



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Гордана В. Ђорђевић

УТИЦАЈ ДЕМОГРАФСКИХ И
СОЦИОЕКОНОМСКИХ НЕЈЕДНАКОСТИ
НА РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ ЖЕНА

Докторска дисертација

Коментори:

Проф. др Јанко Ђурић, редовни професор

Доц. др Снежана Радовановић, доцент

Крагујевац, 2020. године

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>I. Аутор</i>
Име и презиме: Гордана Ђорђевић
Датум и место рођења: 20.07.1966. Крагујевац
Садашње запослење: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
<i>II. Докторска дисертација</i>
Наслов: Утицај демографских и социоекономских неједнакости на репродуктивно здравље жена
Број страница: 159
Број слика: 66
Број библиографских података: 175
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицина. Хумана репродукција и развој
Ментор/коментор: Проф. др Јанко Ђурић и Доц. др Снежана Радовановић
<i>III. Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 13.04.2017.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-03-829/47 од 08.09.2017.
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњености услова кандидата: <ol style="list-style-type: none"> 1. Проф. др Мирјана Варјачић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Гинекологија и акушерство, председник 2. Проф. др Биљана Миличић, ванредни професор Стоматолошког факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Медицинска статистика и информатика, члан 3. Доц. др Драган Васиљевић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена и екологија, члан
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације: <ol style="list-style-type: none"> 1. Проф. др Мирјана Варјачић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Гинекологија и акушерство, председник 2. Доц. др Светлана Радевић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, члан 3. Проф. др Биљана Миличић, ванредни професор Стоматолошког факултета Универзитета у Београду за ужу научну област Медицинска статистика и информатика, члан
Датум одбране дисертације:

САЖЕТАК

Увод: Здравствено стање жена резултат је сложене интеракције многобројних фактора. Идентификација тих фактора, анализа здравља жена, рана дијагноза и правовремено, адекватно, ефикасно лечење и управљање квалитетом здравља и квалитетом живота су одлучујући чиниоци који утичу на смањење неједнакости у репродуктивном здрављу жена.

Циљ: Циљ студије је испитивање демографских и социоекономских неједнакости у репродуктивном здрављу жена старости 15 и више година у Србији.

Материјал и метод: За резултате ове докторске дисертације коришћен је узорак од 7864 особа женског пола старости ≥ 15 година из Националног истраживања здравља становништва Србије током 2013. године спроведеног од стране Министарства здравља и Републичког института за јавно здравље Србије, а поштујући методологију Европског истраживања здравља – други талас (*EHIS-wave 2*).

Резултати: Резултати истраживања показали су да 62,8% жена у Србији има свог гинеколога. У укупном узорку жена 56,2% њих је било сексуално активно. Посматрано према демографским и социоекономским карактеристикама, жене репродуктивне доби, из ванградских насеља (39,2%), удате (45,0%) и запослене (39,1%) значајно чешће користе несигурне методе контрацепције. Анализа показује статистичку значајност повезаности унутар демографских и социо-економских карактеристика и посета гинекологу као и иницијативе за скрининг прегледе. Виши степен образовања удатих жена, добра процена сопственог здравља, запосленост и место становања у граду, позитивни су аспекти репродуктивног здравља жена наших подручја, док су негативни гојазност и присуство хроничних болести.

Закључак: Утврђивање и значај релевантних чинилаца за репродуктивно здравље, дефинисано у границама савременог схватања репродуктивног здравља, веома је битно са становишта здравствене политике која се води у условима ограничених ресурса. У нашој земљи то има посебан значај, како због негативног наталитета, тако и због ограничених ресурса.

Кључне речи: репродуктивно здравље, жене, социоекономске неједнакости, Србија

ABSTRACT

Introduction: Women's health is the result of a complex interaction of many factors. Identification of these factors, analysis of women's health, early diagnosis and timely, adequate, effective treatment and management of health and of quality of life are decisive factors influencing the reduction of inequalities in women's reproductive health.

Aim: The aim of the study is to examine demographic and socioeconomic inequalities in the reproductive health of women aged 15 and older in Serbia.

Material and method: For the results of this doctoral dissertation, a sample of 7 864 females aged 15 and older from the National Survey of Health of the Population of Serbia from 2013 conducted by the Ministry of Health and the Republic Institute of Public Health of Serbia was used, respecting the methodology of the European Health Survey – second wave (*EHIS-wave 2*).

Results: The results of the research showed that 62.8% of women in Serbia have their own gynecologist. In the total sample of women, 56.2% of them were sexually active. Observed according to demographic and socio-economic characteristics, women of reproductive age from suburban settlements (39.2%), married (45.0%) and employed (39.1%) use insecure methods of contraception significantly more often. The analysis shows that there is a statistically significant correlation between demographic and socio-economic characteristics, and gynecologist visits as well as screening initiatives. Highly educated respondents, employed, of good financial status and from urban areas visited gynecologists more often and most often performed screening examinations on their own initiative, compared to the poorest who were most often tested on the advice of a doctor.

Conclusion: Determining the relevant factors and their importance for reproductive health defined within the limits of the modern understanding of reproductive health is very important from the point of view of health policy conducted in conditions of limited resources. In our country, this has a special significance, both due to the negative birth rate and due to limited resources.

Key words: reproductive health, women, screening, socioeconomic inequalities, Serbia

ЗАХВАЛНИЦА

Посебну захвалност дугујем коменторима Проф. др Јанку Ђурићу и Доц. др Снежани Радовановић, на великој пажњи коју су ми пружали током израде ове дисертације, који су својим драгоценим саветима појаснили и решили бројне дилеме и својим несебичним и добронамерним односом омогућили да овај рад буде реализован, а по својим људским и стручним квалитетима постали мој узор и пријатељи.

Захваљујем се члановима комисије на корисним саветима који су помогли да овај рад буде још бољи.

Рад посвећујем свом сину Огњену Ђорђевићу, који се искрено радовао свакој страници ове дисертације, трпео и подносио моју посвећеност послу и дао бескрајни смисао свим мојим напорима.

Захваљујем се свом супругу Момчилу Ђорђевићу.

Неизмерну захвалност дугујем својим родитељима, Вукићу и Слободи Рајковић, који су сав свој живот уткали у мој интелектуални, стручни и животни пут, јасно дефинисали основне циљеве и вредности за које се вреди борити и које никада нећу изневерити.

Аутор

Садржај

I УВОД	2
1.1 Репродуктивно здравље жена – појам и дефиниција	2
1.2 Карактеристике репродуктивног здравља жена	4
1.3 Репродуктивно здравље и детерминанте које га одређују	18
1.4 Здравствена заштита жена у репродуктивном периоду	24
II ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ	29
III МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА	30
3.1 Тип истраживања	30
3.2 Истраживана (циљна) популација	30
3.3 Узорачки оквир	30
3.4 Истраживачки инструмент	31
3.5 Етички стандарди истраживања	32
3.6 Мерене варијабле	33
3.7 Јачина истраживања и формат узорка.....	36
3.8 Начин обраде и анализа прикупљених података	36
IV РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	37
4.1 Обележја истраживане популације	37
4.2 Стање здравља	40
4.2.1 Самовредновање здравља	40
4.2.2 Болести хроничног тока	46
4.2.3 Ментално здравље	53
4.3 Детерминанте здравља	57
4.3.1 Пушење и конзумирање алкохола	57
4.3.2 Исхрана и гојазност	60
4.4 Коришћење здравствене заштите повезано са репродуктивним здрављем	66
4.4.1 Коришћење примарне здравствене заштите – посете гинекологу	66
4.4.2 Превентивни прегледи у вези са репродуктивним здрављем	72
4.5 Сексуална активност и контрацепција	83
4.6 Намерни прекиди трудноће	85
4.7 Карактеристике репродуктивног здравља у односу на здравствено стање и детерминанте здравља	86
4.8 Неостварене поребе за здравственом заштитом	89
V ДИСКУСИЈА	90
VI ЗАКЉУЧЦИ	125
VII ЛИТЕРАТУРА	129

I УВОД

1.1 Репродуктивно здравље жена – појам и дефиниција

Здравље жена је од посебног значаја због велике и специфичне осетљивости ове популационе групе и чињенице да жене брину за своје здравље, али и за здравље своје деце и других чланова породице [1]. Здравствено стање жена резултат је сложене интеракције генетских, биолошких, физиолошких, медицинских и социјалних фактора [2, 3]. Идентификација и анализа здравља жена, рана дијагноза и правовремено, адекватно, ефикасно лечење и управљање квалитетом здравља и квалитетом живота су пресудни фактори за смањење озбиљних последица женских болести, њихових породица и заједнице у целини. Здравље жена може се побољшати промовисањем активних и адекватних програма, што значи стварање услова који подржавају добробит и омогућавају женама да одрже здрав и интегрисан начин живота, како пре /у току болести тако и после болести [4, 5].

Иако је стопа смртности код мушкараца већа од оне у жена свих старосних категорија, жене имају тенденцију да имају лошије здравље. Жене у просеку дуже живе, што је условило стварање дисбаланса, тј. јаза различите величине у здрављу особа мушког и женског пола. Животни век жена прати пораст морбидитета, а дуговечност жена доприноси њиховом здравственом онеспособљавању. Структурне родне неједнакости у расподели ресурса, попут прихода, образовања, здравствене заштите, исхране и политичког гласа, показале су чврсту повезаност са лошим стањем здравља и мањом ситуираношћу. Често ова дискриминација жена у односу на род, према неким ауторима, у другим областима индиректно утиче на њихово здравствено стање [3, 4].

Подаци многих студија показују да жене пријављују лошије здравствено стање јер се унутар властитих друштвених активности суочавају са већим захтевима и одговорностима. Због тога популација жена пријављује нижи ниво здравља као резултат различитих улога које имају, различито уочавајући симптоме и патолошке процесе, који често доводе до прецењивања морбидитета код жена. Последњих деценија, у складу са променама у друштвеном и приватном животу, постоји стална

узлазна тенденција запослености жена, као и равномернија расподела послова у односу на пол. Кршење здравља жена може довести до озбиљних последица како на личном тако и на међуљудском и социјалном плану. Промовисањем здравих стилова живота, оснаживањем жена и њиховим активним учешћем у заједници могу се постићи значајни позитивни ефекти на повећању здравственог потенцијала ове популационе групе [5].

Под покровитељством Уједињених нација, концепт репродуктивног здравља представљен је на Међународној конференцији о популацији и развоју у Каиру 1994. године [6].

Светска здравствена организација (СЗО) дефинише репродуктивно здравље као „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или немоћи, у свим питањима која се односе на репродуктивни систем и његове функције и процесе“ [7]. Репродуктивно здравље, према томе, подразумева да људи могу имати одговоран, задовољавајући и сигуран сексуални живот и да имају способност репродукције и слободу одлучивања да ли (ако), када и колико често то учинити. Ова дефиниција такође обухвата права мушкараца и жена да буду обавештени и да имају приступ безбедним, ефикасним, доступним и прихватљивим методама контрацепције према њиховом слободном избору. То, такође, подразумева и доступност здравствених услуга које ће осигурати сигурну трудноћу и порођај жена и омогућити паровима да имају здраво дете [7].

Способност да људи имају жељени и сигуран сексуални живот и репродукцију и потпуну слободу одлучивања, чине репродуктивно здравље. Када су и мушкарци и жене информисани и када су им безбедне, ефикасне и прихватљиве методе контроле рађања, сматрамо да је постигнута слобода доношења одлука. Такође, овај услов је испуњен када коришћене методе рађања нису у супротности са законом, обзиром да постоји одређен број земаља које, када су у питању абортус и стерилизација, имају рестриктивне законе. Слобода доношења одлука значи и право приступа здравственим услугама које женама омогућавају сигурну трудноћу и порођај, а паровима пружају најбоље шансе за здраво дете. Дефиниција репродуктивног здравља у најширем смислу, не само да уважава информисаност и доступност метода контроле рађања као елементарне предуслове, већ узима у обзир и слободу на избор жене и мушкараца као основне етичке принципе [8].

Репродуктивно здравље жена је сложен концепт који обухвата бројне аспекте доброг здравља: благостање у области сексуалних односа, планирање породице,

заштиту од нежељених догађаја, ресурсе за његово очување и унапређење. Компоненте репродуктивног здравља су квалитетна услуга планирања породице; промоција сигурног материнства; пренатална, постнатална нега, безбедан порођај и дојење; превенција и лечење неплодности; спречавање и лечење компликација нелегалног абортуса; услуге легалног абортуса; лечење инфекција репродуктивног система, укључујући полно преносиве болести; информисање и саветовање о људској сексуалности, репродуктивном здрављу и одговорном родитељству; активно противљење штетној пракси, као што је сакаћење женских гениталија и насиље везано за сексуалност и репродукцију [9].

1.2 Карактеристике репродуктивног здравља жена

Драстичне промене у репродуктивном здрављу узрокују пандемија вируса хумане имунодефицијенције (ХИВ-а), полно преносиве инфекције (ППИ), нежељене трудноће, чести илегални побачаји и њихове последице на репродуктивну функцију. Уз то родно засновано насиље, сексуалне дисфункције и дискриминације на основу сексуалне оријентације су такође битни чиниоци који утичу на репродуктивно здравље жена. Извештај СЗО-а процењује да је годишње, широм света, 499 милиона нових случајева полно преносивих инфекција (сифилис, гонореја, хламидија и трихомонијаза) код жена у репродуктивном добу [10].

Право на репродуктивно здравље представља део општих људских права, а обухвата два широка принципа људских права: право на репродуктивну здравствену заштиту и негу и право на репродуктивно самоопредељење. Репродуктивна права подразумевају слободно и свесно одлучивање о времену родитељства, о рађању жељеног броја деце као и размаку између порођаја, право на доступност информација и средстава за контрацепцију, као и право на највише стандарде заштите сексуалног и репродуктивног здравља. Омогућити приступ репродуктивном здрављу за све појединце постављено је као циљ за све земље још 1994. на Међународној конференцији о популацији и развоју. Посебан акценат стављен је на доступност информација и услуга које имају за циљ спречавање нежељених раних или поодмаклих трудноћа, продужење периода између два порођаја, као и ограничење броја деце у породици. Отуда унапређење и промоција репродуктивног здравља не смањује само морбидитет и морталитет жена, већ и деце, будући да живот и здравље жена и деце у

великој мери зависе од усвојеног репродуктивног модела и услова у којима се то постиже [11].

Од чинилаца који имају потенцијални предиктивни ефекат на једну или више карактеристика репродуктивног здравља најчешће су истраживане карактеристике самих жена (демографске, социјално-економске), карактеристике окружења у коме живе (бројне социјално-културне и материјално-економске карактеристике породице и друштвеног миљеа у коме живе), бихевиорални фактори (знање, ставови, вредносни систем, укључујући и ставове о властитој одговорности), опште здравствене карактеристике (стил живота, нарочито ризично понашање, коморбидитет) и утицај здравствене службе (њена расположивост, укључујући доступност и приступачност) и здравствене заштите (садржај и квалитет активности и услуга) [12].

Преваленца ризичног сексуалног понашања варира од 5,1% до 50%. Жене које показују једну врсту ризичног понашања обично практикују и друга ризична понашања. Забрињавајући су и подаци о релативно ниској стопи контрацепције код жена. Илегални побачаји чине 17-21% смртности жена. Такође, у многим земљама абортус је веома распрострањен. Као резултат тога, једна од пет трудноћа су непланиране, а >1/2 се завршава абортусом. Већина абортуса је небезбедна, јер је абортус легалан онда ако трудноћа представља претњу за живот жене. Несигуран абортус и даље је значајан узрок морбидитета и морталитета у свету [13, 14].

Права и проблеми жена постали су предмет озбиљне забринутости како академика, тако и креатора политика и привукли су огромну пажњу у планирању, дискусијама и форумима на националним и глобалним платформама у развијеним и земљама у развоју. Многе међународне конференције истакле су потребу за подржавањем оснаживања жена, важно за њихов приступ услугама репродуктивног здравља, укључујући планирање породице. Моћ женског одлучивања и женска аутономија заједно представљају оснаживање жена. Неједнакости засноване на полу могу ограничити отворену комуникацију између партнера о одлукама о репродуктивном здрављу, као и приступ жена репродуктивним здравственим услугама, што доприноси лошим здравственим исходима. Важност супружничке комуникације често се наглашава у програмима планирања породице. То је први корак у рационалном процесу доношења одлука о плодности. У земљама у развоју већина заједница пружа инфериорне положаје женама. У ствари, жене су или у колективном одлучивању са својим партнерима или се у потпуности ослањају на одлуку мушког партнера о питањима који утичу на њихов репродуктивни живот [15].

Планирање породице је свесна активност појединаца и парова репродуктивног доба, чији је циљ регулисање броја и времена рађења и рођења здравог детета. Како то представља људско право и потребу, али истовремено и социјални захтев и обавезу према друштву, истраживању планирања породице може се приступити са више различитих аспеката: биолошког, здравственог, демографског, социолошког, психолошког, економског, етичког, политичког [16, 17].

Резултати многих истраживања су показали да да је дошло до промена у старосном обрасцу рађања, односно померања рађања са млађих на старије жене. Све мањи број жена се одлучује за рађање у доби оптималној за рађање, према биолошким и медицинским критеријима. У многим земљама света просечна старост мајки при рођењу детета се повећала [18].

Одлагање рађања представља заједничку карактеристику савременог друштва и једну од главних одлика друге демографске транзиције чија је главна одлика пораст рађања након 30 године и највише стопе рађања између 25-29 и 30-34 године старости. Међутим, појава касног порођаја не мора нужно довести до ниске или врло ниске укупне стопе плодности, чему је потврђен пример Ирска, Шведска, Норвешка или Данска, где је просечна старост мајки при рођењу за 1,5-2 године већа него у Србији [19].

Мада се економски контекст често ставља у први план и наводи као одлучујући у формирању мотивације, контекст друштвених промена, где појам модернизација у најширем смислу обједињује смену вредносних и нормативних система (и где је образовање било кључни фактор у промени статуса и улоге жена), директно се пројектовао да промени животни и породични циклус и одложи порођај. Очекивања млађих жена су превелика у погледу образовања, посла, стручног напредовања и сличног, што није у складу са уверењима окружења. Као резултат тога, младе жене остају без подршке и морају се суочити са двојном улогом мајки и запослених жена које одгађају пород за касније године или одустају јер не постоји институционална подршка за младе жене да помире обе обавезе. Преовлађујући утицај на кашњење у заснивању породице и рађању, у већини европских земаља, носи фактор терцијарног образовања, позиционирања и стабилности на радном месту, што је обезбеђивање релативно задовољавајућег животног стандарда [20].

Феномен исподпросечног рађања је процес који ниједно развијено друштво није избегло. Недовољно рађање деце није стварност само индустријализованим земљама нити искључиво западним цивилизацијама, будући да се, према процени УН, са овим

феноменом данас суочава >50% светске популације укључујући цео европски континент, и уз неке од најмногољуднијих земаља – Кину, САД, Бразил, Русију, Јапан, Вијетнам, Немачку, Иран, Тајланд и Велику Британију. До недавно су неке од ових земаља биле синоним за врло високу плодност [21].

На глобалном нивоу просечна стопа укупног фертилитета данас је нешто испод 2,5 деце по жени. Према подацима Светске банке, најнижи фертилитет приказују Кини, Кореја, Сингапур и Молдавија (1,2), Порторико, Португал, Грчка и Шпанија (1,3), Јапан и Италија (1,4) [22].

У нашој земљи континуирано се бележи неповољан тренд у фертилитету. Са становишта нивоа рађања појављује се проблем немогућности обнављања генерација као последица интензивног смањивања броја рађања. Од високофертилитетног подручја, Србија је постала нискофертилитетна, и то много брже него друге европске земље, мада унутар ње још увек постоје регионалне диференцијације плодности. Актуелна стопа укупног фертилитета (просечан број деце по жени) данас је за трећину мања од нивоа потребног за просту репродукцију, који предвиђа 2,1 живорођење, а још је индикативније да је недовољна репродукција присутна у Србији дуже од пола века. Осцилације у броју живорођене деце зависе од обима фертилног контингента [23].

Од 1950. године, када су жене у просеку рађале 3,1 дете, до 2011. године број деце је сведен на 1,4. Према подацима, за 2018. годину, укупна стопа фертилитета у Србији износи 1,46, и испод је европског просека, који износи 1,58 детета по жени. Ниво рађања континуирано је од 1999. чак за 30% нижи од потреба простог обнављања становништва, што значи да ће генерације жена које буде рађала 2017-2034. године бити готово за 1/3 мање у односу на генерације које је рађала 1999-2018. године. Неки од најважнијих чинилаца ране појаве овог феномена и његовог одржавања на подручјима Србије која су нисконаталитетна, су недвосмислено убрзан процес модернизације по социјалистичком типу, прелазак из села у град, значајно учешће жена на тржишту рада с пуним радним временом у репродуктивном периоду живота, секуларизација и не занемарљиве економске препрека за постизање прихваћених норми репродукције. Распад СФРЈ, рат у окружењу, санкције међународне заједнице, политички проблеми, криза институција и интервенција НАТО пакта су фактори који су, поред оних дугорочних, деловали на демографски развој становништва Србије деведесетих година 20. века. На индивидуалном и психолошком плану говоримо о мањој самореализацији и животу у континуираном стресу, док је основна карактеристика економске цене коју је платила већина становништва, сиромаштво.

Ниво цивилизацијског развоја, структурне препреке у транзицији социоекономског система, осећање несигурности и социјални маладаптациони синдром су нека од могућих објашњења ниског фертилитета. Оно што несумњиво покреће депопулацију и изазива дубоке промене у старосној структури становништва јесте дуготрајност недовољног рађања [24], која се у Србији региструје већ неколико последњих деценија.

Анализом фертилитета по реду рођења (паритету) у многим земљама света може се уочити да је дошло до опадања рађања и да је учешће жена које су родиле мањи број деце значајно увећано. Сличне и опширније резултате показује истраживање фертилитета по реду рођења становништва Централне Србије и Војводине за период од 1948-2011. године. Највеће смањење забележено је код жена са ≥ 5 деце, чији се удео у популацији жена које су рађале у континуитету смањивао од пописа до пописа, са више од 30% 1948. године на свега нешто изнад 1% 2011. године. Такође, значајнији пад забележен је и у категорији жена са 4. детета, чији се удео у периоду 1948-2011. године смањивао са 10% на свега 1% жена старих ≥ 15 година које су учествовале у репродукцији становништва. С друге стране, највећи раст забележен је у категорији жена које су родиле двоје деце, чији је удео у континуитету растао у периоду 1948-2011. године са 20% на скоро 60% укупне популације жена старих 15 и више година које су рађале. У будућем периоду у одсуству мера популационе политике можемо очекивати даљи раст удела жена које су родиле једно дете, јер је код великог броја жена заступљено мишљење да се рађањем само једног детета у потпуности остварује улога мајчинства. Такође, незнатан раст може се очекивати и у категорији жена које су родиле троје деце, што је узроковано како процесом модернизације (раст индивидуализма утицаће на одлуку великог броја парова који ће бити спремнији на већи број деце, не базирајући се на устаљене репродуктивне клишее присутне у нашем друштву по којима се највећи број парова по правилу одлучује да има двоје деце), тако и утицајем националног фактора (значај раста репродукције становништва као услова за опстанак нације), који ће по свему судећи бити значајан и у будућности. Са растом удела жена које су родиле једно, односно троје деце, доћиће до значајнијег пада удела жена које су родиле двоје деце, док ће удео жена које су родиле четворо и више деце највероватније остати на приближно истом нивоу [17].

Повећање образовања жена један од механизма којима је покренута транзиција фертилитета, многа истраживања су потврдила хипотезу да је стопа фертилитета обрнуто сразмерна нивоу образовања жена. Виши ниво образовања подразумева дужи

процес школовања, што редовно повлачи касније ступање у брак, каснија прворођења и смањење ефективног репродуктивног периода, и самим тим мањи број деце [25].

Према подацима СЗО из преко 180 земаља, стопа превременог порођаја креће се од 5% до 18% живорођених беба. Више од 60% превремених порођаја јавља се у Африци и Јужној Азији. У земљама са нижим приходима, у просеку, 12% беба рођено је превремено у поређењу са 9% у земљама са вишим дохотком. Десет земаља са највећим бројем превремених порођаја јесу: Индија (3 519 100), Кина (1 172 300), Нигерија (773 600), Пакистан (748 100), Индонезија (675 700), Сједињене Америчке Државе (517 400), Бангладеш (424 100), Филипини (348 900), Конго (341 400) и Бразил (279 300). Са друге стране, десет земаља са највећом стопом превременог рођења на 100 живорођених су: Малави (18,1), Комори (16,7), Конго (16,7), Зимбабве (16,6), Екваторијална Гвинеја (16,5), Мозамбик (16,4), Габон (16,3), Пакистан (15,8), Индонезија (15,5) и Мауританија (15,4) [26, 27].

Резултати многих студија показују да се највећи број мртворођене деце налази у групи превремених порођаја и да деца из претерминских порођаја чине око 70% укупног морталитета новорођенчади. Неједнакости у стопама преживљавања превремено рођене деце широм света су очигледне. У земљама са ниским приходима, више од 90% беба рођених пре 28. недеље односно преко 50% беба рођених пре 32 недеље умире у првих неколико дана живота због недостатка адекватне здравствене заштите (недостатак инкубатора, подршке дојењу и основне бриге о инфекцијама и тешкоћама у дисању). У земљама са високим дохотком, скоро све превремено рођене бебе преживе (смртност је мање од 10%) [28, 29].

Упркос постојању великих и добро дизајнираних студија, постигнут је мали напредак у разумевању, етиологији и спречавању превремених порођаја, тако да данас чак имамо и пораст инциденције чак и у неким развијеним земљама. Једним делом пораст је узрокован и медицински индукованим прекидима трудноће. Разлози превременог рађања су бројни, комплексни и даље нису у потпуности објашњени. Најчешће су мултифакторијалне етиологије па је једним делом и то разлог потешкоћама у превенцији превременог рађања. Смањење броја порођаја код адолесценткиња могуће је повезати с развојем мреже саветовалишта за репродуктивно здравље младих као и медијском давању значаја здравствено-едукативним програмима и промоцији здравља младих [11, 30].

Због сложености проблема, популационе политике се морају усредсредити на мере рехабилитације рађања, миграционе политике, политике старења, програме

планирања породице и здравствене програме како би се одржало и побољшало генитално и репродуктивно здравље жена, итд. Плодност жена је сложен феномен одређен интеракцијом фактора (демографије, здравства, економских, друштвених, образовних, васпитних, прихолошких и других) који захтевају мултидисциплинарни приступ. Политичке мере ревитализације рађања морају да укључе ангажовање свих нивоа друштва како би се подигла свест и морална одговорност за плодност. Само активним узимањем у обзир фактора околине могу се створити услови, у почетку за проширење репродукције, а касније за већи наталитет и одложени пород у млађим групама жена. Важно је пружити женској популацији прилику да усклади родитељство и професионалне активности [31, 32].

Услуге планирања породице се често користе и важне су за жене, али о њиховом квалитету се мало зна. Квалитет тих услуга има важне импликације на репродуктивно здравље жена. Ако жене не добију одговарајуће информације и алате и не науче одговарајуће вештине од својих давалаца, то ће их ометати у напорима да контролишу своју плодност [33].

Породично планирање има много могућих користи: смањује сиромаштво, смртност мајки и деце; оснажује жене тако што смањује терет прераног рађања деце и омогућава стабилизацију становништва планете. Ненамерна трудноћа повезана са незадовољеном потребом је светски проблем који погађа жене и њихове породице и друштва у целини. Отприлике 40% свих рађања која су се догодила на глобалном нивоу била су нежељена, представљајући тешкоће породицама и угрожавајући здравље милиона жена и деце. Коришћење савремених метода контрацепције код жена у земљама у развоју које тренутно имају незадовољну потребу спречило би додатних 54 милиона ненамерних трудноћа, укључујући 21 милион непланираних порођаја, што би спречило 79 000 смртних случајева мајки и 1,1 милиона умрлих новорођенчади и одојчади [34].

Смањење удела незадовољене потребе за породичним планирањем има главну улогу у спречавању здравствених проблема мајке и деце. Да би се смањио удео незадовољених потреба за планирањем породице, предуслов је познавање тренутног нивоа и његових детерминанти. Разлике између земаља могу бити последица разлике у свести људи о контрацептивима и разлике у доступности избора метода [21].

Такође, жене које нису саветоване о контрацептивима имају чешће незадовољену потребу за породичним планирањем у поређењу са оним женама које су

биле саветоване. Око 32% жена пријавило је да нису користиле контрацептиве због страха од нуспојава или мање опажени ризик од трудноће током дојења [22].

Незадовољна потреба за планирањем породице главни је проблем земаља у развоју. Ниво незадовољених потреба за планирањем породице и даље је висок у многим земљама света. Зато је важно ојачати саветовање и укључивање партнера како би се смањила незадовољена потреба за планирањем породице. Резултати студије која се тим проблемом бавила је открила да 17,4% удатих жена није имало потребе за планирањем породице. Као разлог за не коришћење контрацептивних средства били су страх од нуспојава, мање уочен ризик од трудноће у време дојења, противљење партнера и верска забрана [35].

Истраживањем животних искуства и вредности у вези са услугама које су жене примиле након што су посетиле клинике за планирање породице пријавиле су као важне предикторе: доступност услуга, пружање информација, пажња и удобност клијента, персонализација услуга пружатеља услуга, организација услуга, емпатија пружатеља услуга, технички квалитет неге и поштовање женине аутономије. Жене су изјавиле да је важно да се осећају пријатно током посета, да осећају да је поштована аутономија доношења одлука, да пружаоци услуга показују емпатију и не смета им да виде истог пружаоца услуга током посета [23, 36].

Незадовољена потреба породичног планирања повезана је са високим степеном морбидитета и смртности мајки, нежељеним трудноћама, кратким интервалом порођаја и већим ризиком од акушерских и постпорођајних компликација. Бројни су разлози за незадовољену потребу породичног планирања у заједници: да не може примити методу коју преферирају у оближњој здравственој установи због велике удаљености, одсуство свих контрацепцијских средстава или оних које преферирају у установама, неспособност пружаоца услуга нижег нивоа и разлоге повезане са нуспојавама и контраиндикацијама доступних метода контрацепције као што су лупање срца, прекомерно крварење и њихова претпоставка да имају потребу за уравнотеженом исхраном и оптималним физичким оптерећењем [37].

С друге стране, интервенције репродуктивног здравља мењају ниво тренутне употребе контрацепцијских средстава код жена репродуктивног доба и њихових партнера [38].

Много је фактора који утичу на недостатак доступности и приступа контрацепцијским методама: плодност, недостатак знања, већи трошкови за појединце, недостатак обучених здравствених радника, велика удаљеност до клинике или болнице

и медицинске баријере, негативна уверења и неразумевање о методама [36, 39, 40, 41, 42, 43, 44].

За решавање проблема повезаних са незадовољеном потребом за породичним планирањем неопходни су докази о величини и одредницама незадовољених потреба [34].

Разне студије потврђују потребу за политикама које имају за циљ да смање трошкове и учине контрацептиве расположивим, посебно у малим градовима и руралним срединама и да подрже образовна достигнућа девојака и жена. Многа истраживања такође сугеришу да је јефтин и лаган приступ контрацептивима неопходан, али не и довољан услов за употребу. Испитивањем ставова повезаних са коришћењем ефикаснијих метода контрацептива и уопште са било којом употребом контрацептива, сугеришу да интервенције намењене повећању употребе контрацепцијских средстава и смањењу ненамерне трудноће треба да се баве начином на који жене могу ефикасно планирати употребу контрацепцијских средстава и потпуно их интегрисати у свој свакодневни живот и навике. Сматра се да је лакше научити жене како да планирају да користе контрацептиве, него да их убедимо да су њихова перцепција употребе контрацепције погрешна. Стога, иако су интервенције потенцијално најпотребније у заједницама са високим нивоом стигме и дезинформација, оне вероватно неће бити успешне ако се истовремено не реши планирање употребе контрацептива. Снажни негативни осећаји о могућности трудноће смањују ризик од трудноће, док позитивни осећаји родитељства и партнерова позитивна реакција на трудноћу повећавају ризик од трудноће [45].

Позитиван утицај оснаживања жена на употребу контрацепцијских средстава је добро утврђен. Међутим, обрнути ефекат, тј. потенцијални ефекат употребе контрацептива на оснаживање жена, релативно је неистражен. Ова студија испитала је директан утицај употребе контрацепцијских средстава на оснаживање жена код тренутно удатих жена старих 15-49 година у Индији користећи податке Националног истраживања породичног здравља. Утврђено је да је употреба контрацептива од стране жена на узорку повезана са већим оснаживањем жена и у погледу њихове мобилности и моћи доношења одлука. Промена перцепције домаће улоге и осећаја контроле над властитим телом су могући путеви ка већем оснаживању жена. Иако су оне интегралне, овај рад наглашава како могућа контрола величине породице и интервала рођења коришћењем контрацепције такође може бити пресудан пут ка повећању оснаживања жена [46].

С друге стране, ризично сексуално понашање, рана сексуална активност, непланирани секс и неколико сексуалних партнера истовремено, недоследна употреба контрацепције има за последицу сексуално преносиве инфекције. Према СЗО, сваке године се процењује 357 милиона нових инфекција од полнопреносивих инфекција као што су хламидија, гонореја, сифилис и трихомонијаза [47, 48].

Поред учесталих полно преносивих инфекција, недоследна употреба контрацепције врло често доводи до нежељене трудноће. Нежељена трудноћа је термин који се односи на трудноћу која је ненамерна или непланирана. Често је коришћени показатељ незадовољене потребе за репродуктивном здравственом заштитом. Нежељене трудноће су повезане са негативним економским и здравственим последицама које укључују трошкове порођаја који настају услед ненамерне трудноће и одложено започињање пренаталне неге током трудноће [49, 50].

Деца рођена код жена у ризику због ненамерне трудноће суочиће се са већим социјалним и економским недостацима и повећаном вероватноћом за менталне, физичке и психосоцијалне изазове. Због тога је потребно боље разумевање мотива за употребу контрацепцијских средстава међу овом групом. Неопходни прекурсори за превенцију ненамерне трудноће су избегавање сексуалне активности без употребе контрацепције и употреба ефикасних метода контрацепције. Многа истраживања сугеришу неколико битних фактора, попут утицаја партнера, перцепције да контрацептивни средства чине секс непримерним, неспонтаним, неприродним или страним и инвазивним, гледајући контролу наталитета као досађивање или осећај да је потребно превише планирања, желећи сакрити сексуалне активности од других, страх од стигме и неразумевање ефикасности контрацепције [51].

Сједињене Државе имају највећу ненамерну стопу трудноће од свих индустријализованих земаља које пријављују статистике. Најновија статистика наводи да је стопа ненамерне трудноће у САД-у отприлике половина свих трудноћа, са нешто мање од половине оних које завршавају побачајем. На репрезентативном узорку хетеросексуално активних жена најчешћа је употреба кондома (25%) или контрацептивних таблета (25%), а следећи најчешћи одговори су да уопште не користе контрацепцијско средство (18%). Мали проценат жена користи ињекције (4%) или прекинут сношај (3%) за контрацепцију, а 5% користи вишеструке методе. Све жене из овог узорка указују да тренутно не планирају трудноћу, али многе такође наводе да су недавно имале секс без употребе контрацепцијских средстава или са мање ефикасним методама, што их чини осетљивим на ненамерну трудноћу [52].

Испитивање употребе контрацепције код младих одраслих жена, укључујући врсту сексуалног односа, контрацепцијске дезинформације, перципирану неплодност, метод незадовољства и амбивалентност према трудноћи, релативно мали број студија је испитивао улогу друштвених норми и стигме у коришћењу метода контрацепције [53, 54].

Стигма која се тиче ненамерне трудноће, побачаја и усвајања може довести до неоткривања трудноће или исхода трудноће од стране младих жена. Социјалне норме и стигма која се тичу ненамерне трудноће могу објаснити део варијација употребе контрацептива, посебно код младих жена, осим дела који се односи на норме и стигме повезане са другим репродуктивним стањима [51, 55].

Добровољни прекид трудноће је индуковани побачај, који је изабран из немедицинских разлога. Могућност побачаја постоји за све жене; овај потенцијални догађај, међутим, није једнак за сваки и варира у зависности од старости жена, социјално-професионалних ситуација, географског порекла, брачног статуса и претходног или садашњег насиља у породици и сексуалном насиљу [56].

Периодичне процене учесталости индукованог побачаја потребне су за праћење напретка ка смањењу незадовољене потребе за ефикасном контрацепцијом и учесталости ненамерне трудноће. Ове процене такође могу мотивисати улагања у помагање женама да избегну последице небезбедног побачаја тамо где сигуран побачај није доступан. Међутим, поуздани подаци о појави побачаја нису доследно доступни у свим земљама. Процењујемо да се стопа абортуса у развијеном свету значајно смањила са 46 на 1 000 жена у репродуктивној доби у 1990. на 27 у 2014. години. Стопа побачаја је већа у свету у развоју него у развијеном свету. Од 16 светских подрегија, највиша процењена годишња стопа је на Карибима, а најнижа у Северној Америци и западној Европи. Највеће опажено смањење било је у источној Европи. Стопа побачаја опала је и у северној Америци и свим европским подрегијама, осим западне Европе. Значајнији пад забележен је и у свим азијским субрегијама и северној Африци. Процењује се да је стопа побачаја у западној Европи знатно порасла. Значајна повећања примећена су у западној, средњој, источној и јужној Африци и у свим латиноамеричким подрегијама. У глобалу, 25% трудноћа завршава се абортусом. У развијеном свету проценат трудноћа које завршавају побачајем смањено се за 11 % (са 39% на 28%), док се у свету у развоју повећао за 3 % (са 21% до 24%). Удате жене имају већи степен побачаја него неудате у већини субрегија, а та разлика је значајна у Европи. У субсахарској Африци и северној Америци неудате жене имају више стопе побачаја него жене у браку; ова разлика је

значајна у западној Африци. У развијеном свету стопа побачаја опала је више код удатих жена него код неудатих. Иако је вероватно да би тренутни број и стопа побачаја били још већи да нема улагања у услуге планирања породице последњих деценија, резултати показују да је потребно много више улагања да би се задовољили захтеви све веће популације, све раширенија жеља за малим породицама и све јача мотивација жена и парова да контролишу величину породице и време рађања. Процењујемо да више од 15 милиона неудатих жена годишње изврши побачај. Открића би требало да мотивишу напоре да се неудатим женама и њиховим партнерима омогући приступ репродуктивним здравственим услугама које су им потребне за спречавање и управљање ненамерном трудноћом [56].

Иако је карцином грлића материце у великој мери могуће спречити скринингом, раним откривањем и лечењем преканцерозних абнормалности, он и даље остаје један од главних узрока оболевања и смртности код жена на глобалном нивоу. Карцином грлића материце један је од водећих узрока смрти међу женама. Глобално, 485 000 нових случајева рака грлића материце и 236 000 смрти услед рака грлића материце годишње, сврстава га међу првих 10 врста рака. Стандардизована стопа инциденције за рак грлића материце је много нижа у богатим друштвима у поређењу са сиромашнима. Заправо, цифре о надзору преживљавања карцинома у свету показују велике разлике између нација, а ови су кориштени као показатељ ефикасности здравствених система у превенцији, контроли и лечењу рака. Развијене земље са свеобухватним програмима скрининга рака бележе континуирани пад учесталости и смртности од рака грлића материце, док многе земље у развоју имају пораст у броју нових случајева. Иако су у току напори за повећањем вакцинације против хуманог папилома вируса (ХПВ) за примарну превенцију карцинома грлића материце, рано откривање преканцерозних лезија грлића материце путем скрининга остаје критична интервенција здравствене службе за смањење инциденције и смртности рака грлића материце, посебно у окружењима са малим ресурсима где је покривеност вакцинацијом лоша. У поређењу са земљама у развоју са слабом покривеношћу вакцинацијом и недостатком организованог скрининга рака грлића материце, развијене земље са добро организованим програмима скрининга рака грлића материце стекле су значајно смањење инциденције и смртности од ове опаке болести. Заправо, од увођења испитивања цитологије бриса материце Папаниколау тестом, током 1950. и 1960. година, учесталост и смртност од рака грлића материце су драстично смањени. Међутим, рак грлића материце остаје велико оптерећење у земљама у развоју у којима

је стопа скрининга рака грлића материце и даље ниска. Ове разлике у степену покривености вакцинацијом против ХПВ-а и скрининг програмима, могу објаснити разлике у инциденцији и смртности од рака грлића материце у различитим регионима широм света. Епидемиолошка веза између високо ризичних врста папилома вируса и рака материце довела је до развоја нових модалитета скрининга, као што су тестирање на високо ризичан хумани папилома вирус (тестирање на ХПВ) које препоручује Светска здравствена организација и Европске смернице за скрининг рака грлића материце. Испитивање хуманог папилома вируса показало се ефикасним у откривању преканцерозних лезија грлића материце, посебно у популацијским програмима скрининга грлића материце [57].

Иако су препоручени модалитети скрининга за рак грлића материце допринели значајном смањењу инциденције и смртности од рака грлића материце, предности скрининга рака грлића материце нису у потпуности остварене у земљама са лоше организованим програмима скрининга за жене под ризиком. Изградња здравствених система који могу истовремено да се баве вишеструким факторима побољшала би стопу скрининга рака грлића материце и укупне исходе за рак грлића материце у популацији која је у ризику за овај карцином. Извештаји о интервенцијама за повећање доступности и одазива на скрининг за рак грлића материце документовали су ефикасност подсетника и позивних писама о прегледу на откривање рака грлића материце укључујући позивнице, подсетнике, едукацију, обликовање порука, саветовање, процену фактора ризика, процедуре и економске факторе [58].

У Србији је карцином грлића материце заузимао значајно место у укупној структури морбидитета и морталитета у дужем временском периоду. Са 1 300 ново дијагностикованих пацијената и 500 смртоносних исхода годишње, ова малигна болест је друга водећа и четврта најсмртоноснија болест рака код женске популације. Расподела рака грлића материце на основу старости имала је растући тренд појаве након 30. и највише учесталости међу старосним групама 45-49 и 70-74 године живота. Тренутни подаци указују на неповољне промене у старосној расподели у којој се високе вредности морбидитета крећу према млађим старосним групама. Ове промене имају велики утицај на репродуктивно здравље жена. Поред тога, према Регистру за рак Републике Србије за 2015. годину, стопа инциденције рака грлића материце била је 18,1, а стопа смртности 6,1 на 100 000 жена [59]. Ови налази су поражавајући ако се узме у обзир да је рак грлића материце једна од највећих малигнух болести који се може спречити.

У многим државама света учесталост појаве карцинома грлића материце је и даље велика, а као главни фактори ризика наводе се високо ризична инфекција хуманим папилома вирусом, употреба оралне контрацепције, сексуални промискуитет, пушење цигарета, порођај, брачни статус и старост. Превентивно и стратешко организовање скрининг програма код свих жена под ризиком од пресудног утицаја је на опадање инциденције и придруженог морталитета од карцинома грлића материце [58].

Поред карцинома грлића материце, велику учесталост у морбидитету и морталитету код жена заузима и рак дојке. Према подацима о инциденцији и смртности од рака на основу националних извештаја многих земаља света, процењено је 1 671 149 нових случајева рака дојке, а 570 000 смртних случајева услед рака дојке у свету 2015. године. Рак дојке код жена чини 25% свих карцинома. Учесталост рака дојке у развијеним земљама је велика, али је свакако знатно већа у мање развијеним земљама. У свим земљама се предлаже образовање жена ради раног откривања и лечења. Информације о учесталости и смртности од рака дојке су кључне за планирање здравствених мера [60].

Између 2010. и 2012. године, вероватноћа да се развио карцином дојке током живота била је 12,3%, односно отприлике 1 у 8. Рак дојке је метастатски карцином и даје метастазе у удаљене органе као што су кости, јетра, плућа и мозак, што представља његову неизлечивост. Рана дијагноза болести може довести до добре прогнозе и високе стопе преживљавања. Петогодишња релативна стопа преживљавања пацијената оболелих од карцинома дојке износи преко 80% због правовременог откривања ове болести. Између 2005. и 2011. године, 5-годишње релативно преживљавање било је 89%. Сматра се да је то узрок пораста употребе провера за читаву популацију, као и напретка у лечењу. Последњих година развијене су биолошке терапије и показале су се корисне за рак дојке. Мамографија је широко коришћен скрининг тест у откривању рака дојке и доказано помаже ефикасном смањењу смртности. Остале методе скрининга, попут магнетне резонанције (МРИ), који је осетљивији од мамографије, такође су примењене и проучаване током последње деценије. Постоје бројни фактори ризика као што су пол, старење, естроген, породична историја, генетске мутације и нездрав начин живота, који могу повећати могућност развоја карцинома дојке. Мање од 10% карцинома дојке може се приписати наследној генетској мутацији. Рак дојке је чешће повезан са факторима животне средине, репродуктивним и животног стила, од којих су неки потенцијално модификовани [61].

Иако се стопа оболевања од рака дојке у многим земљама света повећава из године у годину, стопа смртности опада у већини земаља са високим дохотком, због раширених превентивних прегледа и напредних медицинских терапија. Ефикасност скрининга рака дојке је способност скрининг методе за сузбијање појаве карцинома у популацији, што доводи до смањења учесталости броја узнатредовалих карцинома са лошом прогнозом. Методе за процену ефикасности скрининга рака заснивају се на праћењу стопе инциденције узнатредовалих форми карцинома који су прилагођени старосној доби. Исто тако, стопе смртности специфичне за рак треба брже да опадају у областима са скринингом него у областима без или са нижим нивоима скрининга. Међутим, стопе радикалних мастектомија се нису смањиле након увођења скрининга и стално расту у неким земљама (нпр. Сједињене Америчке Државе). Нашли смо уверљиве индикације да су ова испитивања преценила смањење смртности од рака дојке која је повезана са скринингом, делом због самих статистичких анализа, делом због побољшаних терапија и недовољног пријављивања рака дојке као основног узрока смрти у скрининг групама [32].

Потребно је дуго праћење за процену утицаја програма мамографије за скрининг на смртност од рака дојке. Јасно је да је скрининг повезан са смањењем удела карцинома у поодмаклој фази [31].

1.3 Репродуктивно здравље и детерминанте које га одређују

Репродуктивно здравље жена одређују многобројне детерминанте које су повезане како са самом женом тако и са члановима њене породице и заједнице. Најчешће испитиване детерминанте подразумевају демографске које се односе на старосну доб, брачни статус, расну и етничку припадност, затим социоекономске које се односе на образовни статус, радни статус и материјално стање породице, здравствене детерминанте које подразумевају: опште здравствено стање, болести, самооцену здравља и детерминанте везане за: ставове, стил живота, обрасце понашања, знања и веровања. Такође не занемарљиве су и детерминанте које потичу из заједнице а односе се на насиље, културне норме, подршку заједнице и социјалну комуникацију [62].

Такође треба имати у виду да су уредност, задовољство животом, материјални положај домаћинства, културни статус, став и одговорност за здравље, вредновање

здравља, одмор, системска болест, већи здравствени проблем, поверење у лекара, благовременост здравствене заштите, детерминанте које су битни предиктори неједнакости репродуктивног здравља, те у том смислу имају посебну важност за репродуктивно здравље. Чињеница је да су скоро сва обележја у ствари карактеристике на које се активним радом може утицати отвара пут ка ефикасним и ефективним промотивним и превентивним програмима заштите репродуктивног здравља [14].

Разна истраживања говоре у прилог томе да сеоске жене имају два пута већу вероватноћу да имају незадовољену потребу за породичним планирањем у поређењу са градским женама (28,1% и 14,2%), што може бити услед ограничене свести и нижег образовног статуса сеоских жена [15, 21, 33, 34].

С друге стране, жене које су биле домаћице имале су 6,81 пута већу вероватноћу да имају незадовољене потребе у поређењу са запосленим женама. Разлог за то је тај што запослене жене вероватно имају бољи приступ информацијама о породичним планирању. Подршка партнера за планирање породице је веома важна.

Многе студије су откриле да су жене, чији партнер није пружао подршку око употребе контрацепцијских средстава, чешће имале незадовољену потребу за планирањем породице у поређењу са женама чији су партнери имали подржавајући став [22].

Жене које су биле домаћице, жене које нису биле саветоване о употреби и нуспојавама контрацептива и жене чији партнер не подржава породично планирање вероватније ће имати незадовољену потребу за планирањем породице [35].

Једина уочљива разлика међу расним, етничким и језичким групама била је та што су желели да добију информације о нези и контрацепцији на језику који говоре [23].

У многим земљама су примећене и регионалне разлике у знању, приступу и коришћењу метода планирања породице. Друштвени и економски развој земаља и заједница диктирао је ниво контрацепције и разлоге за незадовољене потребе. Значајно већи ниво био је међу младим женама, које живе у руралним срединама, неписменим и које живе у домаћинствима са најнижим квинтилима богатства. Разни други фактори у вези са здрављем, становништвом и окружењем, економски, политички, структура домаћинства и индивидуалне карактеристике биле су повезане са контрацепцијом. Одсуство свих и /или одређених метода планирања породице, трошкови везани за пружање метода планирања породице, аутономија жена и њихов социо-економски статус, медицинска и законска ограничења за употребу метода и пристрасност

добављача и погрешно тумачење, показали су се као препреке контрацепцији. Штавише, образовни статус жене и њихових партнера, друштвено-економски ниво, тип пребивалишта, приступ медијима, знање о методама планирања породице, подршка методама планирања породице од стране жена и /или њихових партнера и старијих чланова њихове породице, старосна доб, статус миграције, богатство, паритет, искуство побачаја и смрти деце, верска уверења, етничка припадност биле су неке од појединачних карактеристика које су биле повезане са коришћењем метода планирања породице [36].

Социо-демографски, економски, културни и еколошки појединачни фактори индиректно су утицали на коришћење породичног планирања кроз непосредне факторе као што су дискусија између партнера, знање о методама контрацепције и њиховој доступности, удаљеност пружања услуга и вештине пружалаца услуга да убеди своје клијенте о правилном и одрживом коришћењу метода планирања породице. Разлози велике незадовољене потребе укључују несигурност метода, религију и притужбе везане за добављаче, начин исхране и радно оптерећење [37, 38]. Такође утичу старост, образовање, породични приход, трошкови контрацепције, знање, уверења, став клијента за планирање породице, изложеност информацијама о методама контрацепције, вештине повезане са употребом контрацептива, подршка партнера, пријатеља, здравствени радници, а такође и подршка у заједници [39].

Да брачно стање утиче на планирање породице показали су резултати који говоре да брак само путем верске церемоније повећава ниво незадовољене потребе за планирањем породице 4,61 пута. Такође, удате жене репродуктивне доби чешће имају незадовољну потребу за контрацепцијом и немогућношћу коришћења метода планирања породице и поред интересовања за то [40].

Поједине студије су имале за циљ да испитају да ли аутономија жена утиче на употребу савремених метода контрацепције и да утврди ефекат образовања и запошљавања. Аутономија доношења одлука у домаћинствима значајно је повезана са тренутном модерном употребом контрацептива. Жене са средњом и високом аутономијом су чешће користиле савремене методе контрацепције у поређењу са женама са ниском аутономијом у доношењу одлука [41].

Жене које су стекле основни и средњи ниво образовања имају око 1,3 пута већу употребу контрацепције. С друге стране образовање повећава свест о нуспојавама метода контрацепције. Образоване жене могу избећи негативне ефекте метода планирања породице добијањем одговарајућих савета од пружаоца услуга што повећава

њихову доследну употребу. Штавише, искуство смрти деце, посебно у неразвијеним земљама, негативно је повезано са планирањем породице. Смрт детета у породици смањује 1,3 пута вероватноћу да ће жена користити контрацептиве. Жене које имају искуства са смрћу деце, покушавају да надокнаде изгубљено и желе да имају више деце [36].

Поред тога, шансе за контрацепцију су 1,3 пута веће код жена чији су партнери завршили основни и средњи ниво образовања. Жене које су разговарале о контрацепцији с партнерима имају 2,2 пута већу вероватноћу да примењују породично планирање. Такође, контрацепција је око 2,6 чешћа код удатих жена чији су партнери подржавали породично планирање. Образовни статус мушкараца директно је повезан са економским и социјалним оснаживањем што повећава изложеност ресурсима као што су приступ медијима и коришћење жељених услуга пружања здравствене заштите. Више година образовања омогућило је мушкарцима боље познавање понашања у репродуктивном здрављу и либералност у планирању породице. Такође образованији мушкарци чешће сматрају да је управљање величином породице нешто о чему морају одлучивати парови [42].

Веза између нивоа образовања и употребе контрацептива показала је да испитаници са високим нивоом образовања су свесни важности и предности контрацепције, приход породице је уско повезан са ставом према употреби контрацепцијских средстава, породични доходак један је од фактора који утиче на прихватање и одлуку о употреби контрацепцијских иновација. Постоји значајна веза између цене употребе хормонске контрацепције и подршке мужа или партнера. У идеалним околностима, парови би заједно требали бирати најбољи начин контрацепције, међусобно сарађивати у њиховој употреби, заједно плаћати своје трошкове и узимати у обзир нуспојаве. Сматра се да ће подршка партнера подстаћи учешће у планирању породице. Често се дешава да информације о коришћењу контрацепцијских средстава клијенти добијају из других извора: лекара, књига, школа, телевизије или пријатеља, а не од службеника за планирање породице, што указује на то да постоји недостатак ширења информација од службеника за планирање породице у заједници, или недостатак активне подршке здравствених радника [43].

И друге студије истичу значај образовања, јер жене са факултетском или вишом школском спремом постижу виши резултат на планирању породице и комуникацији са партнерима, а нижи и на баријерама, стигми и дезинформацијама у вези са коришћењем контрацепције. Жене које живе у руралном подручју имају знатно нижи

степен планирања и комуникације са партнером, а виши на стигми и дезинформацијама у поређењу са онима које живе у приградским или урбаним подручјима. Стигма и дезинформације и спољне баријере у коришћењу контрацепције значајно су повезане. Жене које су високо оцениле планирање, комуникацију партнера и уочену озбиљност од нежељене трудноће ће вероватније користити ефикаснију методу. Такође, оне које високо оцењују баријере, стигме и дезинформације имају мању вероватноћу да ће користити ефикаснију методу контрацепције. Такође, жене са приватним осигурањем значајно су изложеније баријерама у коришћењу контрацепције од оних са другим врстама осигурања, као и оне које немају осигурање [44].

Резултати студије које су истражиле повезаност незадовољних потреба за планирањем породице међу женама које живе у два насеља (рурално и градско) са различитим економским, социјалним и културним факторима су показали да сеоске жене имају више трудноћа, побачаја и мртворођених и да је смртност међу њиховом децом била већа у односу на градске жене. Ниво незадовољене потребе за планирањем породице у селу био је приближно двоструко већи него у граду (9,7% наспрам 5,4%), а као разлог томе су наводи да су ниво образовања, запосленост и приход сеоских жена нижи него међу градским женама. Студија је показала утицаје социоекономских и културолошких фактора на понашање плодности жена и незадовољене потребе планирања породице да фаворизирају градске жене. Ови налази наглашавају потребу за интервенцијом, посебно за оснаживање жена на селу, како би се побољшали резултати репродуктивног здравља [40].

Нивои контрацепције и неиспуњене потребе варирали су у појединим земљама света. Такође, незадовољена потреба је била много већа у руралним срединама у поређењу с градском [34]. Многе студије показују да жене старије од 40 година које не желе зачети имају посебне потребе за контрацепцијом ради спречавања нежељених, непланираних и ненамерних трудноћа пре менопаузе [63].

Ненамерна трудноћа чешћа је код младих жена са малим примањима, необразованих и неударних жена. Међутим, структурне баријере као што су висока незапосленост, брзи раст становништва, низак социоекономски статус, висок ниво верске припадности, трошкови и приступ услугама и недостатак осигурања такође утичу на употребу контрацептива [51]. Емпиријске студије социјалних норми спроведене међу младим женама у контексту планирања породице откриле су да ставови вршњака и родитеља утичу на употребу контрацепцијских метода и друга ненамерна понашања у вези са трудноћом и полно преносивим болестима. Конкретно,

опажено вршњачко одобравање сексуалног понашања повезано је са већим нагомилавањем сексуалних партнера. Вршњаци забринути због преношења ХИВ-а повезани су с већом употребом кондома. Перцепција да пријатељи сматрају да је контрола рађања важна повезана је са већом употребом хормонске или дугорочне контрацепције [53].

Перципирано неодобравање сексуалне активности од стране родитеља повезано је са већим изгледима одлагања сексуалног односа, а уочена родитељска сагласност за употребу услуга репродуктивне здравствене заштите обликује репродуктивну здравствену заштиту код младих. Поред тога, родитељска пермисивност сексуалне активности повезана је са већом шансом да имате више сексуалних партнера [54].

С друге стране, стигма се односи на социјално обележавање појединаца који прелазе социјалне норме због стварног или опаженог својства или понашања. Међу младим женама перцепција негативних ставова, стереотипа и просуђивања унутар заједнице (перципирана стигма) и слагање с тим перспективама (подржана стигма) повезане су с понашањем које жене и породице доводи у ризик од негативних здравствених исхода. Младе жене уважавају ставове партнера и родитеља за планирање породице. Дакле, младе жене чије друштвене мреже мање подржавају трудноћу у младој одраслој доби могу бити мотивисаније да спрече трудноћу употребом контрацептива. Слично томе, неке жене изјављују да је „страх од трудноће“ иницирао сопствену употребу метода контрацепције дугог деловања [51].

Веће негативне реакције на нежељену трудноћу и већа перцепција стигме у вези са нежељеном трудноћом била је повезана са већим изгледима за употребу контрацепцијских средстава. Већи број претходних сексуалних партнера, такође су повезани са чешћом применом контрацепцијских метода. Жене које су имале негативније ставове о младим женама које су имале нежељену трудноћу имале су ниже шансе да користе методе контрацепције. И претходна литература наговештава да је већа интраперсонална стигма повезана са ризиком за сексуално и репродуктивно здравље [55]. Такође је примећено да чак и у земљама са организованим скрининг програмима, ове предности нису максимално искоришћене у популацији због фактора као што су трошкови, проблеми у приступу, анксиозности, непријатности током поступка скрининга и страха од рака, због лоше здравствене писмености, што све доприноси лошим исходима рака грлића материце [60]. Такође, у руралним областима је мање вероватно да ће се жене са недовољним или никаквим здравственим осигурањем и различитог образовног, социоекономског и етничког порекла редовно

прегледати због ХПВ-а и придружене процене ризика на карцином грлића материце [58].

1.4 Здравствена заштита жена у репродуктивном периоду

Здравственој заштити жена посвећује се посебна пажња у свим организованим системима здравствене заштите због изузетне осетљивости ових популационих група на дејство социјално – економских услова и других фактора средине, као и због узајамне зависности здравственог стања деце од здравља њихових мајки. Здравствена заштита мајки је јединствена по томе што се у исто време обезбеђује заштита за две подједнако важне јединке, мајка и њен плод (фетус). Женама током трудноће, порођаја и материнства, као и у вези са планирањем породице, деци, школској деци и студентима – групацијама становништва које су, због генеративне функције, односно раста и развоја, изложене повећаном ризику обољевања и умирања, обезбеђује се потпуна здравствена заштита, у складу са Законом о здравственој заштити [64] и Законом о здравственом осигурању [65], који одређују обим, садржај и врсту здравствене заштите.

Када је у питању делатност и доступност здравствене заштите женама се обезбеђују приближно исти услови на целој територији Републике Србије, независно од њихове националне и верске припадности, имовинског стања, места пребивалишта или боравишта. Унапређење и очување здравља и здравствена заштита жена је свеукупна и организована делатност друштва у чијем спровођењу и обезбеђивању учествују сви сектори друштва: здравствени, просветини, сектор социјалне заштите, сектор за културу, радне организације, верске, спортске, хуманитарне и друге организације, удружења и заједнице као и локалне самоуправе, градови, општине, аутономне покрајине и Република. Свакако посебне и специфичне задатке у вези са спровођењем здравствене заштите утврђене Уредбом [66] и програмом имају здравствено осигурање и здравствене установе као најзначајнији носиоци програмских активности у оквиру обезбеђивања и спровођења заштите здравља ове вулнерабилне категорије становништва.

Здравствена заштита жена је интегрални део система заштите здравља који се осигурава целом становништву. На примарном нивоу здравствену заштиту жена пружају 1 специјалиста гинекологије и 1 гинеколошко/акушерска сестра на 6 500 жена старости преко 15 година, што је прописано Правилником [67].

У оквиру примарне здравствене заштите жена планирају се превентивни прегледи и здравствене услуге у везано са трудноћом, порођајем и пуерперијумом, као и здравствене услуге у вези раног откривања обољења репродуктивних органа жена, дефинисаних према старости, прегледи у сврху лечења за оболела/повређена лица стара >15 година и дијагностичко-терапијске услуге. За жене у периоду репродукције посебно се и приоритетно планирају превентивне мере за област планирања породице (прегледи и услуге саветовања жена репродуктивне доби и партнера уз обухват $\geq 20\%$; интензивнији едукативни и саветовалишни рад и обухват жена узраста 15-25 година, у вези превенције абортуса, стерилитета и ППИ). У области здравствене заштите трудница планирају се превентивни прегледи у I триместру трудноће са обухватом од 90% трудница и контролни прегледи трудница у II и III триместру (у просеку 5 прегледа и обухват од 90%), прегледи у оквиру ултразвучне дијагностике (просечно 3 УЗ прегледа у току трудноће и обухват око 90%) и контролни прегледи оних трудница чија је трудноћа високо-ризична (процењено око 20%). У оквиру превентивне здравствене заштите породиља, уз обухват од 90%, планира се превентивни прегледи за преглед у току првих 6 недеља и контролни преглед 6 месеци након порођаја.

У области здравствене заштите жена са одређеним обољењем и у вулнерабилних група жена планиране мере примарне превенције се односе на здравствено-васпитне активности и мере секундарне превенције-прегледе за рано откривање обољења кроз опортунистички скрининг са одређеним обухватом и то превентивни гинеколошки преглед жена са обухватом од 20%. Када је у питању организовани скрининг он се спроводи за рано откривање карцинома грлића материце женама старосне доби 25-64 година, са обухватом од 25% и рано откривање рака дојке који подразумева мамографски преглед у популацији жена старости 50-69 година. Здравствено-васпитне услуге у оквиру промоције здравља подразумевају 30% групних метода рада и посете патронажне сестре породиљи са новорођенчетом са обухватом од 90%, посете трудници у оквиру 1 посете у II или III триместру трудноће и обухватом 90% трудница и посете трудницама са високо-ризичном трудноћом, са обухватом свих, процењеним на од око 20% трудница. У оквиру здравствене заштите жена у вези са трудноћом и порођајем, планирају се: праћење и контрола здравственог стања хоспитализованих трудница које су под ризиком и са патолошком трудноћом као и здравствено-васпитни рад са трудницама и породиљама. Такође, спровode се и услуге које се односе на генетски скрининг тест у I и II триместру трудноће у вези раног откривања Down и осталих синдрома, потом психофизичка припрема труднице за порођај, организовано и

стручно вођење порођаја у здравственој установи. У оквиру специјалистичко-консултативних и дијагностичко-терапијских услуга реализују се: специјалистичко-консултативни прегледи, хируршке операције, порођаји, разне врсте дијагностичких процедура (микробиолошка, лабораторијска, ултразвучна, рендген, скенер, доплер, магнетна резонанца, терапијске процедуре физикалне медицине и рехабилитације које су планиране како за хоспитализоване тако и за пацијенте у амбуланти [68].

У репродуктивном периоду здравствена заштита жена групише се хронолошки на: пренаталну, перинаталну, постпарталну здравствену заштиту, а чији је основни циљ унапређење и очување здравља жена у репродуктивном периоду.

Пренатална заштита у најширем смислу подразумева: здравствено-васпитне активности са младим особама женског пола и њиховим партнерима (подизање свести и нивоа здравствене просвећености и културе у вези са породичним планирањем, ефектима злоупотребе психоактивних супстанци, неправилној исхрани и недостатку физичке активности на функцију репродукције, превенцији полно-преносивих болести и промоцији најсавремених метода заштите од непланиране трудноће); унапређење саветовалишног рада службе за заштиту здравља жена у Дому здравља, гинеколошке превентивне прегледе жена репродуктивне доби (15-49 година), први гинеколошки преглед најкасније 3 године после првог сексуалног односа, најкасније до двадесете године, гинеколошке превентивне прегледе који су у вези са планирањем породице, скрининг прегледи на карцином дојке према националном програму, скрининг прегледи на карцином грлића материце, скрининг и лечење полно-преносивих болести, генетско саветовалиште у вези са планирањем породице. Пренатална здравствена заштита (очување и унапређење здравља током трудноће) у ужем смислу подразумева: здравствено васпитни рад са трудницама (исхрана, физичка активност, злоупотреба психоактивних супстанци), рад у саветовалишту за труднице и стално праћење трудноће складно оговарајућем водичу, детекција фактора ризика и третман ризичних трудноћа, скрининг на генетске аномалије, организовање и спровођење психифизичке припреме трудница за порођај, спровођење и организовање школа за родитељство, посете трудницама и породицама од стране поливалаентне патронажне сестре, здравствена заштита трудница у вези са денталним здрављем.

Перинатална здравствена заштита подразумева обезбеђивање одговарајуће здравствене заштите приликом порођаја и рођење детета.

Постпартална здравствена заштита (унапређење и очување здравља жена након порођаја и нега у току пуерперијума) подразумева: превенцију и лечење компликација

у пуерперијуму, надзор над здрављем породиље у здравственој установи (крварење, ране од епизиотомије, успостављање лактације, стање дојки, превенција анемије), праћење стања здравља породиље од стране поливалентне патронажне службе и контрола здравља новорођенчета (купање, нега пупчаника, повијање, исхрана), контролни преглед бабињаре у служби за здравствену заштиту жена у дому здравља, медицинску, психолошку и социјалну подршку самохраним мајкама у кооперацији са другим областима друштва (социјалне заштите, локалне самоуправе).

Систем здравствене заштите жена није увек примерен у организационом смислу, приступа и услуга, при чему је то проблем изразитији у сеоским подручјима где је заштита здравља мање обимна и садржајна од оне у граду. Здравствена заштита је већински куративно орјентисана, потиснута је превенција обољења и стања и промоција здравља. Најмање 35% међу женама земља у развоју и даље нема пренаталну заштиту, скоро 50% се порађа без стручне помоћи, а 70% нема постпарталну заштиту. Насупрот томе здравствена заштита је скоро потпуна у развијеним земљама (97% жена обави бар једну антенаталну посету, 99% се порађа уз стручну помоћ, а 90% има бар једну постпарталну посету) [66].

Пристапачност здравствене заштите ограничавају право коришћења, непостојање или удаљеност здравствених установа, непостојање путева и превозних средстава, трошкови превоза и пружених услуга (идеално је да оне буду бесплатне, јер трошкови одвраћају од коришћења пре свега сиромашне жене), интеракција са даваоцима услуга (културно неадекватна комуникација, лоша искуства и незадовољство одвраћају жене од коришћења), захтеви у погледу времена које жене имају на располагању и недостатак моћи одлучивања (традиција, одлучивање супруга или старијих чланова породице у име жене).

Слично дефиницији репродуктивног здравља, с циљем постављеним у најширем смислу побољшања квалитета живота и међупартнерских односа, широко је постављена и дефинисана заштита репродуктивног здравља. Наиме, то чини методама, техникама и услугама усмереним на спречавање и превазилажење проблема репродуктивног и сексуалног здравља. У складу са постављеним циљевима, све земље треба да кроз примарну здравствену заштиту омогуће приступ репродуктивном здрављу свим људима одређеног узраста. У контексту примарне здравствене заштите, наведени су сви видови који обухватају репродуктивно здравље и то не само савети, информисање, едукације и планирање породице, већ је наглашен и значај образованости за хуману сексуалност, здраву репродукцију и одговорно родитељство.

С циљем промоције репродуктивног здравља, посебно је наглашен значај укључивања жена у дефинисању и спровођењу одговарајућих програма, као и у невладине организације као што су женски покрети, религијске групе, програми за младе. План активности као водич за деловање по својој суштини сачињен је да би се постигла равнотежа не само између потреба и циљева репродукције (микро и макро), већ и права и обавезе, дужности појединца у области здравства и родитељства, што овом плану даје посебну вредност. Коришћена дефиниција репродуктивног здравља, његове заштите, циљеви и акције на очувању и унапређењу здравља доприносе бољем разумевању овог проблема. Да се свима појединачно омогући приступ репродуктивном здрављу подразумева максималистичко залагање, али не и квантификовање циљева који су у вези са репродуктивним здрављем. Циљеви репродуктивног здравља дефинисани су у намери да се квалитет репродуктивног здравља популације поправи, као и за бољи демографски и економски развој [69, 70].

Укупна стопа плодности, стопа адолесцентне трудноће, контрацепција, структура употребе контрацептивних средстава, стопа побачаја, ХИВ инфекција, смртност од АИДС-а, смртност мајки, неонатална смртност и главни узроци репродуктивне смрти код жена водећи су показатељи који бацају више светла на феномен репродуктивног здравља [71].

II ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ

Главни циљ истраживања је био испитивање демографских и социоекономских неједнакости у репродуктивном здрављу жена старих ≥ 15 година у Србији.

Посебни циљеви:

1. Испитати најзначајније одлике репродуктивног здравља жена старих ≥ 15 година у Србији
2. Испитати утицај демографских и социоекономских детерминанти на репродуктивно здравље жена старости ≥ 15 година у Србији
3. Анализа коришћења заштите здравља жена у односу на карактеристике испитаница (демографске, социоекономске и здравствене)

Хипотезе истраживања:

1. Постоји значајност разлике у репродуктивном здрављу жена у односу на старосну доб, брачни статус, степен образовања и запосленост
2. Постоје значајне разлике у карактеристикама здравственог стања жена различитог социоекономског статуса
3. Постоје значајне разлике у систему заштите здравља жена у односу на карактеристике испитаница, како демографске тако и социоекономске
4. Социоекономске неједнакости у репродуктивном здрављу жена чешће су у руралним него у градским срединама
5. Незапосленост и економски статус породице су социјалне детерминанте које у значајној мери утичу на карактеристике репродуктивног здравља жена
6. Испитанице које своје здравље процењују као лоше чешће испољавају негативне трендове у репродуктивном здрављу

III МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

3.1 Тип истраживања

Истраживање је реализовано по типу студије преваленције.

3.2 Истраживана (циљна) популација

Остварено истраживање у оквиру је националног испитивања здравља становништва Србије током 2013. године на релевантном, нехотичном узорку становника Србије од стране Министарства здравља у сарадњи са ИЗЈЗ Србије „Др Милан Јовановић Батут“, а уз поштовање поступка Еуростат-а да се: „прикупљање података распоређује на најмање 3 месеца, укључујући најмање 1 месец јесење сезоне (септембар-децембар)“ [72, 73].

У питању је анкетно истраживање становништва Републике Србије, без становништва Аутономне Покрајине Косова и Метохије. Из истраживања су изузета ментално и физички ометена лица, као и она из колективних домаћинстава и институција (социјалне установе, старачки домови, психијатријске институције и затвори). Такође, неписмена лица и она која не разумеју етичке принципе за учешће у студији, нису укључена у ово истраживање.

Одрасло становништво женског пола узраста ≥ 15 година и њихова домаћинства представљали су јединице посматрања овог истраживања.

3.3 Узорачки оквир

Оквир узорка утврђен је протоколом [74]. Коришћен је нехотимичан стратификовани двофазни узорак, национално респектабилан. У свакој узорачкој етапи, вероватноћа избора јединица посматрања била је унапред позната.

Домаћинства пописана током Пописа становништва 2011. године чинила су узорачки оквир. Случајни узорак домаћинства и испитаника добијен је коришћењем механизма комбиновања двеју техника: стратификације и вишефазног узорковања.

Узорак је утврђен да пружи поуздану процену за највећи број индикатора, који указују не само на здравље становништва на националном нивоу, већ и према географским областима: Београда, АП Војводине, Шумадије/Западне Србије, Јужне/Источне Србије. Подела ових, главних стратума, на урбана и рурална насеља је имала за резултат осам подстратума.

Пописни кругови су примарне јединице узорка. Да би се обезбедила репрезентативност података, тј. да би узорак у потпуности одсликавао структуру популације по свим релевантним карактеристикама коришћен је вишеетапни узорак. У првој етапи је најпре унутар дефинисаних стратума одабран одговарајући број пописних кругова. Од свих пописних кругова, случајно су одабрани само неки који ће репрезентовати одговарајући стратум. Број пописних кругова директно је пропорционалан величини стратума. Узето је 670 кругова. Домаћинства су јединице друге етапе. Линеарном методом узорковања у коме је почетна тачка случајно изабрана, а корак избора једнак, са једнаком вероватноћом и без понављања (*Simple Random Sample Without Replacement, SRSWoR*), изабрана су домаћинства.

Обухваћено је 6 500 домаћинстава (19 079 испитаника) од планираних 6 700 домаћинстава са 19 284 чланова. У изради ове дисертације коришћени су подаци о особама женског пола старости ≥ 15 година које су имале пребивалиште на територији Србије. Анкетирано је укупно 7 864 особа женског пола старих 15 година и више.

3.4 Истраживачки инструмент

За добијање података о процени здравственог стања становништва Србије коришћени су следећи упитници:

1. упитник за газдинство, којим су добијени подаци о обележјима домаћинстава и њихових пребивалишта
2. упитник „лицем у лице“ (спроведен путем вербалне комуникације између испитаника и анкетара) коришћен је за анкетирање испитаника старосне доби 15 и више година
3. упитник за самопопуњавање – односио се на питања у вези са репродуктивним здрављем и конзумирањем психоактивних супстанци.

Истраживање је такође обухватило и антропометријска мерења, као и одређивање вредности ТА [75].

Главни инструмент истраживања је представљао стандардизовани упитник ЕХИС (*European Health Interview Survey, wave 2*) према дефинисаним, међународно усвојеним индикаторима [73]. У питању је упитник коришћен у разним популационим истраживањима здравља у више земљама Европске уније, а културно прилагођен карактеристикама нашег подручја [74].

Како би се обезбедио висок ниво квалитета сакупљених података, висока стопа одговора домаћинстава и репрезентативност узорка извршена је специјална обука са детаљним упутствима за контролу теренског рада.

Укупно 68 тимова са 204 анкетара уз 13 теренских супервизора уз суперконтрола на крају рада на терену обавило је истраживање овога типа.

Информације о демографским и социоекономским обележјима испитаница, навикама и понашању у вези са здрављем, здравственом стању и коришћењу здравствене заштите сакупљене су поменути упитницима. Податке прикупљене током истраживања су анкетари делом уносили на месту анкетирања директно у рачунарски програм за унос САПИ методом (*Computer Assisted Personal Interviewing*). По завршеном истраживању, базе података из свих пописних кругова су повезиване у једну јединствену базу, након чега је извршена контрола података, израчунавање узорачког пондера, израчунавање индекса благостања и прекодирање варијабли за потребе анализе [74].

3.5 Етички стандарди истраживања

Истраживање је у складу са Хелсиншком декларацијом [76] и законском регулативом наше земље. Како би се уважила приватност учесника и поверљивост индивидуалних података, урађене су све неопходне припреме у складу са Законом о заштити личних података [77], Законом о званичној статистици [78] и Директива Европског парламента о заштити личних података [79]. Потенцијални учесници истраживања добили су одговарајуће, тачне и разумљиве информације о истраживачком пројекту пре него што се од њих затражило да донесу одлуку о учешћу. Информисани пристанак потписан је пре укључивања у студију [74].

У истраживању је у највећој могућој мери избегнуто прикупљање података који идентификују испитаника (неопходни идентификатори су уклоњени у најранијој фази

статистичке анализе и замењени шифром), а резултати објављени у агрегираном облику чиме је у потпуности обезбеђена тајност индивидуалних података [2].

Сагласност за употребу свих извора података коришћених за израду ове докторске дисертације је добијена од стране актуелних власника права. Службеним дописом Институт за јавно здравље Србије уступио је базу података Универзитету у Крагујевцу, а након сагласности надлежних органа за контролу етичких принципа.

3.6 Мерене варијабле

1. Демографска обележја: старосна доб, структура породице, тип насеља, регион
2. Социјалноекономске карактеристике: занимање, ниво образовања, индекс благостања домаћинства
3. Општа процена здравља и задовољство животом (процена сопственог здравља, став у односу на сопствено здравље, скала задовољства животом)
4. Слободно време, физичка активност и спорт (садржај слободног времена, учесталост и интензитет физичке активности, циркадијални ритам спавања, физичка активност, спорт и рекреација)
5. Сексуално понашање (односи са сталним партнером и особом која то није, коришћење контрацептивне заштите, самопроцена ризика за ХИВ)
6. Самозащитне активности – контрацепција (став о употреби кондома, врста коришћеног контрацептивног средства) и друге самозащитне и контролне активности (папаниколау тест, мамографија, тест на ХИВ)
7. Знања и ставови о ХИВ (информисаност, познавање могућности преношења и заштите, став према инфицираним особама из окружења, познавање места за тестирање)
8. Абортуси (исход и број абортуса)
9. Заштита репродуктивног здравља (коришћење антенаталне здравствене заштите, узраст при првој посети гинекологу, посете гинекологу у последњих 12 месеци, разлози одласка код гинеколога)
10. Насиље (изложеност физичком и психичком насиљу)
11. Ментално здравље (постојање напетости, стреса и притиска у последњих месец дана, утицај емоционалних проблема на свакодневне активности, осећање у току последњих месец дана)
12. Употреба психоактивних супстанци (цигарета, алкохола и илегалних дрога).

Опис варијабли:

Према брачном статусу, испитаници су груписани у четири категорије: особе које живе у браку или ванбрачној заједници, особе које никада нису живе у браку или ванбрачној заједници, разведени или растављени (ванбрачна заједница се завршила разлазом) и удовци/удовице (укључује и особе код којих се ванбрачна заједница завршила смрћу партнера).

У односу на тип насеља, испитанице су подељене у две категорије: градска и остала насеља.

Ниво образовања је процењен на основу највише завршене школе. Могући одговори су били: без школе, 1-7. разред основне школе, основна школа; средња школа: 2 године, 3-4 године, специјализација после средње школе; виша школа, висока школа (основне студије; мастер/магистарске; докторат). У зависности од добијених одговора испитанице су груписани у три нивоа образовања: завршена основна школа и ниже, средња школа и виша/висока школа.

На основу вредности DHS индекса благостања (*Demographic and Health Survey Wealth Index*) [80] испитанице су подељене у пет квинтила, односно социо-економских категорија: I (најсиромашнији), II (сиромашни), III (средњи слој), IV (богати) и V (најбогатији), који су за потребе истраживања подељени у три категорије: најбогатији, средњи слој и најсиромашнији.

Према радном статусу испитанице су груписане у три категорије: запослене, незапослене и економски неактивне [81]. У категорију запослени су укључени испитаници који су одговорили да раде за плату или профит (укључујући и оне који раде у породичном бизнису, обављају плаћен приправнички стаж, као и они који тренутно не раде због боловања или годишњег одмора). Под економски неактивним су се подразумевали студенти, особе на усавршавању, стручној пракси без плаћања, особе у пензији, неспособни за рад и домаћице.

Самоперципирано стање здравља је процењено према питању: „Какво је ваше здравље у целини?“. Могући одговори су били врло добро, добро, просечно, лоше, врло лоше и не знам, који су за потребе анализе груписани у три категорије: 1) добро/врло добро, 2) просечно и 3) лоше/врло лоше.

На основу питања из *PHQ-8* упитника [82], испитаници су одговарали колико често им је сметао неки од наведених психичких проблема у последње две недеље.

Могући одговори су били: „није уопште“, „неколико дана“, „више од 7 дана“ и „скоро сваког дана“. Одговори на свако питање су рекодирани и вредновани оценом 0 („није уопште“), 1 („неколико дана“), 2 („више од 7 дана“) и 3 („скоро сваког дана“), а након сабирања бодова за сваки одговор је добијен укупан скор вредности од 0 до 24. Вредности скорa 0-4 указују да нема симптома депресије, скор од 5 до 9 означава благе депресивне симптоме (субсиндромална депресија), а вредност скорa ≥ 10 на високу вероватноћу постојања депресивних епизода (депресије), која се даље квалификује као умерена (скор од 10 до 14), умерено тешка (скор од 15 до 19) и тешка депресивна епизода (скор 20 и више). У овом истраживању депресија је анализирана као једна категорија (скор ≥ 10). У израчунавање *PHQ-8* скорa су укључени само комплетно попуњени упитници.

Стил живота је анализиран кроз навике у исхрани, физичку активност, пушење, конзумирање алкохола и употребу психоактивних супстанци.

Навике у исхрани су процењене на основу редовности доручка у току недеље, уноса хлеб, млека и млечних производа, масноћа, рибе, соли и конзумирања воћа и поврћа у току недеље и на дневном нивоу, при чему су две или више порција воћа и три или више порција поврћа сматране адекватним дневним уносом.

Индекс телесне масе (БМИ) је добијен на основу резултата антропометријских мерења (телесна маса, телесна висина), а у анализи је коришћена класификација Светске здравствене организације према којој су испитаници разврстани у четири категорије ухрањености у односу на вредност БМИ: потхрањени ($< 18,5$ кг/м²), нормално ухрањени (18,5-24,9 кг/м²), предгојазни (25,0-29,9 кг/м²) и гојазни (≥ 30 кг/м²) [83].

На основу одговора на питање да ли тренутно пуше или да ли су икада пушили испитаници су сврстани у три категорије: непушачи, бивши пушачи и пушачи.

Унос алкохола је процењен на основу одговора на питање колико често су током претходних 12 месеци пили алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктеле, ликере, алкохолна пића из кућне/домаће производње и др). Алкохолно пиће се односило на све напитке који садрже алкохол, односно етанол, без обзира на врсту пића, односно количину која се конзумира. На основу одговора испитаници су сврстани у три категорије: у првој категорији су били испитаници који су последњих 12 месеци нису конзумирали алкохол, у другој испитаници који су одговорили да пију алкохол два до три пута месечно и ређе, док су у трећу категорију сврстани испитаници који пију

алкохол једном недељно и чешће. Под ризичним уносом алкохола подразумевао се унос од више од два пића дневно за мушкарце и више од једног пића дневно за жене.

У оквиру здравствене заштите анализирани су посете гинекологу и превентивни прегледи, као и неостварене потребе за здравственом заштитом.

3.7 Јачина истраживања и формат узорка

Минимална ефективна величина узорка је израчуната према референтним смерницама [84].

Узорак је одабран тако да даје поуздане статистичке оцене како за целу Србију, тако и за ниво појединих региона (АП Војводине, Београда, Шумадије, западне, јужне и источне Србије) и насеља (урбаног, руралног). Београд је најнижи ниво оцене, па се ту добила највећа грешка оцењивања.

Од планираних, 6 700 домаћинстава са очекиваних 19 284 чланова, урађен је узорак од 6 500 домаћинства са пописаних 19 079 чланова. Анкетираних чланова женског пола старих ≥ 15 година је 7 864 особа.

3.8 Начин обраде и анализа прикупљених података

Обрада података обављена је у складу са правилима квалитета и валидације које је одредио Еуростат [85].

Статистичка анализа је спроведена стандардним поступком израчунавања вероватноће појаве појединих параметара описне методе (табеларно, графичко приказивање, мера централне тенденције и варијабилитет). Закључивање о валидности разлика између појединих параметара и њихових вероватноћа утврђено је применом одговарајућих тестова и то: Хи-квадрат (χ^2) за поређење разлика у учесталости категоријских варијабли; Студентов т-тест и алтернативни, непараметријски *Mann Whitney* тест за поређење средњих вредности непрекидних варијабли; *Kolmogorov-Smirnov*-им тестом би се утврдили резултати, ако нису по типу нормалне расподеле.

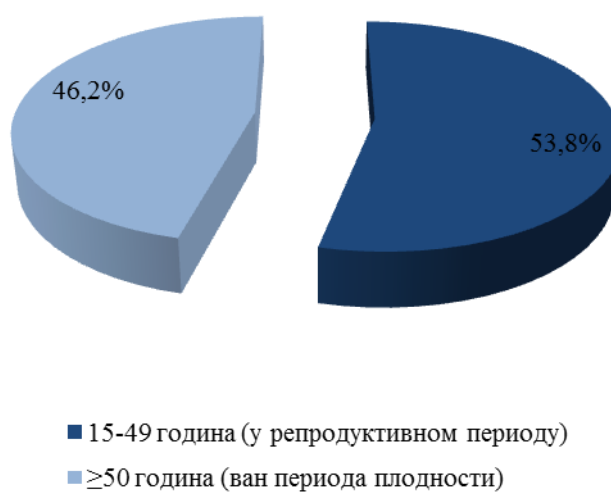
Биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом испитивана је повезаност зависних варијабли и низа независних варијабли. Величина OR (*Odds Ratio*), са 95% интервалом поверења оцењивала је ризик. Резултати са вероватноћом до 5% или $p < 0,05$ сматрани су сигнификантним. Комерцијални, стандардни софтвер SPSS, верзија 18.0 омогућио је све статистичке прорачуне.

IV РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4.1 Обележја истраживане популације

Истраживањем је обухваћено укупно 7 864 жене старости 15 и више година, од тога 3 634 испитаница (46,2%) је старости 15-49 година (у репродуктивном периоду), а 4 230 жена је са 50 и више година ван периода плодности, у нерепродуктивном периоду (53,8%), (Графикон 1).

Графикон 1. Старосна доб жене у односу на репродуктивни период



Просечна старост жена је $50,5 \pm 18,94$ година, при чему је највећи број испитаница припадао старосној групи 55-64 године (19,7%), (Табела 1).

У погледу брачног статуса највећи проценат жена живи у браку или ванбрачној заједници (59,0%), свака пета жена (19,4%) остала је без партнера јер се брак/веза завршила смрћу партнера (19,4%), док свака шеста жена (16,1%) никада није била у

браку или ванбрачној заједници. Најмањи проценат жена је у категорији разведених (5,5%).

Највећи број жена живи у градским насељима (57,2%) и у региону Шумадије и Западне Србије (29,8%).

Табела 1. Демографске карактеристике испитаница

Демографске карактеристике	Категорије	н	%
Старосне групе	15-24	879	11,2
	25-34	1024	13,0
	35-44	1123	14,3
	45-54	1273	16,2
	55-64	1553	19,7
	65-74	1080	13,7
	75-84	796	10,1
	85 и више	136	1,7
Брачни статус	неудата	1286	16,1
	удата/ванбрачна заједница	4636	59,0
	удовица	1524	19,4
	разведена	436	5,5
Тип насеља	градска насеља	4502	57,2
	остала насеља	3362	42,8
Регион	Београд	1724	21,9
	АП Војводина	1959	24,9
	Шумадија/Западна Србија	2345	29,8
	Јужна/Источна Србија	1836	23,3

Најзначајнији проценат жена старих ≥ 15 година је са средњом школом (47,0%), а затим следи више и високо образовање (15,4%). Без и са основном школом која није потпуна је 14,5% жена.

Анализа радног статуса показује да је највећи проценат жена у пензији (31,3%), док је свака четврта жена запослена (24,9%). Најмањи проценат жена је у категорији неспособних за рад (0,8%).

У погледу материјалног стања, највећи проценат жена припада најсиромашнијем слоју становништва (22,1%), док је најмањи проценат најбогатијих (17,5%). Такође је

највећи проценат жена са најмањим приходима по члану домаћинства (21,0%), док је најмањи у групи жена са највишим приходима (10,2%), (Табела 2).

Табела 2. Социоекономске карактеристике испитаница

Социоекономска карактеристика	Категорије	н	%
Степен образовања	без школе	292	3,7
	непотпуно основно	853	10,8
	основно	1809	23,0
	средње	3698	47,0
	више и високо	1212	15,4
Радни статус	запослена	1959	24,9
	незапослена	1763	22,4
	на школовању	629	8,0
	у пензији	2464	31,3
	неспособна за рад	63	0,8
	домаћица	986	12,5
Материјални статус	најбогатији	1378	17,5
	богати	1511	19,2
	средњи слој	1587	20,2
	сиромашни	1647	20,9
	најсиромашнији	1741	22,1
Приходи	≤ 9 000 РСД	1652	21,0
	9 001-14 000 РСД	1562	19,9
	14 001-20 000 РСД	1557	19,8
	20 001-29 000 РСД	1048	13,3
	> 29 000 РСД	802	10,2
	одбија да одговори	1243	15,8

Применом корелационе анализе утврђено је да постоји значајна повезаност материјалног статуса и прихода по члану домаћинства, што је дефинисано умереним коефицијентом/*Spearmanov* коефицијент корелације ранга од 0,504, који је високо сигнификантан ($p < 0,001$). Због тога је у наставку статистичке анализе материјални статус испитаница посматран независно од прихода по члану домаћинства.

Између степена образовања и узраста испитаница потврђена је статистички значајна повезаност ($\chi^2=1605,74$; $df=14$; $p<0,005$). Са старошћу расте проценат жена без формалног образовања, па је у најстаријој добној групи чак 81,6% жена без школе и са непотпуном основном школом. Истовремено, проценат жена са вишим и високим образовањем је највиши у најмлађим добним групама, па је чак 29,1% испитаница са вишом и високом школом у старосној групи 25-34 године (Табела 3).

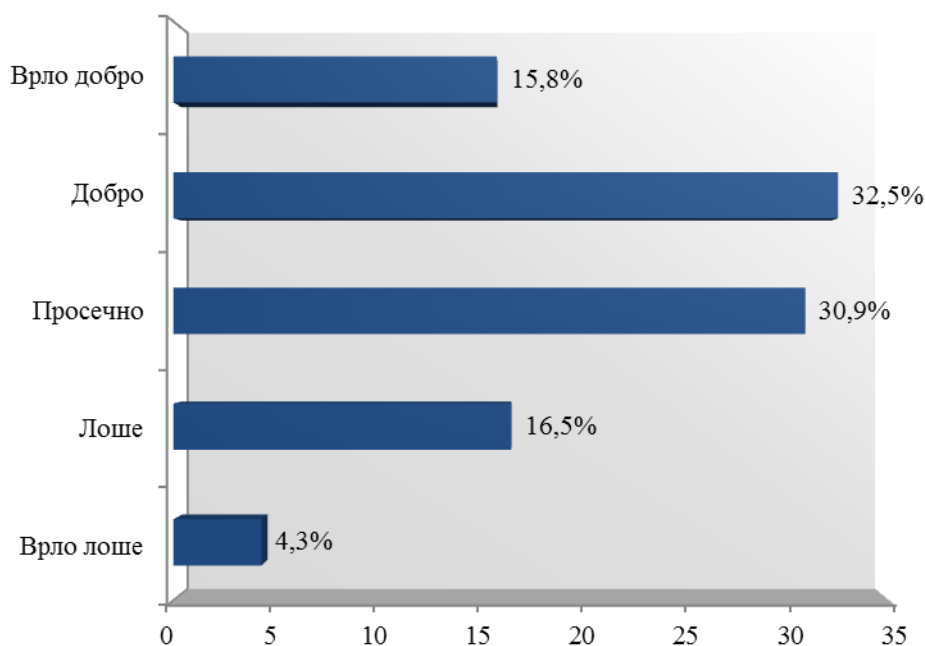
Табела 3. Дистрибуција испитаница у односу на степен образовања и старосне групе

Старосне групе/образовање	основно или ниже	средње	више или високо
15-24	38,9	55,6	5,5
25-34	12,2	58,7	29,1
35-44	16,0	62,3	21,6
45-54	22,9	60,9	16,3
55-64	41,7	44,4	13,8
65-74	61,5	28,1	10,4
75-84	74,5	19,1	6,4
85 и више	81,6	12,5	5,9
Укупно	37,6	47,4	15,0

4.2 Стање здравља

4.2.1 Самовредновање здравља

Међу 7 864 жене старих ≥ 15 година, 3 769 (48,3%) здравље процењује као добро и врло добро (32,5% и 15,8%), 2 429 (30,9%) као просечно, док 1 634 испитаница процењује сопствено здравствено стање лошим (16,5% лоше и 4,3% врло лоше), (Графикон 2).

Графикон 2. Расподела учесталости испитаница према самовредновању здравља

Добро здравље је обрнуто пропорционално старости испитаница, тако да се са старењем повећава учешће жена које сопствено здравље оцењују као лоше ($\chi^2=3773,03$; $df=35$; $p<0,005$). Популација жена у старијим узрасним групама своје здравље значајно чешће оцењују као лоше и врло лоше (51,8% и 55,9%) у поређењу са млађим старосним групама (1% и 2,2%), (Табела 4).

Табела 4. Самовредновање здравља према узрасту испитаница

Старосне групе	врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	нема одговора
15-24	57,8	36,4	4,8	0,8	0,2	0,2
25-34	33,6	50,1	14,0	2,1	0,1	0,1
35-44	17,8	49,6	26,9	5,1	0,4	0,4
45-54	8,0	38,3	37,5	14,0	2,0	2,0
55-64	3,2	24,4	45,9	21,9	4,6	4,6
65-74	2,6	15,3	41,8	31,8	8,6	8,6
75-84	1,4	13,7	33,2	37,7	14,1	14,1
85 и више	1,5	15,4	27,2	35,3	20,6	20,6
Укупно	15,8	32,5	30,9	16,5	4,3	0,1

Анализом самовредновања здравља испитаница по брачном статусу налазимо повезаност која је сигнификантна ($\chi^2=1852,19$; $df=15$; $p<0,001$). Жене које према брачном статусу припадају категорији удовица (42,0%) и разведих (19,3%) значајно чешће сопствено здравље процењују као врло лоше и лоше у поређењу са осталим женама (Табела 5).

Табела 5. Самовредновање здравља према брачном статусу

Брачни статус	врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	нема одговора
неудата	46,9	39,2	9,6	3,2	0,9	0,1
удата/ванбрачна заједница	11,8	34,8	34,9	15,0	3,4	0,1
удовица	2,9	18,6	36,5	32,3	9,7	0,0
разведена	13,5	36,5	30,5	14,7	4,6	0,2
Укупно	15,8	32,5	30,9	16,5	4,3	0,1

У односу на образовну структуру анализа самовредновања здравља испитаница показује повезаност, која је инверзна и сигнификантно значајна, а што би значило да уколико су испитанице нижег нивоа образовања то је стање њиховог здравља горе ($\chi^2=1852,19$; $df=15$; $p<0,001$), (Табела 6).

Табела 6. Самовредновање здравља у односу на образовну структуру

Образовање	врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	нема одговора
основно и ниже	9,5	21,6	32,8	28,2	8,0	0,0
средње	18,3	37,5	31,6	10,3	2,2	0,1
више и високо	23,6	43,6	24,3	6,8	1,7	0,0
Укупно	15,8	32,5	30,9	16,5	4,3	0,1

У највећем проценту неактивне жене оцењују властито здравље врло лошим и као лоше (31,2%), док га запослене жене у највећем проценту оцењују као врло добро и добро (68,0%), ($\chi^2=902,4$; $df=10$; $p<0,001$), (Табела 7).

Табела 7. Самовредновање здравља у односу на радни статус

Радни статус	врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	нема одговора
запослене	21,8	46,2	26,9	4,4	0,5	0,2
незапослене	18,5	39,9	27,7	11,6	2,2	0,1
неактивне	11,8	22,8	34,1	24,2	7,0	0,0
Укупно	15,8	32,5	30,9	16,5	4,3	0,1

Мерено према материјалном стању жене припаднице сиромашнијих слојева популације сопствено здравље значајно чешће оцењују као врло лоше и лоше. Са друге стране, знатно већи проценат жена најбогатијег слоја становништва своје здравље процењује као врло добро и добро ($\chi^2=515,91$; $df=20$; $p<0,001$), (Табела 8).

Табела 8. Самовредновање здравља према материјалном стању

Материјално стање	врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	нема одговора
I (најнижег имовног стања)	8,5	25,4	32,9	25,8	7,4	0,0
II	13,2	28,7	33,9	20,0	4,2	0,1
III	16,6	31,1	33,5	14,6	4,2	0,1
IV	18,5	37,4	28,2	12,1	3,6	0,1
V (најбогатији)	24,4	41,9	24,8	7,3	1,5	0,0
Укупно	15,8	32,5	30,9	16,5	4,3	0,1

Становнице Јужне и Источне Србије најлошије су процењивали свој здравствени статус, док жене које живе у Београду имају најпозитивнију перцепцију сопственог здравља ($\chi^2=60,61$; $df=15$; $p<0,001$), (Табела 9).

Табела 9. Самовредновање здравља у односу на регион

Регион	врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	нема одговора
АП Војводина	16,9	33,2	29,8	15,6	4,4	0,1
Београд	16,9	36,5	30,4	12,8	3,3	0,0
Шумадија/Западна Србија	15,2	31,8	30,2	17,9	4,8	0,1
Јужна/Источна Србија	14,4	28,6	33,3	19,0	4,6	0,1
Укупно	15,8	32,5	30,9	16,5	4,3	0,1

Жене ванградских насеља чешће оцењују сопствено здравље лошим (25,0%) у компарацији са испитаницама које живе у градским насељима (17,6%), ($\chi^2=84,13$; $df=5$; $p<0,005$), (Табела 10).

Табела 10. Самовредновање здравља у односу на тип насеља

Типови насеља	врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	нема одговора
градска насеља	17,1	34,7	30,4	13,8	3,8	0,1
остала насеља	14,0	29,4	31,5	20,0	5,0	0,0
Укупно	15,8	32,5	30,9	16,5	4,3	0,1

У циљу добијања поузданих показатеља неједнакости у релевантним демографским и социоекономским обележјима из посматраног узорка популације жена, прегруписавање обележја извршено је према варијаблама које су у наставку коришћене у униваријантној и регресионој анализи. Како приказ по детаљним обележјима (која су резултат спроведене анкете), представља пожељан информативан инструмент, груписање по главним обележјима и примена регресије допринело је глобалном закључивању. Оптимистичка самопроцена здравља испитаница од просечног до врло доброг у односу на лоше и врло лоше зависила је од година старости, односно репродуктивног периода, затим брачног статуса, места живљења, степена образовања, материјаног стања и радне активности. Постоји око седам пута већа шанса да ће жене из репродуктивног периода живота своје здравствено стање проценити као боље у односу на жене старије од 49 година, из нерепродуктивног периода ($OR=6,73$), (Табела 11). Такође, вишеструко је већа шанса да ће овакву процену свога здравља имати и запослене и жене средњег до високог образовања. Добра материјална ситуација такође значајно утиче да жене своје здравље опредељују као боље у односу на процену сиромашног и најсиромашнијег дела женске популације (однос шанси за овакву процену је од 3 до 5 пута већи). Удате жене, жене из градске средине, посебно из Београда, имале су бољу перцепцију свога здравственог стања у односу на супротне упоређиване групе, са мањом вероватноћом у односу на претходно поменуте демографске и социоекономске карактеристике. Жене из Шумадије, западне, јужне и источне Србије, упоређењем са свим осталим регионима, имали су лошију процену свога здравственог стања (Табела 11).

Табела 11. Униваријантна анализа самопроцене здравља у односу на демографске и социоекономске варијабле

Варијабле	лоше, врло лоше (%)	просечно, добро,врло добро (%)	OR	95% CI	P
у репродуктивном периоду ван периода плодности	5,2 35,2	94,8 64,8	6,730	5,838-7,758	<0,001*
удата неудата (остале)	18,5 24,2	81,5 75,8	1,401	1,256-1,563	0,006*
град остала насеља	17,7 25,0	82,3 75,0	1,548	1,388-1,727	<0,001*
Београд остали региони	16,1 22,2	83,9 77,8	1,375	1,222-1,546	<0,001*
АП Војводина остали региони	20,1 21,1	79,9 78,9	1,052	0,951-1,164	0,326
Шумадија/Западна Србија остали региони	22,8 20,0	77,2 80,0	0,879	0,803-0,963	0,006*
Јужна/Источна Србија остали региони	23,6 20,0	76,4 80,0	0,846	0,768-0,931	0,001*
средње/високо образовање ниже образовање	11,6 36,2	88,4 63,8	3,109	2,839-3,404	<0,001*
запослене незапослене/неактивне	5,1 26,1	94,9 73,9	5,161	4,239-6,282	<0,001*
средње богати/богати сиромашни/најсиромашнији	14,8 28,8	85,2 71,2	1,950	1,786-2,129	<0,001*

* *сигнификантно p; В-коэф. регресије; S.E.-станд. грешка; OR-Odd Ratio*

Претходно примењена анализа имала је за циљ да се изврши процена појединачних утицаја свих варијабли које су представљале демографске и социоекономске карактеристике испитаница у самопроцени здравственог стања.

На Табели 12. приказани су резултати примене мултиваријантне статистичке анализе у којој је „корак по корак“ извршена селекција истих, претходно анализираних варијабли по значају њиховог истовременог утицаја на самопроцену жена о здравственом статусу. Многе варијабле су одбачене у поступку селекције. Оне које су остале у једначини модела за самопроцену здравственог стања жена биле су само варијабле које су истовремено имале највећи утицај. Из једначине се види да су то жене до 49 година старости, удате, са местом становања из Београда, вишег материјалног

статуса. Варијабле обележја ниже образовање и незапослене/неактивне имале су негативан коефицијент у регресији, што значи да су се те жене изјашњавале са већом вероватноћом о лошијем здравственом стању. Остале варијабле у једначини нису сигнификантне.

Табела 12. Мултиваријантна (*stepwise*) логистичка анализа самопроцене здравља у односу на демографске и социоекономске варијабле

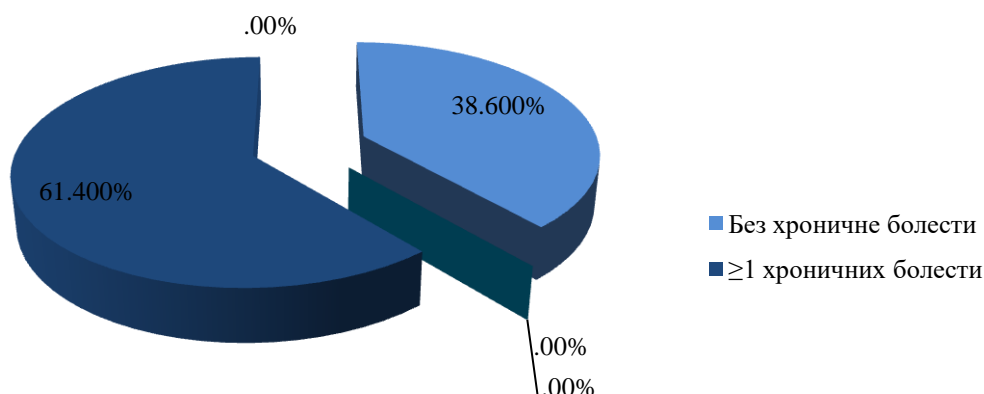
Варијабле у једначини	B	S.E.	Wald	Exp(B) (OR)	p
у репродуктивном периоду	1,947	0,087	504,156	7,005	0,000*
удата	0,198	0,063	9,884	1,219	0,002*
град	0,022	0,073	0,092	1,023	0,762
Београд	0,229	0,088	6,821	1,257	0,009*
АП Војводина	0,155	0,099	2,460	1,167	0,117
Шумадија/Западна Србија	0,000	0,083	0,000	1,000	0,996
ниже образовање	-0,761	0,070	117,676	0,467	0,001*
незапослене/неактивне	-0,843	0,117	52,206	0,430	<0,001*
средње богати/богати	0,259	0,074	12,103	1,295	<0,001*
Constant	1,497	0,148	102,003	4,469	0,001*

* *сигнификантно p; B-коэф. регресије; S.E.-станд. грешка; OR-Odd Ratio*

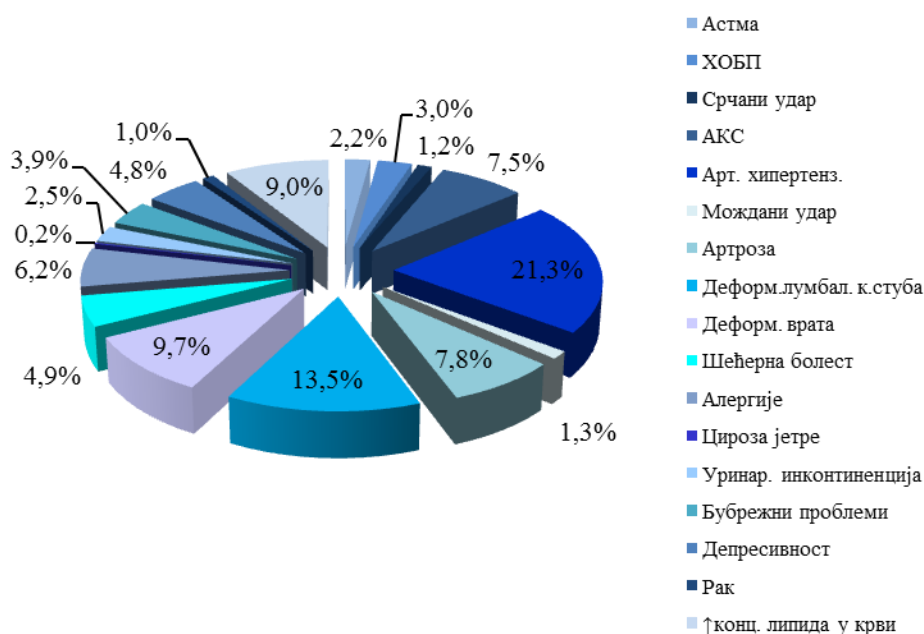
4.2.2 Болести хроничног тока

Нешто мање од половине испитиваних жена (47,7%) наводи да има неку од дуготрајних болести или здравствених проблема који су трајали или ће трајати више од шест месеци.

Од укупно 7 864 испитанице, њих 4 831 (61,4%) наводи неку од 17 истраживаних незаразних болести и стања, и то 1 499 испитаница (19,1%) пријављује једну, а чак 3 332 жене (42,4%) вишеструки морбидитет од болести хроничног тока. Насупрот тога су жене код којих није идентификована ни једна хронична болест (3 033 жена или 38,6%), (Графикон 3).

Графикон 3. Расподела хроничних болести у испитиваном узорку жена

Најраспрострањеније болести/стања испитаница су повишена вредност крвног притиска (38,1%), деформитет доње кичме, вратни деформитет кичме или друге болести леђа хроничног тока (24,2% или 17,3%), артроза (14%), повишена масноћа у крви (16,1%) и коронарна болест срца или ангина пекторис (13,4%). Међу испитиваном популацијом, цироза јетре (0,3%) и рак (1,8%) су најређе болести жена у претходних 12 месеци (Графикон 4).

Графикон 4. Учесталост болести или стања у претходних 12 месеци

Расподела болести хроничног тока у односу на разматране параметре испитаница дата је у Табелама 13 и 14.

Табела 13. Расподела хроничних болести према демографским обележјима испитаница

Обележја	Артеријска хипертензија	АКС*	Астма	ХОБ плућа	Срчани удар	Мождани удар	Шећерна болест	Депресивност	↑ конц. липида у крви	Рак
Узраст										
15-24	0,4	0,2	5,2	2,6	0,6	1,1	0,6	1,0	0,5	1,4
25-34	1,2	1,3	5,5	5,5	1,2	1,1	1,9	4,4	1,6	3,5
35-44	4,6	2,5	7,1	6,5	1,2	2,8	5,0	9,7	6,5	9,1
45-54	14,5	9,6	14,2	16,5	8,7	8,8	10,2	16,6	16,3	16,1
55-64	30,8	25,4	24,5	27,1	20,3	24,3	28,5	27,6	35,6	28,7
65-74	26,5	30,5	19,4	19,2	33,1	30,4	32,4	22,4	25,2	27,3
75-84	19,2	27,0	21,9	20,9	31,4	29,3	19,9	16,3	13,0	13,3
85 и више	2,8	3,6	2,3	1,7	3,5	2,2	1,6	1,9	1,3	0,7
Брачно стање										
неудата	2,5	1,5	5,8	6,7	2,9	3,9	3,3	5,7	2,6	5,6
удата	58,6	52,7	58,7	54,0	50,0	54,1	55,1	55,6	64,6	63,6
удовица	34,1	41,6	29,0	32,9	41,3	39,2	36,1	31,0	27,3	23,8
разведена	4,8	4,2	6,5	6,5	5,8	2,8	5,5	7,6	5,5	7,0
Тип насеља										
градска	54,5	55,6	55,8	55,4	56,4	53,0	53,8	54,7	59,6	63,6
остала	45,5	44,4	44,2	44,6	43,6	47,0	46,2	45,3	40,4	36,4
Регион										
АПВојводина	24,6	20,0	26,5	19,7	26,7	35,9	25,2	23,2	26,2	23,8
Београд	19,6	23,4	17,1	17,7	23,3	19,3	24,0	23,5	24,6	33,6
Шумадија/Запад.Срб	29,7	29,8	33,2	32,9	22,7	24,3	25,3	29,1	26,7	20,3
Јужна/Источ.Србија	26,0	26,8	23,2	29,7	27,3	20,4	25,5	24,1	22,4	22,4

Табела 14. Расподела хроничних болести према социоекономским обележјима испитаница

Обележја	Артеријска хипертензија	АКС*	Астма	ХОБ плућа	Срчани удар	Мождани удар	Шећерна болест	Депресивност	↑ конц. липида у крви	Рак
Образовање										
основно и ниже	53,3	61,8	58,7	51,1	61,6	52,5	54,5	48,2	44,1	33,6
средње	37,5	30,6	31,6	39,6	33,7	38,1	36,7	43,7	43,4	53,1
више и високо	9,3	7,6	9,7	9,4	4,7	9,4	8,8	8,1	12,5	13,3
Радни статус										
запослена	10,9	6,1	15,8	16,5	2,9	6,1	7,3	11,2	14,4	16,1
незапослена	14,8	10,4	20,0	18,7	15,1	11,0	14,0	21,2	15,6	12,6
неактивна	74,3	83,6	64,2	64,7	82,0	82,9	78,7	67,6	70,0	71,3
Материјално стање										
I (најсиромашнији)	27,9	31,2	26,5	27,1	33,7	31,5	28,8	30,1	21,0	18,2
II	23,3	23,9	25,2	23,7	26,2	20,4	22,3	24,0	24,0	18,9
III	20,6	19,3	23,2	21,3	18,0	22,7	21,4	18,7	19,6	27,3
IV	16,8	15,2	12,9	16,8	15,1	18,2	16,4	16,0	21,2	21,0
V (најбогатији)	11,3	10,4	12,3	11,0	7,0	7,2	11,1	11,2	13,1	14,7

* АКС – Акутни коронарни синдром

Број хроничних незаразних болести и стања посматрано према демографским карактеристикама, значајно се статистички разликује у односу на узраст и брачни статус испитаница (Табела 15). Учесталост свих хроничних обољења и стања расте са узрастом испитаница, па тако у старосној групи 65-74 године чак 79,6% жена има ≥ 2 болести/стања. Између испитаница са болестима хроничног тока и испитаница без њих разлика средњих вредности броја година је значајна статистички ($t=61,246$; $p=0,001$). Испитанице са хроничним болестима/стањима имају, у просеку, $59,0 \pm 15,69$ године, а без њих $36,9 \pm 15,41$ година.

Када је у питању брачни статус, највећи проценат хроничних болести (мултиморбидитет) се бележи у категорији удовица (71,6%).

Табела 15. Дистрибуција болести хроничног тока по броју и демографским карактеристикама испитаница

Варијабле		Број хроничних болести			p*
		0	1	≥ 2	
Старосне групе	15-24	83,8	12,3	3,9	< 0,001
	25-34	75,9	16,0	8,1	
	35-44	58,7	20,7	20,6	
	45-54	35,1	26,2	38,7	
	55-64	16,3	22,0	61,8	
	65-74	7,8	17,6	74,6	
	75-84	7,5	12,8	79,6	
	85 и више	11,8	20,6	67,6	
Брачни статус	неудата	74,1	16,2	9,7	< 0,001
	удата	38,2	20,1	41,7	
	удовица	10,7	17,7	71,6	
	разведена	36,7	20,6	42,7	
Тип насеља	градска	39,3	19,2	41,5	0,171
	остала	37,6	18,9	43,5	
Регион	АП Војводина	37,5	19,9	42,7	0,090
	Београд	37,8	18,9	43,3	
	Шумадија/Западна Србија	40,7	19,4	40,0	
	Јужна/Источна Србија	37,8	18,0	44,2	

Број болести хроничног тока/стања, посматрано према социоекономским карактеристикама, знатно се статистички разликује по образовању, радном статусу, материјалном стању и месечним приходима по члану домаћинства (Табела 16).

Мултиморбидитет је значајно више присутан код жена без школе и са најнижим степеном образовања (57,0%), двоструко више учесталости од жене са вишим и високим образовањем (29,3%). Са друге стране највећи проценат испитаница без хроничних болести и стања присутан је у категорији високообразованих жена (50,3%). Највећи проценат испитаница са мултиморбидитетом бележи се у категорији економски неактивних жена (57,4%), док је више од половине запослених жена (56,8%) без хроничних болести. Жене које према материјалном стању припадају најсиромашнијим категоријама становништва у највећем проценту пријављују присуство две или више хроничних болести и стања (51,3%).

Табела 16. Расподела броја хроничних болести у односу на социоекономска обележја испитаница

Варијабле		Број хроничних болести			p*
		0	1	≥2	
Образовање	основно и ниже	25,3	17,7	57,0	< 0,001
	средње	45,4	19,6	35,0	
	више и високо	50,3	20,6	29,3	
Радни статус	запослена	56,8	21,4	21,8	< 0,001
	незапослена	49,6	20,4	30,0	
	неактивна	25,3	17,4	57,4	
Материјално стање	I (најсиромашнији)	29,2	18,8	51,3	< 0,001
	II	34,5	19,7	45,7	
	III	39,6	19,2	41,3	
	IV	41,3	18,8	39,3	
	V (најбогатији)	50,1	18,8	31,1	

Све претходно наговештено детаљном анализом по обележјима хроничних болести (врсти и учесталости) у односу на демографске и социоекономске варијабле, анализира се у наставку униваријантном анализом. Одсуство хроничних болести у сигнификантном броју случајева својствено је групи жена у фертилном периоду, док је шанса за присуство бар једне хроничне болести двају и по пута већа код жена са ≥ 50

година старости (OR=2,571). Жене бољег материјалног статуса, са средњим и високим степеном образовања, као и запослене, имају боље предиспозиције за мању учесталост хроничних болести (OR=1,158-1,481). Бољи статус жена које живе у Шумадији и Западној Србији по заступљености хроничних болести у односу на остале регионе, показује се и у овој анализи. У процени појединачних утицаја заступљености хроничних болести у односу на демографске и социоекономске варијабле, доказано је да остале варијабле немају сигнификантан значај (Табела 17).

Табела 17. Униваријантна анализа заступљености болести хроничног тока с обзиром на демографске и социоекономске варијабле

Варијабле	Болести хроничног тока (бар једна)		OR	95%CI	P
	не (%)	да (%)			
у репродуктивном периоду ван репродуктивног периода	66,7 14,4	33,3 85,6	2,571	2,451-2,696	<0,001*
удата неудата (остале)	38,2 39,1	61,8 60,9	0,986	0,951 1,021	0,423
град остала насеља	39,3 37,6	60,7 62,4	1,029	0,993 1,066	0,115
Београд остали региони	37,8 38,8	62,2 61,2	0,983	0,943 1,025	0,436
Војводина остали региони	37,5 38,9	62,5 61,1	0,977	0,938 1,016	0,248
Шумадија/Западна Србија остали региони	40,7 37,7	59,3 62,3	1,051	1,01 1,093	0,012*
Јужна/Источна Србија остали региони	37,8 38,8	62,2 61,2	0,984	0,944 1,025	0,44
средње/високо образовање ниже образовање	46,6 25,3	53,4 74,7	1,399	1,353 1,447	<0,001*
запослене незапослене/неактивне	56,8 32,5	43,2 67,5	1,563	1,481 1,649	<0,001*
средње богати/богати сиромашни/најсиромашнији	43,4 32,2	56,6 67,8	1,199	1,158 1,241	<0,001*

* *сигнификантно p; B-коэф. регресије; S.E.-станд. грешка; OR-Odd Ratio*

Модел мултиваријантне анализе постављен је тако да је зависна променљива била појава присуства једне или више хроничних болест наспрам сета независних, демографских и социоекономских варијабли.

Добијена једначина модела показује да у истовременој комбинацији наведених варијабли значајан удео у предикцији присуства бар једне хроничне болест имају виша старосна доб (50 и више година) жена нижег образовања, незапослених или неактивних које су лошијег материјалног стања (Табела 18).

При томе као значајне варијабле које умањују вероватноћу појаве хроничних болести су неудате и жене Шумадије/Западне Србије. Ове чињенице наговештене су и претходним, појединачним и детаљним анализама.

Табела 18. Мултиваријантна (*stepwise*) логистичка анализа присуства једне или више хроничних болести у односу на демографске и социоекономске варијабле

Варијабле у једначини	B	S.E.	Wald	Exp(B) (OR)	p
50 и више година старости	2,357	0,060	1563,460	10,557	<0,001*
неудате	-0,214	0,058	13,863	0,807	<0,001*
Београд	0,174	0,085	4,228	1,191	0,040*
Војводина	-0,032	0,080	0,162	0,968	0,687
Шумадија/Западна Србија	-0,167	0,076	4,789	0,846	0,029*
ниже образовање	0,271	0,067	16,467	1,312	<0,001*
незапослене/неактивне	0,183	0,068	7,300	1,201	0,007
средње богати/богати	0,133	0,062	4,620	1,142	0,032
Constant	-0,813	0,078	109,899	0,443	0,000

* *сигнификантно p; B-коэф. регресије; S.E.-станд. грешка; OR-Odd Ratio*

4.2.3 Ментално здравље

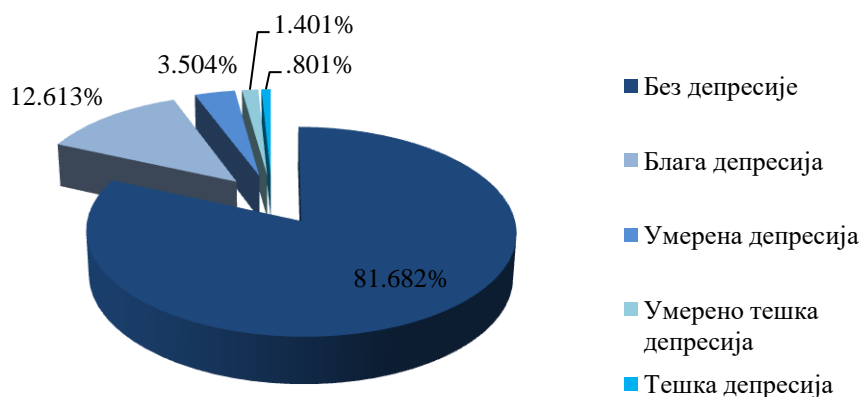
Независно од дужине трајања проблема, 40,4% испитаница је осећала замор или недостатак енергије, а свака трећа (31,9%) је имала проблем са спавањем. Ово су уједно и најчешћи симптоми депресије који су се јавили код жена, након којих следе слабо интересовање за рад (23,2%) и осећај малодушности, потиштености или безнадежности (22,4%), (Табела 19).

Табела 19. Симптоми депресије

Симптоми депресије	не уопште	неколико дана	више од 7 дана	скоро сваког дана	без одговора
Слабо интересовање	76,4	18,1	2,6	2,5	0,3
Малодушност, безнадежност	77,3	16,2	3,4	2,8	0,4
Проблеми са спавањем	68,0	19,3	6,6	6,0	0,1
Осећај замора	59,5	26,6	7,0	6,8	0,1
Лош апетит или преједање	85,5	10,2	2,2	2,0	0,0
Лоше мишљење о себи	90,4	6,3	1,3	1,6	0,4
Тешкоће са концентрацијом	87,7	8,5	1,7	1,7	0,3
Успорено кретање или немир	90,5	5,2	1,3	2,6	0,4

Депресија (PHQ-8 скор \geq 10) је регистрована код 5,7% испитаница старости 15 и више година. Посматрано у односу на субкатеорије депресије највећи проценат испитаница је имао умерену депресивну епизоду (3,5%), док је тешку депресију имало 0,8% жена. Благи депресивни симптоми (субсиндромална депресија) су били присутни код сваке девете жене (12,6%), (Графикон 5).

Графикон 5. Преваленција депресије



Значајан проценат испитаница (62,0%) је било изложено стресу или осећало напетост у месецу претходном истраживању. Скоро свака четврта испитаница која је

била изложена стресу/напетости више него остали људи или у толикој мери да јој је живот био неподношљив је имала депресивну епизоду (23,7%), док је преваленција депресије међу женама које нису биле под стресом износила свега 1,4% (Табела 20). Више од трећине испитаница наводи да има јаку социјалну подршку (39,0%), док готово свака седма жена наводи лошу (15,0%).

Међу женама који су имали јаку социјалну подршку, преко 85,4% њих није имало симптоме депресије, док је међу онима са ниским скором социјалне подршке свака четврта испитаница имала благе депресивне симптоме (15,6%), док је 11,2% жена имало депресивну епизоду, и ова разлика је високо статистички значајна.

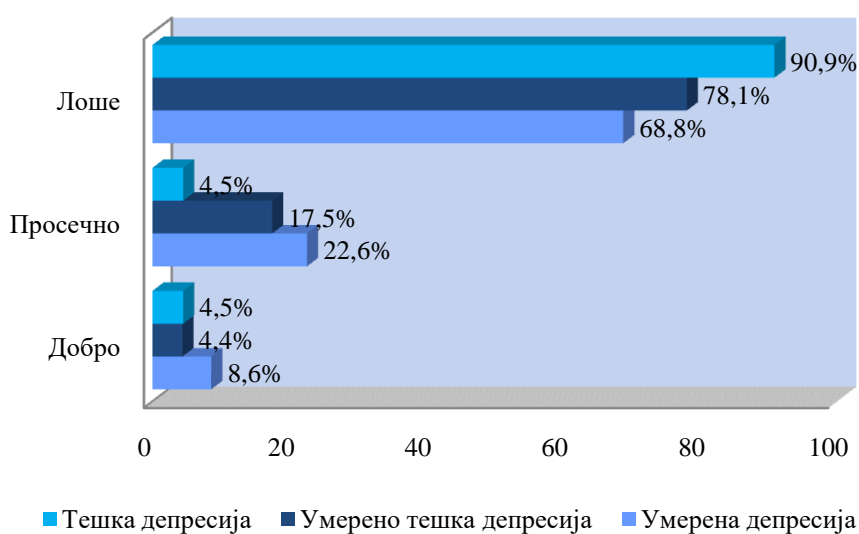
Табела 20. Преваленција депресије с обзиром на изложеност стресу и социјалну подршку

Варијабле	Симптоми депресије			P	
	без	благи	депресивна епизода		
Симптоми стреса	не	92,9	5,7	1,4	<0,001
	да, понекад	82,6	13,6	3,9	
	да, више него остали људи	49,2	27,1	23,7	
Број особа на које се можете ослонити	6 или више	88,6	8,4	3,0	<0,001
	3 до 5	85,0	11,0	4,0	
	1 или 2	75,4	15,8	8,8	
	ниједна	48,3	29,2	22,5	
Заинтересованост других за оно што вам се дешава у животу	заинтересовани	84,0	11,2	4,8	<0,001
	равнодушни	72,5	19,5	8,0	
	мало/нимало заинтересовани	54,7	25,4	19,9	
Могућност добијања практичне помоћи од комшија/суседа	врло лако/лако	83,7	11,5	4,9	<0,001
	могуће	82,8	11,6	5,6	
	тешко/јако тешко	70,6	19,1	10,3	
Социјална подршка	јака	85,4	9,9	4,7	<0,001
	умерена	84,4	10,7	4,9	
	лоша	77,2	15,6	7,2	

Истраживање показује да је повезаност између самовредновања здравља и степена депресије сигнификантна ($\chi^2=1700,97$; $df=12$; $p<0,001$).

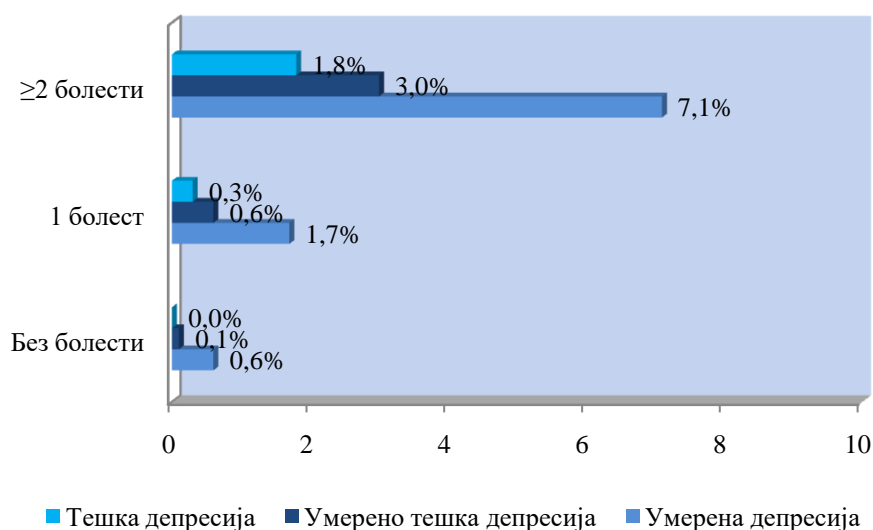
У значајно већем проценту симптоме депресије пријављују жене сопствено здравље оцењују као врло лоше/лоше (68,8% благу депресију, 78,1% умерено тешку депресију и 90,9% тешку депресију), Графикон 6.

Графикон 6. Дистрибуција испитаница са симптомима депресије у односу на самовредновање стања здравља



Истраживање такође потврђује везу присуства болести хроничног тока и степена депресије, тј. испитанице које имају мултиморбидитете хроничним болестима значајно више пријављују симптоме депресије умерене категорије ($\chi^2=1052,38$; $df=8$; $p<0,001$) (Графикон 7).

Графикон 7. Дистрибуција испитаница са симптомима депресије према присуству болести хроничног тока



4.3 Детерминанте здравља

4.3.1 Пушење и конзумирање алкохола

Распрострањеност пушења у популацији жена узраста ≥ 15 година износила је 66,1%. Свакодневних пушача је 54,4%, док је повремених 11,7%. Од дуванских производа жене углавном конзумирају фабрички/самостално завијене цигарете у проценту од 87,6%. Током претходне године њих 30,9% је покушало да престане да пуши. Савет о престанку пушења од лекара добила је 34,1% испитаница. Дуванском диму код куће или на послу (у затвореном простору) изложено је 66,6% жена.

Највише свакодневних пушача је међу женама старосне доби 45-54 године, међу разведеним женама, из региона Јужне и Источне Србије, са нижим образовањем, међу незапосленим женама, и оних са нижим социоекономским статусом (Табела 21 и 22).

Табела 21. Табела преваленција пушења у односу на демографске карактеристике

Варијабле	свакодневни пушачи	повремени пушачи	непушачи	без одговора	р	
Старосне групе	15-24	51,9	21,3	18,5	8,4	< 0,001
	25-34	54,7	12,1	28,5	4,7	
	35-44	56,5	13,0	27,6	2,9	
	45-54	60,7	11,1	23,4	4,8	
	55-64	53,4	9,2	31,7	5,7	
	65-74	47,5	9,4	37,4	5,8	
	75-84	31,6	4,3	52,1	12,0	
	85 и више	15,4	7,7	61,5	15,4	
Брачни статус	неудата	52,4	16,3	23,1	8,2	< 0,001
	удата	53,5	12,2	29,2	5,1	
	удовица	54,1	6,4	34,7	4,9	
	разведена	64,1	8,5	25,1	2,4	
Тип насеља	градска	54,2	11,0	29,8	4,9	0,1
	остала	54,6	13,0	26,6	5,8	
Регион	АП Војводина	55,6	10,4	30,2	3,7	< 0,001
	Београд	53,8	9,7	31,5	5,0	
	Шумадија/Западна Србија	52,3	13,8	25,4	8,5	
	Јужна/Источна Србија	56,2	12,7	27,8	3,3	

Табела 22. Преваленција пушења у односу на социоекономске карактеристике

Варијабле	Пушење				р	
	свакодневни пушачи	повремени пушачи	непушачи	без одговора		
Образовање	основно и ниже	56,2	12,1	23,7	8,0	< 0,001
	средње	55,6	11,6	28,3	4,4	
	више и високо	47,2	11,5	37,2	4,2	
Радни статус	запослена	56,7	11,8	27,5	4,1	< 0,001
	незапослена	58,8	12,5	24,7	4,1	
	неактивна	49,0	11,1	32,6	7,2	

Варијабле	Пушење				p	
	свакодневни пушачи	повремени пушачи	непушачи	без одговора		
Материјално стање	I (најсиромашнији)	57,5	11,9	24,2	6,4	0,034
	II	56,7	13,1	24,7	5,5	
	III	53,4	11,4	30,2	4,9	
	IV	53,5	11,1	29,8	5,7	
	V (најбогатији)	51,5	11,2	33,3	4,1	

Потпуни увид у разлике које постоје у навикама пушења и конзумирања алкохола дала је упоредна анализа где су ове навике односиле само на случајеве свакодневне или повремене што се тиче пушења, а употреба алкохолних пића сведена је само на учесталу употребу. Жене које свакодневно или само повремено пуше, чине око једне трећине разматраног узорка жена из популације. У знатно већем броју случајева пушење је заступљено код млађих жена у репродуктивном периоду, затим оних које су удате и које живе у градским срединама. По социоекономским обележјима то су у сигнификантном броју запослене жене, средњег или високог образовања са бољим материјалним статусом (средње богате и богате). По значајно мањој заступљености жена које пуше и пију издваја се регион Шумадије и Западне Србије у односу на остале регионе.

Жене које учесталије конзумирају алкохол су у старијој животној доби и из градских средина. Треба констатовати да је учестало конзумирање алкохола изузетно ретка појава у популацији жена (1-2% случајева), (Табела 23).

Табела 23. Упоредна анализа учесталости навика свакодневног/учесталог пушења и конзумирања алкохола према групама демографских и социоекономских варијабли

Варијабле	пушење (свакодневно или повремено) %	конзумирање алкохолних пића (свакодневно-учестало)%
у репродуктивном периоду ван периода плодности	36,5* 22,1	0,8 1,9*
удата неудата (остале)	31,0* 25,6	1,6 1,2
град	31,6*	1,7*

Варијабле	пушење (свакодневно или повремено) %	конзумирање алкохолних пића (свакодневно-учестало)%
остала насеља	24,9	1,1
Београд	30,3	1,6
остали региони	28,3	1,4
Војводина	29,8	1,7
остали региони	28,4	1,4
Шумадија/Западна Србија	26,9*	1,0*
остали региони	29,5	1,6
Јужна/Источна Србија	28,6	1,5
остали региони	28,8	1,4
средње/високо образовање	34,3*	1,3
ниже образовање	19,5	1,6
запослене	41,3*	1,1
незапослене/неактивне	24,6	1,5
средње богати/богати	31,0*	1,5
сиромашни/најсиромашнији	25,8	1,4

**сигнификантна разлика у упоређиваним групама, (χ^2 -тест $p < 0,05$)*

4.3.2 Исхрана и гојазност

Анализа исхране у истраживаном узорку жена примењена је према врстама намирница које су груписане у односу на учесталост примене и које су сумарно репрезенти квалитета исхране. На Табели 24. представљене су намирнице које су уобичајено/свакодневно или веома често на јеловнику становника.

Конзумирање хлеба, које је у овом истраживању представљено као употреба различитих врста, заступљено је са највећом вероватноћом у 98% до преко 99% случајева као употреба хлеба макар једне врсте. Захваљујући величини узорка испитиваних жена и у овако сигнификантним учесталостима употребе хлеба детектоване су извесне (релативне) различитости у оквиру варијабли које су на усвојеном нивоу поузданости биле значајне.

Тако се упоређењем употребе хлеба (релативно значајних разлика у оквиру група варијабли) може закључити да је употреба хлеба значајно већа у старијој популацији удатих жена, као и жена са нижим степеном образовања, незапослених и неактивних, са нижим материјалним статусом.

Учесталост свакодневног доручка је репрезент навика овог дела популације које су такође присутне са знатном учесталашћу. Као што се види са поменуте табеле свакодневна употреба доручка заступљена је у преко 70% до преко 80% случајева, без обзира на остале услове.

Када се упоређења изврше у оквиру различитих обележја демографских и социоекономских варијабли доказују се извесне специфичности. Редовност доручка значајно је учесталија у старијој популацији у односу на млађу, учесталија је код жена нижег образовања у ванградским насељима. Анализа по регионима показује да је значајно мања учесталост редовности доручка у северним крајевима. Мања је редовност доручка у градским срединама.

По заступљености редовне употребе следе воће и поврће, у преко 70% до преко 90% случајева у испитиваном делу популације жена. И у случају ових намирница (воћа и поврћа) значајно је већа употреба у старијој животној доби, удатих жена из градских насеља. У односу на социоекономске варијабле то су у сигнификантном броју запослене жене, виших степена образовања и бољег материјалног статуса. По значајној заступљености воћа и поврћа у односу на остале регионе издваја се Шумадија и Западна Србија. Жене Јужне/Источне Србије знатно мање од оних из осталих региона конзумирају воће и поврће.

Млеко је намирница коју редовно користи око и преко 50% жена испитиваног узорка. Упоређењем по главним обележјима демографских и социоекономских варијабли доказује се да је значајно већа употреба ове животне намирнице од стране неудатих жена, већа је употреба у градским насељима, укључујући и Београд. У свим осталим упоређиваним регионима у Србији мања је употреба млека. У односу на социоекономске варијабле жене које конзумирају веће количине млека су у сигнификантном броју запослене, виших степена образовања и бољег материјалног статуса.

Значајно већа употреба соли постоји у групи млађих жена у репродуктивном периоду. То је једина карактеристика исхране по којој се ова група разликује, по већој употреби, у односу на друге намирнице у исхрани које су упоређиване. Као што је већ анализирано у поређењу са овом групом, код старијих испитаница (50 и више година), већа је употреба хлеба, воћа и поврћа и доручак је редовнији оброк.

Повећано конзумирање соли постоји у Војводини и код неудатих жена, док је у Београду сигнификантно мања употреба соли у односу на остала места.

Употреба рибе у исхрани више је изражена у градским насељима, укључујући и Београд, као и у Војводини. Жене које значајно више користе рибу у исхрани су запослене, виших степена образовања и бољег материјалног статуса. У Шумадији и Западној Србији риба је у употреби знатно мање обиму у односу на остале регионе.

Сигнификантно већа је учесталост употребе масноћа свињског порекла је у свим упоређиваним регионима Србије, сем Београда са околином. Сва ванградска насеља имају знатно повећан унос масноћа у исхрани. Жене које користе веће количине свињске масти у исхрани су у знатном броју удате по социоекономским карактеристикама незапослене/неактивне, нижег степена образовања, лошијег материјалног положаја (Табела 24).

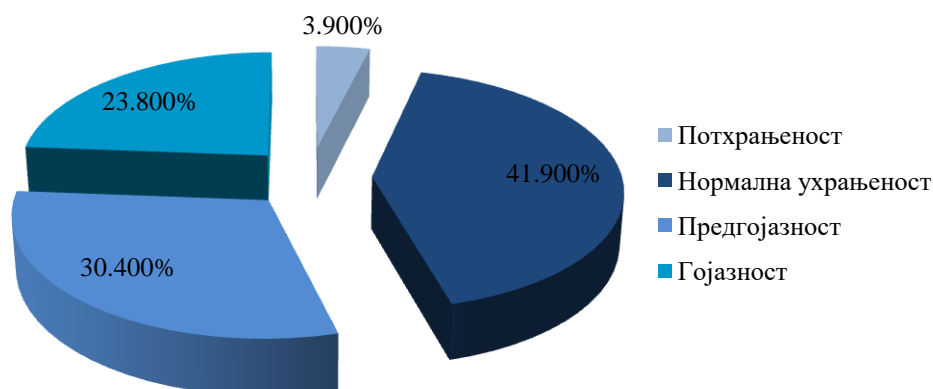
Табела 24. Упоредна анализа учесталости навика свакодневног-учесталог конзумирања одређене хране према групама демографских и социоекономских варијабли

Варијабле	доручак	хлеб	млеко	масноће	со	риба	воће	поврће
до 49 година	74,7	98,2	54,3	24,5	9,0*	12,2	74,9	86,8
50 и више година	80,9*	99,3*	52,7	25,9	4,9	11,7	77,8*	88,9*
удата	78,2	99,1*	52,4	28,4*	6,3	12,4	78,1*	90,0*
неудата (остале)	77,9	98,4	54,9*	20,7	7,6*	11,4	74,0	84,9
град	77,0	98,5	58,3*	14,7	7,0	14,2*	77,0*	88,2*
остала насеља	79,4*	99,2*	47,0	39,3*	6,6	9,0	75,7	87,5
Београд	77,4	97,8	62,1*	14,3	5,7	13,9*	78,5	90,1
остали региони	78,3	99,1*	51,0	28,3*	7,1*	11,4	75,8	87,3
Војводина	70,4	98,8	51,3	29,4*	8,0*	15,0*	74,8	85,6
остали региони	80,6*	98,8	54,2*	23,9	6,4	11,0	77,0	88,7*
Шумадија/Западна Србија	83,5*	99,4*	50,9	27,7*	6,1	8,4	78,8*	89,6*
остали региони	75,8	98,6	54,5*	24,2	7,1	13,5*	75,4	87,2
Јужна/Источна Србија	80,0*	99,0	50,9	27,9*	7,5	11,5	73,1	86,2
остали региони	77,5	98,7	54,2*	24,4	6,6	12,1	77,5*	88,4*
средње/високо образовање	76,6	98,3	57,4*	20,9	7,1	14,1*	79,2*	90,1*
ниже образовање	80,5*	99,6*	46,9	32,4*	6,3	8,5	71,8	84,2
запослене	77,3	98,1	56,9*	21,8	7,0	14,0*	79,4*	90,1*
незапослене/неактивне	78,3	99,0*	52,3	26,4*	6,8	11,3	75,5	87,2
средње богати/богати	77,5	98,3	59,4*	16,8	6,8	14,5*	78,4*	89,4*
сиромашни/најсиромашнији	78,8	99,4*	45,6	36,4*	6,9	8,7	73,9	85,9

**сигнификантна разлика у упоређиваним групама, (χ^2 -тест $p < 0,05$)*

Преваленција гојазности код становништва женског пола је процењена на основу вредности индекса телесне масе. Свака четврта жена је била гојазна (23,8%), односно имала је вредност $\text{БМИ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$. Број жена са повишеним вредностима БМИ (предгојазне са гојазним) (54,2%) је био већи од нормално ухрањених особа (41,9%), (Графикон 8).

Графикон 8. Преваленција гојазности



Значајна статистички разлика постоји у степену ухрањености у односу на демографске карактеристике испитаница ($p < 0,001$). Преваленција гојазности се постепено повећавала са годинама живота испитаница, да би највећа вредност била у узрасту 65 до 74 године (40,4%), а после тога је опадала. Са друге стране, преваленција потхрањености је највећа у најмлађој старосној групи 15-24 године (14,1%), као и у најстаријој групи 85 и више година (11,0%).

Посматрано према брачном статусу највиша преваленција гојазности је била међу удовицама (33,0%), док је најнижа преваленција била међу неодатим особама или из ванбрачне заједнице (4,6%).

Испитанице које су живеле у урбаним насељима (21,9%) су имале ниже преваленције гојазности у односу на жене осталих насеља (26,5%), док је посматрано према регионима, највећа преваленција гојазности забележена у Војводини (25,8%) и Јужној и Источној Србији (25,2%), (Табела 25).

Табела 25. Преваленција гојазности према демографским карактеристикама испитаница

Варијабле	Ухрањеност				p
	потхрањеност	нормална ухрањеност	предгојазност	гојазност	
Старосне групе	15-24	14,1	69,6	12,9	< 0,001
	25-34	7,0	64,3	20,7	
	35-44	2,9	54,7	25,8	
	45-54	1,1	38,7	34,2	
	55-64	1,1	25,0	37,5	
	65-74	0,8	20,9	37,9	
	75-84	2,8	28,8	40,1	
	85 и више	11,0	44,0	29,4	
Брачни статус	неудата	12,3	70,1	13,0	< 0,001
	удата	1,9	38,4	33,0	
	удовица	2,9	26,2	37,8	
	разведена	3,0	47,7	29,3	
Тип насеља	градска	3,8	44,3	30,0	< 0,001
	остала	4,0	38,6	30,9	
Регион	АП Војводина	3,7	40,2	31,0	< 0,001
	Београд	4,3	48,7	27,0	
	Шумадија/Западна Србија	3,8	41,2	31,0	
	Јужна/Источна Србија	3,7	38,2	32,3	

Значајне разлике у преваленцији гојазности постоје и између жена различитог социоекономског положаја. Преваленција гојазности се повећавала са опадањем нивоа образовања. Жене са најнижим нивоом образовања (завршена или незавршена основна школа) су имале 2,6 пута већу преваленцију гојазности (32,7%) у односу на жене са највишим нивоом образовања (12,3%). Значајне разлике у преваленцији гојазности су постојале и према материјалном стању испитаница и висини месечних прихода, односно испитанице са најнижим индексом благостања (30,0%) и најнижим приходима (25,0%) су биле чешће гојазне у односу на испитанице са највишим вредностима

индекса благостања (14,3%) и са највећим приходима (21,6%). Запослене особе су имале значајно ниже преваленције гојазности (13,7%) у односу на незапослене (21,9%) и економски неактивне особе (29,6%), (Табела 26).

Табела 26. Преваленција гојазности према социоекономским карактеристикама испитаница

Варијабле		Ухрањеност				p
		потхрањеност	нормална ухрањеност	предгојазност	гојазност	
Образовање	основно/ниже	4,1	30,8	32,4	32,7	<0,001
	средње	3,9	46,0	29,5	20,6	
	више/високо	3,4	55,9	28,4	12,3	
Радни статус	запослена	2,6	57,1	26,6	13,7	<0,001
	незапослена	5,0	45,5	27,7	21,9	
	неактивна	4,0	32,9	33,5	29,6	
Материјално стање	I (најсиромашнији)	4,1	34,1	31,8	30,0	<0,001
	II	4,3	37,0	31,6	27,2	
	III	3,1	40,9	31,3	24,8	
	IV	3,5	46,1	29,5	20,8	
	V (најбогатији)	4,4	54,1	27,3	14,3	
Приходи	≤9 000 РСД	5,2	40,7	29,1	25,0	0,003
	9 001-14 000 РСД	4,2	42,5	29,4	23,9	
	14 001-20 000 РСД	3,6	40,5	31,6	24,3	
	20 001-29 000 РСД	3,0	40,6	33,1	23,4	
	>29.000 РСД	2,0	41,3	32,4	24,3	
	без одговора	4,0	46,0	28,4	21,6	

Поред БМИ, као индикатор депоа масног ткива у организму, посебно интраабдоминалног масног ткива, користи се обим струка.

Међу испитаницама просечна вредност обима струка је износила 89,12 цм. Половина жена је имала обим струка 88 цм и више (50,9%), који указује на висок ризик за развој метаболичких компликација. Међу нормално ухрањеним женама 14,9% је имало обим струка 88 цм и више, док је међу гојазним женама тај проценат износио

96,7%. Међу женама које су имале обим струка 88 цм и више 45,3% је било гојазних, 42,2% предгојазних и 12,3% је било нормално ухрањених (Табела 27).

Табела 27. Вредности БМИ и обима струка

Обим струка	Ниво ухрањености				p
	потхрањеност	нормална ухрањеност	предгојазност	гојазност	
<88 цм	97,2	85,1	29,4	3,3	< 0,001
≥88 цм	2,8	14,9	70,6	96,7	

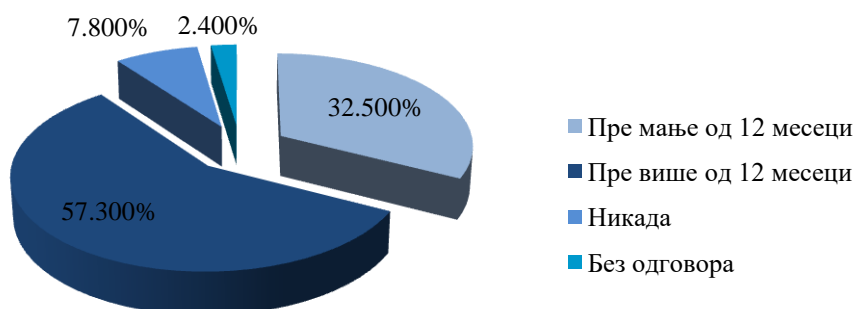
4.4 Коришћење здравствене заштите повезано са репродуктивним здрављем

4.4.1 Коришћење примарне здравствене заштите – посете гинекологу

Укупно 62,8% жена у Србији има свог гинеколога, при чему 53,3% жена има свог гинеколога у државној здравственој установи, док 9,5% жена има свог гинеколога у приватној пракси.

Свака трећа жена (32,5%) је посетила, током последње године дана, изабраног гинеколога. Више од половине испитаница (57,3%) посетило је свог гинеколога пре 12 или више месеци, док 7,8% жена никада није била код гинеколога (Графикон 9).

Графикон 9. Посете гинекологу



Са узрастом опада број оних жена које посећују одабраног гинеколога ($\chi^2=3825,57$; $df=28$; $p<0,005$). Највиши број посета гинекологу у последњих годину дана оставерен је у старосној групи 25-34 године (58,8%), док је најмањи број посета у најстаријој добној групи 85 и више година (2,2%), (Табела 28).

Табела 28. Посете гинекологу према старосним групама

Старосне групе	пре мање од 12 месеци	пре више од 12 месеци	никад	нема одговора
15-24	31,4	18,4	49,4	0,8
25-34	58,8	36,6	3,9	0,7
35-44	50,1	47,8	1,4	0,6
45-54	38,6	60	0,5	0,9
55-64	27,5	70,3	0,8	1,4
65-74	13	80,6	2,4	4,1
75-84	6,7	77,3	6,9	9,1
85 и више	2,2	68,4	15,4	14
Укупно	32,5	57,3	7,8	2,4

Разлика у расподели жена које посећују одабраног гинеколога зависи од образовног степена ($\chi^2=715,12$; $df=8$; $p<0,005$) и статистички је значајна. Према нашем истраживању, у жена са основном школом која није потпуна или је немају, само 16,9% жена је посетило свог гинеколога у последњих 12 месеци, што је троструко мањи број посета у поређењу са женама највишег нивоа образовања (49,7%). Највећи број испитаница које никада нису посетиле гинеколога је у групи жена са најнижим нивоом образовања (12,9%), што је пет пута више у односу на оне које имају највиши ниво образовања (2,5%), (Табела 29).

Табела 29. Посете гинекологу у зависности од степена образовања

Образовање	пре мање од 12 месеци	пре више од 12 месеци	никад	нема одговора
основно и ниже	16,9	65,6	12,9	4,6
средње	39,4	53,9	5,4	1,2
више и високо	49,7	47,2	2,5	0,7
Укупно	32,5	57,3	7,8	2,4

Анализа према брачном статусу показује да постоји статистички значајна разлика у посетама гинекологу у зависности од брачног статуса испитаница ($\chi^2=2567,34$; $df=12$; $p<0,005$). Највећи проценат жена које никада нису посетиле гинеколога је у категорији неударних жена (38,6%), док је највећи проценат испитаница које редовно посећују свог гинеколога међу ударним женама или онима које живе у ванбрачној заједници (38,8%), (Табела 30).

Табела 30. Посете гинекологу у зависности од брачног статуса

Брачни статус	пре мање од 12 месеци	пре више од 12 месеци	никад	нема одговора
неударна	30,8	29,1	38,6	1,5
ударна/ванбрачна заједница	38,8	58,8	1	1,4
удовица	13,1	75,5	4,6	6,9
разведена	37,8	59,9	1,6	0,7
Укупно	32,5	57,3	7,8	2,4

У односу на индекс благостања жене од 65 година и старије чине категорију најсиромашнијих и у најнижем проценту посећују изабраног гинеколога (20,7%), заправо двоструко ређе у односу на припаднице најбогатије категорије популације (45,3%). Такође је у категорији најсиромашнијих жена и највећи проценат оних које никада нису посетиле гинеколога, што је троструко ређе у односу на припаднице најбогатије категорије (45,5%), ($\chi^2=266,37$; $df=16$; $p<0,005$), (Табела 31).

Табела 31. Посете гинекологу према индексу благостања

Индекс благостања	пре мање од 12 месеци	пре више од 12 месеци	никад	нема одговора
I (најсиромашније)	20,7	65,8	10,1	3,5
II	28,4	61,1	7,7	2,9
III	32,7	57,3	7,6	2,4
IV	38,6	53,1	6,8	1,5
V (најбогатије)	45,3	46,7	6,3	1,7
Укупно	32,5	57,3	7,8	2,4

Жене настањене у насељима градског типа значајно чешће посећују одабраног гинеколога (35,8%) према онима осталих насеља (28,0%), ($\chi^2=67,72$; $df=4$; $p<0,001$), (Табела 32).

Табела 32. Посете гинекологу у зависности од типа насеља

Тип насеља	пре мање од 12 месеци	пре више од 12 месеци	никад	нема одговора
градска насеља	35,8	55,4	6,5	2,2
остала насеља	28	59,8	9,5	2,7
Укупно	32,5	57,3	7,8	2,4

Значајне разлике у посети гинекологу постоје и према регионима ($\chi^2=59,104$; $df=12$; $p<0,001$). Тако је у последњих годину дана свог гинеколога посетио највећи проценат жена из Београда (38,1%), а најмањи проценат из Шумадије и Западне Србије (29,8%), (Табела 33).

Табела 33. Посете гинекологу у зависности од региона

Регион	пре мање од 12 месеци	пре више од 12 месеци	никад	нема одговора
Војводина	31,8	59,3	7,7	1,3
Београд	38,1	53,1	6,1	2,6
Шумадија/Западна Србија	29,8	58,9	8,9	2,4
Јужна/Источна Србија	31,4	57,1	8,1	3,4
Укупно	32,5	57,3	7,8	2,4

Посматрано према радном статусу, постоји статистички значајна разлика у посетама гинекологу ($\chi^2=765,08$; $df=8$; $p<0,001$). Запослене жене најчешће редовно посећују гинеколога (51,7%), (Табела 34).

Табела 34. Посете гинекологу у зависности од радног статуса

Радни статус	пре мање од 12 месеци	пре више од 12 месеци	никада	без одговора
запослена	51,7	46,1	1,7	0,6
незапослена	40,3	51,1	6,7	1,9
неактивна	20,1	65,3	11,1	3,5
Укупно	32,5	57,3	7,8	2,4

Као што је претходна анализа показала, посета гинекологу у последњих 12 месеци учесталија је појава у млађој популацији жена. На Табели 35. у појединачној процени шанси сваке појединачне варијабле види се да су млађе жене у репродуктивном периоду један ипо пута учесталије у овим посетама у односу на старију популацију жена. У овим посетама предњаче удате жене и жене из градских средина, односно из Београда, са сличном вероватноћом.

Од преосталих, упоређиваних региона као места становања жена, издваја се Шумадија и Западна Србија, где је, насупротив осталима, сигнификантно мања посета гинекологу у последњих 12 месеци.

У случају учесталости посета гинекологу као мера примарне здравствене заштите значајне су социоекономске карактеристике испитаница које и у овом случају показују да се шанса посета гинекологу значајно увећава са повећањем нивоа образовања, код запослених жена и жена са бољим материјалним статусом (OR=1,230-1,579).

Табела 35. Униваријантна анализа посета гинекологу у последњих 12 месеци у односу на демографске и социоекономске варијабле

Варијабле	Посета гинекологу у последњих 12 месеци		OR	95% CI	P
	да (%)	не (%)			
у репродуктивном периоду ван репродуктивног периода	46,7 20,3	53,3 79,7	1,496	1,446-1,547	<0,001*
удата неудата (остале)	38,8 23,4	61,2 76,6	1,253	1,216-1,291	<0,001*
град остала насеља	35,8 28,0	64,2 72,0	1,122	1,088-1,156	<0,001*

Варијабле	Посета гинекологу у последњих 12 месеци		OR	95% CI	P
	да (%)	не (%)			
Београд остали региони	38,1 30,9	61,9 69,1	1,116	1,072-1,163	<0,001*
Војводина остали региони	31,8 32,7	68,2 67,3	0,986	0,952-1,021	0,420
Шумадија/Западна Србија остали региони	29,8 33,6	70,2 66,4	0,946	0,915-0,977	0,001*
Јужна/Источна Србија остали региони	31,4 32,8	68,6 67,2	0,986	0,952-1,021	0,267
средње/високо образовање ниже образовање	41,9 16,9	58,1 83,1	1,429	1,388-1,470	<0,001*
запослене незапослене/неактивне	51,7 26,1	48,3 73,9	1,579	1,472-1,693	<0,001*
средње богати/богати сиромашни/најсиромашнији	38,6 24,4	61,4 75,6	1,230	1,194-1,268	<0,001*

Рестриктивна селекција мултиваријантне логистичке анализе из сета појединачно сигнификантних демографских и социоекономских варијабли на Табели 36. показује који су истовремено најзначајнији предиктори посета гинекологу у последњих 12 месеци.

Најзначајније карактеристике жена које се одлучују на редовне гинеколошке прегледе је да су удате, запослене жене, доброг материјалног статуса и у репродуктивној доби. Негативан фактор који умањује вероватноћу посета гинекологу су жене нижег и најнижег образовања. Посредно, то показује значај степена образовања за посету гинекологу.

Модел прогнозе учесталости посета гинекологу показује да у оваквој удружености карактеристика жена није битно место становања, као ни градски услови који су сигнификантне варијабле у појединачној анализи. Без обзира на место (регион) или градске услове живота, удруженост идентификованих карактеристика ствара боље услове за редовност примарне здравствене заштите, у овом случају, редовност гинеколошких прегледа.

Табела 36. Мултиваријантна (*stepwise*) логистичка анализа посета гинекологу у последњих 12 месеци у односу на демографске и социоекономске варијабле

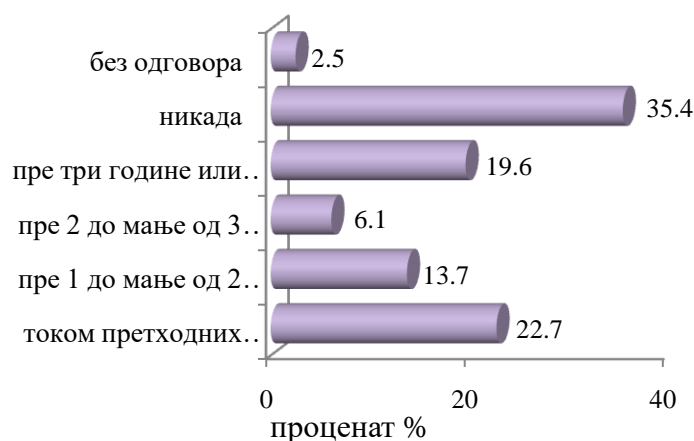
Варијабле у једначини	B	S.E.	Wald	Exp(B) (OR)	p
у репродуктивном периоду	0,957	0,056	292,431	2,604	<0,001*
удата	0,682	0,056	149,712	1,978	<0,001*
град	0,104	0,063	2,757	1,110	0,097
Београд	0,108	0,079	1,841	1,114	0,175
АП Војводина	0,038	0,076	0,252	1,039	0,616
Шумадија/Западна Србија	-0,121	0,073	2,729	0,886	0,099
ниже образовање	-0,718	0,066	119,933	0,488	<0,001*
запослене	0,376	0,062	37,173	1,457	<0,001*
средње богати/богати	0,178	0,065	7,580	1,195	0,006*
Constant	-1,694	0,092	335,705	0,184	<0,001*

* *сигнификантно p; B-коэф. регресије; S.E.-станд. грешка; OR-Odd Ratio*

4.4.2 Превентивни прегледи у вези са репродуктивним здрављем

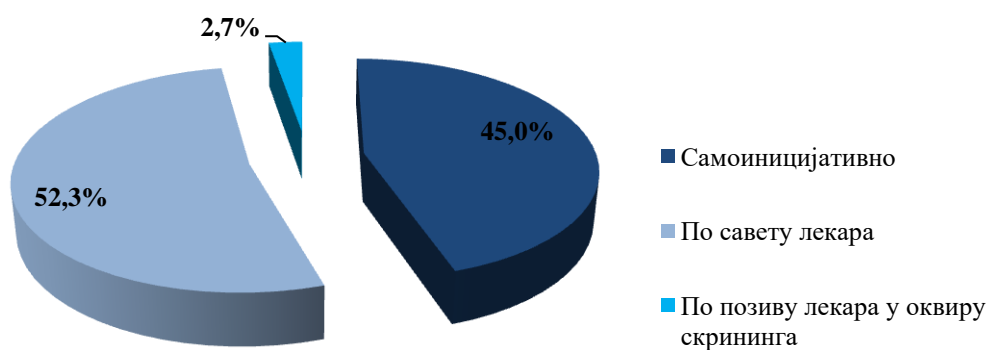
Папаниколау тест рађен је код 62,1% испитаница, од чега је 22,7% жена цитолошки брис грлића одрадило током последњих 12 месеци, а 13,7% пре мање од две године. Свака трећа жена (35,4%) никада није одрадила Папаниколау тест током живота (Графикон 10).

Графикон 10. Расподела учесталости испитаница по Папаниколау тесту и времену када је рађен



Највећи проценат испитаница Папаниколау тест је урадила по савету лекара (52,3%), а позив лекара у оквиру организованог скрининга наводи 2,7 % жена (Графикон 11).

Графикон 11. Расподела учесталости испитаница по Папаниколау тесту и на чију је иницијативу рађен



Када је реч о Папаниколау тесту, у последње три године урадило га је процентуално највише жена старости између 25-34 године (68,4), удатих (52,7%) становница Београда (57,1%) и становница урбаних насеља (47,8%), (Табела 37).

Табела 37. Расподела учесталости испитаница по Папаниколау тесту и времену када је рађен у односу на демографске карактеристике испитаница

Варијабле	у претходних 12 месеци	пре 1-2 године	пре 2-3 године	пре ≥ 3 године	никад	без одговора	P*
Старосне групе	15-24	15,5	6,1	1,4	1,1	75,0	<0,001
	25-34	39,1	21,7	7,6	5,8	25,2	
	35-44	37,7	19,7	8,7	13,1	20,0	
	45-54	29,3	20,5	9,8	19,7	19,2	
	55-64	21,6	13,5	6,1	29,8	26,7	
	≥ 65	5,7	5,4	3,7	30,5	48,7	
Брачни статус	неудата	18,9	9,5	2,7	3,4	64,2	<0,001
	удата	27,4	17,3	8,0	20,4	25,1	

Варијабле	у претходних 12 месеци	пре 1-2 године	пре 2-3 године	пре ≥ 3 године	никада	без одговора	P*
	удовица	9,9	5,6	3,1	29,0	46,5	5,9
	разведена	27,8	15,8	6,9	25,9	21,8	1,8
Тип насеља	градска	26,7	14,6	6,5	21,9	28,3	1,9
	остала	17,2	12,4	5,7	16,6	44,8	3,3
Регион	АП Војводина	22,9	12,9	5,6	21,5	35,4	1,8
	Београд	33,2	16,9	7,0	23,8	16,8	2,2
	Шумадија/Западна Србија	18,6	12,8	5,5	16,9	43,6	2,6
	Јужна /Источна Србија	17,8	12,6	6,6	17,2	42,2	3,6

* χ^2 тест

Посматрано према социоекономским карактеристикама, у последње три године Папаниколау тест урадило је значајно већи број жена које припадају категорији високообразованих (66,6%), које су запослене (69,5%), које припадају најбогатијем слоју становништва (62,8%), (Табела 38).

Табела 38. Расподела учесталости испитаница по Папаниколау тесту и времену када је рађен у односу на социоекономске карактеристике испитаница

Варијабле	у претходних 12 месеци	пре 1-2 године	пре 2-3 године	пре ≥ 3 године	никада	без одговора	P*
Образовање	основна и нижа школа	9,4	6,8	4,0	20,2	54,5	5,0
	средња школа	27,4	17,4	7,7	20,0	26,5	1,1
	виша и висока	40,8	19,2	6,6	17,1	15,4	1,0
Радни статус	запослена	40,5	20,9	8,1	13,0	16,8	0,7
	незапослена	25,5	18,1	6,6	15,3	32,8	1,7
	неактивна	13,1	8,4	5,0	24,6	45,2	3,7
Материјално стање	I (најсиромашније)	10,7	7,4	4,8	18,7	53,6	4,8
	II	17,3	13,6	6,3	20,9	40,3	1,7
	III	22,4	14,0	7,4	20,5	33,0	2,6

Варијабле	у претходних 12 месеци	пре 1-2 године	пре 2-3 године	пре ≥ 3 године	никада	без одговора	P*
IV	28,0	17,3	5,7	20,1	26,9	2,0	
V (најбогатије)	38,7	17,4	6,7	17,6	18,4	1,1	

* χ^2 тест

Анализа показује да постоји статистички значајна повезаност између свих посматраних демографских и социо-економских карактеристика и иницијативе за скрининг. Високо образоване испитанице су најчешће самоиницијативно обављале скрининг прегледе (60,6%). Испитанице (са основним или нижим образовањем) су знатно чешће се подвргавале Папа тестирању након што им је то препоручио лекар (66,8% до 37,2%). Исти образац откривен је и за финансијске статусе. Богате жене су се подвргавале Папа тесту чешће на властиту иницијативу (57,1%) од најсиромашнијих (30,9%). Супротана корелација утврђена је за прегледе изведене по препорукама лекара. Најсиромашније испитанице су најчешће биле тестиране по савету лекара (64,3%). Што се тиче запослености, анализа открива да су се запослене жене чешће тестирале на сопствену иницијативу (50,7%). 43,9% незапослених и 38,7% неактивних жена пријавило је исту праксу. Испитанице из Београда (50,3%) и других урбаних подручја (50,1%) су чешће биле тестиране на сопствену иницијативу док жене из руралних средина удаљене од градова (60,3%) и других региона чешће су се тестирале након што су им лекари препоручили да то ураде (Табела 39 и 40).

Табела 39. Расподела учесталости испитаница по Папаниколау тесту и на чију је иницијативу рађен према демографским карактеристикама испитаница

Варијабле	самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекара у оквиру скрининга	p*
<24	41,1	57,9	1,0	< 0,001
25-34	46,6	52,0	1,4	
35-44	52,7	45,1	2,2	
45-54	43,5	53,1	3,4	
55-64	41,7	54,2	4,1	
≥ 65	39,1	56,4	4,5	

Варијабле		самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекара у оквиру скрининга	p*
Брачни статус	неудата	57,7	41,0	1,3	< 0,001
	удата	42,1	54,9	3,1	
	удовица	41,9	56,0	2,1	
	разведена	58,2	39,5	2,3	
Тип насеља	градска	50,1	47,9	2,0	< 0,001
	остала	35,7	60,3	4,0	
Регион	АП Војводина	46,7	51,9	1,5	< 0,001
	Београд	50,3	48,9	0,8	
	Шумадија /Западна Србија	42,0	53,8	4,2	
	Јужна /Источна Србија	39,0	55,9	5,1	

* χ^2 тест

Табела 40. Расподела учесталости испитаница по Папаниколау тесту и на чију је иницијативу рађен према социоекономским карактеристикама испитаница

Варијабле		самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекара у оквиру скрининга	p*
Образовање	основна и нижа школа	29,1	66,8	4,0	< 0,001
	средња школа	43,5	53,9	2,6	
	виша и висока	60,6	37,2	2,2	
Радни статус	запослена	50,7	46,7	2,6	< 0,001
	незапослена	43,9	54,0	2,1	
	неактивна	38,7	58,0	3,3	
Материјално стање	I (најсиромашнији)	30,9	64,3	4,8	< 0,001
	II	35,1	62,1	2,8	
	III	43,0	53,9	3,2	
	IV	48,2	49,9	1,8	

Варијабле	самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекара у оквиру скрининга	p*
V (најбогатији)	57,1	40,7	2,2	

* χ^2 тест

Удруженост демографских и социо-економских обележја и нередовног коришћења Папа теста изражена је код жена за већину посматраних обележја, а на основу резултата биваријантне логистичке регресије. Жене са најнижим нивом образовања 4 пута ређе раде Папа тест у односу на жене са највећим степеном образовања (OR=4,203). Жене које припадају сиромашној класи према индексу благостања 2,8 пута ређе раде Папа тест у односу на жене које припадају богатој класи (OR=2,856). Жене које никада нису биле у браку значајно ређе користе могућност скрининга у односу на жене које су у браку (OR=2,761), као и економски неактивне жене (OR=1,632). Оне које припадају најмлађој добној групи 15-24 године најређе раде Папа тест, док жене старости 25-34 године у највећем проценту одлазе на Папа тест (Табела 41).

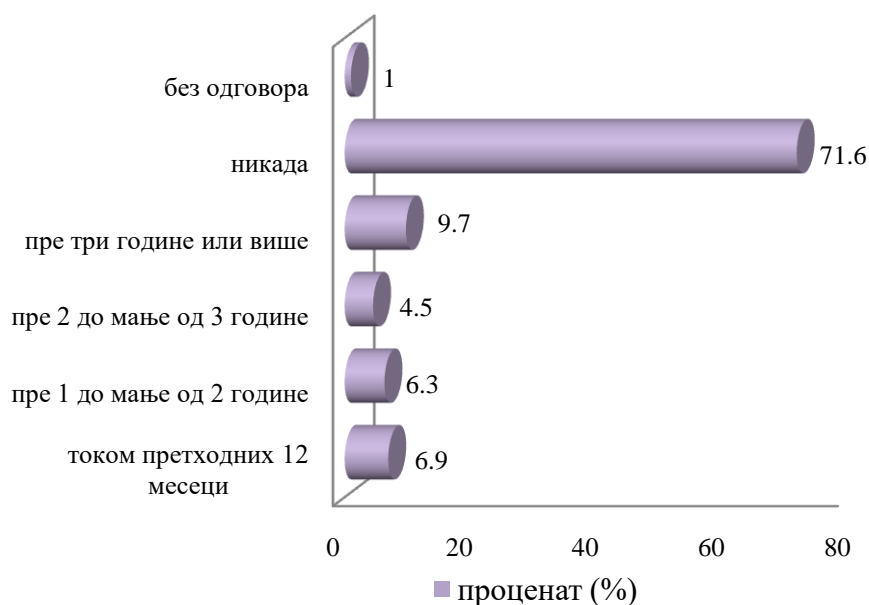
Табела 41. Униваријантна и мултиваријантна регресија која се односи на коришћење скрининга за рак грлића

Варијабле	Униваријантни модел		Мултиваријантни модел		
	OR (95%CI)	p	OR(95%CI)	p	
Старосне групе	<24	2,899 (2,424-3,468)	<0,0005	1,816 (1,397-2,362)	<0,0005
	25-34	0,317 (0,268-0,375)	<0,0005	0,505 (0,406-0,628)	<0,0005
	35-44	0,236 (0,199-0,280)	<0,0005	0,472 (0,383-0,582)	<0,0005
	45-54	0,226 (0,192-0,267)	<0,0005	0,401 (0,330-0,488)	<0,0005
	55-64	0,350 (0,303-0,404)	<0,0005	0,491 (0,417-0,579)	<0,0005
	≥65	1,0		1,0	
Брачни статус	удата	1,0		1,0	
	неудата	3,603 (3,094-4,196)	< 0,001	2,761 (2,231-3,416)	< 0,001
	удовица, разведена	1,183 (0,888-1,576)	0,3	1,347 (0,994-1,826)	0,1
Тип насеља	градска	1,0		1,0	

Варијабле	Униваријантни модел		Мултиваријантни модел		
	OR (95% CI)	p	OR(95% CI)	p	
остала	1,524 (1,334-1,741)	< 0,001	1,006 (0,849-1,192)	0,9	
Образовање	виша и висока школа	1,0	1,0		
	средња школа	2,113 (1,760-2,548)	< 0,001	1,656 (1,339-2,049)	< 0,001
	основна школа и ниже	8,334 (6,575-10,563)	< 0,001	4,203 (3,164-5,583)	< 0,001
Индекс благостања	богата класа	1,0	1,0		
	средња класа	1,838 (1,557-2,171)	< 0,001	1,639 (1,339-2,005)	< 0,001
	сиромашна класа	4,117 (3,272-5,181)	< 0,001	2,856 (2,121-3,846)	< 0,001
Радни статус	запослене	1,0	1,0		
	економски неактивне	5,202 (4,342-6,233)	< 0,001	1,632 (1,302-2,045)	< 0,001
	незапослене	1,989 (1,702-2,324)	< 0,001	1,249 (1,049-1,487)	0,0

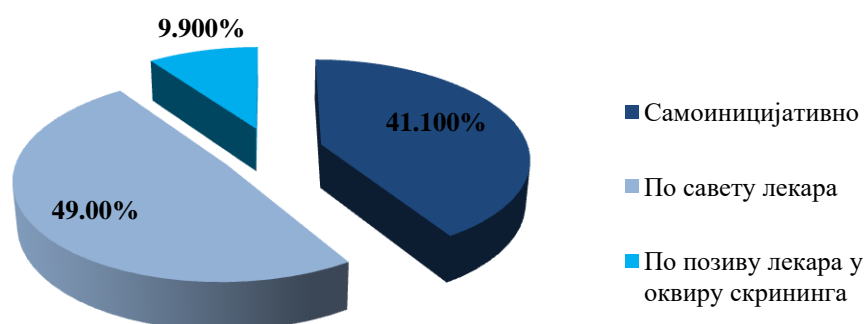
Када је у питању мамографски преглед дојки, највећи проценат испитаница (71,6%) никада није урадила овај преглед, док је свега 6,9% жена овај преглед обавило у последњих 12 месеци. У последње три године, мамографски преглед је обавило укупно 17,7% жена (Графикон 12).

Графикон 12. Расподела учесталости испитаница према мамографском прегледу и времену када је рађен



Највећи проценат жена је отишао на мамографски преглед по савету лекара (49,0%), затим самоиницијативно (41,1%) и по позиву лекара у оквиру организованог скрининга (9,9%), (Графикон 13).

Графикон 13. Расподела учесталости испитаница према мамографском прегледу и на чију је иницијативу рађен



Највећи проценат жена које су у последње три године обавиле мамографски преглед је био у старосној доби између 45-54 године (30,7%), док је значјано мањи проценат регистрован међу женама старости преко 75 година. У погледу брачног статуса, разведене жене чешће обављају мамографски преглед (26,3%) у односу на остале брачне модалитете. Већи проценат испитаница које су у последње три године биле на мамографском прегледу је и међу женама које живе у градској средини (20,0%), као и становницима Јужне и Источне Србије (19,1%), (Табела 42).

Табела 42. Мамографија у односу на демографске карактеристике испитаница

Варијабле	у претходних 12 месеци	пре 1-2 године	пре 2-3 године	пре ≥ 3 године	никада	без одговора	p
Старосне групе	15-24	1,0	0,6	0,3	0,3	97,3	0,5
	25-34	2,9	3,3	2,1	1,9	89,6	0,2
	35-44	5,6	6,3	3,7	5,5	78,6	0,3
	45-54	11,9	11,5	7,3	11,7	57,0	0,6
	55-64	13,0	9,4	8,2	14,9	53,6	0,9
	65-74	6,2	6,5	4,7	17,5	63,6	1,5
							<0,001

Варијабле	у претходних 12 месеци	пре 1-2 године	пре 2-3 године	пре ≥ 3 године	никада	без одговора	Р	
75-84	3,0	3,1	1,6	11,8	77,6	2,7		
85 и више	0,0	0,0	2,2	8,8	81,6	7,4		
Брачни статус	неудата	2,1	2,1	0,9	1,6	92,7	0,6	<0,001
	удата	8,6	7,7	5,3	10,7	67,1	0,7	
	удовица	5,5	5,0	4,5	12,4	70,1	2,5	
	разведена	8,7	8,5	6,7	12,8	62,6	0,7	
Тип насеља	градска	7,7	7,2	5,1	11,6	67,7	0,7	<0,001
	остала	6,0	5,2	3,7	7,0	76,7	1,3	
Регион	АП Војводина	7,7	6,8	4,3	10,5	70,2	0,6	<0,001
	Београд	7,2	6,1	5,0	12,7	67,9	1,1	
	Шумадија /Западна Србија	6,8	5,5	3,1	7,2	76,5	0,9	
	Јужна /Источна Србија	6,1	7,1	5,9	9,0	70,3	1,6	

Посматрано према нивоу образовања, у групи жена са основном школом која није потпуна или без школе, само 12,5% жена је било на мамографском прегледу у последње три године, што двоструко мањи број прегледа у односу на жене са највишим нивоом образовања (24,3%). Значајно већи број испитаница које никада нису обавиле мамографски преглед је у групи жена са најнижим нивоом образовања (76,9%) у односу на жене са највишим нивоом образовања (63,0%). Значајно већи проценат испитаница које су у последње три године обавиле мамографски преглед је био у групи жена које према материјалном стању припадају најбогатијем слоју становништва (21,7%), и које имају највеће месечне приходе (27,1%), (Табела43).

Табела 43. Мамографија у односу на социоекономске карактеристике испитаница

Варијабле		у претходних 12 месеци	пре 1-2 године	пре 2-3 године	пре ≥ 3 године	никада	без одговора	p
Образовање	основна и нижа школа	4,9	4,4	3,2	8,7	76,9	1,9	<0,001
	средња школа	8,0	6,9	5,0	9,5	70,1	0,5	
	виша и висока	8,7	9,3	6,3	12,3	63,0	0,5	
Радни статус	запослена	7,8	8,5	5,2	7,6	70,5	0,5	<0,001
	незапослена	6,7	5,4	4,0	6,5	76,7	0,7	
	неактивна	6,7	5,7	4,4	12,0	69,9	1,4	
Материјално стање	I (најсиромашније)	5,1	4,0	3,1	7,5	78,5	1,9	<0,001
	II	6,5	5,7	4,8	9,5	72,9	0,7	
	III	7,2	6,5	4,9	9,7	70,8	0,9	
	IV	7,9	8,3	4,4	9,8	68,7	0,8	
	V (најбогатије)	8,5	7,7	5,5	12,4	65,4	0,5	
Приходи	$\leq 9\ 000$ РСД	6,0	4,4	3,4	6,4	79,1	0,8	<0,001
	9 001-14 000 РСД	5,8	5,6	4,4	6,7	76,4	1,3	
	14 001-20 000 РСД	7,1	6,8	3,9	9,8	71,4	1,0	
	20 001-29 000 РСД	7,0	6,6	5,5	12,6	67,7	0,7	
	>29 000 РСД	10,5	9,7	6,9	16,8	55,1	1,0	

Самоиницијативно су обавиле мамографски преглед најчешће жене са територије Војводине, разведене жене, средње старосне доби, из градских средина, са вишим образовним статусом, запослене и оне које припадају најбогатијем слоју друштва (Табела 44 и 45).

Табела 44. Мамографија према демографским карактеристикама испитаница

Варијабле		самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекра у оквиру скрининга	p
Старосне групе	15-24	41,1	57,9	1,0	< 0,001
	25-34	46,6	52,0	1,4	

Варијабле	самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекра у оквиру скрининга	р	
35-44	52,7	45,1	2,2		
45-54	43,5	53,1	3,4		
55-64	41,7	54,2	4,1		
65-74	39,1	56,4	4,5		
75-84	25,0	73,6	1,4		
85 и више	28,6	71,4	0,0		
Брачни статус	неудата	57,7	41,0	1,3	< 0,001
	удата	42,1	54,9	3,1	
	удовица	41,9	56,0	2,1	
	разведена	58,2	39,5	2,3	
Тип насеља	градска	50,1	47,9	2,0	< 0,001
	остала	35,7	60,3	4,0	
Регион	АП Војводина	46,7	51,9	1,5	< 0,001
	Београд	50,3	48,9	0,8	
	Шумадија /Западна Србија	42,0	53,8	4,2	
	Јужна /Источна Србија	39,0	55,9	5,1	

Табела 45. Мамографија према социоекономским карактеристикама испитаница

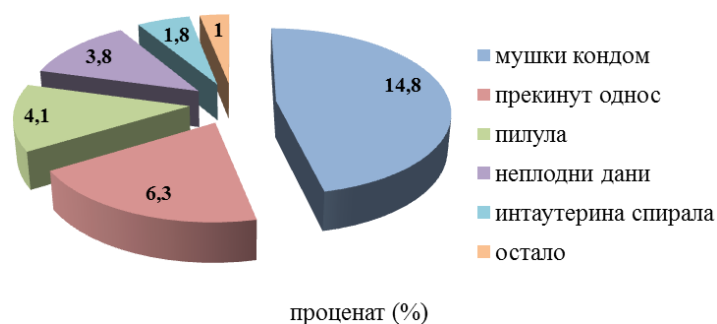
Варијабле	самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекра у оквиру скрининга	р	
Образовање	основна и нижа школа	30,7	55,2	14,1	< 0,001
	средња школа	41,5	50,1	8,4	
	виша и висока	53,3	38,3	8,4	
Радни статус	запослена	47,3	42,0	10,7	0,001
	незапослена	41,9	52,1	6,0	
	неактивна	37,0	52,0	11,0	
Материјално стање	I (најсиромашнији)	29,7	53,3	17,0	< 0,001
	II	40,7	50,7	8,6	

Варијабле	самоиницијативно	по савету лекара	по позиву лекара у оквиру скрининга	р
III	41,2	47,6	11,2	
IV	41,7	50,3	8,0	
V (најбогатији)	48,8	44,5	6,7	

4.5 Сексуална активност и контрацепција

У узрасту 15-24 године 49,3% испитаница је ступило у сексуалне односе. Медијана узраста ступања у први сексуални однос износи 17,9 година. Од укупног броја жена које су имале сексуалне односе у последњих годину дана, 56,2% њих је имало сексуалне односе, од тога 67,7% са једним партнером. Кондом приликом последњег сексуалног односа користило је 14,8% жена. Прекинут однос користило је 6,3% жена, затим пилулу (4,1%), (Графикон 12).

Графикон 14. Методе контрацепције



Непоуздане методе контрацепције (неплодни дани, прекинут однос, пилула за дан после) у значајно мањем проценту су користиле млађе жене у узрасту 15-24 године (8,6%). Посматрано према демографским и социоекономским карактеристикама, жене узраста 15-49 година из ванградских насеља (39,2), удате (45,0%) и запослене (39,1%) значајно чешће користе несигурне методе (Табеле 46 и 47).

Табела 46. Коришћење контрацепције у односу на демографске карактеристике испитаница

Варијабле	Контрацепција (%)		
	сигурне методе	несигурне методе	р
Старост			
15-49	66,2	33,8	
Брачно стање			
неудата	86,1	13,9	< 0,001
удата	55,0	45,0	
удовица	80,0	20,0	
разведена	72,9	27,1	
Тип насеља			
градска	69,1	30,9	0,013
остала	60,8	39,2	
Регион			
АП Војводина	66,3	33,7	0,769
Београд	68,7	31,3	
Шумадија/Западна Србија	64,3	35,7	
Јужна/Источна Србија	65,2	34,8	

Табела 47. Коришћење контрацепције у односу на социоекономске карактеристике испитаница

Варијабле	Контрацепција (%)		
	сигурне методе	несигурне методе	р
Образовање			
основно и ниже	66,3	33,7	0,238
средње	68,0	32,0	
више и високо	62,1	37,9	
Радни статус			
запослена	60,9	39,1	< 0,001
незапослена	65,8	34,2	
неактивна	79,5	20,5	
Материјално стање			
I (најсиромашнији)	57,0	43,0	0,231
II	67,2	32,8	
III	68,0	32,0	
IV	69,7	30,3	
V (најбогатији)	64,4	35,6	
Приходи			

Варијабле	Контрацепција (%)		
	сигурне методе	несигурне методе	р
≤9 000 РСД	67,2	32,8	0,406
9 001-14 000 РСД	60,8	39,2	
14 001-20 000 РСД	69,4	30,6	
20 001-29 000 РСД	62,8	37,2	
>29 000 РСД	71,3	28,7	
без одговора	67,4	32,6	

4.6 Намерни прекиди трудноће

Намерни прекиди трудноће су најчешћи били међу женама најмлађе старосне групе (15-24 године), код удатих жена, из ванградских насеља, и региона Шумадије и Западне Србије (Табела 48).

Табела 48. Намерни прекиди трудноће у односу на демографске карактеристике

Варијабле	Намерни прекид трудноће (%)		
	да	не	р
Старост			
15-24	2,0	98,0	
Брачно стање			
неудата	11,8	21,3	0,083
удата	76,5	72,9	
удовица	0,0	0,7	
разведена	11,8	5,2	
Тип насеља			
градска	41,2	58,9	0,016
остала	58,8	41,1	
Регион			
АП Војводина	19,6	24,8	0,591
Београд	23,5	22,7	
Шумадија/Западна Србија	35,3	27,5	
Јужна/Источна Србија	21,6	25,1	

Расподела учесталости намерних прекида трудноће разликује по степену образовања на начин да је код жена које су имале намерни прекид највећи број њих био средњег, а затим основног и нижег образовања. У расподели жена које нису имале намеран прекид трудноће највише је са средњим, а следи група са вишим и високим образовањем.

Са поменуте табеле се такође види да радни статус жена као и материјално стање не утичу значајно на расподеле учесталости намерних примена трудноће. Закључује се да је заступљеност намерних прекида трудноће значајно већа у ванградским насељима код жена нижег степена образовања (Табела 48).

Табела 48. Намерни прекиди трудноће у односу на социоекономске карактеристике

Варијабле	намерни прекид трудноће (%)		
	да	не	p
Образовање			
основно и ниже	35,3	14,2	
средње	58,8	64,2	< 0,001
више и високо	5,9	21,6	
Радни статус			
запослена	37,3	47,7	
незапослена	43,1	35,0	0,328
неактивна	19,6	17,3	
Материјално стање			
I (најсиромашнији)	23,5	14,3	
II	19,6	19,0	
III	15,7	21,8	0,405
IV	21,6	22,1	
V (најбогатији)	19,6	22,8	

4.7. Карактеристике репродуктивног здравља у односу на здравствено стање и детерминанте здравља

Жене које самопроценом сопствено здравље оцењују као врло лоше и лоше значајно чешће су обављале Папа тест, док су најређе користиле методе контрацепције. Такође су значајно чешће имале изабраног гинеколога ($p < 0,001$), (Табела 49).

Табела 49. Карактеристике репродуктивног здравља у односу на самопроцену здравља

Варијабле		врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	p
Сексуална активност	да	69,6	83,0	89,7	89,5	85,7	<0,001
	не	30,4	17,0	10,3	10,5	10,3	
Коришћење контрацепције	да	30,1	21,6	16,0	15,7	13,3	<0,001
	не	69,9	78,4	84,0	84,3	86,7	
Изабрани	да	54,8	69,9	72,7	64,7	76,2	<0,001

Варијабле		врло добро	добро	просечно	лоше	врло лоше	p
гинеколог	не	55,2	30,1	27,3	35,3	23,8	
Папаниколау тест	да	48,8	70,8	66,6	74,5	76,2	<0,001
	не	51,2	29,2	33,4	25,5	23,8	
Мамографија	да	9,0	16,3	25,3	31,4	38,1	<0,001
	не	90,1	86,7	74,7	68,6	61,9	

Испитанице које имају здравствени проблем или дуготрајну болест су ређе сексуално активне, наспрам оних које немају здравствених проблема, чешће су се подвргавале Папа тесту и мамографији, али су ређе користиле методе контрацепције. Такође су чешће имале изабраног гинеколога ($p < 0,001$), (Табела 50).

Табела 50. Карактеристике репродуктивног здравља у односу на дуготрајну болест или здравствени проблем

Варијабле	Дуготрајна болест или здравствени проблем (%)		
	да	не	p
Сексуална активност			
да	18,4	81,6	<0,001
не	22,8	76,9	
Коришћење контрацепције			
да	28,0	72,0	<0,001
не	38,7	61,3	
Изабрани гинеколог			
да	57,2	42,8	<0,001
не	23,7	76,3	
Папаниколау тест			
да	26,0	73,0	<0,001
не	12,8	87,2	
Мамографија			
да	52,1	47,9	<0,001
не	29,9	70,1	

С обзиром на репродуктивни потенцијал који је примерен групи жена до 49 година старости, примена мултипле регресионе анализе у којој су све варијабле демографског и социоекономског статуса постављене у однос према овој зависној групи (варијабле), следећи је корак. Такође, сви претходно разматрани аспекти репродуктивног здравља ове популације, као што је здравствено стање, коришћење здравствене заштите и остале детерминанте здравља, део су регресионе анализе. Финални модел добијен оваквом анализом треба да сумарно покаже које су то

варијабле које истовремено и са највећим уделом, имају улогу у репродуктивном здрављу жена разматраног подручја. Виши степен образовања удатих жена, добра процена сопственог здравља, запосленост и место становања у граду, а пре свега превентивна здравствена заштита, позитивни су аспекти здравственог здравља жена у репродуктивном периоду (до 49 година старости), наших подручја. Превентивна здравствена заштита у овом случају обухватила је редовне посете гинекологу, Папаниколау тест и мамографију. Негативни аспект репродуктивног здравља (у моделу – једначини здравственог здравља жена у репродуктивном периоду) представља присуство хроничних болести и присуство гојазности израженог преко БМИ индекса (Табела 51).

Табела 51. Мултиваријантна (stepwise) логистичка анализа репродуктивног здравља у односу на демографске, социоекономске варијабле, здравствено стање и детерминанте здравља

Варијабле у једначини	B	S.E.	Wald	Exp(B) (OR)	p
Брачни статус-удате	0.173	0.073	5.670	1.188	0.017*
Место становања-град	0.690	0.070	96.468	1.993	<0.001*
Степен образовања- средњи/висок	0.701	0.069	102.085	2.016	<0.001*
Радни статус-запослене	1.068	0.075	204.929	2.910	<0.001*
Самопроцена здравља- добро/веома добро	1.154	0.095	148.618	3.169	<0.001*
Хроничне болести-да	-2.092	0.065	1037.918	.123	<0.001*
Превентивни прегледи- да	1.161	0.067	301.977	3.194	<0.001*
BMI \geq 30	-0.043	0.004	109.456	.958	<0.001*
Constant	0.651	0.142	21.015	1.917	0.000

* *сигнификантно p; B-коэф. регресије; S.E.-станд. грешка; OR-Odd Ratio*

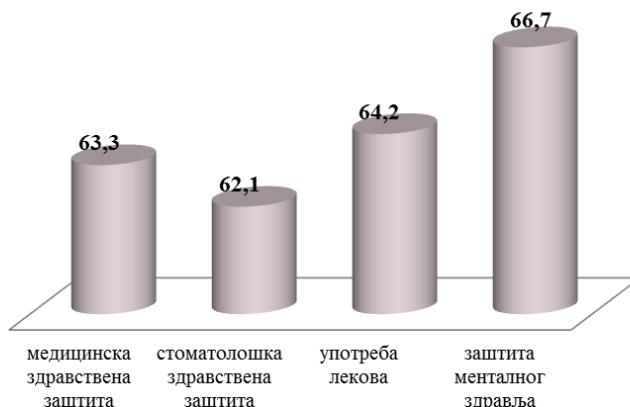
Када су у питању информисаност и ставови о ХИВ инфекцији, анализа показује да је било информисано 86,4% жена нашег истраживања. Више од половине њих 65,9% сматра да се може ефикасно заштитити од ХИВ-а уколико има једног партнера и користи кондом 70,4%. Да особа која изгледа здрава може бити носилац ХИВ-а сматра 65,7% испитаница. Већина њих (63,5%) је имала исправан став да се о заражености

ХИВ-ом не може закључивати на основу физичког изгледа партнера. Тек свака осма испитаница (11,9%), имала је исправан став о процени угрожености детета које похађа наставу код наставника који је позитиван на ХИВ. Здравствено исправне ставове о сигурности при куповини код продавца који је заражен ХИВ-ом имало је свега 61,1% жена. Да се не може заразити ХИВ-ом уколико дели просторију и оброк са особом зараженом ХИВ-ом изјаснило се 26,8% жена. Трећина жена нашег истраживања (34,5%) би прихватило да негује ХИВ-ом зараженог блиског члана породице, а (29,8%) жена се изјаснило да би желеле да то остане тајна. Иако се тестирању на ХИВ подвргло веома мало испитаника (9,2%), далеко већи број 54,9% њих је знало за место где се могу саветовати и тестирати на ХИВ.

4.8 Неостварене потребе за здравственом заштитом

Углавном, из разлога ниских финансијских могућности готово две трећине испитаница није остварило своје потребе везане за здравствену заштиту. Најтеже је било доћи до здравствене заштите из области медицине, коришћења лекова, затим следе стоматолошка и заштита менталног здравља.

Графикон 15. Неостварене потребе за здравственом заштитом



Уколико анализирамо демографске и социјално-економске карактеристике налазимо да жене са основним образовањем и нижим (73,0%), а које су према брачном статусу у категорији удовица (55,4%) немају значајно чешће остварене потребе за здравственом заштитом.

V ДИСКУСИЈА

Здравствена неједнакост је дефинисана као повећани терет негативног здравственог исхода или здравствених одредница унутар одређеног подскупа популације. Постоје добро документоване полне, старосне, социоекономске, расне и етничке разлике у здравству на нивоу пацијента, лекара и здравственог система. Неједнакости у здравственим исходима и нези представљају стварну претњу благостању читаве нације. Елиминисање здравствених разлика је основно за добробит, продуктивност и одрживост целе нације те је стога неопходно улагати напоре како би се окарактерисале, разумеле и укинуле разлике у здравственој заштити [14].

Највећи допринос неједнакостима у здрављу, које постоје како унутар, тако и између земаља широм света, приписује се окружењу у коме се живи, одраста, ради и стари, то јест, социоекономским детерминантама здравља. Социјално-економске одреднице здрављу представљају социјално-економско стање у којем људи бораве. Често се дефинишу и као социјалне карактеристике од посебног значаја за живот и здравље људи. Социјално-економске детерминанте здравља утичу на здравље појединаца и заједнице током живота и одређују степен до којег особа поседује физичке, социјалне и личне ресурсе за идентификацију и постизање личних аспирација, задовољавање потреба и суочавање са средином. Социоекономски статус се често односи на допринос различитом здрављу које се опажа међу разним популационим групацијама становништва [47].

Иако је постигнут велики напредак у постизању одређених циљева одрживог развоја (тј. смањења глобалног степена смртности мајки, смањења превремене смртности новорођенчади и деце млађе од 5 година и обезбеђивање услуга универзалног приступа у репродуктивној здравственој заштити), у многим земљама света су и даље забележене негативне тенденције у сексуалном и репродуктивном здрављу: пораст полно преносивих инфекција, непланираних трудноћа, абортуса и стагнација у употреби контрацептива [86].

Током последње две деценије, оснаживање жена постало је жариште развојних напора широм света. Миленијумски развојни циљеви, које је 2000. године потписало 189 земаља, укључивали су и обавезу промовисања родне равноправности и оснаживања жена. У извештају Светске банке о светском развоју на тему родна равноправност и развој тврди се да успех глобалних развојних напора зависи од родне равноправности и препоручује јавне политике које промовишу родну једнакост као средство за обезбеђивање економског раста. У исто време када су ти напори имали за циљ побољшање статуса жена на глобалном нивоу, подршка планирању породице - која је саставни део трансформације живота жена - је нестала. Недавни лондонски Самит о планирању породице скренуо је поновну пажњу на важност планирања породице као средства за проширивање опција које су доступне женама изван репродукције. Оснаживања жена подразумева ширење способности жена да доносу стратешке животне изборе у контексту у којем им је та способност раније ускраћена [87].

Оснаживање је широко признато као процес којим они који су лишени слободе могу да повећају своју ефикасност, доносе одлуке за побољшање живота и добију контролу над ресурсима. Поред тога, оснаживање је вишедимензионално - жена може бити оснажена у једној димензији или сфери (као што је финансијска), али не и у другој (као што је сексуално и репродуктивно одлучивање). У новије време, истраживачи процењују контекст и механизме којима оснаживање директно или индиректно утиче на различите аспекте женског здравља. Боље разумевање ситуација у којима је веће оснаживање повезано са побољшаним здравственим исходима може помоћи креаторима политика у планирању и одређивању приоритета. Иако су везе између оснаживања жена и неких аспеката њиховог здравља, попут плодности и контрацепције, проучене прилично опсежно и изгледа да су углавном позитивне, однос између оснаживања жена и трудноће или порођаја, укључујући побачај, није добио довољно пажње. Штавише, мере оснаживања још увек морају бити критички оцењене и обухватити низ потенцијалних подручја оснаживања - психолошка, социјална, политичка, економска и правна. Студије које су испитивале однос између оснаживања жена и неколико тема везаних за плодност пронашла је неке позитивне везе између оснаживања жена и ниже плодности, дужих интервала између рађања и ниже стопе непланираних трудноћа, резултати су се разликовали на основу различитих метода оснаживања, социополитичког или родног окружења или проучаване подпопулације. Студије су показале да су проблеми репродуктивног здравља један од најчешћих узрока

оболевања међу женама и да су полно преносиве болести, нежељена трудноћа и сексуално злостављање постали јавноздравствени проблем од великог значаја [88].

Студија спроведена у Шпанији, а која се бавила анализама репродуктивног здравља младих говори у прилог томе да се почетак сексуалне активности помера ка млађим старосним добима, тј. да је време почетка сексуалне активности са 15-17 година. 2/3 младих је имало сексуални однос са својим дечком/девојком док је њих 6,2% имало више од једног, а 2,1% више од два партнера истовремено. Сваки други је имао сексуалне односе 1-2 пута недељно, сваки пети 1-2 пута током месец дана, сваки десети једном до два пута годишње, а сваки пети >2 пута недељно. Готово 1/2 анкетираних младих никада није имало сексуалне односе под дејством алкохола, нешто изнад половине њих је то чинило понекад, а 1,1% је увек пило алкохол при сексуалном односу, док је увек под дејством дрога то чинило 1,3% њих. Да је увек уживало у својим сексуалним односима изјаснио се сваки други док се сваки једанаести изјаснио да је био приморан на секс. Током свог првог сексуалног односа 86,9% је користило контрацепцијске методе, при чему највише мушки кондом 90,6%, а 8,2% прекинут сношај. Хормонске пилуле користила је четвртина анкетираних, док је 3,6% користило хитну контрацепцију, сваки пети посткоиталну пилулу, барем једном, сваки девети више од једном, а 2,6% њих је потврдило да је имало легални побачај. Ученици који су стекли сексуално и контрацепцијско образовање показали су више знања у употреби метода контрацепције и уопште о репродуктивном здрављу. Оне девојке које су имале легални побачај имале су нижи ниво знања о сексуалности. Млади људи који су чешће имали секс показали су више знања о контрацептивима и полно преносивим болестима и њихови ставови и искуства о сексу су били квалитетнији. Девојке су показале више знања о управљању хормонским контрацептивима и медицинским контролама. Већина њих се изјаснила да је пре уписа на Универзитет стекло сексуално образовање у школи. Млади људи који су похађали сексуални програм у школи су са вишим знањима о сексуалном и репродуктивном здрављу [47].

Студенти који су похађали програме сексуалног образовања чешће користе контрацепцију. Неки од њих добили су информације у школи, али упркос томе, предузимају ризичне сексуалне поступке. Најчешћи извори информација о сексуалном здрављу и контрацепцији били су пријатељи, телевизија и здравствени радници. Када су у питању сексуално преносиве болести млади мисле да нису учестале упркос статистичким подацима који показују да се повећавају последњих година. Упоређивањем знања и сексуалне праксе међу студентима различитих области знања,

примећено је да студенти који су уписани на неки степен здравствених наука показују здравије понашање од осталих студената [47].

Сличне резултате, открила је и студија спроведена у образовним установама у Нигерији где је 77,6% студенткиња имало сексуални однос, при чему 98,6% њих није било у браку. Нежељене трудноће су откривене код 67,8% ученица, а индуковани побачај у 63,5%. Трећина њих није користила никакву врсту заштите током свог првог сексуалног односа, а готово две трећине није користило заштиту током свог последњег сексуалног односа. Контрацепција је била најчешће прописана од стране медицинских радника. Свака девета је имала више од једног сексуалног партнера, а око 2,4% испитаника већ је имало полно преносиве болести [89].

Сличне студије су показале да су кондоми најчешћи тип контрацепције код адолесцената и да иако је већина младих људи било свесно значаја употребе кондома у превенцији сексуално преносивих болести, ипак је мали проценат њих користило ту врсту заштите [90]. Ризично сексуално понашање стечено у адолесценцији, као што су рана сексуална иницијација, незаштићени однос и вишеструки сексуални партнери, може довести младе људе у опасност од ХИВ инфекција и сексуално преносивих инфекција, тинејџерских трудноћа са многобројним компликацијама и абортусима [91]. Поред последица непланиране трудноће, несигуран секс који је чешћи међу адолесцентима повећава ризик од полно преносивих болести, као и рака грлића материце код жена у будућности. Према објављеним подацима, стопа заштићеног секса у време првог сексуалног односа особе је веома ниска, што указује на то да су свесни одабир и рано покретање контрацептивних средстава и праксе сигурног секса кључни за будуће репродуктивно здравље младих људи. Иако је последњих деценија, дошло до значајног смањења броја непланираних трудноћа и смањења стопе рађања међу адолесцентима широм света, ипак остаје да ова старосна група још увек има повећан ризик од непланираних трудноћа и полно преносивих болести. Додатни фактор за одржавање репродуктивног здравља је свест о проблемима неплодности и терапијским могућностима управљања које су итекако доступне [92].

Стога је од суштинске важности да се младима обезбеди широк приступ контрацептивном саветовању, као и познавање проблема неплодности и могућности лечења. Један од циљева СЗО за глобалну стратегију за побољшање репродуктивног здравља укључује имплементацију висококвалитетних услуга за планирање породице, као и побољшање превенције рака грлића материце. Незнање због недостатка сексуалног образовања које се дефинише као подучавање у физиолошким и

психолошким аспектима репродукције људи доводи до ризичног сексуалног понашања. Сексуално понашање варира од друштва до друштва у зависности, између осталог, од расе, етничке припадности, пола и социоекономског статуса. Просечна старост полне иницијације варира од 14 до 16 година у већини земаља. У високо развијеним земљама, више од 50% тинејџера у доби од 15 до 18 година већ је започело свој сексуални живот. Нажалост, у многим земљама не постоји свеобухватан програм сексуалног образовања за ову старосну групу [93].

Да би се оптимално позабавили сексуалношћу, нормализовали родну и сексуалну разноликост и пратили потребе адолесцената, клиничари ће најбоље служити својим пацијентима и њиховим породицама тако што ће постати погодни за покретање поверљивих, развојно одговарајућих разговора са свим адолесцентима. Циљ је створити сигуран, афирмативан, неосуђиван простор у којем адолесценти могу учити о сексуалним темама, разговарати о проблемима, постављати питања и наћи подршку како би постигли здрав, позитиван развој репродуктивног здравља [94].

Педијатри су одговорни за здравствену заштиту адолесцената и младих одраслих и могу играти значајну улогу у решавању сексуалних и репродуктивних здравствених потреба својих пацијената, укључујући превенцију нежељених трудноћа и полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ, као и промовисање здравих односа међу половима. Полно преносиве болести, ХИВ и нежељена трудноћа су здравствени исходи са потенцијално озбиљним трајним последицама које се могу спречити кроз свеобухватне и континуиране едукације адолесцената и младих од стране здравствених професионалаца са давањем смерница и препорука и пружања информација и адекватних услуга везаних за сексуално и репродуктивно здравље [95].

У студијама спроведеним у Индији, забрана од стране партнера и верска забрана су најчешћи разлози за непримењивање породичног планирања [96].

У Етиопији више од половине удатих жена никада није користило неку врсту контрацептива, док четвртина удатих жена тренутно практикује контрацепцијске методе. Најпопуларнија савремена контрацепција која се икад практиковала код удатих жена била је депо-провера, а затим таблете. Најмање коришћена модерна метода контрацепције били су женски кондоми. Хитно контрацепцијско средство користило је 2% удатих жена. Календарску методу практиковало је 16,5% жена, ЛАМ 14,7% и прекинут сношај 12,3% удатих жена. Међу учесницима студије није било жена које су користила пену као методу контрацепције [97].

На основу национално репрезентативног истраживања репродуктивног здравља кувајтских жена, утврђено је да свака десета неудата жена има незадовољену потребу за контрацепцијом, при чему је 6,1% желело да престане са рађањем детета. Групу незадовољних потреба чине релативно старије жене са знатно већим бројем деце као и оне којима супруг не одобрава контрацепцију. Такође, веће групе жена са незадовољним потребама за планирањем породице припадале су релативно нижем друштвено-економском статусу и бедуинима. Међу разлозима тренутне неупотребе, две трећине верује да имају низак ризик од трудноће због ретке сексуалне активности или недовољне плодности, а петина њих не користи ни један метод контрацепције због здравствених проблема. Знатно већи проценат њих није одобравао контрацепцију и веровали су да ислам забрањује планирање породице. Перцепција мужевљевог неодобравања употребе контрацептива имала је најјачу повезаност са незадовољном потребом. Све укупно наводи на закључак да су потребе за контрацепцијом код већине кувајтских жена које су желеле да ограниче рађање деце адекватно задовољене упркос непостојању формалних програма планирања породице, док је свака десета жена имала незадовољене потребе [98].

Анализом употреба контрацепцијских средстава код жена у Индонезији пронађене су значајне асоцијације између старости жена, трошкова контрацепције, знања, веровања, вештина здравствених радника и подршке од стране здравствених радника. Међутим, образовање, породични приход, став, изложеност информацијама, подршка, партнера подршка пријатеља и подршка заједнице нису имали значајну повезаност са употребом контрацептива [99].

На основу података СЗО, употреба контрацепцијских средстава у Индонезији износи 61%, и углавном доминирају контрацептиви кратког деловања, као што су ињекције (свака друга жена) и таблете (свака четврта) [100].

У истраживаној популацији Индије у вези са начином контрацепције и разлозима употребе контрацепције, утврђено је да је две трећине испитаника женског пола користило контрацептивна средства, док трећина није користила ни један облик контрацепције. У односу на сваку трећу која је примењивала савремене методе њих 1,7% је користило традиционалне методе контрацепције. Ограничавање породице представља главни разлог коришћења контрацепције код већине жена Индије. Од испитаника који нису користили контрацептиве свака десета је била трудна или са аменорејом, 13% је имало бриге о здрављу, свака трећа није била упознато са контрацепцијским методама, трећина њих је желела више деце, док је 13% рекло да им

то није потребно. Независност жена, године брака и број деце су биле значајне варијабле, док старосна доб, образовање жена, образовање мужа и запосленост жена нису имале значајнији утицај на употребу контрацепције у женској популацији Индије [15].

Испитивањем употребе методе контрацепције у САД, Великој Британији, Немачкој, Италији и Шпанији дошло се до података да употреба контрацептивних пилула осцилира између 35% у Шпанији до 63% у Немачкој, мушких кондома од 20% у Немачкој до 47% у Шпанији и 50% у САД, при чему лекари имају најзначајнији утицај на избор контрацептивне методе код жена готово свих земља. Раширеност нежељене трудноће, као одлику репродуктивног здравља бележе многа истраживања. Забележен је податак да је у САД 49% трудноћа непланирано. Жене у граду користе чешће методу прекинутог сношаја, а оне у осталим насељима чешће контрацептивне пилуле. Жене нижег степена образовања и социоекономског статуса предност дају ефикаснијим методама, а оне са високим образовањем и вишим социоекономским статусом сигурнијим методама контрацепције [101].

Хормонски контрацептиви спадају у најпопуларније методе које користе жене. Упркос томе, чести су нежељени ефекти које пријављују кориснице хормонских контрацептива: непланирано крварење, акне, мигрене, гојазност, промене либида и поремећаји расположења [102].

Лош приступ и ниска преваленца контрацепције уобичајени су у многим земљама са ниским и средњим приходима. Незадовољна потреба за планирањем породице, дефинисана као удео жена које желе да ограниче или одграде рођење детета, али не користе контрацепцију, деценијама је била централна у напорима репродуктивног здравља и још увек је релевантна за већину креатора политика и програма очувања репродуктивног здравља жена. Још увек постоји заостајање у примени контрацепцијских средстава у многим регионима што резултира великом незадовољеном потребом због различитих социоекономских и културолошких фактора. Прегледом литературе откривено је да постоји незадовољена потреба за планирањем породице која се у многим регионима креће између 20% и 58% у већини студија. Старосна доб жена, ниво образовања и број деце су биле одреднице које су позитивно или негативно утицале на незадовољену потребу жене за коришћењем контрацептива. Често пријављени разлози за неупотребу контрацепције били су противљење мужа или мужевљев страх од неверности, као и страх жена од нуспојава или здравствених проблема повезаних са контрацепцијским методама [103].

Украјина је била једна од 189 земаља које су потписале Декларацију миленијума Уједињених нација којом се обавезују на постизање Миленијумских развојних циљева. Стопа коришћења контрацепције и незадовољена потреба за планирањем породице важни су показатељи остварења Миленијумских циљева који се односе на универзални приступ репродуктивном здрављу. Најновије студије показују све већу преваленцију контрацепцијских средстава широм света и смањење незадовољених потреба за планирањем породице. У Украјини није било промена у стопи преваленције контрацептива, док се незадовољена потреба за планирањем породице смањила. Незадовољена потреба за планирањем породице представља разлику између женских репродуктивних намера и њиховог контрацепцијског понашања, важно је открити превагу контрацепције, која заједно са незадовољеном потребом за планирањем породице идентификује укупну потражњу за планирањем породице. Саветовање за методе планирања породице обично спроводе акушери и гинеколози или у амбулантама за планирање породице, амбулантама или у болницама (породилиштима). Приступ методама контрацепције зависи од знања између пружалаца здравствене заштите, као и од прихода по глави становника у региону. Међу реверзибилним контрацепцијским средствима дугог деловања у Украјини су доступни само интраутерини контрацептиви док имплантати нису доступни. Економска криза у Украјини у периоду од 2014. до 2015. године допринела је наглom повећању трошкова увозних лекова, што је утицало и на хормонске контрацептиве. Оглашавање за савремене методе на украјинским друштвеним медијима није дозвољено. Међутим, постоје многи други форуми и веб странице преко којих жене размењују искуства о употреби хормонске контрацепције. Побачај је на захтев дозвољен у Украјини до дванаесте недеље гестације. Здравствене услуге су за украјинске држављане бесплатне, што чини поступак побачаја бесплатним, али ако постоји потреба за додатним лечењем или у случају компликација, попут инфекције или дужег крварења, жене морају све трошкове саме да плате. Медицински абортус, је такође доступан у Украјини, али је скуп. Што се тиче стопе побачаја у Украјини она је међу највишима у Европи (58,2 на 1 000 жена у репродуктивној доби) и виша је од просечне стопе побачаја у свету (35 на 1 000 жена у репродуктивној доби). Према службеној статистици побачаја, стопа побачаја се нагло смањивала до 2005. године, након чега је уследила стагнација (са 41,3% на 9,3%). Стопа наталитета у Украјини у 2016. години износила је 10,5 рођених на 1 000 становника. Резултати истраживања репродуктивног здравља у Украјини показали су да су најчешће коришћене биле баријерне методе (две трећине жена

користило је кондоме) и орални контрацептиви, док је мање од четвртине жена користило импланте. Знање о појединим методама било је ниско [104].

Испитивања репродуктивног здравља у Француској показала су да је пораст стопе преваленције употребе контрацептива повезан са смањењем учесталости непланираних трудноћа, док је број побачаја остао непромењен и најчешћи је био у женској популацији старој 20-24 године [55], што показују и наши резултати.

Студија која је анализирала социо-демографске и психосоцијалне предикторе употребе кондома и улогу образовања међу португалским женама које посећују клинике за планирање породице, показала је да су две трећине жена биле недоследне у коришћењу кондома. Главне одреднице доследне употребе кондома биле су брачни статус (није у браку), већа перцепција самозаштите када је у питању употреба кондома, припремање сигурнијег сексуалног понашања и некоришћење кондома само у данима апстиненције. Живот са партнером и недостатак перцепције ризика значајно су утицали на недоследну употребу кондома. Мање образоване жене мање су користиле кондоме чак и када су биле у ризику. Овакви резултати наглашавају потребу за спровођењем ефикасних превентивних интервенција код популације жена [105, 106].

Резултати студије о употреби контрацепцијских средстава у Шведској показују да Шведска има највећу стопу побачаја у Западној Европи, да две трећине жена користи контрацепцију, да свака четврта жена користи реверзибилну контрацепцију дугог деловања (ЛАРЦ, имплантат и интраутерусну контрацепцију). Незадовољна потреба за контрацепцијом у Шведској процењена је на 8,9% жена. Две трећине жена никада није доживело ненамерну трудноћу, док је свака пета жена имала најмање једну нехотичну трудноћу. Када су у питању ставови о контрацепцији, сумња у ефикасност контрацепцијских средстава је разлог њеног некоришћења. Повећана употреба контрацепцијских средстава и њихова промоција представљају могући пут у редукцији стопа нежељених трудноћа у популацији жена Шведске [107].

У извештају Канадске радне групе о превентивној здравственој заштити која се односи на методе контрацепције у Канади говори да канадске жене проводе значајан део свог живота у ризику од случајне трудноће, да се недовољно користе ефикасне методе контрацепције, посебно међу угроженим становништвом, реверзибилне контрацепцијске методе дугог деловања, укључујући контрацепцијске имплантате и интраутеринску контрацепцију имају највећу стопу коришћења, да Канада тренутно не прикупља поуздане податке за утврђивање употребе метода контрацепције, стопе побачаја и преваленције ненамерне трудноће међу женама репродуктивног узраста.

Иако у Канади постоји много опција за контрацепцију, они који су репродуктивног узраста најчешће користе само узак спектар контрацепцијских метода. Употреба кондома смањује се са дужим трајањем односа и када се сексуални партнер сматра главним партнером, вероватно због нижег перципираног ризика од сексуално преносиве инфекције у том односу. Да универзална субвенција за методе контрацепције коју пружају многе канадске вршњачке државе и неколико канадских покрајина може створити уштеду трошкова здравственог система, да су процеси одобрења за здравствену заштиту у Канади за контрацептиве били мање ефикасни од поступака других агенција за одобравање лекова за друге класе лекова [108].

Побољшање репродуктивног здравља је од кључног значаја за постизање Миленијумских развојних циљева за побољшање здравља мајки, смањење смртности деце и искорењивање екстремног сиромаштва. То захтева да жене имају приступ сигурним и ефикасним методама контроле плодности. Промовисање планирања породице, тако да жене могу да избегну нежељену трудноћу, централно је у раду Светске здравствене организације на побољшању здравља мајки и кључно је за постизање Миленијумских развојних циљева. У земљама у развоју, смртност мајки је висока, са 440 смртних случајева на 100 000 живорођених (у подсахарској Африци, ова бројка достиже 920). Свака трећа жена рађа пре 20 године, а смртност у вези са трудноћом је посебно висока у овој групи. Једна четвртина од процењених 20 милиона небезбедних побачаја и 70 000 смртних случајева у вези са абортусом сваке године се јавља међу женама у доби од 15-19 година, а ова старосна група има двоструко већу шансу да умре при порођају у односу на жене старије од 20 година. Процењује се да се 90% побачаја и 20% трудноћа и смртности у вези са трудноћом, заједно са 32% смрти мајки, може спречити употребом ефикасне контрацепције. У подсахарској Африци, процењује се да се сваке године догоди 14 милиона нежељених трудноћа, при чему се готово половина јавља међу женама у доби од 15 до 24 године. Повећана је предбрачна изложеност ризику од трудноће, са повећањем сексуалне активности пре брака, чиме су младе жене изложене повећаном ризику када су социјално и економски угрожене. Пријављена сексуална активност међу адолесцентима у земљама у развоју је генерално висока, иако постоје значајне разлике између земаља, а валидност података је често лоша. Претходно идентификоване границе употребе контрацептивних средстава код адолесцената у земљама у развоју укључују недостатак знања, сексуално образовање и приступ услугама, погрешне перцепције ризика и негативне социјалне норме око предбрачних сексуалних активности и трудноће [95].

Многе студије дају смернице дизајниране да помогну лекарима који се брину о адолесцентима током трудноће да им се омогући најбоља брига на начин примерен њиховом узрасту, култури и профилу ризика. Те препоруке подразумевају да пружаоци здравствене заштите треба да прилагоде пренаталну негу адолесцентима и понуде мултидисциплинарну негу која би адолесценту била лако доступна рано у трудноћи, признајући да адолесценти често примају негу касније од одраслих. Адолесценти имају високо ризичне трудноће и њима треба управљати. Треба препознати ризике адолесцентске трудноће. Ултразвук првог тромесечја препоручује се не само из уобичајених разлога за правилно датирање трудноће, већ и за процену повећаних ризика од превременог порођаја. Савет о свим расположивим могућностима исхране у трудноћи (побачај, усвајање и родитељство) треба да се пружи сваком адолесценту који има потврђену интраутерину гестацију. Тестирање на сексуално преносиве инфекције и бактеријску вагинозу требало би да се обавља рутински након презентације за негу трудноће и поново у трећем тромесечју. Будући да труднице адолесцентног доба имају повећан ризик од превременог порођаја, препоручује се скрининг. Такође се препоручује рутински скрининг на употребу алкохола, злоупотребе супстанци и насиља у трудноћи због повећања стопе ризичног понашања ове популације. Препоручује се рутински и поновљени скрининг и лечење поремећаја расположења у трудноћи ове популације. Трудни адолесценти треба да имају процену исхране, витамине и суплементацију храном ако је потребно, као и приступ стратегији за смањење анемије и мале порођајне тежине и за оптимизацију дебљања у трудноћи. Посете у другом или трећем тромесечју треба да буду чешће да би се решавале повећане опасности од превременог порођаја и процени добробити плода. Сви неговатељи треба да буду свесни знакова и симптома превременог порођаја и да едукују своје пацијенте да их препознају иако су адолесценти повећали стопу вагиналног порођаја и истовремено имају нижу стопу царског реза у односу на одрасле. Такође брига о пуерперијуму у болници треба да буде мултидисциплинарна, укључујући социјалну негу, подршку дојењу и укључивање служби за помоћ деци када је то оправдано. Постпорођајна нега треба да укључује фокус на контрацепцијске методе, посебно реверзибилне методе контрацепције дугог деловања, као средство за смањење високих стопа поновљене трудноће код ове популације. Дојење треба препоручити и пружити довољну подршку овој популацији са високим ризиком за прекид. Требало би да буду доступни програми за постпорођајну негу родитеља и њихове деце, како би се побољшало знање мајке о родитељству, повећале стопе дојења,

прегледало и управљало постпорођајном депресијом, повећало интервале рођења и смањење стопе поновљених ненамерних трудноћа. Младе жене у руралним, удаљеним, заједницама треба да буду подржане да се рађају што је могуће ближе кући. Младе адолесцентне жене које је потребно евакуисати из удаљене заједнице требале би имати могућност да их прате члан породице или друга особа, да им пруже подршку и охрабрење. Пренатална нега, треба да укључи емоционалну, едукативну и клиничку подршку за помоћ родитељима адолесцената, требало би да буде доступна, посебно у руралним заједницама. Треба поштовати културолошка веровања око побачаја и трудноће, као и посебна разматрања у поступању са остацима фетуса, ткивом постељице и пупчаном вршом [109].

Планирање трудноће омогућава женама да боље контролишу своју животну путању и доприносе здрављу и развоју будућег детета. Многе студије које су анализирале социоекономске неједнакости у случајној (ненамерној) трудноћи, односно само су узеле у обзир оне трудноће које завршавају порођајима. Мало је оних студија које анализирају ненамерну трудноћу, укључујући и индуковани побачај и порођај у контексту социоекономских одредница. Резултати таквих студија говоре да је ненамерна трудноћа чешћа код младих, сиромашних или неудатих жена. Резултати истраживања овог проблема у Барселони, Шпанија показују да су ненамерне трудноће чиниле више од трећине, тачније 41% укупних трудноћа, а 60% њих је завршило побачајем. Од свих трудноћа, удео индукованог побачаја достигао је 25,6%. У поређењу са женама са универзитетским образовањем, оне са непотпуним основним образовањем имале су више случајних трудноћа. Жене нижег социоекономског положаја чешће бирају индуковани побачај, у ситуацијама када се суоче са случајном трудноћом, мада то није случај код младих или самохраних жена. Такође, жене у млађим годинама пријављују највећи број побачаја (готово свака трећа старосне доби 20-29 година и свака десета старости 15-19 година. Истраживања овог типа могу послужити за идентификацију социоекономских неједнакости када су у питању случајне трудноће и доношење одлуке о побачају посебно у земљама где је стопа наталитета врло ниска, а стопа побачаја показује тенденцију раста [110, 111].

Поуздана контрацепција омогућава женама и мушкарцима да планирају величину своје породице и избегну нежељену трудноћу. Студија која је истраживала потенцијалне препреке за употребу контрацепцијских средстава за жене у појасу Газе, Палестина, показала је да жене овог поднебља пријављују употребу само три главне савремене методе контрацепције (трећина користи интраутерине методе заштите,

четвртина њих комбиноване оралне контрацептиве, 16,4% кондом, док је само незнатни проценат жена, тачније 3,1% користило хормонски имплантат). Очекивања од услуга планирања породице била су мала, јер је већина жена које су похађале клинику већ одлучиле о њиховој контрацепцијској методи, а одлуке су доносили мужеви у нешто мање од половине случајева или жене заједно са својим партнером у трећини случајева, док је само мали проценат њих 13,7% потражило савет од пружалаца услуга. Примаоци здравствене заштите имали су веровање да модерни контрацептиви изазивају неплодност и рак. Главне препреке за ефикасне услуге планирања породице биле су заблуде о потенцијалној штети, слаба доступност и ограничен избор метода контрацепције. Избор контрацепцијских средстава за жене у Гази ограничен је распрострањеним заблудама и страховима, као и сталним несташницама, што негативно утиче на контролу плодности. Мушкарци су главни фактор у одабиру контрацепцијске методе, међутим, они имају ограничен приступ информацијама и стога могу имати више заблуда. Мушкарци, с обзиром да имају учешћа у доношењу одлука о избору контрацепције морају бити укључени у добијање информација о контрацептивима како би се повећао избор жена. С друге стране, већи приступ реверзибилним контрацептивима дугог деловања, попут хормонског имплантата и побољшана расположивост могу бити кључни фактори у повећању коришћења контрацепцијских средстава у Гази што свакако може допринети смањењу нежељених трудноћа [112].

Неуспех контрацепције доприноси уделу нежељених трудноћа, посебно у неразвијеном свету. Знатан број социо-демографских фактора утиче на ризик да жена доживи неуспех контрацепције [112, 113].

У Турској, истраживања овога типа показују да ненамерне трудноће чине 46,2% укупних трудноћа, а да је 30% њих завршило индукованим побачајем. Удео индукованог побачаја међу свим трудноћама био је 21,7%. Жене старије од 35 година, са мање образовања, незапослене, оне које имају више од троје деце и имају ниже приходе чешће су биле повезане са ненамерном трудноћом и индукованим побачајем. Ови налази указују на то да је нижи социоекономски статус повезан са индукованим побачајем жена које се суочавају са случајном трудноћом. Такве жене које доживе ненамерну трудноћу, које имају нижи социоекономски статус и ниво образовања, треба да буду циљна група за промотивне активности здравствених радника у вези са планирањем породице и контрацепцијом [114].

Ненамерна трудноћа остаје значајан глобални јавноздравствени проблем: 41% свих трудноћа широм света је ненамерно. Стопа ненамерне трудноће већа је у мање

развијеним регијама (57/1 000 жена узраста 15-44 године) него у развијенијим регионима (42/1 000), с тим да су САД са стопом од 52/1 000 жена. Међу америчким женама скоро половина ненамерних трудноћа настаје због погрешне или недоследне употребе методе контрацепције. Стопа нехотичне трудноће била је највиша међу женама које су имале 18-24 године, неудате, са малим примањима и Црним или Хиспаноамериканкама. Ако озбиљно говоримо о смањењу ненамерне трудноће, морамо озбиљно да повећамо употребу метода за које знамо да делују и ефикасно смањују ненамерну трудноћу, укључујући абортус и трудноћу међу тинејџерима. Новији резултати показују да стопе ненамерне трудноће су опале, вероватно као резултат веће преваленције контрацептива и коришћења ефикаснијих метода. Напори у постизању даљег смањења требали би се усредсредити на смањење ризичног понашања, промовисање употребе ефикасних метода контрацепције и побољшање ефикасности са којом се користе све методе. Удео непланираних трудноћа које су завршиле побачајем порастао је код жена старих 20 и више година, али се смањио међу тинејџерима [115].

Упркос том смањењу, четири од пет трудноћа код тинејџера су ненамерне, а око једне трећине свих адолесцентних трудноћа завршава се индукованим побачајем у Сједињеним Америчким Државама. Већина трудноћа тинејџера је ненамерна, а једна трећина трудноћа се завршава се побачајем. Као и код старијих жена, адолесцентни медицински и хируршки побачаји су сигурни и добро се подносе. Краткотрајни морбидитет који се јавља не доприноси значајнијем и дуготрајнијем здравственом или психолошком проблему везаном за некомплицовани побачај. Адолесценти се сусрећу са препрекама у приступу услугама абортуса, које одгађају негу и повећавају трошкове и сложеност побачаја [116].

Нема доказа да побачај током адолесценције изазива негативне психолошке последице, смањену плодност или повећани ризик у будућим трудноћама. Већина држава захтева укључивање родитеља у одлуке адолесцената о престанку трудноће [117].

Друштвене неједнакости везане за сексуалност и родитељство код особа са инвалидитетом могу ограничити приступ тим сексуалним образовањима и целокупном спектру услуга репродуктивног здравља и изложити их повећаном ризику за непланиране трудноће. До данас, међутим, мало је националних истраживања које су испитале трудноћу међу женама са инвалидитетом. Анализе података из Националног истраживања у САД-у, показале су да је већи удео трудноћа био ненамеран међу женама са инвалидитетом него код жена без инвалидитета. Две трећине жена са

инвалидитетом које су биле оспособљене за самосталан живот имале су непланиране трудноће. Такође, вероватноћа да је трудноћа била ненамерна била је већа код жена са било којом врстом инвалидитета него код жена без инвалидитета, а такође су повишене међу женама са оштећењем слуха и когнитивним инвалидитетом. Потребна су даља истраживања како би се разумеле разлике у ненамерној трудноћи према врсти и степену инвалидитета. Особе са инвалидитетом треба да буду у потпуности укључене у сексуално образовање, а њихова рутинска нега треба да обухвати дискусију о репродуктивном планирању [118].

Постоје разне расправе о побачајима и забрањени прописи који представљају озбиљне изазове за јавно здравље, посебно у неразвијеним земљама и земљама у развоју. Прегледом доступне литературе, најчешћи тражиоци илегалних абортуса биле су удате и незапослене жене, старости од 26 до 30 година и са ниским социоекономским статусом. Велики број студија известио је да је илегални побачај обавила неквалификована и нестручна особа, у нездравим, нестандартним или субоптималним условима. Након жељеног броја деце жене су чешће тражиле илегални прекид трудноће, посебно у заједницама у којима су закони о побачају кривично дело за мајке. Уопштено речено, закони и прописи који се односе на абортус могу оправдати мали број студија о илегалним побачајима у развијеним земљама, али то може представљати ограничење у подацима о истраживањима који потичу углавном из мање развијених земаља или земаља у развоју [119].

Социоекономски положај жена које су изазвале побачај детаљно је истражен у многим студијама. Циљ је био описати социоекономске неједнакости у стопи индукованог побачаја у Шпанији уз процену ефеката регионалних и социоекономских карактеристика. Процењена стопа побачаја износила је 6,26 на 1 000 жена у доби од 20-49. година. Индуковани побачај је био чешћи код млађих жена од 20 до 24 године, у поређењу с онима у старосној доби од 25 до 34 година и оних са нижим и основним образовањем у поређењу са женама са универзитетским образовањем. Жене са пребивалиштем у регионима са нижим социоекономским статусом и већи проценат имиграната који нису из Европске уније такође је повећавао вероватноћу жена да имају индуковани побачај. Социоекономске неједнакости у пракси индукованог побачаја у многим земљама па и у Шпанији постоје не само на индивидуалном, већ и на регионалном нивоу. Превенцији ненамерне трудноће треба приступити користећи глобалну политичку стратегију усмерену на промену контекстуалних и индивидуалних фактора који доприносе ненамерној трудноћи [120].

Такође, постоје различити разлози због којих се жене окрећу неформалном сектору кад су у питању абортуси. У окружењу где је то незаконито повећава се вероватноћа да женама неће бити пружене потребне информације или да ће бити кажњене. Многе студије пријављују да је раширена пракса у појединим земљама за абортусе изван формалних здравствених установа упркос либерализацији закона о побачајима. Жене су навеле низ разлога за абортус у неформалном сектору; они укључују страх од злостављања од стране особља, дуге листе чекања, високе трошкове, немогућност испуњавања прописа, забринутост за приватност и недостатак свести о легалности побачаја или где да се обезбеди сигуран и легални побачај. О небезбедном побачају изјашњавали су се не само у погледу медицинске и физичке сигурности, већ и у смислу социјалне и економске сигурности [121].

Небезбедни побачај препознат је као важан јавноздравствени проблем у свету. На њих отпада 14% свих смртних случајева мајки у земљама субсахарске Африке. У Етиопији 32% свих матерналних смртности приписује се несигурном побачају. Узимајући у обзир проблем несигурног побачаја, 2005. године измењен је казни закон Етиопије како би се под низом околности омогућио сигуран побачај. Међутим, недостатак свести о ревидираном кривичном закону главна је баријера која жене омета у тражењу сигурног побачаја. Процена свести студенткиња које похађају високошколске установе о легализацији сигурног побачаја и пратећим факторима у региону Харари, источна Етиопија, показује да нешто више од трећине учесница студије има добру свест о легализацији сигурног побачаја. Студенткиње немедицинских студија, које су једино дете у својој породици, које немају пријатеља дечка, коришћење метода планирања породице, старост 25 или више година су значајно повезани са свешћу студенткиња о легализацији сигурног побачаја. Појачано ширење информација у вези са легализацијом сигурног побачаја потребно је интензивирати за женску популацију посебно у репродуктивном периоду [122].

Упркос свему, сигурни и легални побачаји се ретко практикују у сектору јавног здравља у Кенији, а стопа смртности и морбидитета због несигурног побачаја је висока. Мало се зна о искуствима жена које траже и приступају побачајима у неформалним установама у Најробију у Кенији. Истраживањем перцепције учесника о непланираној трудноћи, побачају и приступу информацијама о сексуалном и репродуктивном здрављу код жена Најробија, дошло се до резултата који говоре да постоји ограничено знање о сексуалним и репродуктивним здравственим информацијама и недостатак приступа контрацепцији што доводи до честих

непланираних трудноћа међу женама у њиховој заједници. Учесници истраживања су навели стигму и губитак могућности са којима се жене са непланираном трудноћом суочавају као примарне разлоге због којих жене траже абортус. Стигму су навели као главну баријеру у њиховим заједницама пред сигурним побачајем. Остале препреке, које су често биле повезане са стигмом, обухватале су недостатак образовања о сигурним методама побачаја, лошу перцепцију незаконитости побачаја, као и ограничен приступ услугама, страх од малтретирања и неповерење у здравствене раднике и установе. С обзиром да се жене у у Најробију у Кенији суочавају са знатним препрекама у регулисању своје плодности и немају приступ сигурном побачају, креатори политике и заговорници репродуктивног здравља требали би подржати програме чији би циљ био смањење штете и повећавање знања жена о абортусима и приступ формалном здравственом систему [123].

Приступ контрацепцији смањује смрт мајки спречавањем или одлагањем трудноће код жена које не намеравају да буду трудне или код оних који имају већи ризик од компликација. Међутим, не могу се све трудноће спречити повећањем употребе контрацепцијских средстава, а потребан је и приступ сигурном побачају да би се спречили несигурни побачаји. Иако не спречава проблем, пружање хитне помоћи за компликације може помоћи у спречавању смрти од таквих несигурних побачаја. Сигуран побачај у раној трудноћи може се пружити на нивоу примарне неге и од стране лекара који нису лекари, а ризици смртности повезани са таквим сигурним, легалним побачајима су минимални. Иако се у потпуности спречавају, несигурни побачаји и даље се појављују због бројних баријера као што су законска и политичка ограничења, питања пружања услуга и ставови пружаоца услуге побачаја. Свеукупно, обезбеђивање контрацепције и сигуран побачај није важно само ради спречавања смрти мајки, већ као мерило наше способности да поштујемо одлуке жена и осигурамо им приступ правовременој неговој заштити која штити њихово здравље и људска права [124].

Најновије глобалне и регионалне процене учесталости и трендова индукованог побачаја, како безбедних тако и несигурних и смртност мајки због несигурног побачаја процењених помоћу базе података Светске здравствене организације о несигурном побачају и подаци из демографских и здравствених истраживања Одељења за популацију Уједињених нација за анализу побачаја и смртности дошло се до резултата који говоре да је процењени број побачаја 42 милиона побачаја годишње и то 22 милиона сигурно и 20 милиона небезбедно. Небезбедни абортус узрокује 70.000 смрти

мајке сваке године и проузрокује 5 милиона привремених или трајних инвалидитета код жена. Смртност мајки због компликација несигурног побачаја већи су у регионима са ограниченим законима о побачају него у регионима са или без ограничења приступа безбедном и легалном побачају. Законска ограничења сигурног побачаја не смањују учесталост побачаја. Вероватноћа да жена изврши абортус приближно је иста ако живи у регији у којој је побачај доступан на захтев или где је веома ограничен. Иако су легални и сигурни побачаји недавно опали, несигурни побачаји не показују пад броја и стопа упркос томе што их је у потпуности могуће спречити. Пружање информација и услуга за савремену контрацепцију је главна стратегија превенције за спречавање непланиране трудноће. Омогућавањем сигурног побачаја спречава се несигурни побачај. У свим случајевима, жене би требале имати приступ пре и након побачаја, укључујући услуге планирања породице. Миленијумски развојни циљ за побољшање здравља мајки неће се постићи ако се не позабави несигурним побачајем и повезаним смртностима и морбидитетом мајки [125].

Иако се велика већина побачаја врши у првом тромесечју трудноће, још увек се 10-15% прекида трудноће одвија у другом тромесечју широм света. У поређењу с првим тромесечјем, побачаји другог тромесечја несразмерно доприносе морбидитету и морталитету мајки, посебно у земљама са малим примањима где је приступ сигурном побачају у другом тромесечју ограничен. Претходно искуство побачаја, гестацијска старост, паритет, статус грлића материце, укупно време чекања дуже од две недеље, и умерена анемија су били независни предиктори за исход сигурног медицинског побачаја другог тромјесечја. Индуковани побачај у другом тромјесечју већ је познат као ефикасна и сигурна метода, међутим, много би требало учинити на смањењу учешћа касних побачаја минимизирањем укупног времена чекања кроз интервенције у ниској гестацијској доби. Међутим уколико су неопходни, индуковане медицинске побачаје у другом тромесечју треба изводити под одређеним законским околностима, како би се смањио морбидитет и смртност мајки [126].

Да би се женама осигурало пуно право на контролу своје плодности, савремена контрацепција треба да буде доступна, приступачна за све жене, без обзира на старосну доб. Младост, лоше образовање и могућност самохраног родитељства најчешће су повезани са побачајима у другом триместру. Младе девојке и младе жене користе контрацепцију релативно ређе од старијих жена, у популацији становништва Етиопије. Етиопија је предузела важан корак у заштити репродуктивног здравља жена либерализацијом закона о побачају. Као резултат тога, женама је омогућен сигуран

прекид трудноће у првом и другом тромесечју. Социјално-економске одреднице повезане са повећаним учешћем побачаја другог тромесечја биле су код жена старијих од 19 година, неудатих, удовица или разведених, оних које похађају школу, које су незапослене, које су нултипара или су имале више од три трудноће и имају ниско образовање. Стопа преваленције контрацептива варирала је у старосним групама и била је посебно ниска код младих девојака и млађих жена које су доживеле побачај у току другог тромесечја где је само свака четврта изјавила да су икада користиле контрацепцију [127].

И друге студије наводе као значајне факторе који утичу на преваленцију индукованог побачаја у другом триместру код жена из руралних подручја, код оних које имају неправилни менструални циклус, које не препознају трудноћу на време и имају проблема везаних за логистику [128].

Да је саветовање о репродуктивном здрављу могуће средство за подстицање жена и мушкараца да размишљају о својој репродукцији, како би се избегле ненамерне трудноће и негативно здравствено понашање које може угрозити репродукцију, говори студија која је процењивала ефекат интервенције на свест о репродуктивном здрављу и на ниво знања о плодности пре зачећа. Жене су након интервенције имале већи ниво знања о плодности, о факторима који утичу на здравље у вези са трудноћом, као што су престанак употребе дувана, уздржавање од алкохола, нормална тежина и почетак употребе фолне киселине пре трудноће. Најчешће коришћена метода контрацепције била је комбинована орална контрацепција, праћена реверзибилном контрацепцијом дугог деловања. Знање о плодности и свест о здрављу пре зачећа порасли су након интервенције [129].

Када је у питању морбидитет женске популације, хроничне незаразне болести представљају водеће узроке оболевања и смртности жена и један су од главних разлога употребе здравствене заштите у овој популацији. Оне чине две трећине свих смртних случајева у свету и готово 80% свих смрти у земљама у развоју. Болести попут кардиоваскуларних, дијабетес мелитуса и малигних неоплазми су сада уобичајени чак и у земљама са ниским и средњим примањима. Епидемиолошка транзиција је довела до померања образаца болести током времена до те мере да се заразне и паразитарне болести постепено смањују, што је резултат индустријализације, урбанизације, економског развоја и глобализације тржишта. Све ово довело је до промена у исхрани и начину живота које имају значајан утицај на здравствено стање становништва, посебно у земљама у развоју. Незаразне болести достижу размере епидемије широм света. Оне

су постале важан јавноздравствени проблем у многим земљама света, са значајном преваленцијом код људи оба пола [130].

Резултати многих истраживања показују да хроничне незаразне болести заузимају значајно место у обољевању и смртности код жена, што је повезано са негативним социо-економским трендовима. Друга истраживања такође подржавају чињеницу да је заступљеност хроничних незаразних болести велика у популацији жена у многим земљама света. Најзначајније међу њима су кардиоваскуларне, малигне болести и дијабетес мелитус тип 2 [10].

Емпиријски докази показују да је висок социоекономски статус обрнуто повезан са преваленцом од хроничних болести у индустријски развијеним западним земљама. Међутим, има студија које нису успеле да дођу до таквих резултата посебно у земљама у развоју или транзицији. Механизам којим социо-економски статус утиче на преваленцу хроничних болести углавном није довољно истражен у многим земљама света. Али је засигурно да неколико фактора социо-економског статуса, као што су приход, образовање и занимање, вероватно утичу на учесталост хроничних незаразних болести. С друге стране, здравствено осигурање које се такође сматра једним од показатеља социоекономског стања, може се повезати са хроничним незаразним болестима. Уз то, многи фактори ризика живота и понашања повезани су са хроничним незаразним болестима и уско су повезани са социо-економским статусом. Социоекономске анализе којима се испитивала веза између здравствених исхода, социоекономског статуса и фактора ризичног понашања, узимала је у обзир ниво образовања, појединачне годишње приходе, занимање и медицинско осигурање. Око 3% кинеских жена патило је од две хроничне болести истовремено, а мање од 1% од три или више. Виши образовни ниво, нижи доходак и одсуство пушења били су повезани са нижом преваленцијом. Откривен је градијентски однос између здравственог стања и присуства хроничних болести: најбоље се вреднује здравље код особа које немају хроничне болести, а најгоре код особа са две или више болести хроничног тока. Показало се да су високо образовање и самовредновано стање здравља заштитни фактори за хроничне болести. Пушење, већи приходи, занимања са мање физичког рада и већа права на медицинско осигурање били су фактори ризика за хроничне болести. Самопроцена здравља је позитивно повезана са вишим образовним постигнућем и већим примањима, а негативно повезана са пушењем, занимањима са мање физичког напора и вишим нивоима права на медицинско осигурање. Пушење је било негативно повезано са образовним постигнућима и позитивно повезано са

нивоима прихода. Приходи полазника повећавали су се вишим образовним постигнућима. Већи приход је такође био повезан са вишим нивоима права на медицинско осигурање. Резултати су показали да се социјалне детерминанте здравља сматрају као значајни предиктори који имају велики утицај на свакодневни живот и активности људи, што заузврат утиче на здравље и добробит људи [131].

Истраживањем утицаја социоекономског статуса у хроничним незаразним болестима код кинеских жена, дошло се до података да су социоекономски фактори били значајно повезани са повећаним ризиком од хроничних болести. образовање је идентификовано као најважнији фактор, затим приходи који су имали директан утицај, док је занимање углавном утицало индиректно. Медицинско осигурање, пушење и самоиницијативно лечење играли су посредничку улогу у корелацији између социоекономског статуса и хроничних незаразних болести у Кини где је преваленца хипертензије у последњих неколико деценија нагло порасла, тј. готово петина жена је развила хипертензију. Модел је показао да је учешће у друштвеним организацијама једном недељно или чешће било обрнуто повезано са појавом хипертензије код жена. Ова студија сугерира да промовисање социјалне партиципације може помоћи у ублажавању оптерећења болести повезаних са хипертензијом у Кини међу женама. Као закључак се намеће да су неопходне социјалне интервенције како би се умањиле негативне последице по здравље жена у популацији Кине [132].

Студијом спроведеном у оквиру Истраживања о мерењу животног стандарда у Албанији, националног испитивања заснованог на студији пресека одраслог становништва прикупљене су информације о социо-демографским карактеристикама (старост, пол, образовање, статус запослења, пребивалиште) и факторима живота (пушење и конзумирање алкохола). Процентом утицаја социо-демографских и бихевиоралних корелата на учесталост хроничних болести, показало се да су у позитивној корелацији са хроничним стањима били старије животно доба, особе женског пола, са пребивалиштима у приморским областима Албаније, незапосленост, ниско образовање и тренутно пушење. Супротно томе, постојала је обрнута повезаност са сиромаштвом [133].

Сличне студије показују да старење, ниска друштвена класа, физичка неактивност и ретки унос воћа резултују са директном повезаношћу са историјама хроничне болести код мушкараца, док је старење позитивно повезано са историјама хроничне болести код жена у Монголији [134]. Фактори повезани са хроничним

болестима откривају родно оријентисане стратегије које би могле бити потребне за њихову превенцију [135].

Када су у питању кардиоваскуларне болести, најчешћи поремећаји су исхемијске обољења срца. Међу исхемијским болестима срца, по учесталости на водећем месту, како у морбидитету, тако и у смртности код жена, налази се АКС који укључује инфаркт миокарда и нестабилну ангину пекторис. Поред тога, једна од најчешћих болести код жена је и дијабетес мелитус тип 2, који је као растући јавноздравствени проблем у Србији показао пораст стопе смртности.

Процењује се да ће глобална преваленца дијабетеса порасти за око 2,2% годишње. Такође се процењује да 46% случајева није ни дијагностиковано. Сваке године 7 милиона људи развије дијабетес, а најдраматичнији пораст дијабетеса типа 2 догодио се у популацији управо због наглих и великих промена у начину живота, показујући важну улогу животних фактора и потенцијал преокретања глобалне епидемије [136].

Број оболелих од дијабетеса расте и у развијеним и земљама у развоју, у богатом и сиромашном становништву и у свим старосним групама [137].

Међу малигним неоплазмама, рак грлића материце један је од најчешћих узрока морбидитета и смртности код жена широм света [91, 138]. Глобално, 485 000 нових случајева рака грлића материце и 236 000 смрти услед рака грлића материце годишње, сврстава га међу првих 10 врста рака. Високе стандардизоване стопе инциденције и смртности постоје у Источној, Западној и Јужној Африци, Јужној Централној Азији, Јужној Америци, Малезији и Централној Африци [139, 140]. Иако су инциденција и смртност смањени у земљама са великим ресурсима, учесталост ових болести остаје висока у земљама у развоју и земљама са малим ресурсима због недостатка свести и потешкоћа у спровођењу програма скрининга [141, 142].

Према подацима Завода за статистику Републике Србије, на територији Србије најчешће групе болести регистроване у примарној здравственој заштити жена су болести генитоуринарног система, заразне и паразитарне болести, малигне неоплазме. Најчешћи узроци хоспитализације код жена у Србији су неоплазме, болести кардиоваскуларног система, болести генитоуринарног система, трудноћа и порођаја. ХНБ (кардиоваскуларне болести, канцери, дијабетес мелитус и плућне болести) најчешћи су узроци оболевања и смртности код женског становништва Србије. Када је реч о малигним новотворинама, у периоду 2006-2016. година просечна стандардизована стопа инциденције свих локализованих малигних неоплазми била је 246,6/100 000 жена,

а просечни стандардизовани морталитет од свих локализованих малигнух неоплазми 105,7/100 000 жена. У периоду од 10 година, стандардизоване стопе инциденције малигнух тумора показују тренд раста, док стандардизоване стопе смртности од малигнух тумора показују тренд пада [59].

Због организованог скрининга и раног откривања рака грлића материце, у посматраном периоду смртност од ове болести показује тренд пада. Рак грлића материце може бити спречен. Када се редовно провера правилно спроведе, могуће је рано откривање и примерен третман [141].

У земљама у развоју као што је Србија, потребно је учинити много више за побољшање стопе скрининга. Мере би требало да се фокусирају на повећање приступачности и доступности установа и услуга за скрининг на карцином грлића материце и на смањење издатака за здравље. Такође, треба побољшати инфраструктуру. Здравствени радници морају бити боље образовани и опремљени [143].

Резултати многих студија показују да су високи проценти женске популације које никада нису урадиле Папа тест, док су оне које су то урадиле најчешће чиниле због бола или других симптома. Резултати такође показују да свака четврта жена никада није сазнала резултат свог тестирања. Слични резултати добијени су и у другим земљама. На пример, у Јужној Африци је 15% студенткиња старости 18-26 година које су биле сексуално активне и чуле за рак грлића материце имале су Папа тест. При томе су оне имале знатно виши ниво знања о значају и ефикасности теста у поређењу са онима које то никад нису учиниле [143].

Студија спроведена у Бразилу међу студенатима универзитета показала је да трећина студената није препознала значење Папа теста и да трећина њих никада није добило своје резултате из лекарских ординација [144].

У нашем истраживању свака трећа жена никада у животу није подвргнута Папа тесту. Најважнији фактори код жена које никада нису биле подвргнуте Папа тестовима биле су: најмлађа или најстарија старосна група, рурално пребивалиште и низак ниво образовања, припадност сиромашној друштвено-економској класи и да никада нису биле у браку. Само 42,6% наших испитаница учинило је то током три године пре студије. У поређењу са нашим резултатима, веће стопе скрининга забележене су у националном истраживању у Бразилу (78,8%) [145].

Сличне стопе забележене су и у истраживањима у Француској; међутим, они су такође приметили тренд пада са 75,3% у 2006. (n = 3820) на 71,9% у 2010. години (n

= 3 727) [146]. Тренутна литература о овој теми извештава да су недавне лекарске посете значајан показатељ извођења скрининг тестова рака грлића материце.

Резултати ове студије показују да је највећи број испитаника обавио Папа тест након што им је то лекар препоручио (52,3%). Жене из Латинске Америке које су недавно имале посету лекарској ординацији имале су 1,47 и 3,44 пута већу вероватноћу да буду тестиране него оне које нису посетиле лекара. Вероватноћа да се на овај начин обави Папа тест била је 48% већа у Боливији, 241% већа у Бразилу. Неколико латиноамеричких земаља пријавиле су стопе скрининга ниже од наше. У свим земљама о којима је реч, однос недавног Папа тестирања био је испод 55%; на пример, 49% у Доминиканској Републици, 42% у Боливији и 52% у Перуу [147].

Како се извештава, покривеност скринингом на рак грлића материце у Мађарској износи 74%. С друге стране, покривеност женама у репродуктивном добу у Албанији је изузетно ниска. То је најнижа стопа покривености у региону, а тестира се само 3,2% жена у репродуктивној доби. Организовани програм скрининга рака грлића материце у Босни и Херцеговини није значајно побољшан и земља још увек нема националне регистре карцинома грлића материце и базе података. У Бугарској не постоји национални програм за превенцију рака. Тренутно, Бивша Југословенска Република Македонија такође нема национални регистар карцинома. Међутим, неколико земаља у региону успело је да успостави организоване скрининге рака грлића материце, који релативно добро функционишу. Остали су још у раној или припремној фази такве сличне праксе скрининга. У земљама у којима се врши скрининг грлића материце, успостављени су планови и стратегије за прелазак на организовани скрининг у блиској будућности [148].

Развијене земље су пријавиле још веће стопе скрининга. На пример, 83% жена пријавило је да је обавило Папа тестирање током претходне три године у Сједињеним Државама [149]. Подаци добијени у испитивањима популације у оквиру праћења здравственог понашања у Литванији открили су константан тренд пораста са 60% на 74,2%. Вероватноћа да се не прегледа на рак грлића материце била је мања код старијих него код млађих жена [150].

Анализа из Велике Британије показује да је 91% жена у доби од 40 до 74 године имало тест бриса грлића материце; 3% жена старих 53-74 године никада нису биле подвргнуте прегледу цервикса [151].

Резултати добијени за земаља у региону значајно се разликују. У Грчкој су се жене од 40 до 69 година регрутовале за програм бриса грлића материце. Око 7% њих је

рекло да никада нису урадиле Папа тест пре него што су ушла у програм, а 28,8% њих није урадило током претходне три године [152].

Резултати наше анализе показују да се само 2,7% жена одазвало позиву лекара у организованом прегледу. Министарство здравља Републике Србије именовало је у јуну 2006. године посебну радну групу за превенцију рака грлића материце, као службени одговор на високу учесталост рака грлића материце. Задатак групе био је да успостави национални програм за превенцију. Програм је усвојен 2008. године, али резултати и даље нису задовољавајући, пре свега због слабог одговора женске популације чија је здравствена култура ниска. Поред тога, имплементација програма промоције здравља била је недовољна, вероватно због непоштовања препорука именоване групе, као и некомпетентности у управљању таквим програмима. Укратко, жене су имале између 47% и 244% већу вероватноћу да ће добити недавни преглед Пап бриса након што су недавно посетиле лекара од оних које нису. Запажена је већа вероватноћа да ће и најсиромашније жене са недавним лекарским посетама бити тестиране наспрам најбогатијих жена које нису недавно посетиле лекара. Односи између недавне посете лекара и скрининга рака грлића материце могу да делују различитим путевима. Скрининг се може подударати с пренаталном или постнаталном негом или лечењем било које болести, за разлику од тражења превентивне неге директно [153, 154].

Навике жена везане за скрининг рака грлића материце у Србији показују значајне разлике на основу социоекономских и демографских карактеристика. Мултиваријантна логистичка регресијска анализа показује да су најважнији фактори код жена које никада нису радиле Папа тест: бити у најмлађој или најстаријој старосној групи, имати рурално пребивалиште и низак ниво образовања, припадност сиромашној социоекономској класи и брачни статус неуадата.

Неке студије сугеришу да је учешће у скринингу грлића материце знатно веће код млађих жена које припадају вишим друштвеним слојевима, образованијих и финансијски богатијих, које живе у урбаним срединама и редовно посећују свог гинеколога. Са друге стране, за жене нижег социоекономског статуса и образовања, незапослене и инвалиде и жене које немају навику да редовно посећују гинеколога мање су шансе да ће ући у скрининг програм [143].

Претходне студије на терену показале су да је приход домаћинства значајан предиктор пракса и навика скрининга рака материце [155].

У Бразилу је растућа селекција била већа код испитаника са домаћинствима у урбаним регионима, уз заједнички живот партнера, боље образовање и приватно здравствено осигурање. Такође, они који су редовно били подвргнути скринингу са утврђеним протоколима имали су здравији начин живота, укључујући здравије обрасце понашања у погледу превенције рака грлића материце [145].

Наши резултати су у складу са другим налазима пријављеним за земље европског континента. На пример, у Литванији је недолазак на скрининг грлића материце био повезан са нижим образовањем, јединственим и ретким контактима са лекарима [150]. Истраживање спроведено у Италији показало је да су старосна група 55-64 и развод били важни фактори [156].

Наши налази подржавају имплементацију теоријски заснованих едукативних интервенција о раку грлића материце како би се повећало учешће жена у програмима скрининга рака грлића материце, посебно када се циљају заједнице са ниским нивоом писмености. Поред тога, програми превенције рака грлића материце требали би размотрити пружање могућности женама за самопреглед узорака, посебно за жене које се нису одазвале на претходни позив за скрининг или послати подсетничка писма за подсећање на Папа тестирање као методу скрининга. Тренутна литература сугерише да учешће у прегледима грлића материце код особа са нижим примањима може бити појачано адекватним интервенцијама на примарном нивоу здравствене заштите где би додатни фокус требало да буде стављен на припаднике рањивих група. Стога је важно пратити како тренутне политике јавног здравства, попут проширења опсега бесплатног прегледа на карцином грлића материце код жена чија су домаћинства у нижим материјалним условима, утичу на стопе учешћа током времена [155].

Велики удео у обољевању и смртности код особа женског пола, поред карцинома грлића материце, заузима и рак дојке. Рак дојке са 1 671 149 нових случајева годишње и 570 000 смртних случајева годишње представља четвртину свих карцинома. У развијеним земљама света забележена је висока учесталост рака дојке, али посебно забрињава знатно израженија у земљама у развоју. Ефикасном смањењу учесталости броја унапредовалих карцинома дојке са лошом прогнозом и последичном смањењу смртности доприноси мамографија као широко коришћен скрининг тест у откривању рака дојке [157]. Континуирани напредак у контроли рака дојке захтеват ће сталне и повећане напоре за пружање висококвалитетног скрининга, дијагнозе и лечења свим сегментима становништва.

Када су у питању полно преносиве инфекције и ХИВ, многе студије су показале да културални фактори доприносе преваленцији вируса хумане имунодефицијенције (ХИВ) у многим подсахарским афричким срединама. У друштвима у којима је вишеструки партнер друштвено дозвољен, повећава се ризик од преношења ХИВ-а. У многим земљама Африке, дозвољено је имати ванбрачне везе ако брачни пар не може имати потомке, што повећава ризик од ширења вируса. Низак образовни статус доприноси недостатку знања о ХИВ инфекцији, заштити и тестирању. Такође знања о Хив инфекцији и тестирању зависе и од окружења. На пример, у друштву где је ХИВ табуиран, за жене које живе у заједници мање је вероватно да ће бити тестиране на ХИВ због ризика од критиковања друштвено неприхватљивог понашања. У многим срединама, посебно сиромашнијим, мали је проценат жена које су тестиране на ХИВ, док већина није због страха од стигматизације. Неједнакост у тестирању на ХИВ у земљама са ниским и средњим примањима, је већа, јер на неједнакост снажно утичу социоекономски фактори као што су пол или брачни статус. Такође разне студије су откриле да је већа вероватноћа да ће се жене стигматизовати када желе да се тестирају на ХИВ од мушкараца. Такође постоје докази да је већа тенденција да ће више жена него мушкараца користи тестирање и саветовање на ХИВ у урбаним срединама, као и да је на прихватање жена на ХИВ тестирање и саветовање, јаче утицала позитивна перцепција партнера о тестирању у односу на њихове жене. Социоекономска неједнакост у здравству односи се на разлике у здравственом статусу, употреби здравствених услуга или другим здравственим показатељима између друштвено-економских група, са друштвено-економским статусом који се обично мери коришћењем богатства или прихода домаћинства. Како на понашање особе утиче њено окружење, могу имати на прихватање здравствених услуга или на друге здравствене мере. Постоје докази да је прелазак са тестирања заснованог на установи на мобилно тестирање показало позитиван утицај на приступ ХИВ тестирању, превазилазећи социоекономске препреке за приступ ХИВ тесту. Географска близина услуга кућама људи један је од битних фактора који утичу на коришћење здравствених услуга, посебно у руралним областима. Међутим, културне препреке могу довести до ограничења да појединци посећују здравствене установе, чак и ако се клинике за тестирање на ХИВ налазе у близини њихових кућа. Многе студије су идентификовале недостатак поверљивости да се тестира. Поред тога, преваленција ХИВ-а обично је већа у регијама са високим сиромаштвом. Укратко, стигма и даље остаје критични фактор који спречава приступ тестирању на ХИВ, жене у руралним срединама, где се

људи добро познају, могу се осећати инхибираним на тестирање на ХИВ. Разумевање ограничавајућих одредница у приступу или коришћењу услуга здравствене заштите може значајно допринети разумевању неједнакости у здравственим исходима у срединама са ограниченим ресурсима, где људи имају већу вероватноћу да оболе од разних болести због неједнакости у здравству [158, 159, 160].

У Јужној Африци, где је проведена ова студија, младе жене су изложене изузетно високом ризику за негативне сексуалне здравствене исходе попут ХИВ-а и других полно преносивих инфекција. Када достигну своје 20-те, између 20-30% је већ ХИВ+, са још вишим проценама преваленције ХСВ-2. Узрок ових негативних сексуалних здравствених исхода јесте ангажовање у неком облику ризичне сексуалне активности. Ризик од ППИ код младих жена из Јужне Африке расте са ризичним понашањем попут недоследне употребе кондома, вишеструког и /или истовременог сексуалног партнерства и ангажовања у трансакцијском сексу. Иако ова понашања нису ретка код младих жена Јужне Африке (8% вишеструких партнерстава, (50% недоследна употреба кондома и 14% ангажовање у трансакцијском сексу), треба имати на уму да, у просеку, млади људи у Сједињеним Државама извештавају о већој распрострањености сексуалног ризичног понашања у поређењу са младима у Јужној Африци [160].

У Мозамбику су жене највише погођене ХИВ/АИДС-ом. Самоефикасност је један од главних предиктора ефикасне употребе кондома. Стога је од кључне важности идентификовати факторе који утичу на ефикасност интервенција о повећању коришћења кондома код жена. Студија која је истраживала социјално-демографске, брачне и психосоцијалне факторе повезане са ефикасношћу интервенција о употреби кондома међу мозамбичким женама у ризику од ХИВ инфекције показале су да жене вишег нивоа образовања, млађе и не живе са партнером, оне које разговарају о АИДС-у са партнерима, пријављују већу учесталост коришћења кондома. Што се тиче психосоцијалних фактора, веће знање о превенцији ХИВ-а и мање уочених баријера за сигурнији секс повећавају вероватноћу за употребу кондома. Ови резултати могу допринети промоцији сексуалног здравља и превенцији ХИВ /АИДС-а код жена у Мозамбику, јер идентификују ризичне групе и брачне и психосоцијалне факторе који могу бити основ за циљану превенцију АИДС-а међу женама у ризику из Мозамбика [161].

Велики опсег истраживања документовао је разлике у здравству и приступу нези међу популацијама сексуалних мањина, али врло мало истраживања заснованог на популацији фокусирао се на потребе здравствене неге трудница са сексуалним

мањинама. Подаци за студију потичу од жена репродуктивне доби (18-44 године) тј. жена које су се идентификовале као лезбијске или бисексуалне и жена репродуктивне доби које су у систему надзора понашања идентификоване као хетеросексуалне. Анализирани су приступ здравственој заштити, здравствени исходи и здравствено понашање према сексуалној оријентацији и стању трудноће, демографске карактеристике и социоекономски статус. Отприлике 3% жена сексуалне мањине репродуктивне доби су биле трудне. Труднице са сексуалном мањином имају већу вероватноћу да имају незадовољене потребе за медицинском негом због трошкова, учесталих менталних невоља, депресије, лошег здравља, ограничења активности, хроничних стања и ризичног здравственог понашања у поређењу са трудницама из групе хетеросексуалних жена. Жене сексуалне мањине које нису труднице, имале су већу вероватноћу за препреку у бризи, ограничења активности, хроничним стањима, пушењу и опијању, у поређењу са хетеросексуалним женама које нису трудне. Резултати здравља били су слични код трудница и не-трудница из сексуалних мањина, али чешће жене сексуалне мањине пуше цигарете у поређењу с другим женама. Ова студија додаје нова истраживања заснована на популацији ограниченом броју доказа о здрављу и приступу нези трудница из сексуалне мањине које се могу суочити са стресорима, дискриминацијом и стигмом пре и током трудноће. Више истраживања и програма требало би да се усредреди на перинаталну негу која укључује различите породице и сексуалне оријентације [162].

Азија је регија највећим уделом ХИВ епидемије након подсахарске Африке. Фактори на нивоу појединца који се односе на знање, перцепцију и моћ сексуалних радника, као и факторе на личном нивоу који су обухватили динамику са клијентима и факторима који су повезани са вршњацима, представљени су као препреке у коришћењу кондома. Поред тога, структурно окружење сексуалног рада, приступ ресурсима, сиромаштво, стигма, правно окружење и улога медија такође су идентификовани као фактори који утичу на коришћење кондома сексуалних радника. Свест о безбедном сексу треба колективно побољшати код сексуалних радника, клијената и менаџера бордела [163].

Донедавно су подаци о праћењу здравља сексуалних мањина на основу популације били ограничени, што отежава документовање и решавање разлика због сексуалне оријентације. Подаци за ову студију су из узорка одраслих који су се идентификовани као лезбијке, геј или бисексуалне особе (ЛГБ) и одраслих који су се идентификовани као хетеросексуални у систему надзора над понашањем у односу на

факторе ризика. Анализа се заснивала на упоређивању резултата физичког и менталног здравља, дијагнозе здравственог стања и фактора здравственог ризика према сексуалној оријентацији, демографском и социоекономском статусу. Лезбијске и бисексуалне жене имале су веће изгледе за честе менталне тегобе и депресије, у поређењу са хетеросексуалним женама. Сексуалне мањине су се такође суочиле са већим изгледима лошег физичког здравља, ограничења активности, хроничних стања, гојазности, пушења и опијања, иако су се ти ризици разликовали по сексуалној оријентацији и полу. Ова студија додаје све веће доказе здравствених разлика између сексуалне оријентације. Здравствени радници и креатори политика у заједници треба да наставе са прикупљањем података о сексуалној оријентацији како би идентификовали узроке разлика које се заснивају на сексуалној оријентацији, посебно на нивоу заједнице [164].

Истраживање је показало да сексуалне мањине лезбијке, гејеви и бисексуалне особе, у поређењу са њиховим хетеросексуалним колегама, могу да се укључе у ризичнија здравствена понашања, изложени су већем ризику од негативних здравствених исхода и већа је вероватноћа да ће доживети смањење приступа и коришћење здравствене заштите. Истраживањем повезаности између идентитета сексуалне оријентације и исхода здравља међу америчким женама унутар и међу расним /етничким групама. Узорак се састојао од 52% жена, при чему се отприлике 2% идентификовало као сексуална мањина. У поређењу са својим хетеросексуалним колегама, беле и црне жене из сексуалних мањина су имале већу вероватноћу да конзумирају алкохол. Латиноамеричке /латино жене из сексуалних мањина имали су већу вероватноћу да ће доживети кратко спавање у поређењу са белим хетеросексуалним женама. Црне жене из сексуалних мањина имале су много већу преваленцију можданог удара у поређењу с црним хетеросексуалним женама и белим хетеросексуалним женама. Беле жене сексуалних мањина су чешће пријављивале рак и мождани удар. Беле, црне и латиноамерички /латино жене из сексуалних мањина су чешће тестиране на ХИВ од својих хетеросексуалних колега. Све то наводи на закључак да жене сексуалних мањина имају већу преваленцију неких лоших здравствених понашања, здравствених исхода и проблема здравствене заштите, а те разлике су се разликовале по расним групама. Потребна су додатна истраживања како би се истражили потенцијални путеви, попут дискриминације, у друштвеном окружењу који могу помоћи објаснити однос између сексуалне оријентације и здравља [165].

У студији која се бавила проценом повезаности између обуке из здравственог образовања и исхода по здравље у односу на старосну доб и писменост, дошло се до

перзультата који указују да жене са здравственим образовањем су пријавиле већу употребу кондома са партнерима, више тестирања на ХИВ и мање полно преносивих болести, у поређењу са женама које нису имале тренинг. Неке су асоцијације биле јаче међу старијим женама (нпр. ХИВ тестирање) и код неписмених жена (нпр. употреба кондома). Ова открића додају све већи број доказа који показују потенцијал коришћења здравствених програма који укључују пружање здравственог образовања [166].

Неједнакости у репродуктивном здрављу имају тенденцију да буду израженије у великим градовима, јер укључују регионе са неједнаким мрежама, ресурсима и могућностима у заједници. Циљ је био описати социјалне неједнакости у обрасцима плодности жена процењивањем ефекта индивидуалних карактеристика (старосна доб, образовни степен и земља порекла) и карактеристика суседства (расположиви доходак домаћинства, проценат незапослености и проценат странаца).

Стопа плодности (фертилитета) била је виша код боље образованих жена, оних у доби од 30 до 39 година док је био најнижи код жена са нижим и терцијарним образовањем виших до средњих школа које су рођене у земљама са високим дохотком. Жене које живе у суседству са малим примањима и већом незапосленошћу имале су већу вероватноћу да ће имати децу. Супротно томе, жене које живе у суседству са мањим процентом странаца имале су најнижи фертилитет. Карактеристике суседства играле су важну улогу у обрасцима плодности, независно од индивидуалних карактеристика жена. На контекстуалном нивоу, највећи ФР је нађен у најсиромашнијим срединама, истичући неједнакости. На појединачном нивоу, фертилитет је био највиши међу женама са високим образовањем и тридесетих година [167].

У планирању репродуктивног здравља жена, неопходно је узети у обзир демографске и социоекономске одреднице како би се постигла једнакост у здравству [168].

У Барселони постоји мноштво информација и истраживања о неједнакостима у здравству, али је постигнут напредак посебно у регионима где се велики значај придаје јавном здрављу. Комбинација политичке воље, техничких капацитета и напора грађана олакшала су напредак у граду Барселони у политикама за смањење социјалних неједнакости у здравству [169].

Социјалне снаге обликују репродуктивно здравље људи на више начина. Испитали су знање људи о репродуктивном здрављу користећи податке фокус група прикупљених испитаника у руралним окрузима Малавија. Перспективе учесника су

анализиране у односу на социоекономске, културне и родне факторе који одређују репродуктивно здравље руралних подручја. Затим се пружају стратегије за побољшање здравствене заштите у репродуктивном окружењу у недостатку здравствене инфраструктуре, особља и економских ресурса. Требало би да се програм репродуктивног здравља усмери на превентивну негу пружањем информација о анатомији и биологији, комуницирањем, пружањем информација на културолошки компетентне начине и едукацијом мушкараца и жена током животног пута [170].

У Миленијумској декларацији, објављени су Миленијумски циљеви развоја, који представљају важан оквир за развој; Захваљујући њима, постигнут је значајан успех у неколико области. Њихова сврха је остваривање људских права и задовољење основних људских потреба. Међутим, у одређеним областима, као што су здравље мајки, новорођенчади и деце, као и у области репродуктивног здравља, није постигнут задовољавајући успех, посебно у земљама у развоју. Уједињене нације, на самиту у Њујорку, септембра 2015. године, усвојиле су циљеве одрживог развоја који ће у наредних петнаест година дефинисати глобални развој. Нова агенда се ослања на Миленијумске развојне циљеве и требало би да заврши посао започет у оквиру ових циљева, посебно да би се дошло до најосјетљивијих група [171].

Нажалост, процењује се да ће нова агенда такође имати своје недостатке, посебно њени хоризонти су сувише уски у области сексуалног и репродуктивног здравља и права. Потребна је нова агенда за сексуално и репродуктивно здравље која ће обухватити читаво поље ових подручја [172].

Концепт репродуктивног здравља такође препознаје централни значај једнакости полова и учешће мушкараца и њихове одговорности у репродуктивном здрављу жена и подршци женама у процесима планирања породице и очувања њиховог репродуктивног здравља. Сви нивои власти, требало би да утврде приоритете и усвоје акционе планове на основу критеријума одрживог развоја и у складу са принципима јавног здравља да се фокусирају на промоцију здравља и побољшање квалитета живота ове вулнерабилне категорије становништва [64].

Потребно је више истраживања како би се боље разумели механизми интервенције између почетка сексуалне активности и нежељене трудноће. Боље разумевање ситуација у којима је веће оснаживање повезано са побољшаним здравственим исходима може помоћи креаторима политика у планирању и одређивању приоритета њихових инвестиција [107]. Свакако је могуће да прихватањем контрацепције од стране жена уз повећање броја метода контрацепције, уз пружање

довољно квалитетних информација и пружање додатне обуке провајдерима како би они могли пружити квалитетну услугу планирања породице превенирати непланиране трудноће у заједници и утицати на промену негативних животних стилова жена. Уз то, добро познавање епидемиологије добровољног прекида трудноће и непланиране трудноће предуслов је за боље усвајање стратегија превенције и управљања ситуацијом. Програми планирања породице који промовишу употребу контрацепцијских средстава, који едукују пацијенте и клијенте о самом планирању породице и контрацепцији су неопходни [105, 106].

Многе студије истичу употребу ефикасних контрацепцијских метода за спречавање нежељене трудноће и преношења полнопреносивих инфекција. Резултати сугеришу да би свеобухватније испитивање ставова о употреби контрацепције било корисно у креирању програма за повећање употребе контрацептива [107].

У новије време, истраживачи процењују контекст и механизме којима оснаживање директно или индиректно утиче на различите аспекте женског здравља [88, 173]. Боље разумевање ситуација у којима је веће оснаживање повезано са побољшаним здравственим исходима може помоћи креаторима политика у планирању и одређивању приоритета њихових инвестиција. Иако су везе између оснаживања жена и неких аспеката њиховог здравља, попут плодности и контрацепције, проучене прилично опсежно и изгледа да су углавном позитивне однос између оснаживања жена и трудноће или порођаја, укључујући побачај, није добио довољно пажње [173, 174]. Штавише, мере оснаживања још увек морају бити критички оцењене и обухватити низ потенцијалних подручја оснаживања - психолошка, социјална, политичка, економска и правна [88, 174]. Побољшање образовања, оспособљавање за економску независност и повећање правног и социјалног статуса жена сматра се пресудном за смањење обољевања и смртности жена. Процеси јачања жена, посебно оних у неразвијеним подручјима допринеће да жене направе праве изборе у вези са својим репродуктивним здрављем и да га унапреде [89].

То ће помоћи женама, поготову оним у неразвијеним земљама, из сиромашнијих слојева да смање патњу, обољевање и умирање. Повећање приступа и доступности здравственим услугама, коришћењем адекватних стратегија и програма могуће је смањити стопе компликација трудноће, полно преносивих болести и карцинома који се односе на репродуктивни систем жене [90, 96, 97, 98, 99, 175].

Давање смерница за здравствене раднике о употреби контрацепцијских метода за спречавање трудноће и о промоцији здраве сексуалности су неопходни. Изводљиво

је и сигурно да услуге контрацепције и планирања породице пружају одговарајуће обучени здравствени радници као што су бабице, медицинске сестре, лекари и фармацеути. Саветовање о контрацепцији треба да обухвати расправу о стопама неуспеха у коришћењу и важности примене метода контрацепције доследно и правилно како би се избегла трудноћа. Жене које траже контрацепцију треба саветовати о широком распону ефикасних метода контрацепције, укључујући реверзибилне контрацепцијске методе дугог деловања (ЛАРЦ). Саветовање за планирање породице требало би да укључује саветовање о опадању плодности повезаној са повећањем женске доби. Здравствену политику којом се подржава субвенција за контрацепцију и стратегије за промоцију примене високо ефикасних метода, које би допринеле мерама уштеде трошкова које побољшавају здравље и здравствену једнакост треба да размотре доносиоци одлука у здравству [100].

Да би се постигли циљеви одрживог развоја до 2030. године, стопе пада учесталости смртности мајки и деце, мртворођених и деце млађе од 5 година треба знатно убрзати у поређењу с напретком постигнутим до 2000. године. Таква убрзања могућа су само уз опсег ефикасних интервенција на све групе становништва унутар земаља (посебно у земљама са највећом смртношћу и у онима које су погођене сукобима), побољшањима основних социоекономских услова, укључујући оснаживање жена. Иако је постигнут снажан напредак током протекле деценије, многе су земље још увек далеко од универзалног обухвата суштинским интервенцијама. Поред тога, све већи број доказа упућује на то да су услуге у многим земљама лошег квалитета, што ограничава потенцијални ефекат и резултате. Друго, неједнакости у обухвату интервенцијама унутар држава постоје у већини земаљама, док их у појединим земаљама готово и нема. Здравствени системи мање развијених земаља су главне препреке за пружање висококвалитетних услуга за све популационе групације. Иако је сада доступно више података за интервенције, недостаци у евидентирању података и даље спречавају употребу доказа за покретање одлучивања и одговорности [102].

Као приоритетни циљеви друштва како на националном, регионалном и међународном нивоу и искорењивање свих облика дискриминације на основу пола, уз равноправно учешће жена у свим областима, укључујући цивилни, културни, економски, политички и друштвени живот, треба да постану императив [98, 99].

План активности као водич за деловање по својој суштини је неопходан да би се постигла равнотежа не само између микро и макро репродуктивних потреба и циљева, већ и права и одговорности појединца у области здравља и родитељства, што

овом плану даје посебну вредност. Коришћена дефиниција репродуктивног здравља, његове заштите, циљеви и акције за очување и унапређење здравља доприносе бољем разумевању овог проблема [100, 158].

Наша студија има неколико ограничења. Главно ограничење је његов дизајн пресека који не дозвољава закључке о потенцијалним узрочно-последичним везама између објашњавајућих променљивих и поремећаја која истражујемо. Поред тога, самоизвештавање је увек склоно пристраности у описивању искустава претходних прегледа или социоекономских детерминанти. Неколико фактора који могу утицати на стопу учешћа у скринингу рака грлића материце, као што су приступачност и доступност скрининга није укључено у ову студију. Те факторе би требало испитати у будућности. Даља истраживања на том пољу су такође потребна како би се истражила лонгитудинална кретања и идентификовали други потенцијални фактори неједнакости у репродуктивном здрављу жена. За боље разумевање и ефикаснију примену јавноздравствених стратегија, усредсређених на женско становништво ниског социоекономског статуса, потребне су нам разумљиве студије које ћемо стално спроводити у будућности.

Упркос свим ограничењима у току истраживања, ова студија ће омогућити креаторима политике да размотре одреднице социоекономских неједнакости у репродуктивном здрављу жена, што показује смер истраживачима где да се усредреде када проучавају карактеристике репродуктивног здравља жена. Локална управа требало би да се фокусира на повећање образовног нивоа жена, такође, мора осигурати сигурност метода планирања породице, повећати компетентност пружатеља услуга и створити свест о различитим методама и њиховим споредним ефектима како би се оснажиле жене да донесу одговарајући избор. Нагласак треба дати сеоским заједницама и руралним подручјима.

Унапређење репродуктивног здравља жена и смањивање неједнакости доприноси бољем квалитету репродуктивног здравља популације, а самим тим и бољи демографски и економски развој.

VI ЗАКЉУЧЦИ

1. У репродуктивном периоду живота (старости 15-49 година) било је 3 634 жена (46,2%) и 4 230 жена са 50 и више година (53,8%).
2. Самопроцена здравља жена из истраживаног дела популације од просечног до веома доброг у односу на лоше и веома лоше вишеструко је већа у млађој старосној доби испитаница које су у репродуктивном периоду.
3. Вишеструко је већа учесталост процене свога здравља од просечног до веома доброг у односу на лоше и врло лоше од стране запослених жена, жена средњег до високог образовања, доброг до врло доброг материјалног стања.
4. Жене из градских средина, посебно из Београда, имале су процену свога здравственог стања као боље у односу на ванградска насеља, док су у регионима Шумадије/Западне Србије и Источној/Јужној Србији, у поређењу са свим осталим регионима, имали чешће процену свога здравственог стања као лоше или веома лоше.
5. Удруженост истовремених карактеристика жена млађе старосне доби (до 49. година), које су удате, са местом становања из Београда и материјално боље ситуиране, са највећом су шансом да ће своје здравствено стање проценити као боље.
6. Нижи степен образовања и незапосленост/неактивност су фактори који истовремено значајно доприносе самопроцени здравља жена као лоше и веома лоше.
7. 64,1% женске популације Србије има бар једну хроничну болест, а 42,4% вишеструки морбидитет хроничног тока.
8. Најзаступљеније хроничне болести биле су повишен крвни притисак, разни деформитети кичме и артроза, повишена масноћа у крви и коронарне болести срца.
9. Млађе жене у репродуктивном периоду, бољег материјалног статуса, са средњим и високим степеном образовања, као и запослене, имају појединачно боље предиспозиције за мању учесталост хроничних болести.
10. Удружени фактори ризика за присуство бар једне хроничне болести су виша старосна доб (50 и више година) жена нижег образовања, незапослених или неактивних, које су лошијег материјалног стања.
11. Истовремено, удруженост фактора брачног статуса – неударних жена Шумадије са Западном Србијом смањује вероватноћу појаве хроничних болести.
12. У испитиваном узорку жена симптоми депресије дијагностиковани су у сигнификантно малом броју случајева (18,4% према 81,6% случајева).
13. Укупно 62,8% жена у Србији има свог гинеколога, при чему свака друга жена има свог гинеколога у државној здравственој установи, док свака десета жена има свог гинеколога у приватној пракси. У последњих годину дана у односу на време истраживања свог изабраног гинеколога посетила је свака трећа жена.
14. Највећи број посета гинекологу у последњих годину дана оставерен је у старосној групи 25-34 године.

15. Највећи број испитаница које никада нису посетиле гинеколога је у групи жена са најнижим нивоом образовања, у категорији неодатих жена и оних које припадају категорији најсиромашнијих.
16. Изабраног гинеколога значајно чешће посећују запослене жене и жене из градских средина. Посматрано по регионима, најчешће посећују гинеколога жене са подручја Београда, а најређе из Шумадије и Западне Србије.
17. Када су у питању превентивни прегледи у вези са репродуктивним здрављем, свака трећа жена никада није одрадила Папаниколау тест током живота.
18. Папаниколау тест урадило је значајно већи број жена које припадају старости између 25-34 године, удатих, становница Београда и становница урбаних насеља. У односу на социоекономске карактеристике то су жене које припадају категорији високообразованих, које су запослене, које припадају најбогатијем слоју становништва и са највећим приходима.
19. Папаниколау тест жене Србије у највећем броју случајева чине по савету лекара (52,3%) и то најчешће жене које припадају категорији најсиромашнијих.
20. Високо образоване испитанице су најчешће самоиницијативно обављале скрининг прегледе на карцином грлића, затим жене богатијих слојева друштва, запослене жене, испитанице из Београда и других урбаних подручја.
21. Најмлађе испитанице, (старости испод 24 године), најређе су тестиране на карцином грлића материце.
22. Мамографски преглед најчешће је обављан у старосној доби између 45-54 године (30,7%), међу разведеним женама, оним женама које живе у градској средини (20,0%), као и становницама Јужне и Источне Србије (19,1%).
23. У односу на социоекономске карактеристике, значајно већи број испитаница које никада нису обавиле мамографски преглед је у групи жена са најнижим нивоом образовања и из најсиромашнијих слојева становништва.
24. Највећи проценат жена је отишао на мамографски преглед по савету лекара (49,0%), док су самоиницијативно то најчешће чиниле жене са територије АП Војводине, разведене жене, средње старосне доби, из градских средина, са вишим образовним статусом, запослене и оне које припадају најбогатијем слоју друштва.
25. Када је у питању сексуална активност жена Србије, медијана узраста ступања у први сексуални однос износи 17,9 година. Од укупног броја жена које су имале сексуалне односе најчешће су то чиниле са једним партнером.
26. Жена узраста 15-49 година, из ванградских насеља, удате и запослене значајно чешће користе несигурне методе контрацепције. Кондом приликом последњег сексуалног односа користило је 14,8% жена.
27. Намерни прекиди трудноће су најчешћи били међу женама најмлађе старосне групе (15-24 године), код удатих жена, из ванградских насеља, и региона Шумадије и Западне Србије.
28. У односу на социоекономске варијабле, најчешћи намерни прекиди трудноће били су међу женама средњешколског образовања, међу незапосленим женама, оним женама које припадају најсиромашнијим слојевима друштва и са најнижим приходима домаћинства.

29. Виши степен образовања удатих жена, добра процена сопственог здравља, запосленост и место становања у граду, позитивни су аспекти репродуктивног здравља жена наших подручја, док су негативни гојазност и присуство хроничних болести.
30. Жене нашег истраживања показују недовољан степен информисаности о ХИВ инфекцији и начинима преноса и мерама заштите од инфекције.
31. Недостатак финансијских средстава је главни разлог зашто жене нашег поднебља неостварују своје потребе за здравственом заштитом у вези са репродуктивним и општим здрављем.

На основу представљене слике о репродуктивном здрављу у Србији, може се закључити да од конференције у Каиру до данас није постигнут задовољавајући развој догађаја у вези са репродуктивним здрављем. Постигнута је само стабилизација одређених показатеља, али на непожељном нивоу. Једини изузетак је смањење стопе смртности синдрома стечене имунодефицијенције. Доносиоци одлука у Србији морају бити свесни тренутне ситуације јер спровођење претходних мера нема значајан ефекат.

Стратегија за репродуктивно здравље се и даље расправља на иницијативном нивоу. Поред неколико најаве за планирање израде нацрта, тренутно нема конкретног акционог плана. Ипак, постоји пуно простора за унапређење сарадње јавности и сектора цивилног друштва у области репродуктивног здравља, које би требало користити у циљу постизања жељених циљева.

Недостатак систематичног и интегрисаног образовања на тему репродуктивног здравља и сексуалних права је један од највероватнијих разлога за ниску културу и лошу праксу становништва у овој области. Сама држава још увек нема јасну визију начина на који жели да реши овај проблем.

Неадекватно знање и предрасуде које испитаници показују у истраживањима у области репродуктивног здравља наглашавају потребу за континуираним образовањем група свих узраста. Едукација за репродуктивно здравље је дуг процес и мора почети у најранијем добу, а укључивати здравствене установе, медије, школе и саветовање за младе људе. Недостатак знања садашњих генерација и бројне неадекватне информације могу се исправити кроз интегрисане програме за репродуктивно здравље. Усвајањем адекватних ставова о репродуктивном здрављу, не повећава се репродуктивни потенцијал становништва, али превенција и здрав начин живота постају приоритети.

Образовање новинара, њихова посвећеност и одлучност да се баве темом репродуктивног здравља, као и сагласност уредничке политике и закључак медија да на

прави начин реше ово питање, од посебног су значаја за промовисање репродуктивног здравља становништва.

Неопходно је подстицати истраживање у области репродуктивног здравља, јер доприноси бољем увиду у мере које треба предузети. Неке области репродуктивне здравствене заштите тек треба да буду покривене, или нема довољно квалитетних података који би омогућили израду конкретних програма и јединствену стратегију.

Окупљање стручњака из различитих области, који су заинтересовани за репродуктивно здравље и право на његово спровођење, не само да ће омогућити развој њихових вештина, већ и примену истраживања које би обезбедила прецизније податке о проблемима везаним за репродуктивно здравље у Србија.

VII ЛИТЕРАТУРА

1. Otero-Garcia L, Goicolea I, Gea-Sánchez M, Sanz-Barbero B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: midwives' perspectives. *Glob Health Action*. 2013; 8(6):e22645.
2. Institute of Public Health Belgrade of Serbia. Results of the National Health Survey in Serbia, 2013. Belgrade: Institute of Public Health of Serbia 2014.
3. Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr* 2012; 12(6):27.
4. Zullig LL, Goldstein KM, Sims KJ, Williams CD, Chang M, Provenzale D, Kelley MJ. Cancer Among Women Treated in the Veterans Affairs Healthcare System. *J Womens Health (Larchmt)* 2018.
5. de Castro Figueiredo Pereira Coelho R, Nunes Garcia S, Marcondes L, Jacinto da Silva FA, de Paula A, Puchalski Kalinke L. Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care. *Invest Educ Enferm* 2018; 36(1):e04.
6. Rasevic M. Serbia 20 years after the Cairo Conference: is there any progress in the sphere of reproductive health? *Matica Srpska Journal of Social Sciences* 2013; 144:413-28.
7. World Health Organization. Reproductive health. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en. Accessed on ...
8. Šircelj M. Fertility and educational attainment in Slovenia. *Anthropological Notebooks* 2007; 13(2):11-34.
9. Nketiah-Amponsah E, Arthur E, Aaron A. Correlates of contraceptive use among Ghanaian women of reproductive age (15-49 years). *Afr J Reprod Health*. 2012; 16(3):155-70.
10. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva, 2002. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/index.html
11. Piszewski M, Kupiszewska D, Nikitović V. Uticaj demografskih i migracionih tokova na Srbiju. Međunarodna organizacija za migracije, Misija u Beogradu, Projekat „Jačanje kapaciteta institucija Republike Srbije za upravljanje migracijama i reintegraciju povratnika“ Beograd: Dosije studio, 2012.

12. Eurostat (2017). Eurostat on-line database. Demography and migration/Fertility: Fertility indicators table. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
13. Catherine MP, Audrey E P, Sophie P, and Helen V R. Contraception use and pregnancy among 15–24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey. *BMC Med.* 2007; 5:31.
14. Hall KS, Moreau C, Trussell J. Continuing social disparities despite upward trends in sexual and reproductive health service use among young women in the United States. *Contraception.* 2012; 86(6):681-6.
15. Patrikar SR, Basannar DR, Seema Sharma M. Women empowerment and use of contraception. *Med J Armed Forces India.* 2014; 70(3):253-6.
16. Devedzić M. O prirodnom kretanju stanovništva. Beograd: Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, 2006.
17. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.* 2016; 388(10063):3027-35.
18. Lesthaeghe, R. Postponement and recuperation: Resent fertility trends and forecasts in six western European countries. *IUSSP Seminar International perspectives on low fertility: Trends, theories and policies.* Tokyo, 2001.
19. Mihajlović V. Fertilitet po redu rođenja stanovništva Centralne Srbije i Vojvodine. *Glasnik antropološkog društva Srbije* 2015; 50:97-105.
20. Myrskylä M, Margolis R. Happiness: Before and after the kids. *Demography* 2014; 51(5):276-347.
21. Kavanaugh ML, Anderson RM. *Contraception and Beyond: The Health Benefits of Services Provided at Family Planning Centers.* New York: Guttmacher Institute; 2013.
22. Mohammad E, Mahdiah Y. Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran. *Int J Gynecol Obstet.* 2013; (121):157-16.
23. Becker D, Klassen AC, Koenig MA, LaVeist TA, Sonenstein FL, Tsui AO. Women's perspectives on family planning service quality: an exploration of differences by race, ethnicity and language. *Perspect Sex Reprod Health.* 2009; 41(3):158-65.
24. Sobotka T. Tempo-quantum and period-cohort interplay in fertility changes in Europe. Evidence from the Czech Republic, Italy, the Netherlands and Sweden. *Demographic research* 2003; 8:151-214.
25. Haram K, Mortensen JH, Wollen AL. Preterm delivery: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82(8):687-704.

26. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017):462-74.
27. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004; 192:342-349.
28. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009; 374:881-892.
29. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014; 2(6): e323-e333.
30. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2002; 21(2):60-76.
31. Autier P, Boniol M. Mammography screening: A major issue in medicine. *Eur J Cancer*. 2018; 90:34-62.
32. Broeders MJM, Allgood P, Duffy SW, Hofvind S, Nagtegaal ID, Paci E, Moss SM, Bucchi L. The impact of mammography screening programmes on incidence of advanced breast cancer in Europe: a literature review. *BMC Cancer*. 2018; 18(1):860.
33. Becker D, Koenig MA, Kim HA, Cardona K, Sonenstein FL. The quality of family planning services in the United States: findings from a literature review. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007; 39(4):206-15.
34. Aynekulu G, Weyzer Gand Gereziher B. Measuring fertility intention, family planning utilization and associated factors among married couples in Mekelle City, Tigray, Ethiopia, cross sectional study. *Int J Pharmaceut Biol Sci Fund*. 2013; 06(01).
35. Genet E, Abeje G, Ejigu T. Determinants of unmet need for family planning among currently married women in Dangila town administration, Awi Zone, Amhara regional state; a cross sectional study. *Reprod Health*. 2015; 12:42.
36. Kebede Y. Quality of family planning service in Dembia district, north west Ethiopia. *Ethiop Med J*. 2007; 45(1):29-38.
37. Dejenu G, Ayichiluhm M and Alemu A. Prevalence and Associated Factors of Unmet need for Family Planning among Married Women in Enemay District, Northwest Ethiopia: A Comparative Cross-Sectional Study. *Global J Med Res*. 2013; 13(4).

38. Asif de, Pervaiz Z. Socio-demographic determinants of unmet need for family planning among married women in Pakistan. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):1226.
39. Rome E. Use of long-acting reversible contraceptives to reduce the rate of teen pregnancy. *Cleve Clin J Med*. 2015; 82(11 Suppl 1):S8-12.
40. Ozdemir R, Cevik C, Ciceklioglu M. Unmet needs for family planning among married women aged 15-49 years living in two settlements with different socioeconomic and cultural characteristics: a cross-sectional study from Karabuk Province in Turkey. *Rural Remote Health*. 2019; 19(3):5125.
41. Al Sumri HH. A National Study: the Effect of Egyptian Married Women's Decision-Making Autonomy on the use of Modern Family Planning Methods. *Afr J Reprod Health*. 2015; 19(4):68-77.
42. Fantahun M. et al. Young adult and middle age mortality in Butajira demographic surveillance site, Ethiopia: lifestyle, gender and household economy. *BMC Public Health*. 2008; 8:268.
43. Galle A, Vermandere H, Griffin S, de Melo M, Machaieie L, Van Braeckel D, Degomme O. Quality of care in family planning services in rural Mozambique with a focus on long acting reversible contraceptives: a cross-sectional survey. *BMC Womens Health*. 2018; 18(1):201.
44. Campo S, Askelson NM, Spies EL, Losch M. Ambivalence, communication and past use: Understanding what influences women's intentions to use contraceptives. *Psychology, health & medicine*. 2012; 17(3):356-365.
45. Barber JS, Kusunoki Y, Gatny HH, Yarger J. Young Women's Relationships, Contraception and Unintended Pregnancy in the United States. *Fertility Rates and Population Decline: No Time for Children?* 2013: 121.
46. Dhak B, Saggurti N, Ram F. Contraceptive use and its effect on Indian women's empowerment: evidence from the National Family Health Survey-4. *J Biosoc Sci*. 2019: 1-11.
47. Leon-Larios F, Macías-Seda J. Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2017; 14(1):179.
48. Pérez-Morente MÁ, Cano-Romero E, Sánchez-Ocón MT, Castro-López E, Jiménez-Bautista F, Hueso-Montoro C. Sexuality Risk Factors among People with Suspect of Sexually Transmitted Disease. *Rev Esp Salud Publica*. 2017; 91. pii: e201701012.
49. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006; 38(2):90-96.

50. Ayoola A, Nettleman M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. *Journal of Womens Health*. 2007; 16(3):302-310.
51. James-Hawkins L, Broaddus M. The Association of Attitudes about Contraceptives with Contraceptive Use in a Random Sample of Colorado Women. *Soc Sci J*. 2016; 53(2):167-173.
52. Frost JJ, Finer LB, Tapales A. The impact of publicly funded family planning clinic services on unintended pregnancies and government cost savings. *J Health Care Poor Underserved*. 2008; 19(3):778-796.
53. Higgins JA, Popkin RA, Santelli JS. Pregnancy ambivalence and contraceptive use among young adults in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012; 44(4):236-243.
54. James-Hawkins L. Why Female College Students Risk Pregnancy: I Just Wasn't Thinking. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2015b; 60(2):169-174.
55. Vigoureux S. Epidemiology of induced abortion in France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016; 45(10):1462-1476.
56. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdtts C, Tunçalp Ö, Johnson BR Jr, Johnston HB, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016; 388(10041):258-67.
57. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Phipps MG, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018; 320(7):674-686.
58. Musa J, Achenbach CJ, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L, Simon MA, Murphy RL, Jordan N. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017; 12(9):e0183924.
59. Здравствено – статистички годиšnjak Републике Србије. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Београд, 2019.
60. Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(S3):43-6.
61. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2016; 59(4):651-672.
62. Wheeler SM, Bryant AS. Racial and Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017; 44(1):1-11.
63. Roberts A, Noyes J. Contraception and women over 40 years of age: mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65(6):1155-70.

64. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Sl. glasnik RS”, br. 25/2019). Dostupno na: www.paragraf.rs/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti
65. Zakon o zdravstvenom osiguranju („Sl. glasnik RS”, br. 25/2019). Dostupno na: [www.paragraf.rs > propisi > zakon_o_zdravstvenom_os...](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_os...)
66. Уредба о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената: 49/1995-1816 <http://www.pravno-informacionisistem.rs/SIGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/vlada/uredba/1995/49/2>
67. Pravilnik o blizim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene sluzbe. Dostupno na: https://www.paragraf.rs/propisi/pravilnik_o_blizim_uslovima_za_obavljanje_zdravstvene_delatnosti_u_zdravstvenim_ustanovama_i_drugim_oblicima_zdravstvene_sluzbe.html
68. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/>
69. UN. Millennium Development Goals. New York: United Nations, 2000.
70. Monitoring the Situation of Children and Women. Belgrade: UNICEF, 2007.
71. Praćenje stanja i položaja žena i dece. UNICEF: Београд, 2012.
72. European Health Interview Survey wave 2 – Conceptual Guidelines and Instructions, Eurostat, 2012.
73. European Commission. Eurostat: European health interview survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Luxembourg: European Commission; 2013.
74. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2013 - protokol. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2013.
75. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2013 - uputstvo za sprovođenje istraživanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2013.
76. Helsinki Declaration. World Medical Assembly. Available from: <http://www.onlineethics.org/cms/10929.aspx>
77. Zakono o zaštiti podataka o ličnosti. Sl. glasnik RS, br. 97/08, 104/09.
78. Zakon o zvaničnoj statistici. Sl. glasnik RS, br. 104/09.
79. European Parliament. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. Official Journal of the European Communities. 1995 Nov [cited 2016 January 22]; L281:31-50. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=OJ:L:1995:281:TOC>
80. Rutstein SO, Johnson K. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports No. 6. Calverton: ORC Macro; 2004.

81. Organisation for Economic Co-operation and Development. Glossary of Statistical Terms [monograph on the Internet]. Paris: OECD; 2007 [cited 2016 January 15]. Available from: <https://stats.oecd.org/glossary/download.asp>
82. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*. 2009; 114(1-3):163-73.
73. Minimum Effective Sample Sizes for EHIS – Wave II (a background document presented at TG EHIS 2012 meeting). Eurostat, 2011.
83. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO technical report series number 894. Geneva: WHO; 2000.
84. Minimum Effective Sample Sizes for EHIS – Wave II (a background document presented at TG EHIS 2012 meeting). Eurostat, 2011.
85. Commission Regulation (EU) No 141/2013 of 19 February 2013 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council on Community statistics on public health and health and safety at work, as regards statistics based on the European Health Interview Survey. Available from: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:047:0020:0048:EN:PDF>
86. Alosaimi AN, Nwaru B, Luoto R, Al Serouri AW, Mouniri H. Using Household Socioeconomic Indicators to Predict the Utilization of Maternal and Child Health Services Among Reproductive-Aged Women in Rural Yemen. *Glob Pediatr Health*. 2019; 6:2333794X19868926.
87. Upadhyay UD, Gipson JD, Withers M, Lewis S, Ciaraldi EJ, Fraser A, Huchko MJ, Prata N. Women's empowerment and fertility: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 2014;115:111-20.
88. Prata N, Tavrow P, Upadhyay U. Women's empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(Suppl 2):352.
89. Izugbara C, Ibisomi L, Ezeh AC, Mandara M. Gendered interests and poor spousal contraceptive communication in Islamic northern Nigeria. *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care*. 2010; 36(4):219-24.
90. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reprod Health*. 2013; 10:7.
91. Di J, Rutherford S, Chu C. Review of the Cervical Cancer Burden and Population-Based Cervical Cancer Screening in China. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16(17):7401-7.

92. Williamson LM, Parkes A, Wight D, Petticrew M, Hart GJ. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reprod Health*. 2009; 6(1):3.
93. Warzecha D, Szymusik I, Pietrzak B, Kosinska-Kaczynska K, Sierdzinski J, Sochacki-Wojcicka N, Wielgos M. Sex education in Poland - a cross-sectional study evaluating over twenty thousand polish women's knowledge of reproductive health issues and contraceptive methods. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):689.
94. Marcell AV, Burstein GR; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Sexual and Reproductive Health Care Services in the Pediatric Setting. *Pediatrics*. 2017; 140(5). pii: e20172858.
95. Seif SA, Kohi TW, Moshiro CS. Caretaker-adolescent communication on sexual and reproductive health: a cross-sectional study in Unguja-Tanzania Zanzibar. *BMC Public Health*. 2017 Jul 18;18(1):31.
96. Kumar A, Singh A. Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning in Bihar (India): Evidence from National Family Health Surveys. *Adv Appl Sociol*. 2013; 3(2):157-163.
97. Mekonnen W, Worku A. Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reprod Health*. 2011; 8:37.
98. Shah MA, Shah NM, Chowdhury RI, Menon I. Unmet need for contraception in Kuwait: issues for health care providers. *Soc Sci Med*. 2004; 59(8):1573-80.
99. Harzif AK, Mariana A, Malik DM, Silvia M, Lovita BT. Factors associated with the utilization of long-acting reversible contraceptives among family planning clients at the Pameungpeuk Rural Hospital, Indonesia. Version 2. *F1000Res*. 2018; 7:1891.
100. World Health Organization: From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning: Strategies to increase use of long-acting and permanent contraception. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
101. A Review of the HHS Family Planning Program: Mission, Management, and Measurement of Results. Institute of Medicine (US) Committee on a Comprehensive Review of the HHS Office of Family Planning Title X Program; Stith Butler A, Wright Clayton E, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
102. Countdown to 2030 Collaboration. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2018; 391(10129):1538-1548.

103. Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health*. 2016; 16:2.
104. Podolskyi V, Gemzell-Danielsson K, Marions L. Contraceptive experience and perception, a survey among Ukrainian women. *BMC Womens Health*. 2018; 18(1):159.
105. Costa EC, Oliveira R, Ferreira D, Pereira MG. Predictors of consistent condom use among Portuguese women attending family planning clinics. *AIDS Care*. 2016; 28(1):119-23.
106. Döbrössy L, Cornides A, Kovács A, Budai A. Implementation status of cervical screening in Europe. *Orv Hetil* 2014; 155(50):1975-88.
107. Kopp Kallner H, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K. Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women--A Nationwide Survey. *PLoS One*. 2015; 10(5):e0125990.
108. Black A, Guilbert E; Co-Authors, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosh M, Norman WV, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM; Special Contributors, Ferguson C, Fortin C, Kielly M, Mansouri S, Todd N; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37(10):936-42.
109. Pfeffer B, Ellsworth TR, Gold MA. Interviewing Adolescents About Sexual Matters. *Pediatr Clin North Am*. 2017; 64(2):291-304.
110. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF; CANPAGO COMMITTEE. Adolescent Pregnancy Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37(8):740-756.
111. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008; 85(1):125-35.
112. Böttcher B, Abu-El-Noor M, Abu-El-Noor N. Choices and services related to contraception in the Gaza strip, Palestine: perceptions of service users and providers. *BMC Womens Health*. 2019; 19(1):165.
113. Black KI, Gupta S, Rassi A, Kubba A. Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010; 24(4):443-55.
114. Nur N. Socioeconomic disparities among ever-married Turkish women who had unintended pregnancies and abortions in a middle Anatolian city. *Women Health*. 2012; 52(7):716-29.
115. Secura G. Long-acting reversible contraception: a practical solution to reduce unintended pregnancy. *Minerva Ginecol*. 2013; 65(3):271-7.

116. Dragoman M, Davis A. Abortion care for adolescents. *Clin Obstet Gynecol.* 2008; 51(2):281-9.
117. Davis AR, Beasley AD. Abortion in adolescents: epidemiology, confidentiality, and methods. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2009; 21(5):390-5.
118. Horner-Johnson W, Dissanayake M, Wu JP, Caughey AB, Darney BG. Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States. *Perspect Sex Reprod Health.* 2020.
119. Aghaei F, Shaghghi A, Sarbakhsh P. A systematic review of the research evidence on cross-country features of illegal abortions. *Health Promot Perspect.* 2017; 7(3):117-123.
120. Pérez G, Ruiz-Muñoz D, Gotsens M, Cases MC, Rodríguez-Sanz M. Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors. *Eur J Public Health.* 2014; 24(1):162-9.
121. Chemlal S, Russo G. Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. *BMC Womens Health.* 2019; 19(1):55.
122. Geleto A, Markos J. Awareness of female students attending higher educational institutions toward legalization of safe abortion and associated factors, Harari Region, Eastern Ethiopia: a cross sectional study. *Reprod Health.* 2015; 12:19.
123. Jayaweera RT, Ngui FM, Hall KS, Gerdt C. Women's experiences with unplanned pregnancy and abortion in Kenya: A qualitative study. *PLoS One.* 2018; 13(1):e0191412.
124. Ganatra B, Faundes A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016; 36:145-155.
125. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31(12):1149-58.
126. Siraneh Y, Workneh A. Determinants and Outcome of Safe Second Trimester Medical Abortion at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *J Pregnancy.* 2019; 2019:4513827.
127. Bonnen KI, Tuijje DN, Rasch V. Determinants of first and second trimester induced abortion - results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14:416.
128. Mulat A, Bayu H, Mellie H, Alemu A. Induced second trimester abortion and associated factors in Amhara region referral hospitals. *Biomed Res Int.* 2015; 2015:256534.

129. Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health—a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci*. 2019; 124(3):203-212.
130. Centers for disease control and prevention. (2011). Ten Great Public Health Achievements – United States, 2001-2010. *JAMA*, 306 (1): 36-38.
131. Yin H, Wu Q, Cui Y, Hao Y, Liu C, Li Y, Liang L, Wang L, Tao Y. Socioeconomic status and prevalence of chronic non-communicable diseases in Chinese women: a structural equation modelling approach. *BMJ Open*. 2017; 7(8):e014402.
132. Tu R, Inoue Y, Yazawa A, Hao X, Cai G, Li Y, Lin X, He F, Yamamoto T. Social participation and the onset of hypertension among the middle-aged and older population: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Geriatr Gerontol Int*. 2018; 18(7):1093-1099.
133. Kraja F, Kraja B, Mone I, Harizi I, Babameto A, Burazeri G. Self-reported Prevalence and Risk Factors of Non-communicable Diseases in the Albanian Adult Population. *Med Arch*. 2016; 70(3):208-12.
134. Enkh-Oyun T, Davaalkham D, Kotani K, Aoyama Y, Tsuboi S, Ae R, Davaa G, Angarmurun D, Khuderchuluun N, Nakamura Y. A cohort study of chronic diseases for Mongolian people: Outline with baseline data of the Moncohort study. *J Epidemiol Glob Health*. 2016; 6(3):187-96.
135. Iser BP, Malta DC, Duncan BB, de Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in brazilian capitals - results from a telephone survey. *PLoS One* 2014; 9(9):e108044.
136. World Health Organization Regional office for Europe. World Health Organization; Copenhagen: 2011. Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2012-2016. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf
137. Portillo MC, Kennedy A, Todorova E, Regaira E, Wensing M, Foss C, Lionis C, Vassilev I, Goev V, Rogers A. Interventions and working relationships of voluntary organizations for diabetes self-management: A cross-national study. *IntJ Nurs Stud* 2017; 70:58-70.
138. Nega AD, Woldetsadik MA, Gelagay AA. Low uptake of cervical cancer screening among HIV positive women in Gondar University referral hospital, Northwest Ethiopia: cross-sectional study design. *BMC Womens Health* 2018; 18(1):87.
139. Weiderpass E, Labrèche F. Malignant tumors of the female reproductive system. *Saf Health Work* 2012; 3(3):166-80.

140. Williams JH, Carter SM, Rychetnik L. 'Organized' cervical screening 45 years on: How consistent are organized screening practices? *Eur J Cancer* 2014; 50(17):3029-38.
141. Sachan PL, Singh M, Patel ML, Sachan R. A Study on Cervical Cancer Screening Using Pap Smear Test and Clinical Correlation. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018; 5(3):337-41.
142. Beau AB, Andersen PK, Vejborg I, Lynge E. Limitations in the Effect of Screening on Breast Cancer Mortality. *J Clin Oncol* 2018: JCO2018780270.
143. Döbrössy L, Kovács A, Budai A. Inequalities in cervical screening practices. *Orv Hetil.* 2015; 156(24):955-63.
144. Viscondi JYK, Faustino CG, Campolina AG, Itria A, Soárez PC. Simple but not simpler: a systematic review of Markov models for economic evaluation of cervical cancer screening. *Clinics (Sao Paulo)* 2018; 73:e385.
145. Theme Filha MM, Leal MD, Oliveira EF, Esteves-Pereira AP, Gama SG. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. *Int J Equity Health.* 2016; 15(1):136.
146. Kelly DM, Estaquio C, Léon C, Arwidson P, Nabi H. Temporal trend in socioeconomic inequalities in the uptake of cancer screening programmes in France between 2005 and 2010: results from the Cancer Barometer surveys. *BMJ Open.* 2017; 7(12):e016941.
147. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 33(3):174-82.
148. Maver PJ, Seme K, Korać T, Dimitrov G, Döbrössy L, Engele L, et al. Cervical cancer screening practices in central and eastern Europe in 2012. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2013; 22(1):7-19.
149. Stewart SL, Lakhani N, Brown PM, Larkin OA, Moore AR, Hayes NS. Gynecologic cancer prevention and control in the National Comprehensive Cancer Control Program: progress, current activities, and future directions. *J Womens Health.* 2013; 22(8):651-7.
150. Petkeviciene J, Ivanauskiene R, Klumbiene J. Sociodemographic and lifestyle determinants of non-attendance for cervical cancer screening in Lithuania, 2006-2014. *Public Health.* 2018; 156:79-86.91.
151. Moser K, Patnick J, Beral V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ.* 2009; 338:b2025.
152. Simou E, Maniadakis N, Pallis A, Foundoulakis E, Kourlaba G. Factors associated with the use of pap smear testing in Greece. *J Womens Health.* 2010; 19(8):1577-85.

153. Watkins MM, Gabali C, Winkleby M, Gaona E, Lebaron S. Barriers to cervical cancer screening in rural Mexico. *Int J Gynecol Cancer*. 2002; 12(5):475-9.
154. Paz Soldan VA, Lee FH, Carcamo C, Holmes KK, Garnett GP, Garcia P. Who is getting Pap smears in urban Peru? *Int J Epidemiol*. 2008; 37(4):862-9.
155. Lee M, Park EC, Chang HS, Kwon JA, Yoo KB, Kim TH. Socioeconomic disparity in cervical cancer screening among Korean women: 1998-2010. *BMC Public Health*. 2013; 13:553.
156. Barbadoro P, Ricciardi A, Di Tondo E, Vallorani S, Mazzarini G, Prospero E. Utilization patterns of cervical cancer screening in Italy. *Eur J Cancer Prev*. 2015; 24(2):135-40.
157. Elbasheer MMA, Alkhidir AGA, Mohammed SMA, Abbas AAH, Mohamed AO, Bereir IM, Abdalazeez HR, Noma M. Spatial distribution of breast cancer in Sudan 2010-2016. *PLoS One*. 2019; 14(9):e0211085.
158. United Nations. 2015. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Available from: <http://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
159. Kim SW, Haghparast-Bidgoli H, Skordis-Worrall J, Batura N, Petrou S. A method for measuring spatial effects on socioeconomic inequalities using the concentration index. *Int J Equity Health*. 2020; 19(1):9.
160. Rosenberg M, Pettifor A, Duta M, Demeyere N, Wagner RG, Selin A, MacPhail C, Laeyendecker O, Hughes JP, Stein A, Tollman S, Kahn K. Executive function associated with sexual risk in young South African women: Findings from the HPTN 068 cohort. *PLoS One*. 2018; 13(4):e0195217.
161. Patrão AL, McIntyre TM. Socio-demographic, Marital, and Psychosocial Factors Associated with Condom Use Negotiation Self-Efficacy Among Mozambican Women at Risk for HIV Infection. *Int J Behav Med*. 2017; 24(6):846-855.
162. Gonzales G, Quinones N, Attanasio L. Health and Access to Care among Reproductive-Age Women by Sexual Orientation and Pregnancy Status. *Womens Health Issues*. 2019; 29(1):8-16.
163. Tan SY, Melendez-Torres GJ. A systematic review and metasynthesis of barriers and facilitators to negotiating consistent condom use among sex workers in Asia. *Cult Health Sex*. 2016; 18(3):249-64.
164. Gonzales G, Henning-Smith C. Health Disparities by Sexual Orientation: Results and Implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Community Health*. 2017; 42(6):1163-1172.

165. Trinh MH, Agénor M, Austin SB, Jackson CL. Health and healthcare disparities among U.S. women and men at the intersection of sexual orientation and race/ethnicity: a nationally representative cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2017; 17(1):964.
166. Rosenberg M, Jules R, Luetke M, Kianersi S, Nelson E, Jean-Louis F. Health Education Training Embedded in a Microfinance Platform Associated with Safer Sexual Behavior in Haitian Women. *AIDS Behav*. 2019; 23(9):2375-2385.
167. Forcadell-Díez L, Gotsens M, Leon-Gomez BB, Pérez G. Social Inequalities in Fertility in Women Residing in Urban Neighbourhoods in Spain: A Multilevel Approach. *Matern Child Health J*. 2020 Jan 8.
168. Sánchez-Recio R, Alonso JP, Aguilar-Palacio I. The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. *Gac Sanit*. 2020. pii: S0213-9111(19)30276-6.
169. Borrell C, Pasarín MI, Díez E, Pérez K, Malmusi D, Pérez G, Artazcoz L; el Grupo de la Agència de Salut Pública de Barcelona. Health inequalities as a political priority in Barcelona. *Gac Sanit*. 2020; 34(1):69-76.
170. Namasasu J, Chivers S, Costello L. Social determinants of health: Social forces that shape women and men's knowledge of reproductive health in a resource-limited setting. *Health Care Women Int*. 2016; 37(10):1138-55.
171. Starrs, Ann. 2015. A Lancet Commission on sexual and reproductive health and rights: going beyond the Sustainable Development Goals. *The Lancet* 386(9999):1111-2.
172. Jevtic M. Sustainable development, urban environment and population health. *Medicinski pregled* 2011; 64(5-6): 251-55.
173. Reis M, Ramiro L, Gaspar Matos M, Alves DJ. Nationwide survey of contraceptive and sexually transmitted infection knowledge, attitudes and skills of university students in Portugal. *Int J Clin Health Psychol*. 2013; 13(2):127-137.
174. Pratley P. Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Soc Sci Med*. 2016; 169:119-31.
175. Mitroi LR, Sahak M, Sherzai AZ, Sherzai D. The women's health care empowerment model as a catalyst for change in developing countries. *Health Care Women Int*. 2016; 37(3):273-87.

БИОГРАФИЈА

Др Гордана Ђорђевић рођена је 20. јула 1966. године у Крагујевцу. Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу завршила је 1995. године са просечном оценом 8,23. Након завршеног обавезног лекарског стажа и положеног стручног испита, 1997. године засновала је радни однос на Медицинском факултету у Крагујевцу, у звању асистента приправника за ужу научну област Епидемиологија. Исте године уписала је последипломске магистарске студије на Медицинском факултету у Крагујевцу, где је положила све предвиђене испите са просечном оценом 10, као и усмени магистарски испит са одличном оценом. Од 2000. године запослена је у Институту за јавно здравље Крагујевац. Специјалистички испит положила је са одличном оценом 2002. године на Медицинском факултету у Нишу и стекла звање специјалисте епидемиологије. Звање магистра медицинских наука стекла је 2005. године, тезом: „Клиничко епидемиолошка студија карличних порођаја - тока, исхода и стања плода на рођењу“, одбрањеном на Медицинском факултету у Крагујевцу. 2005. године унапређена је у звање асистента за ужу научну област Епидемиологија. Академске докторске студије на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, изборно подручје Хумана репродукција и развој, уписала је школске 2016/2017 године (трећу годину). Дата јој је сагласност на Извештај комисије о научној заснованости теме докторске дисертације „Утицај демографских и социоекономских неједнакости на репродуктивно здравље жена“ и испуњености услова кандидата, који је усвојило Наставно-научно веће Факултета медицинских наука у Крагујевцу, Одлуком број 01-9559/3-22 од 06.09.2017. године.

Образац 1**ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, Гордана Ђорђевић, изјављујем да докторска дисертација под насловом: „**Утицај демографских и социоекономских неједнакости на репродуктивно здравље жена**“ која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 2020 године,

потпис аутора

Образац 2**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, Гордана Ђорђевић

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

Утицај демографских и социоекономских неједнакости на репродуктивно здравље жена

која је одбрањена на Факултету медицинских наука

Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 2020 године,

потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>