

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ

ФАКУЛТЕТ БЕЗБЕДНОСТИ

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА
ДИПЛОМСКИ РАД

МЕНТОР:

др Слађана Бабић

КАНДИДАТ:

Милица Глишовић

Београд, 2017. године

САДРЖАЈ

УВОД	3
1.РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ ЖЕНА.....	2
1.1.Здравље жена током репродуктивних година.....	3
1.2. Здравље жена током трудноће.....	4
1.3. Здравље током мајчинства	5
1.4.Полно преносиве болести	6
1.5. Неplодност	8
2. ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ ЖЕНА ГЕНЕРАТИВНОГ ДОБА У СРБИЈИ.....	9
3.ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА ГЕНЕРАТИВНОГ ДОБА.....	15
3.1.Организација система здравствене заштите.....	17
3.2.Здравствена заштита током трудноће	18
3.3.Планирање породице	20
3.4.Едукација о сексуалности и репродукцији.....	22
3.5. Превенција, дијагностика и лечење полно преносивих болести.....	24
3.6. Нега у пуерперијуму	25
ЛИТЕРАТУРА.....	27

УВОД

Једна од области од посебног значаја за државу, друштво и за појединце је здравствени систем, који је, поред других система којима се уређује функционисање друштва, пресудан за квалитет живота људи. Систем здравствене заштите је важан елемент друштвеног система и често се користи као мерило његовог квалитета и достигнутог степена развоја.

Здравствена заштита као главне циљеве има очување здравља, рано откривање и спречавање појаве болести. На тај начин се повећава квалитет живота становништва. У овом систему здравствене заштите један од приоритета је заштита жена генеративног доба, односно старости од 15 до 49 година.

У генеративном добу жене су изложене различитим здравственим ризицима. Редовним прегледима могу се благовремено открити нежељене промене и спречити њихов развој. Ова тема је веома важна с обзиром да истраживања показују да је број жена у генеративном добу које оболевају од болести које се могу ефикасно спречавати редовним контролама и прегледима, а које имају значајне последице како са аспекта квалитета живота жена, тако и са аспекта трошкова здравствене заштите.

Здравље жена од посебне је важности не само због велике осетљивости ове групе већ и због чињенице да жене брину о сопственом здрављу, али и о здрављу своје деце, родитеља и осталих чланова породице. Унапређивање здравља и квалитета живота жена стога се позитивно одражава на целокупну породицу (9). Истовремено, здравље жена зависи и од социјалних и економских услова, при чему је потребно нагласити да су жене у погледу запослености у тежем положају у односу на мушкарце.

Предмет рада је здравствена заштита жена генеративног доба. Циљ рада је да опише значај здравствене заштите и начин на који се пружаоци здравствених услуга прилагођавају све израженијој промени статуса жена у савременом друштву. Ова тема је одабрана како би се указало на значај здравствене заштите за жене генеративног доба, као и неопходност едукације о превентивним мерама, са циљем да се смањи мобидитет ове рањиве категорије.

1. РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ ЖЕНА

Према дефиницији Светске здравствене организације, „репродуктивно здравље је стање физичког, менталног и социјалног благостања у свим областима везаним за репродуктивни систем, у свим фазама живота“ (1). Репродуктивно здравље подразумева да су људи у могућности да имају задовољавајући и безбедан полни живот и способност да имају потомство, као и слободу да одлуче да ли ће га имати, када и колико често. Саставни део овога је и право мушкараца и жена да буду информисани, да имају приступ безбедним, ефективним, доступним и прихватљивим методама планирања породице по свом избору, и право на адекватне услуге здравствене заштите који жени омогућавају безбедну трудноћу и порођај.

„Репродуктивна здравствена заштита је скуп метода, техника и услуга које доприносе репродуктивном здрављу и добробити кроз спречавање и решавање репродуктивних здравствених проблема“ (2). У то спада и сексуално здравље чија је сврха унапређење квалитета живота и личних веза, а не само саветовање и заштита везана за репродукцију и полно преносиве инфекције.

У многим друштвима прелаз жена из адолесценције у одрасло доба традиционално симболише, а у одређеној мери и одређују, брак и рађање. Међутим, жене у савременом друштву живе дуже, ступају у брак и рађају прво дете касније него пре (1). Генеративно доба има огроман утицај на опште здравље и благостање жена. Обично, ово доба обухвата жене старости од 15 до 44 година (1).

Здравље мајке и детета осликавају здравље целе популације, развијеност здравствене службе и здравствене заштите, као и развијеност друштва у целини (4). Здравствена заштита жена се регулише одговарајућим законским и подзаконским актима, програмима и стручно-методолошким упутствима, која се ослањају и усаглашавају са међународним документима.

1.1.Здравље жена током репродуктивних година

За многе жене, године између пубертета и менопаузе нуде низ могућности за лично испуњење и развој. Међутим, то такође може бити време здравствених ризика посебно у вези са сексуалним активностима и репродукцијом које могу довести до инвалидитета па чак и смртности. У Африци, на пример, услед лошег здравственог стања у овој старосној групи су посебно високе стопе смртности и инвалидитета у вези са ХИВ-ом / АИДС-ом и рађањем (1).

Жене се саме суочавају са здравственим проблемима који су повезани са трудноћом и рађањем и који узрокују чак 14% смртних случајева у свету у овој старосној групи (1). Жене такође преузимају на себе већи део одговорности за примену контрацепције.

Постоје велике разлике у узроцима морталитета жена у генеративном добу између развијених земаља и земаља у развоју. Тако су у развијеним земљама три најчешћа узрока смрти жена саобраћајне незгоде, самоубиство и самоповређивање, и рак дојке. Заједно, ове појаве су узроци више четвртине смртних случајева. Насупрот томе, три водећа узрока смрти у земљама са ниским бруто друштвеним производом су ХИВ / АИДС, мајчинство и туберкулоза, који су узрок половине смртних случајева.

На глобалном нивоу, најчешћи фактор ризика за смртност и инвалидитет жена у репродуктивном добу у земљама са ниским и средњим бруто друштвеним производом је небезбедан секс, који може довести до сексуално преносивих инфекција, укључујући и ХИВ. Жене које не знају како да се заштите од ових инфекција, или оне које нису у могућности да то учине, суочавају се са већим ризиком од смрти или болести. Много је жена које не могу да се заштите од нежељене трудноће због недостатка приступа контрацепцији. Новија истраживања показују да је насиље над женама значајан фактор ризика за њихово здравље.

Последњих година забележена је већа распрострањеност и учесталост акутних упалних обољења органа горњег гениталног тракта бактеријске или вирусне природе нарочито код жена у генеративном добу, што чини да они представљају заједнички проблем већине земаља и то нарочито развијених. На значај превенције настанка и заштите од ових обољења, указују чињенице да од њих обољевају жене генеративног доба, најчешће старости од 15-39 година, а до 20. године старости прву епизоду обољења има чак 33 % жена (3). Последице ових обољења су ванматерична трудноћа у 12 до 25 % случајева, хронични пелвични болови у 18 % случајева, и неплодност у до 25 % случајева (3). Поред тога, ова обољења се одражавају и на високе трошкове лечења, одсуство са посла, инвалидитет или лечење последица.

Трудноћа и рађање деце су посебно ризични за жене које пате од неухрањености - а посебно анемије. Други фактори ризика укључују висок крвни притисак, висок ниво холестерола, пушење, гојазност и насиље. Ови фактори су директни узроци и других здравствених проблема за жене.

1.2. Здравље жена током трудноће

Професионална нега током трудноће обухвата редовне прегледе за процену ризика, као и скрининг и лечење стања која би могла утицати и на жену и њену бебу, али и пружање савета о планирању породице. Нега после порођаја нека је важна за откривање и лечење инфекције и других проблема, укључујући и постпорођајне депресије. На жалост, у свету мали проценат жена, углавном у развијеним земљама, добије такву негу током трудноће, порођаја и после порођаја.

Нека током трудноће је посебно важна јер многе жене имају проблема који се могу регулисати правилном исхрани на почетку трудноће. Дефицит гвожђа је узрок анемије, која је, као и недостаци витамина А и јода, уобичајена појава код трудница. Процењује се да је скоро половина свих трудница има анемију, што значајно повећава ризик по здравље за и мајки и новорођенчади (1).

Насиље током трудноће је уобичајена појава у неким земљама света и директно је повезана са повећаним ризиком од побачаја, превременог порођаја, абортуса и недовољне тежине новорођенчади (1). Илегалан абортус је узрок великог броја смртни код жена - скоро 70 000 жена умре сваке године због компликација услед лоше обављеног абортуса (1). Ово је нарочито изражена појава у сиромашним регионима. Статистике показују да је у срединама у којима су женама доступне могућности легалног прекида нежељене трудноће, мање случајева смрти и компликација услед абортуса. На глобалном нивоу, жене свих узраста траже абортус, али у Африци, у којој је здравствена заштита на ниском нивоу, чак један од четири илегална абортуса међу адолесцентима старости 15-19 година има смртни исход.

Коришћење савремених метода контрацепције смањује потребу за намерним прекидом трудноће. Младе жене, посебно када су у браку, често се суочавају са потешкоћама у добијању контрацепције, или немају средстава за њихову примену. Способност планирања броја деце и времена њиховог рођења у великој мери смањује здравствене ризике повезане са трудноћом и прекидом нежељене трудноће. Употреба контрацепције у земљама у развоју порасла је са 8% у 1960. години на 62% у 2007. години (1). 10 Упркос томе, значајни проблеми постоје у неразвијеним регионима света. Разлози за некоришћење су незнање, лош квалитет доступних услуга, ограничен избор метода, страх или искуство споредних ефеката, као и културна или верска ограничења. Родне баријере су такође значајан фактор, као и неадекватан приступ здравственим услугама, посебно за младе људе, сиромашније сегменте становништва, и за оне који нису у браку.

1.3. Здравље током мајчинства

Трудноћа и рађање значајно доприносе повећању броја смрти и инвалидитета међу женама. Смртност мајки (тј. смрт жене у току трудноће, порођаја или у периоду после порођаја) је кључни показатељ здравља жена и њиховог друштвеног статуса (1). Од више од пола милиона смртних случајева годишње током трудноће, рађања и мајчинства 99% се забележи у земљама у развоју.

Међутим, у развијеним земљама, у којима жене имају бољи приступ здравственој заштити, смртност мајки је веома редак догађај. У развијеним земљама, у просеку се забележи девет смртних случајева на 100 000 живорођене деце, док је у неразвијеним земљама чак 1000 или више смртних случајева на 100 000 живорођене деце (1). У окружењима у којима је висока плодност социјална норма, жене се суочавају са високим ризицима са сваком трудноћом.

У многим регионима света смањен је број смртности код породиља и мајки најпре услед повећане употреба контрацептивних мера којима се одлаже и ограничава рађање, бољег приступа услугама здравствене заштите, као и услед друштвених промена на националном нивоу, као што су повећање образовања и побољшање положаја жена. Међутим, у Африци и Јужној Азији, број смртних случајева је и даље висок.

Ризици везани за трудноћу и рађање могу бити умањени кроз различите облике здравствене заштите као што су савети у вези планирања породице и материнства, као и у вези прекида трудноће. Већина смртних случајева током или непосредно након порођаја се могу спречити уколико је породиљама обезбеђен приступ стручном здравственом особљу са неопходним вештинама, опремом и лековима за превенцију и управљање компликацијама током и после порођаја.

Међутим, сиромашније и мање образоване жене, као и оне који живе у руралним срединама, имају далеко мање могућности да се породе у присуству стручног здравственог радника у односу на боље образоване жене које живе у богатијим домаћинствима или градским срединама. Разлози за то су неприступачност, високи трошкови, али и културни обрасци и друштвене норме. Такође, није довољно да здравствене услуге буду доступне - оне морају да буду високог квалитета, као и да буду прихваћене од стране локалне заједнице и да одговарају потребама жена.

1.4. Полно преносиве болести

„Полно преносиве болести спадају у групу заразних болести, најчешће се преносе сексуалним контактом (аналним, вагиналним или оралним), или ређе другим блиским телесним контактом са инфицираном особом, односно у директном контакту са променама на кожи или слузницама инфициране особе, а неке се могу пренети и са инфициране мајке на дете током трудноће, порођаја или дојења“ (21).

На глобалном нивоу, ХИВ је водећи узрок смрти и болести код жена генеративног доба. Од 30,8 милиона одраслих који живе са ХИВ-ом у 2007. години, 15,5 милиона су жене (1). Жене су посебна осетљиве на инфекције ХИВ-ом како због биолошких фактора тако и због родне неједнакости. Неке студије показују да се жене заразе чешће од мушкараца да стекну ХИВ од зараженог партнера током незаштићеног односа, с тим што је ризик већи у срединама у којима култура ограничава едукацију и знање жена о ХИВ и њихову способност да „преговарају“ о безбедном односу.

Друштвене норме, насиље партнера и сексуално насиље додатно повећавају изложеност жена полно преносивим болестима. На пример, мање је младих жена него младића које знају да кондоми могу заштитити од ХИВ-а.¹⁴ Поред тога, иако жене све чешће пријављују већу употребу кондома током односа високог ризика, и даље је већа вероватноћа да ће га користити мушкарци (1).

Најмлађе жене су најугроженије. Оне не само да се суочавају са препрекама у едукацији и приступу информацијама о ХИВ – у, и информацијама како могу да се заштите од инфекције, већ често ступају у сексуалне односе са старијим мушкарцима који имају више сексуалног искуства и веће су шансе да буду заражени. Наркомани и проститутке су посебно угрожени, а стереотипи, дискриминација и казне само повећавају њихову изложеност. Економски положај је још један од фактора који утиче на изложеност жена ХИВ инфекцији. Са друге стране, у последње две деценије, жене имају бољи приступ превенцији ХИВ-а, што показује и мањи број жена којима је потребна терапија за лечење ХИВ. Међутим, свега 21% жена у свету се тестира на ХИВ током трудноће и данас (1).

Комбинација биолошких и друштвених фактора, укључујући хуманитарне кризе, која чини жене осетљивијим на ХИВ инфекцију чини их и много изложенијим сексуално преносивим инфекцијама - нарочито хламидије и трихомонас. Пошто симптоми имају тенденцију да буду мање евидентни код жена него код мушкараца, као и због тога што жене имају ограниченији приступ здравственој заштити и лечењу, женске инфекције се касније откривају. Кашњење у дијагностици и лечењу, заједно са женским већом биолошком рањивошћу на компликације од нелечених инфекција, чине да је код жена далеко већи морбидитет услед полно преносивих инфекција од мушкараца.

Нелечене инфекције - као што су сифилис, хламидија, гонореја и трихомонијазе - не само да могу довести до акутних симптома, већ изазивају и хроничну инфекцију.

На дужи рок, последице сексуално преносивих инфекција укључују неплодност, ванматеричну трудноћу и рак, као и повећану осетљивост на инфекцију ХИВ-ом. Полно преносиве инфекције повећавају ризик од неповољног исхода трудноће, укључујући и вероватноћу мртворођене деце, малу тежину беба, неонаталне смрти и урођеног сифилиса.

Сексуално преносиве инфекције су чешће међу младима, и скоро половина свих заражених особа широм света су старости између 15 и 24 године **(1)**. Хумани папилома вирус (ХПВ) је још једна полно преносива болест која има последице по здравље жена углавном због његове повезаности да раком грлића материце и других полних органа. ХПВ је чешћа у мање развијеним земљама.

1.5. Неplодност

У високо развијеним земљама, неплодност је често повезана са каснијим рађањем, док су у земљама у развоју чест узрок неплодности полно преносиве и друге инфекције, као и компликације услед абортуса. У сиромашнијим земљама, примарни стерилитет је често нижи у односу на секундарни, т.ј. немогућност да се има још деце након првог (1).

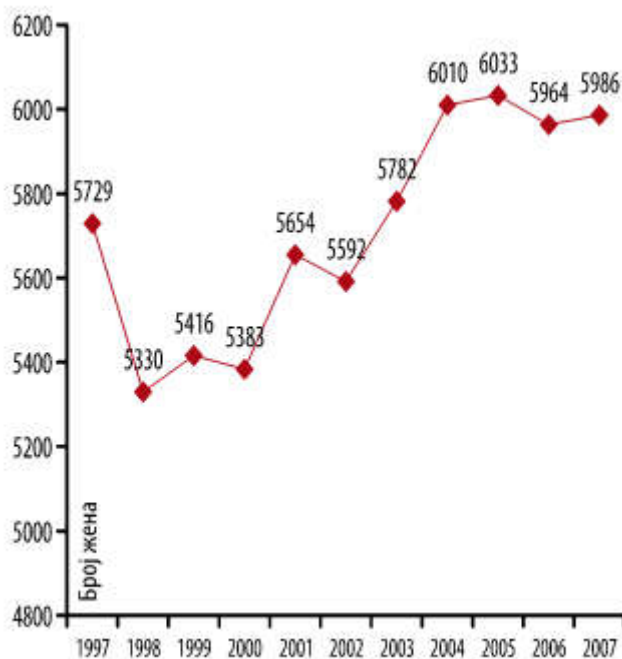
Учесталост неплодности зависи и од година старости, па се у интервалу између 20. и 24. године креће око седам одсто. Од 30 до 35 године тај проценат расте и износи 15%, док између 40. и 43. године 35%. Непознат узрок стерилитета јавља се у 14 % случајева (22).

2. ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ ЖЕНА ГЕНЕРАТИВНОГ ДОБА У СРБИЈИ

Удео укупног броја жена фертилног доба у Србији, односно жена од 15 до 49 година у популацији, у периоду од 1997. до 2007. године износио од 24,5% до 23,3%. Очекивано трајање живота жена у Републици Србији износи 77,12 година, док је овај податак за жене у развијеним земљама Европе 85 године (11). Здравствену заштиту жена на примарном нивоу обезбеђују службе за здравствену заштиту жена при домовима здравља (9). У Србији, према подацима из 2007. године, рак дојке и рак грлића материце водећи су узроци смрти жена фертилног доба што се делом може протумачити недовољним и ниским обухватом жена превентивним прегледима (9).

Такође, у периоду од 1997. до 2007. године најчешћи узроци хоспитализације жена су хоспитализације због спонтаног порођаја и малигног тумора дојке (10). Због овакве ситуације, жене генеративног доба припадају рањивим групама становништва, које имају већу вероватноћу да развије здравствене проблеме или здравствени проблеми имају веће последице у односу на друге групе. Додатно, тешка економска ситуација у земљи, нестабилност и низак ниво животног стандарда, одразили су се негативно на друштвени положај жена, као и на њихово здравствено стање.

Обезбеђеност лекарима у периоду од 1997. године до 2007. године била је боља у односу на 6500 жена на једног лекара предвиђених стандардом (9). Просечан број особа женског пола старијих од 15 година на једног лекара 1997. године износио је 5729, а 2007. овај број је порастао на 5986 (графикон 1).



Графикон 1: Број жена по лекару у примарној здравственој заштити жена, Србија, 1997–2007.

Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (2008).
ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИКА СРБИЈЕ АНАЛИТИЧКА СТУДИЈА 1997–2007. . Београд.

У Србији, у делатности здравствене заштите жена на примарном нивоу током 2006. године утврђено је 1,087.598 обољења, стања и повреда. Општа стопа морбидитета износила је 343 на 1000 жена старијих од 15 година **(5)**. Најчешћи разлози за обраћање жена генеративног доба службама за здравствену заштиту су:

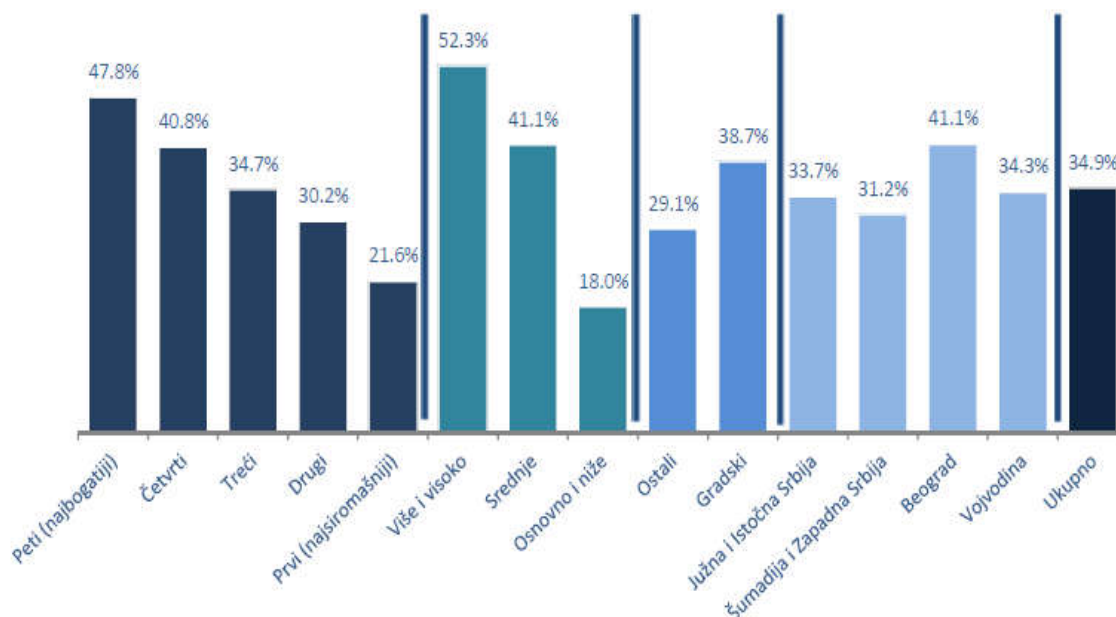
- обољења мокраћно-полног система - око 50%,
- трудноћа, рађање и бабиње - 4,5%,
- заразне болести - 3,8% и
- тумори - 2,7%.

Више од половине хоспитализација жена повезано је са порођајем и патологијом трудноће **(6)**. У структури морталитета жена генеративног доба карциноми са учешћем од 40% најчешћи су узроци смртног исхода. Матернална смртност представља важан показатељ здравља жена у генеративном периоду. Број умрлих мајки због разлога повезаних са трудноћом, порођајем и постпорођајним компликацијама на 100.000 новорођене деце у периоду од 1999. до 2006. године значајно је варијало из године у годину (1999-9,69; 2002-1,28 и 2006 - 12,7 мајки на 100.000 живорођене деце) **(4)**.

Према подацима из 2013.године, укупно 60.9% жена у Србији има свог гинеколога, при чему 54.9% жена има свог гинеколога у државној здравственој установи, док 10.5% жена има свог гинеколога у приватној пракси. Удео одраслих жена које имају сопственог гинеколога најмањи је међу женама из најсиромашнијег слоја становништва (40%), а највећи међу женама из најбогатијег слоја (78.8%) **(8)**.

Процентуално, највећи део становника Београда (74.3%), затим Шумадије и Западне Србије (57.1%), Јужне и Источне Србије (57.1%), те Војводине (56.1%) има свог гинеколога. Разлике постоје и између становника урбаних и руралних насеља: 66.8% жена из урбаних средина наспрам 51.8% жена из руралних средина има свог гинеколога **(8)**.

Просечне године живота при првој посети гинекологу износе 20.5. Упркос томе што више од половине жена у Србији има приступ гинеколошко-акушерској служби, у периоду од годину дана пре испитивања гинеколога је посетило свега 34.9% жена. У последних годину дана гинеколога су посетиле високо образоване жене (52.3%), жена из најбогатијег слоја становништва (47.8%), жене из Београда (41.1%) и жене из урбаних насеља (38.7%) **(8)**. Следи графикон који илуструје разлике у броју посета гинекологу у претходних годину дана према материјалном стању, степену образовања, типу насеља и региону **(8)**.



Графикон 1. Жене које су у претходних годину дана посетиле гинеколога према материјалном стању, степену образовања, типу насеља и региону, Србија, 2013

Извор: ИПСОС (2013). ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИКА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ –2013. ГОДИНА. . Београд.

Проценат жена генеративног доба које су у последњих годину дана посетиле гинеколога износи 47.5%. Проценат жена генеративног доба које су посетиле гинеколога био већи међу високо образованим женама (63.5%), женама из најбогатијег слоја (56.5%), женама из Београда (54.9%) и женама из урбаних насеља (47.5%) (8).

У погледу учесталости посета гинекологу нису утврђене значајне разлике између података прикупљених у 2006. и 2013. години (8).

Папаниколау тест у последње три године урадило је 57.1% жена старости од 25 до 69 година, највише жена из најбогатијег слоја (75.9%), високообразованих жена (74%), становница Београда (72.5%) и становница урбаних насеља (62.3%). Проценат жена старих између 25 и 69 година које су известиле да им је урађен Папаниколау тест у периоду од три године пре испитивања повећао се са 38.5% на 57.1% у 2013.години у односу на 2006. годину(8).

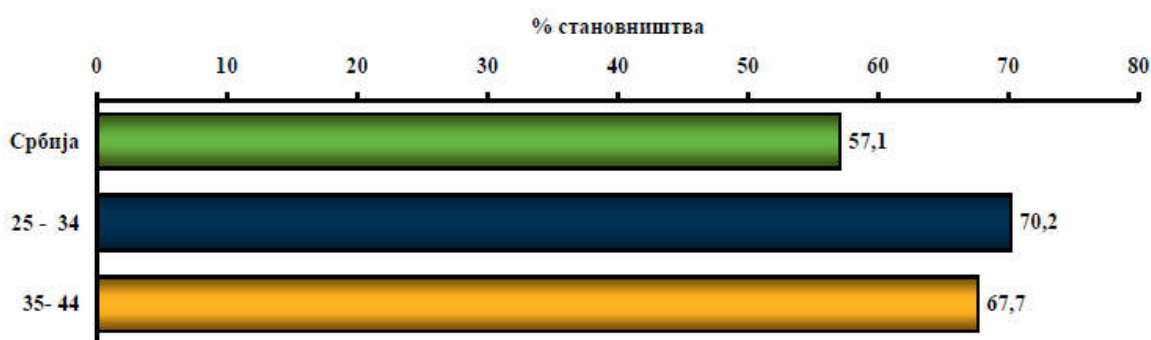
Саветовалиште за планирање породице посетило је само око 5% жена фертилног доба у 2007. години. Поливалентна патронажна сестра је остварила 0,8 кућних посета по трудници, што се оцењује као недовољно (15).

Истраживање здравља становништва Србије омогућило је мерење покривености превентивним прегледима за рано откривање фактора ризика одговорних за настанак кардиоваскуларних болести и малигних болести (карцинома дојке, карцинома грлића

материце), као и успешности спровођења одговарајућих националних програма за превенцију од наведених и других болести (10).

Када се ради о кардиоваскуларним болестима, у студији испитивања здравственог стања становника Србије, од 10% особа које су навеле присуство стреса у месецу који је претходио испитивању, стресу су више биле изложене жене, особе са нижим образовањем, особе чија је материјална ситуација према сопственој процени била лоша и становници градског подручја (7). Стрес је један од узрока кардиоваскуларних болести које су водећа група болести нарочито у развијеном свету са више од милијарду оболелих и преко 40% свих узрока смрти радно активног становништва (7).

Превентивни преглед за рано откривање карцинома грлића материце (Папаниколау тест) у периоду од 2010. године до 2013. године урадило је 57,1% жена животног доба од 25 до 69 година, што је циљна популација за рано откривање рака грлића материце. Највећи проценат жена код којих је примењен Папаниколау тест забележен је у Београду (72,5%), у градовима (62,3%), међу женама од 25 до 34 године живота (70,2%) (графикон 3), становницама из најбогатијих слојева (75,9%) и код високообразованих жена (74%), а најмањи међу становницама Шумадије и Западне Србије (48,9%). Највећи проценат жена је изјавио да је урадио Папаниколау тест по савету лекара (50,6%), а на позив лекара у оквиру организованог скрининга 2,6% жена (10).



Графикон 3: Проценат жена старости од 25 до 44 година код којих је урађен Папаниколау тест у последње три године, према узрасним групама, Србија, 2013. година

Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (2014). РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2013. ГОДИНА. Београд.

У службама за здравствену заштиту жена у 2006. години, општа стопа морбидитета износила је 274,2 на 1000 жена старијих од 15 година. Пет водећих група болести чине 98,4% укупног морбидитета и то (17):

- болести мокраћно-полног система (209/1000),
- заразне и паразитарне болести (30,5/1000),
- тумори (17,9/1000),

- трудноћа, рађање и бабиње (16,5/1000 жена генеративног доба),
- болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма (3,2/1000).

Посматрано по појединачним обољењима, на првом месту су поремећаји менструације (57,2/1000 жена генеративног доба), а следе обољења женских карличних органа (45,1/1000 жена генеративног доба) **(17)**.

С обзиром да истраживања показују да у Србији просечна жена током живота има шест сексуалних партнера, као и да је Србија по броју абортуса водећа у Европи едукација о методама контрацепције је неопходна. Неке жене у Србији имају и по 20 и више абортуса током живота, што је последица незнања и предрасуда **(18)**.

Број намерних прекида трудноће у Београду опада - са 32.215 абортуса у 1991. на 3.885 у 2013. години, а стопа је на 1.000 жена генеративног доба опала са 81 на 9,7 у истом периоду. Велики број прекида трудноће се обави у приватним здравственим установама које не достављају податке о пријављеним трудноћама, иако су на то обавезни. Просечна старост жена које намерно прекину трудноћу је 32 године и углавном су у браку. Највише их је између 25. и 34. године, а следе између 35. и 44, док је млађих од 20 око 4,5 %. Трудноћу прекидају највише жене које нису рађале **(32)**.

Такође, у Србији се сваке године региструје 16.000 адолесцентских трудноћа, а више од 90 % њих је непланирано и нежељено и заврши абортусом, што представља велики ризик за репродуктивно здравље. Србија је водећа земља у Европи по броју малолетничких трудноћа, а број регистрованих абортуса се према незваничним проценама увећава шест пута, јер се велики број адолесценткиња опредељује да абортус изврши тајно, чиме угрожава репродуктивно здравље и живот **(19)**. Један од проблема који угрожава здравље жена у Србији јесте и артефицијални абортус, односно „побачај код којег се намерно, насилно, вештачки прекида трудноћа“ **(20)**. Чињеница да је артефицијални абортус најзаступљеније контрацептивно средство је више него забрињавајућа **(19)**.

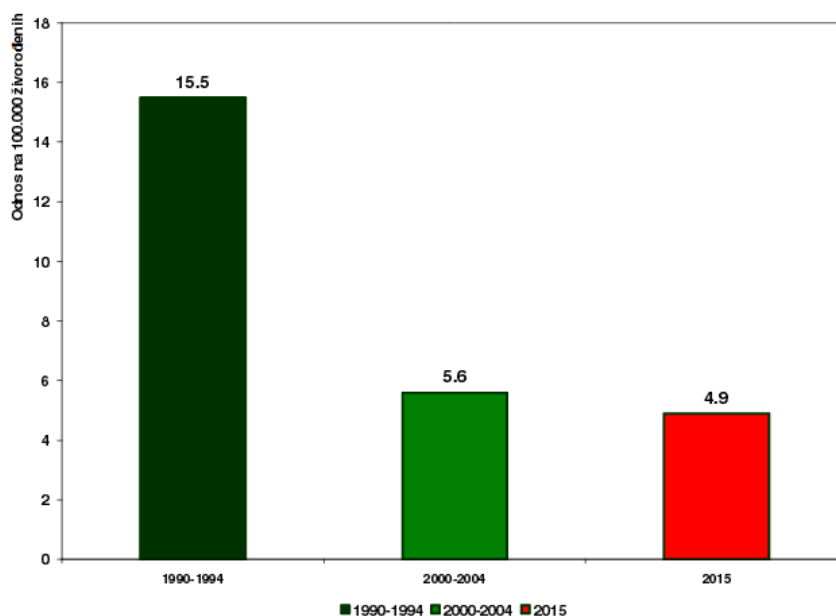
Према резултатима истраживања о прекиду трудноће у Нишу, намерне прекиде трудноће је имало највише испитаница старости 36-49 година (53,8%), три пута мање (17,5%) абортуса имале су жене старости 20-35 година, а најмање (3,6%) жене млађе од 20 година. Знање и коришћење метода за планирање породице код жена различите старости је незадовољавајуће **(35)**.

Истраживања показују да жене контрацепцију дефинишу као заштиту од непланиране трудноће. Као извор знања о контрацепцији највећи број испитаница наводи новине и медије (28,6%), а затим школу (21,6%). У 39,2% испитанице су мишљења да је најефикаснији метод контрацепције кондом, 23,2% сматра да су то пилуле, 21% даје то спирала, 10,3% прекинути сношај, 5,8% календар плодних дана и 0,5% се определило за локална контрацептивна средства. Највећи број испитаница (88,8%) оцењује своје знање о контрацепцији као довољно. Потпуну дефиницију појма планирања породице знало је само 6,1% испитаница **(34)**.

Статистички подаци показују да расте и учесталост јављања сексуално преносивих инфекција код адолесцената, па између 20 и 30 % адолесцената у Србији

има најмање једну полно преносиву инфекцију. Са друге стране, свега 3,6 % сексуално активних младих особа сети се да употреби кондом, док се у развијеним земљама овај удео креће од 62,5 до 97% (19).

Обољења и стања у вези са трудноћом, рађањем и бабињама бележе стални пад, као и укупан број услуга у саветовалиштима за труднице, што је у складу са падом стопе фертилитета и наталитета. Матернални морталитет (смртни исход жена у вези трудноће, порођаја и бабиња) је редак и у периоду од 2000 до 2005. године износио је 5,6, што је на нивоу просека европског региона, али још увек више од просечне вредности земаља Европске уније. Процењује се да је матернални морталитет већи за 10% у односу на званичне податке, због неправилног шифрирања и неприказивања смртних исхода који су се десили ван породилишта. Водећи узроци умирања мајки током трудноће и на порођају су постпартална хеморагија и компликације које су се јавиле током порођаја (15). На графикону 4. приказано је кретање односа матерналне смртности у Србији (36).



Графикон 4: Однос матерналне смртности у Србији

Извор:

http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_socijalna/Predavanja/dec08/5god/ZDRAVSTVENA%20ZASTITA%20POSEBNIH%20POPULACIONIH%20GRUPA.pdf 2.11.2016

У популацији жена са територије Шумадијског округа стопе морбидитета расту у периоду 1999-2008. година са 260 на 423 на 1000 жена. У структури морбидитета доминирају болести мокраћно-полног система, фактори који утичу на контакт са здравственом службом, следе трудноћа, рађање и бабиње, заразне и паразитарне болести и тумори. Стопе морталитета од свих узрока смрти расту у посматраном периоду од 1.325 на 1.401 на 100000 жена. Матернална смртност, односно смртност жена у вези са обољењима и стањима у трудноћи, на порођају и шест недеља после порођаја, забележена је само у 2003. години (32,8 умрлих на 100000 живорођених) (33).

Наведени проблеми наводе на закључак да су потребе жена генеративног доба (36):

- планирање породице
- заштита у трудноћи
- стручна помоћ на порођају
- нега у пуерперијуму.

3.ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА ГЕНЕРАТИВНОГ ДОБА

Здравствена заштита је скуп мера превенције, лечења и вођења болести и повреда, коју спроводе лекарски, сестрински и други професионалци. Она обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију (13).

У Републици Србији право на здравствену заштиту обухвата мере превенције и раног откривања болести, прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја и друге прегледе и здравствене услуге (13).

Заштита репродуктивног здравља укључује едукацију о сексуалности и репродукцији, саветовање о планирању породице, здравствену заштиту репродукције, превенцију, дијагностику и лечење различитих болести и поремећаја, прекиде трудноће, као и превенцију сексуалног злостављања и бригу о жртвама (21).

Здравствена заштита жена генеративног доба обухвата услуге у вези са трудноће, порођаја и материнства и пружање других здравствених услуга женама. Здравствена заштита жена генеративног доба укључује и здравствено просветни рад на свим нивоима здравствене заштите, у школама, факултетима, јавним трибинама, путем медија, а ради информисања и промовисања значаја превентивних прегледа у заштити и очувању здравља жена, редовне контроле и прегледе, с обзиром да је скрининг комплетне женске популације немогућ из медицинских и економских разлога, и едукацију о примена и примену механичке заштите у борби против ширења сексуално преносивих оболења, као и спречавања нежељене трудноће (3).

Препоручује се да се редовне контроле код гинеколога обављају од почетка генеративног периода, дакле између 12. до 15. године старости, и трају до 45-50 године живота, током читаве полне зрелости жене. Пожељне су редовне контроле једном годишње ради откривања аномалија и неправилности у развоју гениталија, хормонских неправилности, учесталих и неправилних крварења, и спровођења Папаниколау теста како би се на време откриле евентуалне промене и рано откривање карцинома грлића материце, као и да се прати развој и промене на дојкама. Годишњи гинеколошки преглед нарочито се препоручује свим полно активним женама, а у случају да се појаве сметње прегледи се обављају по потреби.

Спроводе се скрининг на рак грлића материце, скрининг на рак дојке, обезбеђивање скрининга и лечења полно преносивих болести, саветовање и тестирање на ХИВ/АИДС за жене (15).

Службе за здравствену заштиту жена треба да буду доступне и приступачне, као и да буду прилагођене потребама и проблемима које ове групације имају. Такође, службе за здравствену заштиту жена треба да буду отворене за све особе којима је помоћ потребна, без обзира на етничку припадност, расу, религију, образовни ниво и социјални статус. Такође, у пружању здравствених услуга женама, мора се водити рачуна о све израженијој промени статуса жена у савременом друштву.

Са циљем унапређења здравствене заштите, у примарној здравственој заштити жена планира се укупно 2.453.350 превентивних прегледа и услуга код посебних стања и категорија жена у репродуктивном периоду и у вези раног откривања малигних и других обољења код жена из дефинисаних вулнерабилних група према старости, а за оболела и повређена лица старијих од 15 година око 1.141.000 лекара ради лечења и 1.580.000 дијагностичко-терапијских услуга (23).

У репродуктивном периоду жена се приоритетно планирају мере превентивне здравствене заштите (23):

- у области планирања породице, око 306.000 прегледа и услуга саветовања жена старости 15-49 година и њихових партнера, уз најмањи обухват од 20%; интензивнији саветовалишни и едукативни рад и обухват жена 15-25 година, у вези превенције побачаја, секундарног стерилитета и оболевања од заразних полно преносивих болести;
- у здравственој заштити трудница, у вези контроле здравља труднице и тока трудноће, укупно око 538.500 превентивних прегледа и услуга и то: око 56.700 прегледа у првом триместру (обухват 90% трудница) и око 255.150 контролних прегледа трудница у другом и трећем триместру (просечно 5 прегледа и обухват од 90% трудница); око 226.700 прегледа у оквиру ултразвучне дијагностике (просечно три ултразвучна прегледа у току трудноће, обухват око 90% трудница) и контролни прегледи свих трудница са високо-ризичном трудноћом (процена око 20% трудница), са просечно више прегледа;
- у превентивној здравственој заштити породиља, уз обухват 90%, укупно 113.400 превентивних прегледа први преглед 6 недеља и контролни 6 месеци после порођаја.
- скрининг рака грлића материце и повећан обухват жена скрининг-прегледима има за циљ смањивање морбидитета и морталитета жена од рака грлића материце за једну трећину
- скрининг рака дојке и повећан обухват жена скрининг прегледима има за циљ смањивање морбидитета и морталитета жена од рака дојке за једну трећину

Циљеви здравствене заштите у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и материнством су (15)

- смањење матерналног морталитета и стопе морталитета жена фертилног доба, посебно од малигних болести;
- смањивање стопе морбидитета од полно преносивих инфекција и ХИВ-а;
- повећање обухвата превентивних прегледа и употребе савремених контрацепцијских средстава и метода;
- свеобухватна здравствена заштита трудних жена;
- очување здравља труднице и плода.

3.1.Организација система здравствене заштите

Резолуција Светске здравствене организације дала је смернице за остваривање здравствене заштите на три нивоа и то (12):

- Примарном,
- Интермедијарном или секундарном и
- Централном или терцијарном нивоу.

Сва три нивоа чине јединствени систем. Примарни ниво здравствене заштите је основни део система здравствене заштите који покрива најмање највећи део здравствених потреба становништва и спроводи се у домовима здравља и заводима за здравствену заштиту и јавно здравље. Најважнија установа на примарном нивоу је дом здравља. Здравствена делатност на примарном нивоу обухвата, између осталог заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење, као и превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику оболевања у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите. Такође, на примарном нивоу обезбеђује се здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља, и спречавање, рано откривање и контрола малигних болести.

Дом здравља може обављати здравствену делатност у области здравствене заштите жена ако запошљава једног доктора медицине специјалисту гинекологије и акушерства и једну медицинску сестру. У здравственој заштити жена, стандарди у Србији захтевају једног доктора медицине специјалисту гинекологије и акушерства и једну гинеколошко-акушерску сестру на 6.500 жена преко 15 година (14).

Секундарни ниво обухвата рад општих и специјалних болница које решавају сложеније здравствене проблеме. Терцијарни ниво здравствене заштите пружа врхунску дијагностику и лечење кроз високоспецијализовану кадровску и технолошку опремљеност. Здравствену делатност на терцијарном нивоу обављају клинике, институти, клиничко-болнички центри и клинички центри (13).

3.2.Здравствена заштита током трудноће

„Аntenатална здравствена заштита трудних жена представља скуп мера које се спроводе у току трудноће са циљем да се очува здравље, спречи оболевање мајке и роди донесено, здраво и за живот способно дете“ (16). Циљеви заштите у трудноћи су (16):

- праћење здравственог стања трудне жене и плода,
- на време идентификовати трудноћу са високим ризиком (која захтева посебну бригу за мајку и плод),
- свим трудним женама пружити подршку, дати одговарајуће савете и информације.

На примарном нивоу здравствене заштите нагласак се ставља на (16):

- рано укључивање трудне жене у систем здравствене заштите;
- пружање предвиђене заштите у сваком поједином случају;
- рано откривање ризика и упућивање на виши ниво заштите.

Раним откривањем и правилном селекцијом угрожених трудноћа, интензивним надзором труднице и плода доприноси се да се сваки плод развија према свом максималном генетском потенцијалу. Такође, у домовима здравља се спроводи систематско праћење и контрола здравственог стања жене у вези са трудноћом, која подразумева (16):

- први лекарски преглед трудне жене у првом триместру;
- контролне лекарске прегледе четири пута у току трудноће и то у 16., 24., 28. и 36. недељи гестације (изузев код високо ризичних трудноћа, где се ови прегледи обављају према индикацијама). При контролним прегледима трудне жене треба пратити напредовање трудноће и трагати за могућим факторима ризика. Кад се посумња на могући ризик планира се већи број контролних прегледа и њихово проширење;
- ултразвучне прегледе трудне жене четири пута у току трудноће (укључујући и један између 7. и 8. недеље);
- лабораторијску контролу крвне слике, гликемије, урина и одређивање крвне групе, Rh фактора код сваке трудне жене и генетска и друга испитивања у зависности од индикација и анамнезе;
- здравствено-васпитни рад на развијању здравих стилова живота и припреми трудне жене за порођај, као и на развијању подршке од стране будућег оца детета и осталих чланова породице.
- У оквиру рада поливалентне патронажне службе дома здравља организују се кућне посете патронажне сестре породици трудне жене.

На примарном нивоу се организује и (16):

- Саветовалиште за труднице

- Школа за родитељство
- Психофизичка припрема за порођај
- Савети за смањење уобичајених симптома за време трудноће
- Скрининг на инфекције
- Допунска здравствена заштита за трудноће високог ризика.

Активности укључују информисање труднице, заштиту физичког и психичког здравља жене и детета, припреме за порођај и родитељство у школама за родитељство, односно школама за труднице и кроз психофизичку припрему, укључујући могућност безболног порођаја и присуства партнера на порођају, као и стварање услова да беба буде са мајком током боравка у болници као и да мајка доји бебу на захтев **(15)**.

3.3. Планирање породице

„Планирање породице је свесна делатност особа у репродуктивној доби која обухвата промишљање, одлучивање и предузимање мера којима се регулише број и распоред рађања, искључују нежељене трудноће и омогућује рађање детета када то породици највише одговара“. У ширем смислу, планирање породице обухвата мере спречавања зачећа (контрацепција), као и лечење неплодности **(21)**

Идеално контрацептивно средство треба да је нешкодљиво, делотворно, прихватљиво и јефтино. Одлуку о врсти контрацепције која ће се користити треба да донесу жена и гинеколог заједно.

У методе контрацепције спадају **(21)**:

- баријерне методе (кондом или презерватив за мушкарце и жене, дијафрагма – цервикална капа и матични уложак – спирала),
- хормонска контрацепција (таблете, инјекције, поткожни имплантати, фластери, вагинални прстенови),
- хемијска контрацепција (спермицидна средства у виду крема, глобула, на сунђеру),
- интраутерини улошци (спирала),
- природне методе (прекинут и задржан однос, одређивање плодних дана, праћење цервикалне слузи, температурна метода),
- ургентна контрацепција (контрацепција која се примењује после полног односа „пилула за јутро после“), трајне методе (стерилизација мушкарца или жене).

У свету још увек годишње од последица абортуса умире 47.000 жена, а хронична телесна оштећења има око 5 милиона жена **(21)**. Извођењем абортуса на безбедан начин, раним откривањем и лечењем компликација могу се спречити скоро све познате последице абортуса. Како би се унапредили позитивни резултати у заштити општег и репродуктивног здравља жена неопходна је едукација о безбедном сексуалном и репродуктивном понашању и савременим методама планирања породице. У Србији је прекид трудноће легализован још 1969. године. За трудноће до навршене 10. гестационе недеље абортус се дозвољава на захтев труднице старије од 16 година **(21)**. Упркос доступности различитих савремених и ефикасних метода, жене у Србији су се у великом броју ослањале на традиционалне методе контрацепције тако да је намерни прекид трудноће и данас остао веома распрострањен вид контроле рађања.

У друштвима са високом учесталости употребе модерне и ефикасне контрацепције, стопе намерних прекида трудноће су ниске. У Западној Европи стопа намерних прекида трудноће је 12, док је у Источној Европи преко 40 на 1.000 жена старости 15-44 године **(29)**. Модерну контрацепцију (пилулу, кондом или интраутерини уложак) користи свега 21,5% жена, док се на традиционалне методе ослања

скоро двоструко већи број (39,3%) жена у репродуктивном периоду живота **(30)**. Истовремено, статистике указују на драстично смањење броја намерних прекида трудноће **(29)**. Стопа укупних абортуса у Србији у 2007. години износила 2,76 **(29)**. То значи да током репродуктивног периода жена у Србији просечно има 2,8 намерних прекида трудноће **(29)**. Тако процењена стопа укупних абортуса у Србији је врло висока, два пута је виша од стопе укупног фертилитета и међу највишима је у Европи и свету **(29)**.

Последице намерних прекида трудноће су бројне и тичу се индивидуе и друштва. Жена трпи последице здравствене, психолошке и социјалне природе. Намерни прекид трудноће може да умањи плодност и репродуктивне потенцијале становништва. „Висока је и економска цена, коју формирају број дана одсуствовања са посла због интервенције и лечења евентуалних компликација, трошкови рехабилитације хроничних секвела и лечење стерилитета, укључујући и примену поступака асистираних репродуктивних технологија“ **(28)**.

Због тога је важно да се намерни прекид трудноће обавља безбедним техникама, уз поштовање препорука добре клиничке праксе. На тај начин ће се смањити ризик да ће те интервенције негативно утицати на опште и репродуктивно здравље жена, као и на репродуктивне потенцијале становништва **(29)**.

Ефекти активности и мера у оквиру планирања породице и здравствене заштите трудница су увећање процента жена које имају безбедне сексуалне односе и користе неко од савремених контрацепцијских средстава, превенција и рано откривање обољења жена, смањење стопе разболевања и умирања жена фертилног доба, смањење броја намерних прекида трудноће и смањење инциденције полно преносивих инфекција **(15)**. У спровођењу ових активности као главни проблеми истичу се низак обухват жена старијих од 15 година превентивним гинеколошким прегледом, низак обухват жена генеративног доба радом саветовалишта за планирање породице и недовољан обухват трудница првом посетом гинекологу у првом триместру трудноће.

3.4. Едукација о сексуалности и репродукцији

Образовање за репродуктивно здравље је процес у који треба да буду укључене све социјалне институције. У Србији, главни проблеми репродуктивног здравља су распрострањеност конзервативне контроле рађања у којој доминира прекид односа и последично, у случају када се трудноћа не желили не може прихватити, прибегавање намерном прекиду трудноће, као и болести које се преносе сексуалним путем, „не само зато што инциденција болести које се преносе сексуалним путем расте у многим земљама у транзицији, већ у Србији расте број оболелих од СИДА-е као и број лица заражених ХИВ-ом“ (24).

Трећи разлог растућих проблема када се ради о репродуктивном здрављу произилази из социоекономског система држава у транзицији и тиче се пораста ризичног понашања адолесцената које директно и индиректно вишеструко угрожава репродуктивно здравље младих (24). Према искуствима других земаља саставни део транзиције су пораст инциденције пушења, алкохолизма и употребе дроге међу свим старосним групама, нарочито међу адолесцентима. „Такође је регистрован пораст ванбрачних адолесцентних трудноћа у све ранијим годинама живота, пораст адолесцентних намерних прекида трудноће и пораст сексуално преносивих болести међу младима“ (24).

Поред раног ступања у сексуалне односе, присутни су међу младима и други видови ризичног понашања. Сваки трећи испитаник у једном истраживању је имао сексуално искуство под утицајем алкохола, сваки шести полне контакте са две или више особа у истом периоду, а сваки девети искуство у једнодневnoj вези док више од половине студената не користи кондом (25).

Једно од обележја савремених друштава је пораст сексуалне активности међу младима. Истраживање спроведено 2008. године установило је да 41,6% анкетираних испитаника -студената има сексуалне односе. Кондом при првом сексуалном контакту користи 80% студената. Студенти који имају сексуалне односе у највећем проценту одржавају сексуалне односе само са једним партнером (71,9%). Међутим, више од половине (51,6%) испитаника који имају сексуалне односе не користи контрацептивна средства (26).

Висока стопа предбрачне сексуалне активности, са више сексуалних партнера, релативно ниска стопа употребе кондома и чињеница да је једна од 25 адолесценткиња имала артефицијелни абортус, указују на недовољну едукацију адолесцената о сексуалности и репродуктивним ризицима. Посебно забрињавају резултати истраживања који су показали да је једна од 20 адолесценткиња силована или је сексуални однос доживела као силовање, при чему је силоватељ најчешће био стални партнер (27).

Информисање и едукација младих о репродуктивном здрављу је неопходно како би се спречиле бројне нежељене последице незнања и ризичног понашања. Поред медијима и одговарајућег образовања у школама, на ниво здравствене и сексуалне културе утиче и систем здравствене заштите. Када је реч о младим људима, посебно је важно постојање саветовалиште у оквиру домова здравља које обавља здравствено-васпитни рад са адолесцентима. Саветовалишта се баве темама везаним за здраве стилове живота, ризично понашање, пубертет, физиологију репродукције, начине контроле рађања и полно преносиве инфекције **(25)**.

3.5. Превенција, дијагностика и лечење полно преносивих болести

Према проценама UNAIDS-а више од 33 милиона људи у свету живи са HIV-ом. Током 2008. године широм света регистровано је 2,7 милиона новоинфицираних особа, а два милиона људи је умрло од ове болести **(31)**. Према подацима Института за јавно здравље Србије, од 1984. до краја 2009. године, у Србији је регистровано 2440 особа инфицираних HIV-ом, од којих је 1489 особа оболело од сиде, а 1042 HIV позитивне особе су умрле **(31)**.

Истраживање из 2010. године показало је да је у већим градовима у Србији Нађена преваленција HIV инфекције ниска (на пример, 2,4% у Београду и 4,5% у Нишу) **(31)**. Међутим, преваленција хепатитис Ц вирусне инфекције у Београду износила је 77,4%, а у Нишу 60,5%. Преваленција инфекције сифилисом била је изузетно ниска **(31)**.

Истраживање је установило да су карактеристике сексуалног понашања кључни фактори степена ризика и угрожености - недоследна употреба кондома са различитим врстама партнера, више различитих партнера током године, сексуални односи са партнерима који конзумирају дрогу, и слично **(31)**.

Обухват испитаника специфичним програмима здравствене заштите је низак, и трећина испитаника не предузима ништа када препознају симптоме полно преносивих инфекција. Иако су жене едукованије од мушкараца, свега трећина се пријављује на тестирање на HIV, а више од половине се никада није тестирало, или није дошло по резултате брзог тестирања на HIV, HCV и сифилис. Више од половине испитаника има приступ здравственој заштити а жене користе лекарске услуге више од мушкараца **(31)**.

Препоруке за унапређење броја жена које ће користити услуге здравствене заштите су унапређивање превентивних програма како би се повећао њихов обухват, промоција значај добровољног и поверљивог саветовања и тестирања, и едукација грађана о томе када се треба обратити здравственој служби везано за проблеме полно преносивих инфекција.

3.6. Нега у пуерперијуму

Превенција и лечење компликација у пуерперијуму спроводе се у здравственим установама у којима се обављају порођаји и у кући породиље. Праћење здравственог стања породиље од стране поливалентне патронажне сестре посетама у кући породиље у току 5 дана узастопних посета имају за циљ контролу стања, здравствено васпитање, стицање вештина и повезивање са здравственом службом и службом социјалне заштите (37).

Контролни преглед породиље и бабињаре у служби за заштиту здравља жена дома здравља, се препоручује. Такође, нега у пуерперијуму обухвата и саветовалишни рад, медицински и психолошки рад, социјалну подршку самохраним мајкама у сарадњи са другим секторима друштва (социјална заштита, локална самоуправа) и друге активности (37).

ЗАКЉУЧАК

Очување и унапређење репродуктивног здравља смањује морбидитет и морталитет жена, али и значајно унапређује здравље породице, као и морбидитет и морталитет деце. Поред директних здравствених ефеката, промоцијом репродуктивног здравља чува се и унапређује репродуктивни потенцијал становништва, промовише се превенција и лична одговорност за сопствено здравље.

Развојем система здравствене заштите, унапређује се њихов садржај и домет, а циљ је да се услуге учине доступним свим грађанима. Ово се посебно односи на жене генеративног доба, које су нарочито изложене различитим здравственим ризицима, чији се број повећава како се улога жена у друштву мења.

Међутим, на коришћење услуга здравствене заштите не утиче само доступност и развијеност система здравствене заштите. Поред социјалног окружења, репродуктивно здравље жена у великој мери зависи и од индивидуалних карактеристика и расположивих ресурса, али и индивидуални фактори, животни стил, ниво образовања и други.

Рано укључивање жене у систем здравствене заштите и пружање одговарајућих здравствених услуга као што су контролни и специјалистички прегледи, скрининзи, лабораторијска и друга испитивања и слично, омогућавају рано откривање промена које могу указивати на обољења, као и њихово лечење. Чињеница да жене генеративног доба углавном оболевају од болести чије се последице могу елиминисати или умањити раним откривањем, указује на неопходност интензивније пропаганде у смислу едукација жена о неопходности редовних контролних прегледа, чиме би се значајно унапредило њихово здравствено стање.

Здравље жена генеративног доба знатно се може унапредити превентивним активностима и едукацијом. Информисање сексуално активних младих жена о начинима контрацепције може у значајној мери смањити појаву инфекција, али и нежељене трудноће, која се завршава абортусом, или у случају порођаја, негативно утиче на психички развој жена. Једнако је важна здравствена заштита жена у вези са планирањем породице, порођајем и материнством. Њен циљ је смањење броја високо-ризичних трудноћа, спонтаних побачаја и превремених порођаја, као и других нежељених појава.

ЛИТЕРАТУРА

6. Бјеговић В. (2007). Миленијумски циљеви и здравље. Извештај радне групе за здравље. У: Миленијумски циљеви развоја у Републици Србији. Влада Републике Србије. Београд
17. Градски завод за јавно здравље (2006) Здравствена заштита жена Статистички приказ.
33. Гајовић, Г., Радовановић, С., Коцић, С., Ђокић, Д., Поповић, П., & Радевић, С. [2011]. Карактеристике здравственог стања жена на територији Шумадијског округа. У: Здравствена заштита, 40(3), 33-37.
13. Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС, бр. 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон и 93/2014.
5. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2005). Здравствено статистички алманах Републике Србије . Београд.
9. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2008). ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИКА СРБИЈЕ АНАЛИТИЧКА СТУДИЈА 1997–2007. . Београд.
10. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2014). РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ 2013. ГОДИНА. Београд.
21. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2014).Превенција – репродуктивно здравље младих. Београд.
25. Илић, Д., З. Јанковић и М. Паунић (2000): Здравствено понашање студентске омладине. У: Ј.Мирковић (уред.): Здравствено понашање студентске омладине и средњешколске омладине (34–39). Београд: Завод за здравствену заштиту студената Београда.
8. ИПСОС (2013). ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИКА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ –2013. ГОДИНА. . Београд.
3. Милошевић Стеван. ПРЕВЕНЦИЈА И ЗАШТИТА. У: Здравље жене. http://www.zdravljezene.rs/article-39-zdravljezene_Prevencija_i_zatita.html/ 2.11.2016
7. Матуновић Радомир, Самарџић Јанко, Шпирић Жељко, Маринковић Дејан, Гудељ Огњен, Обрадовић Драган, Мијаиловић Здравко, Рафајловски Сашо (2011). Фармаколошко лечење хипертензије индуковане стресом – препоруке и дилеме. У:ВОЈНОСАНИТЕТСКИ ПРЕГЛЕД, Волумен 68, Број 12.
12. Министарство здравља Републике Србије (2013). Како функционише здравствени систем у Републици Србији.
20. Милошевић, Л., Диковић, Ј., Јовановић, Л., Калиновић, Д.и Кржановић, С. (2005). Артефицијални абортус - метод контрацепције или нужно зло. У: Тимочки медицински гласник, вол. 30, но. 1, стр. 7-10.
31. Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2010) ИСТРАЖИВАЊА МЕЂУ ПОПУЛАЦИЈАМА ПОД ПОВЕЋАНИМ РИЗИКОМ ОД HIV-а И МЕЂУ ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ СА HIV-ом. Министарство здравља Републике Србије.

15. Национални програм здравствене заштите жена, деце и омладине, Службени гласник РС , број 28/2009
14. ПРАВИЛНИК О БЛИЖИМ УСЛОВИМА ЗА ОБАВЉАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА И ДРУГИМ ОБЛИЦИМА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ. Службени гласник РС, број 107/05
23. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2015. годину, Службени гласник РС, бр. 146/2014.
24. Рашевић Мирјана (2006). ОБРАЗОВАЊЕ МЛАДИХ ЗА ЗАШТИТУ РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА. У: Зборник Института за педагошка истраживања. Година 38, Број 2, Децембар 2006, 472-485.
28. Рашевић Мирјана (1993). Ка разумевању абортуса у Србији. Центар за демографска истраживања Института друштвених наука. Београд.
16. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси, Министарство здравља Републике Србије и Српско лекарско друштво (2005). Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Српско лекарско друштво, Београд.
29. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси (2013). НАЦИОНАЛНИ ВОДИЧ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ ЗА БЕЗБЕДНИ ПРЕКИД ТРУДНОЋЕ. Министарство здравља Републике Србије, Београд.
26. Радовановић Снежана, Коцић Сања, Шорак Марија, Милић Часлав (2010). СТАВОВИ И ПОНАШАЊЕ СТУДЕНАТА У ВЕЗИ СА РЕПРОДУКТИВНИМ ЗДРАВЉЕМ. Медицински Преглед LXIII (11-12): 859-862. Нови Сад: новембар-децембар.
34. Радуловић Оливера, Вишњић Александара, Шагрић Чедомир, Тасић Ана, Богдановић Маријана (2006). Знање жена из Ниша о контрацепцији и планирању породице. У: Acta Facultatis Medicae Naissensis, vol. 23, br. 1, str. 45-51
35. Радуловић Оливера, Шагрић Чедомир, Тасић Ана, Марковић Роберта, Богдановић Маријана (2006) Планирање породице код жена различите старосне доби. У: Acta medica Medianaе, vol. 45, br. 3, str. 13-19.
4. Сокал-Јовановић Љиљана, Лозановић-Миладиновић Драгана (2008). У: Морталитет услед КВО, ЈУСАД студија.
27. Станковић Миодраг, Здравковић Јездимир (2009). Ризично сексуално понашање адолесцената. У: Студенти, секс и дрога: ризично сексуално понашање студената Универзитета у Нишу и њихова искуства са наркотицима. ЦЕНТАР ЗА НАУЧНА ИСТРАЖИВАЊА САНУ И УНИВЕРЗИТЕТА У НИШУ. Ниш.
37. СТРУЧНО-МЕТОДОЛОШКО УПУТСТВО ЗА СПРОВОЂЕЊЕ УРЕДБЕ О НАЦИОНАЛНОМ ПРОГРАМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЖЕНА, ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ (2015) Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“
30. UNICEF (2011). Multiple Indicator Cluster Survey 2010 (preliminary findings) RZS i UNICEF , Београд.
1. World Health Organization (2009). Women and health : today's evidence tomorrow's agenda. WHO Press, Geneva.
2. <http://zdravlje.nshc.org.rs/rzdravlje.htm> / 2.11.2016.

11. http://www.b92.net/zdravlje/vesti.php?yyyy=2014&mm=05&nav_id=848870/
2.11.2016.
18. <http://mondo.rs/a782941/Magazin/Seks-i-ljubav/Seksualne-navike-zena-u-Srbiji-i-hitna-kontracepcija.html/> 2.11.2016.
19. <http://www.mojedete.rs/13405-Srbija-Godisnje-16000-adolescentskih-trudnoca.html/>
2.11.2016.
22. <http://zena.blic.rs/Zdravlje/30400/Ne-mozete-da-zatrudnite-Ovo-su-najcesci-razlozi-neplodnosti/> 2.11.2016.
32. <http://www.novimagazin.rs/vesti/sve-manje-abortiona-uglavnom-abortionaju-udate-zene/>
2.11.2016.
36. [http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_socijalna/Predavanja/dec08/5god/ZDRAVSTVE
NA%20ZASTITA%20POSEBNIH%20POPULACIONIH%20GRUPA.pdf/](http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_socijalna/Predavanja/dec08/5god/ZDRAVSTVE%20NA%20ZASTITA%20POSEBNIH%20POPULACIONIH%20GRUPA.pdf/) 2.11.2016.

