

Promjene vitalne statistike u općini Velika Kopanica u razdoblju 1952. – 2013. godine, kao osnova za planiranje primarne zdravstvene zaštite

Vital statistic changes in Velika Kopanica municipality in the 1952-2013 period as basis for primary health care planing

Josip Buljan*

Sažetak

Rad prikazuje promjene parametara vitalne statistike u razdoblju 1952. – 2013. godine na području općine Velika Kopanica. Zdravstvena stanica u Velikoj Kopanici osnovana je 1929., u promatranom razdoblju stalno radi tim liječnika opće prakse (dva od 1991.), od sedamdesetih godina 20. stoljeća i stomatolog, te postoji ljekarna i patronažna služba. Boljim prometnim povezivanjem dostupnija je i sekundarna zdravstvena zaštita.

Nakon Drugog svjetskog rata postoji značajna imigracija. Sedamdesete obilježava emigracija u gradove i inozemstvo. Nakon Domovinskog rata dio prognanika i izbjeglica ostaje u Kopanici. Početkom ekonomske krize 2008. ponovno započinje iseljavanje, uglavnom u inozemstvo.

U razdoblju demografske tranzicije, padaju stope nataliteta s 25‰ na 13‰, dok one mortaliteta variraju između 10‰ i 15‰. Od 2000. godine prirodni prirast je negativan. Prosječna dob umrlih raste od 45,5 godina do 76,6 godina, sve tješnje se grupirajući u starijim dobnim skupinama. Rana neonatalna smrtnost, perinatalna smrtnost i mortalitet dojenčadi od 1970. godine blizu su nuli. Smrti djece predškolske i školske dobi su od 1970. godine sporadične.

Opći napredak i dostupnost zdravstvene zaštite produljio je životni vijek i 85% umrlih je u dobi nakon radnoga vijeka (65 godina), što predstavlja ekonomski doprinos zdravstvenog sustava zajednici.

Organizaciju primarne zdravstvene zaštite potrebno je prilagoditi potrebama populacije koja je sve starija (20% starijih od 65 godina), koju karakterizira multimorbidnost kroničnih stanja, velik udio samačkih i staračkih kućanstava, uz reduciranu zaštitnu ulogu obitelji i u uvjetima višegodišnje ekonomske krize. Osim stručnoga rada u ordinaciji, sve je potrebniiji stručni rad liječnika i medicinskih servisa u kući bolesnika, te intervencija zajednice u rješavanju nemedicinskih potreba.

Ključne riječi: vitalna statistika, natalitet, mortalitet, organizacije primarne zdravstvene zaštite

Summary

The article indicates changes in vital statistic parameters during the period from 1952 to 2013 in the municipality of Velika Kopanica. A health care centre in Velika Kopanica was established in 1929. In the mentioned period a team of general practitioners (two from 1991) with a dentist from the 70's of the past century and a pharmacy and home care service. Secondary health care was more accessible with the improvement of road connections.

Significant immigration followed World War II. The 1970's mark immigration to cities and abroad. In the aftermath of the Croatian War of Independence part of the refugees remained in Kopanica. With the beginning of the economic crisis in 2008, immigration started once more which was mainly to foreign countries.

During the demographic transition, natality rates dropped from 25‰ to 13‰ and mortality rates varied between 10‰ and 15‰. Since 2000, natality rates are lower than mortality. An average life expectancy of 45.5 years prolonged to 76.6 years; and death expectancy was bound to senior age groups. After the 1970's early deaths of newborns, preschool and school age children occurred sporadically.

* **Specijalistička ordinacija opće medicine, Velika Kopanica** (mr. sc. Josip Buljan, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / Correspondence address: Mr. sc. Josip Buljan, dr. med., 35221 Velika Kopanica, Vladimira Nazora 5, E-mail: josip.buljan@sb.t-com.hr

Primljeno / Received 2015-02-25; Ispravljeno / Revised 2015-05-29; Prihvaćeno / Accepted 2015-07-07.

The general development and health care attainability prolonged human life expectancy, with 85% of deceased aged 65 years or older which represents an economic contribution to the health care system.

The organisation of primary health care should be adjusted to the needs of the aging population (20% older than 65) characterized by morbid chronic states, a large number of elderly households living alone with reduced, often insufficient family care in longstanding unfavourable economic circumstances. Therefore, besides medical service in the surgery, there is a need for professional work of physicians and nurses in the patient's home as well as an intervention of community in solving non-medical needs of the patient.

Key words: vital statistics, natality, mortality, primary health organisation

Med Jad 2015;45(3-4):105-114

Uvod

Ovaj rad nastavlja se na rad prikazan na Danima Andrije Štampara 2008.^{1,2} Prethodni rad je prikazao promjene u vitalnoj statistici u razdoblju 1900.-1948. godine, dok će ovaj rad prikazati promjene u vitalnoj statistici u općini Velika Kopanica u razdoblju 1952. – 2013. godine.

Općina Velika Kopanica smještena je u istočnom dijelu Brodsko-posavske županije, oko 35 kilometara istočno od Slavonskog Broda, oko križanja autoceste Zagreb – Lipovac i ceste Osijek – Slavonski Šamac, sjeverno od Save na ravničarskom posavskom terenu veličine 62 km.² Čine ju naselja: Velika Kopanica, Beravci, Mala Kopanica, Divoševci, Kupina i Crno Selo s ukupno 3308 stanovnika prema popisu iz 2011. godine.³ Manji dio (do petine) stanovništva živi isključivo ili prvenstveno od poljoprivrede; veći dio (oko trećine) živi od rada u tvornicama u Brodu, Đakovu i okolici, od čega je znatan dio terenskih radnika (u graditeljstvu i na montažama po Hrvatskoj i svijetu); mali dio zaposlenih je u javnim službama. Polovina kućanstava kao redoviti prihod ima mirovinu, a demografsku strukturu karakterizira velik broj starijih i samačkih kućanstava. U godinama krize započete 2008. godine pojačano je iseljavanje mladih u inozemstvo.

Razdoblje kojim se bavi prvi rad obuhvaća vrijeme dvaju svjetskih ratova, raspad Austro-Ugarske, nastanak i nestanak Kraljevine Jugoslavije i NDH, te nastanak Jugoslavije kao federacije socijalističkih republika. U tom razdoblju na području Kopaničke općine živjelo je uglavnom poljoprivredno stanovništvo, uz pojavu industrije (mlinovi, pilane, ciglane). Živjelo se teško, u lošim nastambama s lošim higijenskim uvjetima i slabim higijenskim navikama. To je vrijeme pojave velikih epidemija (gripa 1919./20. godine), ali i stalne prisutnosti teških zaraznih bolesti poput tuberkuloze, difterije, trbušnog tifusa. Vitalnu statistiku obilježavaju visoke stope nataliteta i mortaliteta, kratak životni vijek (29 godina u prosjeku, u prvoj dekadi 20. stoljeća), visoka perinatalna smrtnost, visoka stopa dojenačke

smrtnosti, ali i predškolskog, školskog i odraslog uzrasta.^{1,2} Karakteristika je to čitavog područja Hrvatske i okolnih zemalja u tom razdoblju.⁴

Razdoblje kojim se bavi ovaj rad obilježeno je procesima deagrarizacije, iseljavanja mladih generacija sa sela u gradove radi posla. U Kopaničkoj općini razvilo se u tom razdoblju, kao dominantni privredni subjekt, poljoprivredno poduzeće „Jasinje“ koje se ugasilo početkom Domovinskog rata. Domovinski rat je ostavio dubok trag na ovom području: mobilizirane su stotine mladih ljudi, desetak ih je poginulo u ratu, a podjednak broj ih je nakon rata izvršio samoubojstvo ili su umrli naglom smrću. Tijekom rata na području općine zbrinut je veliki broj prognanika i izbjeglica, neki od njih su se i trajno naselili na ovom području, a veliki dio njih se vratio u svoje domove ili odselio dalje. I u ovom razdoblju Kopanička općina dijeli sudbinu šireg područja – Slavonije, ali i većeg dijela Hrvatske.^{4,5}

Nakon rata preko stotinu radnika zapošljava se u građevinarstvu. Od početka krize do sada, najveći dio tih tvrtki i radnih mjesta je ugašen, pa je posljednjih godina veliki broj ljudi, naročito mladih, otišao u inozemstvo.

U razdoblju koje obuhvaća ovo istraživanje, osim uz manje prekide, u općini je organizirana primarna zdravstvena zaštita kroz djelovanje Zdravstvene stanice (otvorene 1929. godine). Zdravstvena stanica djelovala je kao samostalna zdravstvena ustanova do 1980. godine, a nakon toga integrirana je u Medicinski centar Slavonski Brod, da bi od 1994. djelovala u sastavu novoosnovanog Doma zdravlja Slavonski Brod. Od konca 1999. liječnici u Velikoj Kopanici su u zakupu / koncesiji. Na području općine djeluju dva tima obiteljske medicine, stomatološki tim i ljekarna.

Cilj istraživanja

Prvi cilj je istražiti kako se stalna dostupnost liječnika primarne zdravstvene zaštite odrazila na promjene vitalne statistike na području općine Velika Kopanica u razdoblju 1952. – 2013. godine.

Hipoteza je da dostupnost primarne zdravstvene zaštite pridonosi produljenju životnoga vijeka, te smanjenju smrtnost dojenčadi, djece i drugih mladih dobnih skupina.

Drugi cilj je istražiti promjene u vitalno statističkim podacima stanovništva općine Velika Kopanica u razdoblju 1952. – 2013. godine, kao osnovu za planiranje primarne zdravstvene zaštite na području općine.

Specifični cilj je prepoznati potrebe uvjetovane demografskim promjenama (starenje populacije) i prilagoditi organizaciju rada primarne zdravstvene zaštite tim potrebama

Materijali i metode

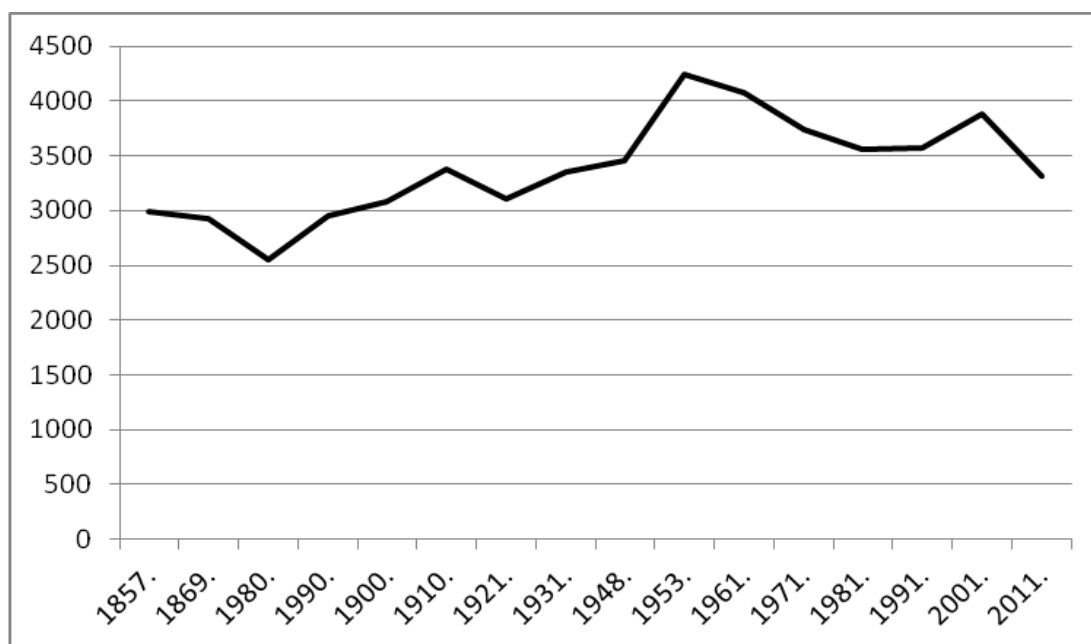
Materijal iz kojeg su dobiveni podaci su matične knjige krštenih i umrlih župe Velika Kopanica, koja se teritorijalno poklapa s općinom Velika Kopanica. Podaci koji se u ovom razdoblju nalaze u maticama Matičnog ureda Velika Kopanica ne obuhvaćaju sve one rođene u bolnici (a posljednjih desetljeća samo su povremeno porodi obavljani kod kuće), niti podaci iz matica umrlih obuhvaćaju umrle u bolnicama (takvih je i do polovinu umrlih posljednjih godina). Najveći dio vitalnih događaja zabilježen je u maticama u Slavonskom Brodu. U maticama župe u Velikoj Kopanici zabilježeni su gotovo svi događaji vitalne statistike koji se odnose na populaciju općine Velika Kopanica. Dio je podataka je iz vlastite evidencije o

pregledima umrlih na terenu. Podaci o broju stanovnika su podaci Državnog zavoda za statistiku.³

Rezultati

Kretanje broja stanovnika na području općine Velika Kopanica

Na Slici 1 prikazano je kretanje broja stanovnika na području općine Velika Kopanica, a prema izvorima Državnog zavoda za statistiku koji se temelje na popisima stanovništva od 1857. do 2011. godine. Blagi pad broja stanovnika bilježi se od prvog popisa 1857. godine (2990 stanovnika) do 1880. godine (2549 stanovnika), a potom se bilježi neprestani rast, sve do 1953. godine kada je broj stanovnika u općini bio najveći - 4247. Broj potom pada do 1991. godine na 3570 stanovnika, zbog procesa deagrarizacije i ekonomske emigracije, kada se više od polovine mladih trajno iseljavalo s područja općine u gradove (Đakovo, Slavonski Brod, Osijek, Zagreb) ili u inozemstvo (Njemačka, Austrija, Švicarska). 2001. godine broj stanovnika je nešto veći, njih 3878, jer je ostao dio izbjeglica iz BiH, ali se kasnije i oni vraćaju ili iseljavaju, što zajedno s iseljavanjem mladih, naročito zadnjih nekoliko godina dovodi do smanjenja populacije u općini, te prema popisu iz 2011. godine broj stanovnika pada na 3308 (uz trend daljnjeg pada).



Slika 1. Kretanje broja stanovnika na području općine Velika Kopanica
 Picture 1 The population of Velika Kopanica municipality

Kretanje nataliteta i mortaliteta u razdoblju 1952. – 2013.

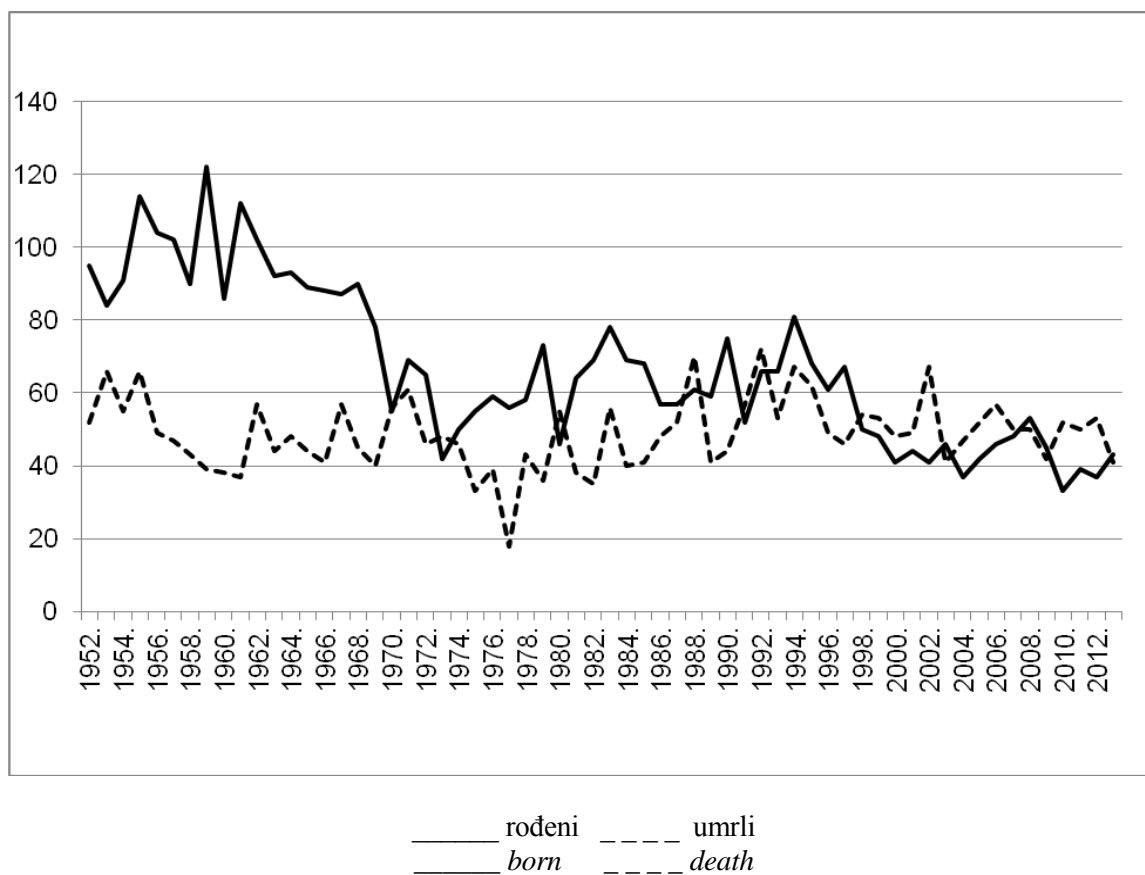
Broj rođenih u razdoblju do 1970. godine je visok, slično kao i u razdoblju između dva rata i kreće se između 85 i 120 godišnje, a zatim broj poroda pada i u razdoblju 1970.-2000. godine kreće se oko 60 godišnje. Nakon toga slijedi dodatni pad broja rođenih i kreće se oko 40 poroda godišnje, s tendencijom daljnjeg smanjenja broja poroda (Slika 2). Razlozi tomu su starenje populacije, iseljavanje mladih i veliki broj neoženjenih i neudanih odraslih osoba. Iz dijagrama bi se dali iščitati i odjeci populacijske politike. Od 1994. do 1998. godine vidi se porast broja poroda, a to je razdoblje naknada za porodni dopust, kao i naknada nezaposlenim majkama.^{6,7} Nakon 2001. godine, kada su ukinute naknade za nezaposlene roditelje, vidi se brzo smanjenje broja poroda.⁸ Iseljavanje mladih i kriza koja traje već šestu godinu, rezultiraju smanjenjem broja rođene djece kroz više mehanizama: iseljavanje mladih, starenje

populacije, smanjenje broja žena generativne dobi, velik udio neoženjenih i neudanih, ekonomska kriza.

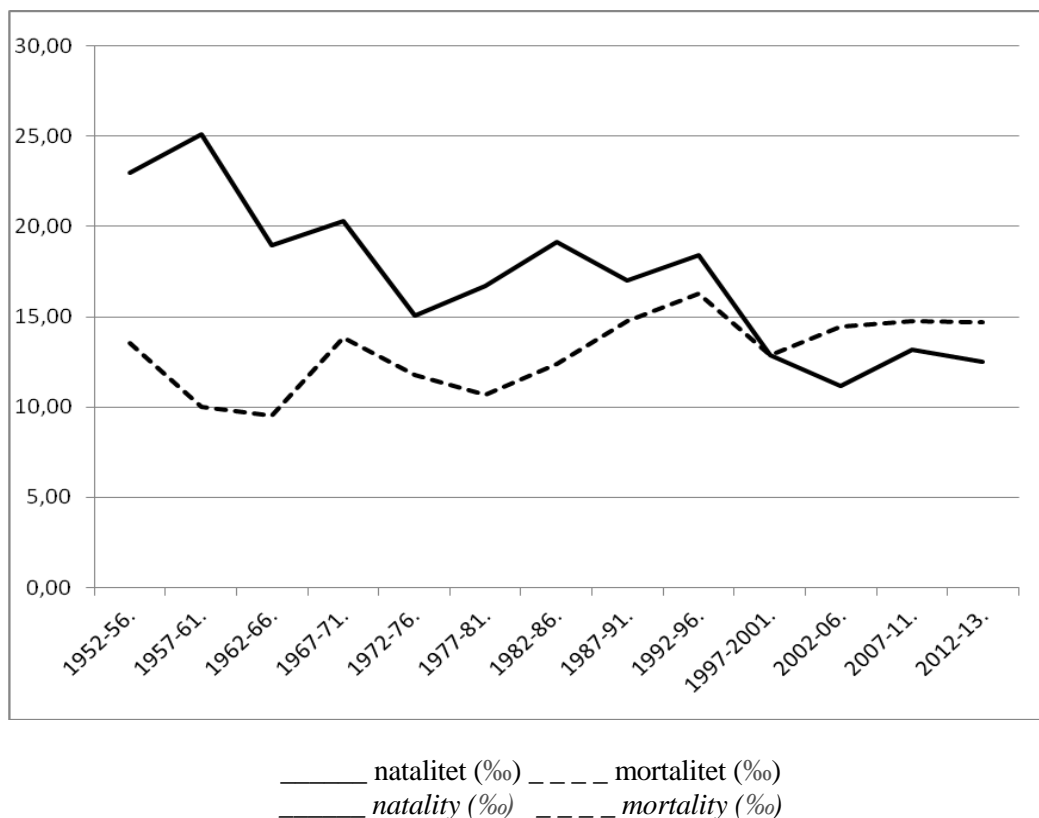
Broj umrlih nije se značajnije mijenjao u cijelom razdoblju i kreće se oko 50 umrlih godišnje.

Kada se pogledaju stope nataliteta i mortaliteta, prikazane na Slici 3, vidi se jasan trend smanjenja stope nataliteta od 25‰ kasnih pedesetih godina prošloga stoljeća, do 12,5‰ posljednjih godina. Za usporedbu u prvoj polovini 20. stoljeća stope nataliteta kretale su se između 20‰ (vrijeme I svjetskog rata), pa do 40‰ (razdoblje s početka 20. stoljeća).^{1,2}

Stopa mortaliteta pokazuje blagi uzlazni rast, jer je pedesetih godina bila ispod 10‰, za vrijeme Domovinskog rata gotovo 17‰, a potom stalno nešto ispod 15‰. Stope su sada znatno niže nego u prvoj polovini 20. stoljeća, kada su se kretale između 22‰ i 32‰, ali svoj minimum su dosegle u vrijeme kada je populacija bila relativno mlada. Starenjem populacije u kojoj je oko 20% starijih od 65 godina, a 5% starijih od 80 godina, rastu i stope općeg mortaliteta.



Slika 2. Broj rođenih i umrlih u općini Velika Kopanica 1952. – 2013.
 Picture 2 Births and deaths in Velika Kopanica 1952-2013



Slika 3. Kretanje stope nataliteta i mortaliteta u razdoblju 1952. – 2013.

Picture 3 Birthrates and death rates in the 1952 - 2013 period

Prosječna dob umrlih u razdoblju 1952. - 2013.

Kada promatramo prosječnu dob umrlih (Slika 4), vidimo trend jasnog rasta prosječne dobi umrlih, od 45,5 godina života na početku promatranog razdoblja do 76,63 godina života na kraju promatranog razdoblja. Istovremeno smanjuje se standardna devijacija s 33,7 na 12,5 godina, što govori da se dob većine umrlih grupira oko prosjeka, a s uzorka distribucije dobi umrlih nestala je bimodalnost. Radi usporedbe, prosječna dob umrlih u prvoj polovini 20. stoljeća na istom području kretala se između 29 i 44 godine.^{1,2}

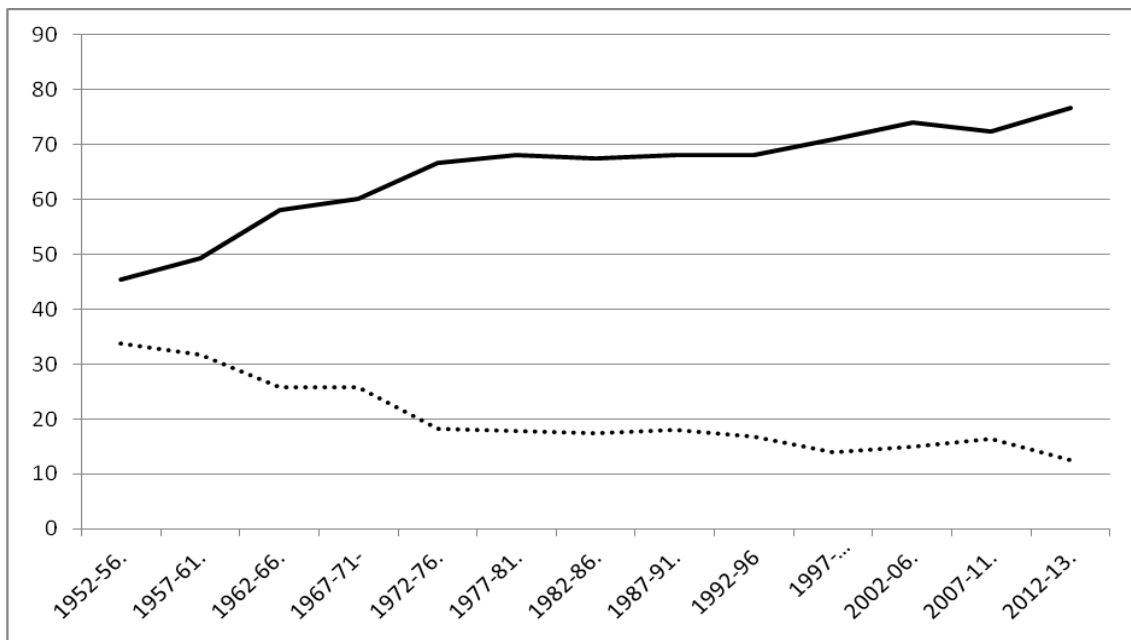
Na Slici 5 prikazani su podaci o prosječnoj dobi umrlih, a na grafikonu 5. distribucija prema dobi umrlih u petogodišnjim razdobljima. Broj umrlih u dojenačkoj, dječjoj i adolescentnoj dobi se smanjuje i nakon 1975. godine. U toj dobi događaju se povremene smrti, najčešće kao posljedica nesreća ili kongenitalnih bolesti. Smanjuje se i broj umrlih u radnoj životnoj dobi od 20-65 godina, a sve više je umrlih u dubokoj starosti, nakon 85. godine života. Usporedimo li s odgovarajućim podacima za prvu polovinu 20. stoljeća, pomak umiranja u sve kasniju životnu dob je očigledan.^{1,2}

Rana neonatalna i perinatalna smrtnost

U Tablici 1. prikazan je broj mrtvorodne djece, novorođenčadi umrle u prvih 6 dana života, novorođenčadi umrle od 7. do 28. dana života, dojenčadi umrle u dobi 1-12 mjeseci i umrle dojenčadi ukupno, te djece predškolske dobi (1-7 godina) i djece i mladeži školske dobi (7-20 godina).

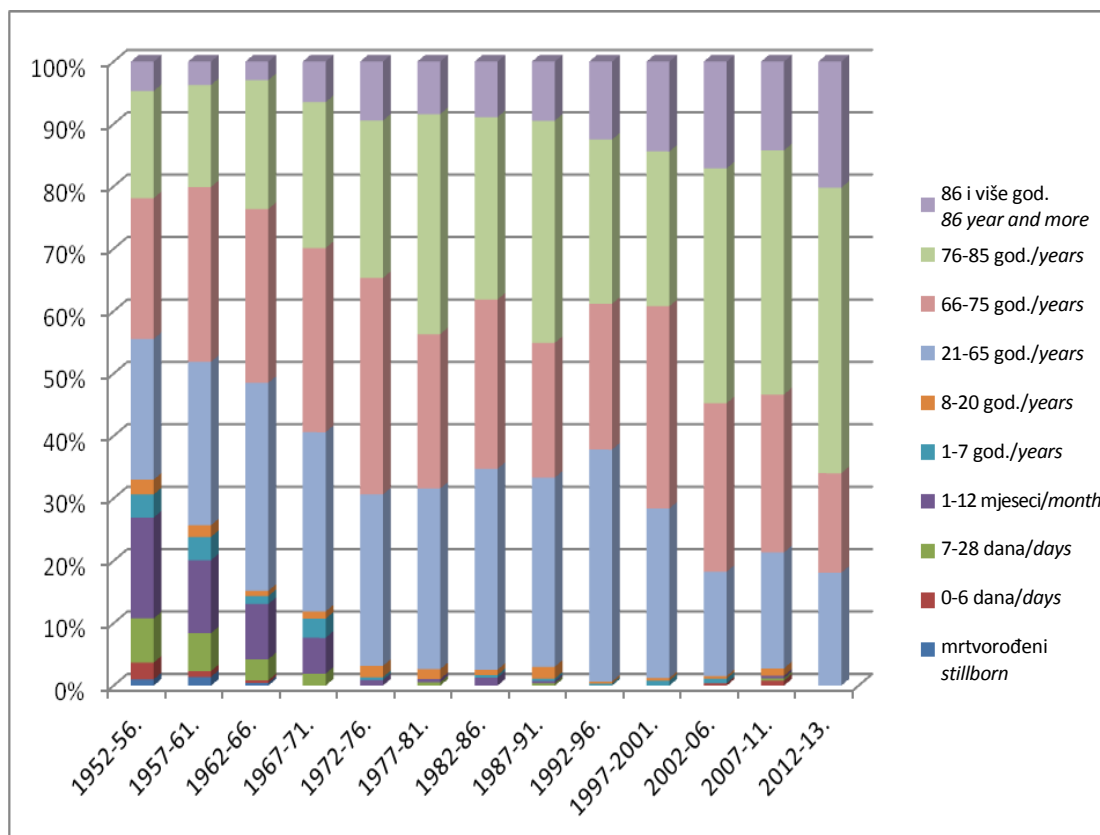
Rana neonatalna smrtnost pada sa 16‰ ranih pedesetih godina 20. stoljeća i nestaje nakon 1965. godine, da bi se u razdoblju 2002. – 2011. pojavila u stopi 4,2‰ i 9‰, a zbog rane neonatalne smrti zbog teških kongenitalnih anomalija (dvoje od te djece je drugi blizanac koji nije preživio, a druga djeca su imala teške anomalije crijeva, srca i pluća). Sva ta djeca rođena su na klinikama u Zagrebu, iz praćenih rizičnih trudnoća.

Perinatalna smrtnost slijedi sličan obrazac kao i rana neonatalna smrtnost, ali su stope u ranim pedesetima nešto više zbog pribrojanih mrtvorodjenih, kojih nakon 1965. godine nije bilo. Za usporedbu sa stopom perinatalne smrtnosti koja se u prvoj polovini 20. stoljeća kretala između 40‰ i 110‰, može se reći da je, osim pojedinačnih perinatalnih smrti, praktički nestala.



— prosječna dob umrlih standardna devijacija
 the average age of death standard deviation

Slika 4. Prosječna dob umrlih u razdoblju 1952. – 2013.
 Picture 4 Average death age in the 1952 – 2013 period



Slika 5. Distribucija prema dobnim skupinama umrlih u razdoblju 1952. – 2013.
 Picture 5 Distribution in age clusters of death in the 1952 -2013 period

Tablica 1. Prikaz broja mrtvorodenih, te umrle dojenčadi, djece i mladeži prema dobnim skupinama u razdoblju 1952. – 2013.

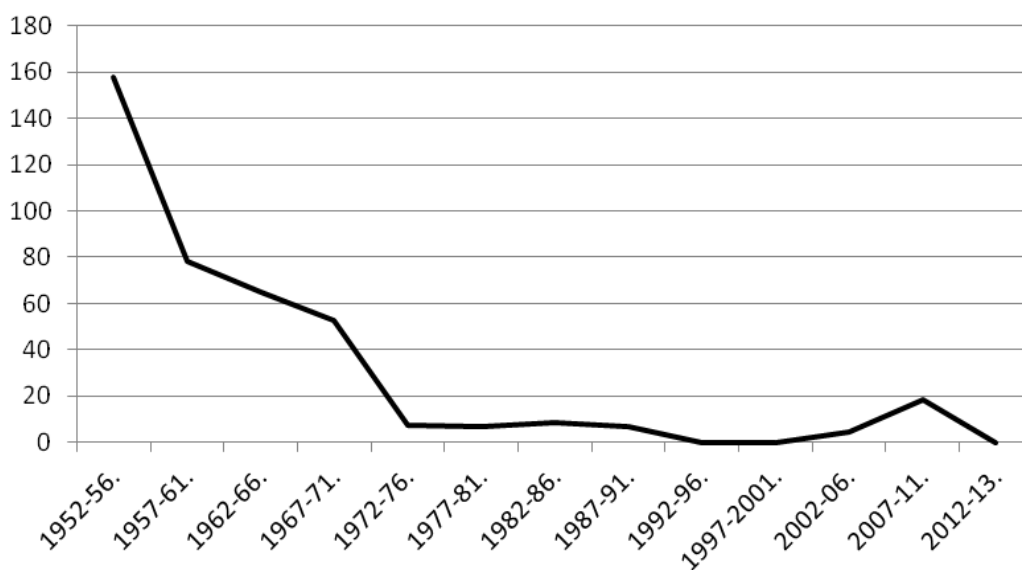
Table 1 The number of stillborn, deaths of newborns, infants, preschool children and school age children in the 1952-2013 period

Razdoblje Period	Mrtvorodenih Stillborn	0-6 dana 0-6 days	7-28 dana 7-28 days	1-12 mjeseci 1-12 months	dojenčad ukupno infants totaly	1-7 god 1-7 years	7-20 god 7-20 years
1952.-56.	3	8	21	48	77	11	7
1957.-61.	3	2	13	25	40	8	4
1962.-66.	1	1	8	21	30	3	2
1967.-71.	0	0	5	15	20	8	3
1972.-76.	0	0	0	2	2	1	4
1977.-81.	0	0	1	1	2	0	3
1982.-86.	0	0	0	3	3	1	2
1987.-91.	0	0	1	1	2	1	5
1992.-96.	0	0	0	0	0	1	1
1997.-2001.	0	0	0	0	0	2	1
2002.-06.	0	1	0	0	1	2	1
2007.-11.	0	2	1	1	4	0	3
2012.-13.	0	0	0	0	0	0	0

Umrle dojenčad

Slika 6. prikazuje kretanje stope smrtnosti dojenčadi. Podaci s početka razdoblja kao da pripadaju prvoj polovini 20. stoljeća, kada se stopa smrtnosti dojenčadi kretala između 130‰ – 227‰,

ali ubrzo sa 157‰ (rane pedesete) pada na 78‰ i nakon 1972. godine na 7‰, a kroz destak godina je na 0‰, da bi se nakon 2000. godine u dva razdoblja pojavila u stopi 4‰ i 18‰ (radi već spomenutih kongenitalnih anomalija).



Slika 6. Stopa smrtnosti dojenčadi u razdoblju 1952. – 2013.

Picture 6 Infant mortality rates in the 1952 -2013 period

Umrlea djece predškolske i školske dobi

U Tablici 1. prikazano je kretanje broja umrle djece predškolske dobi, koje se nakon 1970. događa povremeno, uglavnom zbog nesretnih slučajeva (promet, nezgode u kući), malignih bolesti i kongenitlnih anomalija. Ranih pedesetih godina 20. stoljeća umrlo je 11 djece predškolske dobi u petogodišnjem razdoblju, a nakon 1972. godine 0-2 djece po petogodišnjem razdoblju. Radi usporedbe, u prvoj polovini 20. stoljeća umiralo je od 96 do 235 djece predškolske dobi u petogodišnjem razdoblju.^{1,2}

U Tablici 1. prikazano je i kretanje broja umrle djece školske dobi, koje pokazuje oscilacije od 1-7 umrle djece školske dobi u 5 godina, i nema drastičnog pada broja umrle djece. Najčešći uzrok smrti je stradavanje u prometu i maligne bolesti. Broj umrle djece školske dobi već je značajno smanjen i prije 1952. godine, ali tada je u petogodišnjim razdobljima umiralo više od 20 djece školske dobi (21-53 djeteta u 5 godina).^{1,2}

Rasprava

Promatrano razdoblje (od 1952. do 2013. godine) obilježeno je stalnim promjenama kojima je izložena populacija: deagrarizacija, imigracija nakon II svjetskog rata, uglavnom iz Bosne, manje iz Hercegovine i Dalmacije, te Like, i u manjoj mjeri, i to privremeno, tijekom Domovinskog rata; gotovo stalna ekonomska emigracija, naročito jače izražena sedamdesetih i osamdesetih godina 20. stoljeća, ali i posljednjih nekoliko godina, od početka krize 2008. godine. Primarna zdravstvena zaštita je stanovništvu općine vrlo dostupna. U tom razdoblju stalno djeluje zdravstvena stanica u Velikoj Kopanici, neprestano djeluje liječnik, koji je uz rad u ordinaciji, nakon radnoga vremena dostupan za hitne slučajeve (od 1991. godine rade dva liječnika), nekoliko medicinskih sestara, ljekarnik (u promatranom razdoblju ljekarnički tehničar), te stomatolog od sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Sve bolja prometna povezanost učinila je dostupnom i specijalističku i bolničku zaštitu, prvenstveno u Slavonskom Brodu, ali i Osijeku, Zagrebu i Vinkovcima. Dok su se pedesetih i šezdesetih godina 20. stoljeća porodi obavljali kod kuće, uz pomoć babice ili laika, posljednjih 30 godina samo su katkada porodi obavljani kod kuće, u pravilu uz pomoć liječnika.

Iz prikazanih rezultata vidljivo je značajno produljenje životnog vijeka, od 45,5 godina na početku do 76,6 godina na koncu promatranog razdoblja. Unatoč ratu i sve lošijem općem standardu od početka krize 2008. godine, nastavlja se trend

produljenja životnoga vijeka, u čemu se može prepoznati uloga dostupnosti zdravstvene skrbi, prvenstveno primarne zdravstvene zaštite. Mortalitet dojenčadi pao je sa 157‰ na početku promatranog razdoblja praktički na nulu. To je odraz kvalitetne zdravstvene zaštite žena i prenatalne skrbi, iz koje je obiteljski liječnik organizacijski isključen u posljednjih dvadesetak godina.

Promjena dobne strukture stanovništva, te promjene mortalitetne i morbiditetne strukture, zahtijevaju prilagodbu primarne zdravstvene zaštite. Broj stanovnika postupno pada, populacija stari, česte su višestruke kronične bolesti. Obzirom na broj stanovnika (3308), dovoljna su dva postojeća tima obiteljske medicine, kako prema opsegu posla, tako i prema standardima HZZO-a.^{12,13} Postoji trend rasta utilizacije tima obiteljske medicine. Tako je 1990. godine po osiguraniku bilo 4,15 posjeta liječniku opće medicine, 1995. godine 6,15 posjeta, a 2014. godine 8,28 posjeta. Zdravstvenu zaštitu koristilo je 84,80% upisanih pacijenata tijekom 2014. godine. Podaci vlastitih godišnjih izvješća sukladni su utilizaciji u Hrvatskoj.^{13,16}

Obzirom na stopu nataliteta od oko 12,5‰ (oko 40 poroda godišnje), u općini živi oko 280 djece predškolske dobi, što je nedovoljno za osnivanje pedijatrijskoga tima, te je zaštitu predškolske djece racionalno organizirati u timovima obiteljske medicine.^{12,14}

Zdravstvenu zaštitu starijih osoba treba prilagoditi novim okolnostima: sve više je starijih osoba (20% starijih od 65 godina – oko 650 osoba), česte su staračke obitelji – oko 250, a nerijetko i samci – preko 160 osoba).¹³ Tu skupinu pogađa više kroničnih bolesti istovremeno, uz česta akutna pogoršanja zdravstvenoga stanja. Drugi problem je slabljenje tradicionalne zaštitne uloge obitelji, te zajednica treba preuzeti dio skrbi o starijima. S medicinske strane to znači kvalitetnu stručnu skrb, ne samo u ambulanti, nego sve više i u domu bolesnika, uz česte kućne posjete liječnika i palijativno liječenje u kući, te redovite posjete patronažnih sestara, ali i intenzivnije korištenje usluga medicinske njege u kući. Tim osobama potrebni su i drugi vidovi pomoći u kući, što je prije nekoliko godina započelo projektom Crvenoga križa, a sada se uhodava profesionalna služba pomoći u kući. Prostora ima i za rad volontera, još nerazvijen u ovoj sredini, a važna je i pomoć susjeda.

Primarna zdravstvena zaštita žena udaljena je, kao i sekundarna specijalistička zdravstvena zaštita, te se žene prema njoj tako i odnose. Za promjenu percepcije i odnosa korisnica prema primarnoj ginekologiji postoje dvije mogućnosti: prebaciti dio

sadržaja primarne ginekologije (prevencija raka maternice, praćenje nerizičnih trudnoća) u timove obiteljske medicine kao u nekim europskim zemljama (Velika Britanija, Nizozemska, Belgija, Danska, Irska) ili u postojećim prostorima osigurati primjerice tjedni rad ginekologa (obje su mogućnosti za sada slabo izgledne).^{17,18,19}

U nastojanju da se primarna zdravstvena zaštita žena, ali i pedijatrijske populacije učini dostupnijom, treba uzeti u obzir različite konceptualne pristupe, ali i stručne i materijalne interese obiteljskih liječnika s jedne, te primarnih ginekologa i pedijataru s druge strane. Upitnik kvalitete sustava primarne zdravstvene zaštite (Primary Care System Score Components) u rubrici tko pruža primarnu zdravstvenu zaštitu, najveći broj bodova daje ako su to uglavnom liječnici opće prakse.²⁰ Stav obiteljskih liječnika o jednom stručnjaku – specijalisti obiteljske medicine, kao nositelju primarne zdravstvene zaštite u zajednici, počiva na istim razlozima.

Preventivne aktivnosti treba proširiti s onih koje su dale rezultate (cijepljenje, sistematski pregledi djece) i onih koje se sada razvijaju (primjerice mamografija, rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma) na one koje su usmjerene na rizične čimbenike kao što su debljina, nedostatna tjelesna aktivnost, pušenje, ovisnosti i rad na zaštiti mentalnoga zdravlja, pogotovo u razdoblju aktualne ekonomske krize.

Prostora i potrebe za djelovanjem još ima, jer iako je očito produljenje životnoga vijeka, on je još uvijek kraći za oko pet godina nego u razvijenim europskim državama.¹⁹

Zaključak

Promjene u vitalno statističkim podacima stanovništva općine Velika Kopanica u razdoblju 1952. – 2013. godine pokazale su da dva tima liječnika obiteljske medicine mogu zadovoljiti zdravstvene potrebe populacije i da zapošljavanje pedijatra ne bi bilo učinkovito. Međutim, starenje stanovništva ukazuje na potrebu šireg, socijalno-medicinskog pristupa toj populaciji, ne samo sa strane zdravstvene službe, nego i cjelokupne zajednice. Problem zaštite zdravlja žena je također prisutan, a ponuđena rješenja da timove obiteljske medicine preuzmu dio skrbi ili da se u postojećim prostorima osigura tjedni rad ginekologa, su također moguća.

Opći napredak, te napredak medicine i njezina dostupnost, produljili su životni vijek, što je vidljivo na primjeru istraživane populacije. Više od 85% umrlih umire u dobi nakon aktivnog radnoga vijeka. Time je ostvaren postulat Andrije Štampara da je pitanje narodnoga zdravlja od većeg ekonomskog

negoli humanitarnog značaja. Nastavljajući svoj posao, na svim razinama zdravstvene zaštite, zdravstveni radnici dali su svoj ekonomski doprinos – živi kapital. Na gospodarstvenicima i politici je da ga iskoriste za dobro istoga naroda.

Zdravstvena služba i zajednica trebaju odgovoriti na zdravstvene i nezdravstvene potrebe sve starijeg stanovništva, u uvjetima ekonomske krize i umanjene zaštitne uloge obitelji.

Literatura

1. Buljan J. Promjene u smrtnosti djece nastale nakon osnivanja zdravstvene stanice u Velikoj Kopanici 1929. godine (1. dio). Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2008;14.
2. Buljan J. Promjene u smrtnosti djece nastale nakon osnivanja zdravstvene stanice u Velikoj Kopanici 1929. godine (2. dio). Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2008;14.
3. Naselja i stanovništvo Republike Hrvatske 1857.-2001. Dostupno na <http://www.dzs.hr/>. Datum pristupa informaciji 27. ožujka. 2014.
4. Mrđen S, Friganović M. The demographic situation in Croatia. *Geoadria*. 1998;3:29-56.
5. Akrap A. Vitalna statistika i različitost depopulacijskih procesa u Hrvatskoj i župnijama. *Društva Istraž.* 1999;5-6:793-815.
6. Zakon o porodnom dopustu majki koje obavljaju samostalnu djelatnost i nezaposlenih majki. *Narodne novine*. 1996;24.
7. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o porodnom dopustu majki koje obavljaju samostalnu djelatnost i nezaposlenih majki. *Narodne novine*. 1997;109.
8. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o porodnom dopustu majki koje obavljaju samostalnu djelatnost i nezaposlenih majki. *Narodne novine*. 2001;82.
9. Štampar A. Pet godina socijalno-medicinskog rada u Kraljevini Srba, Hrvata i Slovenaca. Institut za socijalnu medicinu Ministarstva narodnog zdravlja u Zagrebu. Zagreb, 1925.
10. Liječnik opće medicine (Leeuwenhorst, Nizozemska, 1974). U: Budak A. *Opća medicina*. 2. izd. Zagreb: Školska knjiga; 1988, 3-5.
11. Oskoruš V. Obiteljski pristup problemu kroničnog bolesnika u ordinaciji i kući. U: Jakšić Ž. i suradnici: *Obitelj i zdravlje*. Škola narodnog zdravlja „A. Štampar”. Zagreb, Osijek, Rijeka, Split 1996, 90.
12. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. *Narodne novine*. 2013;23.
13. Smolković Lj, Kujundžić-Tiljak M, Tiljak H. Trends in general practitioners/family doctors workload in Croatia in period 1995-2012. *Coll Antropol.* 2014;38 Suppl 2;19-24.
14. Buljan J, Prljević G, Menegoni M, Bralić I. Organization and functioning of primary health care for pre-school children in Croatia: A longitudinal study from

- 1995 to 2012. Coll Antropol. 2014;38 Suppl 2; 105-110.
15. Buljan J. Propisivanje psihotropnih lijekova osobama bez duševnog poremećaja u obiteljskoj medicini. Magistarski rad. Zagreb, 2001.
 16. Buljan J, Tečer M. Problematika raka u djelatnosti opće medicine u Domu zdravlja Slavonski Brod 1995. godine. Zbornik III simpozij obiteljske medicine Bjelovar 1996. Hrvatska udružba obiteljske medicine, Bjelovar 1996, 80-92.
 17. Topolovec Nižetić V, Srček I, Rodin U, Tiljak H. Organisation and functioning of primary care for women in Croatia: In relation to the health care reforms introduced between 1995 and 2012. Coll Antropol. 2014;38 Suppl 2;125-130.
 18. Pavlov R, Vrcić-Keglević M. Uloga liječnika obiteljske medicine u zdravstvenoj zaštiti žena. Med Fam Croat. 2014;22;53-61.
 19. European Parliament, Directorate general for Research. Health Care Systems in the EU. A comparative study. Public Health and Consumer Protection Series. SACO 101 EN. Dostupno na: http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf. Datum pristupa informaciji 21. kolovoza 2015.
 20. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for economic cooperation and development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38:831-865. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/>. Datum pristupa informaciji 20. kolovoza 2015.