

TENDINȚE ÎN SĂNĂTATEA REPRODUCERII ÎN EUROPA DE EST ȘI EURASIA

În ultimul deceniu, țările din Europa Răsăriteană și din Eurasia au suferit transformări economice și sociale care au afectat practic toate aspectele vieții, inclusiv sănătatea. Într-o anumită măsură, sănătatea reproducerii la femei s-a îmbunătățit, de vreme ce în prezent femeile din această regiune sunt mai înclinate să folosească contracepția modernă decât să recurgă la avort pentru a preveni o sarcină nedorită. Cu toate acestea, rata mortalității materne și a mortalității infantile sunt încă inacceptabil de ridicate; utilizarea serviciilor de sănătate profilactice este încă scăzută; iar gradul de conștientizare al altor probleme de sănătate, cum ar fi prevenirea HIV/SIDA, este puțin satisfăcător.

Acest material informativ cuprinde rezultatele principale ale unor cercetări efectuate în 11 țări începând cu 1996, acoperind o gamă largă de teme legate de sănătatea femeilor și oferind informații amănunțite asupra atitudinilor și comportamentelor legate de sănătatea reproducerii. Informarea de față se bazează pe un raport mai extins, care analizează și compară rezultatele cercetărilor în câteva țări din Europa de Est și Eurasia (vezi pagina 8). Rezultatele raportului comparativ conferă managerilor de programe, cercetătorilor și decidenților politici oportunitatea de a afla caracteristicile femeilor care au cele mai mari nevoi de sănătate, ca și factorii care duc la creșterea utilizării contraceptivelor, reducerea frecvenței recurgerii la avort, precum și alte schimbări în comportamentul reproductiv al femeilor.

Scopul cercetărilor

Două agenții cu sediul în Statele Unite, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) și ORC Macro, au ajutat mai multe instituții naționale să efectueze cercetări în Europa Răsăriteană și Eurasia între 1993 și 2001. Prin cele două tipuri de studii, Cercetări de Sănătate a Reproducerii (RHS, conduse de CDC) și Cercetări Demografice și de Sănătate (DHS, conduse de ORC Macro), au fost intervievate femei de vârstă fertilă selecționate în eșantioane reprezentative de gospodării în fiecare țară. Scopul celor două tipuri de cercetări a fost de a aduna informații numeroase în legătură cu fertilitatea, planificarea familială, sănătatea maternă și infantilă, ca și alte subiecte din sănătatea reproducerii. Susținerea financiară majoră a fost din partea Agenției S.U.A. pentru Dezvoltare Internațională (USAID), iar pentru unele țări și din partea Fondului Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) și UNICEF.

Materialul de față evidențiază rezultatele



cercetărilor din 11 țări: patru din Europa de Est (Moldova, România, Rusia și Ucraina), trei din Caucaz (Armenia, Azerbaidjan și Georgia) și patru din Asia Centrală (Kazakstan, Republica Kirghiză, Turkmenistan și Uzbekistan).¹ În Rusia, cercetările au fost efectuate numai în trei zone urbane și nu reflectă tendințele din întreaga țară.

Datele culese de cele două tipuri de cercetări conferă o primă imagine asupra cunoștințelor, atitudinilor și comportamentului femeilor față de sănătatea reproducerii în urma schimbărilor dramatice care au avut loc în regiune de la începutul anilor '90 până în prezent. Programele de planificare familială recente din regiune au încercat să crească gradul de disponibilitate și utilizare a contraceptivelor moderne și să reducă gradul de dependență al femeilor față de avort ca mijloc de prevenire a nașterilor nedorite. Cercetările de sănătate a reproducerii și cele demografice au studiat nivelul și tendințele în utilizarea contracepției, eficiența utilizării contracepției și cunoștințele și atitudinile femeilor în legătură cu contracepția și avortul. În plus, cercetările furnizează informații actuale, reprezentative la scară națională, asupra unei game largi de probleme de sănătate a reproducerii și sănătate infantilă, care pot fi abordate prin programe noi sau îmbunătățite.

Contextul sănătății reproducerii

Țările studiate în această lucrare împărtășesc o istorie comună, făcând parte fie din fosta Uniune Sovietică, fie din sfera de influență a acesteia. Aceste țări au avut ca model de asistență sanitară sistemul rusesc centralizat, susținut de stat, care asigura tuturor cetățenilor acces universal la serviciile de sănătate. Sistemul a promovat cu predilecție îngrijirea spitalicească, creând un surplus de spitale și specialiști, dar și o penurie de servicii de asistență medicală primară.

Înainte și în timpul tranziției de la economia centralizată la cea de piață, sistemul bazat preponderent pe îngrijire medicală spitalicească a devenit prea costisitor pentru a fi menținut de stat; în consecință, majori-

tatea spitalelor duc lipsă de aparatură, medicamente și materiale consumabile moderne. Sistemele de îngrijire a sănătății s-au deteriorat rapid în cursul anilor '90, contribuind la o rată scăzută de folosire a serviciilor preventive de sănătate, inclusiv cele de sănătate a reproducerii. Combinația comportamentului nesănătos (regim alimentar deficitar, fumat și alcoolism) și alocarea unui procent scăzut de cheltuieli pentru sănătate pe cap de locuitor contribuie la o speranță de viață considerabil mai scăzută în regiune, comparativ cu Europa Occidentală.

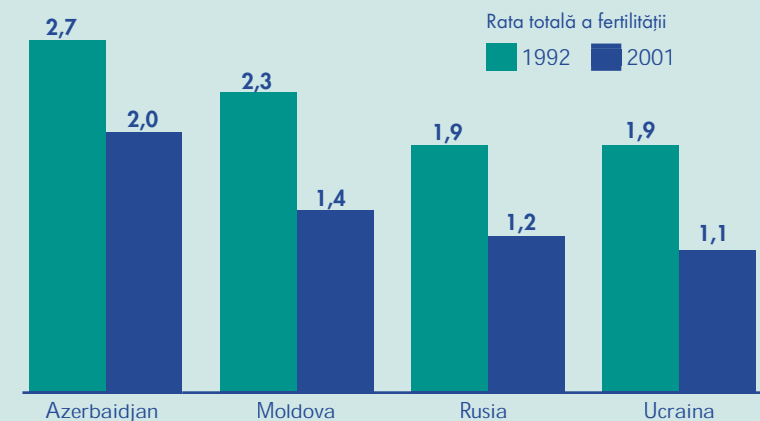
Guvernele celor 11 țări se confruntă cu resurse financiare limitate și probleme de sănătate în continuă creștere. Toate aceste guverne continuă să susțină sistemul de sănătate, dar multe sunt în curs de a ceda părții ale sistemului agențiilor naționale de asigurări sau sectorului privat, astfel lăsând unele subgrupuri populationale fie complet neasigurate, fie cu beneficii minime.

Tendințe în privința fertilității

Pe parcursul anilor '90, țările din regiune au suferit un declin dramatic în ceea ce privește fertilitatea totală—media nașterilor la o femeie (vezi Figura 1). Drept consecință, în anul 2000, rata totală de fertilitate în majoritatea țărilor a ajuns sub nivelul de înlocuire (care

Figura 1

Declinul fertilității în anumite țări din fosta Uniune Sovietică



NOTĂ: Rata totală de fertilitate este numărul mediu de nașteri pe care le va avea o femeie de-a lungul vieții fertile, dacă ratele specifice de fertilitate pe grupe de vârstă rămân aceleasi cu cele actuale.

SURSA: C. Haub și D. Cornelius, *World Population Data Sheet* (1992 și 2001).

Tabela 1

Indicatorii demografici și sociali

	Populația la mijlocul anului 2002 (milioane)	Rata creșterii naturale ^a (%)	Schimbarea proiectată a populației 2002-2050 ^b (%)	Rata totală a fertilității ^c 1998-99	Speranța de viață în ani		Venitul Național Brut pe cap de locuitor (GNI PPP) ^d 2000	Cheltuieli de sănătate pe cap de locuitor ^e 1990-98	Procentaj de femei înscrise în învățământul gimnazial ^f 1993/97
					Bărbați	Femei			
Europa de Est									
Moldova	4,3	-0,1	0	1,4	64	71	\$2.230	\$ 30	82
România	22,4	-0,2	-24	1,3	67	74	6.360	65	78
Rusia	143,5	-0,7	-29	1,3	59	72	8.010	130	91
Ucraina	48,2	-0,8	-20	1,2	62	74	3.700	54	94
Caucaz									
Armenia	3,8	0,2	-17	1,7	70	74	2.580	27	79
Azerbaidjan	8,2	0,8	59	2,0	69	75	2.740	36	81
Georgia	4,4	0,0	-44	1,7	69	77	2.680	46	76
Republicile din Asia Centrală									
Kazahstan	14,8	0,5	-5	1,8	60	71	5.490	68	91
Republica Kirghiză	5,0	1,3	51	2,7	65	72	2.540	11	83
Turkmenistan	5,6	1,3	42	2,9	63	70	3.800	—	—
Uzbekistan	25,4	1,7	52	2,8	68	73	2.360	—	88
Europa de Vest									
Austria	8,1	0,0	1	1,3	75	81	24.600	2.108	102
Franta	59,5	0,4	9	1,9	76	83	23.020	2.287	111

^a Rata sporului natural de populație este rata nașterilor minus rata mortalității, implicând rata anuală a creșterii populației fără a lua în considerare migrația.

^b Creșterea (sau descreșterea) proiectată a populației se bazează pe ipotezele actuale în legătură cu posibila tendință a fertilității.

^c Numărul mediu de nașteri pe care le va avea o femeie de-a lungul vieții fertile, dacă ratele specifice de fertilitate pe grupe de vârstă rămân aceleasi cu cele actuale. Ratele fertilității reflectă estimări guvernamentale pentru 1998-99, cu excepția Armeniei și Georgiei. Ratele pentru aceste două țări au fost revizuite în sens crescător pe baza constatărilor studiilor DHS și RHS.

^d GNI PPP se referă la venitul național brut convertit în "dolarii internaționali" folosind un factor de conversie pentru paritatea puterii de cumpărare. Dolarii internaționali indică totalul bunurilor și serviciilor posibil de cumpărat în Statele Unite cu o anumită sumă de bani.

^e Suma cheltuielilor publice și private în sănătate împărțite la populația țării respective. Exprimată în dolari SUA.

^f Raportul dintre numărul de studenți înscriși în învățământul gimnazial și populația din grupa de vârstă care ar putea să frecventeze învățământul gimnazial. Raportul poate depăși 100 atunci când numărul studenților depășește populația din acea grupă de vârstă.

SURSE: C. Haub, *2002 World Population Data Sheet*; World Bank, *World Development Indicators 2000*; și estimări oficiale guvernamentale referitoare la fertilitate.

este în medie de 2,1 copii la o femeie) și care reprezintă numărul de nașteri necesar pentru înlocuirea părinților. În cazul în care fertilitatea rămâne sub acest nivel, populația unei țări scade (presupunând că nu există imigrare compensatorie).

Studiile au confirmat că nivelele de fertilitate sunt la sau sub nivelul de înlocuire simplă a generațiilor în toate țările din regiune, în afară de trei dintre ele: Republica Kirghiză, Turkmenistan și Uzbekistan (vezi Tabelul 1). Fertilitatea continuă să fie în declin în aproape toate țările studiate. Estimări guvernamentale recente demonstrează că rata totală de fertilitate variază între 1,2 copii la o femeie în Ucraina și 2,9 copii la o femeie în Turkmenistan.

Femeile din toată regiunea se căsătoresc și încep să aibă copii de obicei mai devreme decât cele din Europa Occidentală; rata nașterilor ajunge la un punct maxim între 20 și 24 de ani și scade brusc după aceea. Puține femei dau naștere la copii după vârsta de 30 ani în aceste țări; în mod obișnuit femeile își petrec restul anilor de vârstă fertilă încercând să evite sarcina.

În principal, datorită fertilității scăzute, rata creșterii populației în regiune este aproape zero sau chiar negativă, cu excepția țărilor din Asia Centrală (vezi Tabelul 1). Această situație a devenit extrem de îngrijorătoare din punct de vedere social și economic în întreaga

regiune. Datorită stagnării sau micșorării dimensiunii populației, unii decidenți politici consideră programele de planificare familială inutile și contraproductive, pledând în schimb pentru măsuri de încurajare a femeilor să aibă mai mulți copii.

Contracepția și avortul: tendințe și legături

De mai multe decenii, recurgerea la avort ca mijloc de prevenire a sarcinii este un aspect important al sănătății reproducerii în fostul bloc Sovietic. Contraceptivele moderne sunt adesea dificil de obținut, de calitate scăzută și nepromovate de către responsabilii politici sau de comunitatea medicală. Din contră, avortul este, în general, legal, relativ fără restricții și disponibil la un cost mic sau gratuit. Deși guvernele, agențiile donatoare și organizațiile neguvernamentale au adus un aport substanțial la creșterea utilizării contraceptivelor moderne, contribuind la declinul ratei avortului, avortul încă joacă un rol important în limitarea mărimii familiei din această regiune.

Rata avortului și tendințele acesteia

Numărul mediu de avorturi pe care o femeie le va avea de-a lungul vieții fertile (sau rata totală de avort) variază între 0,6 la o femeie din Uzbekistan până la 3,7 la o

Tabelul 2

Indicatori de sănătate a reproducerii din cercetări demografice (DHS) și de sănătate a reproducerii (RHS)

	Tipul de cercetare și anul	Femei căsătorite de vârste cuprinse între 15-44 ani, care folosesc contracepția (%)			Metoda contraceptivă cel mai des folosită	Sarcini neplanifi- cate ^b (%)	Nevoia nesatisfăcută de contracepție ^c (%)	Femei de vârstă 15-24 ani, care au raportat contact sexual premarital (%)	Numărul mediu de avorturi la o femeie de-a lungul vieții	Mame care au primit îngrijire prenatală începând cu primul trimestru (%)	Nașteri în afara unităților medicale (%)	Decese infantile la 1.000 născuți vii
		Oricare ^a	Mod.	Trad.								
Europa de Est												
Moldova	RHS 1997	74	50	24	DIU	42	6	26	1,3	73	0,9	—
România	RHS 1999	64	30	34	Fereala	55	6	41	2,2	60	2,0	32
Rusia ^d	RHS 1999	73	53	20	DIU	66	12	71	2,3	83	1,8	—
Ucraina	RHS 1999	68	38	30	DIU	54	18	51	1,6	66	0,9	—
Caucaz												
Armenia	DHS 2000	61	22	39	Fereala	62	15	—	2,6	54	8,5	36
Azerbaidjan	RHS 2001	55	12	44	Fereala	57	12	1	3,2	45	26,3	74
Georgia	RHS 1999	41	20	21	Fereala	59	24	1	3,7	63	7,8	42
Republicile din Asia Centrală												
Kazahstan	DHS 1999	62	55	8	DIU	—	15	—	1,4	60	1,6	62
Republica Kirghiză	DHS 1997	60	50	9	DIU	34	14	—	1,5	72	3,8	61
Turkmenistan	DHS 2000	55	47	8	DIU	—	19	—	0,8	72	4,2	74
Uzbekistan	DHS 1996	57	53	4	DIU	16	15	—	0,6	73	5,9	49
Europa de Vest ^e												
Austria	—	68	65	3	Pilula	—	—	—	—	—	—	5
Franța	—	80	74	6	Pilula	—	—	—	—	—	—	5

^a Include utilizatoarele de metode moderne și tradiționale. Sumele s-ar putea să nu corespundă totalului datorită rotunjirii.

^b Procentul de sarcini care sunt fie nedorite fie dorite mai târziu.

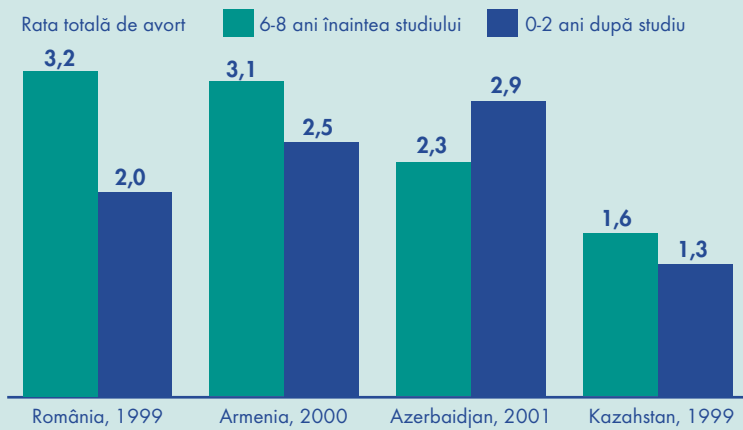
^c Procentul de femei fertile, căsătorite, care declară că ar prefera să evite sarcina dar nu folosesc nici o metodă de contracepție.

^d Datele RHS pentru Rusia se referă numai la trei zone urbane.

^e Datele pentru Europa de Vest sunt preluate din C. Haub și B. Herstad, Family Planning Worldwide 2002 Data Sheet.

SURSE: Cercetări demografice și de sănătate (DHS, ORC Macro) și Cercetări de sănătate a reproducerii (RHS, CDC).

Figura 2

Tendențe în ratele avortului în anumite țări

NOTĂ: Rata totală de avort este numărul mediu de avorturi pe care le-ar avea o femeie în decursul vieții sale fertile, dacă ratele specifice de avort pe grupe de vârstă rămân aceleasi cu cele actuale.

femeie din Georgia (vezi Tabelul 2)—una dintre cele mai ridicate rate din lume. În majoritatea țărilor studiate, ratele obținute din datele cercetărilor au fost mai ridicate decât cele raportate oficial, reflectând subraportarea din statisticile guvernamentale.

În majoritatea țărilor studiate, femeile între 20 și 34 de ani au cele mai ridicate rate de avort. Majoritatea femeilor care au raportat cel puțin un avort au spus că nu vor și nu-și permit să aibă încă un copil. Marea majoritate a avorturilor sunt consecința sarcinilor nedorite, caracteristice în principal femeilor care nu folosesc contracepția sau care folosesc metode tradiționale ce au rate de eșec relativ ridicate. Un procentaj între 71% și 90% din sarcinile nedorite sfârșesc în avort, indicând că femeile sunt puternic motivate să evite o naștere neplanificată.

În șapte din cele 11 țări cuprinse în cercetare (Armenia, Georgia, Kazahstan, Moldova, România, Rusia și Uzbekistan), nivelul avortului a scăzut în timpul anilor '90. Studiile au cerut ca femeile intervievate să dea detalii despre întregul istoric al sarcinilor, inclusiv experiențele legate de avort. Tendențele în ceea ce privește avortul au fost măsurate prin studierea ratei totale de avort înregistrate cu 6-8 ani și cu 0-2 ani înaintea cercetării. Astfel, ratele totale de avort au fost între 15% și 38% mai scăzute în perioada cea mai recentă—o schimbare clară într-o perioadă relativ scurtă (vezi Figura 2). Cea mai mare scădere a fost raportată de femeile sub 30 de ani și a fost asociată cu creșterea utilizării contraceptivelor moderne în rândul acestora.

Cu toate acestea, majoritatea femeilor continuă să privească avortul ca pe un mijloc acceptabil de evitare a

nașterilor nedorite, ceea ce ar putea să le periclitizeze sănătatea: deși avortul este legal, unele avorturi sunt efectuate în afara unităților medicale, ducând la complicații și chiar la deces. Statisticile din Europa Răsăriteană și din Asia Centrală indică faptul că între 15% și 50% din decesele materne sunt legate de avort.² Mai mult decât atât, răspunsurile femeilor la întrebările cercetării despre complicațiile medicale post-avort au arătat că nivelul de complicații este substanțial mai mare decât cel raportat în alte țări din Europa Occidentală, ceea ce sugerează o calitate problematică a serviciilor.

Utilizarea contracepției

Utilizarea contracepției de către femeile căsătorite, fie metode moderne, fie tradiționale, variază de la un procentaj scăzut de 41% în Georgia la 74% în Moldova, cele mai ridicate rate fiind în țările din Europa de Est (vezi Tabelul 2). Cuplurile continuă să se bazeze serios pe metode tradiționale de control al nașterilor, în special pe coitus interruptus și abstenința periodică. În mai multe țări, cum ar fi România și țările din Caucaz, metodele tradiționale reprezintă peste jumătate din totalul utilizării contracepției. Deoarece aceste metode sunt mai puțin eficiente decât metodele moderne, ratele de eșec și întrerupere sunt ridicate, ducând la un număr mare de sarcini nedorite.

Metodele moderne reprezintă o proporție mai ridicată din prevalența contraceptivă în Asia Centrală, unde dispozitivele intrauterine (steriletele) sunt populare. Metodele moderne sunt folosite mai mult în zonele urbane decât cele rurale în majoritatea țărilor studiate. Ca și în alte părți ale lumii, cu cât nivelul de educație al femeilor este mai ridicat, cu atât acestea folosesc mai degrabă o metodă contraceptivă modernă decât una tradițională.

În general, femeile din această regiune știu de existența anumitor metode contraceptive, dar adesea nu știu de unde să le obțină, cum să le utilizeze, ori cât de eficiente sunt acestea în prevenirea sarcinii. Cu toate că în zilele noastre mai multe femei folosesc contraceptive moderne decât cu zece ani în urmă, relativ puține dintre ele utilizează pilulele contraceptive orale, în principal datorită răspândirii informațiilor greșite în legătură cu riscurile pentru sănătate și efectele secundare ale acestora, chiar și între furnizorii de servicii de sănătate.

În plus, deși majoritatea celor intervievate au declarat că nu mai doresc să aibă copii, puține cupluri folosesc metode de contracepție de lungă durată sau permanente, în afară de sterilet. În contrast, sterilizarea feminină este cea mai comună metodă folosită de femeile căsătorite în multe alte părți ale lumii. Sterilizarea feminină a fost ilegală până de curând în această regiune; chiar și în prezent, sistemele de sănătate nu o

promovează, iar majoritatea doctorilor au instruire limitată în această procedură. Actualmente, în majoritatea țărilor se desfășoară programe de actualizare a cunoștințelor furnizorilor de servicii de planificare familială, care includ toate metodele contraceptive.

O măsură a nevoii de planificare familială este proporția de femei căsătorite care declară că ar prefera să evite o sarcină, dar nu folosesc nici o metodă de contracepție. Demografii fac referire la aceste femei ca având o nevoie nesatisfăcută de contracepție. În șase din cele 11 țări cuprinse în studiu, 15% sau mai mult dintre femeile căsătorite au această nevoie nesatisfăcută (vezi Tabelul 2). Nevoia nesatisfăcută este cea mai mare în Georgia—care are și cea mai ridicată rată a avortului—și este, în general, mai mare în rândul femeilor din mediul rural. Dacă numărul femeilor care utilizează metode tradiționale, în general mai puțin eficiente, s-ar adăuga la numărul femeilor cu nevoi de contracepție nesatisfăcute, procentajul femeilor cu nevoie potențială de contracepție modernă ar fi considerabil mai mare (vezi Figura 3).

Legături între contracepție și avort

În toate țările cuprinse în cercetările din regiune, există o legătură clară între avort și utilizarea metodelor contraceptive tradiționale: cu cât este mai mare proporția de metode tradiționale față de toate metodele folosite, cu atât tinde să fie mai ridicat nivelul avortului (vezi Figura 4).

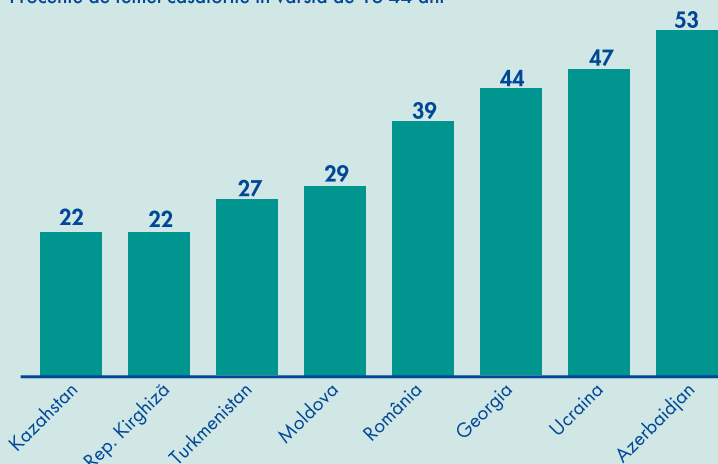
O simulare folosind date din Armenia, Kazahstan, Republica Kirghiză și Uzbekistan a arătat că, dacă femeile care utilizează metode tradiționale și cele care nu folosesc nici o metodă, dar vor să evite sarcina, ar folosi contracepția modernă, rata avortului ar scădea cu un procentaj între 55% și 64%, scăzând sub jumătate numărul de avorturi din acele țări.³

Ca femeile să recurgă mai puțin la avort va trebui să crească utilizarea contraceptivelor per ansamblu, să fie înlocuite metodele tradiționale cu metode contraceptive mai eficiente, și să fie încurajată folosirea în mod constant a acestor metode prin îmbunătățirea informației și serviciilor de contracepție. Atitudinile femeilor în legătură cu contracepția conferă susținere acestor schimbări. Aproximativ 3/4 dintre femeile din Azerbaidjan, Moldova și România spun că doresc mai multe informații despre contracepție; în Georgia, peste jumătate doresc acest lucru. Femeile tinere, cele necăsătorite și cele care folosesc prezervative sunt mai doritoare de informații despre contracepție, accentuând astfel nevoia de activități educaționale printre tinerii adulți. În cea mai mare parte a regiunii, tinerele necăsătorite au mai puțin acces la servicii de planificare familială și sănătate a reproducerii decât cele căsătorite.

Figura 3

Nevoia potențială de metode contraceptive moderne*

Procente de femei căsătorite în vârstă de 15-44 ani

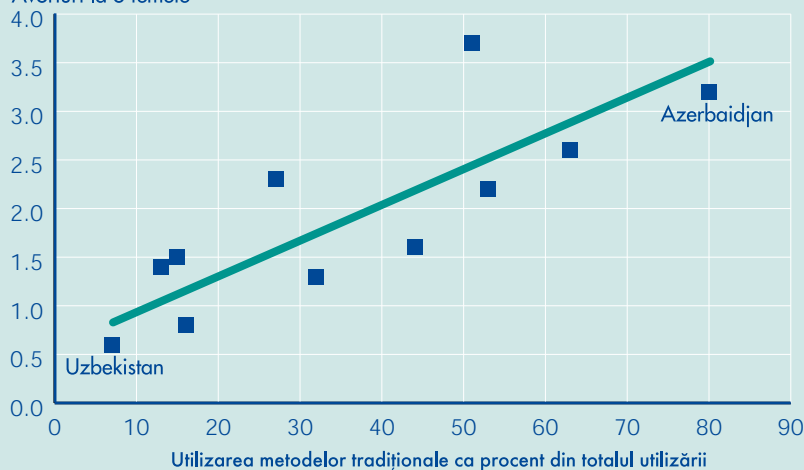


*Include femei căsătorite, fertile, care declară că ar prefera să evite sarcina, dar care fie nu folosesc nici o metodă contraceptivă, fie folosesc o metodă tradițională, cum ar fi fereala (coitus interruptus) sau abinența periodică.

Figura 4

Relația între utilizarea metodelor contraceptive tradiționale și rata avortului

Avorturi la o femeie



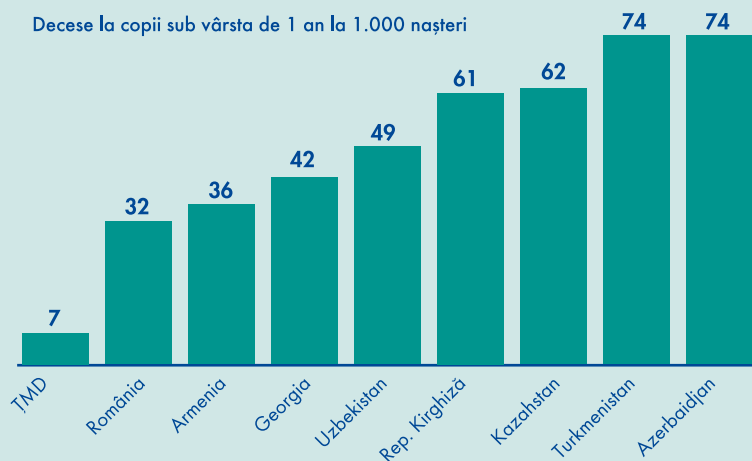
Sănătatea maternă

Sănătatea mamelor este o măsură importantă a stării de bine, dar estimări verificabile ale deceselor materne sunt greu de obținut. Deși sistemele de înregistrare ale mișcării naturale a populației în țările fostului bloc Sovietic sunt complexe, ele au, totuși, o istorie comună de subraportare și clasificare eronată a deceselor. Ratele de deces legate de sarcină și naștere în Europa de Est și Eurasia sunt estimate ca fiind de cel puțin două ori mai

Figura 5

Rata mortalității infantile în anumite țări

Decese la copii sub vârsta de 1 an la 1.000 nașteri



TMD = țări mai dezvoltate.

SURSE: CDC, Cercetări de sănătate a reproducerii; ORC Macro, Cercetări demografice și de sănătate; și PRB, 2002 World Population Data Sheet (pentru TMD).

mari ca cele din Europa de Vest.⁴ Complicațiile datorate avortului, în special ale celui efectuat în condiții ilegale, sunt printre principalele cauze ale mortalității materne.

Conform datelor cercetărilor, marea majoritate a nașterilor au loc în unități sanitare și aproape toate sunt supravegheate de personal medical specializat, cu excepția nașterilor în Azerbaidjan (vezi Tabelul 2, pagina 3). În mod similar, marea majoritate a femeilor gravide din regiune primește îngrijiri prenatale, cu excepția femeilor din Azerbaidjan. Pe de altă parte, folosirea îngrijirilor postpartum este substanțial inferioară altor tipuri de îngrijire maternă: în trei din cinci țări pentru cu date disponibile, mai puțin de 50% dintre femei—și numai 11% din femei în Georgia—au raportat că au beneficiat de un examen postpartum în urma celei mai recente nașteri.

Sănătatea infantilă: date noi asupra mortalității

De vreme ce sănătatea mamei și a copilului sunt puternic corelate și depind de servicii similare de sănătate, ratele mortalității infantile sunt, de asemenea, considerabil de ridicate în această regiune față de Europa Occidentală (vezi Tabelul 2, pagina 3, Figura 5). În Asia Centrală, cercetările au stabilit că ratele mortalității infantile sunt la fel de ridicate ca cele din unele țări din Asia de Sud și Africa sub-sahariană.

Cercetările au arătat că rata mortalității infantile este substanțial mai ridicată decât cea oficială—de 4 ori mai mare în Azerbaidjan și de peste 1,5 ori mai ridicată în România, Georgia și Uzbekistan. Diferențele se

datorează deficiențelor în sistemele de raportare, ca și diferențelor în definirea termenului de născut viu. Cercetările demografice și de sănătate a reproducerii au utilizat definiții standard ale Organizației Mondiale a Sănătății, pe care multe guverne din regiune le-au adoptat sau implementat cu încetineală.

Ca și în alte părți ale lumii, studiile au relevat faptul că născuții din mame mai puțin educate ori cei cu un interval după o altă naștere de mai puțin de doi ani sunt mai predispuși decesului infantil. Constatările indică necesitatea de educație continuă privind spațierea nașterilor și de disponibilitate a metodelor contraceptive sigure și reversibile.

Utilizarea serviciilor preventive de sănătate

Numeroase femei din Europa de Est și din Eurasia au un acces limitat la servicii preventive de sănătate, în special cele pentru depistarea precoce (screening-ul) a cancerului cervical. Efectuarea periodică a examenului frotiu Papanicolau poate reduce substanțial probabilitatea dezvoltării cancerului invaziv, dar majoritatea femeilor din această regiune nu sunt conștiente de existența screening-ului pentru cancer cervical sau nu au fost testate niciodată. Sub 50% din femeile active sexual din Moldova și România au raportat că au făcut vreodată testul Papanicolau; în Azerbaidjan și Georgia sub 5% din femei au raportat că au făcut testul.

Examele ginecologice de rutină sunt recomandate pentru toate femeile de vârstă reproductivă și ar trebui să includă frotiul Papanicolau, precum și consiliere privind autoexaminarea sânelui, planificarea familială, și prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS). Cercetările arată că examenele ginecologice nu se efectuează în mod regulat și că ratele screening-ului anual sunt destul de scăzute. Campanii educaționale susținute care au ca scop schimbarea comportamentului publicului și furnizorilor de servicii sunt esențiale pentru reducerea handicapurilor și mortalității în rândul femeilor.

Infecțiile cu transmitere sexuală și HIV/SIDA

De la începutul anilor '90, multe țări din această regiune au fost scena unor epidemii majore de infecții cu transmitere sexuală (ITS), în special de sifilis. Cele mai acute creșteri s-au înregistrat în decada trecută în Rusia, Kazakstan și Republica Kirghiză. Ratele din regiunea Caucazului și din România, deși mai ridicate decât în 1990, au rămas scăzute, prin comparație.⁵ Ca și în alte zone, screening-ul pentru ITS și raportarea acestor boli sunt serios afectate de lipsa resurselor din sistemul sanitar.

Și țările din Europa de Est și Eurasia se confruntă cu epidemii tot mai mari de HIV/SIDA. Deși aproape inexistente cu zece ani în urmă, cazurile de HIV/ SIDA s-au înmulțit dramatic în a doua jumătate a anilor '90, iar Programul Comun al agențiilor Națiunilor Unite privind HIV/SIDA a estimat că 1,2 milioane de oameni din Europa Răsăriteană și Asia Centrală erau infectați cu virusul HIV la sfârșitul anului 2002.⁶ Folosirea de droguri injectabile a constituit principalul mod de transmitere, dar în prezent infectarea prin contact sexual este în creștere, îndeosebi în rândul tinerilor și al persoanelor implicate în sexul comercial, al căror număr este, de asemenea, în creștere.⁷ Experții internaționali pe tema SIDA avertizează că epidemia se poate extinde rapid de la aceste subgrupe la populația generală.

Este nevoie de campanii de informare și comunicare privind atât HIV/SIDA, cât și modalitățile de prevenire a extinderii acestora. Cu toate că nivelul de conștientizare în ceea ce privește HIV/SIDA este ridicat—cel puțin 93% dintre femeile din șase din cele opt țări studiate au auzit de HIV/SIDA—mai puține femei știu că o persoană poate avea HIV/SIDA fără simptome, și chiar și mai puține știu cum se poate transmite virusul HIV. Doar jumătate dintre femeile chestionate în cadrul studiilor din Moldova și România au menționat din proprie inițiativă că folosirea prezervativelor poate preveni transmiterea virusului HIV; în alte cinci țări pentru care sunt disponibile astfel de date, acest fapt a fost menționat doar de către o treime dintre cele interviuate. Deși guvernele țărilor din regiune au lansat programe menite să țină în frâu epidemia în creștere, probleme cum ar fi extinderea tratamentului anti-SIDA și reducerea vulnerabilității în rândul tinerilor, care reprezintă grupul cu cea mai mare pondere de persoane nou infectate, rămân în continuare să fie soluționate.⁸

Violența împotriva femeilor

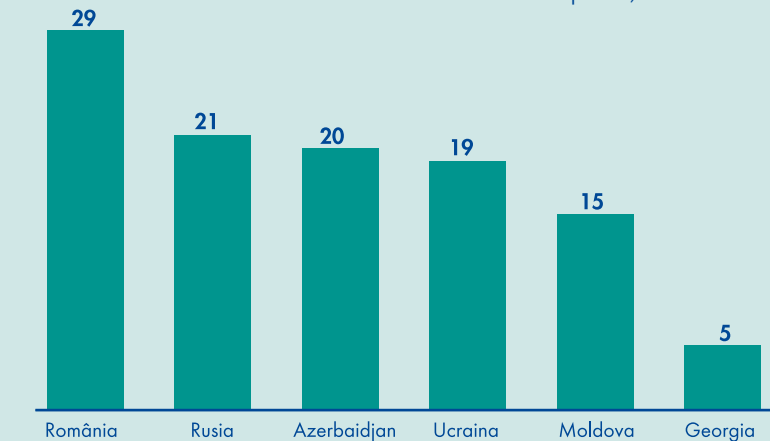
În mai multe țări, cercetările de sănătate a reproducerii au furnizat primele date la nivel național asupra violenței împotriva femeilor. Acestea includ o gamă largă de comportamente și fapte îndreptate împotriva femeilor și cel mai adesea se petrec între bărbați și partenerii acestora (violență domestică). Factorii care contribuie la violență includ stereotipiile de origine socială, dependența economică a femeilor de bărbați, acceptarea fenomenului din punct de vedere cultural, precum și legislația insuficientă sau inexistentă menită să protejeze femeile.

În cinci din cele șase țări cu date despre abuzul fizic, între 15% și 29% dintre femeile care au fost vreodată căsătorite au raportat că au fost abuzate fizic de către partener, iar între 8% și 10% au raportat că au fost abuzate în ultimul an (vezi Figura 6). În România, unde cercetarea sănătății reproducerii a inclus și bărbați, inter-

Figura 6

Femei care raportează că au suferit abuz fizic din partea soțului sau partenerului

Procent de femei în vârstă de 15-44 ani cu experiență maritală



NOTĂ: Datele pentru Rusia acoperă numai trei zone urbane. Toate datele reprezintă experiențe de abuz pe parcursul vieții

vieții de sex masculin au declarat că și-au abuzat partenerii aproape la fel de des cum au raportat femeile că au fost abuzate, conferind consecvență în raportare și sugerând că datele colectate de studiu pe această temă sunt valabile. În ciuda nivelului ridicat de fapte recunoscute în cadrul studiilor, puține femei au raportat abuzul fizic poliției ori furnizorilor de servicii de sănătate.

Violența domestică afectează atât starea fizică, mentală, economică și socială a femeilor, cât și sănătatea reproducerii. Femeile supuse violenței domestice sunt supuse riscului de a nu utiliza contracepția în mod eficient și constant și de a pierde capacitatea de control sau negociere care le-ar da posibilitatea să planifice sarcinile, să evite ITS și să utilizeze serviciile de sănătate preventive, cum ar fi îngrijirea prenatală.

Provocări majore

Îmbunătățirea serviciilor de sănătate a reproducerii, care au raportul cost-beneficiu cel mai ridicat dintre toate serviciile de sănătate, poate ameliora substanțial sănătatea femeilor și a copiilor acestora.⁹ Studii recente arată că reducerea numărului avorturilor și îmbunătățirea sănătății reproducerii femeilor depinde, în bună măsură, de creșterea utilizării contraceptivelor moderne. Serviciile de sănătate, fie din sectorul public, fie din cel privat, ar trebui să creeze o largă accesibilitate la contracepție și să asigure femeilor informații și consiliere pentru a le ajuta să aleagă cele mai potrivite și eficiente metode conform situației personale și preferințelor privind numărul nașterilor. Standardele de

Pentru mai multe informații

Acest material informativ se bazează pe publicația *Sănătatea reproducerii, materne și infantile în Europa de Est și Eurasia: un raport comparativ (Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report)* elaborată de Centers for Disease Control and Prevention și ORC Macro. Întregul raport de 238 pagini poate fi obținut contactând CDC:

Division of Reproductive Health
Centers for Disease Control and Prevention
Mail Stop K-23
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341, U.S.A.
Tel. 1-770-488-6200
Fax 1-770-488-6242
E-mail: vhaynes@cdc.gov

servicii trebuie să includă consilierea post-avort, pentru ca femeile care au suferit intervenția să poată afla despre metodele contraceptive și să evite pe viitor avorturi repetate.

Este nevoie de activități susținute de educație și promovare a sănătății pentru a depăși lipsa de conștientizare în rândul femeilor, a subiectelor importante de sănătate a reproducerii, inclusiv metodele de planificare familială; nevoia de examinare ginecologică în mod regulat și îngrijirea medicală după naștere și după avort; modalități de prevenire a ITS și HIV; locurile unde ar putea merge pentru ajutor în caz de abuz. Un accent special ar trebui pus pe satisfacerea nevoilor de sănătate a reproducerii la tinerii adulți—următoarea generație de părinți.

Studii ca RHS și DHS furnizează date valoroase pentru dezvoltarea de noi programe, evaluarea programelor existente și reforma sistemelor de îngrijire a sănătății. În viitor, vor fi necesare mai multe cercetări naționale și studii comparative de mică anvergură pentru a monitoriza tendințele în ceea ce privește mortalitatea infantilă și maternă, avortul, utilizarea contracepției și alte domenii ale sănătății reproducerii.

Referințe

¹ O altă cercetare s-a efectuat în Republica Cehă în 1993; rezultatele (ca și alte rezultate detaliate referitoare la celelalte 11 țări) sunt incluse în raportul comparativ complet și rapoartele individuale pe țări, publicate de ORC Macro și CDC.

² Organizația Mondială a Sănătății (WHO), *Avortul provocat: estimări globale și regionale ale incidenței mortalității datorate avortului nesigur, însoțite de date disponibile pe țări*, ediția a 3-a (Geneva: WHO, 1998).

³ Charles F. Westoff et al., *Înlocuirea avortului cu contracepția în trei republici din Asia Centrală* (Calverton, MD: Policy Project and Macro International, 1998); Charles F. Westoff, *Substituirea contracepției cu avortul în Kazahstan în anii '90*, DHS Analytical Studies 1 (Calverton, MD: ORC Macro, 2000); și Charles F. Westoff et al., *Conexiuni între contracepție și avort în Armenia*, DHS Analytical Studies 6 (Calverton, MD: ORC Macro, 2002).

⁴ Ken Hill et al., *Estimări privind mortalitatea maternă pentru anul 1995*, Bulletin of the World Health Organization 79, no. 3 (2001): 182-93.

⁵ Gabriele Riedner et al., *Scăderi recente ale ratelor raportate de sifilis în Europa de Est și Asia Centrală: oare s-a terminat epidemia?* Sexually Transmitted Infections 76, no. 5 (2000): 363-65.

⁶ Programul Comun ONU privind HIV/SIDA (Joint UN Programme on HIV/AIDS) (UNAIDS) și WHO, *AIDS Epidemic Update*: December 2002 (Geneva: UNAIDS, 2002).

⁷ UNAIDS/WHO, *AIDS Epidemic Update*: 13-16.

⁸ UNAIDS/WHO, *AIDS Epidemic Update*: 13-16.

⁹ Banca mondială, *Raportul dezvoltării mondiale 1993: Investind în sănătate* (Washington, DC: World Bank, 1993).

Mulțumiri

Acest sumar a fost pregătit de Lori Ashford din partea Population Reference Bureau, în colaborare cu Leo Morris, Howard Goldberg și Florina Șerbănescu de la Centers for Disease Control and Prevention, Jeremiah Sullivan de la ORC Macro și Mary Jo Lazear și Mary Ann Micka din partea Biroului pentru Europa și Eurasia a Agenției S.U.A. pentru Dezvoltare Internațională. Datorăm mulțumiri speciale mai multor revizori: Jennifer Adams, Alexandre Avdeev, Henry David, Daniela Draghici, Tara Milani, Gabriela Paleru, Mary Skarie, Charles Westoff și Nancy Yinger. Traducerea în limba română a fost efectuată de Daniela Draghici și editată de Florina Șerbănescu. Acest material informativ a fost finanțat de USAID în cadrul proiectului MEASURE Communication (HRN-A-00-98-000001-00). Revista „22” a coordonat tehnoredactarea și tipărirea acestei publicații în limba română.

Despre PRB

Fondat în 1929, Population Reference Bureau este un promotor al furnizării de informații oportune și obiective ce privesc tendințele populaționale din S.U.A. și din lume, ca și implicațiile acestora. PRB informează responsabili politici, educatorii, mass media și pe cetățenii interesați, care lucrează pentru interesul public în toată lumea printr-o gamă largă de activități, inclusiv prin publicații, servicii de informare, seminarii și workshop-uri, suport tehnic. Eforturile PRB sunt susținute prin contracte guvernamentale, donații din partea unor fundații, contribuții individuale și de grup din sectorul de afaceri, ca și din vânzarea de publicații.

© Februarie 2004, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU
MEASURE Communication

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 USA
Tel.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ E-mail: popref@prb.org
Website: www.prb.org

