

Демографски преглед

Београд

Година II

Број 7/2001

Репродуктивно здравље

Полазећи од дефиниције здравља Светске здравствене организације, репродуктивно здравље се дефинише у најширем контексту као стање потпуне физичке и менталне способности и социјалне сигурности, а не само као одсуство болести или неспособности, у свим областима које се тичу репродуктивног система и његових функција и процеса. Отуда унапређење и промоција репродуктивног здравља не само да смањује морбидитет и морталитет жена већ смањује и морбидитет и морталитет деце пошто живот и здравље жена и деце у великој мери зависе од усвојеног репродуктивног модела и услова у којима се остварује. Поред директног здравственог ефекта остварује се још низ добробити. Подиже се ниво здравствене и сексолошке културе оба партнера, намећу се превенција и здрав живот као стил живота и начин размишљања, и промовише лична одговорност за сопствено здравље. Такође, ставови ишчекивања и препуштања, фатализма и пасивности, као и они који извиру из сфере традиционалног, или уверења, претварају се у склоност ка контроли, планирању и преузимању активне улоге у животу као и прихватању модерних вредности и нових знања што доприноси изградњи самопоштовања, подстиче женину аутономност и јача њену моћ.

Репродуктивно здравље у Србији, посматрано са макро аспекта, оптерећено је бројним проблемима. Један од њих је велики број намерних прекида трудноће. Наиме, у Србији се данас примењују сви познати методи контроле рађања – и намерни прекид трудноће, и механичка, и хемијска, и ефикасна, и мање ефикасна, и класична, и савремена контрацептивна средства. Међутим, на основу расположивих резултата разних анкета и оцена медицинских стружњака, структура примењиваних метода контроле рађања није задовољавајућа. У њој доминира намерни прекид трудноће.

Намерни прекид трудноће

Намерни прекид трудноће је дуги низ година преовлађујући метод контроле рађања у Србији. Ширењем контрацепције његов значај је почео да опада. Но, и поред ове позитивне тенденције, број абортуса и апсолутно (око 200000 абортуса годишње) и релативно посматран (82,1 абортус на 1000 жена старих 15-49 година) показује да се већи број жена претежно, а један број чак искључиво, ослања на овај метод контроле рађања. Треба још нагласити да намерном прекиду трудноће прибегавају, у мањој или већој мери, све жене, независно од старости, образовања, занимања, брачног статуса и других социјалних, психолошких и културних карактеристика.

Поред изложеног, још неколико квалитативних карактеристика о прекиду трудноће у Србији говори о величини проблема. На првом месту је релативно високо учешће жена без деце (9,8%), односно жена са једним дететом (19,8%), које су се одлучиле да прекину трудноћу, у 1989. години, последњој години поузданих и комплетних података о индукваном абортусу. У истој години 22,4% жена је прибегло абортусу, а већ је имало четири и више прекида трудноће. Трудноћа се прекида често, и када рађање није завршено, и после већег броја абортуса. Реч је о феномену који представља врло озбиљан друштвени проблем. На то указује већи број абортуса него рађања деце (133,7 абортуса на 100 живорођења) као и чињеница да је транзиција абортуса спора.

Наиме, узимајући стопе легалних абортуса на 1000 жена у плодном периоду као мерило, испред Србије, и то убедљиво су Руска Федерација (108,6 у 1990. години) и Румунија (90,9 у 1983. години), док све остале средине имају, у мањој или већој мери, ниже стопе. Тако на пример, висина стопе, крајем осамдесетих, односно почетком деведесетих година, износила је 65,2 у Бугарској; 64,5 у Босни и Херцеговини; 59,1 у Литви; 57,2 у Грузији; 56,6 у Македонији; 55,9 у Естонији; 51,6 у Хрватској; 48,0 у Словенији; 41,5 у Чешкој; 40,5 у Литванији; 38,2 у Мађарској; 28,0 у САД; 14,2 у Енглеској и Велсу; 13,3 у Француској; 6,7 у СР Немчкој и 5,3 у Холандији (Henshow, 1993; Henshow, 1997). Из цитираних података евидентно је да земље Централне и Источне Европе имају упадљиво више стопе него развијене земље. Рана либерализација абортуса је један од заједничких фактора великог броја намерних прекида трудноће у овим земљама укључујући и Србију.

Регионално посматрано, пресудан утицај на величину проблема абортуса у Србији имају нисконаталитетна подручја. Посматрани у односу на број жена у плодном периоду, у 1989. години, абортуси су најраспрострањенији у централној

Србији (95,1 на 1000 жена у фертилном периоду), затим у Војводини (74,1), а далеко их је најмање на Косову и Метохији (24,1). Ниска стопа абортуса на Косову и Метохији објашњава се, пре свега, висином фертилитета на овом подручју.

Велики број намерних прекида трудноће постоји у Србији упркос напретку технологије и науке, који је понудио нова средства и методе контроле рађања, објективно гледано много прихватљивих. Ова противречност намеће више питања међу којима је најважније, зашто се жена при избору метода и средства контроле рађања не ослања на савремена научна достигнућа?

Ретка репрезентативна истраживања на нивоу земље као целине, путем којих би се могли ближе објаснити разлози дугогодишњег доминирања абортуса као вида контроле рађања, биле су анкете о фертилитету удатих жена и планирању породице. Њих је спровео Центар за демографска истраживања 1970. и 1976. године. Међутим, од последње анкете је прошло више од двадесет година, а обе су биле претежно општег карактера. У међувремену је извршено више парцијалних истраживања у централној Србији и Војводини, подручјима на којима је абортус постао епидемиолошки проблем. Истраживања су била, пре свега, концентрисана на обим прекида трудноће и његове особине, затим на правни аспект и политику абортуса у оквиру планирања породице. Узроци, као централно питање ове теме, су само делимично истраживани, тако да су објашњења остала уопштена и сведена на образовне, психолошке, социјалне и друге карактеристике жена које прибегавају абортусу као методу контроле рађања. Отуда су изостали специфични и одређенији одговори на многа важна питања у овој сфери.

Питање зашто за жене контрацепција није логично решење дилеме о виду контроле рађања је посебно актуелно у Београду. Велики број абортуса (око 45000, 1989. године) постоји у Београду и поред боље образовне структуре, веће информисаности, вишег културног нивоа стамовништва, несумњивог тока еманципације и жене и мушкарца и развијеније мреже саветовалишта за контрацепцију.

ПОДАЦИ О НАМЕРНОМ ПРЕКИДУ ТРУДНОЋЕ

Деведесете године карактеришу проблеми везани за прикупљање података о намерном прекиду трудноће, мада је пријава сваке феталне смрти законска обавеза. Сумња у поузданост података везаних за регистрацију намерних прекида трудноће у Србији појавила се 1990. године. Она је била базирана на потпуно различитој тенденцији кретања абортуса у подручјима са истим репродуктивним моделом. Наиме у централној Србији је регистрован благи пад, а у Војводини висок пораст (24,8%) броја прекида трудноће. У наредним годинама регистрован број абортуса по свему судећи је потпењен. У 1991. години је регистровано 154449, 1992 – 135907, 1993 – 113720, 1994 – 94382, 1995 – 92785, 1996 – 80003, 1997 – 60723, а 1998. године 55360 прекида трудноће у односу на 193755 колико је забележено 1989. године. Радикална промена није реална имајући у виду дуго трајање овог феномена и нове услове, пре свих, економског и психолошког егзистенцијалну несигурност, проблеме различите врсте везане за доступност контрацепције, и бројне приватне гинеколошке амбуланте. Отуда се може претпоставити да је у деведесетим годинама дошло до инверзије утврђеног тренда благог пада броја прекида трудноће крајем предходне деценије.

Резултати анкетног истраживања – спроведено је у Београду 1990. године и обухватило је четири стотине жена – као важне узроке великог броја абортуса посебно издвајају: недовољно знање о модерној контрацепцији, недовољни културни ниво (општи, здравствени, сексолошки) становништва, психолошке баријере и недостатак институционализованог, савременог концепта планирања породице (Рашевић, 1993).

Већина жена недостају и елементарна знања као и познавање појава са којима се стално сусреће и судара. Само је свака десета жена (9,5%), изабрана у узорак, знала да одреди плодне дане. Или, готово једна трећина анкетираних жена (29,8%) мисли да је прекинут сношај сигурна метода контрацепције, то јест не зна ни оно што би требало да се прими пасивно, као колективно искуство. Такође, свака пета жена (20,3%) не доводи у везу абортус и компликације које он може проузроковати, а одлучила се да прекине текућу трудноћу. Збуњује и присуство традиционалних веровања и ставова. Чак 80,0% жена верује да дојење спречава зачеће.

Такође, намеће се униформност нетачних одговора. Много жена на исти начин, чак истим речима, размишља. У том смислу илустративан је пример схватања о деструктивном деловању контрацептивне пилуле у телу жене. Велики број жена, описујући превентивну улогу контрацептивне пилуле, употребљава речи као што су: убија, разара, ремети, уништава, умртвљује. Могуће је да схватања о деструктивном деловању пилуле у телу жене подсвесно утичу на неприхватање овог контрацептивног средства. Или је, пак, ирационално неприхватање пилуле, у недостатку знања, основ за овакво тумачење са негативним призвуком. Сем тога, несхватљива је затвореност једног броја жена према новим сазнањима. Чак, више од једне трећине жена (37,5%) не жели да ништа више научи о модерној контрацепцији. Образовање јесте фактор који детерминише разлике у нивоу знања, али не у оној мери у којој би то морало да чини. Мало знају жене које прекидају трудноћу и оне са највишом школском спремом, па чак и жене у чије образовање по природи ствари спада и ова врста знања.

Из више налаза поменутог истраживања издваја се не само недовољно знање већ и недовољни општи, здравствени и сексолошки културни ниво оба партнера као битан узрок великог броја абортуса. Већина мушкараца, на пример, је изван контроле рађања. Такође, много жена и мушкараца погрешно схвата превенцију. Они инсистирају на штетности контрацепције по здравље, то јест на контрацепцији као узроку болести и зато се ослањају на абортус. Несхватају да је оријентација ка превентиви зачећа један од битних предуслова здравог начина живота.

Психолошке баријере за употребу контрацепције су, такође, важан узрок великог броја абортуса. У условима подједнаке доступности обе алтернативе, за највећи број жена контрацепција није логично решење дилеме о виду контроле рађања. Оне доживљавају абортус као равноправно решење које их у целини узев чак

мање психолошки оптерећује. Штетност по здравље је далеко најзначајнија компонента која делује на формирање психолошке цене контрацепције. Остале битне компоненте су доживљавање контрацепције као обавезујуће, неприродне, иритирајуће и зато непријатне, затим компликованост њене примене и извор сукоба са партнером.

Психолошки отпор према модерној и ефикасној контрацепцији није само карактеристичан за жене. Готово једна трећина анкетираних жена је саопштила да су њихови партнери или индиферентни према употреби контрацепције (25,7%) или да са њима о овој теми нису ни разговарали (6,2%). Такође, много мушкараца (28,8%) се залаже само за женска контрацептивна средства што упућује на размишљање о улози психолошке цене у оваквом ставу. Знатан број мушкараца (19,3%) је и директно против употребе контрацепције. У објашњењима доминирају она која представљају рационализацију психолошког отпора.

Важан узрок великог броја абортуса је и недостатак организованог и систематског друштвеног утицаја у овој сфери. Либерализација абортуса је настала у време пада наталитета и савсим скромног присуства појединих модерних контрацептивних средстава. Увођење контрацептивне пилуле, интраутериног улошка и стерилизације је теже у условима када слобода приступа абортусу дуго постоји. Инерција је битан фактор понашања и у контроли рађања. Истовремено, правно регулисање намерног прекида трудноће нису пратили одговарајући програми за планирање породице. Православље је либерално уопште и његово одређење према проблему планирања породице је, такође, либерално. Сексуална едукација није постала природни део одрастања у породици као ни саставни део школских програма. Анкетиране жене ретко наводе родитеље (7,5) и школу (8,8%) као извор сазнања о сексуалним односима, абортусу и контрацепцији. Теме везане за сексуални живот и контролу рађања површно дотиче штампа (36,5) и о њима се мање-више парцијално и само повремено справља у кругу пријатеља (33,2%).

Ставова жена о остваривању успешног контакта са саветовалиштем за контрацепцију откривају колико су жене дезоријентисане и остављене саме себи и колико им недостаје професионални однос и помоћ. Кроз тон, размишљања и начин формулације овог става провејава лоше сопствено искуство. Висок удео жена (45,0%) истиче лекара као основни предуслов успешног контакта са саветовалиштем. Пре свега се тражи разговор са лекаром. Њ то садржајан, отворен, двосмеран, људски, без страха од реакције. Разговор који ће бити окренут њима, као посебним индивидуама, њиховим проблемима, њиховим страховима, њиховим вредностима, уместо формалног контакта између лекара и пацијента. Жене, не само да су свесне сукоба на релацији она-саветовалиште за контрацепцију, већ интуитивно износе низ сугестија прихваћених као решења у оквиру програма за планирање породице других земаља.

Разматрање компликација намерног прекида трудноће у Србији се ослања на парцијална истраживања једног броја ги-

неколога, као и неколико студија које су се комплексније бавиле овим проблемом. У највећој од њих, студији Гинеколошко-акушерске клинике у Београду, којом је обухваћено 2359 жена у Србији, утврђено је да се ране компликације намерног прекида трудноће јављају у 21,3% случајева, као и да су присутне велике регионалне разлике. Сваки десети абортус у Војводини, сваки пети у Београду, односно скоро сваки трећи у централној Србији (изузимајући Београд) је праћен компликацијом (Милачић, 1983). Ниво утврђених раних компликација се може оценити као висок, мада су резултати више истраживања потврдили да су озбиљне ране компликације абортуса ретке, али је и ризик њиховог јављања виши у поређењу са индустријским земљама. На пример, перфорација утеруса се јавља на 665 абортуса (Антоновски, 1982). Ране компликације побачаја неретко су узрок хроничних компликација. У поменутој студији Гинеколошко-акушерске клинике утврђено је, путем тестирања 21 социо-економске, демографске и медицинске варијабле, да су намерни прекид трудноће и број намерних прекида трудноће у репродуктивној историји жене важни дискриминатори неплодности, спонтаних побачаја и превремених порођаја.

Психичке последице индукваног абортуса, такође, су истраживане. Један број аутора сматра да је неповољна психолошка реакција на нежељену трудноћу много озбиљнија него неповољна реакција због абортуса и истиче практичну вредност абортуса као начина да се изађе из стресогене ситуације. Други, пак, међу којима су и психијатри, заступају мишљење да је сваки абортус стресогено искуство и ризик за ментални поремећај. Такође, истраживање спроведено у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије је показало да је за 11% адолесценткиња абортус представљао тежак емоционални стрес и био непосредни узрок депресији (Милојевић, 1972). И резултати репрезентативног анкетног истраживања о узроцима великог броја абортуса у Београду су потврдили да је прекид трудноће за многе жене тешко искуство. Тако, код око 45% жена су присутне неразјашњене емотивне реакције везане за абортус и два месеца након намерног прекида трудноће. Психолошка траума је различитог степена. Абортус се ретроспективно доживљава као тешко искуство, али без сазнајних трагова (14,0%), болно искуство на које се често мисли (14,6%) или, пак, као искуство које је било до те мере узнемирујуће да се не жели размишљати о њему (15,9%).

Конјрацепција

Нажалост не постоји редовно статистичко праћење употребе контрацепције. Једини извор су анкетна истраживања која истовремено пружају и низ битних података за дубљу анализу овог феномена. Једно од ретких репрезентативних истраживања, које је обухватило контрацептивно знање, ставове и понашање биле су анкете о фертилитету удаћих жена и планирању породице (Рашевић, 1974/1975 и Сентић, 1980). Њих је спровео Центар за демографска истраживања 1970. и 1976. Резултати ових истраживања показали су, поред осталог, следеће:

Прво, 78,6% удатих жена у 1970, односно 83,5% у 1976. знало је за постојање неког од средстава и метода којим се може спречити зачеће. С обзиром да је у питању само елементарно знање, укључујући познавање средстава и метода која су дуго позната у народу, висина удела је само на изглед задовољавајућа. То најбоље илуструју подаци о познавању савремених контрацептивних средстава. Нешто мање од половине анкетираних жена у 1976. је знало за постојање контрацептивне пилуле. Обавештеност о интраутериним улошкима је још мање задовољавајућа (око 30%). Такође, према резултатима из 1976. године биле су присутне и велике регионалне разлике. Тако је на Косову и Метохији тек свака друга жена знала за постојање контрацепције;

Друго, само половина удатих жена у фертилној периоду је примењивала контрацепцију у време спровођења обе анкете (посматрано по великим подручјима тај удео се у 1976. години кретао од 9,0 на Косову и Метохији, до 55,6 и 59,2 у централној Србији и Војводини);

Треће, међу женама које нису примењивале контрацепцију готово две трећине није имало потребу да то чини (због стерилности, због тога што су биле трудне у време спровођења анкете, или су желеле да рађају), а једна трећина то није чинила иако је имала потребу за контролом рађања. Већина међу њима је изјавила да није прихватила контрацепцију из неповерења или страха према њој, због религије, противљења супруга или због тога што није чула за контрацепцију, што нема коме да се обрати за савет и слично. Регионалне разлике у овом погледу нису значајне;

Четврто, класични контрацептивни методи су били знатно распрострањенији него савремена средства против зачећа. Око 60% удатих жена примењивало је *coitus interruptus* као искључив метод контроле рађања у 1970, односно 1976. Ефикасна контрацептивна средства (контрацептивну пилулу и интраутерини уложак) је користило само 8,5%, односно 2,1% жена у време спровођења анке-

те. Најбољу структуру употребе контрацепције је имала Војводина. Наиме, готово свака четврта жена на овом подручју, у 1976. години је превенирала трудноћу путем модерне контрацепције;

Пето, од укупног броја удатих жена старих од 15 до 49 година које су примењивале контрацепцију, више од једне трећине (38,8%) је имало једну или више непланираних трудноћа. Претпоставља се да је главни разлог претежно коришћење *coitus interruptus*, контрацептивне методе незадовољавајуће ефикасности. Могуће је, такође, да извесну улогу имају и други узроци, као што су ставови женског и мушког становништва о контрацепцији, знање о примени појединих средстава и метода, интензитет мотива за контролу плодности, итд;

Шесто, само једна трећина (36,4%) удатих жена, према анкети из 1976, је одлазила у здравствене установе ради савета за избор контрацептивних метода и средстава и упутства за њихово коришћење (у Централној Србији и Војводини свака друга жена, а на Косову и Метохији свака шеста жена);

Од последње анкете је прошло 24 године. У међувремену је извршено више партиципалних истраживања. Сва су у мањој или већој мери показала несумњиво квалитативан помак у прихватању контрацепције посебно њених савремених метода. Но и поред тога знање и ставови о контрацепцији као и ниво коришћења далеко су од задовољавајућег. Тако, у истраживању које је спроведено током 2000 године је утврђено да 41,5% удатих жена или жена у неформалним заједницама у централној Србији, односно 38,1% у Војводини не употребљава контрацепцију (УНИЦЕФ, 2000). Или, анкета са 519 младих који похађају завршне разреде средњих школа, на територији града Београда, је показала да је њихово психолошко оптерећење намерним прекидом трудноће три пута веће од психолошког оптерећења контрацепцијом. Упкос томе велики број младих се ослања на неефикасне методе контроле плодности. Наиме, једна петина превени-

ра зачеће путем *coitus interruptus*-а или метода плодних дана. Ове класичне методе су неефикасне уопште, а поготово у условима адолесценције коју карактеришу неуредни менструални циклуси, недостатак искуства и смањена способност контроле. Број адолесцената који су на ризику за нежељено зачеће је још најмање двоструко већи јер једна петина испитаника не користи уопште контрацепцију, а сексуално је активна (Ђелетовић, 1998). Посебно је индикативан закључак истраживања спроведеног у 11 домова здравља у Београду да се здравствени радници по свом понашању не разликују значајно од остале популације. Наиме, једна трећина гинеколога или њихових партнерки није користила контрацепцију и више од једне трећине је имало два и више намерних абортуса (Ристић, 1994).

Матерински морталитет

Ако је главни проблем репродуктивног здравља нисконалитетних подручја епидемијска распрострањеност намерног прекида трудноће, Косову и Метохију, пак, карактерише висок матерински морталитет. Према последњим поузданим подацима (одnose се на 1988. годину), стопа је износила 26,7 на 100.000 живорођења. Сигурно је да је преобилно рађање важан узрок угроженог здравља и живота жена овог подручја. Високе репродуктивне норме претпостављају да жена рађа и много, и често, и дуго, током прокреативног периода што са собом носи низ ризика. По правилу описани репродуктивни модел је карактеристичан за неразвијеније средине Косова и Метохије са свим оптерећењима које живљење у таквој средини носи, пре свега недовољно развијена здравствена служба, лоша пренатална и интрапартална брига, низак ниво здравствене културе.

Фебруара 1998. године је спроведено пробно анкетно истраживање на узorkу од 116 жена које су се породиле у три типа породилишта на Косову и Метохији, чији резултати показују да је формирана позитивна рецепторна основа за спрово-

Сексуална едукација

Сексуална едукација не постоји у складу са савременим принципима и потребама. Контрацепција, ризици прибегавања намерном прекиду трудноће, ризичне трудноће, превенција стерилитета, сексуално преносиве болести, одговорно сексуално понашање и слично, су теме које се углавном не расправљају у породици, не покрећу школи, а масовни медији их површно и нередовно дотичу. Отуда не чуди да се број адолесцентних трудноћа може проценити сваке календарске године на најмање 50 на 1000 адолесценткиња старих од 19 година.

Да би додатно илустровало потребу за сексуалном едукацијом младих навешћемо размишљања која су сакупљена током лета 1999. године у Београду у оквиру Летње школе *Сачувајмо здравље* намењене адолесцентима. Цитираћемо одговоре добијене на два питања.

Прво је гласило: „Коме се обраћаш за савет везан за сексуалне односе, контрацепцију или абортус?“

„Понекад пожелим да се обратим родитељима, али одустајем, јер се сетим да праве одговоре увек заобилазе. Остају ми другарице“ (девојка, 18 година).
„Моји родитељи немају времена ни стрпљења, али ни разумевања за моја интересовања, поготово за сексуалне односе, пали би у несвест. Зато све питам дечка“ (девојка, 16 година).

„За своје родитеље сам ја дете које има све што му треба под условом да буде добро. Како онда да поменем секс. Нешто питам брата, али се он прави важан“ (младић, 16 година).

„Никоме, следим свој инстинкт“ (младић, 17 година).

„Никоме, све што радим, радим на сопствену одговорност“ (младић, 17 година).

„Никоме, требало би гинекологу“ (девојка, 17 година).

„Немам коме“ (девојка, 16 година).

„Коме да се обратим?“ (девојка, 18 година).

„Немам никога блиског“ (младић, 18 година).

Најчешћи одговор на питање која сазнања везана за сексуални живот недостају младим људима је био – многа сазнања.

„У породици и школи све везано за сексуални живот је табу тема. Отуда многи млади располажу половичним или нетачним информацијама“, (девојка 17 година).

„Многа. Не знам одакле треба почети и где стати. Много пропушта постоји“ (девојка, 18 година).

„Колико ја знам по свом окружењу многа знања недостају. Млади ступају у сексуалне односе, а да немају никаква предзнања“, (младић, 17 година).

„Из дружења и разговора са мојим друговима сасвим сигурно знам да нико ништа не зна. Само се фолирају да знају и причају бајке. А девојке! Како само верују у све глупости које причам“ (младић, 18 година).

„Ништа се не зна. Зато треба увести сексуалну едукацију у школу. Неки предмет, али да се још и то не оцењује“ (младић, 16 година).

ђење програма планирања породице (Рашевић, 1998). Наиме, налази указују на доминацију, али и процес трансформације традиционалног репродуктивног понашања и положаја жене ове покрајине. На нивоу вредносних ставова и пожељних ситуација приметан је већи ниво модификације и цепања традиционалних оквира. Међутим, чак, и у домену вредносних судова могу се уочити разлике у степену отворености ка промени, који је знатно израженији у ставовима општијег карактера но у ставовима који се тичу елемената блиских животном искуству испитаница. Ипак, треба подвући значајне помаке у односу на традиционални тип понашања. Прво, процес трансформације релевантних ставова и нивоа информисаности конзистентно је забележен на свим истраживаним димензијама (вредности у животу, о браку, деци, контрацепцији). Тиме се потврђује правилност процеса транзиције фертилитета, односно примарност трансформације ставова као битног предуслова промене понашања. Такође, поређење вредности идеалног броја деце и његове релације са очекиваним бројем деце добијене пробним истраживањем са резултатима претходних истраживања, указује да је уочени процес трансформације нормативне сфере у већој мери праћен и променама репродуктивног понашања односно спремношћу да се то учини. У овом погледу свакако треба истаћи да готово трећина испитаница жели да превенира нежељену трудноћу у будућности употребом ефикасне и модерне контрацепције (од којих преко 85% преферира интраутерини уложак). С обзиром да је удео жена који намеравају да примењују контрацепцију у будућности преко 90%, у циљу сагледавања извесности таквог понашања релевантан је податак о постојању значајног психолошког оптерећења контрацепцијом, али и чињеница да је оно двоструко ниже од оптерећења абортусом.

Болести које се преносе сексуалним путем

У Србији нема података који би омогућили утврђивање распрострањености болести које се преносе сексуалним путем. Разлоге треба тражити у одсуству дефинисаних протокола испитивања, регистрација и лечења као оболелих особа тако и њихових партнера. Међутим, најмање неколико чињеница нам дозвољава да болести које се преносе сексуалним путем сврстамо у један од значајних проблема репродуктивног здравља. Прво, инциденција болести које се преносе сексуалним путем расте у већини земаља у транзицији услед осиромашења великог броја становника, социјалног маладаптационог синдрома, осећаја несигурности, ширења проституције и наркоманије, недостатка сексуалне едукације. Затим, искуство више популација у различитим временима показало је да је дубоко законита веза између рата и пораста болести које се преносе сексуалним путем. Такође, расте број оболелих од СИДЕ као и број лица заражених HIV вирусом.

Од 1985. године, када су регистрована прва два случаја, до 30. јуна 2000. године, укупан број оболелих од СИДЕ у Србији износи 845 лица, са стопом инциденције 5,3 на милион становника током 1999. године. Према проценама Светске здравствене организације број особа које су заражене HIV вирусом у СР Југославији прешао је 6000 (УНИЦЕФ, Влада СР Југославије, 1998). Мада су преко 70% оболелих од СИДЕ мушкарци, број оболелих жена константно расте као и број лица која су заражена хетеросексуалним путем. Треба посебно подвући да је мушко-женска HIV трансмисија два до четири пута учесталија од женско-мушке трансмисије. То је условљено биолошким факторима.

Биолошки фактори условљавају већу вулнерабилност жена уопште на болести које се преносе сексуалним путем. За женски пол су значајније последице болести које се преносе сексуалним путем јер укључују компликације трудноће, септикемију, спонтане абортусе, и мртворођења. Истовремено, пак, дијагноза болести које се преносе сексуалним путем код жена је тежа услед мање изражених симптома. Адолесценткиње представљају посебно осетљиву субпопулацију на болести које се преносе сексуалним контактом услед смањене отпорности первикалне слузокоже на инфекцију.

Отуда скрећу пажњу резултатима истраживања које је утврђивало знање, ставове и понашање адолесценткиња релевантних за болести које се преносе сексуалним путем (Седлецки, 1998). Анкетом је обухваћено 300 сексуално активних адолесценткиња које су се за здравствену услугу обратиле Институту за здравствену заштиту мајке и детете у Београду, у периоду од октобра 1995. до октобра 1997. године. Најважнији резултати су:

1. Информисаност девојака о врстама болести које се преносе сексуалним контактом је незадовољавајућа. HIV инфекција је најчешћа болест коју испитанице познају (82,3%), али чак свака пета адолесценткиња не зна да СИДА може да настане сексуалном трансмисијом. Поред HIV инфекције, две најчешће помињане венеричне болести су гонореја (75%) и сифилис (72,3%). Остале полно преносиве болести се знатно ређе познају, у распону од 0,3 до 5,7%.

2. Више од 10% девојака не зна да постоји средство које спречава преносе полних болести.

3. Готово половина девојка (48,4%) са родитељима никада није разговарала о болестима које се преносе сексуалним путем.

4. Више од 40% адолесценткиња је имало сексуалне односе у вези коју доживљава као површну.

5. Свака пета испитаница (21,7%) је имала четири или више партнера у сексуалној историји.

6. Две трећине анкетираних адолесценткиња има честе сексуалне односе, најмање 2 до 3 пута недељно.

7. Свака десета адолесценткиња имала је сексуалне односе са партнером који је био десет и више година старији.

8. У тренутку испитивања 31,0% адолесценткиња је употребљавало кондом.

9. Више од једне трећине адолесценткиња (39,0%) не прихвата кондом као превентивно средство, пре свега јер умањује сексуални доживљај.

Проблеми репродуктивног здравља у Србији су озбиљни и изискују решавање. То претпоставља ширење релевантних знања, развијену мрежу сервиса за планирање породице, доступност модерне контрацепције, извлачење мушкараца из дефанзиве и промоцију њихове одговорности у овој сфери, правну регулативу вољне стерилизације, и друго. Тешко се могу очекивати брзи позитивни резултати. Дуго трајање проблема репродуктивног здравља у Србији указује на бројне и стабилне факторе који их проузрокују. Уважавajući ову чињеницу, као и спорост спонтаних промена, очекује се да ће проблеми репродуктивног здравља бити присутни и у годинама које долазе. Међутим, дужина њиховог трајања ће умногосте зависити од могућности и спремности да се са њима суочимо.

Др Мирјана Рашевић

Цитирана литература:

- Антоновски Љубомир, „Медицински аспект артифицијалног абортуса у Југославији“, *Фертилитетски студије и планирање породице у Југославији*, Институт друштвених наука, Центар за демографска истраживања, Београд, 1982.
- Ђелетовић Анијелка, Нила Капор Стануловић, „Yugoslavia: contraceptive use among young people“, *Entre Nous*, Number 40-41, 1998.
- Henshaw Stanley, „Induced Abortion: A World Review, 1990“, *Contraception and Family Planning*, United Nations, New York, 1993.
- Henshaw Stanley, „Abortion laws and practice world-wide“, *Choices*, Volume 26, Number 1, 1997.
- Милачић Дражен, *Медицински и социјални аспекти проблема хумане репродукције у СР Србији*, докторска дисертација, Медицински факултет, Универзитет у Београду, 1983.
- Милојевић С, В. Драмушић, Љ. Милосављевић, „Психички поремећаји као последица легалног прекида трудноће код малолетница“, *Зборник радова – VII конгрес гинеколога општиничара Југославије*, Београд, 1972.
- Рашевић Мирослав, „Ефикасност контрацепције и ставови удатих жена и ставови удатих жена о овом питању“, *Становничко*, број 3-4/1-2, 1974/1975.
- Рашевић Мирјана, *Ка разумевању абортуса у Србији*, Центар за демографска истраживања Института друштвених наука, Београд, 1993.
- Рашевић Мирјана, *Жена и рабање на Косову и Метохији*, Центар за демографска истраживања Института друштвених наука, Београд, 1998.
- Ристић Јасна, Медицинско особље и планирање породице, *Становничко*, број 3-4, 1994.
- Седлецки Катарина, *Значај испитивања цервицитиса који је узрок Chlamidia Trachomatis у сексуално активних адолесценткиња*, докторска дисертација, Медицински факултет, Универзитет у Београду, 1998.
- Сентић Милица, „Контрацепција и њени демографски аспекти“, *Фертилитетски студије и планирање породице у Југославији*, Центар за демографска истраживања, Београд, 1980.
- УНИЦЕФ, Влада СР Југославије, *Situation Analysis of Women and Children in the Federal Republic of Yugoslavia*, Београд, 1998.
- УНИЦЕФ, *Multiple Indicator Cluster Survey II*, Београд, 2000.