

Обележја репродуктивног здравља жена у генеративном периоду

Снежана Миљковић¹, Драгољуб Ђокић², Славица Ђукић-Дејановић²,
Дејан Митрашиновић³, Гордана Грбић³, Јелена Радосављевић-Светозаревић⁴,
Раде Прелевић⁵, Жарко Кривокапић⁵, Александар Вишњић⁶

¹Клинички центар, Ниш, Србија;

²Медицински факултет, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац, Србија;

³Висока здравствено-санитарна школа струковних студија „Висан“, Београд, Србија;

⁴Геронтолошки центар, Крагујевац, Србија;

⁵Војномедицинска академија, Београд, Србија;

⁶Медицински факултет, Универзитет у Нишу, Ниш, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Истраживање репродуктивног здравља мора да обухвати релевантне садржаје овог сложеног појма. За утврђивање релевантних мултидимензионалних обележја потребно је испитивање међусобног односа обележја којима се оно најчешће описује.

Циљ рада Циљ рада је био да се опишу одлике репродуктивног здравља и испита њихов значај за описивање репродуктивног здравља у целини.

Методе рада У оквиру истраживања здравља одраслог становништва Србије, на узорку од 2.817 жена старих 20-49 година упитником су прикупљени подаци о различитим обележјима репродуктивног здравља. Факторском анализом (методом главних компонената; Кајзеров варимакс критеријум) одабрана су репрезентативна обележја која описују репродуктивно здравље жена на мултидимензионалан начин, објашњени су односи међу обележјима која чине факторе и издвојени носиоци – најзначајнија појединачна обележја за даљу анализу.

Резултати Репродуктивно здравље жена у Србији је лоше, како у погледу остварених циљева здравствене политике, тако и у односу на стање у другим земљама. Репродуктивно здравље описују седам релевантних фактора и њихови носиоци (обележја која најбоље одражавају варијабилитет обележја која улазе у састав фактора): сексуално понашање (самопроцена ризика од *HIV*), контрацепција (самоиницијативно коришћење средстава против зачећа), добра заштита репродуктивног здравља (периодичан одлазак код гинеколога), абортуси (исход трудноће), контрола *HIV* (обележја коришћења теста на *HIV*), постпартална заштита (посете патронажне сестре након изласка из породилишта) и репродуктивни период (посета лекара након изласка из породилишта).

Закључак Сва обележја репродуктивног здравља која се користе у истраживањима нису подједнако важна за описивање овог феномена. Примена факторске анализе објашњава односе међу обележјима и омогућава избор најважнијих.

Кључне речи: репродуктивно здравље; одрасли; жене; одређујући фактори

УВОД

Репродуктивно здравље жена је сложен концепт који обухвата бројне аспекте доброг здравља: благостање у области сексуалних односа, планирање породице, заштиту од нежељених догађаја, ресурсе за његово очување и унапређење [1, 2, 3]. Сви ови аспекти су релевантни на свој начин и налазе се у динамичној интеракцији која одређује ниво благостања у овој области [4].

Иако се често истиче да анализа репродуктивног здравља мора да оцени различите аспекте и њихове узајамне односе, највећи број истраживања се заснива на испитивању појединачних, манифестних и мерљивих димензија репродуктивног здравља [4]. Најчешће се испитују: ризично сексуално понашање [5-9], нежељена трудноћа и абортуси [10-13], полне и друге болести [7, 9, 14], контрацепција [5-10, 12-16] или коришћење здравствене заштите [17, 18, 19]. Предмет пажње истраживача такође су различи-

ти атрибути сексуалног живота [20-23], избор партнера [24, 25], сексуалне дисфункције [26, 27] и сексуално насиље [27, 28].

Сагледавање индивидуалних варијабли није адекватан приступ за анализу овог мултидимензионалног феномена. У доступној литератури нема описаних покушаја да се релевантни аспекти репродуктивног здравља искажу кроз јединствени израз (композитну меру или индекс) [3]. Имајући све то у виду, чини се да је једина алтернатива селекција мултидимензионалних фактора који представљају варијабилитет изабраних обележја репродуктивног здравља и њихове односе [4].

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се прикажу најважније одлике репродуктивног здравља жена на врхунцу свеукупне кризе у Србији и испита њихов значај за оцену благостања у овој области живота.

Correspondence to:

Dragoljub ĐOKIĆ
Internacionalnih brigada 8
11000 Beograd
Srbija
dragoljubdjokic@yahoo.com

МЕТОДЕ РАДА

Рад је заснован на подацима из истраживања здравственог стања на репрезентативном узорку становништва Србије које је реализовано 2000. године у виду студије пресека. Реч је о пројекту „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите у Србији 2000. године” Института за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут”, који су финансијски подржали *UNICEF* и Светска здравствена организација.

Испитаници

Формиран је узорак од 2.817 жена старости 20-49 година. Извори података о одабраним обележјима били су упитник за домаћинство и упитник за одрасле особе, које су попуњавали посебно припремљени анкетири кроз интервју с испитаницама, и анекс упитника, који су испитанице попуњавале саме.

Варијабле

Репродуктивно здравље описано је и анализирано кроз следећа обележја:

- сексуално понашање (односи са сталним партнером и особом која то није, разлог изостанка сексуалне активности, коришћење контрацептивне заштите током протекле недеље, самопроцена ризика за *HIV*);
- самозащитне активности – контрацепција (став о употреби кондома с различитим партнерима, врста коришћеног контрацептивног средства током последње недеље) и друге самозащитне и контролне активности (самопреглед дојке, Папаниколау тест, тест на *HIV*);
- знање и ставови о *HIV* (информисаност, познавање могућности преношења и заштите, став према инфицираним особама из окружења, познавање места за тестирање);
- искуство трудноће (исход, заштита од нежељене трудноће);
- абортуси (искуство и број абортуса);
- заштита репродуктивног здравља – антенатална (узrast при првој посети гинекологу, посете гинекологу у последњих 12 месеци, посете приватном гинекологу, разлози одласка код гинеколога) и постпартална заштита (посете лекара и патронажне сестре по изласку из породилишта).

Статистичка обрада података

За описивање података коришћене су методе непараметарске дескриптивне статистике (расподела учесталости испитаница у категоријама анализираних обележја).

Факторска анализа коришћена је за објашњење односа унутар групе истоврсних варијабли које описују одређене аспекте репродуктивног здравља, за избор најважнијих обележја (носиоци фактора) и обезбеђивање смањења броја варијабли, како би се елиминисао ефекат колинеарности варијабли исте врсте. У наведене сврхе коришћена је анализа главних компонената, уз примену Кајзеровог (*Kaiser*) варимакс критеријума.

РЕЗУЛТАТИ

Одлике репродуктивног здравља

Сексуално понашање

Међу испитаницама било је 86% сексуално активних жена; 79,2% испитаница које нису имале сексуалне односе навело је недостатак партнера као главни разлог изостанка сексуалног живота, а ређе су то били здравствени проблеми (7,3%) и старост (4,8%).

Да има сексуалне односе с особом која није стални партнер негирало је 94,1% жена. Може се претпоставити да је 5,9% жена упражњавало сексуалне односе са два или више партнера (2,1% испитаница је то експлицитно потврдило, а 3,8% њих имплицитно, избегавајући одговор на ово питање).

Чак 56,2% испитаних жена није захтевало употребу кондома у односима с партнерима који нису стални, док је 9,8% испитаница то чинило повремено. Здравствено исправно понашање установљено је код 34% жена.

Контрацепција

Контрацепцију током недеље пре испитивања користило је 2,1% испитаних жена, и то углавном у консултацији с лекаром (97,6%). Самоиницијативно контрацепцију је користило 2,4% испитаница.

Прекинути сношај је био најчешћи вид заштите од нежељене трудноће (37,2%), а 30,6% испитаница је углавном стално примењивало ову технику. Следеће по учесталост коришћено контрацептивно средство био је кондом; њега је користило 27,7% испитаница (13,6% жена при сваком сексуалном односу).

Ефикаснија контрацептивна средства веома су ретко коришћена. Тако је спиралу користило 8,7% жена (8,1% стално), пилуле 5,8% испитаница (4,5% стално), локална хемијска средства 4% (1,9% стално), а дијафрагму 3% жена (2% стално).

Други облици самозащитне

Самопреглед дојки практиковало је 45,3% жена, с тим да је 8,1% то чинило према упутству лекара, док су друге то радиле самоиницијативно.

Папаниколау тест је рађен код 29,7% испитаница. Међу 70,3% жена које нису радиле овај тест, 58,1% је

навело јој га лекар није препоручио, док 8,1% испитаница никада није ни чуло за овај тест. Свега 4,2% жена није радило тест иако им је био саветован.

Тест на *HIV* урадило је 7,1% жена.

HIV

О постојању инфекције с *HIV* било је информисано 96,5% испитаница. Највећи део њих је сматрао да се људи могу ефикасно заштитити од *HIV* уколико имају само једног партнера (66,4%) и користе кондом (63,1%).

Већина жена (66,0%) исправно је проценила да се о заражености с *HIV* не може закључивати на основу физичког изгледа партнера; већина осталих није знала одговор на ово питање. Када је реч о познавању вертикалне трансмисије, забележени су исправни одговори у односу на преношења *HIV* инфекције с мајке на дете током трудноће у 68,6% и порођаја у 53,6% случајева. Исправних одговора било је мање у погледу познавања могућности преношења *HIV* дојењем (37,9%). Највише заблуда забележено је у вези са познавањем могућности преношења *HIV* преко уједа комарца, где је 61,2% испитаница дало погрешан или никакав одговор.

Исправан став о процени угрожености детета које похађа наставу код наставника који је позитиван на *HIV* имало је 28,5% жена. Здравствено исправне ставове о сигурности при куповини код продавца који је заражен с *HIV* имало је свега 19,7% жена.

Чак 91,2% жена сматрало је да својим понашањем не ризикује да се зарази с *HIV*. Међу осталима, 2,5% жена је проценило своје понашање ризичним, док 6,3% испитаница није знало да ли њихово понашање може бити извор ризика за *HIV* или не.

Иако се тестирању на *HIV* подвргло веома мало испитаница, 48,8% жена је знало где могу да се испитају.

Коришћење здравствене заштите у вези с репродуктивним здрављем

Први одлазак код гинеколога везује се најчешће за период адолесценције (16-20 година), када је први гинеколошки преглед обавило 61,1% испитаница, а нешто ређе за период 21-25 године (28,8%). Број жена које су посетиле гинеколога у преадолесценцији и у добу пуне зрелости много је мањи (3,9%, односно 6,3%).

Половина испитаница (50,0%) била је код гинеколога бар једном у протеклим годину дана, 44,0% пре више од годину дана, а 6,0% жена није никада било код гинеколога. Највећи део испитаница које су користиле услуге гинеколога током протекле године ишао је једном (35,1%) или два-три пута (39,2%); 14,6% жена било је код гинеколога 4-6 пута, а остале чешће.

Највећи број испитаница иде код гинеколога и кад су здраве једном годишње (39,2%). Чак 49,3% испитаница сасвим ретко (ређе него једном у две године) или никад не иде на преглед када су здраве. Најчешћи раз-

лог одласка гинекологу је контрола здравља (45,9% жена). Абортус као разлог одласка био је релативно ретко заступљен (2,2%), као и контрацепција (2,2%). Трудноћу је као разлог навела петина испитаних жена (20,4%), док су остали разлози били тегобе (20,1%), стерилитет (1,4%) или нешто друго (7,8%).

Услуге приватног гинеколога користило је 12% жена. Главни разлози одласка код гинеколога у приватној пракси су љубазност (33,0%) и стрпљење (33,6%) или други атрибути квалитета заштите (3,4%); принуду као разлог навело је 26% жена.

Трудно је било 82,6% испитаница. Живорођење је било исход 77,5% трудноћа, а побачај је забележен код петине жена (намерни код 17,4%, а спонтани код 3,1% испитаница).

Табела 1. Комуналитет* обележја репродуктивног здравља
Table 1. Communalities* of reproductive health variables

Обележја Variables	Комуналитет Communalities
Посете патронажне сестре након изласка из породилишта Visits of the field nurse after being discharged from maternity ward	0.807
Старост при првој посети гинекологу Age at first visit to gynaecologist	0.585
Разлог одласка код гинеколога Reason of visit to gynaecologist	0.614
Број посета гинекологу у последњих 12 месеци Number of gynaecology services used in the least 12 months	0.636
Учесталост одласака код гинеколога иако је здрава Frequency of visits to gynaecologist although being healthy	0.712
Коришћење услуга приватног гинеколога Usage of services of private gynaecologists	0.736
Разлози коришћења услуга приватног гинеколога Reason of usage of services of private gynaecologists	0.397
Употреба средстава за контрацепцију у протеклој недељи Contraceptive devices used in the last week	0.809
Самоиницијативно узимање средстава против зачећа Self-administering contraceptive devices	0.835
Број намерних прекида трудноће Number of deliberate abortions	0.747
Исход трудноће Pregnancy outcome	0.807
Папаниколау тест рађен у последње две године Papnicolau test done in the last two years	0.477
Да ли се тестирала на <i>HIV</i> Was she tested to HIV	0.792
Да ли зна место где може да се тестира на <i>HIV</i> Does she know where to be tested to HIV	0.717
Самопроцена – да ли својим понашањем ризикује да се зарази с <i>HIV</i> Self-evaluation – is she exposed to HIV infection risk by her own behaviour	0.781
Посете лекара након изласка из породилишта Visits to doctors after being discharged from maternity ward	0.613
Самопреглед дојки најмање једном у шест месеци Self-assessment of one's own breasts once in six months	0.638

* део варијансе која потиче од заједничких фактора

* portion of the variance originating from the common factors

Лекари веома ретко посећују породиље по изласку из породилишта (свега 7,8% случајева). Када је реч о посетама патронажних сестара, оне су у кући породиље биле у 32,6% случајева.

Абортирало је 57% испитаница; најчешће су то били један (43,0%), два (20,4%) или три абортуса (18,0%), ређе више од тога (18,6%). Требало би, међутим, напоменути да је стопа одговора на ово питање била релативно мала (77%).

Факторска анализа

Факторска анализа међусобног односа описаних обележја (Табела 1) издвојила је седам фактора који описују најважније мултидимензионалне одлике репродуктивног здравља (Табела 2), у чији састав су ушла обележја с факторским оптерећењем већим од 0,4. Њима се може објаснити 68,85% укупног варијабилитета (Табела 3).

Из факторске анализе произлази да се превентивно-контролне активности (самопреглед дојке и Папаниколау тест) предузимају чешће код жена које редовније иду на преглед код гинеколога (па и када су здраве), а као главни разлог коришћења гинеколошких услуга наводе контролу здравља. Жене које користе контрацепцију уредније чине то самоиницијативно и наводе да чешће одлазе код приватног гинеколога на пре-

Табела 3. Објашњење укупног варијабилитета појединим факторским низовима (општа факторска варијанса)

Table 3. Explanation of total variability by individual factor sequences (general factorial variance)

Фактори Factors	Типична вредност Eigen value	Процент варирања Percentage of variation	Кумулативни проценат Cumulative percentage
1	2.655	15.620	15.620
2	2.186	12.858	28.478
3	1.813	10.655	39.142
4	1.549	9.110	48.253
5	1.269	7.467	55.720
6	1.213	7.136	62.856
7	1.018	5.990	68.846

глед. Жене код којих је живорођење било чешћи исход трудноће истовремено су имале и мање абортуса. Жене које су процениле свој ризик за добијање *HIV* већим чешће су користиле услуге гинеколога из приватне праксе.

Носиоци фактора најбоље репрезентују варијабилитет обележја која описују седам области репродуктивног здравља, укључујући ризично сексуално понашање, дужину репродуктивног периода, добру заштиту репродуктивног здравља, одговарајућу контрацепцију, избегавање абортуса као начина планирања породице, контролу и заштиту од *HIV* и добру постпарталну заштиту.

Табела 2. Преглед фактора
Table 2. Review of the factors

Фактори Factors	Обележја Variables	Факторско оптерећење Factor burden
1 Добра заштита Good care	Разлог одласка код гинеколога Reason of visit to gynaecologist	0.720
	Број посета гинекологу у последњих 12 месеци How often she used gynaecologic services in the last 12 months	0.579
	Учесталост одласака код гинеколога иако је здрава Frequency of visits to gynaecologist although being healthy	0.830
	Папаниколау тест рађен у последње две године Papnicolau test done in the last two years	-0.535
	Самопреглед дојки једном у шест месеци Self-assessment of one's own breasts once in six months	-0.352
2 Контрацепција Contraception	Разлози коришћења услуга приватног гинеколога Reason of usage of services of private gynaecologists	0.355
	Узимање средстава за контрацепцију у протеклој недељи Contraceptive devices used in the last week	0.886
	Самоиницијативно узимање средстава против зачећа Self-administering contraceptive devices	0.907
3 Абортуси Abortions	Број намерних прекида трудноће Number of deliberate abortions	0.805
	Исход трудноће Pregnancy outcome	0.862
4 Поспартална заштита Postpartal care	Посете патронажне сестре након изласка из породилишта Visits of the field nurse after being discharged from maternity ward	0.843
5 Репродуктивни период Reproductive period	Старост при првој посети гинекологу Age at first visit to gynaecologist	0.589
	Посете лекара након изласка из породилишта Visits to doctors after being discharged from maternity ward	0.769
6 Контрола <i>HIV</i> <i>HIV</i> control	Да ли се тестирала на <i>HIV</i> Was she tested to <i>HIV</i>	0.842
	Да ли зна место где може да се тестира на <i>HIV</i> Does she know where to be tested to <i>HIV</i>	0.671
7 Сексуално понашање Sexual behaviour	Коришћење услуга приватног гинеколога Usage of services of private gynaecologists	0.556
	Самопроцена – да ли својим понашањем ризикује да се зарази с <i>HIV</i> Self-evaluation – is she exposed to <i>HIV</i> infection risk by her own behaviour	0.839

ДИСКУСИЈА

У Србији је, према подацима нашег истраживања, сексуално активно 86% жена које су у репродуктивном периоду, што је на нивоу налаза других доступних студија (87,2% на Тајвану, 83,9% у Кини, 81,9% у Сједињеним Америчким Државама) [20, 21, 22]. Главни разлог изостанка сексуалне активности жена код нас је усамљеност, типична за сва индустријска друштва. Налаз већег броја партнера код 5,9% жена у складу је с резултатима других истраживања. Промену партнера у другим студијама навело је 7,8-22% испитаница [21, 23].

Наше истраживање потврдило је више пута постављену тезу да испитаница код којих се испољава једна врста ризичног понашања обично практикују и друга ризична понашања [5, 9, 24]. С пролазним партнером би се у ризичан секс упустило две трећине жена испитаних у нашем истраживању. На то указује став да с непознатом особом треба користити кондом, који је заступало свега 34% испитаница. И друга истраживања показују да свега тридесетак посто жена користи заштиту изван сталне везе [22].

Оно што такође забрињава јесте податак о релативно ниској стопи коришћења контрацепције, посебно ослонцу на тзв. несигурне методе (прекинути сношај и неплодни дани). Чак 97,9% жена није користило контрацепцију у недељи која је претходила анкети. Значајно чешћа примена контрацепције установљена је чак и у крајевима који су слабије развијени од наше земље. Шапиро (*Shapiro*) и Тамбаши (*Tambashe*) [13] извештавају да 48% сексуално активних жена старости 13-49 година користи неки вид контрацепције, а да се само 15% жена ослања на поузданија средства заштите, као што је кондом. Танфер (*Tanfer*) и Хорн (*Horn*) [12] наводе да је 78% жена у САД користило контрацепцију током последњег односа, а 86% током последњег месеца своје сексуалне активности. Лиу (*Liu*) и сарадници [21] су установили да контрацепцију користи 68% сексуално активних жена које живе у кинеским селима, од чега 10% користи кондом. Норрис (*Norris*) и сарадници [22] наводе да је учесталост коришћења контрацепције међу градском омладином афроамеричког и хиспаноамеричког порекла с ниским примањима 20-45%. У Хрватској 46% жена користило је кондом током последњег сексуалног односа [7]. Еванс (*Evans*) и сарадници [14] су установили да у Енглеској има 24% сексуално активног становништва које не користи никакво средство контрацепције.

У погледу врсте контрацептивног средства које користе, највише испитаница у нашем истраживању практиковало је прекинути сношај стално (30,6%) или понекад (6,6%). Ширм (*Schirm*) и сарадници [15] су установили да 24% становништва примењује управо традиционалне методе за спречавање зачећа, иако су оне најнепоузданије. Шапиро и Тамбаши [13] извештавају да се у Гани чак 85% жена које користе контрацепцију ослања на традиционалне методе заштите. Од тзв. сигурнијих метода највише се користи кондом, мада не стално (27,7% наших испитаница). У сличним ис-

траживањима употреба кондома забележена је у 9,6-45% случајева [14, 15, 21, 22].

Контрацептивну пилулу је користило 5,8%, а спиралу 8,7% испитаница нашег истраживања, док је употреба осталих средстава заштите од нежељене трудноће занемарљива. Ширм и сарадници [15] су забележили да у САД пилулу користи 2,4% удатих жена, спиралу 4,6%, локална хемијска средства 18%, док је дијафрагма била метода избора 19% испитаница. У Енглеској оралне контрацептиве примењује 40% сексуално активних жена [14].

Испитанице које су навеле да контрацепцију користе уредније чине то самоиницијативно, а на контролу здравља чешће одлазе код приватног гинеколога. Самоиницијативно коришћење контрацепције издвојило се као носилац читаве групе обележја која описују примену контрацептивних средстава.

Иако је већина жена испитаних у нашем истраживању себе сматрала информисаним о *HIV* (97%), трећина је навела да не сматра да мењање партнера може бити повезано с ризиком, нити верује да кондом може бити ефикасна заштита од *HIV*. Неповећење у кондом као ефикасно средство заштите од *HIV* исказало је 36,8% испитаница (узимајући у обзир обе категорије одговора који се не могу сматрати здравствено исправним). Непожељне (нетачне, здравствено неисправне) одговоре на друга питања о могућностима преношења *HIV* (с особе која изгледа здраво, с мајке на дете током трудноће, порођаја и за време дојења) дало је 31-61% испитаних жена. Резултати показују да је више од трећине жена у ризику од *HIV* инфекције због неисправне процене ризика. При том 8,8% испитаница процењује да постоји могућност да се заразе овим вирусом. Овај налаз је утолико значајнији јер истомено обележје представља носиоца фактора који описује сексуалну активност испитаница, што потврђује и резултати других истраживања [29].

Иако скоро половина испитаних жена зна место где може да се испита на *HIV*, овај тест је урадило свега 7,1% жена. Тестирање одражава варијабилитет групе обележја која описују контролу *HIV*.

Модел веровања у здравље усмерава превентивно понашање као функцију доживљене тежине болести, пријемчивости за болест, добити од предузимања здравствене акције, доживљених баријера за увођење промене. Лолис (*Lollis*) и сарадници [16] тврде да је овај модел веома ефикасан у предвиђању ризичног понашања код жена, јер може да објасни 9% варијансе код корисника дрога, 22% код промискуитетних особа, 18% код укупног броја људи који упражњавају све облике ризичног секса. До сличних закључака дошли су и Вајнсток (*Weinstock*) и сарадници [8] испитујући повезаност употребе кондома с проценом пријемчивости за *HIV*, познавањем путева преношења, схватањем озбиљности инфекције, те ставом о неподесности примене кондома.

У последње две године Папаниколау тест је радила свега трећина жена, док 8,1% испитаница није знало о каквом је то тесту реч. Оно што је значајно са ста-

новишта заштите репродуктивног здравља јесте податак да већини жена које су се подвргле овом тесту лекар није саветовао да га ураде; 4,1% жена којима је лекар предочио потенцијалну добит од овог прегледа није се подвргло тесту. Агилар-Перес (*Aguliar-Perez*) и сарадници су 2003. године указали на сличне проблеме у извођењу овога теста у Мексику, који су били решени увођењем обавезног скрининг-програма [30].

Самопреглед дојке није вршило 54,7% жена испитаних у нашем истраживању. Међу онима које су то чиниле, пет пута више жена је навело да то ради на сопствену иницијативу, а не зато што их је на то упutio лекар. То говори да овај сигуран, јефтин и безбедан начин за откривање могућег рака дојке жене код нас ретко примењују.

Из факторске анализе произлази да се превентивно-контролне активности (самопреглед дојке и Папаниколау тест) које чине садржај добре заштите репродуктивног здравља примењују чешће код жена које остварују ту заштиту на одговарајући начин (редовније одлазе код гинеколога, иду на преглед и када су здраве, а као главни разлог наводе контролу здравља).

Код гинеколога барем једном годишње одлази свега половина жена. У истраживањима рађеним у САД утврђено је да 80% испитаница користи услуге гинеколога бар једном годишње, три четвртине жена иде на преглед код приватног, а свега једна четвртина код гинеколога који ради у јавној служби [18].

Најмање једанпут годишње када су здраве код гинеколога одлази 39,2% жена. Овај податак одражава варијабилитет читавог скупа обележја која описују заштиту репродуктивног здравља.

Најчешћи разлог одласка гинекологу на преглед је контрола здравља (45,9%); следе трудноћа и тегобе (по 20%). И у другима истраживањима главни разлог посете гинекологу су контролни прегледи, али су они много чешћи (72%) него код нас; услуге планирања породице (контрацепција) у поменутом истраживању разлог су за трећину жена [18]. Саветовање о контрацепцији је код нас веома редак разлог за одлазак код гинеколога (свега 2,2% случајева), иако информисање и обучавање имају велики значај за правилну примену ових средстава.

Коришћење услуга приватног гинеколога код нас много је ређе него у другим земљама (12%). Ипак, главни разлози за избор приватног гинеколога су исти: љубазност, стрпљење, принуда. Бекер (*Becker*) и сарадници [17] наводе да су квалитет услуга, удобност и комфор водећи разлози за све чешћи одлазак жена на преглед код приватног гинеколога. Факторска анализа у нашем раду такође доводи у везу разлоге коришћења услуга гинеколога из приватног сектора (поверење) с ризичним сексуалним понашањем (самопроцена ризика за *HIV* инфекцију).

Искуство трудноће имало је 82,6% жена у нашем истраживању, а намерни или спонтани прекид био је исход трудноће у 17,4%, односно 3,1% случајева. У сличној популационој студији у Енглеској 58-60% испитаница нису никада биле трудне, што је неколико пу-

та више него код нас [14]. Нажалост, и број абортуса је већи у нашој земљи него у другим државама (57%). Факторска анализа је ово обележје издвојила као носиоца варијабилитета групе обележја која описују исход трудноће.

Раширеност нежељене трудноће, као одлику репродуктивног здравља бележе многа истраживања. Форест (*Forrest*) [10] је утврдио да је крајем деведесетих година двадесетог века 54% трудноћа у САД било непланирано, те да се између 50% (код жена старости 15-34 година) и 60% (код жена старијих од 40 година) трудноћа заврши абортусом. Деценију касније проценат непланираних трудноћа смањио се на 49%, али се опет више од половине завршавало абортусом (54%). Овај тренд одржао се до данас [11]. Дарох (*Darroch*) и сарадници [25] наводе да је нежељену трудноћу имало 70% сексуално активних жена у репродуктивном периоду (15-44 година), а да је бар један намерни прекид трудноће имало 21% жена. Имајући ово у виду, јасно је да свака четврта жена у САД користи абортус као средство за планирање породице. Иако је преваленција абортуса висока, она је и даље више него двоструко мања него код нас, где на абортус иде свака друга жена која је у репродуктивном периоду.

Факторска анализа показује да жене код којих је рођење живог детета било чешћи исход трудноће имају истовремено мање абортуса, и обрнуто. Међусобни однос ових обележја показује да се промоцијом рађања може зауставити тренд абортуса.

Здравствена заштита жена по изласку из породицишта описана је посетом лекара (7,8%) или патронажне сестре (32,8%). Факторска анализа показује да оба наведена обележја имају посебну важност у описивању репродуктивног здравља, јер одражавају варијабилитет низа обележја која описују репродуктивни период (посета лекара) и добру постпарталну заштиту (посета патронажне сестре).

Факторска анализа рађена је с обележјима која су иначе често коришћена у различитим популационим истраживањима. Међусобни однос између обележја који је овде утврђен указује на то да се исти резултати могу добити и коришћењем мањег броја обележја – носилаца фактора који носе исту количину информација, односно одражавају укупно варирање података о репродуктивном здрављу.

ЗАКЉУЧАК

Одлике репродуктивног здравља жена су лоше без обзира на то да ли се посматрају изоловано или у њиховом међусобном односу.

Репродуктивно здравље жена најбоље представљају: самопроцена ризика од *HIV* (одражава варијабилитет обележја сексуалног понашања), самоиницијативна примена средстава против зачећа (одражава варијабилитет обележја контрацепције), коришћење услуга гинеколога у стању здравља (одражава варијабилитет обележја добре заштите репродуктивног

здравља), исход трудноће (одражава варијабилитет обележја која се односе на абортусе), коришћење теста на *HIV* (одражава варијабилитет обележја контроле *HIV*), посете патронажне сестре по изласку из породилишта (одражава варијабилитет обележја пост-парталне заштите) и посете лекара по изласку из породилишта (одражава варијабилитет дужине репродуктивног периода).

Узимајући у обзир налазе факторске анализе, пре свега однос између испитиваних обележја, коришћењем седам издвојених обележја – носилаца фактора

може се адекватно испитати и описати репродуктивно здравље жена у Србији и изван оквира истраживања здравља на репрезентативном узорку.

НАПОМЕНА

Рад је произашао из докторске дисертације Снежане Миљковић под називом „Чиниоци који одређују репродуктивно здравље жена”, чија је израда у току на Медицинском факултету Универзитета у Крагујевцу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Doyal L. The politics of women's health: setting a global agenda. *Int J Health Serv.* 1996; 26(1):47-65.
2. Fathalla MF. Reproductive health for all: a commitment towards the new millennium. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1999; 4(4):212-6.
3. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Garcia Moreno C, Van Look PFA. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet.* 2006; 368(9547):1595-607.
4. James WH. Monitoring reproductive health in Europe: what are the best indicators? *Hum Reprod.* 2007; 22(5):1197-9.
5. Johnson EH, Jackson LA, Hinkle Y, Gilbert D, Hoopwood T, Lollis CM, et al. What is the significance of black-white differences in risky sexual behavior? *J Natl Med Assoc.* 1994; 86(10):745-59.
6. Regushevskaya E, Dubikaytis T, Nikula M, Kuznetsova O, Hemminki E. The socioeconomic characteristics of risky sexual behaviour among reproductive-age women in St Petersburg. *Scand J Public Health.* 2008; 36(2):143-52.
7. Božičević I, Stulhofer A, Ajduković D, Kufirin K. Patterns of sexual behaviour and reported symptoms of STI/RTIs among young people in Croatia – implications for interventions' planning. *Coll Antropol.* 2006; 30(2):63-70.
8. Weinstock HS, Lindan C, Bolan G, Kegeles SM, Hearst N. Factors associated with condom use in a high-risk heterosexual population. *Sex Transm Dis.* 1993; 20(1):14-20.
9. Noar SM, Cole C, Carlyle K. Condom use measurement in 56 studies of sexual risk behavior: review and recommendations. *Arch Sex Behav.* 2006; 35(3):327-45.
10. Forrest JD. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170:1485-9.
11. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health.* 2006; 38(2):90-6.
12. Tanfer K, Horn MC. Contraceptive use, pregnancy and fertility patterns among single American women in their 20s. *Fam Plann Perspect.* 1985; 17(1):10-9.
13. Shapiro D, Tambashe BO. The impact of women's employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire. *Stud Fam Plann.* 1994; 25(2):96-110.
14. Evans BA, Kell PD, Bond RA, MacRae KD. Heterosexual relationships and condom-use in the spread of sexually transmitted diseases to women. *Genitourin Med.* 1995; 71(5):291-4.
15. Schirm AL, Trussell J, Menken J, Grady WR. Contraceptive failure in the United States: the impact of social economic and demographic factors. *Contracept Fertil Sex.* 1983; 11(4):659-73.
16. Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Educ Prev.* 1997; 9(6):551-63.
17. Becker D, Koenig MA, Kim YM, Cardona K, Sonenstein FL. The quality of family planning services in the United States: findings from a literature review. *Perspect Sex Reprod Health.* 2007; 39(4):206-15.
18. Sonenstein FL, Ku L, Schulte MM. Reproductive health care delivery. Patterns in a changing market. *West J Med.* 1995; 163(3):7-14.
19. Frost JJ. Trends in US women's use of sexual and reproductive health care services, 1995-2002. *Am J Public Health.* 2008; 98(10):1814-7.
20. Wang PD, Lin RS. Sexual activity of women in Taiwan. *Soc Biol.* 1994; 41(3-4):143-9.
21. Liu H, Xie J, Yu W, Song W, Gao Z, Ma Z. A study of sexual behavior among rural residents of China. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998; 19(1):80-8.
22. Norris AE, Ford K, Shyr Y, Schork MA. Heterosexual experiences and partnerships of urban, low-income African-American and Hispanic youth. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1996; 11(3):288-300.
23. Duberstein Lindberg L, Singh S. Sexual behavior of single adult American women. *Perspect Sex Reprod Health.* 2008; 40(1):27-33.
24. Mercer CH, Bailey JV, Johnson AM, Erens B, Wellings K, Fenton KA, et al. Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *Am J Public Health.* 2007; 97(6):1126-33.
25. Darroch JE, Landry DJ, Oslak S. Age differences between sexual partners in the United States. *Fam Plann Perspect.* 1999; 31(4):160-7.
26. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res.* 2004; 15:40-172.
27. Papaharitou S, Nakopoulou E, Kirana P, Giaglis G, Moraitou M, Hatzichristou D, et al. Factors associated with sexuality in later life: an exploratory study in a group of Greek married older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008; 46(2):191-201.
28. Hussain R, Khan A. Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. *Health Care Women Int.* 2008; 29(5):468-83.
29. Akers A, Bernstein L, Henderson S, Doyle J, Corbie-Smith G. Factors associated with lack of interest in HIV testing in older at-risk women. *J Womens Health (Larchmt).* 2007; 16(6):842-58.
30. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Lyon: International Agency for Research on Cancer; WHO; IARC Press; 2005.

Characteristics of Reproductive Health of Women in Their Generative Age

Snežana Miljković¹, Dragoljub Djokić², Slavica Djukić-Dejanović², Dejan Mitrašinović³, Gordana Grbić³, Jelena Radosavljević-Svetozarević⁴, Rade Prelević⁵, Žarko Krivokapić⁵, Aleksandar Višnjić⁶

¹Clinical Centre, Niš, Serbia;

²Faculty of Medicine, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia;

³High School of Professional Studies of Nursing and Health Sciences "Visan", Belgrade, Serbia;

⁴Gerontological Centre, Kragujevac, Serbia;

⁵Military Medical Academy, Belgrade, Serbia;

⁶Faculty of Medicine, University of Niš, Niš, Serbia

SUMMARY

Introduction Any research of reproductive health has to encompass the relevant connotations of this complex term. In order to establish relevant multidimensional characteristics, it is necessary to assess intercorrelations of the characteristics most commonly used to describe it.

Objective Our aim was to describe the characteristics of reproductive health and to establish their significance in describing this term.

Methods Within the study of health of adult inhabitants of Serbia, on the sample of 2,817 women aged 20-49 years, the data on different reproductive health characteristics were collected by way of a structured questionnaire. By way of factorial analysis (principal components method, Kaiser Varimax criterion), representative characteristics (factors) were selected out of a large number of characteristics, describing reproductive health of women in a multidimensional way, interrelationships of the factors were explained, and carriers – the most important individual characteristics – were selected for further analysis.

Results The characteristics of female reproductive health in Serbia are poor, both from the health policy standpoint and in comparison with other countries. Reproductive health describes 7 relevant factors and their carriers (characteristics which best reflect the variability of characteristics involved in a factor). These involve sexual behaviour (self-assessed HIV infection risk), contraception (use of contraceptive devices on one's own initiative), adequate protection of reproductive health (usage of gynaecological services even when healthy), abortions (pregnancy outcome), HIV control (HIV testing usage), postpartal protection (visits of field nurses after being discharged from maternity ward) and reproductive period (doctor visits after being discharged from maternity ward).

Conclusion All the characteristics of reproductive health used in various studies are not equally important in the description of this complex phenomenon. Factorial analysis can explain intercorrelations of the studied characteristics and make possible the selection of those most representative.

Keywords: reproductive health; adults; women; indicators

Примљен • Received: 14/07/2009

Прихваћен • Accepted: 09/09/2009