

ПРОМОЦИЈА РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА КРОЗ ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА

Душанка Матијевић¹, Светлана Младеновић Јанковић², Љиљана Сокал Јовановић³, Спасо Анђелић⁴

REPRODUCTIVE HEALTH PROMOTION THROUGH- HEALTH IN ALL POLICIES

Dušanka Matijević, Svetlana Mladenović Janković, Ljiljana Sokal Jovanović, Spaso Anđelić

Сажетак

Репродуктивно здравље и сексуално здравље (РСЗ) непосредно утичу на здравље и живот људи, али су и те како подложни дејству одређених фактора – детерминанти, као што су: социјално-економски и културални услови живота, ниво образовања и могућност едукације, запосленост, породично окружење, односи међу половима, традиција и друштвене норме, постојећи законски прописи, доступност и квалитет релевантних служби здравствене, социјалне заштите, доступност хуманитарних и НВО организација, као и ефикасност локалних власти.

Циљ рада: Анализа одредница репродуктивног и сексуалног здравља у нашој земљи и предлог новог приступа у промоцији репродуктивног и сексуалног здравља кроз примену нове јавно-здравствене политике – здравља у свим политикама.

Метод рада: Преглед литературе, као и ефикасних модела и примера добре праксе у овој области.

Резултати: И у најразвијенијим земљама света РСЗ се препознаје као приоритет јавно- здравствене политике с обзиром на фундаментални значај који има за целокупни хумани и социјални развој.

Summary

Reproductive and sexual health (RSH) has direct impact on the health and life of the people but is also dependent of certain factors – health determinants as: socio-economical and cultural conditions level and possibility of education, employment, family environment, sex relations, tradition and societal norms. Actual legal provisions are also important, as well as accessibility of proper health and social services, humanitarian organisations, NGO's including the capabilities of local governments.

Objectives: Analysis of determinants of RSH that cause health inequalities in our country, and Defining the new approach on RSH health promotion using the new public health policy – health in all policies.

Method: Literature, experiences, and good practice data overview related the subject.

Results: In high developing countries RSH has been the priority of public health policies because of its fundamental impact on human and social development.

¹ Др сц. мед. Душанка Матијевић, Градски завод за јавно здравље Београд.

² Мр сц. мед. др Светлана Младеновић Јанковић, Градски завод за јавно здравље Београд.

³ Прим. мр сц. мед. др Љиљана Сокал Јовановић, Градски завод за јавно здравље Београд.

⁴ Прим. мр сц. мед. др Спасо Анђелић, Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“, Београд.

Савремени приступ промоцији РСЗ подразумева, пре свега, налажење адекватних одговора на социјалне детерминанте, кроз здравље у свим политикама и интегрисано управљање на свим нивоима, на бази интерсекторског и мултидисциплинарног приступа.

Кључне речи: *репродуктивно и сексуално здравље, детерминанте здравља, јавно- здравствена политика, здравље у свим политикама.*

Modern RSH health promotion have to address the health determinants through health in all policies, shared governance on all levels and inetersectorial and miltidisciplinary approach.

Key words: *reproductive and sexual health, determinants of health, public health policy, health in all policies.*

УВОД

Репродуктивно здравље је стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само стање одсуства репродуктивних болести и слабости и односи се на репродуктивни систем и његове функције и процесе у свим фазама живота.⁽¹⁾ Под тим се подразумева и одговоран задовољавајући и безбедан сексуални живот, способност да се има потомство (репродукција), као и право и слобода избора кад ће се то десити и колико често.

Здравље у свим политикама (ЗуСП) подразумева стратешки оријентисану јавно- здравствену политику која у фокус интервенција и практичног деловања ставља социјално-економске одреднице (детерминанте) и неједнакости у здрављу.⁽⁴⁾

Репродуктивно и сексуално здравље (РСЗ) није само значајан елеменат општег здравља за оба пола већ је његова суштинска основа, у свим добима и фазама живота. Под утицајем је три основне врсте фактора: биолошких, културалних и психосоцијалних. РСЗ непосредно утиче на здравље и живот људи, али је и те како подложно дејству одређених фактора – детерминанти као што су: социјално-економски и културални услови живота, ниво образовања и могућност едукације, запосленост, породично окружење, односи

међу половима, традиција и друштвене норме, постојећи законски прописи, доступност и квалитет релевантних служби здравствене, социјалне заштите, доступност хуманитарних и НВО организација, као и ефикасност локалних власти.

Актуелни подаци указују на повећане потребе промоције репродуктивног и сексуалног здравља популације у Србији због угроженог простог обнављања становништва и непостојања чак и просте репродукције. Ово се дешава услед смањивања просечног броја рођене деце по жени и породици, опредељивања жена за рађање у каснијем репродуктивном периоду (у Србији просек је 28,9 година) и повећаног умирања становништва, нарочито од превентабилних малигних болести (грлића материце и дојке). Истовремено, резултати указују на све лошије социјално-економске прилике, које у великој мери утичу на наталитет и будућност породица у Србији.

Добро репродуктивно здравље је основа посебне физичке и психосоцијалне блискости која може значајно допринети укупном персоналном, односно социјалном сазревању. Угрожено или нарушено репродуктивно здравље, нажалост, везује се за болест, насиље, злостављање, експлоатацију, дискриминацију, нежељену, небезбедну трудноћу и на крају фаталан исход. И у најразвијенијим земљама света РСЗ се препознаје као приоритет јавно-здравствене

не политике с обзиром на фундаментални значај који има за целокупни хумани и социјални развој.

Савремени приступ промоције РСЗ подразумева, пре свега, налажење адекватних одговора на социјалне детерминанте, кроз здравље у свим политикама и интегрисано управљање на свим нивоима, како на хоризонталном тако и на вертикалном нивоу, на бази интерсекторског и мултидисциплинарног приступа. Комплементарни нивои деловања у овој области даље подразумевају интервенције везане за бихевиоралне детерминанте (стилове живота, циљне вулнерабилне популационе групације, непосредне здравствено-промотивне акције), интервенције уз прецизно утврђивање места за њихово спровођење (где људи живе, раде, лече се, едукују, проводе слободно време), уз посебан нагласак на улогу мас-медија и популарне културе. Посебан изазов представља глобална и национална економска криза, која захтева значајну промену понашања, као и консензус око најважнијих приоритета, што РСЗ несумњиво јесте, не само у оквиру различитих секторских политика, па и здравствене, већ и друштва у целини.

ЦИЉ

1. Разматрање одредница репродуктивног и сексуалног здравља (РСЗ) које доприносе неједнакости у здрављу.
2. Анализа одредница репродуктивног и сексуалног здравља у нашој земљи.
3. Предлог новог приступа у промоцији репродуктивног и сексуалног здравља кроз примену здравља у свим политикама.

ДЕФИНИЦИЈЕ

Репродуктивно здравље

Репродуктивно здравље је стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само стање одсуства

репродуктивних болести и слабости, и односи се на репродуктивни систем и његове функције и процесе у свим фазама живота.⁽¹⁾

Под тиме се подразумева и одговоран задовољавајући и безбедан сексуални живот, способност да се има потомство (репродукција), као и право и слобода избора кад ће се то десити и колико често.

Према акционом плану утврђеном пре готово две деценије (1994. године) на Међународној конференцији о популацији и развоју (ICPD) одржаној у Каиру, даље се имплицира да је то уједно и право сваке особе на адекватну информисаност и доступност безбедних, ефективних метода планирања породице по сопственом избору и приступачној цени. То не искључује доступност и других метода контроле рађања, у складу са законом, као и доступност служби здравствене заштите, како би породица добила здраво потомство, а жена безбедно „прошла“ трудноћу и порођај.⁽²⁾

Сексуално здравље

Сексуално здравље је стање физичког, емоционалног, менталног и социјалног благостања у вези са сексуалношћу; то није само одсуство болести, дисфункције и онемоћалости већ подразумева позитиван приступ сексуалности и сексуалним односима уз међусобно поштовање, задовољство и сигурност, ослобођено од сваког насиља, присиле и дискриминације. Да би се постигло и очувало сексуално здравље, морају се у потпуности поштовати, штитити и испуњавати релевантна људска права.⁽³⁾

Здравље у свим политикама

Здравље у свим политикама (ЗуСП) подразумева стратешки оријентисану јавно-здравствену политику која у фокус интервенција и практичног деловања ставља социјално-економске одреднице (детерминанте) и неједнакости у здрављу.⁽⁴⁾

Приступ се базира на сазнању да здравље популације није само исход деловања здра-

вственог сектора већ је у значајној мери детерминисано условима живота, као и другим социјално-економским факторима, те се на њега ефикасније може утицати (у позитивном смислу) применом релевантних политика у оквиру неких других области, а не у области система здравствене заштите.

Постоје докази да су веће социјалне неједнакости повезане са лошијим здравственим стањем становништва уопште, па и кад је у питању РСЗ.^(5, 6)

Одреднице здравља

Термин „одреднице или детерминанте здравља“ уведен је седамдесетих година прошлог века и односио се на факторе за које је утврђено да имају најзначајнији (позитиван или негативан) утицај на здравље. Здравље је исход низа одредница укључујући оне које се односе на индивидуалне факторе (генетске, биолошке), стил живота, структуре у друштву, јавне политике и друге социјално-економске факторе. Посматрање здравља кроз утицај одређених одредница је од посебног значаја управо са аспекта њихове подложности различитим политикама и околностима у којима се одлуке доносе и примењују, различитим интервенцијама, као и различитим окружењима где људи живе и раде. Наиме, унапређење здравља деловањем на његове детерминанте може бити далеко ефикасније него примена традиционалног приступа базираног на лечењу болести или решавању здравствених проблема. Светска здравствена организација (СЗО) је оформила и посебну Комисију за социјалне одреднице здравља са циљем дефинисања препорука за примену оних политика и интервенција које ће унапредити здравље смањивањем неједнакости у здрављу, кроз акције деловања на социјалне одреднице здравља. Тако су у другом издању публикације СЗО о социјалним одредницама здравља сумирани резултати истраживања из европског региона и презентовани у виду јасних чињеница – доказа

о десет значајних области, а на начин разумљив доносиоцима одлука.⁽⁷⁾ Ове области подразумевају: социјални положај, стрес, рано животно доба (здравље мајке и детета), социјалну искљученост, посао, незапосленост, социјалну подршку, болести зависности, исхрану и транспорт.

Промоција здравља

Промоција здравља је процес (јачање капацитета – знања и вештина) који повећава способност контроле појединца над сопственим здрављем, како би се оно очувало и унапредило.⁽⁸⁾

Како су расла сазнања о утицају социјално-економских одредница на здравље и ова дефиниција је доживела своју еволуцију, у смислу да је то „процес који, уз јачање индивидуалних капацитета, помаже људима да повећају контролу и над детерминантама здравља како би га очували и унапредили“. То се постиже акцијама усмереним ка унапређењу социјално-економских услова живота како би се умањио њихов негативни ефекат на здравље појединца и заједнице.

ЗНАЧАЈ РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА

Репродуктивно здравље није само значајан елемент општег здравља за оба пола већ је његова суштинска основа у свим добима и фазама живота. Оно је рефлексија здравља у детињству, посебно у адолесценцији и одраслом добу, у фертилном периоду, а утиче и на здравље будућих генерација. На здравље бебе и те како ће утицати стање здравља и нутритивни статус мајке, као и доступност здравствене службе и квалитет антенаталне заштите.

У различитим фазама живота постоје различите потребе у односу на репродуктивно и сексуално здравље, а неуспех у решавању проблема у овим областима у било којој од фаза утицаће не само на здравствено стање већ и на развојни процес сваке индивидуе. С обзиром на то да је репродуктивно здравље

тако важна компонента општег здравственог стања, оно је несумњив елеменат укупног социјално-економског развоја човека.

Савремени концепт репродуктивног и сексуалног здравља, уз свест о ризицима као што су болести (нпр. полно преносиве болести или болести током трудноће) и важност превентивних програма (планирање породице, безбедно материнство и сл.), чији је значај неспоран, у први план истиче позитивне потенцијале репродуктивног здравља. Они се пре свега посматрају у контексту људских односа, као нпр. радост кад дође жељено дете, али и могућности избегавања нежељене и небезбедне трудноће. Добро репродуктивно здравље је основа посебне физичке и психосоцијалне блискости која може значајно допринети укупном персоналном, односно социјалном сазревању. Угрожено или нарушено репродуктивно здравље, нажалост, везује се за болест, насиље, злостављање, експлоатацију, дискриминацију, нежељену, небезбедну трудноћу и на крају фаталан исход.

Једна од најважнијих ставки Конференције у Каиру је што жену и човека ставља у центар развојних напора, у којима су они главни актери сопственог репродуктивног здравља и укупног живота у крајњој линији, а не објекти екстерних интервенција.

Програми намењени различитим и врло битним аспектима репродуктивног здравља постоје широм света. Они су, међутим, већином сепаратни, неповезани и баве се независно један од другог многим областима репродуктивног здравља које су и те како повезане. Евалуација њиховог спровођења углавном је била усмерена на квантитет, што је наравно боље од тога да не постоји ништа што може да се евалуира. Савремени концепт жели да иде корак даље, па тако уместо квантитативног приступа, нпр. праћења броја оних који примењују контрацептивна средства (углавном жена), има у већој мери квалитативни приступ. Наиме, постојећи програми, углавном намењени женама, не разматрају социјално-културалне, социјално-психолошке, еконо-

мске аспекте њиховог репродуктивног и сексуалног здравља, нити могућност њиховог самосталног доношења одлука о сопственом здрављу и животу на бази претходно добијених информација. Потребне жене у овој области нису само планирање породице или материнство.

Здравствена служба треба да помогне у решавању проблема као што су: нежељена трудноћа, небезбедни абортус, неплодност, анемија и малнутриција, превенције/лечења најчешћих малигних болести, насиље услед родне неравноправности (иако у последњем случају то не може да реши сама). При том ништа мање није значајно ни поштовање личности, слобода избора, добра информисаност као основа за доношење одлуке, поверљивост и приватност.

Посебно вулнерабилну популацију представљају адолесценти и млади, који имају врло специфичне потребе у поменутој области, укључујући и начин како да се исте задовоље.

Иако су од Конференције у Каиру постигнути значајни помаци у очувању и унапређењу сексуалног и репродуктивног здравља, постојећи подаци и даље упућују на неопходност интензивирања напора и евалуације до сада примењиваних стратегија и интервенција.

Наиме, процењује се да и даље сваки дан осам стотина жена у свету умре због компликација у трудноћи или на порођају. Преко 220 милиона жена у свету би хтело да спречи трудноћу, али не користи савремене контрацептивне методе, што има за исход 80 милиона непланираних трудноћа, 20 милиона небезбедних абортуса са озбиљним, па и фаталним последицама по здравље. Сваке године, у углавном сиромашним и земљама у развоју, једна од три девојке млађе од 18 година се уда, 16 милиона девојака адолесцентног узраста се породи, што као последицу има да матернални морталитет буде водећи узрок смрти у овим земљама. Сваки дан преко 2.000 младих људи се инфицира ХИВ-ом.

У току свог живота седам од десет жена доживи физичко и/или сексуално насиље. У целом свету милиони се суочавају са дискриминацијом, претњама и насиљем због свог идентитета, било да су у питању заражени/оболели од ХИВ-а, мигранти, самохране мајке, етничке и друге мањине (ЛБГТ популација и сексуалне раднице).

Жене, млади и маргинализоване групације у највећој су мери угрожени у једнакости за сопствена репродуктивна и сексуална права, као и права да доносе одлуке о сопственом здрављу, телу, односима са другима, сексуалности, као и када, са киме и да ли ће се венчати и имати децу.⁽⁹⁾

Према томе, једнакост у правима на РСЗ је фундаментално људско право и основа социјалне правде и одрживог развоја сваког друштва.

СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ РСЗ

РСЗ је под утицајем три основне врсте фактора: биолошких, културалних и психосоцијалних, који према СЗО доприносе укупном оптерећењу болестима и то 20% код жена и 14% код мушкараца.⁽¹⁰⁾

Репродуктивно здравље непосредно утиче на здравље и живот људи, али је итекако подложно дејству одређених фактора као што су: социоекономски и културални услови живота, ниво образовања и могућност едукације уопште, запосленост, породично окружење, односи међу половима, традиција и друштвене норме, постојећи законски прописи, као и доступност и квалитет релевантних служби здравствене, социјалне заштите, ефикасности локалних власти, хуманитарних организација, НВО, итд.

Сви претходно поменути фактори доприносе врло израженим неједнакостима у здрављу које су у фокусу савремених стратегија и интервенција промоције РСЗ. Досадашњи промотивни приступи, усмерени искључиво на промене индивидуалног

понашања, показали су се недовољно ефикасним, јер се заправо баве исходима односно последицама, а не главним узроцима проблема.

Истакнуто је да су проблеми везани за нарушавање РСЗ комплексни и често са врло озбиљним последицама, које не угрожавају само здравље појединца и чланова његове породице већ и здравље локалне заједнице и друштва у целини.

То су пре свега следећи проблеми:

1. Полно преносиве болести и ХИВ (континуирани пораст инфекција, хламидијом, ХИВ-ом и гонорејом).
2. Неплодност (чему значајно доприносе и претходно поменуте полно преносиве болести).
3. Злоупотреба психоактивних супстанци и секс (посебно пораст конзумирања алкохола међу младима у целом свету).
4. Сексуално насиље и нежељени секс.
5. Започињање сексуалних односа у сранијем животном добу.
6. Сексуална злоупотреба деце и адолесцената.
7. Трудноћа и рађање од стране адолесцената.
8. Контрацептивна средства и коришћење кондома (и поред позитивних помака и даље недовољно коришћење).
9. Абортуси.
10. Хронична обољења и еректилна дисфункција.
11. Малигна обољења.
12. Разлике у сексуалном опредељењу, хомофобија, хетеросексизам, ХИВ дискриминација, стигматизација.

Постоје групације становништва посебно угрожене у поменутом смислу, као што су:

1. Адолесценти и млади,
2. Младе девојке, као и жене у репродуктивном периоду имајући у виду, пре

свега, могућност едукације и самосталног доношења одлука о сопственом РСЗ.

3. Особе са урођеним или стеченим психофизичким сметњама/хендикепима.
4. Мигранти, избеглице, расељена лица.
5. Сексуалне раднице.
6. Затвореници.
7. Бескућници.

У извештају о социјалним детерминантама сексуалног и репродуктивног здравља од стране аустралијске НВО Women's Health West, истичу се:

1. Сиромаштво и социјално-економски статус.
2. Насиље и дискриминација.
3. Родна (не)равноправност – разлике у половима.
4. Социокултуралне норме.
5. Здравствена служба.
6. Јавно-здравствена политика и законска регулатива.⁽¹¹⁾

У даљем тексту укратко ће бити размотрени поменути фактори, односно побројане детерминанте сексуалног и репродуктивног здравља и њихов врло комплексан, многострук и различит утицај на РСЗ.

Сиромаштво и социјално економски статус

Повезаност између социоекономског статуса и РСЗ јасно је утврђена у области јавног здравља, са закључком да је угрожено РСЗ и последица и исход неповољног статуса. Неповољан статус обично је повезан са ниским примањима, ниским нивоом образовања, послом где се не захтева већи ниво обучености, као и са незапосленошћу.

Неповољан статус испољава се на макро нивоу кроз лоше животне услове у заједници у целини кад је у питању становање, дечија заштита, транспорт, постојање и доступност здравствених социјалних и других служби. Око 97% небезбедних абортуса

одвија се у сиромашним земљама у развоју, а сиромашне жене више обољевају од репродуктивних болести. Око 75% избеглица из ратом или другим ванредним стањима осиромашеним или девастираним подручјима, су жене и деца, а у поменути ситуацијама, жене и млади су нарочито изложени сексуалном насиљу, нежељеним трудноћама и пратећим обољењима услед недостатка одговарајуће или било какве здравствене заштите.

На микро нивоу то се испољава неадекватном доступношћу одговарајућих служби здравствене и социјалне заштите што за појединца има за последицу неадекватност или потпуни изостанак антенаталне, а често и најшире гледано превентивне здравствене заштите (скрининга, планирања трудноће, контрацепције), што све условљава немогућност избора и доношења одлука о сопственом репродуктивном здрављу које битно утиче на целокупни живот.⁽¹²⁾

Насиље и дискриминација

Велики број истраживања указује да насиље и дискриминација изазивају озбиљне и често трајне здравствене последице, посебно када је у питању РСЗ.⁽¹³⁾

Сексуално угрожавање и насиље има много форми у смислу сексуалног насртања, силовања од стране сексуалног партнера, групног силовања, гениталне мутилације девојака и жена, трговине људима и сексуалне експлоатације, проституције под принудом, сексуалног узнемиравања на радном месту и сл.

Сексуално насиље често је повезано са небезбедним сексуалним понашањем и злоупотребом алкохола и дрога.

Сексуални насртаји на децу и адолесценте могу довести до озбиљних сексуалних и репродуктивних проблема у будућем периоду. Нека истраживања у Аустралији показују да је оваквих насртаја на мушку децу око 5,1 %, а на женску децу знатно више – око 27,5%.

Сексуално злостављање деце има за последицу раније започињање сексуалних односа, промискуитет, незаштићени секс и ране трудноће. Посебно су на сексуално злостављање вулнерабилни бескућници, као и особе са различитим формама онеспособљености, посебно жене.⁽¹⁴⁾

Жене подвргнуте насиљу од стране свог партнера чешће имају непланиране трудноће које решавају абортусом. Жртве сексуалног насиља ређе се одазивају позиву на скрининге на карцином грлића материце од других жена.⁽¹⁵⁾

Избеглице и расељена лица често су подвргнути силовању и другим формама сексуалног злостављања, а жене су неретко присиљене да продају своје сексуалне услуге како би оне и чланови породице преживели.

Расизам и дискриминација неретко су пропратне појаве које представљају додатну препреку за обезбеђење адекватних информација о сопственом сексуалном и репродуктивном здрављу и коришћење релевантних служби здравствене и социјалне заштите у заједници.⁽¹⁶⁾

Родна (не)равноправност – разлике у половима

Разлике у половима односе се на одређене устаљене друштвене норме, очекивања везана за давно утврђена правила понашања и сигурно представљају врло значајне предикторе и сексуалног и репродуктивног здравља.⁽¹⁷⁾

Оне у значајној мери утичу на сексуални идентитет, праксу и сексуално понашање. Нпр. културални образац „правог мушкарца“ подржава младиће да се што више сексуално ангажују како би доказали своју „мушкост“, док се од девојке очекује моногамни однос и с тим у вези сексуално понашање. Иако у свакодневном животу постоји евидентни пораст предбрачних сексуалних односа код младих, што они сматрају нормалном појавом, претходно поменута очекивања и даље су присутна.

Дупли стандарди ограничења за девојке и „слободе“ за младиће итекако имају утицај на РСЗ младих оба пола.⁽¹⁸⁾

Један од исхода ових дуплих стандарда је да су младе жене са стабилним и регуларним партнером мање склоне да користе кондоме, јер су исти везани за „нередовне – случајне“ сексуалне контакте, већ користе пилулу. Родна неједнакост води и социјалним притисцима и ограничењима за младе жене кад је у питању њихов потенцијал за преговарање у вези с безбедним сексуалним односима. Неретко девојке бивају „уцењене“ од својих партнера да имају сексуалне односе без кондома. С друге стране, младићи са традиционалним ставовима о улози полова мање су склони да користе кондоме.

Управо у овој области и даље постоје потребе за интезивирањем здравствено-промотивних интервенција усмерених ка традиционалним стереотипима сексуалног понашања младића.

Социокултуралне норме

Социокултуралне норме и традиција су кључне детерминанте РСЗ. Оне подразумевају: уверења, понашања, обичаје, традицију, ритуале, начин облачења и језик одређене друштвене заједнице или групе. У поређењу са осталим детерминантама здравља, ове норме могу допринети како промоцији тако и угрожавању РСЗ.

Пример за то је хетеросексизам – који подразумева друштвену норму односно став да је свако (нормалан) хетеросексуалан. Наравно да то имплицира да се свако друго сексуално опредељење сматра абнормалним односно инфериорним.

Културалне норме које обезбеђују једнакост у сексуалном опредељењу и изражавању су основа СРЗ.⁽¹⁹⁾ Исто тако културалне норме о сексуалности и родитељству имају негативне импликације за људе са одређеним видом онеспособљености, нарочито уколико се ради о менталном поремећају.

Њихово евентуално сексуално изражавање чак се сматра неприкладним.

Истраживања су показала да утицај порнографије, нарочито оне са елементима насиља, може веома негативно да утиче на односе међу половима у целини, нарочито на сексуалне односе, посебно међу младима, што може допринети насиљу или сексуалној насртљивости.

Постоји и општа појава одлагања трудноће код младих жена, односно парова, без обзира на то да ли живе у формалном браку или не, као и опадања стопе фертилитета. Разлози за то су у појединим земљама врло различити.

На једној страни ова појава се везује са све већом еманципацијом жена, њиховим вишим нивоом образовања и тежњом за професионалом каријером. Све више се гаси традиционална породица, а тиме и подела улога у њој, нарочито у развијеним земљама.

С друге стране, општа економска криза и несигурност има за исход и велики број младих, неретко високо образованих људи, без посла и у високо развијеним земљама. Висок степен миграције младих и управо оних високо образованих у потрази за бољим животом, несумњиво доприноси овој појави, што, између осталог, резултира негативним демографским трендовима, односно старењем становништва.

У земљама у развоју, напротив, постоје високе стопе фертилитета, позитивни природни прираштај, али неретко и низак ниво општег здравља, па и РСЗ.

Здравствена служба

Доступна, квалитетна здравствена служба прилагођена потребама корисника у складу са добрим и културалним карактеристикама је једна од кључних детерминанти РСЗ. Посебно вулнерабилне популационе групације у поменутом смислу су адолесценти и особе са различитим видовима психофизичке онеспособљености.⁽²⁰⁾

Имајући у виду осетљивост ове области, која сама за себе неретко представља табу, корисници здравствене службе, посебно они који припадају вулнерабилним групацијама, могу да се осећају непријатно у потрази за релевантним и савременим информацијама из ове области.

Стога је од посебног значаја едукација здравствених радника и сарадника у вези с вештинама комуникације како би адекватно одговорили специфичним и врло осетљивим потребама корисника услуга, посебно младих.

Врло позитиван пример и добра искуства у поменутом смислу у нашој земљи представљају Саветовалишта за младе у оквиру Служби за здравствену заштиту школске деце у домовима здравља. Ова саветовалишта имају свеобухватни савремен приступ у промоцији здравља младих, где се, уз РСЗ у ширем смислу, афирмишу здрави стилови живота и значај избегавања сексуално ризичног понашања, психоактивних супстанци и сл. Претходно добро обучен кадар представља врло значајан ресурс за њихов успешан рад.

Индикатори репродуктивног здравља, осим традиционалног квантитативног приступа, подразумевају и анализу квалитативних индикатора, као што су нпр. задовољство корисника постојећим службама и услугама, достигнути степен једнакости у коришћењу истих, могућност избора, и сл.

Успостављање базе и основног сета података, и квантитативних и квалитативних, мониторинг процеса, структуре и исхода по здравље, од посебног је значаја. То би представљало основу за доношење одлука у вези јавно-здравствене политике у овој области и примене релевантних програма и интервенција.

Јавно-здравствена политика и законска регулатива

Јавно-здравствена политика и релевантни законски прописи од великог су значаја за РСЗ. Постојећа јавно-здравствена политика

у већини земаља базира се углавном на програмима и интервенцијама који су несумњиво показали одређене резултате, али се, као што је већ истакнуто, мање више спроводе сепаратно и са фокусом на бихејвиорални аспект РСЗ. У позиционом документу под насловом „Време је за националну стратегију сексуалног и репродуктивног здравља за Аустралију“, из 2008. године, истиче се неопходност израде свеобухватне стратегије за ову земљу тако што би се, уз бихејвиоралну компоненту, превентивне мере и лечење обољења, заступао један широк социоекономски и социокултурални контекст, односно покушај адекватних одговора на социјалне детерминанте РСЗ.⁽²¹⁾

Примена овакве стратегије, уз пратећу законску регулативу, подразумева интегрисани мултисекторски и мултидисциплинарни приступ, односно заједнички рад владиног и невладиног сектора, као и сектора здравства са другим секторима, појединцима, структурама и организацијама у заједници.

И промоција здравља, у поменутом контексту, сада се посматра као процес који омогућава јачање капацитета људи да успоставе или повећају контролу над детерминантама РСЗ како би га заштитили, очували и унапредили. Овим се заправо подразумева интеграција РСЗ у све политике, што је веома комплексно, јер захтева промену начина размишљања, ставова, али и структура и начина доношења одлука, као и постојања различитих нивоа одлучивања у овоме процесу.

Здрава популација је кључни предуслов свеколиког, па и економског развоја сваког друштва, па је до скорог здравствена политика увек посматрана са аспекта сопственог доприноса другим секторима који су у функцији таквог развоја. Ако је РСЗ од таквог значаја за сваку друштвену заједницу да представља фундамент укупног хуманог развоја, онда укључивање РСЗ у домен рада свих ресора односно у све политике

настоји да утврди: како политике у другим секторима, ван сектора здравства, могу допринети заштити, очувању и унапређењу РСЗ, односно благостању и квалитету живота грађана, што је потпуно обрнут приступ.

СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ РСЗ У НАШОЈ ЗЕМЉИ

Демографску ситуацију у Србији карактерише старење становништва и негативан природни прираштај. Према постојећој демографској структури, становништво Србије је међу најстаријем у Европи (просечна старост је 41,57 година), а пројекције говоре у прилог томе да ће до 2032. године проценат особа старијих од 65 година порастати на 22% (са 16,5%, према попису из 2002. Године, и 16,8%, према процени из 2011.). Постојећа депопулација (стопа природног прираштаја од минус 4,9/1000 у 2012. години) доводи до смањења укупног броја становника Србије (у 2012. години тај број је мањи за 60.000 у односу на претходну годину.)

Учешће жена старости 15–49 година у укупној популацији у Србији износи 22,9%, док општа стопа фертилитета пада и износи 39/1000 (у 2002. години општа стопа фертилитета износила је 43/1000). Просечна старост мајки је 28,9 година (у градовима 29,7). Просечан број чланова породице износи 2,9.

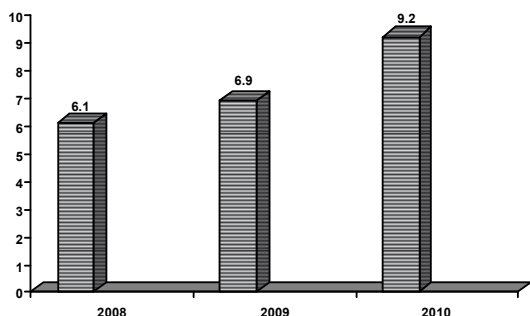
У претходној деценији број закључених бракова је смањен за 14,6%, као и разведених бракова за 17,3% (22,23). Тако је број закључених бракова 2002. износио 41.947, а 2011. 35.808. Број разведених бракова је с почетка истог периода био 9.982, а на крају 8.251.

Просечно трајање разведеног брака је у 2012. години било 12,9 година, а старост приликом развода за жене износи 39, а за мушкарце 43 године. У истој години највећи број разведених бракова чине бракови са

децом (54%), а издржавана деца су у 42,5% случајева додељена мајци.

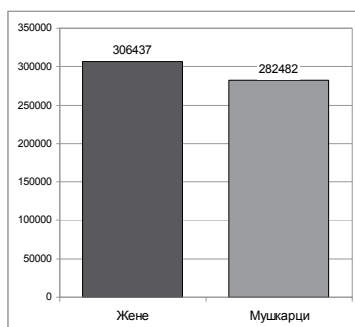
Према подацима истраживања о потрошњи домаћинства у Србији, у 2010. години, 9,2% становништва живи испод линије сиромаштва (графикон 1), уз сталан пораст од 2008. године. Сиромаштву је изложеније становништво које живи на ванградском подручју, затим вишечлана домаћинства и домаћинства чији је носилац нижег образовног нивоа.⁽²⁴⁾

Графикон 1. Сиромаштини у Републици Србији, 2008–2010, Апсолутна линија сиромаштва



Удео корисника социјалне заштите на евиденцији Центра за социјални рад у укупној популацији у 2011. години је износио 8,1%, са нешто већим учешћем жена (графикон 2). Број корисника социјалне новчане помоћи је од 2010. до 2012. повећан за 33,1%, а на сваких сто грађана једна особа је прималац овакве накнаде. Удео корисника дечијег додатка у укупној популацији деце износи 23,6%, а укупан број прималаца је у претходне три године повећан за 1,3%.⁽²³⁾

Графикон 2. Укупан број корисника социјалне заштите на евиденцији Центра за социјални рад, према полу, 2011. Године



Стопа незапослености у Србији у првом кварталу 2013. године износи 24,1%, што је 1,7% више него у октобру прошле године. Стопа незапослености за мушко становништво је 22,3%, а за женско 26,5%, док стопа запослености за мушкарце износи 44,1%, а за жене 29,2%. Однос просечних зарада жена у односу на просечне зараде мушкараца је смањен са 97,9% у 2003. на 91,1% у 2011. години.^(23, 25)

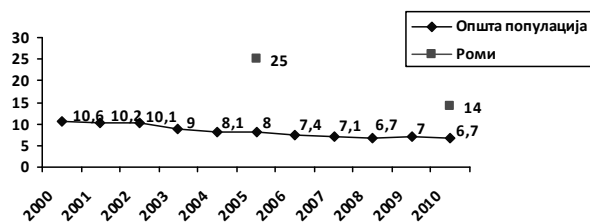
Вредности БДП по глави становника су повећане са 1.530 УСД у 2001. години на 5.338 УСД у 2012. години, док је у истом периоду стопа реалног раста БДП смањена са 5,3% на -1,7%.⁽²⁶⁾ У циљу ублажавања ефеката економске кризе предузете су мере смањења јавне потрошње, док се у будућности очекује повећање продуктивности, као израз суштинских реформи.⁽²⁷⁾

Укупни расходи за здравствену заштиту учествују у релативно високом проценту у националном доходу (повећање са 8,8% у 2003. години на 10,3% БДП у 2009. години). Учешће јавних расхода у укупним расходима за здравствену заштиту је смањено са 71% у 2003. години на 63,3% у 2009. години, док се у истом периоду учешће приватних расхода у укупним расходима повећало са 29,0% на 36,7%.⁽²⁸⁾

Показатељи здравственог стања становништва Србије су значајно унапређени током претходне деценије. Очекивано трајање живота на рођењу је у периоду од 2002. до 2011. године повећано код мушкараца са 69,7 на 71,6 и код жена са 75,0 на 76,8 година.

Стопа смртности одојчади је смањена са 10,6 у 2000. години на 6,7 у 2010. (и показује даљи тренд опадања – 6,2 у 2012.), док је у популацији Рома овај показатељ смањен од 2005. до 2010. са 25,0 на 14,0 (графикон 3).

Графикон 3. Умрла одојчад на 1.000 живорођених у Републици Србији, 2000–2010.



Стопа смртности деце млађе од пет година је у истом периоду смањена са 13 на 7,1, док је у популацији Рома овај показатељ смањен од 2005. до 2010. са 28 на 15.

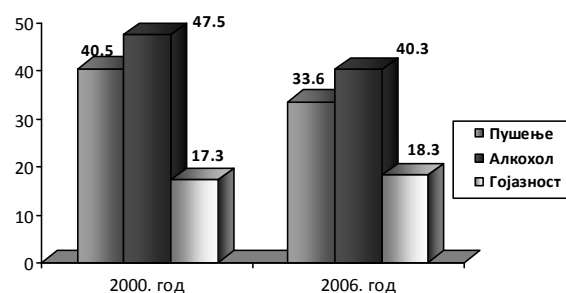
Веома осетљив показатељ здравља жена у репродуктивном периоду је однос матерналне смртности који износи 5,6 на 100.000 живорођене деце, док је циљ да се његова вредност до 2015. године смањи на 4,5. (25, 29, 30)

Водећи узроци умирања становништва у Србији су кардиоваскуларне (54,8%) и малигне болести (20,6%). У просеку годишње се дијагностикује преко 33.000 нових случајева малигнух тумора и око 21.000 људи који умиру од рака. Стопе морталитета од свих малигнух тумора током последње деценије су у Србији порасле код мушкараца за 11,3% и код жена за 8,5%. (31)

Код жена малигни процес је најчешће локализован на дојци, колону и ректуму, грлићу материце и плућима. Током последње деценије оболевање од свих облика рака код жена у Србији порасло је за 18%. Србија евидентира највишу стопу новооболелих од рака грлића материце у Европи, која је била приближно три пута већа од процењеног просека у земљама европске заједнице.

Највећем оптерећењу болестима доприносе хроничне незаразне болести и удружени фактори ризика. Пушење и даље представља водећи појединачни фактор ризика и поред значајног смањења учесталости од 2000. до 2006. године за 6,9% код одраслих и 7,4% код младих. Према подацима истраживања здравља становника Србије из 2006. године, 40,3% конзумира алкохол, док се гојазност бележи код 18,3% одраслих (графикон 4). (32, 33)

Графикон 4. Преваленција фактора ризика код становника Србије, 2000. и 2006. Године



У Републици Србији је до сада званично регистровано 2.440 ХИВ позитивних особа, од којих је 1.489 особа (61%) оболело од сиде, док су 1.042 ХИВ позитивне особе умрле. Почетком 2010. године 1.398 особа живело је са ХИВ-ом. Процењује се да неколико пута више особа не зна да је инфицирано ХИВ-ом, односно процењена преваленција ХИВ инфекције у популацији узраста 15 и више година износи 0,1%. (34)

Пријављени случајеви оболевања од полно преносивих болести због подрегистрације не приказују реално стање. Током последњих десет година, а нарочито после 2005. године, региструје се благи пад инциденције сифилиса, гонореје, акутног вирусног хепатитиса Б, акутног вирусног хепатитиса Ц и гениталне хламидијазе, док је стопа новодијагностикованих случајева хроничног вирусног хепатитиса Ц евидентирала десетоструки пораст, од 0,73/100.000 (2000. године) до 7,73/100.000 (2007. године). (34)

Коришћење савремених контрацептивних метода представља један од фактора који указују на ниво репродуктивног здравља. Оно што забрињава је тренд смањења коришћења ових метода. Од 2000. до 2006. број удатих жена или оних у партнерској заједници, старости између 15 и 49 година, које су користиле модерну контрацепцију односно кондом, комбиновану хормонску контрацепцију или интраутерини уложак, опао је са 33,0% на 18,6%. (23)

Са друге стране, поуздан податак о броју извршених намерних прекида тру-

дноће не постоји. Према званичним подацима у Србији се годишње обави око 20.000 абортуса, што указује на значајну подрегистрацију услед неадекватног извештавања из приватних здравствених установа.⁽³⁵⁾

Према проценама овај број је вишеструко већи и доводи Србију међу прве земље у Европи по броју намерних прекида трудноће.

Стопа малолетничких порођаја је у 2010. години износила 22/1000, а у 2011. је била нешто нижа – 19/1000.⁽²³⁾

Просечна старост приликом ступања у сексуалне односе је 16 година, а удео младих старости 15–19 година, који су ступили у сексуалне односе, од 2000. до 2006. Порастао је за 10,4%, тако да је скоро свака трећа млада особа овог узраста сексуално активна. Међу њима 78,4% је приликом последњег односа са нерегуларним партнером користило кондом.⁽²³⁾

Обухват жена у току првог триместра трудноће савременом здравственом заштитом је у 2011. години био 74,3%, што указује на значајан помак у обухвату (54,3% 2000. године), као и потребу даљег повећања ради достизања циља обухвата од 85% у 2015. години. Слична ситуација је и са посетама патронажне сестре трудницама где је обухват током последње деценије удвостручен (80% у 2011. години). У Србији се већина порођаја обавља у здравственим установама уз стручну помоћ – 99,8%.^(23, 25, 30)

Здравствена заштита жена на примарном нивоу остварује се у службама за здравствену заштиту жена у домовима здравља. Обезбеђеност жена лекарима у службама здравствене заштите жена је унапређена од 2007. до 2011. и сада износи 5.458 жена по лекару. Просечан број превентивних прегледа по жени старости петнаест и више година је 0,54, док просечан број куративних прегледа износи 0,48.⁽³⁶⁾

Појава која значајно угрожава здравље и благостање свих чланова породице је насиље. Током 2011. године пријављено

је насиље у 3.772 породице, деца су била жртве насиља у 3.448 случајева, док су 4.042 жене биле изложене насиљу у породици.

Актуелни подаци указују на повећане потребе у области репродуктивног здравља популације због угроженог простог обнављања становништва у Србији, услед смањивања рађања и просечног броја рођене деце по жени и породици, опредељивања жена за рађање у каснијем репродуктивном периоду (у Србији просек 28,9 година) и повећаног умирања становништва. Истовремено, резултати указују на све лошије социјално-економске прилике које у великој мери утичу на наталитет и будућност породица у Србији.

РЕПРОДУКТИВНО И СЕКСУАЛНО ЗДРАВЉЕ И ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА

Социјалне детерминанте РСЗ у нашој земљи указују на неопходност примене нове јавно-здравствене политике у овој области, у смислу једног ширег и свеобухватног приступа, имајући у виду да је РСЗ од суштинског значаја за опстанак и развој целокупног друштва. Здравље у свим политикама препознато је као јавно-здравствена политика избора у одговору на мултипле и комплексне детерминанте здравља уопште, па и у области РСЗ. Мулти-секторски и мултидисциплинарни приступ је нешто што није ново у јавном здрављу, али и даље нису утврђени неки универзални механизми који би обезбедили да овакав приступ заиста буде ефикасан у пракси. Као предуслов за то препозната је неопходност консензуса на највишем управљачком, владином нивоу сваке земље. Томе је 2010. године био посвећен и међународни састанак у Аделаиди са усвојеном „Декларацијом о заједничком – интегрисаном управљању у влади“ у циљу ефикасног спровођења здравља у свим политикама.⁽³⁷⁾ Декларација истиче потребу за новим социјалним

уговором између свих сектора у влади, уз координисану политику, заједничке циљеве и интегрисане одговоре на постојеће проблеме и изазове, као и партнерство са не-владиним и приватним сектором. Од здравственог сектора се очекује активно ангажовање у раду са другим секторима, као и непосредна подршка влади у развоју релевантних политика и достизању њихових циљева. Експлицитно речено, успешна примена нове политике захтева институционализовани интегрисан процес интерсекторског решавања проблема, који пре свега подразумева обавезност, утврђивање мандата и одговорности, као и прецизно утврђен буџет за програме и интервенције у области РСЗ.

За примену ове политике посебно је важно:

- развијање јаких савеза и партнерстава како би се препознали заједнички интереси и циљеви уз успостављање посредништва за могуће супротстављене интересе;
- окупљање интелектуалних ресурса и интегрисање и провера резултата истраживања у пракси.

*Решење за ефикаснији интерсекторски приступ у утврђивању приоритета и спровођења јавно-здравствених интервенција, односно здравља у свим политикама, јесте даља реформа у области јавног здравља у нашој земљи и конкретне системске промене, тј. да не остане све само пука теорија.

Модел избора је институционализовано заједничко или интегрисано интерсекторско управљање у спровођењу здравља у свим политикама на свим нивоима: од Владе, кабинета, ресорних министарстава, нивоа региона – града и локалних управа општина. Стога би на нивоу Владе неопходно било оформити тело – национални савет за јавно здравље или сл., у чији састав би ушли представници ресорних министарстава, Републичког фонда за здравствено осигурање, представници националног, покрајинског и регионалних института/завода за јавно здравље, као и стручњаци из научно-истраживачких релевантних института, представници НВО и локалних власти. Уз ресор здравства требало би укључити и следеће ресоре: заштиту животне средине, социјалну заштиту, образовање, економију и финансије, пољопривреду, трговину и индустрију, саобраћај, медије и комуникације, итд.

Ефикасности појединих фаза политичког процеса доприносе:

- међуминистарски и међуодељенски комитети/одбори;
- интерсекторски тимови, заједнички радни тимови;
- интегрисани буџети и финансирање;
- заједничке процене утицаја на здравље.

Институционализовано интегрисано управљање на нивоу Владе у циљу ефикасног спровођења здравља у свим политикама подразумева формирање посебних тела – нпр. савета за јавно здравље на свим нивоима.*⁽³⁸⁾

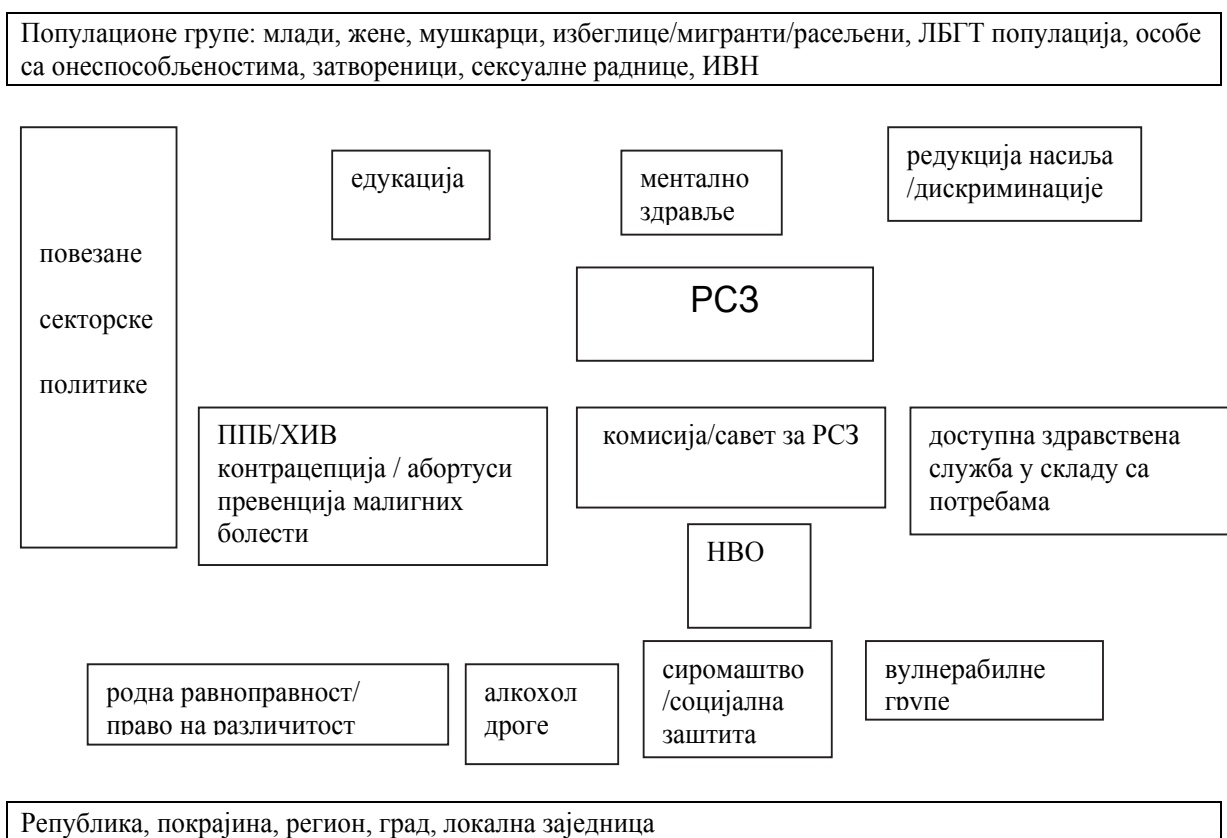
Ови савети би могли да оформе одређена тела, комисије и сл., за поједине јавно-здравствене области од посебног значаја, а међу њима и РСЗ. То би нпр. биле комисије или савети за РСЗ.

Поменуто хоризонталну структуру би требало успоставити од националног и покрајинског нивоа ка регионалној/градској и локалној управи, с тим да представници института/завода за јавно здравље буду чланови ових тела на националном, покрајинском и регионалном/градском нивоу.

Слично је урадила Аустралија, земља која је у значајној мери одмакла у развоју механизма и инструмената за ефикасну примену здравља у свим политикама уопште, и која је одмах приступила изради свебухватне националне стратегије за сексуално и репродуктивно здравље, које је процењено као јавно-здравствени приоритет број један.⁽²¹⁾

Документ који представља основу за стратегију фокусиран је пре свега на детерминанти сексуалног и репродуктивног здравља, што значи примену здравља у свим политикама. Уз широк интерсекторски и мултисекторски приступ посебно се истиче неопходност опште сагласности и координације у спровођењу заједничке политике, програма и интервенција на свим нивоима: државном, покрајинском, градском, регионалном и локалном (схема 1).

Схема 1: Координација и сарадња у промоцији РСЗ



Основни циљ Стратегије сексуалног и репродуктивног здравља је достизање једнакости у здрављу у овој врло осетљивој и комплексној области. Стога, акције и интервенције у области стила живота и с тим у вези промене ризичних понашања појединаца нису, саме по себи, довољне већ је неопходно применити приступ који се бави узроцима, а не само исходима, а то су социјалне детерминанте здравља (схема 2).

С тим у вези оквири промоције сексуалног и репродуктивног здравља имали би пет комплементарних области/нивоа за интервенцију:⁽¹¹⁾

1. социјалне детерминанте РСЗ,
2. бихевиоралне детерминанте/стилови живота,
3. циљне популационе групације,
4. здравствено-промотивне акције/интервенције,
5. места за акције/интервенције.

Схема 2. Оквири промоције РСЗ

СОЦИЈАЛНЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ РСЗ							
сиромаштво социјално- економски статус	насиље и дискриминација		родна равноправност/ различитости	јавно- здравствена политика и закони	културалне норме, традиција	универзална доступност здравствених служби прилагођених потребама корисника	
БИХЕВИОРАЛНЕ ДЕТЕРМИНАНТЕ							
комуникација у друштву	сексуална пракса	религиозна опредељења/ обичаји	репродуктивна пракса	примена контрацепције	знања о РСЗ	дрога и алкохол	
ЦИЉНЕ ПОПУЛАЦИОНЕ ГРУПЕ							
млади	жене, мушкарци	избеглице мигранти	ЛГБТ популација	особе са онеспособ- љеностима	затвореници или пуштени из затвора	сексуалне раднице	ИВН
ЗДРАВСТВЕНО-ПРОМОТИВНЕ АКЦИЈЕ/ИНТЕРВЕНЦИЈЕ							
лобирање	реформа политике и закона	развој комисије за РСЗ	едукација и јачање капацитета заједнице	координација програма и рада пратећих служби	истраживање, мониторинг, евалуација	комуникација и социјални маркетинг	
МЕСТА ЗА АКЦИЈУ							
здравствене, социјалне, комуналне службе у заједници	Институције за едукацију и обуку И/ЗЗЈЗ		органи управе на свим нивоима	медији и популарна култура	спорт и рекреација	радна места	

ПОЛИТИЧКИ И СИСТЕМСКИ ПРЕДУСЛОВИ ЗА ПРИМЕНУ ПРОМОЦИЈЕ РСЗ КОД НАС

Влада Републике Србије донела је велики број стратешких докумената тако да се на интернет страници после 2000. године налазило око 90 усвојених стратегија за бројне области, при чему 17 стратегија има циљеве чија би реализација допринела

очувању и унапређењу РСЗ, као и укупном квалитету живота у овој области.⁽³⁹⁾

На првом месту требало би споменути Стратегију за смањење сиромаштва, донету 2003. године, за чије спровођење је формиран посебан тим на нивоу Владе.

И поред значајних напора у имплементацији и несумњивог достизања одређених циљева утврђених овом стратегијом,

очекује се даље заоштравање проблема сиромаштва у светлу економске кризе, жесточе рестрикције националних буџета, пораста незапослености и последичног угрожавања адекватног становања и доступности основних служби у локалној заједници. Иако се посебна пажња посвећује вулнерабилним и маргинализованим популацијама, као што су нпр. Роми, имигранти и сл., проблем социјалне инклузије и смањења сиромаштва остаје и те како присутан са тенденцијом даље ескалације.^(40, 41)

Многи од ових стратешких докумената у почетку нису били праћени акционим планом којим би се, између осталог, утврдили и извори финансирања, а рестрикција финансијских средства одложила је, у већој или мањој мери, њихову примену.

Од стране Владе су усвојена и четири извештаја о реализацији осам националних миленијумских циљева развоја у области здравства, које је, као и основни документ, припремила посебна Владина радна група⁽⁴²⁾ Из поменутих извештаја се виде евидентни помаци, иако не подједнаки, у достизању свих циљева. Треба истаћи да су четири циља (3, 4, 5. и 6) директно везана за РСЗ, а сви остали мање или више у функцији детерминанти здравља из оквира РСЗ.

Усвојен је и велики број закона, уредби и правилника који директно и индиректно регулишу РСЗ.

Што се тиче сарадње са другим секторима, ван сектора здравства, најбоља сарадња је, за сада, успостављена са представницима медија, сектором социјалне заштите, образовањем и сектором рада и запошљавања. Посебно постоји велика потреба за сарадњом са сектором за економски развој и финансије, као и са приватним сектором.⁽⁴³⁾

Системска предност у области јавног здравља Републике Србије јесте постојање 25 регионалних института/завода за јавно здравље, који представљају законску основу, односно потврду претходно реализоване значајне трансформације ових устано-

ва, која је у складу са Стратегијом јавног здравља (у даљем тексту Стратегија), а у оквиру Плана мреже здравствених установа у Републици Србији. Институт и заводи су основани за територију више општина, односно градова, као и Институт за јавно здравље за територију Републике, односно Аутономне покрајине.

Делатност института/завода регулисана је већим бројем закона и подзаконских аката, од којих су најважнији: Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Закон о заштити становништва од заразних болести, Закон о евиденцијама у области здравства и најновији Закон о јавном здрављу. Задатак института/завода (према Стратегији) јесте да координирају целокупну област јавног здравља (здравствене установе, невладино-цивилни сектор, инспекцијске службе, службе санитарног надзора, комуналне, тржишне, ветеринарске заштите, установе у области образовања и социјалне заштите), непосредно учествују у промоцији здравља, превенцији болести и заштити животне средине, раде на развоју свих облика партнерстава за здравље, усмеравају активности на циљне популационе групе, примењују мултисекторски и мултидисциплинарни рад како би дефинисали адекватне одговоре за факторе ризика и социјално-економске детерминанте здравља.

Међутим, за наведене документе (Стратегију и Закон о јавном здрављу) нису још увек развијени пратећи прописи, као инструменти за њихову примену, као ни механизми за примену здравља у свим политикама.

Све су ово значајни елементи за непосредно ангажовање института/завода за јавно здравље у имплементацији и евалуацији здравља у свим политикама, па и кад је област РСЗ у питању. Шта више, то би требало да им је основни задатак, па и разлог постојања. Несумњиво је да све поменуто представља процес и захтева

време, нарочито за развој механизма за ефикасну интерсекторску сарадњу, интегрисано управљање и решавање јавно-здравствених проблема, односно конкретну примену здравља у свим политикама у пракси.

Оно са чиме се може кренути релативно брзо је формирање националне комисије за репродуктивно и сексуално здравље, за почетак јачањем капацитета пре свега са аспекта мултисекторског приступа и успешнијег одговора на детереминанте РСЗ постојеће Републичке стручне комисије за здравствену заштиту жена, деце и омладине. Предвиђено је да комисије на нивоу Републике, а основане за потребе Министарства здравља Републике Србије, буду координисане из Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. На исти начин, на бази мултисекторског приступа, сличне комисије за РСЗ могле би да се постепено формирају и развијају у регионалним институтима/заводима за јавно здравље.

Предуслов успешног мултисекторског приступа – партнерство

Како би се подржала и унапредила промоција РСЗ кроз здравље у свим политикама, неопходно је да здравствени сектор у већој мери ради на успостављању и развоју партнерстава са осталим секторима.

Очекује се да институти/заводи за јавно здравље буду лидери у овом процесу, способни да у сваком моменту обезбеде подршку или бране неопходност примене приоритетних програма, пројеката или интервенција у области РСЗ, како на националном, покрајинском, регионалном, тако и на градском и локалном нивоу.

Стога је значајно да у промоцији РСЗ, кроз здравље у свим политикама, институт/завод за јавно здравље на својој територији:

- Утврди и разуме политичке интересе и административне захтеве других сектора.
- Развије знања базирана на доказима о ефикасности појединих програма РСЗ.

- Успостави дијалог за решавање проблема са представницима других сектора.
- Непосредно учествује у изради и имплементацији и евалуацији и здравствених промотивних интервенција у вези РСЗ на сопственој територији или у региону кроз интерсекторску сарадњу различитих структура и организација у заједници са посебним акцентом на локалну управу.
- Буде активан члан Савета за РСЗ на националном, покрајинском и регионалном/градском нивоу.
- Јача сопствене капацитете, као и капацитете других учесника у промоцији РСЗ.
- Ради са владиним и невладиним структурама у заједници у циљу промоције РСЗ.

Изазови/проблеми у развоју и примени здравља у свим политикама у РСЗ

У оквиру примене нове јавно-здравствене политике могу се очекивати следећи изазови:

- Неопходност промене ставова и укупног начина размишљања представника различитих сектора, па и сектора здравства и у оквиру њих доносилаца политичких одлука.
- (Не)довољни капацитети управљачких структура на свим нивоима за примену тзв. заједничког управљања.
- Недовољна флексибилност јавно-здравствене праксе у односу на реалне и приоритетне потребе корисника.
- Глобална економска криза која доводи до заоштравања постојећих проблема у друштву, као што су продубљивање сиромаштва, негативан утицај на здравље посебно вулнерабилних група, нове претње здрављу, незапосленост, рестрикција средстава у државним буџетима за подмиривање низа потреба управо ве-

заних за социјалне детереминанте здравља.

- У условима економске кризе, у оквиру великих, инертних, па и скуких система какав је систем здравствене заштите, биће неопходне значајне промене понашања. Свакако ће бити неопходна одређеност ка примени мање скуких, али исплативијих технологија и услуга. У нашим условима то подразумева реафирмисање примарне здравствене заштите, примену јавно-здравствених и посебно здравствених промотивних интервенција за које постоје претходни докази о ефикасности у пракси.

Предности у развоју и примени приступа

Свака трансформација великих система, и свака промена политике, и кад се испуне сви законски предуслови, институционални и кадровски капацитети, представља процес и захтева време. Оно што може представљати, и поред свих тешкоћа, предност у поменутом процесу подразумева следеће:

- Тенденција ка наставку хармонизације прописа и стратешких докумената са земљама ЕУ.
- Усвојени стратешки документи од стране Владе, као и закони и прописи са јасним одређењем о неопходности промоције РСЗ, са акцентом на мулти-секторски приступ и сарадњу владиног и невладиног, државног и приватног сектора.
- Постојање мреже института/завода за јавно здравље у Републици Србији са законским мандатом за спровођење делатности у области јавног здравља, па и РСЗ.
- Релативно добро развијена примарна здравствена заштита у оквиру које су организована и саветовалишта за младе.
- Грађани све више постају значајан савезник у креирању и примени релевантних јавно-здравствених политика, које их се директно тичу (ПДВ за беби опрему и одећу).

ЗАКЉУЦИ

РСЗ је значајан елемент општег здравља, укупног социјално-економског развоја за оба пола, суштинска основа у свим добрима и фазама живота. Добро репродуктивно здравље подразумева посебну физичку и психосоцијалну блискост која може значајно допринети персоналом и социјалном сазревању и која, и жене и мушкарце, чини главним актерима сопственог репродуктивног и сексуалног здравља, али и укупног живота.

Једнакост у правима на репродуктивно и сексуално здравље је фундаментално људско право и основа социјалне правде и одрживог развоја сваког друштва. Неједнакости у здрављу захтевају фокусирање пажње на социјалне одреднице, тим пре што постоје докази да веће неједнакости имају за исход лошије РСЗ.

Посматрање РСЗ кроз повезаност са социјалним одредницама је врло значајно с обзиром на то да интервенције и акције изван система здравствене заштите често директније утичу на здравље од акција унутар овог система. Социјалне одреднице РСЗ су: социјално-економски и културални услови живота, ниво образовања, могућност едукације, запосленост, породично окружење, односи међу половима, традиција и друштвене норме, законски прописи, доступност и квалитет релевантних служби здравствене, социјалне заштите, ефикасности локалних власти, хуманитарних организација, НВО, итд.

Мултипле и комплексне социјалне детерминанте РСЗ у нашој земљи указују на неопходност примене нове јавно-здравствене политике у смислу једног ширег и свеобухватног приступа, кроз здравље у свим политикама, а предуслов за то је консензус на највишем управљачком, владином нивоу сваке земље. Примена нове политике захтева интегрисан, институционализован процес интерсекторског решавања проблема кроз

формирање посебног тела – савета или комисије за РСЗ на свим нивоима. Под овим се подразумева обавезност, мандат и одговорности, као и прецизно утврђен буџет за програме и интервенције у области РСЗ.

Развој механизма за спровођење здравља у свим политикама, захтева одређене ресурсе и пре свега време. Оно са чиме се може кренути релативно брзо, уз одређене припреме, јесте формирање националне комисије за репродуктивно и сексуално здравље, у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Комисија би се формирала и радила на бази мултисекторског и мултидисциплинарног приступа уз фокусирање на детерминанте РСЗ. Сличне комисије за РСЗ могле би да се постепено развијају у регионалним институтима и заводима за јавно здравље који обезбеђују важан ресурс мреже на терену за спровођење утврђене јавно-здравствене политике у пракси, а тиме и релевантних програмских акција и интервенција.

Савремени приступ промоције РСЗ подразумева, пре свега, налажење аде-

кватних одговора на социјалне детерминанте, кроз здравље у свим политикама. Комплементарни нивои деловања у овој области даље подразумевају интервенције везане за бихевиоралне детерминанте/стилове живота, циљне вулнерабилне популационе групације, непосредне здравствене промотивне интервенције тамо где људи живе, раде, лече се, едукују, проводе слободно време, уз посебан нагласак на улогу мас-медија и популарне културе.

Посебан изазов и даље представља глобална и национална економска криза, која доводи до: заостравања постојећих проблема у друштву, као што су продубљивање сиромаштва, негативан утицај на здравље посебно вулнерабилних група, незапосленост, рестрикција средстава у државним буџетима за подмиривање низа потреба управо везаних за социјалне детерминанте здравља. Све ово чини неопходним промену постојећих ставова и понашања, али и општи консензус око виталних приоритета, што РСЗ несумњиво јесте, не само у оквиру различитих секторских политика, па и здравствене, већ и друштва у целини.

ЛИТЕРАТУРА

1) WHO: *Reproductive health*. доступно на http://www.who.int/topics/reproductive_health/en, посећено 13.08. 2013.

2) ICPD: *Program of Action*. доступно на http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/population/icpd.htm#intro_paragraph_7.2

3) WHO: *Gender and human rights*. доступно на http://www.futurehealthsystems.org/topics/gender_rights/sexual_health/en, посећено 15.08.2013.

4) *Health in all Policies, Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland, Chapter 1, 2006; 3.*

5) Wilkinson R, Pickett K. *Income inequality and population health: a review and explanation of evidence. Socaila Science & medicine, 2006; 62: 1768-84.*

6) Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010*, www.marmotreview.org

7) *Social Determinants of Health*, „*The Solid Facts*“, second edition, edited by Wilkinson R. and Marmot M, WHO / 2003-

8) *Health Promotion Glossary, List of Basic Terms. WHO, 1998; 1.*

9) *Policy Recommendations for ICPD Beyond 2014: Sexual and reproductive Health & Rights for all*, pg 1-5, http://icpdtaskforce.org/beyond-2014/policy_recommendations.html

- 10) *Reproductive health strategy – WHO.* (<http://who.int/reproductive-health/strategy.htm>)retrived 2008-07-24.
- 11) *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health, 2011, Report, developed by Womens’s Health West for Region Sexual and Reproductive Health Working Group, Australia, 2011.*
- 12) *Channon A, Falkingham J, Mathews Z. Sexual and Reproductive Health and Poverty, in WHO Social determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing future research and programme implementation. WHO, Press Geneva, 2010.*
- 13) *WHO: Social determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing future research and programme implementation, WHO, Press Geneva, 2010.*
- 14) *O’Rourke K. Time for a national sexual and reproductive health strategy for Australia. Public Health association of Australia, Canberra, 2008.*
- 15) *De Visser R, Rissel C, Richters J, Smith A. The Impact of Sexual coercion of psychological, physical, and sexual wellbeing in representative sample of Australian women. Sexual behavior, vol. 36, pp. 676-686.*
- 16) *VicHealth: Preventing violence before it occurs: A frame work and background paper to guide primary prevention of violence against women in Victoria. Health Promotion Foundation, Carlton, 2007.*
- 17) *Palmer D. Reproductive Health Matters. 2006;14(27): 27–39.*
- 18) *Bearinger L, Sievin R, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on th sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. The Lancet, 2007: Vol. 369: 1220–1231.*
- 19) *Hiller L, et al. Writing themselves in Again 3, ARC in Sex. Health and Society, Melbourne, 2010.*
- 20) *Frohmadere C. Women with disabilities and Human Right to Health. A Policy Paper, Australia, 2010.*
- 21) *Time for a Nationala Sexual & Reproductive Health Strategy for Australia, background paper. Public Health Association of Australia, Sexual Health & Family Planing Australia, Australian Reproductive Health Alliance, 2008.*
- 22) Републички завод за статистику Републике Србије. Статистички годишњак 2010. Београд, 2010.
- 23) Републички завод за статистику Републике Србије. Статистички календар Републике Србије 2013, Београд, 2013.
- 24) Републички завод за статистику Републике Србије. Сиромаштво у Републици Србији 2008–2010. Саопштење, Анкета о потрошњи домаћинства, број 117, год. LXI, Републички завод за статистику Републике Србије, 2011.
- 25) Републички завод за статистику Републике Србије. База Дев Инфо, доступно на: <http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/>
- 26) Републички завод за статистику Републике Србије. Национални рачуни. Доступно на: <http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/Public/PageView.aspx?pKey=62>
- 27) *World Bank Document. Serbia: Doing More with Less – Addressing the Fiscal Crisis by Increasing Public Sector Productivity. Report No 48620-YF. June 16, 2009.*
- 28) Републички фонд за здравствено осигурање. Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији. Београд, 2013.
- 29) УНИЦЕФ. Истраживање вишеструких показатеља стања и положаја деце и жена – MICS 2010, Београд, 2012.

- 30) Влада Републике Србије. Национални миленијумски циљеви развоја у Републици Србији. Београд, 2006.
- 31) Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Публикације. Доступно на: http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=9
- 32) Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Здравствено статистички годишњак Републике Србије 2009, Београд, 2010.
- 33) Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становника Србије 2006. Београд, 2007.
- 34) Министарство здравља Републике Србије. Стратегија о ХИВ инфекцији и АИДС-у. Београд, 2012.
- 35) Рашевић М. Да ли је евидентирани број абортуса у Србији реалан? Становништво. 2008; Вол 46, Но. 2: 7-21.
- 36) Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Анализа рада ванболничких установа и коришћење примарне здравствене заштите у Републици Србији. Београд, 2010.
- 37) *Adelaide Statement on Health in all Policies, moving towards a shared governance for health and well-being, Report from the INt meeting on Health in all policies, Adelaide, 2010.*
- 38) Матијевић Д., Тошовић С., Ач Николић Е., Милошевић З., Јанковић Младеновић С. Здравље у свим политикама и институти/заводи за јавно здравље. Стручна Конференција XIV Дани Завода 2012, Градски завод за јавно здравље Београд, ЦИП каталогизација у публикацији, Народна библиотека Србије, Београд, 364.69 (497.11)(082), 614.2 (497.11) (82), 1СБН 978-86-83069-37-8, ЦОБИСС.СР-ИД 194444300, Београд, 2012; 27–54.
- 39) Влада Републике Србије (www.srbija.gov.rs/vesti/dokumenti/)
- 40) Социјално укључивање и смањење сиромаштва. Влада РС, Тим за социјално укључивање, www.inkluzija.gov.rs
- 41) Национални извештај о социјалној инклузији и смањењу сиромаштва Републике Србије 2008–2010. Социјална инклузија и смањење сиромаштва: www.inkluzija.gov.rs, мај, 2012.
- 42) Национални миленијумски циљеви развоја у Републици Србији. Влада Републике Србије, 2006.
- 43) Симић С., Тамбурковски Г., Јанковић Ј., Матијевић Д. Здравље у свим политикама у Републици Србији. Извештај припремљен за III Форум Министара здравља: „Здравље у свим политикама у Југоисточној Европи: Подела циљева и одговорности, 13–14. октобар, 2011, Бања Лука, БиХ.

Контакт: Др сц. мед. Душанка Матијевић, Градски завод за јавно здравље Београд, Булевар деспота Стефана 54а, 011/2078656, e-mail: dusica.matijevic@zdravlje.org.rs