

СРБИЈА ДВАДЕСЕТ ГОДИНА ПОСЛЕ
КАИРСКЕ КОНФЕРЕНЦИЈЕ:
ИМА ЛИ НАПРЕТКА У СФЕРИ
РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА?

МИРЈАНА РАШЕВИЋ

Институт друштвених наука
Краљице Наталије 45, Београд, Србија
Е-адреса: rasevicm@gmail.com

САЖЕТАК: Појам репродуктивног здравља уведен је на Међународној конференцији о становништву и развоју која је одржана под покровитељством Уједињених нација у Каиру 1994. године. Нови концептуални приступ утемељен је у тежњи да се успостави равнотежа између микро и макро репродуктивних потреба и циљева, као и индивидуалних права и одговорности у сфери здравља, партнерских односа и родитељства. Он је разрађен у истовремено усвојеном *Плану акције*. Какве ефекте су имале поруке из Каира на стање репродуктивног здравља становништва Србије? Анализа стања и тенденција десет најбитнијих индикатора из ове области показује да нису направљени очекивани помаци. Ако су и направљени, они се региструју последњих година и везани су најчешће за стабилизацију вредности појединих показатеља, али не на пожељном нивоу. Прави изузетак је континуирано опадање смртности од AIDS-а. То, међутим, не умањује значај већ потврђује релевантност и актуелност *Програма акције*. Поготово у Србији.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: репродуктивно здравље, Међународна конференција о становништву и развоју, Србија, Уједињене нације

У људској заједници током историје спонтано се развијало планирање породице под утицајем различитих чинилаца социјалне, религиозне, етичке или филозофске природе. Оно представља свесну активност индивидуе и парова у репродуктивном добу живота, којом теже не само да регулишу број и временски распоред рађања, већ и да роде здраво дете. Утицај друштва у овој сфери огледа се, у новије време, кроз делање различитих покрета и програма за планирање породице. Тако се планирање породице

појављује на три нивоа: као индивидуална пракса, као покрет друштвених група и као програм који доноси и спроводи држава.

У савремено доба планирање породице тежи да постане истовремено и индивидуална потреба и социјални захтев, људско право и обавеза према друштву, снажна превентивна мера и стил живота и елемент појединачне и друштвене репродуктивне свести. Отуда је нужно мултидисциплинарно изучавање планирања породице чији су различити аспекти (биолошки, здравствени, демографски, социолошки, психолошки, економски, етички, политички) тешко раздвојиви.

Као централна намећу се два аспекта посматрања овог феномена: демографски и здравствени. Демографски аспект јер је рађање деце и његов агрегат фертилитет становништва одлучујућа варијабла развитка становништва (раста становништва и старосне структуре), а његовим посредством и бројних социјалних и економских процеса. Здравствени аспект је, такође, веома битан пошто живот и здравље мајке и детета у великој мери зависе од формираног репродуктивног модела и услова у којима се он остварује.

МЕЂУНАРОДНА КОНФЕРЕНЦИЈА О СТАНОВНИШТВУ И РАЗВОЈУ

У жељи да се подвуче значај здравственог аспекта планирања породице и истовремено смање отпори за прихватање државне интервенције у сфери рађања уведен је појам репродуктивног здравља. Нови концептуални приступ утемељен је на петој по реду популационој конференцији Уједињених нација – на Међународној конференцији о становништву и развоју која је одржана у Каиру 1994. године. У *Плану акције* [UNFPA, 1995], који је на овој конференцији усвојило 179 националних делегација, репродуктивно здравље је дефинисано 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.

Репродуктивно здравље отуда подразумева да су људи способни за задовољавајући и безбедан сексуални живот и репродукцију уз пуну слободу доношења одлука. Последњи услов садржи право мушкарца и жене на информисаност и доступност безбедних, ефикасних и прихватљивих метода контроле рађања који нису у супротности са законом, као и право на приступ одговарајућим сервисима за заштиту здравља који ће омогућити жени безбедну трудноћу и порођај и пружити најбољу шансу паровима да имају здраво дете.

Полазећи од дефиниције здравља Светске здравствене организације, репродуктивно здравље је дефинисано у најширем контексту уважавајући предуслове (информисаност, доступност метода контроле рађања) и етичке

принципе (слобода на избор жене и мушкарца). Ограда која се односи на приступ методама контроле рађања које нису у супротности са законом је уступак, у научном и прагматичном смислу лош, земљама које имају рестриктивне законе о абортусу и стерилизацији.

У складу с дефиницијом репродуктивног здравља, заштита репродуктивног здравља широко је дефинисана као скуп метода, техника и сервиса за превенцију и решавање репродуктивних здравствених проблема, укључујући и сексуално здравље, с циљем да се унапреди квалитет живота и односи међу партнерима.

Као и дефиниција, циљ је у овој области постављен у најширем смислу. Наиме, све земље се позивају да омогуће свим појединцима одговарајућег узраста приступ, кроз примарну здравствену заштиту, репродуктивном здрављу најкасније до 2015. године. Детаљно су набројани појединачни видови које укључује репродуктивно здравље у контексту примарне здравствене заштите почев од савета, информисања, едукације и сервиса за планирање породице до образовања за хуману сексуалност, репродуктивно здравље и одговорно родитељство.

У оквиру праваца акције нарочито се истиче потреба укључивања жена у вођење, формулисање и спровођење релевантних програма, као и у све типове невладиних организација (женски покрети, религијске групе, програми намењени младима) за промоцију репродуктивног здравља. Такође, издвојени су мушкарци и адолесценти као посебне циљне групе и подвучена је потреба њиховог достизања на послу, у кући или на местима за рекреацију, односно у школи, у омладинским организацијама и местима окупљања адолесцената.

Начин на који је дефинисан појам репродуктивног здравља и његова заштита, постављени циљеви и набројане акције за очување и унапређење здравља у овој сфери могу се веома повољно оценити, пре свега због тежње да се успостави равнотежа између микро и макро репродуктивних потреба и циљева, као и индивидуалних права и одговорности у сфери здравља, партнерских односа и родитељства.

Мада циљеви везани за репродуктивно здравље нису квантификовани у *Плану акције*, осим максималистичког залагања да сви појединци треба да имају приступ репродуктивном здрављу до 2015. године, они су дефинисани да би се побољшао квалитет репродуктивног здравља становништва и да би се постигао последични напредак у демографском и економском развоју.

Какве је ефекте имала имплементација *Плана акције* усвојеног на Међународној конференцији о становништву и развоју крајем 1994. године, водича за деловање на основу широке дефиниције репродуктивног и сексуалног здравља, на стање репродуктивног здравља становништва

Србије? Поготово што је универзални приступ репродуктивном здрављу прихваћен и као пети циљ, у *Миленијумским циљевима развоја до 2015.* донесеним 2000. године (UN, 2000) на Миленијумском самиту, са којим су се сагласиле све земље чланица Уједињених нација и најмање 23 интернационалне организације.

РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ

Да бисмо одговорили на питање везано за остваривање позитивних ефеката у сфери репродуктивног здравља становништва Србије, изабрали смо да анализирамо стање и досадашње тенденције 10 најбитнијих индикатора. То су стопа укупног фертилитета, стопа трудноћа адолесценткиња, примена контрацепције, структура употребе контрацепције, стопа укупних абортуса, инфицираност HIV-ом, смртност од AIDS-а, матернална смртност, смртност одојчади и водећи узроци смрти жена у репродуктивном периоду.

Изабрани су они индикатори који су истовремено реални показатељи одређених стања, доступни су за анализу и везани за дугогодишње проблеме репродуктивног здравља у Србији. Из познатих разлога посматрана је територија Србије ван подручја Косова и Метохије. Поред података Републичког завода за статистику и Института за јавно здравље Србије, коришћени су резултати репрезентативног националног истраживања домаћинства, жена, младића и деце која су спроведена 2000, 2005. и 2010. године (UNICEF, 2001; UNICEF, 2007; UNICEF, 2012), као и процене које се тичу намерних прекида трудноће.

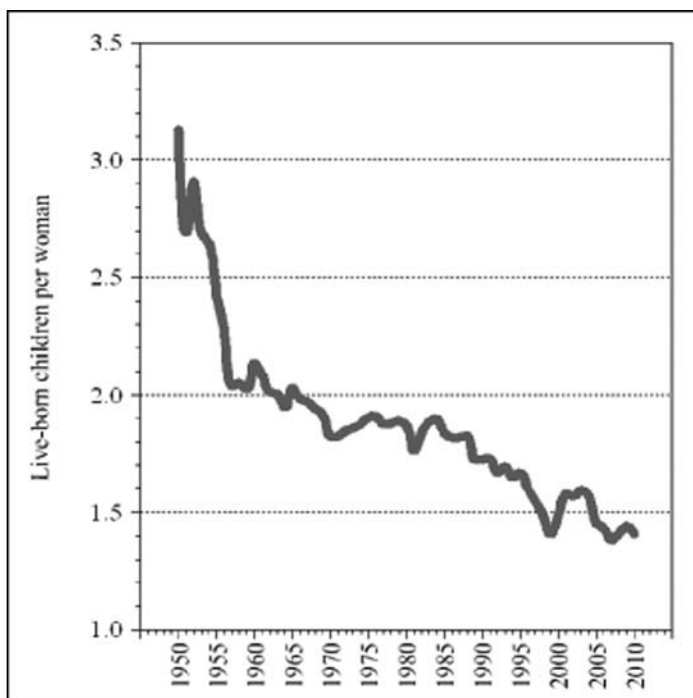
Стопа укупног фертилитета

Централна Србија и Војводина су се с феноменом недовољног рађања суочиле још средином прошлог века, на знатно нижем нивоу општег развоја него европске земље. Социјалистички тип убрзаног процеса модернизације, нагли прелазак из села у град, значајан удео жена на тржишту рада с пуним радним временом током репродуктивног периода, нагла секуларизација, као и раширеност препрека економске природе за остваривање репродуктивних норми, свакако су најважнији чиниоци ране појаве феномена недовољног рађања и његовог одржавања на нисконаталитетним подручјима Србије. Поред тога, за разлику од осталих социјалистичких земаља, југословенско друштво било је знатно отвореније за западни систем вредности и у већој мери је омогућавало задовољење индивидуалних потреба. То је допринело порасту економске и психолошке цене детета [Рашевић и Петровић 1995]. Тако је већ у 1971. години стопа укупног фертилитета, прецизан индикатор нивоа рађања, била за око 15% нижа од потреба просте репродукције у Централној Србији, односно за готово 20% у Војводини. У том интервалу вредности стопа углавном се стабилизују у следеће две деценије на оба подручја. Једно од објашњења

регистроване стабилизације фертилитета у Србији јесте очување високог нивоа универзалности брака, у који се још релативно рано улазило, а браку алтернативне форме заједништва готово да нису постојале.

Деведесете године 20. века представљале су изузетно сложен период у битисању становништва Србије. Поред дугорочних фактора на демографски развитак деловао је и низ бурних догађаја: распад СФРЈ, рат у окружењу, санкције међународне заједнице, политички проблеми, криза институција, војна интервенција НАТО пакта. Смањен степен самореализације и живот у перманентном стресу основне су одлике живљења овог периода на индивидуалном, психолошком нивоу. Сиromaштво, односно редукација потреба на егзистенцијалном нивоу, су пак основне карактеристике економске цене ове деценије коју је платила огромна већина становништва. Резултат је да нисконаталитетна подручја Србије у 1990-им годинама бележе константан пад рађања. У централној Србији стопа укупног фертилитета између 1991. и 1999. опала је са 1,73 на 1,40 детета по жени, а у Војводини са 1,72 на 1,43 детета по жени.

Графикон 1
Стопа укупног фертилитета. Србија, 1950–2010.



Извор: Документационе табеле Центра за демографска истраживања Института друштвених наука.

Након лаганог повећања нивоа рађања у Србији током 2000. и 2001. године и његовог каснијег трогодишњег задржавања на нивоу од 1,6 детета по жени, од 2005. године стопа укупног фертилитета поново бележи пад, достижући вредност од само 1,38 детета по жени у 2007. години. У наредним годинама ниво рађања се стабилизује на незнатно вишем нивоу (Графикон 1). Објашњење изузетно ниског фертилитета треба тражити, поред дубоке условљености овога феномена на садашњем нивоу цивилизацијског развоја, и у израженим структурним препрекама у процесу транзиције социоекономског система, уз придодате нове елементе могуће индивидуалне пасивизације као што су, на пример, осећање несигурности, социјални маладаптациони синдром на измењене вредности и норме и друштвена аномија.

Према последњим подацима који се односе на 2011. годину ниво рађања је чак 33% испод потреба просте репродукције становништва, што значи да би следећа генерација жена била за трећину мања по броју од садашње. Другим речима, са вредношћу стопе укупног фертилитета од 1,40 ниво рађања у Србији је испод европског просека који износи 1,6 детета по жени [Pison 2011].

Дуготрајност недовољног рађања је основни покретач депопулације и дубоких промена у старосној структури становништва. Тако је број живорођених 2011. године био за 37,3 хиљада мањи од броја умрлих. Уједно, 2011. година је двадесета година за редом како се у Србији бележи негативан природни прираштај. Релативно посматрано, на 1.000 становника стопа природног прираштаја у 2011. години износила је -5,2 ‰. Истовремено, Европа као целина бележи нулти природни прираштај.

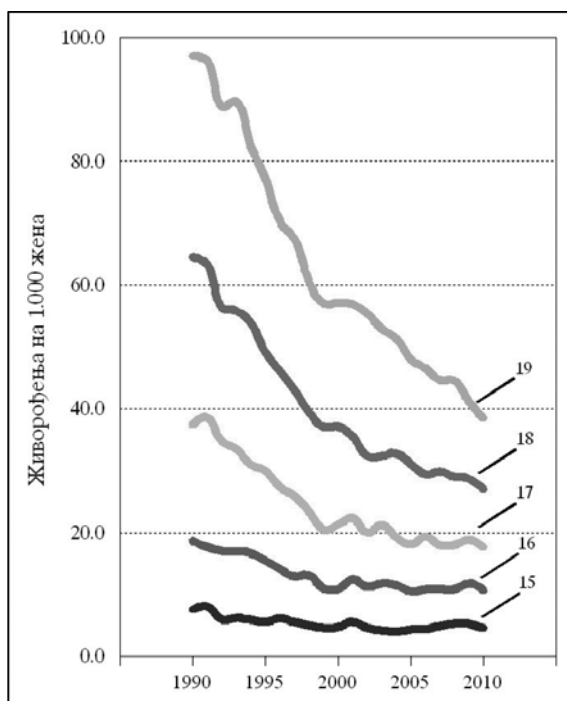
СТОПА ТРУДНОЋА АДОЛЕСЦЕНТКИЊА

Трудноћа током адолесценције је озбиљан проблем јавног здравља, с последицама које се тичу не само адолесцената и њихових породица већ и здравственог система и друштва. Слика о адолесцентским трудноћама у Србији посматрана путем статистичких података изгледа овако:

- У Србији је у 2011. живо дете родило 19 девојака у старости 15–19 година међу 1.000 својих вршњакиња. Прецизна стопа адолесцентског фертилитета износила је 18,8 ‰.
- Апсолутно посматрано, 3.748 деце у Србији у 2011. години родиле су жене узраста до 19 година.
- Удео адолесцентског фертилитета у укупном фертилитету Србије у 2011. години износио је 6,7%.
- У односу на 1990, када почиње да се региструје континуиран јасан пад, стопа фертилитета у узрасту 15–19 година је више него преполовљена (44,3 према 18,8 ‰).

- Ово смањење је, међутим, било мањег интензитета него у већини европских земаља у истом периоду, тако да и даље у скоро три четвртине земаља Европе адолесценткиње рађају мање него у Србији [Pison 2012]. Стопа фертилитета адолесценткиња у Европи као целини, израчуната према последњим доступним подацима, износи 15 ‰ [Population Reference Bureau, 2013].
- Истовремено, од 1990. до 2011. године, снижавање нивоа рађања адолесценткиња у Србији није било подједнако у свим појединачним узрастима ове старосне групе. Оно је било упадљиво најмање (40%) међу девојкама узраста 15 година, а највеће међу девојкама старим 18. и 19. година (Графикон 2).

Графикон 2
Специфичне стопе фертилитета адолесценткиња (15–19) по појединачним годинама старости. Србија, 1990–2010.



Извор: Станковић, Б., Г. Пенев, 2012.

- Постоји јасна регионална диференцијација према висини стопе адолесцентског фертилитета. Оне су упадљиво на вишем нивоу у Источној и Југоисточној Србији, где је старосни модел фертилитета одређен традиционално распрострањеним малолетничким брако-

вима и раним рађањем деце, што пре свега одликује становнишво влашке и ромске националности.

- Последњи поуздани подаци о прекидима трудноће односе се на 1989. годину. Према њима, стопа абортуса је у старосној групи 15–19 година у централној Србији износила 19,0 промила, а у Војводини 22,3 ‰.
- У односу на 1969, годину пуне либерализације абортуса, распрострањеност прекида трудноће међу адолесценткињама 20 година касније у Централној Србији и Војводини остала је непромењена (20,5 и 21,3 ‰ респективно).
- Процењује се да је и данас стопа абортуса адолесценткиња најмање на истом нивоу.
- На основу података виталне статистике о нивоу рађања и процена о распрострањености прекида трудноће међу адолесценткињама, укупан број адолесцентских трудноћа у једној календарској години може се проценити на најмање 40 на 1.000 адолесценткиња узраста до 19 година. Половина адолесцентских трудноћа реализује се рађањем, а половина се намерно прекине.

Поред истакнутих традиционалних фактора везаних за рано ступање у формални или неформални брак и рађање пре зрелости, и многи други фактори доприносе настанку адолесцентске трудноће у нашој средини. То су: пораст учесталости сексуалне активности током адолесценције, раширеност ризичног понашања младих које угрожава њихово репродуктивно здравље, пасиван однос родитеља према сексуалности и заштити репродуктивног здравља њихове деце, одсуство системских решења везаних за едукацију у области заштите репродуктивног здравља и недовољна прилагођеност здравствене службе потребама младих везаним за заштиту репродуктивног здравља у највећем броју општина у Србији [Rašević i Sedlecky 2006].

Репродуктивни систем адолесценткиња није потпуно сазрео и трудноћа представља физиолошки стрес за њихов организам. Такође, младе жене често из разних разлога одлажу одлазак код лекара па самим тим касне превентивне мере, пре свега пренатална дијагностика. Отуда трудноћа и рађање на почетку репродуктивног периода носе повећан ризик за морбидитет жене и деце. Услед психолошке незрелости адолесценткиња њихова деца могу имати и лошу пренаталну и постнаталну бригу. Поред здравствених проблема, млади који постану родитељи током адолесценције суочавају се са низом социоекономских изазова укључујући и оне који се односе на партнерске везе [Rašević 1994]. И намерни прекид трудноће вишеструко угрожава психофизичко здравље адолесценткиња.

ИНДИКАТОРИ КОЈИ СЕ ТИЧУ ПРИМЕНЕ КОНТРАЦЕПЦИЈЕ

Не постоји институционализовани систем прикупљања података о примени контрацепције, па су њихов основни извор анкетна истраживања. Нажалост, она се спроводе редовно тек од 2000. године. Пре тога, последње репрезентативно истраживање из 1976. утврдило је да је више од половине удатих жена у репродуктивном периоду примењивало контрацепцију у централној Србији (55,6%) и Војводини (59,2%) у време спровођења анкете. На оба подручја *coitus interruptus* је био убедљиво најзаступљенији метод контроле рађања [Sentić 1980].

Снимање примене контрацепције на репрезентативном нивоу спроведено је у Србији ван територије Косова и Метохије у првој деценији овога века у три таласа: 2000, 2005 и 2010. године [UNICEF 2001; UNICEF 2007; UNICEF 2012]. Резултати су показали да није дошло до очекиваног квалитативног помака у примени контрацепције у односу на 1976. Наиме, 58,8% жена у браку или стабилној партнерској вези старости између 15 и 49 година примењивало је или је њихов партнер примењивао контрацепцију 2000. године. Одговарајући удели у 2005. и 2010. су 41,2% и 60,8%. Само су Босна и Херцеговина и Македонија бележиле ниже уделе примене контрацепције међу женама које су у браку или ванбрачној вези у 2000-им, док је просек за Европу као целину у 2010. години износио 72,6% [UN 2010].

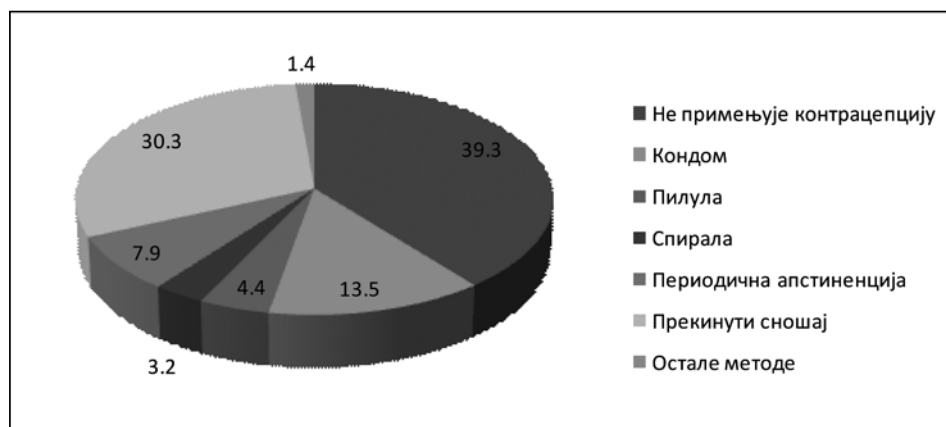
Треба посебно истаћи да није уочен ни помак ка примени контрацепције међу младим паровима у Србији у време спровођења анкете 2010. године јер су регистровани удели везани за превенирање зачећа међу адолесценткињама и у старосној групи 45–49 година били готово исти и износили су 44,8% и 46,1%.

Анализа социоекономских карактеристика жена које су превенирале зачеће током спровођења анкете 2010. године показује да је образовање основни фактор који детерминише јасне разлике по овом питању у Србији. Тако је нешто више од половине жена са основним образовањем (53,3%) примењивало контрацепцију према готово $\frac{2}{3}$ жена са вишим и високим образовањем (64,5%). Но, сигнификантне разлике нису потврђене у односу на економски статус кориснице контрацепције. Само 4,1%-ни поен је регистрована разлика у висини удела примене контрацепције међу најсиромашнијим (57,5%) и најбогатијим корисницама (61,6%). Нису потврђене ни регионалне разлике везане за примену контрацепције (удео у градским је 60,4 а у осталим насељима 61,3%).

Традиционални методи контрацепције се доминантно примењују у Србији и у 2010. години (Графикон 3). Међу женама које су превенирале зачеће њих готово две трећине (64,6%) користило је традиционалне методе, пре свега прекинути сношај или метод плодних дана. Од ефикасне контрацепције најчешће се користи кондом (22,2%), док употреба комби-

новане хормонске контрацепције и интраутериног улошка далеко заостаје (7,2% и 5,3 % респективно).

Графикон 3
Примена контрацепције међу женама у плодном периоду
које су удате или у ванбрачној заједници. Србија, 2010.



Извор: UNICEF 2012.

Недовољно рађање у Србији прати и претежно традиционална контрола рађања у којој доминира ослањање на неефикасну контрацепцију и, последично, у случају када се трудноћа не жели или не може прихватити, прибегавање абортусу. Отуда у Србији постоји дуга историја абортусног питања.

СТОПА УКУПНИХ АБОРТУСА

До последње деценије 20. века Србију је карактерисао непрекидан тренд пораста намерних прекида трудноће. У 1989. години, последњој години поузданих података, у Централној Србији број индукованих абортуса био је двоструко већи него број живорођене деце, а у Војводини за једну половину. Односно, свака једанаеста жена у репродуктивном добу живота у Централној Србији и свака тринаеста у Војводини намерно је прекинула трудноћу исте године. Међу њима, 24,2% жена у Централној Србији и 19,9% у Војводини имало је четири или више индукованих абортуса у личној анамнези [Рашевић 1993].

Пошто званични подаци о абортусима у Србији већ више од 20 година нису поуздани [Рашевић 2008], неопходно их је проценити. То је учињено коришћењем Вестофовог модела [Westoff 2008] који је изграђен на основу утврђивања корелационе везе између стопе укупних абортуса, стопе укуп-

ног фертилитета и удела употребе модерне и традиционалне контрацепције у 67 посматраних популација. Уношењем наведених података у изабрани модел добија се да је процењена вредност стопе укупних абортуса у Србији у 2000, 2005. и 2010. години износила 2,29%, 2,75% и 2,80% респективно, тј. стопа укупних абортуса у Србији и даље је врло висока, чак и расте у првој деценији 21. века, између један и по и два пута је виша од стопе укупног фертилитета и међу највишима је у Европи [Sedgh et al. 2007].

Дводеценијски истраживачки продори у нашој средини издвојили су низ фактора везаних за неприхватање модерних вредности у сфери контроле рађања. Међу њима најважнији су лака доступност намерног прекида трудноће комбинована с јасним тешкоћама везаним за ефикасну употребу контрацепције; недовољно знање о модерној контрацепцији не само међу женама и мушкарцима који имају потребу за превенцијом зачећа већ и међу здравственим радницима; чврста социјална база за традиционални модел контроле рађања; психолошки отпор према комбинованој хормонској контрацепцији и интраутерином улошку; и ограничено спровођење програма за планирање породице [Rašević i Sedlecky 2009].

Абортус не само да је морално и цивилизацијски неприхватљив, већ носи потенцијалне последице у више области које се тичу и индивидуе и друштва. У демографској сфери, абортус директно утиче на смањење фертилитета и репродуктивног потенцијала становништва (ширење стерилитета, пораст спонтаних абортуса, превремених порођаја и ниске тежине новорођенчади), а директно и индиректно делује преко морталитета женског становништва. Главне медицинске компликације и секвеле абортуса односе се на репродуктивни систем жене. Као стресогено стање, абортус, такође, има ризик за ментални поремећај. У социјалној сфери последице абортуса тичу се односа међу партнерима [Rašević 1993].

ИНДИКАТОРИ ОБОЉЕВАЊА ОД ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА

У Србији нема података који би омогућили утврђивање реалне распрострањености болести које се преносе сексуалним путем. Разлоге треба тражити у одсуству дефинисаних протокола испитивања, регистравања и лечења како 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, пре свега, осиромашења великог броја становника, ширења проституције и наркоманије, те недостатка сексуалне едукације. Такође, у Србији расте број лица заражених HIV-ом.

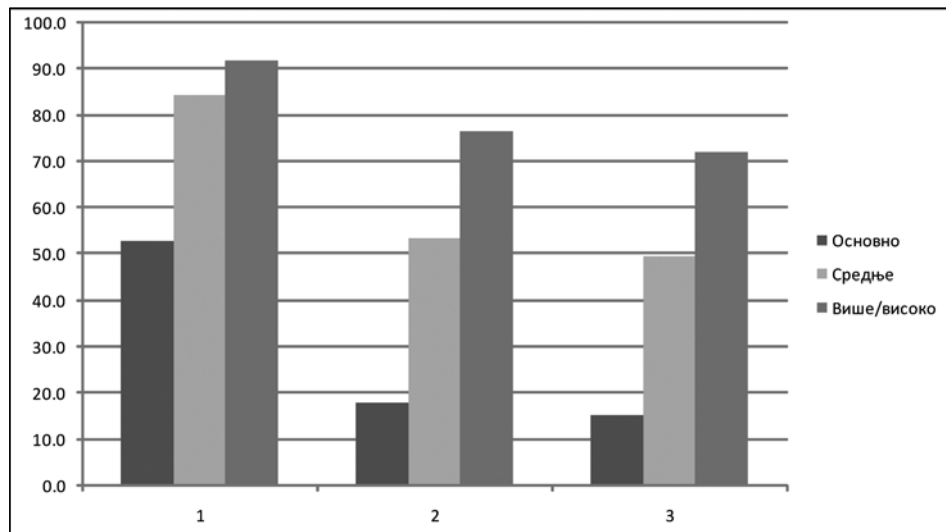
Од 1984. године, када је ретроактивно забележен први случај HIV инфекције, до краја 2010. године у Србији су регистроване 2593 особе

инфициране HIV-ом. Према последњим подацима 1515 особа у Србији живи са HIV-ом. Процењује се да је број заражених овим вирусом неколико пута већи, односно да преваленција HIV инфекције у популацији узраста 15 и више година износи 0,1% (Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије, 2012), што је испод европског просека који је на нивоу од 0,4% [Pison 2012].

Од почетка епидемије у Србији се региструје пораст учешћа особа до 30 година старости, лица која су заражена незаштићеним сексуалним односом, хетеросексуалаца оба пола, као и мушкараца, поготово оних који имају сексуалне односе с мушкарцима с ризичним понашањем. Још увек је велики проценат оболелих особа с непознатим начином трансмисије, што је повезано са неприхватањем нестандартних облика понашања у нашој средини.

Услед раног откривања особа инфицираних HIV-ом и примене адекватне терапије од 1997. године континуирано се региструје пад броја умрлих од AIDS-а. Морталитет од AIDS-а 2009. године износио је 0,34 на 100.000, док је 1996. забележено 1,20 на 100.000 [Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије 2012].

Графикон 4
Свеобухватно знање о преношењу ХИВ/АИДС жена старих 15–24 године.
Србија, 2010.



- 1 – Процент жена које знају за оба начина преношења HIV-а
- 2 – Процент оних које одбацују две најчешће заблуде у вези са ХИВ-ом и које знају да особа која изгледа здраво може имати AIDS
- 3 – Процент оних које имају свеобухватно знање о начинима преношења HIV-а

Извор: UNICEF 2012.

Информисаност младих људи о начинима преношења HIV-а битан је предуслов спречавања даљег ширења ове болести. У оквиру Истраживања вишеструких показатеља спроведеног у Србији 2010. године [UNICEF 2012] постављен је сет питања женама старим 15–24 и мушкарцима старим 15–29 година да би се утврдило њихово знање о овом питању. Налази показују да само половина анкетираних (54,1% испитаница и 47,6 испитаника) поседује свеобухватно знање о начинима преношења HIV-а (Графикон 4), тј. зна за два начина спречавања преношења HIV-а (сексуални односи са само једним верним неинфицираним партнером и стално коришћење кондома), зна да особа која изгледа здраво може имати AIDS, и може да препозна две најчешће предрасуде (зна да се HIV не преноси уједом комарца и дељењем хране с особом која има AIDS). Образовање испитаника је најважнији фактор који детерминише разлике. Тако је готово пет пута (4,7) више испитаника и готово три пута (2,6) више испитаника с највишим образовањем који поседују свеобухватно знање у односу на информисане анкетиране особе оба пола које су завршиле само основну школу.

У истом истраживању испитано је и сексуално понашање младих оба пола старих између 15. и 24. године које је повезано с преношењем полно преносивих инфекција, укључујући и HIV. У ризично сексуално понашање спадају сексуални односи у раној младости, сексуални односи са старијим особама, сексуални односи са партнером који није ни брачни ни ванбрачни партнер, као и некоришћење кондома. Налази су следећи. Само 2% испитаница и 4% испитаника имали су сексуалне односе пре 15. године старости. У 12 месеци који су претходили истраживању 4% младих жена и занемарљив број младих мушкараца имао је сексуалне односе са 10 или више година старијим партнером. Но, у претходних 12 месеци 4% анкетираних младих жена имало је сексуалне односе с више партнера, а 65% њих имало је кондомом заштићен последњи сексуални однос. Истовремено, чак 22% анкетираних младих мушкараца имало је сексуални однос с више партнерки. Међу њима, 63% користило је кондом током последњег сексуалног односа. У још већој мери скреће пажњу податак да је 41% испитаница и 61% испитаника имало сексуални однос с неком особом која није њихов брачни или ванбрачни партнер у претходних 12 месеци. Од њих, 77% жена и 80% мушкараца користило је кондом приликом последњег сексуалног односа.

РЕЛЕВАНТНИ ИНДИКАТОРИ МОРТАЛИТЕТА

Поред смртности од AIDS-а, битно је анализирати тенденције у кретању и других релевантних индикатора смртности. Важан класичан индикатор стања репродуктивног здравља у једној популацији је однос матерналног морталитета, односно смртност жена за време трудноће, порођаја или у пуерперијуму, на 100.000 живорођених. Од 2007. године,

када се подаци о смртности мајке посебно верификују у Србији, до 2011. вредност овога показатеља веома варира и креће се у интервалу од 7,3 до 19,9. Последњи упоредни приказ односа матерналног морталитета на 100.000 живорођених по земљама односи се на 2010. годину и показује да се Србија налази у првих десет европских популација које имају највише вредности овога индикатора [CIA World Fact Book 2012].

Према истом упоредном приказу, Србија спада и у десетак земаља у Европи које имају највише стопе смртности одојчади на 1.000 живорођених. Вредност овога показатеља показује јасан пад од 1997. године уз тенденцију стабилизације у последњих пет година на нивоу између 6 и 7 ‰. Оба индикатора, а поготово стопа морталитета одојчади, сматрају се значајним показатељем не само репродуктивног здравља већ и стања здравља и здравствене заштите, као и нивоа социоекономског развоја једне популације.

Битно је истаћи и да су рак дојке и рак грлића материце дуго водећи узроци смрти жена у плодном периоду у Србији. Стопе обољевања и смртности од малигних тумора на овим локализација су међу највишима у Европи (Институт за јавно здравље Србије, 2008). То је последица малог обухвата жена превентивним прегледима који се већ годинама бележе у Србији услед ниског нивоа здравствене културе нашег становништва и парцијалног спровођења програма промоције здравља, односно здравог начина живота, у здравој животној средини, уз развој личне одговорности за сопствено здравље.

ЗАКЉУЧАК

Овај рад се могао поставити другачије. Уместо анализе индикатора који су показатељи трендова везаних за рађање, превенцију зачећа, полно преносиве болести и смртност, релевантних за сферу сексуалног и репродуктивног здравља од средине 1990-их у Србији, могли су се разматрати документи, стратегије и закони усвојени у нашој средини после Каирске конференције. Они су базирани, у већој и мањој мери, на циљевима и директним препорукама *Плана акције* и, затим, *Миленијумских циљева*.

Но, права слика стања репродуктивног здравља може се добити пре свега анализом реалних релевантних показатеља. Она јасно показује да нису направљени очекивани помаци везани за стање сексуалног и репродуктивног здравља становништва Србије у последње две деценије. Ако су и направљени позитивни помаци, они се региструју последњих година и везани су најчешће за стабилизацију вредности појединих показатеља, али на непожељном нивоу. Прави изузетак је континуирано опадање смртности од AIDS-а.

Чини се да је прави тренутак да се скрене пажња доносиоцима одлука у Србији да има озбиљних проблема у сфери репродуктивног здравља

и јасног простора за њихово ублажавање, не само упркос финансијској кризи, већ управо због таквог социоекономског стања. Најмање што треба да се учини је да се континуирано спроводи и надограђује низ донетих правних аката у складу с порукама Каирске конференције.

На недавној одржаној регионалној конференцији Уједињених нација 1. и 2. јула у Женеви *О популационим приоритетима у 21. веку* потврђена је релевантност и актуелност *Програма акције*. Сексуално и репродуктивно здравље издвојено је као један од три приоритета популационе политике битних за европске земље. Посебно деловање у овој сфери има пун смисао у Србији. Друга два приоритета која су дискутована су одрживи развој и социјална инклузија.

ЦИТИРАНИ ИЗВОРИ И ЛИТЕРАТУРА

- Институт за јавно здравље Србије. *Здравље становника Србије: аналитичка студија 1997–2007*. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Багут“, 2008.
- Институт за јавно здравље Србије. *Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2011*. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Багут“, 2012.
- Комисија за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије. *Стратегија о HIV инфекцији и AIDS-у у Србији*. Београд: Министарство здравља Републике Србије, 2012.
- Рашевић, Мирјана; Мина Петровић. Рађање и обнављање становништва, у: Мирјана Рашевић (ур.) *Развићак становништва Србије 1953–1991*. Београд: Центар за демографска истраживања Института друштвених наука, 1995: 45–68.
- Станковић, Биљана; Горан Пенев. Рађање у адолесценцији. *Социјална мисао* 3, 2012: 149–163.
- Pison, Gilles. The Population of the World 2011. *Population and Societies*, July–August 2011; 480: 1–8.
- Pison, Gilles. Adolescent Fertility is Declining Worldwide. *Population and Societies* 1–4, 490, June 2012.
- Population Reference Bureau. *The World's Youth Data Sheet 2013*. Washington: PRB, 2013.
- Rašević, Mirjana. *Ka razumevanju abortusa u Srbiji*. Београд: Institut društvenih nauka, 1993.
- Rašević, Mirjana. Zdravstveni aspekti programa za planiranje porodice. *Stanovništvo* 3–4, 1994: 53–64.
- Rašević, Mirjana. Da li je evidentiran broj abortusa u Srbiji realan? *Stanovništvo*, 2, 2008: 7–21.
- Rašević, Mirjana, Katarina Sedlecky. Adolescentna trudnoća, u: *Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih*. Washington: USAID, 2006: 195–231.
- Rašević, Mirjana, Katarina Sedlecky. The Abortion Issue in Serbia. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 14, 2009: 385–390.
- Sedgh, Gilda; Stanley Henshow; Susheela Sing; Akinrinola Bankole; Joanna Drescher. Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends. *International Family Planning Perspectives* 33, 2007: 106–116.

- Sentić, Milica. Kontracepcija i njeni demografski aspekti, u: *Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji*. Beograd: Institut društvenih nauka, 1980.
- UN. *Millennium Development Goals*. New York: United Nations, 2000.
- UN. *World Contraceptive Use 2010*. New York: UN – Population Division, 2010.
- UNFPA. *International Conference on Population and Development – Program of Actions*. New York: UNFPA, 1995.
- UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey 2000 – The Report for The Federal Republic of Yugoslavia*. Belgrade: UNICEF, 2001.
- UNICEF. *Serbia: Multiple Indicator Cluster Survey 2005 – Monitoring the Situation of Children and Women*. Belgrade: UNICEF, 2007.
- UNICEF. *Srbija: Istraživanje višestrukih pokazatelja 2010. – Praćenje stanja i položaja žena i dece*. UNICEF: Београд, 2012.
- Westoff, Charles. A New Approach to Estimating Abortion Rates. *CICRED International Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-Related Morbidity and Mortality*. Paris, 2007.
- WHO. *A Snapshot of the Health of Young People in Europe*, Geneva: WHO/Europe, 2009.

Интернет извор:

CIA World Fact Book. <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>> preuzeto 1. 1. 2012.

Original scientific paper

SERBIA 20 YEARS AFTER THE CAIRO CONFERENCE:
IS THERE ANY PROGRESS IN THE SPHERE OF REPRODUCTIVE HEALTH?

by

MIRJANA RAŠEVIĆ
Institute of social sciences
45 Queen Natalija Street, Belgrade, Serbia
rasevicm@gmail.com

SUMMARY: The term reproductive health was introduced at the International Conference on Population and Development held under the auspices of the United Nations in Cairo in 1994. A new conceptual approach was established in order to secure a balance between micro and macro reproductive needs and goals, as well as individual rights and responsibilities in the sphere of health, partner relationship and parenthood. The Programme of Action resulted from it and was adopted on the same occasion. What effects did the messages from Cairo have on the state of reproductive health of the population in Serbia? An analysis of the state and trends of the ten most important indicators in this field indicate that expected breakthroughs have not been made. If any were made, they have been registered in the last few years and mostly dealt with the stabilization of values of certain indicators, but on unfavourable level. The continuing decrease of AIDS death rate makes a real exception. However, this does not lessens the significance, but confirms the relevance and topicality of the *Programme of Action*, especially in Serbia.

KEYWORDS: reproductive health, International Conference on Population and Development, United Nations, Serbia