

ТМ	Г. XXXII	Бр. 4	Стр. 835 - 845	Ниш	октобар - децембар	2008.
----	----------	-------	----------------	-----	--------------------	-------

UDK 314.336 (100:497.11)

Прегледни чланак

Примљено: 12.01.2008.

Оливера Радуловић

Милан Антић

Ана Стефановић

Медицински факултет

Ниш

СОЦИЈАЛНО-МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТ ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ У СВЕТУ И СРБИЈИ

Резиме

У свету се последњих деценија бележи рапидни раст популације што омета економски раст и отежава напредак у образовању, развоју и здрављу. Од приближно 6 милијарди становника на планети крајем XX века, око 20% живи у развијеним индустријским земљама, а 80% у неразвијеним земљама.

Драстично опадање рађања, које је у средишњој Србији 34%, а у Војводини 35% – што је испод нивоа потребног за просто обнављање становништва, показује да је демографска ситуација у нашој земљи сложена, и оптерећена бројним, често супротстављеним проблемима, са дугорочно негативним последицама.

Планирање породице је историјска категорија, својствена људској заједници од њеног настанка па до савременог доба. Циљеви планирања породице усмерени су на регулисање како индивидуалног фертилитета, тако и фертилитета читавих заједница. Регулисање фертилитета значајно је за једну заједницу колико и регулисање морбидитета и морталитета. Применом метода за планирање породице редукује се матернални морталитет, превенирају нежељене и високо-ризичне трудноће, редукују потребе за (не)сигуним аборусом и становништво штити од полно преносивих болести.

Као и у већини земаља, тако је и у нашој дефинисан програм за планирање породице као инструмент популационе политике државе. Усвојен је 1998. године под називом Информација о планирању породице. Програм промовише репродуктивно здравље потенцирајући мере и активности које треба да подрже промене у ставовима и понашањима становништва.

Кључне речи: репродукција, планирање породице, програми

Приступ

Укупно становништво света достигло је средином XX века (прецизније 1960. године) 3 милијарде људи, 1974. је износило 4 милијарде, да би већ 1987. године број људи на планети порастао на 5 милијарди. У складу са демографским пројекцијама број од 6 милијарди премашен је у јулу 1999. године. Очекује се да ће број од 7 милијарди људи бити сигурно достигнут, али када ће, и да ли ће становништво планете достићи 8 милијарди (2025. – према средњој демографској пројекцији), 10 милијарди (2050. – према средњој демографској пројекцији) или 12 милијарди, зависиће од предузетих мера популационе политике на планетарном, регионалном и националном нивоу, индивидуалних одлука, али и утицаја нових и непредвидивих догађаја (UN, 1998).

Непредвидивост пројекција становништва у дужем периоду добро илуструје и погубан утицај неких нових социомедицинских проблема на развитак популације (нпр. висока смртност становништва услед епидемије АИДС нарочито у земљама подсахарске Африке).

Од приближно 6 милијарди становника на планети крајем 20. века, око 20% (1.181 милион) живи у развијеним индустријским земљама, а 80% (4.748 милиона) у неразвијеним земљама. Имајући у виду континуирани пад наталитета у развијеним, односно одржавање високог природног прираштаја у неразвијеним земљама, очекује се да ће преко 90% од будућег пораста броја људи на планети чинити становништво неразвијених земаља. Разлог томе је брзи раст популације у овим земљама: афричка популација расте 3% годишње, у Северној Азији пораст износи 2,8%, Јужној Азији 2,3%, Латинској Америци 2,1%, док у Северној Америци износи само 0,8% годишње а у Европи 0,25% годишње (WHO, 2002).

Глобално, за разлику од 1960. године, када је годишњи пораст популације у свету износио 2,1%, почев од 1988. па надаље, популација расте 1,3% годишње, што значи да се сваке године увећава за 80 милиона становника, односно 1 билион сваких 13 година. Око 1,7 билиона људи живи у земљама где је укупни фертилитет 3-4 деце на жену генеративног доба, а 730 милиона живи у земљама где је укупни фертилитет 5 и више (ICPD, 2002).

Према показатељима СЗО глобална стопа фертилитета износи 2,7 (мање од 3 деце по жени), што је дупло мање у односу на педесете године 20. века, када је та стопа износила око 5. У 61 земљи света стопа фертилитета је испод 2,1. Ту спадају и САД са стопом од 1,99. У земљама Европске уније, у периоду 1971-1991. фертилитет је смањен за једну четвртину, тако да сада има вредност испод 1,3 у Бугарској, Румунији, Словенији, Немачкој, Италији, Грчкој и Шпанији. У нашој земљи стопа фертилитета износи 1,84. Мада је у неразвијеним и земљама у развоју је дошло до пада фертилитета у последњих 25

година, он је још увек висок, тако да у земљама Африке стопа фертилитета износи 5,1, у Азији 2,6 а у Латинској Америци 2,7.

Највишу стопу укупног фертилитета у земљама у развоју имају: Етиопија (7,0), Ангола (6,8) и Нигерија (7,5), а најнижу Бугарска и Литванија (1,1) (UN, 2002).

У 1955. години број жена у свету које су имале мање од 2,1 детета је износио 0,1%, у 1975. години 21%, у 1995. години 55%, а за 2025. годину се очекује да чак 76% жена има мање од 2,1 детета (WHO, 1998).

Најважнији проблеми демографског развитка у Србији крајем 20. и на почетку 21. века су:

- Дрasticно опадање рађања које је у средишњој Србији 34%, а у Војводини 35% испод нивоа потребног за просто обнављање становништва. Истовремено, према последњим валидним подацима (односе се на почетак 90-тих година), на Косову и Метохији је ниво рађања био 70% изнад нивоа потребног за просту замену генерација;

- Интезивирање процеса демографског старења становништва;

- Присилне миграције које резултују, према проценама, бројем од 900.000 избеглица и расељених лица у Србији у деведесетим годинама;

- Повећање емиграција, пре свега младих, образованих људи.

Све то показује да је демографска ситуација у нашој земљи оптерећена бројним, често међусобно супротстављеним проблемима, са дугорочно негативним последицама.

Досадашња истраживања демографске будућности Србије показала су да развитак становништва у условима одсуства јаког и константног политичког деловања води ка великим поремећајима на сваком подручју Србије. То потврђују резултати последње пројекције Центра за демографска истраживања (Развитак становништва Србије 1950-1991, 1995), према којој ће број становника у средишњој Србији и Војводини знатно опасти до 2050. године (са 5,8 милиона у средишњој Србији и 2 милиона у Војводини колико је износио 1991. на 5.466.009, односно 2.031.992 у 2002. години и на 4,0 односно 1,4 милиона у 2050.). На Косову и Метохији број становника поново ће се удвостручити (са 2,0 милиона колики је процењен број становника 1991. године на 4,2 милиона).

Такође, у условима спонтаног развоја репродукције становништва, у средишњој Србији и Војводини дошло би до интезивног процеса старења становништва. У 2051. години, према резултатима пројекција, било би више лица изнад 60, него до 40 година старости (за 11% у средишњој Србији, односно 11,1% у Војводини).

Репродуктивни контингент жена смањио би се (за 47,7% у средишњој Србији и 49,6% у Војводини) и тиме потпуно угрозио ниво рађања неопходан да компензује велики број умрлих лица, који ће се неминовно повећавати због све већег старења становништва.

Феномен ниског фертилитета у Србији релативно је трајан феномен. У централној Србији и у Војводини нето стопе репродукције су испод 1 још од средине 50-их. У том периоду оне се стабилизују на нивоу који је око 15% нижи од вредности простог обнављања становништва. Тако се може рећи да су и у централној Србији и у Војводини устаљени обрасци који су на нивоу испод просте замене становништва у периоду од четрдесетак година. Стопа укупног фертилитета у централној Србији је 1991. износила 1,72, колика је била и у Војводини а у 2001. је износила 2,2, а у Војводини 2,0. Стопа наталитета је у централној Србији 1991. износила 11,6 што је 2 пута мање него 1951. године. У 1997. години бележи се даљи пад ове стопе и она у овој години износи 10,3, док је 2001. износила 10,1. Још је драстичнији пад стопе природног прираштаја која се од 1951. до 1991. смањила више од 10 пута, а у 1997. има негативну вредност, као и у 2001 (Табела 1).

Табела 1. Стопе наталитета и природног прираштаја у Србији (на 1000 становника), 1951-2001.

	1951		1961		1971		1981		1991		1997		2001	
	Наталитет	Природни прираштај	Наталитет	Природни прираштај	Наталитет	Природни прираштај	Наталитет	Природни прираштај	Наталитет	Природни прираштај	Наталитет	Природни прираштај	Наталитет	Природни прираштај
Ужа Србија	24,5	11,4	17,2	8,9	14,8	6,1	13,2	3,6	11,6	0,8	10,3	-1,7	10,1	-2,1
Војводина	22,8	9,1	17,2	7,7	13,4	3,2	13,7	2,2	11,4	-1,8	10,1	-4,2	10,2	-4,2
Кос. и Мет.	31,2	20,8	27,4	20,4	20,5	14,3	17,6	11,4	15,6	9,1	13,7	5,1	19,6	15,7

Извор: Општине у Србији, Републички завод за статистику
Витални догађаји у Републици Србији 2001.

Планирање породице – савремени приступ

Планирање породице је историјска категорија, својствена људској заједници од њеног настанка па до савременог доба. Под утицајем различитих фактора, планирање породице током времена развијало се спонтано и свесно, не само на нивоу индивидуа и парова у репродуктивном добу живота, него и на нивоу активности друштвених група и покрета, односно организованом деловању државе и институционалног система.

Репродукција становништва одувек је била израз стања и утицаја низа фактора у људском друштву, почев од организације друштвене заједнице и њеног економског стања и могућности до верских, културолошких и појединачних интереса. Увек се кретала између две крајности: од рађања превеликог броја деце до рађања недовољног броја деце. Свака од ових крајности негативно се одражавала на услове живота и здравље људи.

У свету постоје различите дефиниције појма планирања породице, које су зависне од политичке и социјалне перспективе оних који су формулисали дефиницију. За неке је планирање породице само техничка контрацепција, за друге је широки програм за побољшање физичког, психичког, емотивног и социјалног благостања свих породица; за треће је то добровољна служба помоћи појединцима да имају жељени број деце, или је посебни национални програм подстицања или неподстицања наталитета.

Под планирањем породице у ужем смислу подразумева се "скуп метода и процедура које се користе са намером да се утиче на број и време (распоред) трудноћа" (Tyler and Peterson, 1991). Укупна активност у тој области базирана је на добровољној одлуци индивидуе као и њеној спремности да одлуку реализује, односно да користи расположиве методе и процедуре у сврху превенирања непланираног (нежељеног) фертилитета.

У ширем смислу, планирање породице представља део укупне демографске и популационе политике сваке земље па и планете у целини (Тодоровић, 1996).

Циљеви планирања породице усмерени су на регулисање како индивидуалног фертилитета, тако и фертилитета читавих заједница. Регулисање фертилитета, пак, значајно је за једну заједницу исто толико колико и регулисање морбидитета и морталитета.

У скоро свим срединама најчешће помињани циљеви јесу превенција нежељене трудноће, редуцирање екстензивног раста популације, побољшања здравственог стања жена, деце и укупне популације. Свака земља, у оквирима општих циљева дефинише и своје специфичне који изражавају њене аспирације. Тако је рецимо Тајланд, као једна од првих земаља која је установила овај програм, поставио себи за циљ смањење наталитета. Евалуација програма показала је да је у периоду од 1961-1984. године наталитет опао за 48% (Цуцић, Симић, Бјеговић и сар., 2000).

Глобално, планирање породице треба да омогући:

– Усклађивање демографских карактеристика међу појединим земљама;

– Побољшање здравственог стања мајки и деце (везано за здравствене последице високог фертилитета);

– Остваривање основних људских права за самостално одлучивање о величини породице и размаку међу децом (Population Matters, 2000).

У нашој земљи као циљ планирања породице поставља се "уједначење наталитета до мере која обезбеђује просту стопу репродукције на територији читаве земље" (Годоровић, 1996: 62-74). Овакав циљ произилази из постојања два екстремно супротна модела наталитета-фертилитета, који захтевају и квалитетно различите мере.

Савремено схватање планирања породице подразумева:

- Рационалан утицај оба супружника;
- Да свако дете не настаје као плод случаја једног сексуалног акта, већ стварне жеље и дубоке потребе супружника за стварањем потомства;
- Проучавање фертилитета у савременим друштвеним условима (урбанизација, индустријализација, миграција);
- Вишестрану помоћ породици (медицинску, социјалну, економску);
- Опште и здравствено просвећивање,
- Свеобухватну здравствену заштиту мајке и детета;
- Примену савремених метода контрацепције;
- Сузбијање побачаја као најнепожељније методе контроле рађања.

Планирање породице – социјално-медицинске карактеристике

Коришћење метода за планирање породице редукује матернални морталитет, превенира нежељене и високоризичне трудноће, редукује потребу за не/сигуном аборусом и штити од полно преносивих болести. Недовољна знања о планирању породице, а пре свега о методама за планирање породице доводе до пораста броја нежељених трудноћа. Према подацима СЗО око 120 милиона парова у свету још увек не користи контрацепцију, а 300 милиона није задовољно методом коју користи (Progress in reproductive Health Research, 2004).

Више од 80 милиона нежељених трудноћа се региструје у свету годишње и више од половине се заврши абортусом. 78000 жена умре годишње због последица несигурног абортуса. Планирањем породице њихов број би се смањио (Wikipedia, 2005).

Најниже стопе абортуса у Европи се бележе у Немачкој – 8, а највише у Украјини – 45,4 на 1000 жена. У Енглеској је стопа абортуса 2004. године износила 17,8 на 1000 жена старости 15-44 године (1990. је ова стопа износила 15), а у САД 2001. стопа је имала вредност 16 (Baggett, 2005).

Нарочито је забрињавајући податак о великом броју абортуса међу адолесцентима који у свету износи између 1-1,4 милиона годишње (Brindis, Geierstanger, Wilcox, McCarter and Hubbard, 2005).

Проблем нежељених трудноћа, од којих се већина заврши абортусом присутан је и у нашој земљи. Посматрано на број жена генеративног периода, у 1989. години (последњој години поуздане регистрације), абортуси су били најраспрострањенији у централној Србији (95,1 на 100 жена генеративног доба), затим у Војводини (74,1), Црној гори (48,4), а на Косову и Метохији 24,1 (Рашевић, 2001).

Трудноћа је нарочито ризична за одређене групе жена (врло младе, старије и жене са здравственим проблемима). Ако би се висок ризик трудноће превенирао, матернални морталитет би се смањило за 25%. Веома младе жене које су трудне имају велики здравствени ризик, јер њихова тела нису физички сазрела да издрже стрес које носе трудноћа и порођај. Жене старости 15-19 година имају три пута већу матерналну смртност од жена старости 20-24 година. Оне чешће добијају прееклампсију и еклампсију, чешће су компликације порођаја и анемија због недостатка гвожђа. Ризик од порођаја је такође велики код старијих жена. Жене старије од 35 година пет пута чешће умиру у току трудноће и порођаја од жена старости 20-24 година. Код ових жена постоји ризик да се дете роди са малом порођајном тежином и здравственим сметњама.

Ризик од матерналне смрти расте са сваким следећим порођајем после четвртог. Ризик је 1,5 до 3 већи за жене са пет или више деце у односу на жене са два или три детета. Жене које већ имају неке здравствене проблеме имају и повећани ризик од смрти у трудноћи.

Адекватан размак између порођаја (више од две године) може редуковати смртност деце за 1/3. Зато се сматра да размак од најмање две године чува живот деце. Ако је тај размак мањи од 18 месеци новорођенче има шансе да буде превремено рођено са мањом телесном масом што условљава повећани морталитет. Просечне шансе за смрт ове деце су за 60-70% веће у односу на децу која су рођена са размаком од преко 2 године, а шансе да умру пре своје 5 године расту за 50%. Ако се поштује адекватни размак, смртност деце може се смањити за око 20%. Размак мањи од 12 месеци повећава могућу смрт детета између његове 1. и 5. године за 70-80%. Код младих мајки (испод 18 година) деца се чешће рађају са мањом телесном тежином за 24% и чешће умиру у првом месецу живота него деца жена старости 25-34 година. Када жене не би рађале пре 18 године, ризик од смртности прворођене деце смањило би се за 20% у просеку (UNFPA, 2000).

Породице које се одлуче за мањи број деце имаће здравију децу и моћи ће да им обезбеде адекватнију исхрану, одећу, становање и школовање. Планирање породице помаже женама да се побољша њихов статус и квалитет живота (образовање, економска самосталност и социјална активност). Постоји позитивна корелација између статуса жене и коришћења контрацепције. Осим што редукују фер-

тилитет и успоравају глобални раст популације у свету (спречавају дуплирање становништва сваке 43 године), програми за планирање породице олакшавају велики притисак растуће популације која исцрпљује економске, социјалне и природне ресурсе. Рапидни раст популације омета економски раст и отежава напредак у образовању, развоју и здрављу.

Програми за планирање породице

У циљу заштите и унапређивања здравља жена, деце и целокупне популације формулисано је пет основних циљева програма за планирање породице:

- Обезбеђивање законске подршке програмима на националном нивоу (културна, социјална и политичка подршка овим програмима);
- Успостављање норми и стандарда за уједначавања коришћења контрацепције у различитим деловима света;
- Успостављање техничке кооперације везане за производњу и дистрибуцију контрацептивних средстава;
- Спровођење мултидисциплинарних научних истраживања у циљу сагледавања и коришћења метода за планирање породице у појединим регионима
- Остварење сарадње између националних и интернационалних агенција за планирање породице и различитих организација (владиних и невладиних), здравствених професионалаца и научних институција.

СЗО пружа подршку земљама кроз техничку кооперацију у имплементирању националних здравствених програма, укључујући и програме за планирање породице, што је нарочито важно, јер иако постоји развој нових контрацептивних технологија и усавршавање постојећих метода већ 30 година уназад, још увек милиони људи којима је потребно планирање породице немају обезбеђен приступ сервисима за планирање породице. Ипак, захваљујући овим програмима у земљама у развоју фертилитет је смањен за 20-50% (ICPD, 2002). Од 1990. године програми за планирање породице укључују осим жена и друге групе – мужеве, неудате жене и мушкарце и нарочито младе. Због разлике у традицији, институционалних и политичких баријера и митова око сексуалности, тешко је развити ефективне програме који ће припремити тачне информације о репродуктивном здрављу и омогућити бољи рад сервиса за планирање породице.

Предбрачно сексуално искуство међу младима веће је у земљама у развоју. У тим земљама млади најчешће започињу сексуалне везе без размишљања о последицама, без одговарајућих информација и заштите што доводи до нежељене трудноће, абортуса, полно преносивих болести. Економске и социјалне консеквенце оваког

понашања младих су огромне. Младе неудате жене које затрудне, најчешће прекидају школовање. Младима је осим боље информисаности потребно и веће разумевање у циљу промене ставова, као и едукација одраслих да схвате проблеме младих.

Као и у већини земаља у свету, тако је и у нашој дефинисан програм за планирање породице као инструмент популационе политике државе. У Србији он је усвојен 1998. године под називом *Информација о планирању породице*. Заснован је на низу релевантних домаћих и међународних докумената, прагматичним искуствима многих земаља и резултатима истраживачких знања. Програм промовише репродуктивно здравље потенцирајући мере и активности које треба да подрже промене у ставовима и понашању, пружајући одговарајућа средства за задовољавање индивидуалних потреба као и за ублажавање препрека које извиру из шире средине. Програм је идентификовао институционални систем са његовим потенцијалима као и носиоцима активности (Гавриловић, 2001).

Програмом је утврђено осам циљева у оквиру којих су разрађене активности везане за здравствену делатност. То су: унапређење знања здравствених радника, подстицање употребе контрацепције, смањење учесталости болести које се преносе сексуалним путем, унапређивање репродуктивног здравља младих људи, боља детекција развоја плода, оптимални надзор трудноће, превенција стерилитета и промоција правилне неге и исхране деце.

Инсистирање на специфичној едукацији лекара и информисаности становништва о релевантној теми је прва заједничка карактеристика изнетих мера. На пример, унапређење репродуктивног здравља младих људи оствариће се кроз едукацију лекара примарне здравствене заштите о специфичним здравственим проблемима, захтевима и понашању ове популације и пружање младим људима релевантних информација путем саветодавног рада лекара различитих специјалности као и брошура, плаката или видео филмова. Сви познати канали употребљаваће се за ширење информација. Тако ће се популаризација употребе контрацепције вршити спровођењем здравствено-васпитног рада током одслужења војног рока, саветодавним радом у оквиру опште медицине, педијатрије (путем контаката са родитељима и приликом систематских прегледа школске деце) и гинекологије (кроз свакодневни рад уопште, а специјалне циљне групе су жене које се подвргавају намерном прекиду трудноће, бабињаре и породилје), као и изградом пропагандних материјала.

Друга заједничка карактеристика изнетих мера је опредељење за решавање организационих питања. Препозната је потреба за оснивање брачних и претбрачних саветовалишта, стварањем мреже центара за пружање медицинско-генетских информација у делокругу примарне здравствене заштите, формирањем гинеколошко-акушер-

ских установа у крајевима Србије у којима та служба није развијена, формирањем довољног броја здравствених јединица за испитивање и лечење стерилитета и ширењем мреже породилишта у којима се омогућава стално присуство новорођенчади уз мајку.

Осим активности везаних за здравствену делатност, Програмом је утврђен и низ мера које треба спроводити у образовању, социјалној заштити, у оквиру друштвене бриге о деци, информативној делатности и нормативној сфери (Forrest and Frost, 1996).

Очекивања за XXI век

У 21. веку програми за планирање породице доживеће промене у смислу налажења бољих начина да милиони људи, који то желе, могу користити методе за планирање породице.

У новом миленијуму морају се задовољити потребе неедукованих, сиромашних, расељених и етничких мањина, као и потребе едукованих и запослених. Програми ће бити добри ако задовоље потребе жена, буду ефективни и сигурни. Многи специјалисти за планирање породице сматрају да свака индивидуална потреба мора бити задовољена у сервисима за планирање породице. Стопе фертилитета биће повољније, па ће више него до сада, многе владе укључити планирање породице у своје развојне планове.

Литература

- Barrett A. Abortions reach highest ever number in England and Wales. *BMJ* 2005;331:310 (6 August), doi:10.1136/bmj.331.7512.310-f
- Brindis C, Geierstanger S, Wilcox N, McCarter V, Hubbard A. Evaluation of a Peer Provider Reproductive Health Service Model for Adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2005; 37(2):85–91.
- Wikipedia. Birth control (Cited 2005, November 17); Available from Wikipedia: <http://Wikipedia.org/wiki/contraception.htm>
- WHO. World Health Report. Geneva, 1998.
- WHO. Family Planning and Population - Population issues (Cited 2002, August 2); Available from WHO:http://fpp_challenges_population_issues.htm.
- Гавриловић А. Програм за планирање породице – један од путева за промену репродуктивног понашања. *Потомство*, 2001; (1):3.
- ICPD. Family Planning for the future, Population reports. (Cited 2002, October 20); Available from ICPD:http://Chapter11_Family_Planning_for_the_future,_Population_reports,_Series_J,_Number_49.htm
- Population Matters. International Family Planning Programs. (Cited 2002, August 20); Available from Population Matters:<http://RB-5063-WLPF/DLPF/RF.htm>
- Progress in reproductive Health Research, No. 66. WHO, Geneva, 2004.
- Развитак становништва Србије 1950-1991. Центар за демографска истраживања, Београд, 1995.
- Рашевић М. Програм за планирање породице Републике Србије. *Потомство*, 2001; (2):2.

- Tyler C, Peterson H. Family Planning. Program and Practices. Public Health and Preventive Medicine, 1991; 13 edition, 1099-1112.
- Тодоровић Ј. Породично законодавство и популациона политика. Реформа породичног законодавства, Правни факултет, Београд, 1996; 62-74.
- UN. The State of World Population 1998. United Nations Population Fund, 1998.
- UN. Data for advocacy: National indicators for Family Planning. (Cited 2002, March 20); Available from United Nations: <http://Table Data for Advocacy, serijes J, Number 49.htm>
- UNFPA. Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries 1994-2005. Technical Report N18, New York, 2000.
- Forrest J, Frost J. The Family Planning Attitudes and Experiences of Low-Income Women. Fam-Plan-Perspekt, 1996; 28 (6):246-55.
- Џуцић В, Симић С, Бјеговић В и сар. Здравље. У: Социјална медицина. Џуцић В. Ед. 19-65. Савремена администрација а.д., Београд, 2000.

Olivera Radulović, Milan Antić, Ana Stefanović, Niš

FAMILY PLANNING FROM THE VIEWPOINT OF SOCIAL MEDICINE, IN THE WORLD AND IN SERBIA

Summary

In recent decades, the world has seen rapid population growth, hindering economic growth and hampering advances in education, development, and health. Out of almost 6 billion people in the world towards the end of 20th century, 20% lived in developed industrial countries, and 80% in undeveloped countries.

Dramatic decrease in birthrates, amounting to 34% in Serbia proper and 35% in Vojvodina – which is below the levels needed for sheer regeneration of the population, shows that the demographic situation in our country is complex, burdened with numerous, often mutually conflicting, problems, with long-term negative consequences.

Family planning is a historical category, found in human communities from its earliest days to the present time. The goals of family planning are to regulate both individual fertility and the fertility of entire communities. Regulation of fertility is important for a community as much as the regulation of morbidity and mortality are. If used, family planning methods reduce maternal mortality, prevent undesired or highly risky pregnancies, reduce the need for (in)secure abortion and protect the population from sexually transmitted diseases.

As in most countries, in our country, too, a family planning program has been defined as an instrument of state population policy. It was passed in 1998 under the heading Information on Family Planning. The program promotes reproductive health, listing the measures and activities that should support changes in the attitude and behavior of the population.

Key Words: Reproduction, Family Planning, Programs