	47.459	11,3	3.124	9,2
Urogenitalna trihomonijaza	43.617	10,3	2.655	7,8
Kandidijaza	30.256	7,2	235	0,7
Menopauzni i postmenopauzni poremećaji	21.178	5,0	2.414	7,1
Nezapaljiva oboljenja grlića	17.336	4,1	1.082	3,2
Legalno inducirani pobačaj	15.557	3,7	1.233	3,6
Inflamatorna oboljenja jajnika, folopijeve tube	14.281	3,4	1.027	3,0
Ovarijalne disfunkcije	13.336	3,2	1.020	3,5
Inflamatorna oboljenja grlića maternice	12.849	3,0	1.082	3,2
Sva ostala oboljenja	143.936	34,2	16.733	49,7
Ukupno	421.145	100,0	33.639	100,0

Teško je reći jesu li stanovite razlike u udjelu pojedinih bolesti među poljoprivrednicama u odnosu na strukturu oboljenja svih žena, rezultat stvarno različite patologije ili poljoprivrednice možda za neka oboljenja prije zatraže liječničku pomoć nego za neka druga.

Podaci o ukupnim oboljenjima poljoprivrednica registriranih u ginekološkim ambulantama pokazuju da u SRH na 4,4 žene dolazi 1 oboljenje, a u poljoprivrednom osiguranju 1 oboljenje dolazi na 8,7 žena. Ovo gotovo sigurno ne znači da su poljoprivrednice toliko manje bolesne, već da manje odlaze liječniku. I za ovaj podatak o poljoprivrednicama vrijedi rezerva (broj poljoprivrednica, naime, u poljoprivrednom osiguranju opet je samo statistička procjena).

### patronažna služba

Programom mjera zdravstvene zaštite žena utvrđen je minimum od 1 patronažnog posjeta u toku trudnoće i 2 patronažna posjeta rodilji do 15 dana nakon poroda. U strukturi ukupnih patronažnih posjeta u SRH u 1985. 71,1% jesu posjeti ženama nakon poroda, posjeti trudnicama 17,9%, a ostalima 10,4%. Udio se patronažnih posjeta trudnicama smanjuje, pa je tako 1979. iznosilo 23,6% od ukupnih patronažnih posjeta, a 1985. 17,9%. Patronažna služba ne radi u 24 općine od 113 (21,2%). Po trudnoći ostvareno je svega 0,5 patronažnih posjeta umjesto minimalno jednog posjeta, a po rodilji 1,9, što je također manje od minimuma.

Tablica 8

## Patronažna služba

Grupa općina	Broj patronažnih posjeta babinjačama ukupno	Živorodenih ukupno	Broj patronažnih posjeta po 1 babinjači
I	79.635	27.277	2,9
II	22.010	15.405	1,4
III	11.312	10.400	1,0
IV	5.414	6.274	0,9
V	1.955	3.211	0,6
SRH	120.362	62.665	1,9

Distribucija patronažnih posjeta po grupama općina I-V pokazuje sasvim jasno da je broj patronažnih posjeta roditeljima to veći što je udio poljoprivrednog stanovništva manji.

### zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita djece predškolske dobi

Podaci o prirodnom kretanju, o smrtnosti i uzrocima smrti te o oboljenjima, služe za prikaz zdravstvenog stanja djece predškolskog uzrasta.

Udio djece u dobi do 6 godina u ukupnom stanovništvu neprestano se smanjuje posljednjih godina i prema zadnjem popisu iznosi 9,9% od ukupnog stanovništva SRH.

Natalitet, promatran zadnjih desetak godina kontinuirano pada. Tako je 1974. iznosio 15,0 promila, a 1985. 13,5 promila. Razlike po regijama i općinama SRH znatne su i kreću se od 10,7 promila za Gospić, do 14,6 promila u ZO Osijek. Po općinama raspon je još veći i kreće se od najniže stope nataliteta od 8,0 promila (Lastovo), do najvišeg 18,4 promila (Metković).

Prirodni priraštaj bio je u radoblju od 1974. do 1979. u rasponu od 4,5 do 5,0 promila, a od 1980. do 1985. pokazuje pad te 1985. iznosi 2,3 promila. Pet zajednica općina u SRH imaju negativan prirodni priraštaj, a to su ujedno regije s velikim i najvećim udjelom poljoprivrednog stanovništva u ukupnom stanovništvu. Godine 1985. negativan prirodni priraštaj imaju 52 općine, a u proteklom desetogodišnjem razdoblju kontinuirano negativni prirodni priraštaj ima 10 općina, koje su uglavnom u IV i V grupi općina s obzirom na udio poljoprivrednog stanovništva u ukupnome, s izuzetkom općine Vis i Centar-Zagreb, koje su u I grupi općina.

### mortalitet dojenčadi

Stopa mortaliteta dojenčadi u SRH pokazuje znatan pad u višegodišnjem periodu, no postojeće stanje još uvijek ne zadovoljava (1967. — 41,5 promila, 1976. — 22,4 promila, 1985. — 16,6 promila, 1986. — 15,7 promila).<sup>10)</sup> Usporedba s evropskim zemljama pokazuje da u nas postoji još veliki prostor za značajnije snižavanje dojenačkog mortaliteta, to više što je Jugoslavija u cjelini sa stopom



10) Podaci se odnose na 1982. 1983. ili 1984. a izvor je WHO i UNESCO za evropske zemlje.



mortaliteta dojenčadi od 26,7 promila u 1985. na pretposljednem mjestu u Evropi (ispred Albanije). U razvijenim evropskim zemljama mortalitet dojenčadi, dakle, daleko je niži nego u Jugoslaviji. U tu grupu spadaju Austrija 11,8‰, Belgija 10,1‰, Danska 7,7‰, Finska 6,1‰, Francuska 9,4‰, Njemačka Demokratska Republika 10,0‰, Savezna Republika Njemačka 10,2‰, Island 7,1‰, Irska 10,1‰, Luxemburg 10,0‰, Holandija 8,4‰, Norveška 7,9‰, Španjolska 9,6‰, Švedska 7,0‰, Švicarska 7,6‰, Vel. Britanija 10‰. U grupu nešto lošijih spadaju Bugarska 16,5‰, Čehoslovačka 14,2‰, Grčka 15,1‰, Mađarska 19,0‰, Izrael 13,9‰, Italija 13,0‰, Malta 14,9‰, Poljska 19,4‰, Portugal 16,7‰, Rumunjska 23,9‰, Albanija 29‰.<sup>11)</sup> Budući da se ovi podaci odnose na 1980, 1983, ili 1984. godinu za usporedbu treba istaći podatke za YU tih godišta. Tako je 1982. mortalitet dojenčadi bio 29,9‰, 1983. 30,7‰, a 1984. 27,6‰.

Iako je mortalitet dojenčadi u SRH daleko niži od prosjeka SFRJ, on ostaje jedan od prioritetnih problema u zdravstvenoj zaštiti djece predškolske dobi u SR Hrvatskoj, pogotovu u nekim područjima republike.

Promatrano po regijama SRH, karakteristična je neujednačenost stope dojenačke smrtnosti, odnosno značajne regionalne razlike. Tako primjerice ZO Bjelovar (23,5 promila) i ZO Osijek (21,8 promila) godine i godine imaju znatno višu stopu mortaliteta dojenčadi nego što je prosjek republike. Raspon stope mortaliteta dojenčadi po općinama SRH 1985. vrlo je velik i kreće se u rasponu od 5,1 promila (Knin) do 42,5 promila (Daruvar). Istina, sve veći broj općina dolazi u grupe s nižom smrtnosti dojenčadi — iznad 30 promila. To su ujedno općine s velikim ili većim udjelom poljoprivrednog stanovništva u ukupnome.

Sve općine grupirane prema udjelu poljoprivrednog stanovništva u ukupnom stanovništvu pokazuju još jasnije pozitivnu korelaciju između stope mortaliteta dojenčadi i udjela poljoprivrednog stanovništva u ukupnome.

Tablica 9

Mortalitet dojenčadi, 1985.

Grupe općina	Umrli dojenčad ukupno	Živorodeni ukupno	Mortalitet dojenčadi ‰
I	416	272.755	15,2
II	267	15.505	17,2
III	184	10.400	17,6
IV	116	6.274	18,4
V	56	3.211	17,4
SRH	1039	62.665	16,6

### perinatalni mortalitet

Problem mortaliteta dojenčadi u SR Hrvatskoj u većini područja usredotočen je na perinatalni period.

Perinatalni mortalitet (suma mortaliteta i neonatalnog mortaliteta) do 6 dana u opadanju je u višegodišnjem periodu, uz oscilacije posljednjih godina. Godine 1985. stopa perinatalnog mortaliteta iznosila je 15,2 promila i nešto je viša u odnosu na 1984 (15,1 promila).

U usporedbi s evropskim zemljama, kao i u dojenačkom mortalitetu, stanje je nezadovoljavajuće, osobito na pojedinim područjima republike.

Područja s visokom stopom perinatalnog mortaliteta u višegodišnjem periodu jesu ZO Bjelovar, ZO Osijek i ZO Rijeka, uz oscilacije unutar regija po godištim.

Tablica 10

Perinatalni mortalitet, 1985.

Grupa općina	Umrli dojenčad ukupno	Perinatalni mortalitet ‰
I	393	14
II	271	17
III	145	15
IV	114	18
V	47	15
SRH	946	15,2

Zbog vrlo neujednačene slike perinatalnog mortaliteta po regijama i općinama, ni distribucija po grupama općina I-V ne pokazuje najdirektniju pozitivnu korelaciju perinatalnog mortaliteta s rangom općina. Ipak, I grupa ima najniži perinatalni mortalitet, a IV najviši.

Kao i u neonatalnom periodu na značajnije sniženje perinatalnog mortaliteta može se utjecati samo dobrom antenatalnom i neonatalnom zaštitom.

### služba za zdravstvenu zaštitu djece

Za zdravstvenu zaštitu djece predškolskog uzrasta brine se specijalna služba zaštite dojenčadi i male djece i u okviru ordinacija opće medicine.

Međutim, dostupni su samo podaci službe specifične zaštite predškolskog djeteta, dok se iz službe opće medicine ne mogu dobiti podaci o pobolu i radu na zaštiti predškolskog djeteta jer se ne registrira dob pacijenta.

Služba za zaštitu predškolske djece radi u tri osnovne institucije: ambulanti za bolesnu djecu, savjetovalištu za dojenčad i malu djecu i patronažnim posjetima u kući djeteta.

Služba koja ima sva tri oblika jest kompletna. U 87 općina postoji kompletna služba (1984. u 81 općini), u 18 postoji nekompletna (1984. u 23 općine), a 8 općina nema službe ili ne izvještavaju o njezinu radu (1984. u 9 općina).

Tablica 11

Služba za zdravstvenu zaštitu djece, 1985.

Grupa općina	Kompletna služba u općinama	Nekompletna služba u općinama	Nema službe u općinama
	%	%	%
I	87	13	—
II	81	15	4
III	80	10	10
IV	59	12	29
V	55	45	—
SRH	77	16	7

Distribucija službi po grupama općina I-V jasno pokazuje da je razvijenost službe to bolja što je udio poljoprivrednog stanovništva manji.

Inače najčešći uzrok nekompletnosti službe jest nepostojanje patronažne djelatnosti, koje 1985. nije bilo u 15 općina (1984. u 20 općina). Savjetovalište za dojenčad i malu djecu ne postoji u 6 općina, a ambulanta za bolesnu djecu ne radi u 1 općini. No ako svim ovim oblicima rada službe za zdravstvenu zaštitu djece dodamo 8 općina koje uopće nemaju službu, dobivamo da u 23 općine nema patronažnog rada, u 14 općina nema savjetovališta za dojenčad i malu djecu i u 9 općina nema ambulante za bolesnu djecu.

Iako situacija ni danas nije najbolja, treba reći da stanje razvijenosti službe dječje zaštite u SRH nakon razdoblja stagnacije, pokazuje povoljniji trend razvoja, u posljednjih dvije godine.

Tablica 12

Liječnici u službi dječje zaštite

Grupa općina	Broj liječnika		Broj djece do 6 godina na 1 liječ. s punim radnim vremenom	Broj djece do 6 godina na 1 liječnika s djelomičnim + punim radnim vremenom
	s punim radnim vremenom	s djelomičnim radnim vremenom		
I	184	43	956	775
II	69	14	1.340	1.114
III	32	36	1.740	818
IV	21	6	1.919	1.493
V	10	7	2.828	1.663
SRH	316	106	1.242	931

Broj djece na 1 liječnika sasvim pravilno raste što je rang općina viši. Izuzetak je III grupa općina (na 1 liječnika s djelomičnim + punim radnom vremenom) u kojoj radi vrlo mnogo liječnika s djelomičnim radnim vremenom, što znatno smanjuje broj djece na jednog liječnika.

Godine 1985. ukupan broj liječnika koji s punim radnim vremenom rade u službi zdravstvene zaštite djece iznosio je 316 (1984. — 298), od kojih 210 pedijatar (1984. — 198/30 liječnika na specijalizaciji (1984. — 26) i 75 liječnika opće medicine (1984. — 74); iz čega je vidljivo znatno povećanje broja pedijatar u službi. Pored liječnika koji rade puno radno vrijeme u službi, u radu sudjeluju i liječnici s djelomičnim radnim vremenom (106), i to: 48 pedijatar, 6 liječnika na specijalizaciji i 52 liječnika opće medicine. Koliki je njihov udio u radu ne može se ustanoviti iz zdravstveno-statističkih izvještaja.

Od ostalih zdravstvenih radnika u službi dječje zaštite 1985. radilo je 580 medicinskih sestara s punim radnim vremenom (1984. — 548) i 116 s djelomičnim radnim vremenom (1984. — 92) Ukupan broj se od 1984. znatno povećao, a poboljšava se i kvalifikacijska struktura.

### savjetovališta za dojenčad i malu djecu

Savjetovališta se smatraju jednim od najvažnijih jedinica u službi zdravstvene zaštite djece zbog preventivnih aktivnosti koje se tu provode (praćenje rasta i razvoja, cijepljenja).

Programom mjera zdravstvene zaštite djece predviđene su mjere aktivne zdravstvene zaštite djece, koje se uglavnom provode u savjetovalištu — i to: pregled novorođenčeta u rodilištu ili kod kuće, 3 posjeta dojenčeta liječniku u savjetovalištu ( prvi posjet u ranoj dobi do 3 mjeseca), 2 posjeta malog i predškolskog djeteta (1-6 godina) liječniku u savjetovalištu, 2 posjeta patro- nažne sestre dojenčetu.

Tablica 13

Posjet savjetovalištima za dojenčad i malu djecu, 1985.

Grupa općina	Broj posjeta dojenčadi savjetovalištu ukupno	Broj posjeta na 1 dojenče	Broj posjeta djece 1-6 g. ukupno	Broj posjeta na 1 dijete 1-6 g.
I	136.738	5,0	166.537	1,1
II	80.770	5,2	45.192	0,6
III	53.812	5,1	20.622	0,5
IV	24.392	3,8	5.777	0,2
V	12.601	3,9	5.369	0,2
SRH	318.313	5,1	243.457	0,6

Promatrajući broj posjeta po jednom dojenčetu prema grupama općina, zanimljivo je da su prve tri grupe slične, a tek u IV i V grupi vidljiv je dosta niži broj posjeta po 1 dojenčetu. Međutim kod broja posjeta savjetovalištima djece 1-6 godina jasno se vidi da je to viši broj posjeta što je rang općina viši.

Prosjeck broj posjeta po jednom dojenčetu u SRH 1985. bio je 5,1 (1984. je 4,9) što je više od minimuma zacrtanog programom mjera, ali su interesantni podaci po ZO jer su razlike velike: znatno manje od republičkog prosjeka, ali iznad 3 posjeta, imaju ZO Gospić (3,0), ZO Karlovac (3,5) kojima se broj posjeta dojenčadi savjetovalištu znatno smanjio u prošle dvije godine. ZO Split (2,9 posjete) jedino je područje na kojem nije izvršen niti minimum od 3 posjeta u dojenačkoj dobi, a takvo je stanje na području Splita od 1979. Veći broj posjeta po dojenčetu od republičkog prosjeka imaju ZO Rijeka (5,9), ZO Sisak (5,9), ZO Zagreb (5,4), a najveći je broj posjeta u GZO Zagreb gdje je 7,2 posjeta po dojenčetu.

Djeca predškolske dobi 1-6 godina dolaze u savjetovalište znatno rjeđe nego dojenčad i ne ostvaruju se predviđena dva posjeta savjetovalištu već samo 0,6 posjeta po djetetu ove dobi.

### ambulante za bolesnu djecu do 6 godina

Broj pregleda u ambulantama za bolesnu djecu u neprestanom je porastu. Također kontinuirano raste broj pregleda po djetetu (od 4,8 1978. do 5,7 1985.)

Tablica 14

Posjeti ambulantama za bolesnu djecu

Grupa općina	Posjeti ambulantama ukupno	Posjeti po djetetu do 6 godina	Prvi posjet ambulanti ukupno	Broj posjeta po 1 djetetu do 6 godina
I	1.516.758	8,5	746.369	4,2
II	602.700	6,5	281.747	3,0
III	257.037	4,6	119.544	2,1
IV	176.710	4,4	75.395	1,8
V	75.980	2,7	35.228	1,2
SRH	2.622.203	5,7	1.258.275	3,2

Tablica sasvim očito pokazuje da je broj posjeta po djetetu kao i prvih posjeta po djetetu to veći što je rang općine niži.

Inače, gledano po ZO, razlike su također vrlo velike i kreću se od 2,5 pregleda po djetetu u ZO Gospić, do 9,4 pregleda po djetetu u GZO Zagreb.

### patronažna služba

Patronažna djelatnost odvija se uglavnom preko polivalentne patronažne službe, a sve rjeđe samo iz službe dječje zaštite.

Godine 1985. izvršeno je ukupno 308.560 patronažnih posjeta djeci, što je manje nego 1984. i, općenito gledano, prisutna je stagnacija ukupnoga patronažnog rada, jer su izvršeni patronažni posjeti praktično na razini iz 1979.

Razlike su u broju patronažnih posjeta po zajednicama općina velike. Posjeti su dojenčadi najčešće, i u tome su rezultati dosta dobri, a znatno su rjeđe posjeti starijoj djeci do 6 godina. Godine 1985. na 3 posjeta dojenčadi bio je samo jedan posjet starijoj djeci. Ovaj se odnos znatno razlikuje po područjima, a negdje posjeta starijoj djeci praktički i nema.

Patronažni je rad najviše zanemarivana djelatnost iz područja zaštite dojenčadi i male djece i stanje se bitnije ne mijenja posljednjih godina. Iako se 1984. i 1985. povećao broj općina koje su organizirale patronažnu djelatnost, još uvijek ukupno 23 općine (1985) u SRH nemaju organiziran patronažni rad.

Tablica 15

Posjeti patronažnih službi

Grupa općina	Broj patronažnih posjeta dojenčadi ukupno	Broj patronažnih posjeta na 1 dojenče
I	111.808	4,0
II	41.168	2,6
III	52.869	5,0
IV	19.436	3,0
V	5.803	1,8
SRH	231.138	3,6

Patronažni posjeti po grupama općina I-V pokazuju priličnu pravilnost, s izuzetkom III grupe koja je čak bolja od I grupe općina.

## Health Protection of Women and Children in Rural Areas

### Summary

The primary health protection of women and children, regarded according to the participation of the agricultural population in the total population as the factor that determines the rurality of a region, has through almost all the elements of health protection shown a very high level of positive correlation between the level of development, work and work results of health protection, and the participation of the agricultural population in the total population. This certainly enables us to conclude that (although the necessary data showing the health protection of woman and children from agricultural insurance were not at our disposal) the health protection of farm women and children is worse than that of the other population.

From the aspect of how well the service of primary health protection is developed, its work and its results, there are differences in the health protection of women and children among regions and communes in the SR Croatia.

In certain areas this service is not always in positive correlation with the participation of the agricultural population in the total population. For example, some "agricultural" areas were quite highly developed from the aspect of health protection, while others, with an exceedingly small agricultural population, have an inadequate health protection of women and children according to some indicators. That allows us to conclude that the factor of rurality, i.e. the participation of the agricultural in the total population, is not the only factor essential for the primary health protection of women and children. Another important factor is the different level of development of the health service and its work in different areas.

## Здравоохранение женщин и детей в сельской местности

### Резюме

Первичное здравоохранение женщин и детей рассматривается в соответствии с долей участия сельскохозяйственного населения в целом, как фактора села отдельных районов и показало достаточно, с помощью всех элементов здравоохранения, исключительно высокую степень положительной корреляции между развитием, трудом и результатами труда здравоохранения и доли участия сельскохозяйственного населения в общем населении. Из этого можно заключить, что (т. к. не было необходимых данных в связи со здравоохранением женщин и детей из сельскохозяйственного обеспечения) здравоохранение женщин и детей в сельской местности находится на более низком уровне, по сравнению с другим слоями населения. Картина состояния здравоохранения женщин и детей в смысле развития службы по районам и общинам СФРЮ. Эта картина состояния в отдельных районах не всегда находится в положительной корреляции с долей участия сельскохозяйственного населения в целом. Так, например, некоторые сельскохозяйственные районы достаточно развиты в отношении здоровья, в то время, как другие, с исключительно маленьким сельскохозяйственным населением, по некоторым показателям здравоохранения женщин и детей исключительно на низком уровне. Из этого можем заключить, что имеет значение не только фактор сельской местности в доле участия сельскохозяйственного населения в целом за состояние первичного здравоохранения женщин и детей, но и фактор неравномерного территориального развития службы здоровья и труда.