



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

Славица С. Ђорђевић

**ПРЕДИКТОРИ КОРИШЋЕЊА
ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
У ВЕЗИ СА РЕПРОДУКТИВНИМ ЗДРАВЉЕМ
ЖЕНА У СРБИЈИ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2024. године



**UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES**

Slavica S. Djordjevic

**PREDICTORS OF REPRODUCTIVE-RELATED
PRIMARY HEALTH CARE UTILIZATION
WOMEN'S HEALTH IN SERBIA**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2024.

Идентификациона страница докторске дисертације

Аутор
Име и презиме: Славица С. Ђорђевић
Датум и место рођења: 15.10.1977. Шабац
Садашње запослење: Академија струковних студија Београд, Одсек Висока здравствена школа, Србија
Докторска дисертација
Наслов: Предиктори коришћења примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем жена у Србији
Број страница: 125
Број слика: Графикона 6 и Табела 50
Број библиографских података: 273
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицина. Превентивна медицина.
Ментор: Проф. др Верица Јовановић, ванредни професор, Универзитет Сингидунум, Факултет здравствених, правних и пословних студија, Ваљево
Оцена и одбрана
Датум пријаве теме: 19.07. 2023.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-03-967/14 од 15.12.2023. године
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњености услова кандидата: 1. Проф. др Снежана Радовановић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина 2. Проф. др Ивана Симић Вукомановић, ванредни професор Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина 3. Проф. др Милена Васић, ванредни професор Стоматолошког факултета у Панчеву, Универзитета Привредне академије у Новом Саду за ужу научну област Социјална медицина
Комисија за оцену и одбране докторске дисертације: 1. Проф. др Снежана Радовановић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина 2. Проф. др Ивана Симић Вукомановић, ванредни професор Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина 3. Проф. др Милена Васић, ванредни професор Стоматолошког факултета у Панчеву, Универзитета Привредне академије у Новом Саду за ужу научну област Социјална медицина
Датум одбране дисертације:

Identification page of the doctoral dissertation

Author
Name and surname: Slavica S. Djordjevic
Date and place of birth: 15.10.1977. Sabac
Current employment: Academy of Applied Studies Belgrade, The Collage of Health Science, Belgrade, Serbia
Doctoral Dissertation
Title: Predictors of reproductive-related primary health care utilization women's health in serbia
No. of pages: 125
No. of images: Chart 6 and Tables 50
No. of bibliographic data: 273
Institution and place of work: Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Scientific area (UDK): Medicine. Preventive medicine.
Mentor: Prof. Dr. Verica Jovanović, associate professor, Singidunum University, Faculty of Health, Legal and Business Studies, Valjevo
Grade and Dissertation Defense
Topic Application Date: 19.07. 2023.
Decision number and date of acceptance of the doctoral: IV-03-967/14; date: 15.12.2023.
Commission for evaluation of the scientific merit of the topic and the eligibility of the candidate: <ol style="list-style-type: none">1. Prof. Dr. Snežana Radovanović, associate professor of the Faculty of Medical Sciences of the University of Kragujevac for the narrow scientific field of Social Medicine,2. Prof. Dr. Ivana Simić Vukomanović, associate professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Social Medicine3. Prof. Dr. Milena Vasić, associate professor at the Faculty of Dentistry in Pančevo, University of the Academy of Commerce in Novi Sad for the narrower scientific field of Social Medicine
Commission for evaluation and defense of doctoral: <ol style="list-style-type: none">1. Prof. Dr. Snežana Radovanović, associate professor of the Faculty of Medical Sciences of the University of Kragujevac for the narrow scientific field of Social Medicine,2. Prof. Dr. Ivana Simić Vukomanović, associate professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Social Medicine3. Prof. Dr. Milena Vasić, associate professor at the Faculty of Dentistry in Pančevo, University of the Academy of Commerce in Novi Sad for the narrower scientific field of Social Medicine
Date of Dissertation Defense:

САЖЕТАК

Увод: Имплементација превентивних услуга повезаних са репродуктивним здрављем у примарној здравственој заштити постаје све важнија област здравствене заштите за здравље целокупне популације.

Циљ: Циљ студије је идентификовање предиктора коришћења примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем жена старијих од 15 година у Републици Србији.

Материјал и метод: Истраживање је спроведено као студија пресека на становништва Србије, чиме је обухваћено 6747 жена, узраста преко 15 година, у оквиру националног, популационог истраживања „Истраживање здравља становништва Србије 2019.године“. Инструмент истраживања су били упитници који су прилагођени специфичностима нашег подручја, а у складу су са стандардима упитника Европског истраживања здравља (EHIS).

Резултати: Од укупно 6747 испитаница, изабраног гинеколога има 15,9% у приваним установама, а 33,8% у државним установама (51,8 %). У Србији је 67,2% жена урадило Папа тест било када у животу, док четвртина жена никада у животу није урадила Папа тест (24,3%). Вероватноћу да никада не ураде Папа тест имају: најмлађа старосна група, неудате испитанице са основним образовањем, жене нижег социоекономског статуса. Жене које су претежно учествовале у организованом скринингу рака дојке (39,5%) су биле старости 65+ година. Жене са средњим образовањем, удате жене из имућније финансијске категорије су показале значајно већу учесталост самоиницијативног мамографског прегледа.

Закључак: Резултати истраживања треба да послуже за унапређење организације и спровођења услуга превентивне здравствене заштите у области репродуктивног здравља жена.

Кључне речи: жене, примарна здравствена заштита, национално истраживање здравља, репродуктивно здравље.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of preventive services related to reproductive health in primary health care is becoming increasingly important for the health of the entire population.

Aim: The study aims is to identify predictors of primary health care utilization related to women's reproductive health aged 15 and above in the Republic of Serbia.

Material and method: Material and method: The research was conducted as a cross-sectional study on a representative sample of the population of Serbia, encompassing a total of 6747 women aged over 15, as part of the national, population study "Health Survey of the Population of Serbia 2019." The research instrument was questionnaires adapted to the specifics of our area, and in accordance with the standards of the European Health Survey (EHIS) questionnaire.

Results: Out of a total of 6747 respondents, 15.9% of the selected gynecologists are in private institutions, and 33.8% are in state institutions (51.8%). In Serbia, 67.2% of women have had a Pap test at any time in their life, while a quarter of women have never had a Pap test in their life (24.3%). The probability of never doing a Pap test is: the youngest age group, unmarried respondents with primary education, women of lower socioeconomic status. Women who hardly participated in organized breast cancer screening (39.5%) were aged 65+. Women with secondary education, married women from the immunological financial category showed a significantly higher frequency of self-initiated mammography examination.

Conclusion: The research results should contribute to the improvement of the organization and implementation of preventive health care activities, including a focus on women's reproductive health.

Key words: women, primary health care, national health survey, reproductive health.

ЗАХВАЛНИЦА

Срдачно се захваљујем свом Ментору Проф. др Верици Јовановић на изузетној сарадњи и подршци, као и професорима са Катедре Превентивне медицине који су се потрудили да своја знања и искуство пренесу на нас током докторских студија.

Хвалим члановима комисије на саветима који су допринели побољшању овог рада.

Неизмерну захвалност дугујем својој породици, супругу Срђану, ћерки Сањи и сину Ивану за непроцењиву помоћ, разумевање и веру током свих ових година, али и свима вама, мојим колегама и пријатељима који сте били уз мене.

Желим да искажем посебну захвалност својим родитељима, Слободану и Драгици Алексић, који су јасно одредили основне циљеве и вредности и којима их никада нећу изневерити, иако они више нису са нама.

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1 Здравствена заштита у Републици Србији	2
1.2 Примарна здравствена заштита	3
1.2.1 Превентивна здравствена заштита.....	5
1.3 Репродуктивно здравље жена	7
1.3.1 Фактори који утичу на репродуктивно здравље жена.....	9
1.4 Скрининг програми у Републици Србији.....	13
1.4.1 Гинеколошки прегледи у превенцији рака.....	14
1.4.2 Скрининг прегледи на карцином грлића материце	14
1.4.3 Скрининг прегледи на карцином дојке.....	15
1.5 Активности здравствених радника у очувању и унапређењу репродуктивног здравља.....	15
1.5.1 Активности гинеколога.....	16
1.5.2 Активности патронажних сестара и бабица	17
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ	19
2.1 Главни циљ.....	19
2.2 Специфични циљеви	19
2.3 Хипотезе испитивања.....	19
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ.....	21
3.1 Врста студије.....	21
3.2 Циљана популација истраживања.....	21
3.3 Узорковање	21
3.4 Варијабле које су предмет мерења у студији	21
3.4.1 Независне варијабле	21
3.4.2 Зависне варијабле.....	22
3.5 Инструмент истраживања.....	22
3.6 Величина узорка и снага студије.....	22
3.7 Обрада података кроз статистичку анализу	23

4.	РЕЗУЛТАТИ	24
4.1	Профил испитаника узимајући у обзир демографске карактеристике.....	24
4.2	Здравствено понашање испитаница (исхрана, физичка активност, коришћење психоактивних супстанци, ставови о факторима ризика по здравље)	25
4.3	Здравствено стање испитаница (болести и функционална ограничења).....	29
4.4	Карактеристике репродуктивног здравља (сексуална активност, контрацептивна заштита и информисаност у вези са ХИВ инфекцијом).....	33
4.5	Коришћење примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем-посете гинекологу	35
4.6	Превентивни прегледи -Папа тест	43
4.7	Мамографија	66
5.	ДИСКУСИЈА	88
6.	ЗАКЉУЧАК.....	99
6.1	Предлог мера.....	102
7.	ЛИТЕРАТУРА	103

1. УВОД

Према дефиницији Светске здравствене организације (СЗО), репродуктивно здравље се описује као стање у којем појединац постиже потпуну физичку, менталну и социјалну добробит у свим аспектима повезаним са репродуктивним системом и његовим функцијама и процесима. Ово значи да репродуктивно здравље иде даље од самог одсуства болести и обухвата свеукупно благостање у вези са репродуктивним процесима (1,2). Ова дефиниција обухвата и права жена да буду информисане о својим правима у односу на коришћење здравствене заштите кроз услуге које су квалитетне, безбедне и ефикасне, као и методама контрацепције према личном слободном избору. Истовремено подразумева се да постоји обезбеђена доступност здравствених услуга које су потребне за вођење трудноће и порођаја жена до рађања здравог детета (3–5). У контексту примарне здравствене заштите, од великог је значаја навести све видове услуга које се односе на обезбеђење репродуктивног здравља, укључујући саветовање, информисање, едукације и процес планирања породице, уважавајући значај образованости у вези са сексуалним образовањем, здравом репродукцијом и одговорним родитељством (6).

Сматра се да је примарна здравствена заштита практичан приступ и стуб здравствене заштите у целини са посебним акцентом за пружање основне куративне, превентивне и промотивне здравствене заштите, нарочито у земљама са нижим и средњим финансијским приходима, на приступачан начин (7). Пружање превентивних услуга повезаних са репродуктивним здрављем кроз здравствену заштиту на примарном нивоу има бројне предности за њих укључујући задовољење здравствених потреба и побољшање здравствених исхода. Имплементација превентивних услуга повезаних са репродуктивним здрављем у примарној здравственој заштити од великог је значаја за очување и унапређење здравља целокупне популације. Пружаоци услуга примарне здравствене заштите све више усвајају протоколе за проширење превентивних услуга у области репродуктивног здравља (8). Одређени социо-демографски и културални фактори су препознати као изазови али и препреке за коришћење превентивне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем, укључујући ниске приходе, низак ниво образовања, брачно стање, место боравка, веровања, традиције, недостатак знања и свести (9).

У том контексту Република Србија је учинила значајне помаке од 2012. године у побољшању здравственог система, укључујући постепено увођење организованог скрининга рака грлића материце и рака дојке, чиме је повећан сет услуга превентивне здравствене заштите жена у области репродуктивног здравља.

Програми скрининга малигних болести значајно смањују морталитет од наведених малигних болести, уколико се исте открију у раним фазама развоја, а поједине малигне болести, као што је рак грлића материце, се могу и спречити. Баријере у имплементацији ових превентивних програма су најчешће повезане са демографским, социоекономским и културалним факторима, а као потенцијалне системске баријере могу се дефинисати недоступност превентивних здравствених услуга у задовољавајућем обиму и велики економски трошкови за масовно спровођење скрининг прегледа. Информације о мотивацији и факторима који могу утицати на одлуку жена да учествују или не учествују у скринингу, веома су драгоцене за унапређења обухвата циљне популације наведеним програмима раног откривања рака и изналагање погоднијих модела организације рада у овој области на нивоу примарне здравствене заштите. Истраживање фактора мотивације и баријера у популацијама, као и степена њихове повезаности са понашањем жена, од великог су значаја за развој интервенција за побољшање обухвата циљне популације скринингом (10,11).

У земљама у развоју, потребно је континуирано радити на побољшању примене превентивних мера са циљем подршке оптималном здрављу. Мере за унапређење коришћења превентивне здравствене заштите, потребно је да буду усмерене на повећање коришћења услуга превентивне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем. Веома важан помак у масовнијем коришћењу превентивних услуга је повећање њихове доступности и приступачности. Масовније остварење превентивних услуга на нивоу примарне здравствене заштите свакако значајно утиче дугорочно на смањење трошкова здравствене заштите пре свега намењених лечењу болести које се могу спречити. Организација пружања превентивних услуга унутар примарне здравствене заштите важна је мера за повећање обухвата корисника здравствене заштите превентивним услугама. Осим унапређења организационих аспеката примарне здравствене заштите, веома значајну улогу у унапређењу коришћења примарне здравствене заштите има и инфраструктура здравствених установа која треба да буде погодна за имплементацију организационих модела за превентивне услуге.

Здравствени радници и сарадници, поред формалног образовања захтевају континуирану едукацију за превентивне прегледе. Едукативни програми, програми континуиране медицинске едукације и стратегије за унапређење знања здравствених радника и сарадника о значају превенције, кључне су мере за промовисање значаја превентивних услуга у раду здравствених установа. Поред едукације медицинског особља велики значај има и популациони приступ и повећање информисаности о значају превентивне и превентивних услуга.

У том контексту студија ове докторске дистертације ће се бавити испитивањем фактора повезаних са коришћењем примарне здравствене заштите у нашој земљи код жена старијих од 15 година. Резултати студије истраживања биће предложени као основ за дефинисање и предузимање мера за обимније коришћење превентивних услуга и уклањање баријера у њеном коришћењу.

1.1 Здравствена заштита у Републици Србији

Циљ здравствене заштите је подстицање оптималног здравља грађана кроз организоване и свеобухватне активности друштва. У оквиру њеног деловања, здравствена заштита Републике Србије пружа могућност да се очува и унапреди здравље, препознају и лече болести на време, као и да се обезбеде различите услуге и спроведу одговарајуће мере. То такође подразумева и осигуравање адекватне здравствене неге и рехабилитације. (12–14).

Здравствена заштита укључује различите мере усмерене ка очувању здравља, пре свега мере за унапређење и очување здравља, мере за сузбијање и спречавање болести, мере за рано откривање болести, мере за благовремено и адекватно лечење, као и мере за рехабилитацију (15,16).

Циљеви здравствене заштите су многоструки и односе се на: заштиту и побољшање здравственог стања популације; продужетак очекиваног животног века, посебно без присуства болести и смањене функционалне способности уз очување квалитета живота и свих димензија здравља. Један од важних циљева је смањити смртност становништва. (12,13).

Наведени циљеви се постижу применом различитих стратегија које укључују бројне активности свих нивоа превенције кроз мотивацију становништва у школама и на радним местима, развијање модела здраве породице, школе и радног места, превенцију алкохолизма, пушења и злоупотребе дрога међу младима; подстицање природног обнављања популације кроз социјалну и здравствену политику и заштиту репродуктивног здравља; спровођење примарне превенције гојазности и других

ризичних фактора за развој кардиоваскуларних болести, побољшање програмских активности института и завода на усвајању навика у вези са исхраном; проширивање обухвата циљне групе здравог становништва, организовање скрининг прегледа, као и на унапређењу менталног здравља (15).

Велики значај у очувању и унапређењу здравља становништва има примарна здравствена заштита. Она представља први степен интеракције грађана са здравственим службама. Ова почетна инстанца здравствене заштите има кључну улогу не само у лечењу пацијената, већ и у промоцији и превенцији болести. Према подацима добијеним у 2019. години из домова здравља и мреже института и завода за јавно здравље, може се оценити значај примарне здравствене заштите, у пружању здравствене заштите у целини; тада је само у установама примарне здравствене заштите планирано 3.366.500 специјалистичко-консултативних прегледа лекара и 8.017.550 дијагностичко-терапијских услуга за текућу годину (17).

1.2 Примарна здравствена заштита

Примарна здравствена заштита представља темељ сложеног здравственог система. Квалитет здравствене заштите једне земље се често процењује и кроз обухват превентивним мерама и превентивним здравственим услугама, који се постиже на овом нивоу здравствене заштите.

Историјат примарне здравствене заштите у Србији сеже уназад више деценија и може се пратити кроз различите фазе и промене у организацији и пружању здравствене заштите. Неке од кључних тачака у развоју примарне здравствене заштите у Србији су:

- Оснивањем Краљевине Југославије, 1918. године отпочео је процес организовања здравствене заштите на територији данашње Србије. У овом периоду, формиране су болнице и амбуланте широм земље, како би се осигурала основна здравствена услуга становништву.
- Примарна здравствена заштита у нашој земљи након 2. светског рата била је део социјалистичког здравственог система. У Југославији је први здравствени дом основан 1946. године у Топчидеру, код Београда. У том периоду акценат је стављен на пружање здравствених услуга путем рада домова здравља и развоја система здравствених радника на селу како би се омогућио шири приступ здравственој заштити.
- Током деведесетих година двадесетог века, Србија се суочава са економским изазовима и политичким променама, што је довело до извесних промена у здравственом систему, како у организацији здравственог система изменама у Плану мреже здравствених установа, тако и у функционалним променама организационих јединица установа. Овај период био је обележен недостатком ресурса и смањеним приступом здравственој заштити за многе грађане, нарочито у примени нових здравствених технологија.
У периоду осамдесетих и деведесетих година прошлог века Декларација из Алма-Ате је имала значајан утицај на развој примарне здравствене заштите у Југославији. Отворен је велики број нових здравствених домова, а примарна здравствена заштита је постала доступна све већем броју људи.
- Након 2000. године започели су реформски процеси у здравственом систему Србије који су укључивали реструктурирање примарне здравствене заштите, како би се побољшао приступ услугама и квалитет здравствене неге.
- Примарна здравствена заштита данас у Србији се организује кроз домове здравља, који пружају разноврсне услуге на територији једне општине, укључујући превентивне прегледе, имунизацију, контролу хроничних болести и едукацију о здрављу, али и кроз рад мреже здравствених установа.

Наставља се рад на унапређењу доступности, квалитета и ефикасности примарне здравствене заштите у Србији која би обезбедила адекватне здравствене улове за повећање обухвата превентивним прегледима (18).

Декларацијом из Алма Ате (1978. године) постављен је камен темељац савремене примарне здравствене заштите. СЗО је дефинисао програм "Здравље за све до 2000", који је касније ревидиран и евалуиран (19).

Левел и Кларк су здравствену заштиту дефинисали кроз мере превенције на свим нивоима (14,15,20,21).

- Примарна превенција би требала да предупреди настанак болести кроз активности које подстичу оптимално здравље и уништавање извора болести кроз мере сузбијања и спречавања
- Секундарна превенција би требала да онемогући развој болести кроз мере за рано откривање и лечење болести.
- Терцијарна превенција тежи да кроз мере рехабилитације умањи последице и ограничи неспособност уз повећање самосталности.

Ови принципи одражавају се у здравственој политици Министарства здравља Републике Србије (19).

Здравствено васпитање представља стратегију за очување и унапређење здравља и интегрисано је у систем здравствене заштите на свим нивоима, укључујући и примарну здравствену заштиту. Кроз активности здравственог васпитања и промоције здравља, унутар оквира примарне превенције, обухвата се целокупно становништво, укључујући и потенцијално ризичне и ризичне групе, док се мерама секундарне превенције фокусира на популацију која је подложна одређеним здравственим поремећајима. Терцијарна превенција је усмерена на рехабилитацију и третман особа које се опорављају од болести или повреда. Циљна популациона група за примену здравственог васпитања је целокупно становништво (22).

Анализа здравственог стања становништва представља ефикасан начин сагледавања здравственог стања становништва, коришћења здравствене заштите, дефинисања здравствених потреба као ефикасан предуслов у планирању савременог концепта здравствене заштите. Праћењем свих индикатора како здравственог стања тако и коришћења здравствене заштите, али и праћењем здравствених потреба, усвајају се и модификују здравствене политике и иновирају концепти здравствене заштите.

Урабнизација и нови стилови живота доносе нове здравствене и социјалне изазове. Из деценије у деценију очекивани животни век становништва се продужава, а са продужавањем дужине живота, повећава се учесталост и преваленција малигних кардиоваскуларних болести, као и шећерне болести.

У области јавног здравља све више значаја имају програми превенције фактора ризика и незаразних болести. Од великог значаја је фокус здравствене политике државе и спремност државе да се усмери ка мерама за рано откривање савремених масовних незаразних болести укључујући и програме организованог скрининга рака. Овај приступ је у складу са концептом примарне здравствене заштите која је усмерена на људе, како је наведено у извештају Светске здравствене организације "The world health report 2008- primary health care now more than ever" (15,16,19,23,24).

Унапређење система здравствене заштите може се постићи кроз развој примарне здравствене заштите, која се фокусира на модел изабраног или породичног лекара. Овај модел је кључни део примарне здравствене заштите као што је дефинисано у Декларацији из Алма Ате, са циљем да здравствену заштиту приближи месту где људи живе и раде (19–21).

1.2.1 Превентивна здравствена заштита

Превентивна здравствена заштита обухвата успостављање и координацију поступака за процену, образовање и заштиту популације од различитих здравствених ризика и болести. Успостављени здравствени систем који се фокусира на превентивну здравствену заштиту може довести до смањења броја пацијената са високим ризиком за болести за најмање 30%, омогућавајући благовремено откривање здравствених проблема и усмеравање ка превентивним прегледима и заштитним мерама (25).

У земљама са мање развијеним здравственим системима, и свест становништва о значају превенције је најчешће ниска, што представља изазов за примену концепта превентивне заштите. Осим тога, здравствени систем ових земаља често не пружа адекватну организацију здравствене заштите за пружање превентивних услуга нити информисаност становништва о важности превентивне здравствене заштите (19,23,25).

Превентивна здравствена заштита се базира како на превентивној медицинској заштити или услугама, усмеравајући се на превенцију здравствених проблема, тако и на дијагностици здравствених проблема и болести пре испољавања симптома и знакова болести.

На нивоу примарне здравствене заштите спроводе се и програми скрининга малигнух болести, као друге групе незаразних болести по учесталости појављивања у Србији. У циљу повећања обухвата циљне популације овим програмима, дефинисане су различите мере за подстицање њихове примене, а 2019. године је у циљу постизања већег обухвата наведеним програмима уведена и мера рестрикције за неодржавање за наведене прегледе кроз законску регулативу (13).

Ове мере нису у примени, а изазвале су бројна негодовања у јавности. Основни циљ дефинисане мере био је повећање обухвата циљне популације наведеним превентивним прегледима и прегледима за рано откривање малигнух болести.

1.2.1.1 Промоција здравља

Активности везане за унапређење здравља обухватају координацију, дизајнирање и имплементацију програма и активности усмерених на побољшање здравственог стања ширег становништва или специфичних демографских група (26,27). Иницијативе које се фокусирају на превентивне мере, а посебно су усмерене на промовисање здравља, организоване су у складу са "Календаром здравља" СЗО, који истиче битне датуме као што су Светски дан срца, Светска и национална недеља дојења, Национални дан без дувана итд. за покретање и интензивирање активности од интереса за масовније спровођење превентивних активности и смањење заступљености фактора ризика у популацији (27,28). Посебан акценат се ставља на унапређење свести о важности коришћења превентивних прегледа међу осетљивим групама популације, као што су труднице, деца свих старосних доби, особе старије од 65 година, као и особе са инвалидитетом.

Програми промовисања здравља обухватају разне интервенције чија је сврха унапређење индивидуалних способности за одржавање здравља и побољшање квалитета живота. Они су углавном усмерени на смањење учесталости појављивања хроничних болести попут кардиоваскуларних болести, малигнух болести, дијабетеса и слично (29).

Дигиталне технологије кроз различите интервенције ефикасно промовишу здравље животне стилове, укључујући борбу против пушења и алкохолизма и подстицање физичке активности. Друштвене мреже све више добијају на важности у овом контексту. Примена дигиталних технологија доноси бројне предности, попут великог обухвата различитих популационих група, стандардизације информација и потенцијално ниских

трошкова, али је потребно прилагодити их основним принципима промоције здравља. За младе, ове технологије представљају нови канал за добијање релевантних здравствених информација, омогућавајући анонимност и аутономију. Будућност коришћења здравствених услуга и упознавање са потребним и доступним здравственим услугама, лежи у све већем коришћењу савремених технологија, нарочито у раду са младима, али и општом популацијом (29–31).

Циљеви одрживог развоја представљају глобалне циљеве и оквир за решавање низа најхитнијих проблема који утичу на људе, планету и просперитет како појединца тако и целокупног друштва и заједнице. Имају за циљ постизање равнотеже између економске, социјалне и еколошке одрживости како би се постигао одрживи развој до 2030. године. Трећи циљ одрживог развоја фокусиран је на здравље и унапређење здравља и добробит људи широм света, али има значајну везу са унапређењем репродуктивног здравља жена. Репродуктивно здравље жена је кључни елемент овог циља, и унапређење репродуктивног здравља жена и девојчица кључно је за постизање одрживог развоја. Репродуктивно здравље жена игра кључну улогу у остваривању трећег циља, јер се тиче стопе смртности мајки, планирања породице, превенције полно-преносивих болести.

Разумевање и промоција репродуктивног здравља жена има дубоке импликације на друштвени и економски развој, посебно у земљама у развоју. Трећи циљ о одрживом развоју и репродуктивно здравље жена су међусобно повезани и заједно играју кључну улогу у стварању одрживог и праведног друштва у којем су здравље, права и добробит жена централни елементи развојног напретка (16,32).

1.2.1.2 Превенција болести

Превентивне мере су све интервенције које мењају уобичајени развојни пут болести, од оних које је спречавају до оних које успоравају њено напредовање. Појашњавајући дефиницију, превентива се проширила на промоцију здравља пре настанка болести, док су секундарни и терцијарни нивои здравствене заштите фокусирани на рано откривање болести и ублажавање последица. СЗО укључује у превентиву активности које смањују ризик од настанка болести и умањују последице деловања фактора ризика, а модерније дефиниције наглашавају и смањење оптерећења болешћу у популацији (31,33).

У епидемиологији, често се користи дефиниција Цона Ласта која обухвата мере усмерене на искорењивање, елиминацију или минимизацију утицаја болести и неспособности. Иако су дефиниције превенције еволуирале током времена, њихова константна карактеристика је фокус на популацији и постављање важних циљева заснованих на инциденци догађаја, са циљем избегавања негативних утицаја и смањивања неједнакости у здравству (31,33–35).

Разумевање превенције најбоље се постиже кроз разматрање њених различитих нивоа. Традиционална класификација превенције на три нивоа (примарни, секундарни, терцијарни) представља почетну тачку за интервенцију у одређеном тренутку током развоја догађаја. У другој половини шездесетих година у области друштвених наука посебно медицине ова такозвана тродимензионална парадигма превенције постала је широко прихваћена (34,35).

Мере примарне превенције, било на индивидуалном или популацијском нивоу, циљају на људе у фази осетљивости на болест, са намером да умање изложеност факторима ризика. Циљ је спречавање почетка болести кроз смањење инциденције. Ове мере укључују промоцију здравља и специфичну заштиту, попут интервенција у исхрани, промена у животном стилу и заштите од професионалних штетности.

Секундарне превентивне активности и мере имају за циљ рано откривање болести али и спречавање болести и заустављање напретка болести у раној фази, као и спречавање компликација. Иако су мање ефикасне и обично скупље од примарне превенције, оне циљају на смањење преваленције болести и побољшање дугорочне прогнозе и исхода болести.

Термин терцијарна превенција односи се на мере које се користе за смањење или ограничавање инвалидности, смањење патње узроковане постојећом болести и промоцији прилагођавања пацијента на непредвиђене околности. Ове интервенције се примењују у каснијим фазама развоја болести како би се спречиле секвеле и ограничила инвалидност (35–37).

1.3 Репродуктивно здравље жена

Доступност ресурса за подршку здрављу и напредак у овој области укључујући аспекте као што су планирање породице, превенција нежељених ситуација, имају утицај на концепт доброг репродуктивног здравља (38–40).

Репродуктивни циклус или менструални циклус представља цикличне месечне промене у женском репродуктивном систему и подлеже хормонској регулацији. Током овог циклуса долази до цикличних промена у оваријумима, тзв. оваријални циклус, затим у утерусу, цервиксу, вагини и дојкама. Током оваријалног циклуса долази до брзог раста фоликула, овулације, формирања и дегенерације жутог тела, као и секреције естрогена и прогестерона. На основу наведених промена, оваријални циклус можемо поделити на фоликуларну фазу, овулацију и лутеалну фазу. Оваријуми су примарни репродуктивни органи жене који имају улогу у гаметогенези односно оогенези и синтези полних хормона. Основни хормони оваријума су естрадиол, прогестерон и пептид инхибин који у ствари управљају читавим низом догађаја у оваријуму, хипофизи, хипоталамусу и репродуктивном тракту (41–43).

Репродуктивни систем жене почиње свој пут ка полном сазревању у пубертету. Након рођења, гонаде су у стадијуму мировања и тако све док не буду активирани гонадотропинима хипофизе.

Тај моменат доводи до коначне матурације репродуктивног система жене и одиграва се у пубертету (адолесценцији), периоду који код девојчица почиње између 8 и 13 године, а код дечака између 9 и 14 године. То је такође период у животу човека када се ендокрине и репродуктивне функције по први пут развију до степена када је репродукција могућа (32,44).

Адолесценција је раздобље у животу девојчице које подразумева период од појаве првих секундарних сексуалних карактеристика до постизања пуне полне зрелости. За процену полне зрелости у медицини користи се термин „гинеколошка доб“. Доб у којој девојка достиже пуну полну анатомску и функционалну зрелост назива се „нубилитет“ (40,45,46).

Истраживања о репродуктивном здрављу жена најчешће имају мултидисциплинарни приступ, којим се обједињују сви фактори, почев од оних индивидуалних, појединачних који се тичу мерљивих и показних чинилаца репродуктивног здравља као што су ризично сексуално понашање, нежељена трудноћа и абортуси, полне и друге болести, контрацепција, све чешћи фертилитет код младих или коришћење здравствене заштите, па до бихејвиоралних, социодемографских, културолошких, просветних (32,40,47).

Битно је истаћи економске и социодемографске факторе који утичу на репродуктивно здравље жена, као и то да жене са напреднијим нивоом образовања, запослене и оне које живе у урбаним срединама, показују позитивније ставове у погледу

очувања репродуктивног здравља, у поређењу са женама из другачијих средина (попут руралних, са нижим степеном образовања, нижег социјалног статуса).

Идентификовање фактора који утичу на репродуктивно здравље у нашој земљи је од посебног значаја, нарочито због стопе наталитета. У савременом концепту има велики значај у доношењу здравствене политике, али и других фактора који се односе на недовољно коришћење здравствене заштите у наведеној области.

Планирање породице, нега током порођаја и после њега, превенција инфекција, као и образовање о сексуалности и родитељству су од суштинског значаја за здравље жена и обухватају различите услуге и активности.

Промене у репродуктивном здрављу жена узрокују присуство и заражавање вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ-а), полно преносиве инфекције (ППИ), нежељене трудноће, последице намерних побачаја и њихове последице на репродуктивну функцију. Поред тога, према извештају СЗО-е годишње се региструје 499 милиона нових случајева полно преносивих инфекција широм света. Родно насиље, сексуалне дисфункције и дискриминација због сексуалне оријентације су важни фактори који имају утицај на репродуктивно здравље (5,32,48).

Рано ступање у сексуалне односе, уз друге облике ризичног понашања као што су сексуални однос под утицајем алкохола или других опојних средстава зависности, доводи до сексуалног односа са више партнера али и до опасности од сексуалног злостављања и увођења у свет проститутције и криминала.

Планирање породице је једно од најзначајнијих постигнућа у јавном здрављу двадесетог века, према Светској здравственој организацији (СЗО). Ова стратегија омогућава појединцима и паровима да контролишу број и временски размак рођења деце, што директно утиче на њихово здравље и благостање. (5,48).

Према литератури неонатална смртност смањена је за 44%, а смртност трудница за трећину планирањем породице (49).

Од суштинског значаја за добробит појединца и друштва јесте и планирања породице, а значајност се огледа у доприносу смањења стопе неплодности решавањем проблема ППИ, смањењем њихове учесталости као и спречавањем ненамерних трудноћа (6).

Контрацептивне методе помажу у циљу спречавања нежељене трудноће и деле са на традиционалне и савремене методе.

Традиционалне методе контрацепције укључују апстиненцију, методе засноване на одређивању периода фертилности, метод прекида полног односа као метод одсуства менструалног крварења за време дојења.

Савремени методи контрацепције укључују више различитих метода контрацепције као и вољну стерилизацију жена и мушкарца али и хитну контрацепцију. (50).

Здравље жена зависи од комплексне интеракције биолошких, генетских медицинских, социјалних и физиолошких фактора. Ови фактори укључују стил живота, дијету, ниво физичке активности, приступ здравственој заштити, економски статус, стабилност партнерства, образовање и запосленост. (51). Пресудни фактори за смањење озбиљних последица женских болести за њих саме, њихове породице и заједницу у целини укључују идентификацију и анализу здравља жена, рану дијагнозу, као и правовремено и адекватно лечење (52).

Основни фактори као што су: демографски, социоекономски, здравствени аспекти, као и ставови, стил живота и социјална подршка заједнице су у директној вези са утврђивањем фактора који утичу на репродуктивно здравље. Здравствена политика у Републици Србији, сагледавши стопу наталитета, истиче важност свих фактора који имају утицај на здравље (53–55).

Комплексан концепт који обухвата благостање у сексуалним односима, планирање породице и заштиту од нежељених догађаја предствља добро репродуктивно здравље. Квалитетна услуга планирања породице, промоција сигурног материнства, безбедан порођај и друге мере за превенцију и лечење здравствених проблема покривајући широк спектар потреба жена у области репродуктивног здравља и представљају значајне предикторе унапређења репродуктивног здравља (56).

Драматичне промене у репродуктивном здрављу како жена, тако и мушкараца, првенствено су биле узроковане пандемијом вируса хумане имунодефицијенције (ХИВ-а), затим од 2020. године и пандемијом вируса Sars – CoV – 2, али и инфекцијама репродуктивних органа, медицинским компликацијама у вези са трудноћом и абортусима (57–59).

Свако понашање које укључује лоше навике у погледу сексуалне активности може имати утицај на честу појаву нежељених трудноћа, абортуса и инфекција (60).

Највећи ризик по репродуктивно здравље жена имају СТИ (Sexually transmitted infections), од којих су најчесталије: инфекције хуманим папилома вирусом (ХПВ), сифилис, трихомонас, гонореја, микоплазма, уреаплазма, кламидија, бактеријске вагинозе.

1.3.1 Фактори који утичу на репродуктивно здравље жена

Репродуктивно здравље подложно је утицајима различитих фактора, који су у директној вези са женом али и са њеном породицом и заједницом. То најчешће укључује демографске факторе попут старости, брачног статуса, расне и етничке припадности, као и социоекономске детерминанте које се тичу образовног статуса, запослења и финансијске ситуације породице. Не треба занемарити ни факторе који долазе из заједнице, попут насиља, културолошких норми, подршке заједнице и социјалне комуникације (61–65).

Здравствени фактори који утичу на репродуктивно здравље жена подразумевају: опште здравствено стање, болести, самооцену здравља (66–70).

1.3.1.1 Демографски, социоекономски, културолошки фактори

Многи фактори утичу на проблеме репродуктивног здравља, али скривени социјални фактори погоршавају ову ситуацију. Социокултурни и демографски фактори значајно утичу на сексуално и репродуктивно здравље жена, као и на њихов приступ здравственим услугама. СЗО наводи род, приход, образовање, запослење и етничитет као социјалне детерминанте неједнакости у здрављу, јер сваки од ових фактора, сами или кроз утицај на друге, води ка неједнакостима у здрављу. Заправо, ниска писменост, неповољни социо-економски услови и сексуалне неједнакости су међу факторима који стоје иза неспособности жена да унапреде репродуктивно здравље. Истовремено, одређене жене, које саме носе одговорност за осигурање материјалне и емоционалне добробити чланова своје породице, као што су оне које су преузеле улогу главе домаћинства због различитих разлога попут развода, губитка партнера, зависности од супружника, незапослености или емиграције супружника, суочавају се са већом рањивошћу у поређењу с другим особама (71–73).

Норме и позитивне вредности које проистичу или су под утицајем религијских и културних традиција треба правилно разумети како би се користиле као креативни алати за промоцију свести о сексуалном и репродуктивном здрављу. Како постоји ограничен број извора који истражују везу између социокултурних фактора и сексуалног и

репродуктивног здравља жена, спроведена су истраживања која исцрпно обрађују утицај социо-културних и сексуалних аспеката, а посебно су фокусирана на жене у руралним областима (72,73).

Религија има битан утицај на репродуктивно здравље жена такође. Кроз религијске утицаје на појединце, културу и политике, различите религије критички обликују ставове људи и владе према репродукцији и сексуалности. На пример, одељење за превенцију и контролу ХИВ/АИДС-а потписало је меморандум о сарадњи са религијским лидерима како би промовисало улогу религије у борби против ширења ХИВ-а (74,75).

Етничка припадност такође има значајан утицај на репродуктивно здравље жена. У друштвима са високим степеном етничке разноликости, као што је Вијетнам са 54 етничке групе, мањинске групе су суочене са значајно већом преваленцијом инфекција репродуктивног тракта, нежељених трудноћа и slabим приступом информацијама о сексуалном и репродуктивном здрављу, неклиничким услугама и клиничким услугама (71,73,75).

Све ово указује на то да демографски, социоекономски и културни фактори имају велики утицај на репродуктивно здравље жена. Зато је важно да се правилно разумеју и користе како би се побољшала свест о репродуктивном здрављу и пружила боља здравствена заштита за жене.

1.3.1.2 *Стил живота*

Утицај стила живота на репродуктивно здравље жена је комплексан и мултифакторијалан. Позитивни и негативни ефекти могу се огледати у различитим животним навикама попут исхране, физичке активности, конзумације алкохола и дувана, као и употребе одређених лекова на рецепт (76–81). Превенција у области здравствене заштите на примарном нивоу, доприноси правилном расту и развоју школске деце, што ствара основу за очување доброг здравља у одраслом добу путем промене животних навика у правцу здравих избора и животних стилова (22).

Квалитетна исхрана, богата есенцијалним нутријентима, витаминима и антиоксидансима, показала се као кључни фактор у одржавању репродуктивног здравља жена. Храна богата антиоксидансима, попут воћа и поврћа, помаже у борби против оксидативног стреса, који може оштетити ћелије јајника и ендометријума.

Лоше навике, посебно конзумација хране богате zasiћеним мастима и шећером, могу довести до здравствених проблема, који су повезани с повећаним ризиком од неплодности и другим репродуктивним проблемима (76–79).

Физичка активност има двоструки утицај на репродуктивно здравље. Умерено редовно вежбање може побољшати здравље јајника и регулисати менструални циклус, осигуравајући здраву овулацију. Међутим, прекомерна физичка активност, посебно без адекватне исхране, може довести до хормоналних поремећаја који ометају овулацију и менструацију (79–81).

Када је реч о алкохолу, прекомерно конзумирање има доказано штетан ефекат на репродуктивно здравље. Конзумација алкохола може пореметити хормонски статус жене, отежавајући зачеће. Такође, може повећати ризик од спонтаних побачаја и ниских порођајних тежина новорођенчета (82,83).

Прекомерно коришћење неких лекова може такође имати утицај на репродуктивно здравље. Док неки лекови могу помоћи у побољшању репродуктивних проблема, други, укључујући неке антибиотике, антидепресиве и лекове за епилепсију, могу имати негативне последице (84,85).

Укупно гледано, стварање здравих животних навика и вођење рачуна о стилу живота од велике је важности за очување репродуктивног здравља жена. Свака индивидуална одлука која се доноси у свакодневном животу, било да је повезана са исхраном, вежбањем, конзумацијом алкохола или употребом лекова, има потенцијал да утиче на способност жене да зачне и одржи здраву трудноћу.

1.3.1.3 Ризично понашање

У последњих неколико деценија, приметна је све нижа просечна старост ступања у први сексуални однос, што је истовремено повезано с већим бројем сексуалних партнера током активног сексуалног живота (32,86–88). Ове тенденције представљају извор повећаног ризика од добијања сексуално преносивих инфекција (СПИ) и инфекција гениталног тракта. Из ових разлога, ризично сексуално понашање издваја се као један од најважнијих фактора који утиче на репродуктивно здравље жена. Посебно је важно нагласити да су СПИ чести узроци инфертилитета код жена, са потенцијалним последицама у виду трајне неплодности.

Бактеријска вагиноза (БВ) је клинички синдром који се карактерише значајним смањењем броја лактобацила у вагини и преовлађивањем патогених микроорганизама, укључујући велики број кока и анаероба (95,96). Ова стања могу озбиљно утицати на репродуктивно здравље жена, повећавајући ризик од интраутериног угинућа плода, побачаја, и превременог порођаја, те компликација након акушерских или гинеколошких операција (89–91).

Запаљење слузокоже грлића материце (Cervicitis), може бити изазвано инфективним агенсима бактеријама, вирусима или гљивицама и представља још један фактор који може утицати на репродуктивно здравље жена (92–94).

Гонореја, изазвана грам-негативном бактеријом *Naiseria Gonorrhoeae*, представља један од водећих узрока инфекције у репродуктивном тракту, са посебно значајним ризиком за жене, код којих инфекција може остати асимптоматска (95,96).

Сифилис је још једна инфекција са потенцијално озбиљним последицама за репродуктивно здравље жена, укључујући ризик од интраутерусне смрти плода, и развој вишеструких аномалија код плода (97,98).

Инфекције хламидијом, уреоплазмом и микоплазмом представљају значајан ризик за репродуктивно здравље жена и мушкараца, са посебним изазовима у раном откривању инфекције због асимптоматског тока болести (99–101).

ХПВ инфекције су честе међу младим, сексуално активним женама, са потенцијално озбиљним последицама, укључујући развој цервикалне дисплазије и ризик од карцинома. Такође инфекција вирусом *Herpes simplex* типа 2 (HSV-2) представља ризични фактор за развој малигних обољења у регији вулве, вагине и цервикса (103–105).

У светлу ових налаза, неопходно је наставити са едукацијом о значају безбедног сексуалног понашања и редовних гинеколошких прегледа како би се рано детектовали и третирали могући проблеми. Такође, даља истраживања су неопходна како би се боље разумели механизми којима ови фактори утичу на репродуктивно здравље жена и како би се развиле ефикасне стратегије за смањење њиховог утицаја.

1.3.1.4 Хроничне болести

Хроничне болести могу имати значајан утицај на репродуктивно здравље жена. Хронична болест може негативно утицати на сексуалну активност. Али, упркос честом

умору и сексуалним дисфункцијама, сексуалност остаје изузетно важна за многе жене са хроничним болестима (106).

Поред директних утицаја на сексуалну функцију, хроничне болести могу имати и индиректне ефекте. Депресија, на пример, често се јавља код жена са хроничним болестима, укључујући завршну бубрежну болест, мултиплу склерозу, дијабетес и након трансплантације коштане сржи. Такође, лечење рака може довести до девастирајућих промена у сексуалној функцији, упркос доброј прогнози опоравка (106,107).

Такође, постоји низ специфичних изазова везаних за дијагнозу и лечење хроничних стања специфичних за жене. Многа од ових стања остају недовољно дијагностикована, што негативно утиче на исходе. На пример, постављање дијагнозе ендометриозе обично захтева од 4 до 11 година од појаве симптома. Синдром полицистичних јајника повећава ризик од других хроничних здравствених проблема као што су депресија, анксиозност и поремећаји у исхрани (106–108).

Друга хронична стања, иако нису специфична за жене, често су недовољно проучавана код жена. То укључује болести као што су ХИВ и посттрауматски стресни поремећај. Има и стања, као што је уринарна инконтиненција, која су уобичајена међу старијим женама, али ретко су укључена у истраживања о женском здрављу (108).

1.3.1.5 Депресија

Депресија као поремећај расположења има дубоко продирући утицај на животе жена, посебно када се сагледава кроз призму репродуктивног здравља. Постоје процене које показују да ће до 25% жена доживети депресију у неком тренутку свог живота, па се стога депресија препознаје као један од најраспрострањенијих узрока неакушерске хоспитализације међу женама у репродуктивном добу (109,110).

Депресија често остаје занемарена у контексту репродуктивног здравља. Приликом евалуације пацијенткиња у не-психијатријским клиникама, здравствени радници се обично усредсређују на физичке болести, док ментални проблеми остају на маргинама дијагностичког фокуса. Такав приступ омогућава да веза између депресије и репродуктивних проблема остане скривена, без обзира на све већи број студија које указују на повезаност ових проблема. Трауматична искуства током трудноће, високоризичне трудноће, ниска порођајна тежина новорођенчета, превремени порођаји, хипербилирубинемија код новорођенчета - су само неки од фактора ризика за настанак депресије (109–111).

Додатна комплексност се јавља током периода између менархе, тј. почетка прве менструације и менопаузе, када жена престаје да менструира. Овај период, често описан као "прозор рањивости", обухвата старосну доб од 15 до 49 година. Током овог времена, жене доживљавају значајне промене у свом животу, сексуалности, метаболизму и општем здрављу, које могу додатно подстакнути ризик од депресије (109).

Неуроанатомске и неурофизиолошке разлике између мушкараца и жена могу допринети већој преваленцији депресивних епизода међу женама. Осим тога, хормоналне промене које се дешавају током менопаузе могу бити посебно повезане са повећаним ризиком од депресије (110–112).

Нажалост, иако су ове везе све присутније, однос између депресије и репродуктивног здравља жена и даље не добија довољно пажње. Упркос томе, јасно је да депресија током репродуктивног периода може представљати велику претњу квалитету живота и способности жена да одржавају породични живот. Зато је од суштинске важности да се овај проблем препозна и да се уведу адекватне мере подршке, како би се осигурала свеукупно добробит жена.

1.4 Скрининг програми у Републици Србији

Као мера секундарне превенције, метод раног откривања болести, односно скрининг или „ просејавање“ циљне популације, за главни циљ има да се обезбеди што већа могућност за издвајање лица под ризиком од оболевања или лица са обољењем у раној фази и тиме оствари брза реакција и лечење како би се утицало на исход болести, пре појаве симптома истих. (15,16,113).

Доктор Хорас Добел, истакнути енглески лекар, је давне 1861. године одржао више предавања о томе колико је важно да лекари спроводе периодичне прегледе независно да ли особе имају симптоме болести или се осећају потпуно здраво. Идеја је заинтересовала стручну јавност, пренела се и у Сједињене америчке државе (САД) и довела до прибављања научних доказа о ефикасности рутинских прегледа здравих особа. Ипак, све до педесетих година прошлог века, периодични прегледи здравих особа нису ушли у редовну праксу, нити у Енглеској, из које је поникла ова идеја. Први масовни скрининг програм уведен је као јавно-здравствена мера откривања туберкулозе, али је та мера напуштена како је преваленција ове болести опадала (27,114–119).

У САД-у периодични превентивни прегледи ушли су у праксу много брже, већ почетком прошлог века, пре свега због подстицаја који су пружале приватне агенције за здравствено осигурање и послодавци.

Шездесетих година прошлог века појавили су се први извештаји и резултати студија у којима се процењивао ефекат периодичних прегледа и масовних скрининга.

Сумирајући налазе релевантних истраживачких група, два експерта СЗО ((Мах Wilson, Gunnar Jungner) поставила су 1968. године оквирне принципе, које су тада назвали "Водич за планирање откривања нових случајева" и који су и данас у основи критеријума за планирање скрининга (120,121)

На завршетку двадесетог века, показатељи из националног канцер регистра открили су забрињавајуће високу учесталост и стопу смртности од карцинома цервикса у нашој земљи, у односу на европске норме. Као одговор, инициран је опсежан програм "Србија против рака" 2008. године, а потом су уведени циљани програми за рано откривање рака дојке, цервикса и дебелог црева 2012. године. Ове програмске иницијативе представљају кључне стратегије наше земље за унапређење здравствене превенције, од индивидуалног до заједничког нивоа (122–124).

Од 2012. године у Републици Србији се спроводе на националном нивоу три скрининг програма у циљу откривања карцинома:

- Скрининг карцинома дојке,
- Скрининг карцинома грлића материце,
- Скрининг колоректалног карцинома (15,125).

Поред обавезних скрининг програма неопходно је напоменути активности које су од великог значаја за унапређење здравствене заштите у односу на мајчинство, трудноћу, порођај и планирање породице у целини. (126,127).

Уз примену програма промоције здравља и здравствено васпитни рад са женама и паровима, кроз разне медијске промоције, кампање, трибине и едукативни материјал, неопходно било унапредити саветовалишни рад у служби за заштиту здравља жена, на примарном нивоу здравствене заштите, као и увођење нових модела превентивних програма укључујући и скрининге. Континуирано промовисање савременог модела контроле рађања код парова у репродуктивном добу, интензивирање саветовалишног рада о предностима планирања породице коришћењем ефикасне контрацепције усаглашено са савременим клиничким смерницама из те области представљају активности које морају подразумевати и превентивне гинеколошке прегледе у циљу очувања репродуктивног здравља жена (128–130)(135).

1.4.1 Гинеколошки прегледи у превенцији рака

Превентивним гинеколошким прегледима потребно је обухватити жене у животној доби од 15 до 49 година. Са наведеним прегледима треба отпочети најраније 3 године након првог сексуалног односа, а најкасније од 20. године живота.

Прегледи се спроводе у интервалима од 1 до 3 године и обухватају следеће поступке:

- Разговор са женом и прикупљање података из личне анамнезе, укључујући и евидентирање фактора ризика у понашању, као и постојање наследних болести укључујући и малигне
- Мерење телесне тежине, висине и одређивање степена ухрањености (БМИ)
- Мерење крвног притиска
- Одређивање кључних лабораторијских параметара крви
- Преглед ткива дојки палпацијом или путем ултразвука
- Гинеколошки преглед жене
- Папаниколау преглед – цитолошки преглед бриса слузокоже грлића материце
- По потреби колпоскопија грлића материце
- Здравствено васпитни рад и саветовање, индивидуално или у групи о контрацепцији, превенцији ППИ, као и о штетним стиловима живота и навикама, и препорукама за примену здравих навика, које подразумевају и редовне контроле здравља (131,131–134)

Превентивни прегледи у вези са планирањем породице примењују се већ од 15 године живота, а нарочито већ две године после ступања у сексуалне односе. Садржај наведених прегледа укључује и жене, али може укључити и парове, нарочито уколико се ради о контрацепцији или другим методама. (135).

1.4.2 Скрининг прегледи на карцином грлића материце

Скрининг програми за рано откривање цервикалног карцинома примењују се у нашој земљи за жене старости од 25 до 64. године применом ПАПА- Николау теста, односно цитолошким прегледом бриса слузокоже грлића материце. Цитолошки преглед бриса се ради код условно здравих жена, без обзира на спровођење детаљних систематских прегледа репродуктивног тракта жена (једном годишње). Скрининг рака грлића материце обавља се две године узастопно, уколико су налази негативни, а потом једном у трогодишњем периоду (11,55,84,105,106,131). Поред наведеног скрининг прегледа применом ПАПА теста, у свету су доступни и ХПВ тестирања као скрининг методе, на малигне форме хуманог папилома вируса (ХПВ), и овај преглед се најчешће обавља код жена узраста од 30 до 60. година. Уколико је налаз негативан на малигне форме ХПВ-а, следећи преглед се обавља за пет година. Уколико се налази оваквог скрининг прегледа применом ХПВ типизације користе за популациони скрининг програм, сви позитивни налази се користе како би се потом жене упутиле на ПАПА-Николау преглед, односно на цитолошки преглед бриса слузокоже материце, до постављања коначне дијагнозе и примене лечења. Циклус организованог програма скрининга у Републици Србији, применом ПАПА-Николау тестирања траје три године, док се скрининг програм применом ХПВ типизације као скрининг методе спроводи на пет година, уколико је налаз уредан.

1.4.3 Скрининг прегледи на карцином дојке

Скрининг рака дојке је програм раног откривања рака дојке и још од 2012. године се спроводи на нашим просторима, обухвата примену скрининг мамографије као скрининг методе. Један циклус овог скрининг програма траје две године, а циљна популациона група су жене старости од 50 до 69 година, без симптома или знакова обољевања ткива дојки.

У склопу овог скрининга обавља се и едукација жена за спровођење самопрегледа дојки и прихватања предложених дијагностичких поступака за рану детекцију карцинома дојке (3,10).

Ултразвучни преглед дојке намењен је млађим женама у склопу превентивног прегледа, не представља скрининг методу, а може се користити и као додатни дијагностички преглед после мамографије, по налогу лекара. После 40. године живота жена може да обави јену мамографију, као прву до навршених 50. година живота када улази у групу жена које на две године треба да ураде скрининг мамографију за рано откривање рака дојке (136–138).

1.5 Активности здравствених радника у очувању и унапређењу репродуктивног здравља

У домовима здравља спроводе се различите превентивне услуге које су усмерене на репродуктивно здравље и његово очување, а истичу се здравствено васпитни рад, промоција превентивних пракси и прегледа, превентивни и контролни прегледи, имунизација и други.

И управо у мрежи домова здравља а у оквиру превентивне здравствене заштите на годишњем нивоу се планира више од два милиона превентивних прегледа за женску популацију у нашој земљи, за све узрасте. Кључна улога ових прегледа је спречавање и рано откривање рака али и других обољења која се могу спречити или се на њихове исходе може повољно утицати, откривањем у раној фази у оквиру примарне здравствене заштите жена. (139).

Здравствене услуге у примарној здравственој заштити у вези са репродуктивним здрављем и циљном популацијом жена, односе се на услуге које следе:

1. Планирање породице:

- Прегледи жена у саветовалиштима домова здравља, намењени женама узраста од 15-49 година и њиховим партнерима.
- Саветовалишни рад и едукативни рад са циљном популацијом.

2. Здравствена заштита у трудноћи:

- Превентивни и контролни прегледи, контрола здравља и праћење трудноће.
- Прегледи трудница у првом, другом и трећем триместру, укључујући ултразвучну дијагностику.

3. Превенција одређених обољења:

- Мере примарне и секундарне превенције малигних болести, са специфичним обухватом, укључујући превентивне гинеколошке прегледе, скрининг прегледа за рано откривање рака грлића материце и индивидуалне здравственуваспитне активности.

4. Промоција здравља:

Спровођење здравственуваспитних услуга, укључујући групне методе рада са трудницама, жена након порођаја, у планирању породице и патронажних посета трудницама (139).

У наведеним активностима и услугама које се пружају у здравственим установама најчешће домовима здравља, здравствени радници играју кључну улогу.

Кључне активности здравствених радника у овој области су:

- Информисање о анатомији и физиологији репродуктивног система, методама контрацепције, сексуалног здравља, трудноћи, порођају, постпорођајним стањима, као и ППИ.
- Обављање гинеколошких прегледа, тестирање на сексуално преносиве инфекције, саветовање о контрацепцији, и планирању породице.
- Пружање неопходних информација о репродуктивном здрављу, укључујући информације о анатомији и физиологији репродуктивног система, методама контрацепције, сексуалног здравља, трудноћи, порођају, постпорођајним стањима, као и репродуктивним болестима.
- Пружање здравствених услуга у вези са репродуктивним здрављем, укључујући гинеколошке прегледе, тестирање на сексуално преносиве инфекције, контрацепцију, планирање породице и саветовање о репродуктивном здрављу.
- Пружање подршке и саветовања женама у вези са репродуктивним здрављем, укључујући емоционалну, психолошку и практичну подршку.
- Сарадња са другим превентивним установама и другим организацијама у развоју програма и политика које промовишу репродуктивно здравље, са циљем побољшања приступа информацијама, услугама и подршци све са циљем обухвата већег дела популације.
- Промоције здравих стилова живота и промоције превентивних пре свега гинеколошких прегледа.

Наведене активности доприносе очувању и побољшању репродуктивног здравља жена и бољем здравственом стању породица и заједница.

1.5.1 Активности гинеколога

Лекари, гинеколози су одговорни за превенцију, дијагнозу и лечење репродуктивних болести и стања. Они такође пружају информације и саветовање о репродуктивном здрављу. Гинеколози- акушери су усмерени у свом раду на трудноћу, порођај и постпорођајни период код жена. Они пружају подршку и саветовање женама током трудноће и порођаја. Улога гинеколога у примарној здравственој заштити је вишеструка, а активни су учесници и пружаоци услуга примарне здравствене заштите. Најзначајније активности специјалиста гинекологије у примарној здравственој заштити базирају се на следећим активностима

- Рано откривање рака: имају кључну улогу у раној дијагнози рака репродуктивних органа, укључујући рак грлића материце, рак јајника и рак материце.
- Фертилитет и плодност: прате репродуктивно здравље жена и парова који се суочавају с проблемима неплодности. Баве се лечењем узрока неплодности и давањем препорука за могуће третмане и поступке.

- Сексуално здравље: баве се питањима сексуалног здравља жена, укључујући сексуалну дисфункцију, бол током полног односа и полно преносиве инфекције и друго.
- Адолесцентно гинеколошко здравље: обезбеђују информације о пубертету, менструалним циклусима, контрацепцији и превенцији полно преносивих инфекција.
- Мултидисциплинарна сарадња: сарађују с другим лекарима и стручњацима, као што су онколози, ендокринолози, психијатри и физиотерапеути, како би пружили потпуну подршку пацијенткињама. Сарађују и са патронажним сестрама које имају важну улогу у унапређењу и очувању репродуктивног здравља својим превентивним радом доприносе унапређењу здравља жена у свим фазама живота, а нарочито у поспорођајном периоду
- Праћење трудноће и постпорођајног периода: Након порођаја, гинеколози врше надзор над здравственим стањем жене у циљу њеног бржег опоравка и пружају подршку дојења на захтев новорођенчета, препознају проблеме и запаљенске процесе у периоду дојења, помажу у њиховом збрињавању, дају савете о контрацепцији након порођаја и другим питањима.
- Едукација и превенција: учествују у едукацији жена о важности редовних прегледа и самопрегледа дојки и репродуктивних органа како би се очувало здравље.

1.5.2 Активности патронажних сестара и бабица

Патронажне сестре и бабице играју кључну улогу у унапређењу репродуктивног здравља жена. Оне пружају услуге здравствене заштите и здравственог васпитања женама и осталим члановима породице, у домовима здравља, локалној заједници као и породицама. Основне активности патронажних сестара и бабица су:

- Пружање едукације о репродуктивном здрављу, менструацији, полном односу, контрацепцији, трудноћи, порођају и менопаузи.
- Представљају подршку различитим удружењим и организацијама, кроз сарадњу са здравственим системом на промоцији репродуктивног здравља и подизању свести о репродуктивним правима.
- Промоција здравих стилова живота, такође је значајна активност патронажне сестре, а кроз едукацију о важности правилне исхране, редовне физичке активности и избегавања штетних навика као што су пушење и прекомерно конзумирање алкохола.
- Пружање превентивне здравствене заштите. Гинеколошки преглед, Папа-тест, прегледе дојки и друге скрининг тестове за рано откривање и лечење репродуктивних здравствених проблема у којима учествује тимски заједно са гинекологом.
- Промоција и спровођење имунизације против ХПВ-а и других полно преносивих инфекција.
- Пружање пренаталне и постнаталне здравствене неге женама током трудноће, укључујући праћење виталних параметара као и саветовање о правилној исхрани и стиливима живота.
- Пружање постнаталне здравствене неге женама и њиховим бебама након порођаја, укључујући помоћ при дојењу, саветовање о нези бебе и подршку родитељству.

- Саветовање и подршка здравим партнерима који планирају породицу кроз едукацију бриге о себи и партнеру, као и правилне припреме за нову животну улогу-родитељство.
- Пружање подршке женама и породицама које се суочавају с репродуктивним здравственим проблемима као што су неплодност, побачај, мртворођеност или компликације током трудноће и порођаја.
- Саветовање и подршка женама које су доживеле полно насиље.

За успешно обављање ових задатака, патронажне сестре треба да поседују компетенције, знање и одређене вештине, као што су:

- Знање из области физиологије, патофизиологије, епидемиологије, здравствене неге, менталне хигијене и здравственог васпитања.
- Способност да пружи здравствену негу и друге здравствене услуге у породици.
- Способност да разуме и одговори на неке социјалне потребе корисника, да координира и сарађује са службама социјалне заштите.
- Способност да успешно комуницира с корисницима здравствених услуга, њиховим члановима породице и другим здравственим радницима. Комуникационе вештине у заједници су од непроцењивог значаја, јер отвореност према радним организацијама, школама, локалним самоуправама може бити од посебног значаја за унапређење репродуктивног здравља.
- Способност да организује и спроведе како индивидуални тако и групни рад. Вештине прилагођавања знања, услова рада у раду са различитим популационим групама као што су маргинализоване групе- ромска популација, привремено расељени, избегла лица.
- Вештине преноса знања на друге здравствене раднике јер такав вид едукације је могућ само по принципу “едукација едукатора”.

Поливалентна патронажна служба је важан део примарне здравствене заштите, јер патронажне сестре пружају велики број услуга које доприносе унапређењу и побољшању здравља и квалитете живота појединаца, породице и заједнице.

Бабице су важни чланови тимова за здравствену заштиту жена. Оне су кључне за пружање квалитетне и свеобухватне здравствене заштите женама током свих фаза репродуктивног живота, јер промовишу здравље жена, пружају подршку женама које су избеглице, женама из руралних подручја или жене из маргинализованих заједница, пружају подршку женама које су жртве дискриминације или насиља, али и женама са инвалидитетом. То пре свега значи да бабице пружају подршку женама у свим животним фазама и ситуацијама.

Патронажне сестре и бабице су значајан кадровски ресурс у систему здравствене заштите и играју важну улогу у унапређењу репродуктивног здравља жена и породица (140,141).

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ

2.1 Главни циљ

Циљ студије је идентификовање предиктора коришћења примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем жена старијих од 15 година у Републици Србији.

2.2 Специфични циљеви

1. Анализирати учесталост коришћења примарне здравствене заштите жена у вези са репродуктивним здрављем (посета гинекологу у државној и приватној пракси, скрининг преглед карцинома грлића материце и скрининг преглед карцинома дојке).
2. Испитати утицај демографских и социоекономских детерминанти на коришћење примарне здравствене заштите жена у вези са репродуктивним здрављем.
3. Испитати утицај стилова живота жена (употреба алкохола, психоактивних супстанци и навика у исхрани и физичкој активности) на коришћење основне здравствене заштите у контексту репродуктивног здравља.
4. Испитати повезаност информисаности жена о факторима ризика по опште и репродуктивно здравље са коришћењем примарне здравствене заштите, у вези са репродуктивним здрављем.
5. Испитати повезаност ризичног понашања у вези са репродуктивним здрављем жена (сексуално понашање, коришћење контрацептивне заштите, самопроцена ризика за ХИВ инфекцију) са коришћењем примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем.
6. Испитати повезаност коришћења примарне здравствене заштите жена у вези са репродуктивним здрављем и појединих аспеката здравственог стања (самопроцена општег здравља, присуство хроничних болести, присуство симптома депресивности).
7. Испитати предикторе неспровођења скрининг прегледа на карцином грлића материце - Папаниколау тест унутар 1 године (за популацију жена 25-64).
8. Испитати предикторе неспровођења скрининг прегледа на карцином дојке-мамографски преглед унутар 1 године (за популацију жена 50+).

2.3 Хипотезе испитивања

1. Демографски и социоекономски фактори утичу на коришћење примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем (млађе жене, из Јужне и Источне Србије, незапослене и нижег образовног профила ређе користе примарну здравствену заштиту у вези са репродуктивним здрављем).
2. Нездрави стилови живота жена (употреба психоактивних супстанци, алкохола и цигарета) неадекватне навике у исхрани и физичка неактивност) условљавају ређе коришћење примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем.
3. Недовољна информисаност жена о факторима ризика по опште и репродуктивно здравље је повезана са ређим коришћењем примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем.

4. Жене које своје здравље процењују као добро, ретко користе примарну здравствену заштиту у контексту репродуктивног здравља.
5. Ризично понашање у вези са репродуктивним здрављем (сексуална активност, контрацептивне методе) су предиктори ређе коришћења примарне здравствене заштите у контексту бриге о репродуктивном здрављу.
6. Присуство хроничних болести и симптома депресивности условљава ређе коришћење примарне здравствене заштите у контексту бриге о репродуктивном здрављу.
7. Демографски и социоекономски фактори су предиктори неспровођења скрининг прегледа на карцином грлића материце - Папаниколау тест унутар 1 године (за популацију жена 25-64).
8. Демографски и социоекономски фактори су предиктори неспровођења скрининг прегледа на карцином дојке - мамографски преглед унутар 1 године (за популацију жена 50+).

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

3.1 Врста студије

Аналитичка, дескриптивна, студија пресека на репрезентативном узорку у оквиру националног, популационог истраживања „Истраживање здравља становништва Србије 2019.

3.2 Циљана популација истраживања

У оквиру ове студије, анализирани су подаци о женама старијим од 15 година.

3.3 Узорковање

У истраживању је примењен стратификовани двоетапни узорак чија стратификација је према насељима и регионима (Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије, Регион Војводине и Београдски регион)

Као оквир за избор узорка коришћени су подаци пописа становништа из 2011.године.

Према препорукама ЕУРОСТАТ-а за спровођење националног истраживања здравља израчуната је величина узорка према захтевима о прецизности оцена.

Испоштовани су сви етички стандарди у складу са Хелсиншком декларацијом (Declaration of Helsinki), законодавством Републике Србије и Општом регулативом о заштити података о личности (General Data Protection Regulation – GDPR). У циљу поштовања приватности субјеката истраживања и поверљивости информација прикупљених о њему, предузети су сви неопходни кораци у складу са Општом регулативом о заштити података о личности (General Data Protection Regulation – GDPR), новим европским правним оквиром који прописује начин коришћења података о личности грађана, као и са националним Законом о заштити података о личности, Стратегијом заштите података о личности и Законом о званичној статистици уз примену начела статистичке поверљивости.

3.4 Варијабле које су предмет мерења у студији

3.4.1 Независне варијабле

1. Демографски аспекти укључују старосну расподелу становништва, брачни статус, састав породице, карактеристике насеља и географску локацију.
2. Социоекономске: образовање, занимање, радни статус, укупни месечни приходи, индекс благостања.
3. Аспекти здравственог стања: самопроцена општег здравља, присуство хроничних болести и симптома депресивности.
4. Стил живота (навике у исхрани, физичка активност, пушење, употреба алкохола и других психоактивних супстанци).
5. Понашање у вези са репродуктивним здрављем (сексуално понашање, коришћење контрацептивне заштите, самопроцена ризика за ХИВ инфекцију).
6. Знања и ставови о факторима ризика по здравље (пушење, алкохол, исхрана, физичка активност, друштвене интеракције, информисаност о инфекцији изазваној ХИВ-ом, начинима преноса и превентивним мерама, начини и место тестирања на ХИВ).

3.4.2 Зависне варијабле

1. Коришћење примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем:
 - 1.1 Изабрани гинеколог (државна, приватна пракса).
 - 1.2 Прва и последња посета гинекологу.
 - 1.3 Скрининг преглед на карцином грлића материце, (цитолошки брис грлића материце - Папаниколау (време последњег обављеног прегледа, начин одазивања на скрининг преглед - самоиницијативно, на препоруку здравственог стручњака, или позив у оквиру организованог програма скрининга за откривање цервикалног карцинома).
 - 1.4 Скрининг преглед на карцином дојке - мамографски преглед (време последње обављеног прегледа, начин одазивања на скрининг преглед - самоиницијативно, на препоруку здравственог стручњака, или позив у оквиру организованог програма скрининга за откривање карцинома).

3.5 Иструмент истраживања

Инструмент истраживања су били упитници који су прилагођени специфичностима нашег подручја, а у складу су са стандардима упитника Европског истраживања здравља (EHIS European Health Interview Survey, wave 3) (142).

3.6 Величина узорка и снага студије

Минимална ефективна величина узорка прорачуната је путем методологије истраживања здравља у Европи. Дефинисањем статистички репрезентативног узорка за истраживање здравља становништва Србије, омогућен је прилив података из сва четири географска региона.

У складу са препорукама Евростата за спровођење истраживања здравља становништва (European Health Interview Survey – EHIS wave 3, Methodological manual, Precision requirements – Annex 2) дефинисана је величина узорка (141).

У земљама ЕУ, на основу СИЛК истраживања пропорција лица и која су спречена да обављају свакодневне активности у популацији варира између 4% и 11%. Слични резултати су добијени и у СИЛК истраживању у Републици Србији (5–8%). Ако се као основа за даље калкулације узме 8%, да би се параметар проценио са грешком која је мања од 1% неопходно је да прост случајни узорак има око 6000 испитаника старости 15 и више година. У том случају, уколико статистика има вредност 8%, оцена параметра налази се у интервалу између 7,3% и 8,7% (интервал поверења од 95%).

Анализа резултата овог истраживања биће заснована на узорку од 6747 испитаница старости преко 15 година.

3.7 Обрада података кроз статистичку анализу

Приликом обраде података коришћен је статистички програм SPSS 22, а за приказивање података користили смо графички и табеларни модел. Од тестова су коришћени Хи-квадрат (χ^2) тест, Studentov t-test и регресиона анализа за испитивање повезаности варијабли.

Подаци ће бити обрађени у IBM SPSS Statistics22 (SPSS Inc., Chicago,IL, USA) софтверском пакету или R програмском окружењу (R Core Team, 2021).

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1 Профил испитаника узимајући у обзир демографске карактеристике

Истраживањем је обухваћено 6.747 испитаница старости преко 15 година. Када говоримо о брачном статусу, истраживање је показало да је већина испитаница била у браку или ванбрачној заједници (58,1%).

Са територије Војводине у истраживању учешће је узело 31,4% испитаница, док је из београдског округа учествовало 22,6% испитаница. Свака пета испитаница била је са територије града Београда.

Према степену образовања међу испитаницама доминирало је средње стручно образовање (50,3%). Са вишом и високом школом у истраживању је учествовало укупно 18,4% испитаница. Ипак истраживањем је обухваћено и 31,3% жена које су имале основно образовање и нижи степен образовања (свака трећа испитаница).

Према степену благостања истраживањем је обухваћено укупно 58,7% жена које су припадале најбогатијој класи и средњој класи заједно, док је 41,3% жена обухваћених истраживањем, припадало сиромашној категорији.

У погледу радног статуса више од половине жена је припадало категорији неактивних (52%), док је свака трећа жена обухваћена истраживањем била запослена. Највећи проценат њих је своје здравље процењивало као добро и веома добро (56,7%), док је скоро трећина испитаница оценила своје здравље средњим стањем (27,1%), Табела 1.

Табела 1. Дистрибуција испитаница према њиховим демографским и социоекономским карактеристикама

Варијабле	N (%)
Узраст	
15-19	189 (2.8)
20-24	526 (7.8)
25-29	363 (5.4)
30-34	401 (5.9)
35-39	460 (6.8)
40-44	494 (7.3)
45-49	468 (6.9)
50-54	524 (7.8)
55-59	633 (9.4)
60-64	628 (9.3)
≥65	2061 (30.5)
Брачно стање	
Ванбрачној заједници /никада у браку	1161 (17.2)
Разлаз, развод и смрт партнера	1659 (24.6)
Брак/ванбрачна заједница	3927 (58.1)

Образовање	
Основна и нижа школа	2113 (31.3)
Средња школа	3390 (50.3)
Виша и висока школа	1244 (18.4)
Радни статус	
Незапослен	1140 (17.0)
Неактиван	3482 (52.0)
Запослен	2125 (31.0)
Индекс благостања	
Сиромашни	2787 (41.3)
Средњи слој	1381 (20.5)
Најбогатији слој	2579 (38.2)
Регион	
Београд	1527 (22.6)
Војводина	2117 (31.4)
Западна Србија и Шумадија	1478 (21.9)
Источна Србија и Јужна	1625 (24.1)
Самопроцена здравља	
Лоше и веома лоше	1176 (8.3)
Средње	1741 (27.1)
Добро и веома добро	3830 (56.7)

4.2 Здравствено понашање испитаница (исхрана, физичка активност, коришћење психоактивних супстанци, ставови о факторима ризика по здравље)

Када је у питању конзумирање воћа и поврћа, испитанице нашег истраживања најчешће конзумирају мање од 5 порција дневно воћа 37,4%, дакле свака трећа испитаница и 45,6% поврћа. Мали је проценат жена које конзумирају више од 5 порција воћа и поврћа дневно. Испитанице најчешће не одговарју на питања у вези са навикама о уносу воћа и поврћа.

Млеко свакодневно конзумира свака трећа испитаница нашег истраживања, а најчешће то чине понекад (51,3%). Док, 51,3% испитаница конзумира ову намирницу повремено.

Када је у питању физичка активност, наше испитанице најчешће упражњавају ходање и то мање од 150 минута (74,5%) и већина обавља посао који је физички активан 51,4%, што наводи као своју физичку активност. Ипак, велики удео испитаница посао обавља на седентарни начин чак 41,1% обухваћених жена. Када је у питању физичка активност жене обухваћене овим истраживањем најчешће не дају одговор на наведено питање (93,6%).

Навике у исхрани и физичкој активности, приказане су у Табели 2.

Табела 2. Исхрана и физичка активност у испитиваној популацији

Варијабле	N (%)
Конзумирање воћа	
< 5 порција	2526 (37,4)
≥5 порција	52 (0,8)
Без одговора	4169 (61,8)
Конзумирање поврћа	
< 5 порција	3079 (45,6)
≥5 порција	86 (1,3)
Без одговора	3582 (53,1)
Конзумирање воћа и поврћа	
< 5 порција	2767 (41)
≥5 порција	527 (7,8)
Без одговора	3453 (51,2)
Конзумирање млека	
Свакодневно	2511 (37,2)
Понекад	3462 (51,3)
Никад	130 (1,9)
Без одговора	641(9,5)
Аеробна физичка активност	
<150мин	325 (4,8)
≥150мин	109 (1,6)
Без одговора	6314 (93,6)
Мишићна физичка активност	
<150мин	1115(16,5)
≥150мин	21 (0,3)
Без одговора	5411 (83,4)
Ходање	
<150мин	5006 (74,5)
≥150мин	867 (12,9)
Без одговора	874 (13,0)
Активност везана за посао	
Седентерни тип посла	2633 (41,1)
Не радим	173 (2,7)
Углавном физички активан	3293 (51,4)
Без одговора	308 (4,8)

Истраживање је показало да цигарете конзумира свакодневно 17% жена, док повремено то чини 3,5% испитаница, дакле свака пета жена пуши. Само је 4,5% испитаница икада покушавало да престане да пуши. Алкохол најчешће конзумирају ређе од једном месечно, али се трећина изјаснила да то не чини никада (37,9%). Из података у табели 3 можемо видети да 45,7% њих конзумира алкохол било да то чини свакодневно или неколико дана у недељи или у току месеца. Такође, 37,9% жена је дало негативан одговор у вези са конзумирањем алкохол у претходних годину дана.

Табела 3. Конзумирање психоактивних супстанци у испитиваној популацији

Варијабле	N (%)
Конзумирање цигарета	
Да, свакодневно	1146 (17,0)
Да, повремено	237 (3,5)
Не	3398 (50,4)
Без одговора	1966 (29,1)
Да ли сте у току претходних 12 месеци покушали да престанете да пушите	
Да	304 (4,5)
Не	915 (13,6)
Без одговора	5528 (81,9)
Конзумирање алкохола у последњих 12 месеци	
Сваки дан или скоро сваки дан	32 (0,5)
Пет или шест дана у недељи	9 (0,1)
Три или четири дана у недељи	58 (0,9)
Један или два дана у недељи	139 (2,1)
Два до три пута месечно	306 (4,5)
Једном у месец дана	326 (4,8)
Ређе/Мање од једном месечно	540 (8,0)
Не пијем више алкохол / Нисам у претходних годину дана	416 (6,2)
Никада	2554 (37,9)
Без одговора	685 (10,2)
Конзумирање других психоактивних супстанци (амфетамин, канабис, кокаин, екстази, хероин, лепак, ...)	
Да, у току претходних 12 месеци	29 (0,4)
Да, раније, али не у току претходних 12 месеци	88 (1,3)
Не, никада	6630 (98,2)

Када је у питању употреба психоактивних супстанци чак 98,2% испитаница се изјаснило да у последњих 12 месеци нису конзумирале наведена средства.

Испитанице су имале углавном исправне ставове о утицају појединих фактора ризика по здравље (Приказано у Табели 4.)

Табела 4. Ставови испитаница о факторима ризика по здравље

Питање: Колики утицај имају на здравље?	N (%)
Пушење	
Веома велики	3042 (45,1)
Велики	2586 (38,3)
Ни велики ни мали	452 (6,7)
Мали	92 (1,4)
Веома мали	155 (2,3)
Без одговора	327 (4,8)
Алкохол	
Веома велики	2895 (42,9)
Велики	2718 (40,3)
Ни велики ни мали	442 (6,6)
Мали	96 (1,4)
Веома мали	170 (2,5)
Без одговора	327(4,8)
Физичка активност	
Веома велики	2944 (43,6)
Велики	2977 (44,1)
Ни велики ни мали	371 (5,5)
Мали	38 (0,6)
Веома мали	15 (0,2)
Без одговора	327 (4,8)
Исхрана	
Веома велики	3035 (45,0)
Велики	2886 (42,8)
Ни велики ни мали	372 (5,5)
Мали	36 (0,5)
Веома мали	10 (0,1)
Без одговора	327 (4,8)
Друштвене активности (дружење са пијатељима, изласци, излети...)	
Веома велики	2622 (38,9)
Велики	2802 (41,5)
Ни велики ни мали	711 (10,5)
Мали	128 (1,9)
Веома мали	59 (0,9)
Без одговора	327 (4,8)

4.3 Здравствено стање испитаница (болести и функционална ограничења)

Када је у питању здравствено стање наших испитаница, можемо рећи да свака трећа жена има мултиморбидитет (37,7%), али такође да скоро 40% испитаница нема никакве болести. Скоро свака пета испитаница пријавила је да болује од једне болести (17,4%), док одговоре на ово питање није дало само 5% наших испитаница.

Када је у питању стање ухрањености према БМИ, најчешће су испитанице према спроведеном истраживању нормалне ухрањености према БМИ категорији (36,4%), предгојазна је била свака четврта жена (25,4%), док је међу гојазним женама најчешће била присутна гојазност I степена. Истраживање је показало да је 17,5% испитаница припало групи гојазних жена. Свака пета жена није одговорила на постављено питање (18%).

Посебно приликом испитивања гојазности, утврђено је да најзаступљенија група гојазних у истраживању припала групи гојазних првог степена (12,4%).

Две трећине испитаница (69,3%) је имало благе депресивне симптоме. Умерену депресију имала је свака четврта испитаница (19,7%).

Табела 5. Дистрибуција испитаница према гојазности, мултиморбидитету и симптомима депресивности

Варијабле	N (%)
Присуство хроничних болести	
Мултиморбидитет	2542 (37,7)
Једна болест	1174 (17,4)
Без болести	2686 (39,9)
Без одговора	334 (5,0)
БМИ категорија	
Потхрањеност	185 (2,7)
Нормална ухрањеност	2455 (36,4)
Предгојазност	1712 (25,4)
Гојазност	1182 (17,5)
Без одговора	1213 (18,0)
Гојазност	
I степен	839 (12,4)
II степен	256 (3,8)
III степен	88 (1,3)
Нормално ухрањени	5564 (82,5)

Категорије депресивности	
Без симптома депресије	333 (4,9)
Благи депресивни симптоми	4675 (69,3)
Умерене депресија	1327(19,7)
Умерено тешка депресија	296 (4,4)
Тешка депресија	116 (1,7)

Табела 6. Дистрибуција испитаница према присуству функционалних ограничења вида и слуха

Варијабле	N (%)
Наочаре или контактивна сочива	
Да	3696 (54,8)
Не	3029 (44,9)
Слеп или не види уопште	21 (0,3)
Тешкоће са видом и поред помагала	
Без тешкоћа	5202 (77,1)
Уз мање тешкоће	1281 (19,3)
Уз велике тешкоће	240 (3,6)
Помагало за слух	
Да	188 (2,8)
Не	6545 (97,0)
Глув или не чује уопште	12 (0,2)
Тешкоће да се чује саговорник и поред помагала	
Без тешкоћа	5982 (88,6)
Уз мање тешкоће	632 (9,4)
Уз велике тешкоће	133 (2,0)
Тешкоће да се чује саговорник у бучној средини и поред помагала	
Без тешкоћа	5490 (81,5)
Уз мање тешкоће	921 (13,7)
Уз велике тешкоће	326 (4,8)

Табела 7. Дистрибуција испитаница према тешкоћама у обављању свакодневних активности

Варијбле	N (%)
Пешачење по равном пола километара	
Без тешкоћа	5266 (78,0)
Уз мање тешкоће	866 (12,8)
Уз велике тешкоће	406 (6,1)
Нисам у стању	209 (3,1)
Тешкоће у пењању/силаску низ степенице	
Без тешкоћа	5053 (74,9)
Уз мање тешкоће	1006 (14,9)
Уз велике тешкоће	454 (6,7)
Нисам у стању	227 (3,5)
Тешкоће у памћењу или концентрацији	
Без тешкоћа	5696 (84,4)
Уз мање тешкоће	868 (12,9)
Уз велике тешкоће	142 (2,1)
Нисам у стању	37 (0,6)
Тешкоће у храњењу	
Без тешкоћа	5394 (79,9)
Уз мање тешкоће	857 (13,0)
Уз велике тешкоће	376 (5,6)
Нисам у стању	99 (1,5)
Тешкоће у свлачењу/облачењу	
Без тешкоћа	2869 (42,5)
Уз мање тешкоће	281 (4,2)
Уз велике тешкоће	96 (1,4)
Нисам у стању	54 (0,8)
Без одговора	3447 (51,1)
Тешкоће у одласку у тоалет	
Без тешкоћа	2928 (41,6)
Уз мање тешкоће	225 (4,1)
Уз велике тешкоће	95 (1,9)
Нисам у стању	52 (1,3)
Без одговора	3447 (51,1)

Тешкоће приликом купања/туширања	
Без тешкоћа	2806 (43,4)
Уз мање тешкоће	277 (3,3)
Уз велике тешкоће	130 (1,4)
Нисам у стању	87 (0,6)
Без одговора	3447 (51,1)
Тешкоће у припреми оброка	
Без тешкоћа	2783 (41,2)
Уз мање тешкоће	249 (3,7)
Уз велике тешкоће	80 (1,2)
Нисам у стању	148 (2,2)
Без одговора	3485 (51,1)
Тешкоће око одласка у куповину	
Без тешкоћа	2510 (37,2)
Уз мање тешкоће	302 (4,5)
Уз велике тешкоће	145 (2,1)
Нисам у стању	284 (4,2)
Без одговора	3506 (51,1)
Тешкоће у обављању лакших кућних послова	
Без тешкоћа	2531 (37,5)
Уз мање тешкоће	438 (6,5)
Уз велике тешкоће	119 (1,8)
Нисам у стању	189 (2,8)
Без одговора	3478 (51,1)
Тешкоће у повременом обављању тежих кућних послова	
Без тешкоћа	1637 (24,3)
Уз мање тешкоће	650 (9,6)
Уз велике тешкоће	342 (5,1)
Нисам у стању	511 (7,6)
Без одговора	3605 (51,1)

4.4 Карактеристике репродуктивног здравља (сексуална активност, контрацептивна заштита и информисаност у вези са ХИВ инфекцијом)

40,2% испитаница изјаснило се у истраживању да је ступило у сексуалне односе. Сексуалне односе са истополном партнерком у претходних годину дана имало је 1,1% жена. Свака четврта жена се изјаснила да је имала сексуалну активност у последњих 12 месеци пре истраживања (24,2%). Само са једним партнером сексуалне односе имало је 22,3% жена, док је са два и више партнера сексуалне односе имала 1,4% жена. Одговор на ово питање велики проценат жена није дао (76,3%). Кондом током последњег сексуалног контакта користило је 5,3% жена. Сексуалне односе са повременим партнером у последњих годину дана имало је 2,3% жена. Током последњег сексуалног односа са повременим партнером кондом је користило само 0,9% жена.

0,3% жена имало је намерни прекид трудноће током претходних 12 месеци, док велики проценат није одговорио на ово питање 78%. Свака четврта жена изјаснила се да користи контрацептивна средства (23%).

Табела 8. Сексуална активност и контрацептивна заштита

Варијабла	N (%)
Да ли сте ступили у сексуалне односе?	
Да	2714 (40,2)
Не	607 (9,0)
Без одговора	3230 (47,9)
Да ли сте имали сексуалне односе са особом истог пола?	
Да, у току претходних годину дана	75 (1,1)
Да, пре више од годину дана	36 (0,5)
Не, никада	2459 (36,4)
Без одговора	4177 (62,0)
Да ли сте имали сексуалне односе у претходних 12 месеци?	
Да	1631 (24,2)
Не	(15,8)
Без одговора	57,3
Са колико различитих партнера сте имали сексуалне односе последњих 12 месеци?	
Са једним партнером	1507 (22,3)
Са два партнера	71 (1,1)
Са три партнера	15 (0,2)
Са више од три партнера	9 (0,1)
Без одговора	5145 (76,3)
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа?	
Да	355 (5,3)
Не	1172 (17,4)
Без одговора	5220 (76,8)
Да ли сте имали сексуални однос са повременим партнером последњих 12 месеци?	
Да	156 (2,3)
Не	1318 (19,5)
Без одговора	5273 (78,2)

Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа са повременим партнером?	
Да	60 (0,9)
Не	89 (1,3)
Без одговора	6598 (97,8)
Да ли сте током претходних 12 месеци имали намерни прекид трудноће?	
Да	23 (0,3)
Не	1464 (21,7)
Без одговора	5260 (78)
Да ли користите контрацептивна средства	
Да	1554 (23,0)
Не	5193 (77,0)

Свака друга испитаница, има сазнање о ХИВ инфекцији односно чула је за АИДС (41% наших испитаница). Да се ХИВ може пренети упражњавањем односа са само једним партнером изјаснила се свака четврта жена (25,8%). Истраживање је показало да свака пета жена има знања о томе где може да се тестира на ХИВ или посаветује (21,5%). На ХИВ се тестирао мали проценат жена (3%), показало је истраживање. Чак више од 60% испитаница није дало одговор на наведено питање.

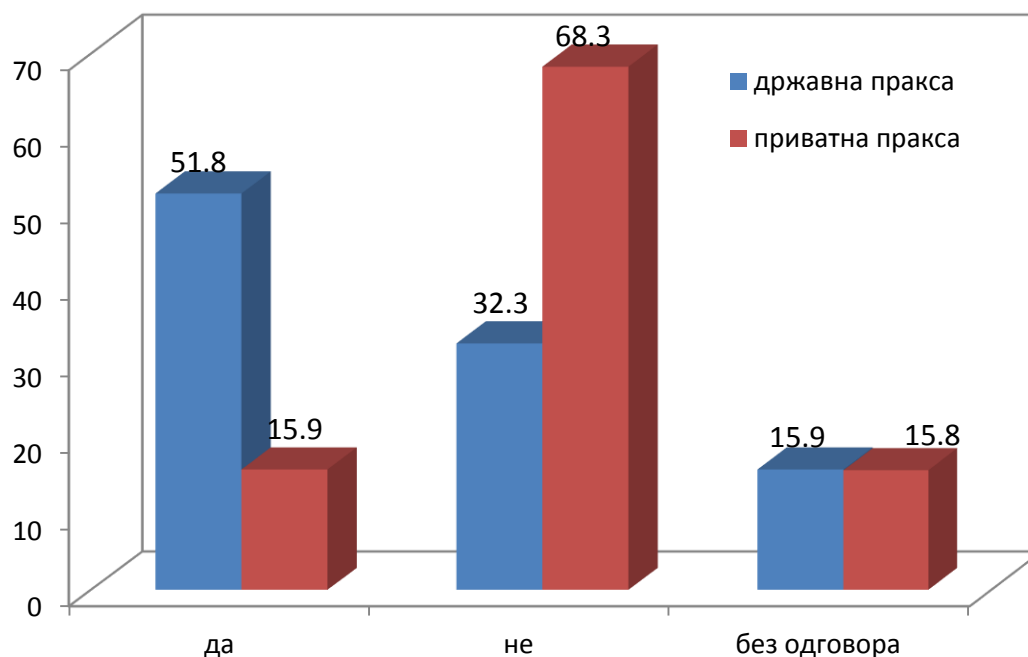
Табела 9. Информисаност испитаница према ХИВ инфекцији

Варијабле	N (%)
Да ли сте чули за ХИВ вирус и болест АИДС коју овај вирус изазива?	
Да	2768 (41,0)
Не	617 (9,1)
Без одговора	3362 (49,9)
Према Вашем мишљењу, да ли се ХИВ може пренети упражњавањем односа са само једним партнером?	
Да	1744 (25,8)
Не	169 (2,5)
Не знам	440 (6,5)
Без одговора	4394 (65,2)
Да ли знате место где се можете саветовати и тестирати на ХИВ?	
Да	1452 (21,5)
Не	1105 (16,4)
Без одговора	4190 (62,1)
Да ли сте се тестирали на ХИВ?	
Да, у току претходних годуну дана	41 (0,6)
Да, пре више од годину дана	159 (2,4)
Не	2384 (35,3)
Без одговора	4163 (61,7)

4.5 Коришћење примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем-посете гинекологу

Да има свог изабраног гинеколога изјаснило се 33,8% жена, од тога најчешће у државној пракси 51,8 % њих и 15,9% у приватној пракси, Графикон 1.

Графикон 1. Да ли имате свог гинеколога?



Посматрано према старости жене које имају изабраног лекара у државној пракси су у старосној групи 50-54 године (65.8%).

Изабраног гинеколога у приватној пракси најчешће имају нешто млађе испитанице старосне доби 35-39 година (15.7%).

Да имају свог гинеколога у државној пракси најчешће су се изјасниле испитанице које су у браку, оне које су средњошколског образовања, које су незапослене (у погледу радног статуса, затим испитанице из најбогатијег материјалног статуса (40,4%), чешће из региона Источне и Јужне Србије (36%), које своје здравље процењују као веома добро или добро и које су без мултиморбидитета (табела 10). Жене са богатим материјалним статусом користе и приватну праксу и имају изабраног гинеколога у 53,5% случајева.

Табела 10. Изабрани гинеколог и социодемографске карактеристике испитаница

Варијабле	Изабрани гинеколог у државној пракси		Изабрани гинеколог у приватној пракси		p*
	Да	Не	Да	Не	
Узраст					
15-19	0.4	0.5	0.6	0.4	< 0.001
20-24	6.0	4.5	8.8	4.6	
25-29	5.9	5.1	11.9	4.1	
30-34	7.5	4.7	12.8	4.9	
35-39	8.3	6.2	15.7	5.6	
40-44	9.3	6.3	12.0	7.3	
45-49	8.7	5.9	8.8	7.4	
50-54	65.8	28.8	8.4	8.8	
55-59	10.9	9.4	7.4	11.0	
60-64	10.8	8.9	4.8	11.3	
≥65	24	41	15.6	38.5	
Брачно стање					
Никада у браку/ ванбрачној заједници	11.4	13.2	22.9	9.5	< 0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	20.1	31.2	10.9	27.6	
Брак/ванбрачна заједница	68.5	56.6	66.1	62.9	
Образовање					
Основна и нижа школа	21.7	36.4	8.4	31.8	< 0.001
Средња школа	57.0	45.3	51.3	52.8	
Виша и висока школа	21.3	18.3	40.3	15.4	
Радни статус					
Незапослен	19.5	14.2	19.1	17.1	< 0.001
Неактиван	41.6	58.7	26.4	53.3	
Запослен	38.8	27.1	27.9	29.6	
Индекс благостања					
Најсиромашнији	38.6	41.5	25.5	43.0	< 0.001
Средњи слој	21.0	20.0	21.0	20.5	
Најбогатији слој	40.4	38.5	53.5	36.4	
Регион					
Београд	23.4	20.3	20.3	23.5	< 0.001
Војводина	21.9	37.9	34.9	31.9	
Шумадија и Западна Србија	18.7	18.2	18.7	22.5	
Јужна и Источна Србија	36.0	24.6	26.1	21.1	
Самопроцена здравља					
Лоше и веома лоше	11.8	18.1	6.5	16.1	< 0.001
Средње	26.6	30.1	15.8	30.8	
Веома добро и добро	61.5	51.8	77.7	53.2	
Присуство хроничних болести					
Мултиморбидитет	36.6	42.5	23.4	42.4	< 0.001
Једна болест	17.5	19.8	16.2	19.0	
Без болести	58.1	29.5	59.3	37.4	

Жене старости 25 до 29 година 3,2 пута чешће имају свог гинеколога, а жене 30 до 34 година имају 3,8 пута чешће свог гинеколога у односу на најстарије жене 65 и више година. Незапослене жене 1,2 пута чешће имају изабраног гинеколога него жене које су запослене. Жене из Београда 2,8 пута чешће имају изабраног гинеколога него жене из Јужне и Источне Србије. Жене из Шумадије и Западне Србије 2,1 пут чешће имају изабраног гинеколога него жене из Јужне и Источне Србије.

Табела 11. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост код жена у односу на то да ли имају или не изабраног гинеколога у државној пракси

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Узраст				
15-19	2.250 (0.321 – 5.756)	0.414	1.995 (0.357 – 4.443)	0.415
20-24	2.520 (0.601 – 5.602)	0.163	2.705 (0.816 – 4.991)	0.079
25-29	3.267 (1.042 – 7.689)	0.016	2.759 (1.554 – 7.450)	0.045
30-34	3.889 (1.405 – 6.524)	0.007	3.262 (1.135 – 6.118)	0.020
35-39	2.714 (1.111 – 4.588)	0.013	2.345 (1.672 – 5.976)	0.038
40-44	2.600 (1.541 – 5.978)	0.005	2.581 (1.289 – 5.331)	0.015
45-49	2.778 (1.225 – 4.940)	0.008	2.412 (0.983 – 4.126)	0.030
50-54	1.120 (0.600 – 3.840)	0.002	1.243 (0.619 – 3.811)	0.015
55-59	1.067 (0.309 – 2.693)	0.001	1.053 (0.351 – 2.834)	0.027
60-64	1.200 (0.796 – 2.897)	0.071	1.215 (0.805 – 2.835)	0.073
≥65	1		1	
Брачно стање				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	0.550 (0.356 – 0.849)	0.007	1.048 (0.565 – 1.944)	0.022
Развод, разлаз, смрт партнера	1.299 (0.726 – 2.324)	0.379	1.460 (0.733 – 2.906)	0.281
Брак/ванбрачна заједница	1		1	
Образовање				
Основна и нижа школа	1.231 (0.694 – 2.182)	0.263	1.451 (0.756 – 2.787)	0.477
Средња школа	1.008 (0.594 – 1.709)	0.734	1.100 (0.636 – 1.901)	0.977
Виша и висока школа	1		1	
Радни статус				
Незапослен	1.240 (0.698 – 2.202)	< 0.001	1.500 (0.842 – 2.670)	< 0.001
Неактиван	0.709 (0.447 – 1.130)	< 0.001	0.862 (0.543 – 1.368)	< 0.001
Запослен	1		1	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	0.862 (0.551 – 1.347)	0.053	0.624 (0.388 – 1.005)	0.114
Средњи слој	0.788 (0.451 – 1.376)	0.402	0.701 (0.402 – 1.220)	0.509
Најбогатији слој	1		1	

Регион				
Београд	2.883 (1.526 – 5.446)	0.001	2.407 (1.285 – 4.506)	0.006
Војводина	1.153 (0.702 – 1.895)	0.574	0.989 (0.596 – 1.642)	0.766
Шумадија и Западна Србија	2.125 (1.178 – 4.815)	< 0.001	2.098 (1.387 – 4.633)	< 0.001
Јужна и Источна Србија	1		1	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	0.847 (0.494 – 1.455)	0.548	1.216 (0.465 – 3.177)	0.690
Средње	2.303 (1.465 – 4.236)	0.003	1.655 (0.856 – 3.201)	0.134
Добро и веома добро	1		1	
Присуство хроничних болести				
Мултиморбидитет	0.503 (0.253 – 0.998)	0.049	0.269 (0.087 – 0.835)	0.051
Једна болест	1.643 (0.939 – 2.875)	0.082	1.143 (0.604 – 2.163)	0.118
Без болести	1		1	

*Референтна категорија нема свог гинеколога у државној пракси

Жене старости 30 до 34 године 3,4 пута чешће имају свог гинеколога, а жене 35 до 39 година имају 3,3 пута чешће свог гинеколога у поређењу са најстаријим женама 65 и више година. Оне које нису у браку 0,4 пута чешће имају изабраног гинеколога у приватној пракси него оне које су у браку. Незапослене жене 1 пут чешће имају изабраног гинеколога у приватној пракси него жене које су запослене. Жене из Београда 1,9 пута чешће имају гинеколога у приватној пракси него жене из Јужне и Источне Србије. Жене из Шумадије и Западне Србије 2 пута чешће него жене из Јужне и Источне Србије. Жене са мултиморбидитетом 2,5 пута чешће имају изабраног гинеколога у приватној пракси од оних без болести.

Табела 12. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост жена у односу на то да ли имају или не изабраног гинеколога у приватној пракси

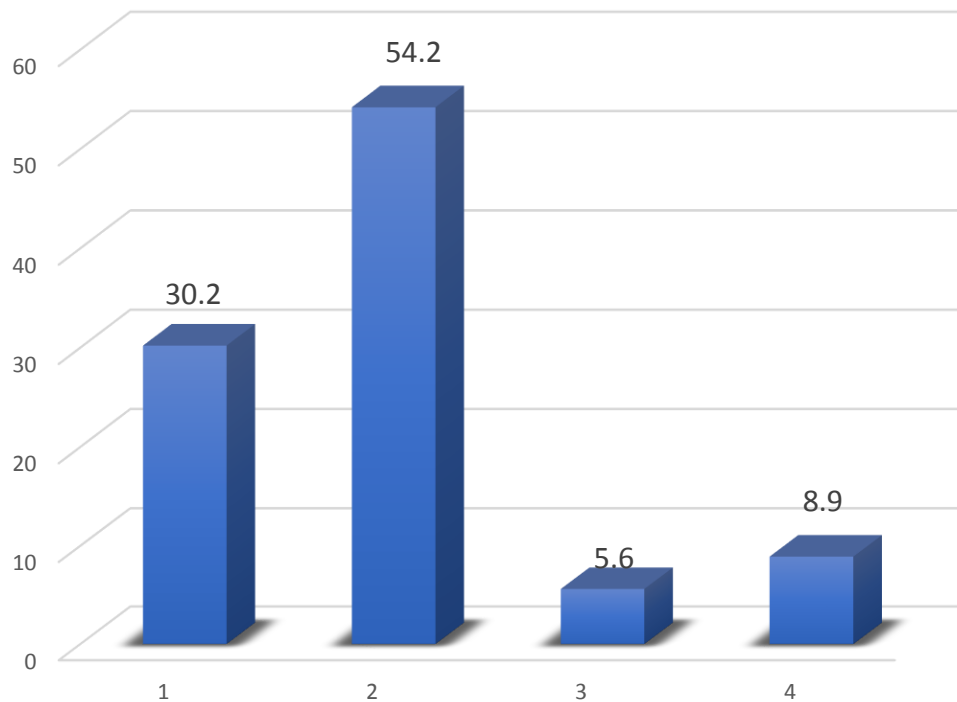
Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Узраст				
15-19	2.500 (0.713 – 5.760)	0.039	2.660 (0.840 – 6.038)	0.152
20-24	2.208 (0.728 – 4.999)	0.078	2.307 (0.873 – 5.320)	0.162
25-29	2.484 (0.781 – 4.897)	0.082	2.260 (0.861 – 4.344)	0.123
30-34	3.457 (1.305 – 5.218)	0.017	3.443 (1.375 – 5.550)	0.016
35-39	3.363 (1.051 – 5.767)	0.041	2.960 (1.070 – 4.651)	0.039
40-44	2.097 (1.521 – 4.085)	0.008	1.922 (1.545 – 4.697)	0.009
45-49	2.422 (1.589 – 6.498)	0.007	2.058 (1.490 – 5.820)	0.005
50-54	1.108 (0.489 – 3.140)	0.001	1.251 (0.289 – 3.120)	0.001
55-59	1.127 (0.304 – 3.180)	< 0.001	1.281 (0.313 – 3.236)	0.001
60-64	0.963 (0.269 – 2.447)	0.002	0.958 (0.263 – 2.635)	0.015
≥65	1		1	

Брачно стање				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	0.409 (0.280 – 0.598)	< 0.001	0.750 (0.431 – 1.303)	0.107
Развод, разлаз, смрт партнера	1.683 (0.984 – 2.877)	0.057	1.432 (0.756 – 2.713)	0.271
Брак/ванбрачна заједница	1		1	
Образовање				
Основна/ нижа школа	1.130 (0.676 – 1.890)	0.640	0.762 (0.423 – 1.372)	0.765
Средњашкола	1.029 (0.643 – 1.647)	0.906	0.969 (0.595 – 1.580)	0.900
Виша и висока школа	1		1	
Радни статус				
Незапослен	1.026 (0.348 – 3.936)	< 0.001	0.996 (0.471 – 3.704)	< 0.001
Неактиван	0.991 (0.272 – 1.943)	< 0.001	0.742 (0.283 – 1.977)	< 0.001
Запослен	1		1	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	0.647 (0.432 – 0.967)	0.005	0.525 (0.334 – 0.825)	0.034
Средњи слој	0.784 (0.477 – 1.291)	0.339	0.680 (0.405 – 1.141)	0.386
Најбогатији слој	1		1	
Регион				
Београд	1.992 (1.126 – 3.524)	0.018	2.027 (1.125 – 3.655)	0.019
Војводина	0.818 (0.538 – 1.243)	0.346	0.862 (0.551 – 1.346)	0.513
Шумадија и Западна Србија	2.031 (1.135 – 3.633)	0.017	2.364 (1.278 – 4.371)	0.006
Јужна и Источна Србија	1		1	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	1.425 (0.890 – 2.280)	0.140	1.018 (0.501 – 2.070)	0.257
Средње	1.661 (0.647 – 3.462)	< 0.001	1.040 (0.628 – 1.724)	0.023
Добро и веома добро	1		1	
Присуство хроничних болести				
Мултиморбидитет	2.524 (0.709 – 5.554)	< 0.001	1.064 (0.618 – 3.829)	0.017
једна болест	1.699 (0.912 – 4.157)	< 0.001	0.931 (0.317 – 2.739)	0.052
без болести	1		1	

*Референтна категорија нема свог гинеколога у приватној пракси

Уназад годину дана код гинеколога је одлазило мање од трећина жена (30,2%), док је 54,2% испитаница то чинило знатно ређе, односно свака друга жена је то чинила пре више од 12 месеци и дуже Графикон 2.

Графикон 2. Последња посета гинекологу



Гинеколога најредовније посећују испитанице старости 30-34 године (59.4%). Испитанице најмлађег узраста, од 20-24 године живота, најчешће се изјашњавају да никада нису посетиле гинеколога чак свака трећа испитаница (36%). Гинеколога никада не посећују чешће испитанице са нижим и основношколским образовањем, незапослене односно оне неактивне у погледу радног статуса, жене из најсиромашнијих слојева, из региона Јужне и Источне Србије, жене које своје здравље процењују као веома лоше и лоше и оне са мултиморбидитетом, Табела 13.

Табела 13. Посете гинекологу према социодемографским карактеристикама испитаница

Варијабле	Последњих 12 месеци	Последњих 12 месеци или више	Никада	р*
Узраст				
15-19	0.8	0.2	33.8	< 0.001
20-24	9.5	3.1	36.0	
25-29	9.8	3.2	4.3	
30-34	59.4	31.9	1.7	
35-39	11.7	5.2	1.3	
40-44	11.6	6.3	0.4	
45-49	9.1	6.8	0.7	
50-54	9.9	8.0	0.2	
55-59	8.6	11.3	1.1	
60-64	20.5	70.9	1.6	
≥65	10.9	39.6	17.9	

Брачно стање				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	17.6	9.0	76.5	< 0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	13.3	30.7	11.2	
Брак/ванбрачна заједница	69.1	60.3	12.3	
Образовање				
Основна и нижа школа	14.3	34.9	55.0	< 0.001
Средњашкола	56.2	50.3	39.8	
Виша и високашкола	29.5	14.8	5.1	
Радни статус				
Незапослен	21.3	15.3	16.4	< 0.001
Неактиван	29.1	59.0	76.6	
Запослен	49.6	25.6	6.8	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	32.8	43.6	55.5	< 0.001
Средњи слој	20.3	20.8	18.8	
Најбогатији слој	46.9	35.6	25.7	
Регион				
Београд	23.4	21.4	22.4	< 0.001
Војводина	22.8	36.8	26.3	
Шумадија и Западна Србија	18.7	19.2	16.5	
Јужна и Источна Србија	35.1	23.6	34.8	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	9.3	17.2	60.6	< 0.001
Средње	21.2	31.8	10.5	
Добро и веома добро	69.6	51.0	28.9	
Присуство хроничних болести				
Мултиморбидитет	28.1	45.0	61.5	< 0.001
Једна болест	15.8	19.9	14.8	
Без болести	53.8	34.5	24.7	

Вероватноћа да никада не посете гинеколога је већа код жена најстарије добне групе, код жена које су у браку, код високообразованих, код оних које процењују своје здравље као веома добро и добро, код најбогатијих жена и оних које су без болести.

Табела 14. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост посета гинекологу

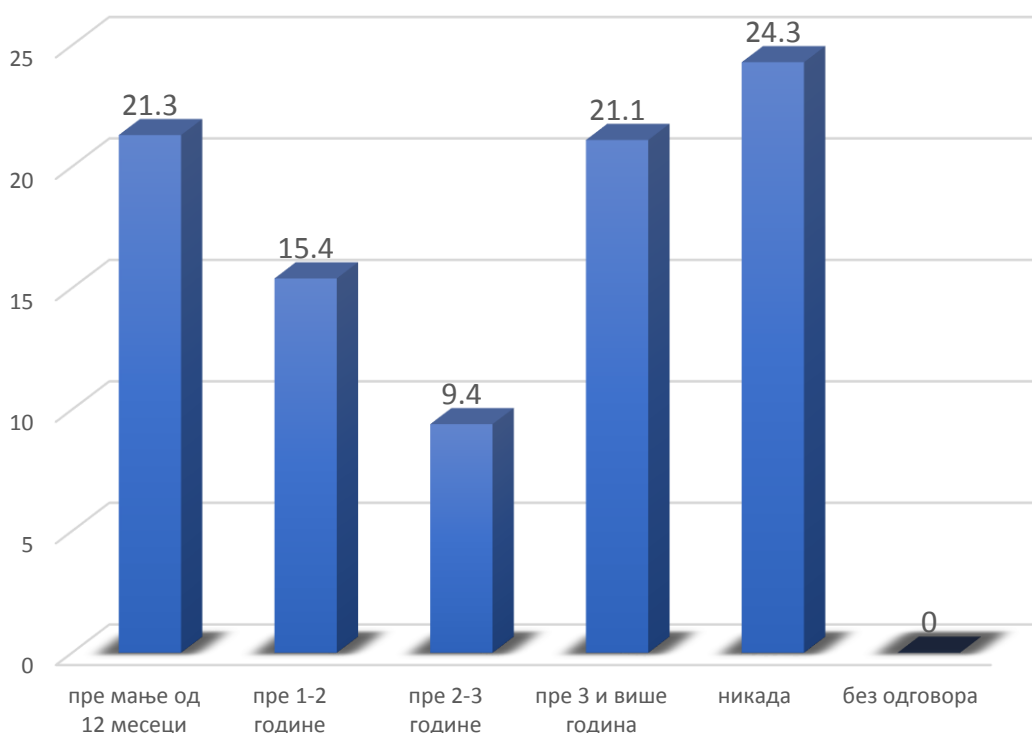
Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Узраст				
15-19	2.701 (1.435 – 3.428)	< 0.001	2.456 (1.437 – 3.379)	< 0.001
20-24	2.052 (0.448 – 3.975)	< 0.001	2.045 (0.973 – 4.369)	0.006
25-29	1.940 (0.994 – 2.456)	0.051	1.421 (0.609 – 2.923)	0.163
30-34	2.068 (0.372 – 3.487)	0.406	1.750 (0.285 – 2.731)	0.545
35-39	1.857 (0.325 – 3.617)	0.486	1.712 (0.276 – 2.678)	0.564
40-44	0.684 (0.085 – 2.594)	0.721	0.685 (0.080 – 2.837)	0.729
45-49	1.083 (0.158 – 3.435)	0.935	1.111 (0.152 – 3.100)	0.917
50-54	0.406 (0.033 – 2.997)	0.482	0.438 (0.034 – 2.627)	0.527
55-59	1.711 (0.287 – 4.195)	0.556	1.707 (0.664 – 3.685)	0.518
60-64	2.211 (0.648 – 4.090)	0.080	2.064 (0.664 – 4.132)	0.135
≥65	1		1	
Брачно стање				
Никада у браку/ванбрачној заједници	1.935 (0.692 – 4.733)	< 0.001	2.673 (1.479 – 4.832)	0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	1.342 (0.838 – 2.150)	0.220	0.925 (0.529 – 1.616)	0.783
Брак/ванбрачна заједница	1		1	
Образовање				
Основна и нижа школа	2.577 (1.480 – 4.394)	< 0.001	2.836 (1.525 – 4.274)	0.001
Средња школа	2.829 (1.655 – 4.836)	< 0.001	1.913 (1.087 – 3.367)	0.025
Виша и висок ашкола	1		1	
Радни статус				
Незапослен	1.493 (0.502 – 3.262)	0.976	1.503 (0.490 – 3.467)	0.975
Неактиван	0.811 (0.403 – 1.681)	0.833	0.775 (0.330 – 1.577)	0.897
Запослен	1		1	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	1.970 (1.421 – 2.732)	< 0.001	1.754 (1.240 – 2.480)	0.001
Средњи слој	1.521 (1.004 – 2.303)	0.048	1.366 (0.895 – 2.084)	0.148
Најбогатији слој	1		1	
Регион				
Београд	0.612 (0.399 – 0.937)	0.003	0.513 (0.333 – 0.791)	0.024
Војводина	1.658 (1.091 – 2.520)	0.018	1.257 (0.824 – 1.918)	0.017
Западна Србија и Шумадија	0.870 (0.580 – 1.306)	0.289	0.596 (0.390 – 0.911)	0.501
Јужна и Источна Србија	1		1	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	1.396 (0.486 – 3.189)	< 0.001	1.161 (0.481 – 3.293)	0.037
Средње	0.829 (0.477 – 2.345)	0.981	0.749 (0.407 – 2.761)	0.797
Добро и веома добро	1		1	
Присуство хроничних болести				
Мултиморбидитет	1.057 (0.726 – 1.538)	0.034	1.249 (0.625 – 3.804)	0.073
Једна болест	0.933 (0.396 – 1.845)	0.107	1.958 (0.468 – 3.186)	0.145
Без болести	1		1	

*Референтна категорија „никада нису посетиле гинеколога“

4.6 Превентивни прегледи -Папа тест

Приближно 67,2% учесница је обавило преглед који укључује Папа тест бар једном у животу. Међу њима, значајан подскуп чине жене чак 46,1% жена, које су ПАПА тест обавиле у оквиру скрининг прегледа на карцином грлића материце и то у последње три године (21,3% жена је то учинила у последњих 12 месеци, а само 15,4% мање него пре две године). Истраживање је показало да свака пета жена није урадила ПАПА тест никада односно укупно 24,3% жена никада није било подвргнуто Папа тесту.

Графикон 3. Учесталост скрининга на рак грлића материце (Папа тест)



Посматрано према демографским и социоекономским карактеристикама дистрибуција учесталости Папа тестирања је следећа: у последњих 12 месеци Папа тест је најчешће рађен код жена старости 35-39 година (13%), удатих жена (71,9%), становница Јужне и Источне Србије (36%), које припадају категорији средњег образовања (53,9%), запослене су (55,8%), своје здравље доживљавају као веома добро и добро 68,7% и спадају у најбогатију категорију (50,5%) (Табела 15).

Табела 15. Учесталост скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према социодемографским карактеристикама испитаница

Варијабле	Током последњих 12 месеци	Више од једне до две године	Више од две до три године	Више од три године или више	Никад	p*
Узраст						
15-19	0.3	0	0.2	0.1	10.3	< 0.001
20-24	7.1	4.1	2.2	0.2	18.2	
25-29	9.3	7.5	3.2	0.9	5.5	
30-34	10.8	8.6	6.2	1.5	4.1	
35-39	13.0	10.0	7.1	2.8	3.7	
40-44	12.4	10.7	7.0	5.2	3.8	
45-49	10.4	10.4	7.1	5.3	3.9	
50-54	10.3	11.2	10.3	7.9	3.7	
55-59	9.2	11.6	13.6	10.5	6.5	
60-64	7.2	10.7	12.5	13.5	6.0	
≥65	10.1	11.8	23.0	31.3	17.6	
Брачни статус						
Никада у браку/ ванбрачној заједници	15.5	12.3	7.4	3.2	35.9	< 0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	12.6	16.7	25.2	36.9	25.4	
Врак/ванбрачна заједница	71.9	71.0	67.4	59.9	38.7	
Образовање						
Основна и нижа школа	13.8	14.8	22.7	40.0	47.8	< 0.001
Средња школа	53.9	60.2	61.3	47.3	42.7	
Виша и висока школа	32.3	24.9	16.0	12.7	9.5	
Радни статус						
Незапослен	19.7	22.5	18.8	11.7	17.0	< 0.001
Неактиван	27.5	32.2	47.4	68.3	67.8	
Запослен	52.8	45.3	33.8	20.0	15.2	
Индекс благостања						
Најсиромашнији	29.9	32.8	41.0	44.4	53.4	< 0.001
Средњи слој	19.6	22.8	20.0	22.1	18.6	
Најбогатији слој	50.5	44.4	39.0	33.5	18.0	
Регион						
Београд	23.4	20.3	20.3	23.5	21.4	< 0.001
Војводина	21.9	37.9	34.9	31.9	35.6	
Шумадија и Западна Србија	18.7	18.2	18.7	22.5	28.1	
Јужна и Источна Србија	36.0	24.6	26.1	21.1	14.9	
Самопроцена здравља						
Лоше и веома лоше	8.4	7.6	11.6	22.6	32.1	< 0.001
Средње	22.9	23.4	28.2	35.0	23.5	
Добро и веома добро	68.7	69.0	60.2	42.4	44.4	

* χ^2 тест

Највећи проценат испитаница урадио је Папа тест по савету лекара (22,5%), затим 21,3% на сопствену иницијативу, дакле око 50% испитаница је обавило наведени преглед

или по савету лекара или на сопствену иницијативу, док је према исказима испитаница само 2,2% жена по препоруци лекара у оквиру организованог скрининг програма.

Графикон 4. Дистрибуција начина извођења скрининга на рак грлића материце (Папа тест)



Када се анализира по демографским и социоекономским факторима, уочена је статистичка значајност између свих обележја и учесталости скрининга.

Жене старости 40-44 године најчешће се одлучују за добровољан скрининг (12,4%), док жене у најстаријој старосној групи, 65 и више година, претежно учествују у организованом скринингу рака грлића материце (20,3%). Око 17% жена није урадило ПАПА преглед никада.

Жене које спадају у категорију средњег образовања имају 1,6 пута веће шансе да се добровољно подвргну скрининг прегледу (56,1%) у поређењу са онима које имају највиши степен образовања (33,9%), док жене са најнижим степеном образовања најчешће учествују у организованом скринингу (21,6%).

Удате особе најчешће траже савет од лекара за скрининг (72,5%), а 21,6% разведених жена претежно учествује у оквиру организованог скрининга.

Када се узме у обзир материјална ситуација, жене које припадају најимућнијој категорији приметно показују већу учесталост самоиницијативног Папа теста (52,8%) у поређењу са онима из категорије најмањег богатства (27,6%).

Супротно томе, инверзна корелација постаје очигледна када се одлуче за скрининг на основу медицинског савета или у контексту организованог скрининга, при чему је највећи проценат (42,6%) примећен међу женама које карактерише најнеповољнији материјални статус.

У погледу статуса запослења, запослене жене показују већу склоност ка самоиницијирању Папа теста (52,5%), за разлику од незапослених (19,8%) и неактивних (27,7%). Жене које живе у Јужној и Источној Србији претежно се самоиницијативно подвргавају Папа тесту (34,4%), док Војвођанке најчешће слушају савет лекара (32,4%), а оне из Шумадије и Западне Србије првенствено учествују у организованим скрининг програмима (39,2%).

Већи број жена, нарочито оних које сматрају да је њихово здравље веома добро или добро, бира самоиницијативно Папа тестирање (73,7%), док оне које процењују своје здравље као лоше или веома лоше, чешће се опредељују за организовани скрининг (14,2%) Табела 16.

Табела 16. Социодемографске карактеристике испитаница као предиктор иницијативе за скрининг на рак грлића материце (Папа тест)

Варијабле	Самоиницијативно	На основу лекарског савета	На основу позива лекара на скрининг	p*
Узраст				
15-19	0.3	0.1	0.0	< 0.001
20-24	5.9	4.9	5.4	
25-29	6.9	8.5	2.0	
30-34	10.0	8.8	5.4	
35-39	12.9	9.1	7.4	
40-44	12.4	9.1	11.5	
45-49	10.1	9.4	9.5	
50-54	10.8	10.7	8.1	
55-59	10.2	11.1	16.2	
60-64	8.4	9.9	14.2	
≥65	12.0	18.6	20.3	
Брачни статус				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	16.7	9.8	7.4	< 0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	14.6	17.7	21.6	
Брак/ванбрачна заједница	68.7	72.5	71.0	
Образовање				
Основна и нижа школа	10.0	20.7	21.6	< 0.001
Средња школа	56.1	59.3	55.4	
Виша и висока школа	33.9	20.0	23.0	
Радни статус				
Незапослен	19.8	21.5	17.0	< 0.001
Неактиван	27.7	37.3	40.8	
Запослен	52.5	41.2	42.2	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	27.6	37.4	42.6	< 0.001
Средњи слој	19.9	21.3	23.6	
Најбогатији слој	52.5	41.3	33.8	
Рагион				
Београд	21.4	22.1	20.9	< 0.001
Војводина	26.6	32.4	29.1	
Шумадија и Западна Србија	17.6	17.3	39.2	
Јужна и Источна Србија	34.4	28.2	10.8	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	5.2	11.5	14.2	< 0.001
Средње	21.1	26.1	34.5	
Добро и веома добро	73.7	62.4	51.3	

* χ^2 test

Најважнији предиктори и фактори који се тичу жена које су апстинирале од подвргавања Папа тесту, као и оне које добровољно предузимају такво тестирање утврђени су моделом мултиваријанте и униваријентне регресије.

Ови предиктивни фактори обухватају године старости, брачни статус, ниво образовања, индекс благостања, регионалну демографију и самопроцену здравственог статуса (Табела 17 и 18).

Жене старости 50 до 54 године 1 пут чешће обављају Папа тест, а жене 55 до 59 година 1,2 пута чешће у односу на најстарије жене 65 и више година. Жене које нису у браку 0,4 пута чешће обављају Папа тест него оне које су у браку. Жене из Београда 0,2 пута чешће него жене из Јужне и Источне Србије. Жене из Шумадије и Западне Србије 0,5 пута, а жене из Војводине 0,6 пута чешће обављају Папа тест него жене из Јужне и Источне Србије. Жене најнижег образовања 0,9 пута чешће обављају Папа тест од оних са високим образовањем.

Табела 17. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према демографским и социо-економским карактеристикама

Варијабле	Униваријантна регресија		Мултиваријантна регресија	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Старосне групе				
15-19	2.802 (2.267 – 3.632)	< 0.001	3.433 (1.947 – 5.280)	0.777
20-24	1.599 (1.041 – 2.325)	< 0.001	2.236 (0.459 – 4.249)	0.115
25-29	0.731 (0.117 – 1.422)	0.021	2.271 (0.064 – 4.717)	0.044
30-34	0.627 (0.011 – 1.309)	0.036	2.249 (0.047 – 4.687)	0.046
35-39	0.615 (0.002 – 1.292)	0.047	2.233 (0.034 – 4.667)	0.049
40-44	0.778 (0.176 – 1.462)	0.013	1.725 (0.189 – 3.442)	0.072
45-49	0.866 (0.267 – 1.557)	0.006	2.200 (0.292 – 4.340)	0.087
50-54	1.015 (0.427 – 1.710)	< 0.001	1.869 (0.388 – 3.546)	0.103
55-59	1.243 (0.670 – 1.946)	< 0.001	2.199 (0.670 – 3.959)	0.164
60-64	1.347 (0.780 – 2.056)	< 0.001	2.293 (1.047 – 3.781)	0.248
≥65	1		1	
Брачни статус				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	0.373 (0.256 – 0.530)	< 0.001	0.269 (0.010 – 0.556)	0.042
Развод, разлаз, смрт партнера	0.354 (0.252 – 0.493)	< 0.001	0.313 (0.058 – 0.601)	0.047
Брак/ванбрачна заједница	1		1	
Образовање				
Основна и нижа школа	0.981 (0.887 – 1.178)	< 0.001	0.414 (0.073 – 0.798)	0.019
Средња школа	0.497 (0.388 – 0.658)	< 0.001	0.448 (0.301 – 0.643)	< 0.001
Виша и висока школа	1		1	

Радни статус				
Незапослен	1.279 (0.620 – 2.073)	0.339	2.412 (1.067 – 4.011)	0.363
Неактиван	0.887 (0.691 – 1.176)	0.164	3.348 (1.358 – 5.690)	0.194
Запослен	1		1	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	0.564 (0.482 – 0.706)	< 0.001	0.449 (0.216 – 0.729)	< 0.001
Средњи слој	0.273 (0.151 – 0.424)	< 0.001	0.251 (0.053 – 0.476)	0.017
Најбогатији слој	1		1	
Регион				
Београд	0.243 (0.110 – 0.402)	0.001	0.230 (0.034 – 0.451)	0.091
Војводина	0.609 (0.506 – 0.776)	< 0.001	0.757 (0.502 – 1.091)	< 0.001
Шумадија и Западна Србија	0.585 (0.469 – 0.763)	< 0.001	0.623 (0.320 – 0.991)	< 0.001
Јужна и Источна Србија	1		1	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	0.934 (0.873 – 1.093)	< 0.001	1.121 (0.972 – 1.389)	< 0.001
Средње	0.235 (0.151 – 0.343)	< 0.001	0.230 (0.084 – 0.401)	0.003
Добро и веома добро	1		1	

***референтна категорија: никада не користе Папа тестирање**

Жене старости 50 до 54 године 1 пут чешће обављају Папа тест, а жене 55 до 59 година 1,2 пута чешће у односу на најстарије жене 65 и више година. Жене које нису у браку 0,4 пута чешће обављају Папа тест него оне које су у браку. Жене из Београда 0,2 пута чешће него жене из Јужне и Источне Србије. Жене из Шумадије и Западне Србије 0,5 пута, а жене из Војводине 0,6 пута чешће обављају Папа тест него жене из Јужне и Источне Србије. Жене најнижег образовања 0,9 пута чешће обављају Папа тест од оних са високим образовањем.

Табела 18. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према демографским и социоекономским карактеристикама

Варјабле	Униваријантна регресија		Мултиваријантна регресија	
	OR (95%CI)	р	OR (95%CI)	р
Старосне групе				
15-19	0.532 (0.478 – 0.642)	0.774	0.242 (0.121 – 0.389)	0.959
20-24	0.909 (0.431 – 1.483)	< 0.001	1.275 (0.425 – 2.260)	0.017
25-29	2.008 (1.579 – 2.649)	< 0.001	2.606 (0.848 – 4.638)	0.005
30-34	2.213 (1.797 – 2.862)	< 0.001	2.585 (0.831 – 4.611)	0.005
35-39	2.250 (1.839 – 2.897)	< 0.001	2.477 (0.720 – 4.494)	0.007
40-44	2.093 (1.676 – 2.731)	< 0.001	1.814 (0.523 – 3.295)	0.012
45-49	2.028 (1.606 – 2.663)	< 0.001	1.750 (0.456 – 3.229)	0.017
50-54	1.976 (1.553 – 2.606)	< 0.001	2.175 (0.403 – 4.176)	0.035
55-59	1.689 (1.255 – 2.301)	< 0.001	1.922 (0.138 – 3.908)	0.070
60-64	0.815 (0.492 – 1.224)	0.261	1.833 (1.061 – 2.797)	0.448
≥65	1		1	

Брачни статус				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	0.798 (0.724 – 0.957)	< 0.001	0.455 (0.249 – 0.709)	< 0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	0.846 (0.788 – 0.992)	< 0.001	0.497 (0.251 – 0.796)	< 0.001
Брак/ванбрачна заједница	1		1	
Образовање				
Основна и нижа школа	1.339 (1.287 – 1.532)	< 0.001	1.106 (0.954 – 1.375)	0.005
Средња школа	0.372 (0.278 – 0.505)	< 0.001	0.555 (0.143 – 1.025)	0.015
Виша/ висока школа	1		1	
Радни статус				
Незапослен	1.784 (1.389 – 2.366)	0.160	3.167 (1.267 – 5.400)	0.224
Неактиван	3.208 (2.304 – 4.449)	0.248	3.162 (1.785 – 4.8720)	0.363
Запослен	1		1	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	0.562 (0.495 – 0.689)	< 0.001	0.480 (0.282 – 0.729)	< 0.001
Средњи слој	0.252 (0.147 – 0.384)	< 0.001	0.219 (0.036 – 0.424)	0.048
Најбогатији слој	1		1	
Регион				
Београд	0.406 (0.300 – 0.554)	< 0.001	0.295 (0.126 – 0.496)	0.005
Војводина	0.417 (0.321 – 0.556)	< 0.001	0.314 (0.157 – 0.504)	< 0.001
Западна Србија и Шумадија	0.558 (0.459 – 0.715)	< 0.001	0.363 (0.147 – 0.618)	< 0.001
Јужна и Источна Србија	1		1	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	1.161 (1.105 – 1.339)	< 0.001	1.156 (0.994 – 1.440)	< 0.001
Средње	0.493 (0.417 – 0.621)	< 0.001	0.446 (0.300 – 0.639)	< 0.001
Добро и веома добро	1		1	

***референтна категорија: самоиницијативно Папа тестирање**

Стил живота и животне навике у погледу исхране и физичке активности издвојили су се у униваријантном и мултиваријантном моделу као значајни предиктори учесталости самоиницијативног Папа тестирања. Наиме, гојазне особе су се 2 пута чешће самоиницијативно тестирале од предгојазних и 3,4 пута чешће од нормално ухрањених испитаница.

Особе које су имале исправније животне стилове у погледу конзумирања воћа (≥ 5 порција дневно), вожње бицикла (≥ 150 мин) и које су обављале углавном физички активну врсту посла, чешће су се самоиницијативно подвргавале Папа тестирању.

Табела 19. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према навикама у исхрани и физичкој активности

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	р	OR (95%CI)	р
БМИ категорија				
Потхрањеност	2.087 (1.029 – 4.116)	0.042	1.946 (0.617 – 3.345)	0.067
Нормална ухрањеност	3.498 (2.166 – 5.648)	0.000	2.872 (1.204 – 4.131)	<0.001
Предгојазност	2.003 (1.235 – 3.250)	0.002	1.809 (0.437 – 2.911)	0.005
Гојазност	1		1	
Гојазност				
I степен	1.553 (0.402 – 6.000)	0.441	1.709 (0.437 – 6.685)	0.523
II степен	0.942 (0.223 – 3.985)	0.935	1.036 (0.242 – 3.437)	0.962
III степен	1		1	
Конзумирање воћа				
< 5 порција	1.306 (0.679 – 3.700)	0.030	1.179 (0.788 – 1.709)	0.054
≥5 порција	1		1	
Конзумирање поврћа				
< 5 порција	0.688 (0.209 – 2.269)	0.540	0.908 (0.212 – 3.886)	0.897
≥5 порција	1		1	
Конзумирање воћа и поврћа				
< 5 порција	0.752 (0.415 – 1.362)	0.125	0.575 (0.284 – 1.166)	0.347
≥5 порција	1		1	
Конзумирање млека				
Свакодневно	0.416 (0.056 – 3.120)	0.394	0.908 (0.118 – 3.886)	0.969
Понекад	0.287 (0.039 – 2.131)	0.222	0.575 (0.071 – 4.651)	0.604
Никад	1		1	
Мишићна активност				
Никада	0.703 (0.301 – 1.641)	0.415	0.895 (0.254 – 1.395)	0.996
Најмање 1 недељно	1		1	
Аеробна физичка активност				
<150мин	0.293 (0.037 – 2.339)	0.247	0.225 (0.027 – 1.901)	0.171
≥150мин	1		1	
Вожња бицикла				
<150мин	0.675 (0.187 – 1.161)	<0.001	0.580 (0.151 – 1.186)	<0.001
≥150мин	1		1	
Ходање				
<150мин	0.855 (0.489 – 1.495)	0.583	0.941 (0.246 – 1.885)	0.991
≥150мин	1		1	
Посао/активност				
Седентерни тип посла	1.826 (1.262 – 2.643)	0.001	1.500 (0.710 – 4.481)	0.035
Не радим	0.776 (0.094 – 1.413)	0.019	0.911 (0.730 – 1.337)	0.067
Углавном физички активан	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно Папа тестирање

Посматрано према учесталости Папа тестирања, исправније животне навике су биле предиктор ређег подвргавања скринигу на рак грлића материце. Испитанице које су конзумирале ≥ 5 порција воћа дневно и испитанице које су конзумирале више од ≥ 5 порција поврћа дневно су 2,6 пута односно 2,4 пута чешће апстинирале од папа тестирања.

Такође особе са гојазношћу III степена су се чешће опредељивале да никада не обаве Папа тестирање у односу на гојазне I и II степена.

Табела 20. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на рак грлића материце (Пап тест) према навикама (навике у исхрани и физичкој активности)

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
БМИ категорија				
Потхрањеност	0.377 (0.083 – 1.718)	0.086	0.351 (0.069 – 1.420)	0.208
Нормална ухрањеност	0.809 (0.259 – 2.530)	0.716	1.292 (0.337 – 2.944)	0.709
Предгојазност	0.595 (0.181 – 1.950)	0.391	0.707 (0.394 – 1.692)	0.577
Гојазност	1		1	
Гојазност				
I степен	1.439 (0.419 – 3.217)	0.222	1.304 (0.252 – 2.197)	0.354
II степен	0.956 (0.261 – 1.173)	<0.001	0.986 (0.062 – 2.111)	0.025
III степен	1		1	
Конзумирање воћа				
< 5 порција	2.667 (0.618 – 5.297)	0.007	2.728 (0.546 – 4.625)	0.221
≥ 5 порција	1		1	
Конзумирање поврћа				
< 5 порција	2.415 (0.554 – 3.774)	<0.001	2.164 (0.692 – 3.033)	0.007
≥ 5 порција	1		1	
Конзумирање воћа и поврћа				
< 5 порција	1.777 (1.031 – 3.065)	0.039	1.266 (0.608 – 2.635)	0.529
≥ 5 порција	1		1	
Конзумирање млека				
Свакодневно	1.047 (0.396 – 2.765)	0.927	0.851 (0.340 – 1.876)	0.780
Понекад	0.778 (0.298 – 2.032)	0.608	0.786 (0.145 – 2.260)	0.476
Никад	1		1	
Мишићна активност				
Никада	1.172 (0.201 – 2.840)	0.944	1.945 (1.349 – 2.737)	0.998
Најмање 1 недељно	1		1	
Аеробна физичка активност				
<150мин	0.356 (0.071 – 1.782)	0.097	0.283 (0.064 – 1.257)	0.209
≥ 150 мин	1		1	

Вожња бицикла				
<150мин	1.321 (0.278 – 2.052)	0.890	0.902 (0.335 – 1.202)	0.980
≥150мин	1		1	
Ходање				
<150мин	1.756 (0.144 – 2.343)	0.903	1.537 (0.613 – 2.056)	0.965
≥150мин	1		1	
Посао/активност				
Седентерни тип посла	0.962 (0.631 – 1.466)	0.856	0.830 (0.039 – 1.698)	0.950
Не радим	2.097 (0.524 – 4.392)	0.295	2.144 (0.486 – 3.640)	0.308
Углавном физички активан	1		1	

*референтна категорија: никада не користе Папа тестирање

Конзумирање психоактивних супстанци у униваријантном и мултиваријантном моделу није предиктор учесталости коришћења скрининга на рак грлића материце као ни предиктор самоиницијативног одласка на Папа тестирање, осим за конзумирање амфетамина које се издвојило као предиктор самоиницијативног коришћења скрининга, односно особе које су конзумирале икада амфетамин 1,6 пута су чешће самоиницијативно обављале скрининг (Папа тест), (<0.001), Табела 21.

Табела 21. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост коришћења скрининга на рак грлића материце (Пап тест) према конзумирању психоактивних супстанци

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Конзумирање цигарета				
Да, свакодневно	0.945 (0.537 – 1.662)	0.844	1.013 (0.275 – 3.728)	0.985
Да, повремено	0.859 (0.102 – 2.853)	0.729	0.771 (0.269 – 2.212)	0.762
Не	1		1	
Конзумирање алкохола у последњих 12 месеци				
Сваки дан или скоро сваки дан	0.700 (0.024 – 2.071)	0.836	0.710 (0.022 – 2.285)	0.847
5-6 дана у недељи	1.955 (0.670 – 3.373)	0.843	1.772 (0.572 – 3.551)	0.872
3-4 дана у недељи	0.659 (0.051 – 2.455)	0.749	0.677 (0.047 – 2.210)	0.774
1-2 дана у недељи	0.740 (0.132 – 4.136)	0.731	0.725 (0.122 – 4.318)	0.724
2-3 дана месечно	0.793 (0.251 – 2.504)	0.693	0.780 (0.235 – 2.587)	0.685
Једном месечно	0.871 (0.289 – 2.629)	0.807	0.888 (0.285 – 2.768)	0.837
Мање од једном месечно	0.786 (0.324 – 1.910)	0.595	0.806 (0.323 – 2.009)	0.643
Не пијем више алкохол/ Нисам у претходних годину дана	0.864 (0.146 – 2.306)	0.771	0.891 (0.225 – 2.440)	0.822
Нисам никада	1		1	

Конзумирање амфетамина				
Да, у току претходних 12 месеци	0.864 (0.358 – 1.029)	0.919	0.972 (0.227 – 1.478)	0.878
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.795 (0.229 – 1.136)	0.968	0.789 (0.204 – 1.082)	0.996
Не, никада	1		1	
Конзумирање канабиса				
Да, у току претходних 12 месеци	1.359 (0.307 – 2.806)	0.913	1.477 (0.390 – 3.074)	0.919
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.011 (0.053 – 1.942)	0.922	0.709 (0.139 – 1.520)	0.994
Не, никада	1		1	
Конзумирање кокаина				
Да, у току претходних 12 месеци	1.032 (0.356 – 1.972)	0.923	1.009 (0.340 – 1.789)	0.958
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.318 (0.598 – 2.847)	0.863	1.357 (0.585 – 3.013)	0.871
Не, никада	1		1	
Конзумирање екстазија				
Да, у току претходних 12 месеци	1.128 (0.003 – 2.396)	0.962	1.110 (0.010 – 2.558)	0.936
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.967 (0.027 – 1.423)	0.869	0.940 (0.033 – 1.378)	0.910
Не, никада	1		1	
Конзумирање хероина				
Да, у току претходних 12 месеци	1.119 (0.672 – 1.862)	0.971	1.099 (0.669 – 1.736)	0.975
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.248 (0.763 – 2.044)	0.863	1.253 (0.801 – 2.269)	0.906
Не, никада	1		1	
Конзумирање лепка и сл психоактивних супстанци				
Да, у току претходних 12 месеци	1.638 (0.731 – 3.082)	0.823	1.800 (0.696 – 3.235)	0.846
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.151 (0.697 – 2.456)	0.949	1.169 (0.622 – 2.322)	0.946
Не, никада	1		1	

Табела 22. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Пап тест) према конзумирању психоактивних супстанци

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Конзумирање цигарета				
Да, свакодневно	1.005 (0.655 – 1.542)	0.983	0.964 (0.418 – 2.224)	0.932
Да, повремено	1.357 (0.531 – 3.471)	0.524	1.313 (0.526 – 3.282)	0.560
Не	1		1	
Конзумирање алкохола у последњих 12 месеци				
Сваки дан или скоро сваки дан	0.945 (0.116 – 1.671)	0.957	0.958 (0.125 – 3.346)	0.967
5-6 дана у недељи	2.729 (1.510 – 3.645)	0.996	1.750 (0.278 – 3.825)	0.598
3-4 дана у недељи	0.963 (0.186 – 1.443)	0.988	1.493 (0.735 – 3.598)	0.391
1-2 дана у недељи	1.776 (1.018 – 3.040)	0.081	1.256 (0.694 – 3.510)	0.129
2-3 дана месечно	1.417 (0.685 – 2.929)	0.347	1.340 (0.638 – 2.817)	0.440
Једном месечно	0.866 (0.450 – 1.667)	0.666	0.727 (0.386 – 1.368)	0.323
Мање од једном месечно	1.017 (0.586 – 1.763)	0.953	0.900 (0.523 – 1.550)	0.705
Нисам у последњих годину дана више не пијем алкохол	0.717 (0.378 – 1.360)	0.309	0.667 (0.353 – 1.261)	0.213
Нисам никада	1		1	
Конзумирање амфетамина				
Да, у току претходних 12 месеци	2.281 (1.401 – 4.943)	0.828	2.598 (1.362 – 3.998)	0.515
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.682 (1.078 – 2.435)	<0.001	1.589 (0.989 – 2.713)	0.055
Не, никада	1		1	
Конзумирање канабиса				
Да, у току претходних 12 месеци	1.556 (0.577 – 2.306)	0.995	1.396 (0.334 – 2.467)	0.892
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.715 (0.226 – 1.301)	0.602	1.208 (0.122 – 3.345)	0.475
Не, никада	1		1	

Конзумирање кокаина				
Да, у току претходних 12 месеци	1.144 (0.564 – 2.539)	0.882	1.106 (0.185 – 2.240)	0.667
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.788 (0.439 – 1.103)	0.950	1.073 (0.468 – 2.036)	0.939
Не, никада	1		1	
Конзумирање екстазија				
Да, у току претходних 12 месеци	1.349 (0.727 – 1.940)	0.994	1.679 (0.518 – 2.635)	0.916
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.466 (0.054 – 1.102)	0.488	0.508 (0.346 – 1.191)	0.731
Не, никада	1		1	
Конзумирање хероина				
Да, у току претходних 12 месеци	1.447 (0.553 – 2.536)	0.916	1.662 (0.462 – 3.088)	0.871
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.288 (0.169 – 0.627)	0.944	0.260 (0.107 – 0.526)	0.950
Не, никада	1		1	
Конзумирање лепка и сл психоактивних супстанци				
Да, у току претходних 12 месеци	1.211 (0.952 – 1.541)	0.943	0.917 (0.087 – 1.649)	0.993
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.614 (0.046 – 1.162)	0.830	0.825 (0.469 – 1.208)	0.738
Не, никада	1		1	

Сексуална активност се у униваријантном и мултиваријантном моделу није издвојила као предиктор учесталости Папа тестирања, изузев за варијаблу да ли су испитанице ступиле у сексуални однос, односно оне испитанице које нису сексуално активне се нису никада ни подвргавале Папа тестирању.

Табела 23. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост коришћења скрининга на рак грлића материце (Пап тест) према сексуалној активности

Варијабле	Униваријантна регресија		Мултиваријантна регресија	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Да ли сте ступили у сексуалне односе?				
Да	0.285 (0.116 – 0.699)	0.006	0.342 (0.163 – 0.908)	0.013
Не	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе са особом истог пола?				
Да, у току претходних годину дана	1.539 (0.162 – 2.465)	0.708	1.429 (0.146 – 2.535)	0.721
Да, раније	1.295 (0.258 – 3.132)	0.874	1.234 (0.250 – 3.082)	0.777
Не, никада	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе у претходних 12 месеци?				
Да	0.773 (0.335 – 1.683)	0.516	0.818 (0.470 – 2.104)	0.523
Не	1		1	
Са колико различитих партнера сте имали сексуалне односе последњих 12 месеци?				
Са једним партнером	0.656 (0.519 – 1.051)	0.852	0.567 (0.025 – 0.884)	0.874
Са два партнера	0.861 (0.150 – 1.266)	0.968	0.938 (0.119 – 1.483)	0.971
Са три партнера	0.800 (0.449 – 1.214)	0.882	0.737 (0.478 – 1.208)	0.891
Са више од три партнера	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа?				
Да	0.715 (0.027 – 1.898)	0.841	0.777 (0.026 – 1.726)	0.872
Не	0.429 (0.018 – 1.013)	0.600	0.433 (0.017 – 1.662)	0.614
Не сећам се	1		1	
Да ли сте имали сексуални однос са повременим партнером последњих 12 месеци?				
Да	1.021 (0.011 – 2.304)	0.993	1.038 (0.181 – 2.213)	0.993
Не	0.876 (0.132 – 2.184)	0.952	0.909 (0.095 – 2.104)	0.957
Не сећам се	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа са повременим партнером?				
Да	2.225 (0.800 – 3.730)	0.977	2.791 (1.283 – 3.835)	0.977
Не	2.456 (0.899 – 4.253)	0.974	2.467 (0.945 – 4.158)	0.987
Не сећам се	1		1	
Да ли сте током претходних 12 месеци имали намерни прекид трудноће?				
Да	1.205 (0.186 – 2.166)	0.931	1.044 (0.093 – 1.664)	0.943
Не	1		1	

*референтна категорија: никада не користе Папа тестирање

Сексуална активност се у униваријантном и мултиваријантном моделу није издвојила као предиктор начина подвргавања Папа тесту.

Табела 24. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према сексуалној активности

Варијабла	Униваријантна регресија		Мултиваријантна регресија	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Да ли сте ступили у сексуалне односе?				
Да	1.138 (0.550 – 2.353)	0.728	0.848 (0.374 – 1.920)	0.989
Не	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе са особом истог пола?				
Да, у току претходних годину дана	0.837 (0.247 – 2.836)	0.775	0.516 (0.076 – 1.048)	0.965
Да, раније	0.452 (0.096 – 2.130)	0.315	0.303 (0.185 – 1.262)	0.379
Не, никада	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе у претходних 12 месеци?				
Да	1.496 (0.901 – 2.485)	0.120	1.328 (0.585 – 2.855)	0.183
Не	1		1	
Са колико различитих партнера сте имали сексуалне односе последњих 12 месеци?				
Са једним партнером	1.087 (0.060 – 1.935)	0.063	0.588 (0.028 – 0.972)	0.867
Са два партнера	0.808 (0.207 – 2.022)	0.193	0.532 (0.326 – 1.043)	0.750
Са три партнера	1.533 (0.086 – 2.981)	0.038	1.911 (0.752 – 3.702)	0.053
Са више од три партнера	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа?				
Да	0.362 (0.224 – 0.954)	0.231	0.311 (0.057 – 0.804)	0.248
Не	1		1	
Да ли сте имали сексуални однос са повременим партнером последњих 12 месеци?				
Да	1.733 (0.173 – 2.742)	0.640	1.254 (0.282 – 3.275)	0.766
Не	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа са повременим партнером?				
Да	1.683 (0.930 – 2.810)	0.352	1.818 (0.837 – 2.441)	0.403
Не	1		1	
Да ли сте током претходних 12 месеци имали намерни прекид трудноће?				
Да	0.692 (0.157 – 1.010)	0.995	0.571 (0.276 – 1.287)	0.998
Не	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно Папа тестирање

Информисаности о ХИВ инфекцији се у униваријантном и мултиваријантном моделу није показала као предиктор учесталости Папа тестирања.

Табела 25. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према информисаности о ХИВ инфекцији

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Да ли сте чули за ХИВ вирус и болест АИДС коју овај вирус изазива?				
Да	0.608 (0.263 – 1.408)	0.245	0.739 (0.168 – 1.277)	0.255
Не	1		1	
Према Вашем мишљењу, да ли се ХИВ може пренети упразњавањем односа са само једним партнером?				
Да	0.523 (0.192 – 1.424)	0.205	0.657 (0.097 – 1.228)	0.261
Не	0.964 (0.178 – 3.239)	0.947	1.048 (0.136 – 3.273)	0.966
Не знам	1		1	
Да ли знате место где се можете саветовати и тестирати на ХИВ?				
Да	0.677 (0.319 – 1.437)	0.309	0.556 (0.278 – 1.030)	0.357
Не	1		1	
Да ли сте се тестирали на ХИВ?				
Да, у последњих годину дана	0.679 (0.017 – 1.653)	0.836	0.463 (0.021 – 1.429)	0.885
Да, пре више од 12 месеци	0.565 (0.103 – 2.116)	0.512	0.427 (0.179 – 1.110)	0.517
Не	1		1	
Да ли су Вам саопштени резултати?				
Да	0.382 (0.005 – 0.693)	0.666	0.399 (0.056 – 0.719)	0.693
Не	1		1	

*референтна категорија: никада не користе Папа тестирање

Табела 26. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према информисаности о ХИВ инфекцији

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Да ли сте чули за ХИВ вирус и болест АИДС коју овај вирус изазива?				
Да	1.567 (0.836 – 2.935)	0.161	0.717 (0.296 – 1.740)	0.462
Не	1		1	
Према Вашем мишљењу, да ли се ХИВ може пренети упразњавањем односа са само једним партнером?				
Да	2.101 (1.044 – 4.227)	0.037	1.795 (0.877 – 3.675)	0.109
Не	1.150 (0.392 – 3.373)	0.799	0.928 (0.311 – 2.768)	0.893
Не знам	1		1	

Да ли знате место где се можете саветовати и тестирати на ХИВ?				
Да	1.685 (1.044 – 2.721)	0.033	1.500 (0.915 – 2.462)	0.108
Не	1		1	
Да ли сте се тестирали на ХИВ?				
Да, у последњих 12 месеци	1.549 (0.537 – 2.037)	0.994	1.391 (0.594 – 2.404)	0.999
Да, пре више од 12 месеци	1.605 (0.629 – 2.994)	0.322	1.063 (0.514 – 2.178)	0.405
Не	1		1	
Да ли су Вам саопштени резултати?				
Да	1.230 (0.460 – 2.325)	0.184	1.062 (0.421 – 2.622)	0.201
Не	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно Папа тестирање

Присуство мултиморбидитета и тешкоће у устајању из кревета су се у униваријантном моделу издвојили као предиктор самоиницијативног Папа тестирања, дакле испитанице које негирају присуство болести као и оне без тешкоћа у устајању из кревета чешће самоиницијативно предузимају Папа тестирање од оних са мултиморбидитетом и са тешкоћама.

У мултиваријантном моделу само тешкоће у устајању из кревета је издвојен као предиктор самоиницијативног начина Папа тестирања. Остале посматране варијабле нису се показале као предиктори од значаја за самоиницијативно Папа тестирања.

Табела 27. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према болестима и тешкоћама у вези са видом и слухом

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Болести				
Мултиморбидитет	0.353 (0.241 – 0.516)	< 0.001	1.246 (0.502 – 3.093)	0.108
Једна болест	0.237 (0.064 – 0.879)	0.031	1.178 (0.445 – 3.121)	0.224
Без болести	1		1	
Наочаре или контактна сочива				
Да	0.836 (0.428 – 1.511)	0.981	1.056 (0.533 – 3.965)	0.992
Не	1.352 (0.301 – 2.271)	0.977	1.015 (0.396 – 2.602)	0.976
Слеп или не види уопште	1		1	
Тешкоће са видом и поред помагала				
Без тешкоћа	0.890 (0.099 – 1.104)	0.999	0.875 (0.090 – 0.913)	0.999
Уз мање тешкоће	1.025 (0.355 – 2.960)	0.963	0.987 (0.308 – 2.479)	0.979
Уз велике тешкоће	1.014 (0.497 – 1.875)	0.980	0.923 (0.507 – 2.687)	0.984
Нисам у стању	1		1	
Помагало за слух				
Да	1.734 (0.469 – 3.836)	0.996	1.805 (0.653 – 4.360)	0.989
Не	0.986 (0.770 – 1.577)	0.977	0.925 (0.461 – 1.293)	0.997
Глув или не чује уопште	1		1	

Тешкоће да се чује саговорник и поред помагала				
Без тешкоћа	0.949 (0.299 – 2.260)	0.994	0.935 (0.067 – 2.050)	0.994
Уз мање тешкоће	0.788 (0.117 – 2.033)	0.995	0.962 (0.138 – 1.977)	0.996
Уз велике тешкоће	1.034 (0.363 – 2.134)	0.999	1.040 (0.271 – 2.775)	0.996
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће да се чује саговорник у бучној средини и поред помагала				
Без тешкоћа	1.398 (0.450 – 2.804)	0.997	0.833 (0.283 – 1.915)	0.914
Уз мање тешкоће	0.899 (0.360 – 1.856)	0.994	0.885 (0.360 – 2.180)	0.941
Уз велике тешкоће	1.061 (0.585 – 3.465)	0.993	0.968 (0.330 – 3.690)	0.993
Нисам у стању	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно Папа тестирање

Табела 28. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према тешкоћама у обављању свакодневних активности

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пешачење по равном пола километара				
Без тешкоћа	1.759 (0.863 – 3.711)	0.975	1.585 (0.686 – 3.586)	0.955
Уз мање тешкоће	1.472 (0.453 – 2.804)	0.973	1.158 (0.550 – 2.687)	0.953
Уз велике тешкоће	1.303 (0.417 – 3.360)	0.971	1.031 (0.338 – 2.505)	0.950
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у пењању/силаску низ степенице				
Без тешкоћа	0.584 (0.300 – 0.831)	0.870	0.516 (0.213 – 0.937)	0.936
Уз мање тешкоће	0.665 (0.358 – 1.724)	0.853	0.646 (0.263 – 1.778)	0.936
Уз велике тешкоће	0.720 (0.260 – 2.011)	0.840	0.724 (0.205 – 1.263)	0.938
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у памчењу или концентracији				
Без тешкоћа	1.199 (0.794 – 2.555)	0.999	0.854 (0.506 – 2.168)	0.999
Уз мање тешкоће	1.078 (0.568 – 1.636)	0.988	0.996 (0.543 – 1.975)	0.999
Уз велике тешкоће	0.960 (0.320 – 3.205)	0.998	0.820 (0.251 – 2.755)	0.996
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у храњењу				
Без тешкоћа	0.607 (0.181 – 1.392)	0.988	0.658 (0.219 – 1.798)	0.925
Уз мање тешкоће	0.864 (0.331 – 1.218)	0.987	1.092 (0.229 – 2.267)	0.936
Уз велике тешкоће	0.829 (0.227 – 1.609)	0.999	1.044 (0.340 – 2.241)	0.999
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у устајању у/из кревета				
Без тешкоћа	1.448 (0.810 – 2.948)	0.179	1.234 (0.728 – 1.731)	0.253
Уз мање тешкоће	1.331 (0.529 – 3.785)	0.384	1.058 (0.491 – 2.446)	0.302
Уз велике тешкоће	2.760 (1.191 – 3.318)	0.023	1.611 (0.820 – 3.139)	0.039
Нисам у стању	1		1	

Тешкоће у свлачењу/облачењу				
Без тешкоћа	0.997 (0.350 – 1.745)	0.977	0.875 (0.498 – 1.086)	0.999
Уз мање тешкоће	1.116 (0.519 – 2.602)	0.996	1.070 (0.445 – 3.010)	0.999
Уз велике тешкоће	0.907 (0.371 – 1.886)	0.981	0.888 (0.206 – 2.062)	0.990
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у одласку у тоалет				
Без тешкоћа	1.181 (0.673 – 3.005)	0.980	1.021 (0.355 – 3.695)	0.978
Уз мање тешкоће	0.892 (0.458 – 1.721)	0.999	0.901 (0.414 – 2.398)	0.980
Уз велике тешкоће	0.931 (0.351 – 2.272)	0.998	1.009 (0.490 – 3.051)	0.994
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће приликом купања/туширања				
Без тешкоћа	1.455 (0.399 – 3.044)	0.189	1.084 (0.556 – 3.699)	0.202
Уз мање тешкоће	1.333 (0.288 – 2.591)	0.849	0.942 (0.339 – 2.552)	0.936
Уз велике тешкоће	1.423 (0.449 – 3.039)	0.996	0.931 (0.409 – 2.878)	0.937
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у припреми оброка				
Без тешкоћа	0.637 (0.351 – 1.275)	0.997	0.720 (0.314 – 1.553)	0.997
Уз мање тешкоће	0.502 (0.110 – 1.018)	0.999	0.578 (0.291 – 0.937)	0.995
Уз велике тешкоће	0.695 (0.228 – 1.353)	0.996	0.501 (0.177 – 0.817)	0.998
Нисам у стању	0.705 (0.240 – 1.578)	0.998	0.841 (0.442 – 1.088)	0.997
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће око одласка у куповину				
Без тешкоћа	1.041 (0.379 – 3.158)	0.980	0.868 (0.274 – 2.017)	0.941
Уз мање тешкоће	1.158 (0.628 – 3.720)	0.997	0.919 (0.382 – 2.613)	0.994
Уз велике тешкоће	1.032 (0.589 – 2.939)	0.976	0.960 (0.379 – 3.103)	0.969
Нисам у стању	1.217 (0.496 – 3.382)	0.977	1.057 (0.523 – 3.664)	0.990
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће у обављању лакших кучних послова				
Без тешкоћа	1.290 (0.618 – 2.642)	0.984	1.043 (0.598 – 2.436)	0.983
Уз мање тешкоће	0.956 (0.631 – 2.800)	0.997	0.869 (0.402 – 2.989)	0.993
Уз велике тешкоће	1.101 (0.773 – 3.039)	0.983	0.971 (0.576 – 2.925)	0.986
Нисам у стању	1.095 (0.591 – 2.426)	0.985	0.989 (0.425 – 3.055)	0.977
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће у повременом обављању тежих кућних послова				
Без тешкоћа	0.948 (0.250 – 3.501)	0.960	0.853 (0.342 – 2.405)	0.962
Уз мање тешкоће	1.250 (0.743 – 2.968)	0.996	1.202 (0.859 – 3.466)	0.998
Уз велике тешкоће	1.162 (0.705 – 1.996)	0.954	1.016 (0.586 – 2.706)	0.952
Нисам у стању	0.995 (0.660 – 2.118)	0.959	0.953 (0.515 – 1.979)	0.960
Никад није пробао/пробала	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно Папа тестирање

Испитанице са мултиморбидитетом се 2,7 пута чешће никада нису подвргавале Папа тестирању у односу на особе без болести. Такође, као значајни фактори апстинирања од Папа тестирања су била нека друга оштећења ии тегобе односно била су функционална оштећења вида и слуха, као и тешкоће у обављању свакодневних активности. Истрађивање је показало да особе које имају оштећење вида или су слепе или не виде, су 1,06 пута чешће избегавале Папа тестирање у односу на оне без тешкоћа; такође особе које су имале тешкоће да се чује саговорник и поред помагала су 2,07 пута чешће апстинирале од Папа тестирања у односу на оне без тешкоћа, испитанице са тешкоћама у пењању/силаску низ степенице се 2,2 пута чешће нису подвргле ПАПА прегледу.

Табела 29. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према болестима и тешкоћама у вези са слухом и видом

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Болести				
Мултиморбидитет	2.732 (1.760 – 4.241)	< 0.001	1.896 (1.234 – 2.913)	0.004
Једна болест	1.261 (0.957 – 1.661)	0.099	0.945 (0.570 – 2.583)	0.153
Без болести	1		1	
Наочаре или контактивна сочива				
Слеп или не види уопште	0.985 (0.485 – 2.668)	< 0.001	0.872 (0.391 – 2.537)	0.013
Да	1.060 (0.664 – 1.503)	< 0.001	0.908 (0.385 – 2.317)	0.100
Не	1		1	
Тешкоће са видом и поред помагала				
Нисам у стању	1.083 (0.476 – 2.297)	0.044	0.891 (0.222 – 2.118)	0.048
Уз мање тешкоће	1.365 (0.628 – 2.928)	0.031	0.904 (0.562 – 3.451)	0.042
Уз велике тешкоће	1.040 (0.504 – 2.419)	0.127	0.979 (0.441 – 2.761)	0.066
Без тешкоћа	1		1	
Помагало за слух				
Глув или не чује уопште	1.101 (0.500 – 2.862)	0.009	0.854 (0.364 – 1.982)	0.034
Да	1.224 (0.971 – 4.563)	0.001	0.920 (0.267 – 2.133)	0.028
Не	1		1	
Тешкоће да се чује саговорник и поред помагала				
Нисам у стању	2.074 (0.624 – 4.631)	< 0.001	1.912 (0.759 – 3.951)	< 0.001
Уз мање тешкоће	2.058 (0.869 – 4.112)	< 0.001	2.004 (0.846 – 4.634)	< 0.001
Уз велике тешкоће	1.728 (0.840 – 3.209)	< 0.001	1.739 (0.889 – 3.708)	< 0.001
Без тешкоћа	1		1	

Тешкоће да се чује саговорник у бучној средини и поред помагала				
Нисам у стању	2.078 (0.609 – 3.569)	< 0.001	1.398 (0.795 – 2.931)	< 0.001
Уз мање тешкоће	2.095 (0.917 – 4.195)	< 0.001	1.980 (0.829 – 3.996)	< 0.001
Уз велике тешкоће	1.646 (0.722 – 2.801)	0.002	1.524 (0.689 – 3.483)	0.003
Без тешкоћа	1		1	

*референтна категорија: никада не користе Папа тестирање

Табела 30. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према тешкоћама у обављању свакодневних активности

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пешачење по равном пола километара				
Нисам у стању	2.030 (0.871 – 4.224)	< 0.001	1.906 (0.576 – 4.627)	0.012
Уз мање тешкоће	1.344 (0.776 – 2.327)	< 0.001	1.323 (0.842 – 3.047)	0.021
Уз велике тешкоће	1.919 (0.811 – 3.714)	< 0.001	1.557 (0.741 – 4.023)	0.004
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће у пењању/силаску низ степенице				
Нисам у стању	2.268 (1.682 – 4.377)	< 0.001	2.324 (0.985 – 4.216)	0.053
Уз мање тешкоће	1.439 (0.663 – 2.926)	< 0.001	1.614 (0.840 – 3.731)	0.002
Уз велике тешкоће	2.605 (0.888 – 3.737)	< 0.001	1.829 (0.942 – 3.913)	< 0.001
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће у памћењу или концентрацији				
Нисам у стању	0.278 (0.147 – 0.478)	< 0.001	0.310 (0.085 – 0.703)	< 0.001
Уз мање тешкоће	0.302 (0.189 – 0.595)	< 0.001	0.252 (0.076 – 0.690)	< 0.001
Уз велике тешкоће	0.350 (0.190 – 0.694)	< 0.001	0.357 (0.153 – 0.813)	< 0.001
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће у храњењу				
Нисам у стању	2.051 (1.401 – 4.060)	< 0.001	1.941 (0.859 – 3.609)	< 0.001
Уз мање тешкоће	1.772 (1.309 – 3.703)	< 0.001	1.148 (0.566 – 2.270)	< 0.001
Уз велике тешкоће	1.516 (1.204 – 3.335)	0.003	0.800 (0.447 – 2.120)	0.034
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће у устајању у/из кревета				
Нисам у стању	0.886 (0.256 – 1.195)	0.001	0.715 (0.321 – 1.362)	0.029
Уз мање тешкоће	0.641 (0.348 – 0.947)	< 0.001	0.502 (0.225 – 0.869)	< 0.001
Уз велике тешкоће	0.503 (0.391 – 0.875)	< 0.001	0.431 (0.122 – 0.757)	< 0.001
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће у свлачењу/облачењу				
Нисам у стању	0.730 (0.256 – 1.022)	0.001	0.841 (0.239 – 1.031)	0.011
Уз мање тешкоће	0.684 (0.311 – 0.993)	< 0.001	0.554 (0.215 – 0.885)	< 0.001
Уз велике тешкоће	0.478 (0.271 – 0.812)	< 0.001	0.349 (0.046 – 0.911)	< 0.001
Без тешкоћа	1		1	

Тешкоће у одласку у тоалет				
Нисам у стању	0.732 (0.318 – 0.958)	0.004	0.818 (0.489 – 0.986)	0.053
Уз мање тешкоће	0.681 (0.294 – 0.947)	< 0.001	0.675 (0.332 – 1.208)	< 0.001
Уз велике тешкоће	0.724 (0.307 – 1.095)	< 0.001	0.762 (0.131 – 1.485)	< 0.001
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће приликом купања/туширања				
Нисам у стању	1.183 (0.611 – 3.329)	0.819	1.122 (0.636 – 3.335)	0.885
Уз мање тешкоће	1.127 (0.447 – 2.379)	< 0.001	1.079 (0.692 – 3.273)	0.010
Уз велике тешкоће	0.919 (0.484 – 1.656)	< 0.001	1.092 (0.561 – 2.437)	0.005
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће у припреми оброка				
Нисам у стању	1.470 (0.603 – 2.975)	0.003	1.482 (0.959 – 3.942)	0.009
Уз велике тешкоће	1.175 (0.597 – 2.494)	0.278	1.075 (0.657 – 2.396)	0.254
Без тешкоћа	1		1	
Тешкоће око одласка у куповину				
Нисам у стању	2.041 (1.179 – 4.226)	< 0.001	1.356 (0.879 – 3.704)	0.030
Уз мање тешкоће	1.983 (0.929 – 3.813)	0.001	1.952 (1.044 – 4.954)	0.043
Уз велике тешкоће	2.241 (1.134 – 4.267)	0.028	2.045 (0.624 – 4.660)	0.199
Без тешкоћа	1		1	1
Тешкоће у обављању лакших кућних послова				
Нисам у стању	1.346 (0.769 – 3.414)	< 0.001	0.842 (0.532 – 2.727)	0.017
Уз мање тешкоће	2.035 (0.895 – 3.850)	< 0.001	1.767 (0.920 – 3.847)	0.038
Уз велике тешкоће	2.003 (0.982 – 4.636)	0.003	1.916 (0.569 – 2.934)	0.165
Без тешкоћа	1		1	1
Тешкоће у повременом обављању тежих кућних послова				
Нисам у стању	1.811 (0.812 – 4.038)	0.147	1.563 (0.950 – 3.110)	0.394
Уз мање тешкоће	2.718 (1.402 – 4.865)	0.008	1.104 (0.288 – 4.225)	0.021
Уз велике тешкоће	1.553 (0.620 – 3.892)	0.348	0.627 (0.165 – 2.378)	0.493
Без тешкоћа	1		1	1

*референтна категорија: никада не користе Папа тестирање

Истраживање је показало да се симптоми депресивности нису издвојили као предиктори учесталости мамографије нити у униваријантном нити у мултиваријантном регресионом моделу, али се за начин извођења Папа тестирања издвојила варијабла благи депресивни симптоми. Наиме особе са благим депресивним симптомима су се 3,9 пута чешће опредељивали за самоиницијативно Папа тестирање од оних са симптомима тешке депресије.

Табела 31. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према симптомима депресивности

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Депресија категорија				
Без симптома депресије	0.758 (0.332 – 2.080)	0.990	0.794 (0.321 – 2.215)	0.993
Благи депресивни симптоми	0.600 (0.129 – 2.778)	0.513	0.596 (0.127 – 2.791)	0.511
Умерена депресија	0.543 (0.112 – 2.631)	0.448	0.538 (0.110 – 2.639)	0.445
Умерено тешка депресија	0.845 (0.142 – 5.040)	0.854	0.846 (0.140 – 5.102)	0.846
Тешка депресија	1		1	
Депресивна епизода				
Не	0.971 (0.734 – 1.284)	0.834	1.043 (0.653 – 1.666)	0.861
Да	1		1	

*референтна категорија: никада не користе Папа тестирање

Табела 32. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на рак грлића материце (Папа тест) према симптомима депресивности

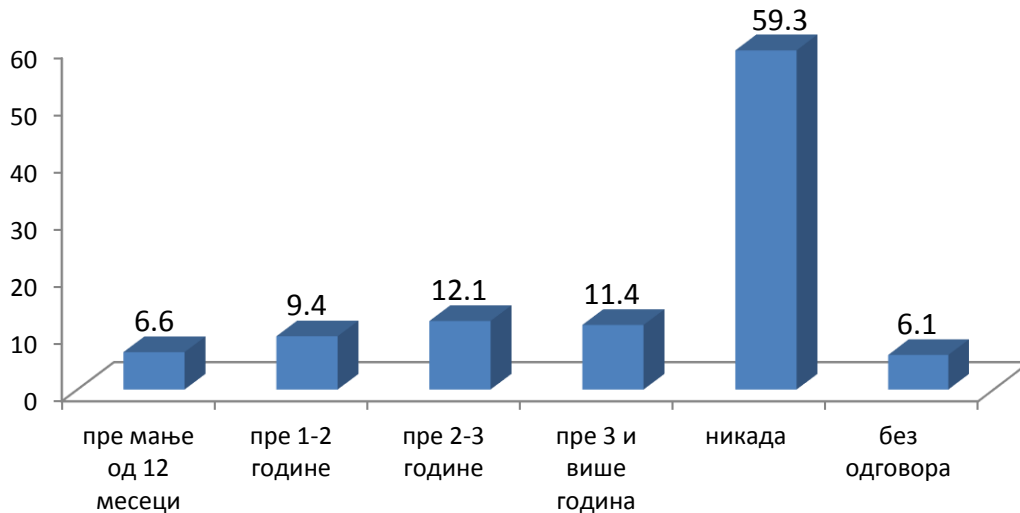
Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Депресија категорија				
Без симптома депресије	2.513 (0.693 – 4.602)	0.995	2.454 (0.538 – 4.247)	0.995
Депресивни благи симптоми	3.901 (1.979 – 5.596)	0.001	3.739 (1.992 – 6.133)	0.002
Умерена депресија	2.763 (0.895 – 5.535)	0.077	2.751 (0.890 – 4.944)	0.079
Умерено тешка депресија	2.625 (0.577 – 4.944)	0.212	2.632 (0.578 – 5.078)	0.211
Тешка депресија	1		1	
Депресивна епизода				
Не	1.376 (0.934 – 2.026)	0.107	1.261 (0.853 – 1.864)	0.245
Да	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно Папа тестирање

4.7 Мамографија

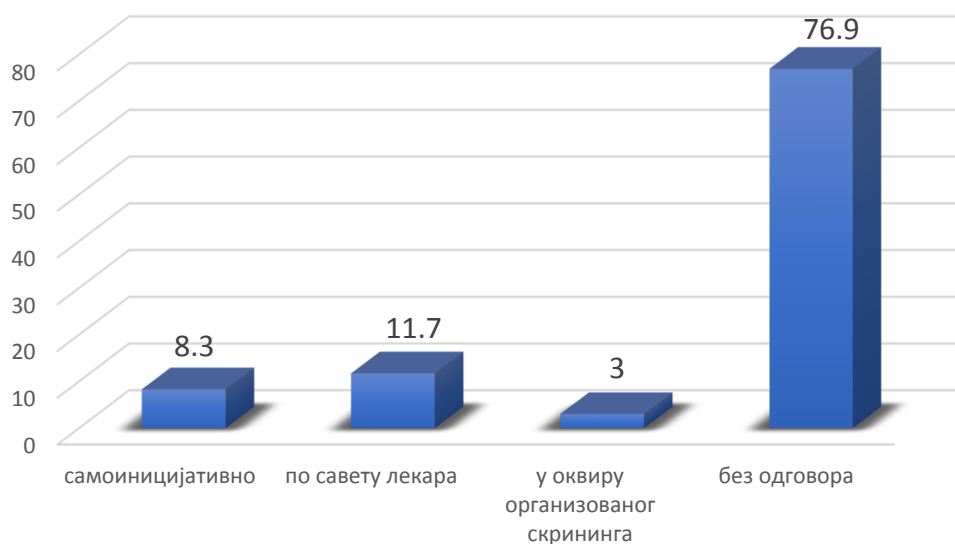
Истраживање је показало да укупно 59,3% жена никада није било подвргнуто мамографији. Свака осма испитаница је то учинила пре две до три године, више од три године није била на мамографији свака девета жена, а у последњих 12 месеци 6,6% испитаница.

Графикон 5. Учесталост скринга на рак дојке (мамографија)



Највећи проценат испитаница урадио је мамографију по препоруци лекара 11,7%, самоиницијативно 8,3% а у оквиру организованог скрининг програма 3% испитаница.

Графикон 6. Начин извођења скринга на рак дојке (мамографија)



Посматрано према социодемографским карактеристикама, у последњих 12 месеци мамографију су најчешће радиле најстарије испитанице, у браку или ванбрачној заједници, средњешколског образовања, неактивне по радном статусу, из Београда и најбогатијих слојева, са добрим и веома добрим самопроцењеним здрављем.

У групи оних које никада нису подвргнуте мамографском прегледу најчешће су жене из региона Војводине и из најсиромашнијих слојева друштва, показало је истраживање.

Табела 33. Социодемографске карактеристике испитаника и учесталост скрининга на рак дојке (мамографија)

Варијабле	Током последњих годину дана	пре једне до две године	пре две до три године	пре три или више година	Никад	p*
Узраст						
15-19	0	0	0	0	0	< 0.001
20-24	1.6	0.5	0.4	0.4	11.5	
25-29	1.8	1.4	1.3	0.5	7,7	
30-34	2.7	3.1	1.9	1.6	8.0	
35-39	4.5	10.7	7.0	5.2	3.8	
40-44	10.4	3.6	4.6	2.5	8.8	
45-49	6.3	6.3	5.0	3.2	8.9	
50-54	6.9	8.8	5.7	6.1	7.1	
55-59	14.5	15.1	13.0	10.5	5.0	
60-64	18.1	18.5	17.0	11.6	5.8	
≥65	33.2	32	44.1	58.4	58.4	
Брачни статус						
Никада у браку/ ванбрачној заједници	4.7	4.3	5.5	3.3	23.5	< 0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	25.5	20.6	27.4	33.3	22.6	
Брак/ванбрачна заједница	69.8	75.1	67.1	63.4	53.9	
Образовање						
Основна и нижа школа	23.7	22.9	23.9	33.7	33.0	< 0.001
Средња школа	55.7	54.6	60.3	46.8	40.2	
Виша и висока школа	20.6	22.4	15.8	19.5	17.8	
Радни статус						
Незапослен	16.4	16.6	13.7	11.5	19.00	< 0.001
Неактиван	46.5	45.9	53.4	67.1	49.5	
Запослен	37.1	37.5	32.9	21.4	31.5	
Индекс благостања						
Најсиромашнији	36.0	33,3	35,7	39.2	44.3	< 0.001
Средњи слој	19.0	21.5	22.9	22.5	20.0	
Најбогатији слој	45.0	45.2	41.4	38.3	35.7	
Регион						
Београд	27.2	23.2	18.1	23.8	21.1	< 0.001
Војводина	25.1	38.3	33.0	27.8	32.7	
Шумадија и Западна Србија	20.6	16.5	19.3	25.2	22.2	
Јужна и Источна Србија	27.1	22.0	29.6	23.2	24.0	
Самопроцена здравља						
Лоше и веома лоше	15.2	11.6	15.8	20.4	19.6	< 0.001
Средње	37.4	32.5	33.0	37.0	22.3	
Добро и веома добро	47.4	55.9	51.3	42.6	58.1	

* χ^2 test

Као предиктори некористићења мамографије у униваријантној регресији издвојили су се старост, брачно стање, индекс благостања, регион и самопроцена здравља. Истраживање је показало да код жена млађег узраста постоји већа вероватноћа да ће обавити мамографију, затим особе које нису у браку, жене из најсиромашнијих слојева и из региона Београда, као и оне које своје здравље процењују као лоше и веома лоше. У мултиваријантном моделу издвојили су се као предиктори само регион и самопроцена здравља.

Табела 34. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према демографским и социјекономским карактеристикама

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Узраст				
15-19	2.590 (1.912 – 3.268)	< 0.001	1.062 (0.671 – 2.280)	0.015
20-24	2.344 (1.706 – 2.981)	< 0.001	2.832 (1.287 – 4.142)	0.355
25-29	2.440 (1.792 – 3.088)	< 0.001	2.188 (1.050 – 3.275)	0.386
30-34	2.356 (1.712 – 3.001)	< 0.001	3.032 (1.618 – 5.283)	0.437
35-39	2.336 (1.695 – 2.977)	< 0.001	2.900 (1.053 – 4.731)	0.430
40-44	2.253 (1.614 – 2.892)	< 0.001	2.182 (1.469 – 3.834)	0.576
45-49	1.990 (1.350 – 2.630)	< 0.001	1.739 (0.912 – 3.389)	0.460
50-54	1.476 (0.838 – 2.113)	< 0.001	0.846 (0.342 – 2.175)	0.312
55-59	1.402 (0.769 – 2.036)	< 0.001	0.934 (0.618 – 1.722)	0.656
60-64	1.817 (1.165 – 2.468)	< 0.001	1.900 (1.338 – 2.538)	0.563
≥65	1		1	
Брачни статус				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	0.959 (0.365 – 1.805)	< 0.001	0.893 (0.106 – 1.376)	0.149
Развод, разлаз, смрт партнера	0.793 (0.375 – 0.960)	0.146	0.620 (0.252 – 1.022)	0.895
Брак/ванбрачна заједница	1		1	
Образовање				
Основна и нижа школа	0.174 (0.071 – 0.364)	0.317	0.154 (0.055 – 0.298)	0.545
Средња школа	0.068 (0.030 – 0.105)	0.665	0.282 (0.128 – 0.464)	0.397
Виша и висока школа	1		1	
Радни статус				
Незапослен	2.061 (1.112 – 2.958)	0.600	1.584 (0.621 – 3.072)	0.915
Неактиван	1.266 (0.680 – 2.427)	0.539	0.832 (0.183 – 1.309)	0.891
Запослен	1		1	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	0.243 (0.133 – 0.354)	< 0.001	0.204 (0.049 – 0.358)	0.053
Средњи слој	0.149 (0.014 – 0.284)	0.030	0.230 (0.003 – 0.460)	0.114
Најбогатији слој	1		1	
Регион				
Београд	0.298 (0.154 – 0.442)	< 0.001	0.278 (0.092 – 0.463)	0.003
Војводина	0.142 (0.009 – 0.275)	0.037	0.102 (0.067 – 0.236)	0.438
Шумадија и Западна Србија	0.113 (0.032 – 0.177)	0.661	0.148 (0.095 – 0.338)	0.445
Јужна и Источна Србија	1		1	

Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	0.243 (0.133 – 0.354)	< 0.001	0.279 (0.119 – 0.435)	< 0.001
Средње	0.149 (0.014 – 0.284)	0.030	0.117 (0.015 – 0.374)	0.099
Добро и веома добро	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Испитанице најстарије добне скупине, затим оне које су у браку/ванбрачној заједници, средњег образовања, најбогатијег слоја, запослене и из Јужне и Источне Србије су најчешће самоиницијативно обављале мамографију, као и оне које своје здравље процењују као веома добро и добро.

По савету лекара су најчешће то чиниле испитанице из Војводине и неактивне у погледу радног статуса, а у оквиру организованог скрининга најчешће испитанице из региона Шумадије и Западне Србије и из најсиромашнијих слојева.

Табела 35. Учесталост испитаника према скринингу на рак дојке (мамографија) и на чију иницијативу је урађен

Варијабле	Лична иницијатива	Савет лекара	Позив за скрининг	р*
Узраст				
15-19	0	0	0	< 0.001
20-24	0.7	0.9	0.5	
25-29	1.8	1.5	0.5	
30-34	2.9	3.2	0	
35-39	5.7	3.4	2.9	
40-44	7.5	5.6	2.9	
45-49	7.7	7.4	5.9	
50-54	16.0	13.6	12.2	
55-59	18.9	17.6	16.6	
60-64	13.5	16.5	19.0	
≥65	25.3	30.3	39.5	
Брачни статус				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	5.9	4.8	1.5	< 0.001
Развод, разлаз, смрт партнера	21.1	25.3	26.8	
Брак/ванбрачна заједница	73.0	69.8	71.7	
Образовање				
Основна и нижа школа	16.0	27.9	25.9	< 0.001
Средња школа	57.4	56.8	54.6	
Виша и висока школа	26.6	15.3	19.5	
Радни статус				
Незапослен	15.6	17.5	8.9	< 0.001
Неактиван	41.2	50.8	58.6	
Запослен	43.2	31.8	32.5	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	31.2	36.4	39.0	< 0.001
Средњи слој	20.3	21.2	23.4	
Најбогатији слој	48.5	42.4	37.6	

Регион				
Београд	21.4	22.1	20.9	< 0.001
Војводина	26.6	32.4	29.1	
Шумадија и Западна Србија	17.6	17.3	39.2	
Јужна и Источна Србија	34.4	28.2	10.8	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	10.2	15.9	16.1	< 0.001
Средње	29.8	35.9	38.5	
Добро и веома добро	60.1	48.2	45.4	

* χ^2 test

Предиктор самоиницијативно обављеног мамографског прегледа у испитиваној популацији жена је старосно доба, где особе старости 50-54 године и 55-59 година показују 1,5 пута мању вероватноћу за самоиницијативну мамографију од особа најстаријег узраста. Такође особе које нису у браку, са основним образовањем, из најсиромашнијих слојева и лошијег здравља ређе обављају мамографски преглед самоиницијативно.

У мултиваријантном моделу издвојио се као предиктор само самопроцена здравља као предиктор самоиницијативног мамографског прегледа.

Табела 36. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографија) према демографским и социоекономским карактеристикама

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Узраст				
15-19	0.667 (0.476 – 1.089)	0.783	0.338 (0.171 – 0.581)	0.647
20-24	0.321 (0.054 – 0.697)	0.954	0.244 (0.058 – 0.465)	0.698
25-29	0.329 (0.157 – 0.644)	0.527	0.416 (0.412 – 2.244)	0.634
30-34	0.498 (0.187 – 0.782)	0.228	0.571 (0.114 – 1.056)	0.412
35-39	0.937 (0.044 – 1.819)	0.075	1.072 (0.944 – 2.088)	0.355
40-44	0.601 (0.121 – 1.081)	0.014	1.483 (0.336 – 2.301)	0.312
45-49	0.837 (0.356 – 1.318)	0.001	1.438 (1.382 – 3.258)	0.294
50-54	1.507 (1.028 – 1.986)	< 0.001	2.721 (1.051 – 4.494)	0.110
55-59	1.579 (1.104 – 2.055)	< 0.001	3.002 (1.816 – 5.821)	0.193
60-64	0.751 (0.476 – 1.240)	0.147	1.310 (0.557 – 2.277)	0.423
≥65	1		1	
Брачни статус				
Никада у браку/ ванбрачној заједници	0.836 (0.135 – 1.507)	< 0.001	1.099 (0.113 – 2.311)	0.729
Развод, разлаз, смрт партнера	0.202 (0.011 – 0.438)	< 0.001	0.540 (0.347 – 0.952)	0.426
Брак/ванбрачна заједница	1		1	

Образовање				
Основна и нижа школа	0.237 (0.124 – 0.351)	< 0.001	0.567 (0.198 – 1.032)	0.692
Средња школа	0.071 (0.034 – 0.176)	0.184	0.221 (0.068 – 0.503)	0.631
Виша и висока школа	1		1	
Радни статус				
Незапослен	1.622 (0.792 – 2.387)	0.625	0.896 (0.275 – 1.474)	0.942
Неактиван	0.992 (0.448 – 1.317)	0.541	0.437 (0.245 – 0.937)	0.858
Запослен	1		1	
Индекс благостања				
Најсиромашнији	0.242 (0.155 – 0.329)	< 0.001	0.186 (0.080 – 0.309)	0.203
Средњи слој	0.078 (0.027 – 0.184)	0.146	0.138 (0.095 – 0.246)	0.215
Најбогатији слој	1		1	
Регион				
Београд	0.070 (0.044 – 0.117)	0.451	0.117 (0.059 – 0.208)	0.242
Војводина	0.078 (0.027 – 0.131)	0.618	0.096 (0.007 – 0.186)	0.505
Шумадија и Западна Србија	0.156 (0.042 – 0.271)	0.007	0.110 (0.023 – 1.941)	0.067
Јужна и Источна Србија	1		1	
Самопроцена здравља				
Лоше и веома лоше	0.142 (0.034 – 0.251)	0.010	0.136 (0.028 – 0.210)	0.130
Средње	0.310 (0.216 – 0.405)	< 0.001	0.468 (0.201 – 0.735)	0.001
Добро и веома добро	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

Када су у питању животне навике, испитанице које конзумирају веће порције воћа и поврћа дневно (≥ 5 порција) чешће апстинирају од мамомграфског прегледа од оних које испољавају лошије навике у погледу конзумирања воћа и поврћа. Остале посматране варијабле нису показале значајност у униваријантном и мултиваријантном моделу.

Табела 37. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према животним навикама

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
БМИ категорија				
Потхрањеност	0.281 (0.062 – 1.272)	0.100	0.389 (0.015 – 0.822)	0.139
Нормална ухрањеност	0.924 (0.297 – 2.875)	0.891	1.333 (0.287 – 2.888)	0.879
Предгојазност	0.679 (0.208 – 2.214)	0.428	0.707 (0.251 – 1.804)	0.521
Гојазност	1		1	
Гојазност				
I степен	1.164 (0.278 – 2.772)	0.281	1.290 (0.368 – 2.816)	0.389
II степен	1.001 (0.162 – 2.159)	0.111	1.068 (0.106 – 1.938)	0.225
III степен	1		1	

Конзумирање воћа				
< 5 порција	2.635 (1.393 – 4.871)	< 0.001	1.955 (0.480 – 4.973)	0.035
≥5 порција	1		1	
Конзумирање поврћа				
< 5 порција	2.136 (1.558 – 4.950)	< 0.001	2.059 (0.628 – 4.290)	0.002
≥5 порција	1		1	
Конзумирање воћа и поврћа				
< 5 порција	2.430 (0.808 – 3.319)	< 0.001	2.198 (0.550 – 4.805)	0.003
≥5 порција	1		1	
Конзумирање млека				
Свакодневно	1.167 (0.492 – 3.063)	0.023	1.108 (0.373 – 2.034)	0.412
Понекад	1.483 (0.526 – 3.872)	0.006	1.606 (0.865 – 2.813)	0.245
Никад	1		1	
Мишићна активност				
Никада	0.801 (0.040 – 1.534)	0.885	1.306 (0.267 – 2.263)	0.830
Најмање 1 недељно	1		1	
Аеробна физичка активност				
<150мин	0.832 (0.441 – 2.763)	0.935	1.394 (0.470 – 3.681)	0.493
≥150мин	1		1	
Вожња бицикла				
<150мин	0.447 (0.022 – 0.639)	0.883	0.516 (0.074 – 1.602)	0.915
≥150мин	1		1	
Ходање				
<150мин	1.038 (0.119 – 2.209)	0.900	0.984 (0.340 – 1.636)	0.990
≥150мин	1		1	
Посао/активност				
Седентерни тип посла	1.071 (0.709 – 1.616)	0.745	1.778 (0.451 – 2.709)	0.812
Не радим	1.005 (0.288 – 3.507)	0.993	1.022 (0.270 – 3.019)	0.985
Углавном физички активан	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Гојазност, конзумирање воћа, вожња бицикла и ходање су били предиктори самоиницијативне мамографије у униваријантном регресионом моделу. Гојазне особе су 2,6 пута чешће обављале самоиницијативну мамографију од потхрањених, а 2,1 пута чешће од нормално ухрањених. Такође испитанице које су конзумирале више од 5 порција воћа дневно су чешће самоиницијативно обављале мамомграфски преглед. Испитанице које су ходале ≥150 мин и возиле бицикл ≥150 мин су 1,9 пута односно 1,3 пута чешће самоиницијативно обављале мамографију у односу на оне које су ове активности обављале <150мин. Дакле здравије животне навике су биле предиктор самоиницијативног мамомграфског прегледа. Као предиктор издвојена је и гојазност, што се може објаснити страхом од болести која мотивише за обављање прегледа.

Табела 38. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографија) према животним навикама

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	р	OR (95%CI)	р
БМИ категорија				
Потхрањеност	2.610 (0.775 – 3.556)	0.106	1.823 (0.654 – 2.577)	0.182
Нормална ухрањеност	2.141 (1.406 – 3.261)	<0.001	2.084 (1.191 – 3.464)	0.001
Предгојазност	1.929 (1.258 – 2.958)	0.003	2.148 (1.215 – 3.798)	0.009
Гојазност	1		1	
Гојазност				
I степен	1.436 (0.364 – 3.661)	0.605	1.525 (0.314 – 3.421)	0.601
II степен	0.914 (0.217 – 3.856)	0.903	1.018 (0.290 – 3.566)	0.510
III степен	1		1	
Конзумирање воћа				
< 5 порција	0.991 (0.464 – 1.809)	<0.001	0.757 (0.589 – 1.480)	<0.001
≥5 порција	1		1	
Конзумирање поврћа				
< 5 порција	1.583 (0.600 – 4.179)	0.242	2.114 (0.603 – 4.405)	0.354
≥5 порција	1		1	
Конзумирање воћа и поврћа				
< 5 порција	0.766 (0.445 – 1.289)	0.284	0.717 (0.390 – 1.318)	0.316
≥5 порција	1		1	
Конзумирање млека				
Свакодневно	0.725 (0.233 – 2.262)	0.580	0.581 (0.113 – 2.988)	0.515
Понекад	0.813 (0.262 – 2.522)	0.720	0.612 (0.118 – 3.174)	0.559
Никад	1		1	
Мишићна активност				
Никада	1.001 (0.414 – 2.418)	0.391	1.018 (0.247 – 2.564)	0.307
Најмање 1 недељно	1		1	
Аеробна физичка активност				
<150мин	0.514 (0.129 – 2.054)	0.347	0.506 (0.122 – 2.094)	0.347
≥150мин	1		1	
Вожња бицикла				
<150мин	1.327 (0.915 – 2.584)	<0.001	0.999 (0.639 – 1.894)	<0.001
≥150мин	1		1	
Ходање				
<150мин	1.944 (0.725 – 5.213)	<0.001	1.615 (0.426 – 2.608)	0.172
≥150мин	1		1	
Посао/активност				
Седентерни тип посла	1.169 (0.835 – 1.637)	0.363	0.849 (0.278 – 2.587)	0.405
Не радим	1.967 (0.560 – 4.906)	0.291	1.394 (0.332 – 3.497)	0.373
Углавном физички активан	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

Конзумирање различитих врста психоактивних супстанци се није показало као предиктор учесталости и начину подвргавања мамографији у униваријантном и мултиваријантном регресионом моделу.

Само се конзумирање алкохола издвојило у униваријантном моделу као предиктор самоиницијативно обављене мамографије.

Табела 39. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према конзумирању психоактивних супстанци

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Конзумирање цигарета				
Да, свакодневно	1.358 (0.783 – 2.356)	0.276	0.998 (0.356 – 2.802)	0.473
Да, повремено	1.198 (0.431 – 3.329)	0.729	0.920 (0.478 – 1.769)	0.802
Не	1		1	
Конзумирање алкохола у последњих 12 месеци				
Сваки дан или скоро сваки дан	0.783 (0.245 – 2.245)	0.932	0.773 (0.030 – 2.170)	0.929
5-6 дана у недељи	1.307 (0.268 – 3.311)	0.936	1.167 (0.154 – 3.437)	0.964
3-4 дана у недељи	0.979 (0.083 – 1.148)	0.986	0.950 (0.072 – 1.256)	0.969
1-2 дана у недељи	1.078 (0.218 – 5.332)	0.926	1.052 (0.196 – 5.643)	0.953
2-3 дана месечно	1.105 (0.361 – 3.386)	0.861	1.085 (0.336 – 3.503)	0.891
Једном месечно	1.091 (0.370 – 3.212)	0.875	1.093 (0.360 – 3.325)	0.875
Мање од једном месечно	1.007 (0.424 – 2.392)	0.988	1.011 (0.415 – 2.463)	0.982
Више не пијем алкохол/ Нисам у последњих годину дана	0.944 (0.358 – 2.490)	0.908	0.953 (0.353 – 2.575)	0.925
Нисам никада	1		1	
Конзумирање амфетамина				
Да, у току претходних 12 месеци	1.901 (0.394 – 2.919)	0.916	1.673 (0.514 – 3.053)	0.959
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.340 (0.041 – 2.362)	0.892	1.344 (0.048 – 2.727)	0.902
Не, никада	1		1	
Конзумирање канабиса				
Да, у току претходних 12 месеци	1.898 (0.361 – 2.521)	0.795	2.067 (0.726 – 4.272)	0.574
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.448 (0.104 – 2.019)	0.783	1.473 (0.113 – 2.489)	0.790
Не, никада	1		1	
Конзумирање кокаина				
Да, у току претходних 12 месеци	1.788 (0.320 – 2.487)	0.932	2.005 (0.757 – 3.727)	0.982
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.425 (0.161 – 2.571)	0.882	1.243 (0.217 – 1.755)	0.809
Не, никада	1		1	

Конзумирање екстазија				
Да, у току претходних 12 месеци	1.896 (0.844 – 2.257)	0.929	1.734 (0.984 – 2.732)	0.981
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.631 (0.489 – 3.072)	0.873	0.984 (0.374 – 1.895)	0.857
Не, никада	1		1	
Конзумирање хероина				
Да, у току претходних 12 месеци	1.690 (0.616 – 2.272)	0.952	1.790 (0.725 – 2.152)	0.991
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.514 (0.293 – 1.996)	0.882	1.424 (0.885 – 3.967)	0.896
Не, никада	1		1	
Конзумирање лепка и сл психоактивних супстанци				
Да, у току претходних 12 месеци	1.860 (0.609 – 2.911)	0.916	1.734 (0.551 – 2.611)	0.942
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.438 (0.363 – 3.280)	0.932	1.561 (0.387 – 3.403)	0.988
Не, никада	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Табела 40. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографија) према конзумирању психоактивних супстанци

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Конзумирање цигарета				
Да, свакодневно	1.060 (0.699 – 1.609)	0.784	0.922 (0.367 – 2.317)	0.782
Да, повремено	0.879 (0.353 – 2.192)	0.631	0.608 (0.285 – 1.297)	0.756
Не	1		1	
Конзумирање алкохола у последњих 12 месеци				
Сваки дан или скоро сваки дан	1.270 (0.259 – 3.232)	0.768	1.218 (0.246 – 3.026)	0.809
5-6 дана у недељи	1.055 (0.559 – 2.559)	0.991	1.148 (0.829 – 2.130)	0.700
3-4 дана у недељи	1.089 (0.216 – 4.497)	0.918	0.931 (0.181 – 4.479)	0.932
1-2 дана у недељи	0.726 (0.264 – 1.994)	0.534	0.686 (0.249 – 1.892)	0.467
2-3 дана месечно	1.875 (0.756 – 4.650)	0.175	1.788 (0.718 – 4.449)	0.212
Једном месечно	0.586 (0.281 – 1.222)	0.154	0.566 (0.271 – 1.183)	0.130
Мање од једном месечно	0.570 (0.334 – 0.973)	0.039	0.553 (0.322 – 0.949)	0.032
Више не пијем алкохол/ Нисам у последњих годину дана	0.884 (0.470 – 1.664)	0.703	0.854 (0.453 – 1.612)	0.626
Нисам никада	1		1	

Конзумирање амфетамина				
Да, у току претходних 12 месеци	0.991 (0.009 – 1.640)	0.993	0.993 (0.081 – 1.792)	0.964
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.989 (0.025 – 1.577)	0.997	1.326 (0.299 – 3.873)	0.934
Не, никада	1		1	
Конзумирање канабиса				
Да, у току претходних 12 месеци	0.947 (0.053 – 1.820)	0.971	1.077 (0.138 – 2.006)	0.970
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.092 (0.267 – 1.839)	0.987	1.241 (0.277 – 2.797)	0.988
Не, никада	1		1	
Конзумирање кокаина				
Да, у току претходних 12 месеци	0.913 (0.171 – 1.222)	0.985	0.864 (0.072 – 1.452)	0.987
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.047 (0.706 – 2.506)	0.989	1.036 (0.637 – 2.700)	0.995
Не, никада	1		1	
Конзумирање екстазија				
Да, у току претходних 12 месеци	0.952 (0.429 – 1.156)	0.913	0.892 (0.107 – 1.092)	0.934
Да, раније, али не у последњих годину дана	0.889 (0.109 – 1.296)	0.979	0.789 (0.011 – 1.509)	0.962
Не, никада	1		1	
Конзумирање хероина				
Да, у току претходних 12 месеци	0.940 (0.259 – 1.787)	0.994	1.090 (0.137 – 2.279)	0.959
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.197 (0.894 – 1.602)	0.985	1.151 (0.461 – 2.872)	0.963
Не, никада	1		1	
Конзумирање лепка и сл психоактивних супстанци				
Да, у току претходних 12 месеци	0.848 (0.201 – 1.194)	0.993	0.810 (0.192 – 2.420)	0.996
Да, раније, али не у последњих годину дана	1.194 (0.892 – 1.599)	0.990	1.285 (0.180 – 2.501)	0.929
Не, никада	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

Варијабле везане за сексуалну активност нису биле предиктори за учесталост обављања мамографије ни у униваријантном ни у мултиваријантном регресионом моделу.

Табела 41. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према сексуалној активности

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	р	OR (95%CI)	р
Да ли сте ступили у сексуалне односе?				
Да	0.871 (0.373 – 2.033)	0.749	0.864 (0.471 – 1.996)	0.879
Не	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе са особом истог пола?				
Да	0.920 (0.039 – 2.173)	0.959	0.991 (0.093 – 2.210)	0.994
Не	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе у претходних 12 месеци?				
Да	1.277 (0.602 – 2.711)	0.524	0.840 (0.314 – 2.092)	0.575
Не	1		1	
Са колико различитих партнера сте имали сексуалне односе последњих 12 месеци?				
Са 1 партнером	0.968 (0.133 – 2.072)	0.995	1.109 (0.311 – 2.257)	0.999
Са 2 партнера	1.253 (0.226 – 2.690)	0.990	1.240 (0.215 – 2.778)	0.991
Са 3 партнера	1.117 (0.111 – 3.015)	0.995	1.035 (0.395 – 2.887)	0.998
Са више од три партнера	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа?				
Да	1.116 (0.044 – 2.863)	0.947	0.886 (0.017 – 2.026)	0.952
Не	0.884 (0.038 – 2.032)	0.938	0.894 (0.038 – 1.980)	0.945
Не сећам се	1		1	
Да ли сте имали сексуални однос са повременим партнером последњих 12 месеци?				
Да	0.965 (0.035 – 1.541)	0.993	0.869 (0.124 – 1.402)	0.995
Не	0.891 (0.116 – 1.218)	0.942	0.936 (0.137 – 2.493)	0.975
Не сећам се	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа са повременим партнером?				
Да	1.300 (0.488 – 3.088)	0.361	1.099 (0.306 – 2.713)	0.416
Не	1.045 (0.736 – 3.826)	0.461	0.910 (0.662 – 2.981)	0.508
Не сећам се	1		1	
Да ли сте током претходних 12 месеци имали намерни прекид трудноће?				
Да	1.326 (0.024 – 3.056)	0.891	1.289 (0.022 – 2.969)	0.902
Не	1		1	
Да ли Ви или Ваш партнер користите нешто од средстава за заштиту од трудноће?				
Да	1.666 (0.077 – 3.618)	0.745	1.538 (0.169 – 4.171)	0.783
Не	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Информисаност о ХИВ инфекцији није била предиктор учесталости мамографије ни у униваријантном ни у мултиваријантном регресионом моделу.

Табела 42. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према информисаности о ХИВ инфекцији

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Да ли сте чули за ХИВ вирус и болест АИДС коју овај вирус изазива?				
Да	1.049 (0.456 – 2.413)	0.910	1.091 (0.220 – 3.407)	0.915
Не	1		1	
Према Вашем мишљењу, да ли се ХИВ може пренети упражњавањем односа са само једним партнером?				
Да	0.933 (0.352 – 2.478)	0.890	1.069 (0.359 – 3.182)	0.914
Не	1.145 (0.216 – 4.073)	0.874	0.925 (0.226 – 3.787)	0.904
Не знам	1		1	
Да ли знате место где се можете саветовати и тестирати на ХИВ?				
Да	0.969 (0.467 – 2.010)	0.933	0.967 (0.450 – 2.077)	0.932
Не	1		1	
Да ли сте се тестирали на ХИВ?				
Да, у последњих 12 месеци	1.105 (0.060 – 2.019)	0.943	0.862 (0.048 – 2.080)	0.946
Да, пре више од 12 месеци	1.087 (0.241 – 2.311)	0.913	1.177 (0.191 – 2.136)	0.909
Не	1		1	
Да ли су Вам саопштени резултати?				
Да	1.310 (0.270 – 3.301)	0.896	1.210 (0.250 – 3.174)	0.896
Не	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Униваријантна регресиона анализа је издвојила само два предиктора за самоиницијативно спроведен мамографски преглед, а то је коришћење кондома током последњег сексуалног односа са повременим партнером, где особе које се не сећају да ли су га користиле 2 пута чешће обаљају самоиницијативно мамографију од оних које користе кондом, као и особе које нису имале сексуалну активност у последњих 12 месеци 1,5 пута чешће иду на мамографију самоиницијативно.

Табела 43. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографију) према сексуалној активности

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Да ли сте ступили у сексуалне односе?				
Да	1.081 (0.597 – 1.957)	0.796	0.615 (0.248 – 2.480)	0.804
Не	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе са особом истог пола?				
Да, у току претходних 12 месеци	1.729 (0.367 – 4.146)	0.488	1.846 (0.329 – 3.884)	0.416
Да, раније	0.769 (0.139 – 2.264)	0.763	0.667 (0.244 – 2.732)	0.807
Не, никада	1		1	
Да ли сте имали сексуалне односе у претходних 12 месеци?				
Да	1.588 (1.002 – 2.518)	0.019	1.103 (0.649 – 2.342)	0.049
Не	1		1	
Са колико различитих партнера сте имали сексуалне односе последњих 12 месеци?				
Са једним партнером	0.278 (0.191 – 0.546)	0.610	0.289 (0.129 – 0.814)	0.616
Са два партнера	0.375 (0.224 – 0.686)	0.672	0.389 (0.086 – 0.600)	0.697
Са три партнера	0.687 (0.067 – 1.281)	0.923	0.646 (0.146 – 2.006)	0.942
Са више од три партнера	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа?				
Да	1.004 (0.188 – 1.378)	< 0.001	0.730 (0.276 – 1.092)	0.026
Не	0.921 (0.526 – 2.267)	< 0.001	0.810 (0.184 – 1.898)	0.029
Не сећам се	1		1	
Да ли сте имали сексуални однос са повременим партнером последњих 12 месеци?				
Да	0.566 (0.123 – 0.811)	0.727	0.545 (0.259 – 1.024)	0.796
Не	0.592 (0.353 – 0.938)	0.374	0.614 (0.242 – 0.895)	0.380
Не сећам се	1		1	
Да ли је коришћен кондом током Вашег последњег сексуалног односа са повременим партнером?				
Да	2.068 (0.543 – 4.662)	0.039	1.574 (0.538 – 3.079)	0.041
Не	1.919 (0.484 – 3.960)	0.055	2.087 (0.940 – 4.379)	0.060
Не сећам се	1		1	
Да ли сте током претходних 12 месеци имали намерни прекид трудноће?				
Да	1.181 (0.275 – 2.384)	0.991	1.051 (0.199 – 3.358)	0.994
Не	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

Информисаност о ХИВ инфекцији није била предиктор начина обављања мамографије ни у униваријантном ни у мултиваријантном регресионом моделу.

Табела 44. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографија) према информисаности о ХИВ инфекцији

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Да ли сте чули за ХИВ вирус и болест АИДС коју овај вирус изазива?				
Да	0.961 (0.541 – 1.708)	0.821	0.899 (0.356 – 2.267)	0.893
Не	1		1	
Према Вашем мишљењу, да ли се ХИВ може пренети упражњавањем односа са само једним партнером?				
Да	1.602 (0.818 – 3.134)	0.169	1.741 (0.943 – 3.187)	0.213
Не	0.816 (0.260 – 2.564)	0.728	0.899 (0.356 – 2.267)	0.821
Не знам	1		1	
Да ли знате место где се можете саветовати и тестирати на ХИВ?				
Да	1.039 (0.648 – 1.665)	0.874	0.961 (0.408 – 2.380)	0.897
Не	1		1	
Да ли сте се тестирали на ХИВ?				
Да, у последњих 12 месеци	0.681 (0.160 – 2.903)	0.603	0.679 (0.131 – 2.524)	0.690
Да, пре више од 12 месеци	1.143 (0.401 – 3.260)	0.802	1.275 (0.504 – 3.217)	0.820
Не	1		1	
Да ли су Вам саопштени резултати?				
Да	0.762 (0.067 – 3.665)	0.826	0.662 (0.061 – 2.025)	0.854
Не	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

Присуство болести и мултиморбидитет, као и тешкоће у вези са видом и слухом нису се издвојили као предиктори начина обављања мамографског прегледа, ни у униваријантном ни у мултиваријантном регресионом моделу.

Табела 45. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографија) према болестима и тешкоћама у вези са видом и слухом

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	р	OR (95%CI)	р
Болести				
Мултиморбидитет	1.242 (0.403 – 2.967)	0.966	0.809 (0.412 – 1.702)	0.998
Једна болест	1.311 (0.329 – 2.057)	0.964	1.028 (0.550 – 2.893)	0.924
Без болести	1		1	
Наочаре или контактивна сочива				
Да	0.906 (0.474 – 1.812)	0.995	0.921 (0.265 – 2.031)	0.999
Не	0.649 (0.115 – 1.352)	0.964	0.849 (0.183 – 1.947)	0.988
Слеп или не види уопште	1		1	
Тешкоће са видом и поред помагала				
Без тешкоћа	1.476 (0.412 – 3.212)	0.995	1.681 (0.384 – 2.732)	0.995
Уз мање тешкоће	1.263 (0.488 – 2.972)	0.992	1.550 (0.396 – 3.290)	0.988
Уз велике тешкоће	1.915 (0.271 – 4.055)	0.993	1.292 (0.112 – 2.894)	0.987
Нисам у стању	1		1	
Помагало за слух				
Да	0.332 (0.196 – 0.685)	0.957	0.399 (0.145 – 0.637)	0.965
Не	0.463 (0.214 – 0.997)	0.999	0.424 (0.226 – 0.859)	0.999
Глув или не чује уопште	1		1	
Тешкоће да се чује саговорник и поред помагала				
Без тешкоћа	1.058 (0.463 – 2.773)	0.999	1.028 (0.301 – 2.126)	0.997
Уз мање тешкоће	0.985 (0.376 – 3.037)	0.995	0.992 (0.333 – 3.007)	0.993
Уз велике тешкоће	1.242 (0.501 – 3.648)	0.986	1.167 (0.427 – 4.202)	0.993
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће да се чује саговорник у бучној средини и поред помагала				
Без тешкоћа	1.128 (0.448 – 2.143)	0.976	1.011 (0.556 – 2.930)	0.951
Уз мање тешкоће	1.276 (0.550 – 3.517)	0.977	0.920 (0.429 – 3.627)	0.987
Уз велике тешкоће	1.025 (0.343 – 3.625)	0.978	1.185 (0.688 – 4.096)	0.996
	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

Тешкоће у вези са обављањем свакодневних активности нису се издвојили као предиктори начина обављања мамографског прегледа, ни у униваријантном ни у мултиваријантном регресионом моделу.

Табела 46. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографија) према тешкоћама у вези са обављањем свакодневних активности

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пешачење по равном пола километара				
Без тешкоћа	0.758 (0.084 – 3.830)	0.805	0.829 (0.103 – 3.446)	0.990
Уз мање тешкоће	0.357 (0.038 – 2.333)	0.366	0.303 (0.082 – 1.461)	0.360
Уз велике тешкоће	0.611 (0.060 – 3.246)	0.678	0.771 (0.226 – 2.633)	0.678
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у пењању/силаску низ степенице				
Без тешкоћа	1.539 (0.751 – 2.742)	0.099	1.415 (0.508 – 3.157)	0.124
Уз мање тешкоће	2.129 (0.500 – 3.958)	0.223	2.741 (0.450 – 3.993)	0.280
Уз велике тешкоће	1.786 (0.415 – 2.869)	0.291	1.337 (0.395 – 3.216)	0.341
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у памћењу или конценрацији				
Без тешкоћа	0.829 (0.436 – 2.673)	0.999	0.939 (0.353 – 2.142)	0.999
Уз мање тешкоће	0.784 (0.457 – 2.920)	0.998	0.631 (0.499 – 2.451)	0.995
Уз велике тешкоће	1.076 (0.521 – 3.229)	0.975	0.980 (0.475 – 3.970)	0.994
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у храњењу				
Без тешкоћа	1.061 (0.284 – 3.967)	0.930	0.953 (0.169 – 2.522)	0.936
Уз мање тешкоће	0.414 (0.105 – 1.641)	0.210	0.373 (0.091 – 1.496)	0.163
Уз велике тешкоће	0.485 (0.107 – 2.207)	0.349	0.500 (0.108 – 2.320)	0.336
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у устајању у/из кревета				
Без тешкоћа	0.960 (0.128 – 1.769)	0.939	1.056 (0.288 – 2.744)	0.996
Уз мање тешкоће	0.878 (0.176 – 1.914)	0.934	0.891 (0.141 – 2.029)	0.994
Уз велике тешкоће	0.804 (0.214 – 1.530)	0.943	0.895 (0.306 – 2.694)	0.976
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у свлачењу/облачењу				
Без тешкоћа	0.539 (0.293 – 1.060)	0.932	0.658 (0.255 – 1.573)	0.930
Уз мање тешкоће	0.673 (0.174 – 1.422)	0.942	0.757 (0.199 – 1.850)	0.937
Уз велике тешкоће	0.891 (0.446 – 1.966)	0.942	0.860 (0.311 – 2.095)	0.926
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у одласку у тоалет				
Без тешкоћа	0.801 (0.221 – 3.537)	0.999	0.859 (0.229 – 3.133)	0.980
Уз мање тешкоће	0.757 (0.254 – 2.761)	0.994	0.731 (0.316 – 3.075)	0.975
Уз велике тешкоће	1.007 (0.365 – 3.086)	0.997	0.998 (0.286 – 2.984)	0.983
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће приликом купања/туширања				
Без тешкоћа	1.066 (0.382 – 2.650)	0.911	1.381 (0.484 – 2.398)	0.890
Уз мање тешкоће	0.957 (0.141 – 2.162)	0.920	0.669 (0.109 – 1.905)	0.960
Уз велике тешкоће	1.052 (0.535 – 2.351)	0.912	0.973 (0.481 – 2.178)	0.893
Нисам у стању	1		1	

Тешкоће у припреми оброка				
Без тешкоћа	0.822 (0.270 – 1.987)	0.999	0.564 (0.268 – 2.192)	0.998
Уз мање тешкоће	0.956 (0.375 – 2.406)	0.997	0.599 (0.368 – 2.961)	0.999
Уз велике тешкоће	0.895 (0.289 – 1.728)	0.997	0.452 (0.201 – 1.736)	0.978
Нисам у стању	1.011 (0.231 – 2.960)	0.997	0.807 (0.297 – 2.697)	0.998
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће око одласка у куповину				
Без тешкоћа	2.175 (0.135 – 3.503)	0.584	1.416 (0.221 – 3.251)	0.638
Уз мање тешкоће	1.400 (0.078 – 2.514)	0.819	0.847 (0.166 – 1.625)	0.919
Уз велике тешкоће	1.500 (0.061 – 3.157)	0.794	1.614 (0.049 – 4.773)	0.782
Нисам у стању	1.099 (0.107 – 3.000)	0.547	1.042 (0.218 – 3.606)	0.514
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће у обављању лакших кућних послова				
Без тешкоћа	1.269 (0.141 – 3.655)	0.563	1.156 (0.119 – 3.907)	0.603
Уз мање тешкоће	1.235 (0.072 – 2.124)	0.884	0.830 (0.150 – 2.280)	0.820
Уз велике тешкоће	0.750 (0.032 – 1.756)	0.858	0.716 (0.070 – 1.834)	0.943
Нисам у стању	1.187 (0.193 – 3.250)	0.711	0.984 (0.109 – 2.432)	0.722
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће у повременом обављању тежих кућних послова				
Без тешкоћа	1.079 (0.466 – 2.495)	0.860	0.947 (0.395 – 2.269)	0.903
Уз мање тешкоће	0.995 (0.407 – 2.459)	0.999	0.959 (0.384 – 2.111)	0.999
Уз велике тешкоће	0.846 (0.295 – 2.427)	0.756	0.842 (0.361 – 1.956)	0.775
Нисам у стању	1.375 (0.441 – 4.291)	0.583	1.283 (0.405 – 4.066)	0.672
Никад није пробао/пробала	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

Испитанице са тешкоћама вида и слуха чешће никада нису обављале мамографски преглед у односу на испитанице које су без тешкоћа. Наиме слепе особе 1,3 пута чешће се никада нису подвргавале мамографији у односу на оне које су без тешкоћа вида, а глуве 1,7 пута чешће од оних без тегоба везаних за слух.

Такође особе које имају тешкоће у физичким активностима односно у пењању и силаску низ степенице, оне које имају тешкоће у обављању свакодневних кућних послова, куповине и активности везаних за храњење и припрему оброка чешће никада нису обављале мамографски преглед.

Табела 47. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према болестима и тешкоћама у вези са видом и слухом

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Болести				
Мултиморбидитет	0.952 (0.734 – 1.235)	0.712	0.966 (0.616 – 1.515)	0.881
Једна болест	1.160 (0.821 – 1.638)	0.400	1.130 (0.792 – 1.613)	0.499
Без болести	1		1	
Наочаре или контактна сочива				
Да	1.917 (0.726 – 3.092)	<0.001	1.046 (0.684 – 2.547)	0.002
Не	1.382 (0.686 – 2.443)	<0.001	1.123 (0.783 – 2.553)	0.012
Слеп или не види уопште	1		1	
Тешкоће са видом и поред помагала				
Без тешкоћа	0.784 (0.322 – 1.905)	0.007	0.729 (0.309 – 1.997)	0.051
Уз мање тешкоће	0.860 (0.350 – 2.111)	0.006	0.761 (0.464 – 2.076)	0.031
Уз велике тешкоће	0.637 (0.255 – 1.027)	0.048	0.698 (0.160 – 1.551)	0.023
Нисам у стању	1		1	
Помагало за слух				
Да	1.099 (0.470 – 2.539)	<0.001	1.158 (0.497 – 2.200)	<0.001
Не	1.702 (0.542 – 3.021)	<0.001	0.995 (0.413 – 1.896)	<0.001
Глув или не чује уопште	1		1	
Тешкоће да се чује саговорник и поред помагала				
Без тешкоћа	1.065 (0.563 – 2.535)	0.850	0.930 (0.339 – 2.052)	0.839
Уз мање тешкоће	1.042 (0.479 – 2.961)	0.853	1.256 (0.385 – 3.085)	0.825
Уз велике тешкоће	0.880 (0.240 – 1.715)	0.876	0.618 (0.171 – 1.033)	0.919
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће да се чује саговорник у бучној средини и поред помагала				
Без тешкоћа	2.611 (0.669 – 5.372)	<0.001	2.089 (0.851 – 4.974)	<0.001
Уз мање тешкоће	1.863 (0.957 – 4.230)	<0.001	1.704 (0.782 – 4.400)	<0.001
Уз велике тешкоће	2.187 (0.830 – 4.760)	0.113	1.850 (0.591 – 3.587)	0.288
Нисам у стању	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Табела 48. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према тешкоћам у вези са обављањем свакодневних активности

Варијабле	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пешачење по равном пола километара				
Без тешкоћа	1.131 (0.805 – 3.900)	<0.001	0.978 (0.563 – 4.335)	<0.001
Уз мање тешкоће	1.208 (0.798 – 3.550)	<0.001	0.907 (0.597 – 3.857)	<0.001
Уз велике тешкоће	0.820 (0.269 – 1.391)	<0.001	0.867 (0.301 – 2.145)	<0.001
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у пењању/силаску низ степенице				
Без тешкоћа	2.222 (0.854 – 4.457)	<0.001	2.158 (0.666 – 4.979)	<0.001
Уз мање тешкоће	1.707 (0.971 – 3.000)	<0.001	1.186 (0.921 – 2.626)	<0.001
Уз велике тешкоће	0.967 (0.420 – 2.746)	<0.001	0.826 (0.281 – 2.547)	<0.001
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у памћењу или концентрацији				
Без тешкоћа	1.029 (0.531 – 2.916)	<0.001	1.078 (0.355 – 3.039)	0.100
Уз мање тешкоће	0.971 (0.457 – 2.872)	<0.001	0.962 (0.594 – 2.398)	0.103
Уз велике тешкоће	1.061 (0.563 – 2.519)	<0.001	0.977 (0.430 – 1.942)	0.318
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у храћењу				
Без тешкоћа	1.351 (0.840 – 2.172)	<0.001	1.244 (0.750 – 3.536)	0.022
Уз мање тешкоће	0.968 (0.561 – 1.668)	<0.001	0.933 (0.611 – 2.231)	0.015
Уз велике тешкоће	0.714 (0.390 – 1.304)	<0.001	0.602 (0.288 – 1.905)	0.048
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у устајању у/из кревета				
Без тешкоћа	0.742 (0.211 – 2.084)	0.717	0.570 (0.107 – 1.685)	0.707
Уз мање тешкоће	1.006 (0.401 – 3.120)	0.740	0.823 (0.261 – 2.600)	0.740
Уз велике тешкоће	0.908 (0.362 – 2.465)	0.744	1.121 (0.534 – 3.190)	0.753
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у свлачењу/облачењу				
Без тешкоћа	0.903 (0.221 – 2.096)	0.666	0.963 (0.427 – 2.377)	0.721
Уз мање тешкоће	0.894 (0.217 – 1.920)	0.691	0.712 (0.163 – 2.108)	0.733
Уз велике тешкоће	1.054 (0.287 – 3.237)	0.716	1.183 (0.340 – 3.206)	0.720
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће у одласку у тоалет				
Без тешкоћа	1.712 (0.698 – 2.857)	0.639	1.278 (0.691 – 3.644)	0.611
Уз мање тешкоће	1.206 (0.564 – 2.979)	0.674	0.974 (0.314 – 1.983)	0.705
Уз велике тешкоће	1.110 (0.571 – 2.605)	0.699	0.949 (0.482 – 2.599)	0.730
Нисам у стању	1		1	
Тешкоће приликом купања/туширања				
Без тешкоћа	1.074 (0.461 – 2.951)	0.056	1.154 (0.337 – 3.062)	0.072
Уз мање тешкоће	1.144 (0.407 – 3.242)	0.072	1.186 (0.380 – 3.538)	0.078
Уз велике тешкоће	0.903 (0.520 – 2.670)	0.109	0.943 (0.564 – 3.391)	0.293
Нисам у стању	1		1	

Тешкоће у припреми оброка				
Без тешкоћа	1.679 (0.547 – 3.242)	< 0.001	1.792 (0.561 – 3.398)	0.013
Уз мање тешкоће	1.559 (0.533 – 4.790)	< 0.001	1.073 (0.480 – 3.439)	0.012
Уз велике тешкоће	1.754 (0.485 – 3.331)	< 0.001	0.976 (0.406 – 2.898)	0.016
Нисам у стању	1.862 (0.733 – 4.505)	0.017	1.109 (0.745 – 4.681)	0.022
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће око одласка у куповину				
Без тешкоћа	2.280 (1.237 – 4.203)	< 0.001	1.902 (0.988 – 3.867)	0.030
Уз мање тешкоће	2.447 (1.024 – 5.842)	< 0.001	2.266 (0.871 – 4.727)	0.029
Уз велике тешкоће	1.484 (0.923 – 3.720)	< 0.001	1.306 (0.718 – 3.098)	0.032
Нисам у стању	1.434 (0.698 – 3.196)	0.002	1.184 (0.659 – 2.798)	0.057
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће у обављању лакших кућних послова				
Без тешкоћа	1.813 (0.300 – 2.929)	< 0.001	1.413 (0.463 – 3.438)	< 0.001
Уз мање тешкоће	1.221 (0.480 – 3.216)	< 0.001	0.852 (0.228 – 2.197)	< 0.001
Уз велике тешкоће	1.652 (0.388 – 4.022)	< 0.001	1.042 (0.405 – 3.712)	< 0.001
Нисам у стању	1.584 (0.439 – 3.886)	0.035	1.365 (0.481 – 4.019)	0.041
Никад није пробао/пробала	1		1	
Тешкоће у повременим обављању тежих кућних послова				
Без тешкоћа	1.862 (0.858 – 4.043)	0.116	1.574 (0.807 – 3.886)	0.160
Уз мање тешкоће	2.477 (1.023 – 5.997)	0.044	1.875 (0.970 – 5.773)	0.069
Уз велике тешкоће	1.636 (0.667 – 4.012)	0.282	1.557 (0.762 – 4.033)	0.276
Нисам у стању	1.568 (0.630 – 3.993)	< 0.001	1.202 (0.645 – 3.451)	0.013
Никад није пробао/пробала	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Симптоми депресивности се нису издвојили као предиктор мамографије у погледу учесталости и начина обављања прегледа, ни у једном регресионом моделу.

Табела 49. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за учесталост скрининга на карцином дојке (мамографија) према симптомима депресивности

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Депресија категорија				
Без симптома депресије	0.959 (0.231 – 3.573)	0.976	0.964 (0.227 – 3.528)	0.986
Благи депресивни симптоми	1.094 (0.251 – 4.772)	0.905	1.076 (0.244 – 4.738)	0.923
Умерена депресија	0.919 (0.201 – 4.190)	0.913	0.915 (0.199 – 4.208)	0.909
Умерено тешка депресија	0.987 (0.178 – 3.479)	0.988	0.989 (0.176 – 3.339)	0.990
Тешка депресија	1		1	
Депресивна епизода				
Не	1.074 (0.823 – 1.402)	0.597	1.121 (0.710 – 1.770)	0.623
Да	1		1	

*референтна категорија: никада није обављена мамографија

Табела 50. Унакрсни односи (OR) и 95% интервали поверења (CI) за начин коришћења скрининга на карцином дојке (мамографија) према симптомима депресивности

Варијабла	Модел униваријантне регресије		Модел мултиваријантне регресије	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Депресија категорија				
Без симптома депресије	1.173 (0.518 – 4.976)	0.989	1.654 (0.634 – 4.937)	0.993
Благи депресивни симптоми	3.935 (1.400 – 6.067)	0.009	3.810 (1.353 – 5.730)	0.011
Умерена депресија	1.834 (0.735 – 4.576)	0.165	2.105 (0.729 – 5.080)	0.169
Умерено тешка депресија	1.143 (0.307 – 4.254)	0.842	1.146 (0.308 – 4.267)	0.839
Тешка депресија	1		1	
Депресивна епизода				
Не	1.357 (0.965 – 1.907)	0.079	1.230 (0.872 – 1.736)	0.238
Да	1		1	

*референтна категорија: самоиницијативно обављена мамографија

5. ДИСКУСИЈА

Према дефиницији СЗО-е, репродуктивно здравље се описује као стање у којем појединац постиже потпуну физичку, менталну и социјалну добробит у свим аспектима повезаним са репродуктивним системом и његовим функцијама и процесима.

Гледано са тог аспекта обухвата низ области и услуга укључујући здравље мајке, детета и новорођенчета, планирање породице, пренаталну и постнаталну негу, родно засновано насиље, превенцију и управљање абортусом, бригу о плодности и репродуктивно образовање. (233).

Људи могу уживати у одговорном, задовољавајућем и безбедном сексуалном животу, као и имати способност за репродукцију и слободу одлучивања показало је истраживање спроведеном у Србији 2021. године (234).

Оваквим приступом се са једне стране наглашавају права индивидуе да буде информисана, да јој буду доступне превентивне услуге на нивоу примарне здравствене заштите, док са друге стране, наглашава се значај доступности здравственим услугама које ће омогућити безбедну трудноћу и порођај жена као и здраво потомство (235).

Истраживањем у оквиру доктората је обухваћено 6.747 жена старости више од 15 година. Утврђено је да је највећи број испитаница била у ванбрачној или брачној заједници (58,1%). Такође, истраживање је показало да је са територије Војводине у истраживању учешће узело 31,4% испитаница, док је из београдског округа учествовало 22,6% испитаница, односно свака пета испитаница била је са територије града Београда.

Према степену образовања међу испитаницама доминирало је средње стручно образовање (50,3%). Са вишом и високом школом у истраживању је учествовало укупно 18,4% испитаница. Ипак истраживањем је обухваћено и 31,3% жена које су имале основно образовање и нижи степен образовања (свака трећа испитаница).

Ако говоримо о индексу благостања, истраживање је показало да је према степену благостања истраживањем било обухваћено укупно 58,7% жена, које су припадале најбогатијој класи и средњој класи заједно, по финансијским карактеристикама, док је 41,3% жена обухваћених истраживањем, припадало сиромашној категорији.

Такође, у погледу радног статуса свака трећа жена обухваћена истраживањем била је запослена.

Већина жена је своје здравље процењивало као добро и веома добро (56,7%), док је скоро трећина испитаница оценила своје здравље средњим стањем (27,1%).

Процент становништва које оцењује своје опште здравствено стање као добро у студији "Истраживање здравља становништва Србије" из 2019. године износи 66,5%. Ова вредност је у порасту у односу на претходне периоде, где је била 57,8% у 2013. години и 49,8% у 2016. години. Та тенденција узнапређења омогућава да се просечна вредност овог показатеља у Србији приближи просечној вредности у земљама Европске уније (236).

Истраживање здравља становништва Србије из 2019. године показало је да се у популацији одраслог становништва региструје повећање употребе заштитних средстава и метода контрацепције, нарочито кондома и то са повременим партнерима у односу на праксу која је описана истраживањем из 2013. године. Упркос томе, жене са нижим образовањем и из најсиромашнијих домаћинстава значајно ређе су користиле контрацепцију (236).

Ако посматрамо коришћење примарне здравствене заштите у области репродуктивног здравља у Србији, треба анализирати посете гинекологу, имајући у виду веома добру карактеристику примарне здравствене заштите у Србији, која се у области репродуктивног здравља ослања на специјалисте гинекологије, бабице и патронажне сестре.

Истраживање је показало да свог изабраног гинеколога има 33,8% жена. Највећи проценат жена које имају изабраног гинеколога, имају праксу коришћења државне здравствене службе - у државној пракси 51,8 %, док 15,9% у приватној пракси.

У старосној групи од 50 до 54 године, највише испитаница има свог изабраног лекара гинекологије у државној пракси (65,8%).

Изабраног гинеколога у приватној пракси најчешће имају нешто млађе испитанице старосне доби 35-39 година (15.9%).

Да имају свог гинеколога у државној пракси, најчешће су се изјасниле испитанице које су у браку, оне које су средњошколског образовања и које су незапослене, затим испитанице из најбогатијег материјалног статуса (40,4%), чешће из региона Јужне и источне Србије (36%), које своје здравље процењују као добро и веома добро и које су без мултиморбидитета. Истраживање је показало да жене са богатим материјалним статусом користе и приватну праксу и имају изабраног гинеколога у 53,5% случајева.

Гинеколога је посетило нешто мање од трећине жена (30,2%) у периоду од годину дана, док је 54,2% испитаница то чинило знатно ређе, односно свака друга жена је то чинила пре више од 12 месеци и дуже.

Гинеколога најредовније посећују испитанице старости 30-34 године (59.4%). Испитанице најмлађег узраста, од 20-24 године живота, најчешће се изјашњавају да никада нису посетиле гинеколога чак свака трећа испитаница (36%). Потреба за целокупним унапређењем информисања о значају посете гинекологу од стране жена, после отпочињања сексуалне активности, али и пре сексуалне активности од великог је значаја за очување репродуктивног здравља популације.

Поред гинеколошког прегледа, ПАПА теста и здравствено васпитног информисања, посета гинекологу је једна од најзначајнијих превентивних пракси, које треба промовисати путем промоције здравља на нивоу целокупне популације, али и у школским клубовима, намењеној школској деци, омладини и родитељима.

Истраживање је показало да је приближно 67,2% учесница је обавило преглед који укључује Папа тест бар једном у животу. Међу њима, значајан подскуп чине жене чак 46,1% жена, које су ПАПА тест обавиле у оквиру скрининг прегледа на цервикални канцер у периоду од уназад три године 21,3% жена је то учинила у последњих 12 месеци, а само 15,4% мање него пре две године показало је истраживање. Истраживање је показало такође да свака пета жена није урадила ПАПА тест никада, односно укупно 24,3% жена никада није било подвргнуто Папа тесту, што није добар показатељ информисаности жена о значају ове врсте прегледа за женско здравље.

Истраживање проведено у Бразилу уз учешће студената показало је да 30% њих није било свесно значаја Папаниколау теста за очување репродуктивног здравља. Такође, трећина студената није имала информације о својим резултатима од стране изабраног лекара (237). Додатно, истраживање у неким земљама Латинске Америке открило је да је проценат недавно спроведених Папаниколау тестова износио 52% у Перуу, 49% у Доминиканској Републици и 42% у Боливији (238).

Значај посета гинекологу од стране женске популације, од великог је значаја јер поред наведених врста прегледа укључује и узимање гинеколошких брисева за дијагностику ППИ, а најчешће хламидије, уреаплазме, микоплазме, гонореје и других инфекција.

Значај коришћења примарне здравствене заштите и у домену микробиолошке дијагностике од великог је значаја. Литература показује да више од милион полно преносивих инфекција (ППИ) се добије сваког дана широм света, од којих је већина асимптоматска. Процењује се да се сваке године јавља 374 милиона нових инфекција са 1 од 4 излечиве ППИ: хламидијом, гонорејом, сифилисом и трихомонијазом. Процењује се да више од 500 милиона људи од 15 до 49 година има гениталну инфекцију вирусом

херпес симплекса (ХСВ или херпес) (239). Инфекција хуманим папилома вирусом (ХПВ) је повезана са преко 311 000 смртних случајева од рака грлића материце сваке године, показало је истраживање (240).

Редовно коришћење примарне здравствене заштите у области контроле трудноће, значајно је за спречавање ширења и заражавања трудница сифилисом и гонорејом, али не треба занемарити ни ширење хепатитиса Б, Ц нити преноса ХИВ инфекције као реалног потенцијалног ризика.

У литератури, постоје подаци да је процењено да је скоро милион трудница заражено сифилисом у 2016. години, што је резултирало са преко 350 000 нежељених исхода порођаја. Треба нагласити да ППИ имају директан утицај на сексуално и репродуктивно здравље кроз стигматизацију, неплодност, рак и компликације у трудноћи и могу повећати ризик од ХИВ-а.

Упркос значајним напорима да се идентификују једноставне интервенције које могу смањити ризично сексуално понашање, промена понашања остаје сложен изазов глобално као и на нивоу сваког друштва и заједнице. Службе али и појединци у оквиру института и завода у Србији, непосредно раде анализу потреба за спровођење промотивних и превентивних активности, како за систем здравствене заштите, тако и за заједнице.

Информисање, образовање и саветовање могу побољшати способност људи да препознају симптоме ППИ и могу повећати вероватноћу да ће тражити негу и подстаћи сексуалног партнера да то учини. Нажалост, недостатак јавне свести, недостатак специфичних програма едукације међу здравственим радницима и дуготрајна, широко распрострањена стигма која постоји у општој популацији око полно преносивих болести остају баријере за већу и ефикаснију употребу ових интервенција. У домену примарне здравствене заштите у земљама у развоју, укључујући и Србију, здравствене службе за скрининг и лечење ППИ и даље треба развијати. Често смо сведоци да појединци који се обрате за скрининг преглед, или за тестирање на неку од полно преносивих инфекцијамогу доживети различита неразумевања у окружењу због исказаног захтева.

Као део своје мисије, СЗО подржава различите државе и здравствене системе да развијају националне стратешке планове и смернице; стварају охрабрујуће окружење које омогућава појединцима да разговарају о полно преносивим болестима, усвоје безбедније сексуалне понашање и траже лечење; повећају примарну превенцију (доступност и употреба кондома, итд.); повећају интеграцију услуга у оквиру примарне здравствене заштите; повећају доступност квалитетне здравствене заштите у домену примарне здравствене заштите и репродуктивног здравља.

У литератури се истиче да је најприкладнији метод контроле рађања замиштан од општег здравља појединца, старости, учесталости сексуалне активности, броја сексуалних партнера, жеље да имају децу у будућности и породичне историје одређених болести (241). Имајући наведену чињеницу у виду, још више долази до изражаја потреба за интензивнијем и масовнијем коришћењу свих превентивних услуга на нивоу примарне здравствене заштите, тачније на месту првог контакта становништва са здравственом службом

Број жена које желе да користе планирање породице глобално значајно се повећао у последње две деценије, са 900 милиона у 2000. на скоро 1,1 милијарду у 2021. Између 2000. и 2020. године број жена које користе модерне методе контрацепције порастао је са 663 милиона на 851 милион. Предвиђа се да ће додатних 70 милиона жена бити додато до 2030. Између 2000. и 2020. године, стопа преваленције контрацепције порасла је са 47,7 на 49,0% код жена у старосној доби између 15–49 година (242).

Процент жена у репродуктивном добу (15–49 година) које имају потребу за планирањем породице задовољене савременим методама (индикатор СДГ 3.7.1) износи

77,5% на глобалном нивоу у 2022. години, што представља повећање од 10% у односу на 1990. (67%) (243,244).

Постизање универзалног приступа и реализација услуга биће за испуњење обећања Агенде за одрживи развој 2030 да „нико неће бити остављен“ има свелику значајност када је здравље полног система у питању. То ће захтевати интензивнију подршку примени услуга контрацепције, укључујући имплементацију делотворних политика и програма. СЗО ради на промовисању контрацепције израдом јасних упутстава о коришћењу контрацептивних средстава.

СЗО помаже земљама да прилагоде и имплементирају алате за јачање политике и програме контрацепције. Поред тога, СЗО учествује у развоју нових технологија за контрацепцију и води и спроводи истраживање имплементације за проширење приступа информацијама и услугама о контрацепцији и њихово јачање (245).

С друге стране репродуктивно здравље жена је оптерећено и малигним болестима као што су рак грлића материце и дојке. Рак грлића материце заузима четврто место по учесталости малигнитета међу женама у свету, показујући највећу преваленцију у неразвијеним земљама и земљама у развоју (246). Стопе инциденције, стандардизоване према старости, показују значајне варијације, у распону од 75 на 100.000 жена у земљама високог ризика до мање од 10 на 100.000 жена у земљама ниског ризика (245). У земљама у развоју са мањим приходима је отприлике 90% морталитета од карцинома грлића материце, где је стопа смртности двоструко већа у поређењу са неразвијеним земљама и земљама у развоју (247). Предвиђа се да ће глобални терет карцинома грлића материце ескалирати и достићи 700.000 случајева и 400.000 смртних случајева до 2030. Ове ескалирајуће бројке се углавном односе на земље са ниским и средњим приходима, што представља значајан глобални здравствени изазов. Решавање овог диспаритета у инциденци и морталитету од карцинома грлића материце је од највеће важности за глобалну здравствену заједницу. (248).

Подаци Регистра за рак Републике Србије у 2020. години показују стандардизовану стопу инциденције од 29,2 на 100.000 жена и стандардизовану стопу морталитета од 10,7 на 100.000 жена, што указује на значајно оптерећење карциномом грлића материце у Србији (249). Ефикасно умањење учесталости и стопе смртности од канцера цервикса захтева стратешке мере које обухватају примену исплативе технологије скрининга (250).

Док се појава рака грлића материце смањује у развијеним земљама због снажних скрининга и иницијатива за вакцинацију, болест и даље остаје као значајан допринос морбидитету и морталитету од рака у регионима са ограниченим ресурсима.

Истраживање је показало да жене које спадају у категорију средњег образовања у Србији имају 1,6 пута веће шансе да се добровољно подвргну скрининг прегледу (56,1%) у односу на жене са највишим степеном образовања (33,9%), док жене са најнижим степеном образовања најчешће учествују у организованом скринингу (21,6%).

Скрининг тест који се примењује у Програму је ПАПА тест, примењује се у периоду од 3 године, а као систематизовани програм скрининга реализује се у нашој земљи уназад преко десет година.

Трогодишњи циклуси који се спровode у Србији у примени програма за рано откривање рака грлића материце, спровode се са циљем постизања обухвата у износу од 75% женске поулације у предвиђеној доби за скрининг (251).

Истраживање је показало да удате жене најчешће траже савет од лекара за скрининг (72,5%), а 21,6% разведених жена претежно учествује у оквиру организованог скрининга.

Када се узме у обзир материјална ситуација, жене које припадају најимућнијој категорији приметно показују већу учесталост самоиницијативног Папа теста (52,8%) у поређењу са онима из категорије најмањег богатства (27,6%) укључујући и поседовање знања о томе шта је скрининг рака грлића и како се спроводи.

Супротно томе, инверзна корелација постаје очигледна када се одлуче за скрининг на основу медицинског савета или у контексту организованог скрининга, при чему је највећи проценат (42,6%) примећен међу женама које карактерише најнеповољнији материјални статус, а једно од могућих тумачења може бити да је то бесплатан по корисницу преглед, да га лекар и установа препоручују и да ту постоји поверење у стручно особље без дилеме да ли је преглед потребан или не.

Истраживање је такође показало једну добру страну праксе у Србији да, у погледу статуса запослења, запослене жене показују већу склоност ка самоиницијирању Папа теста (52,5%), за разлику од незапослених (19,8%) и неактивних (27,7%).

Жене које живе у Јужној и Источној Србији претежно се самоиницијативно подвргавају Папа тесту (34,4%), док Војвођанке најчешће слушају савет лекара (32,4%). Жене из Шумадије и Западне Србије првенствено учествују у организованим скрининг програмима (39,2%).

Већи број жена, нарочито оних које сматрају да је њихово здравље веома добро или добро, бира самоиницијативно Папа тестирање (73,7%), док оне које процењују своје здравље као лоше или веома лоше, чешће се опредељују за организовани скрининг (14,2%)

У литератури се може наћи податак да доступност технологија за спречавање рака грлића материце остаје неуједначена, лабораторијама често недостаје адекватна инфраструктура да их користе, а свест о ХПВ-у није универзално распрострањена. Консензус унутар научне заједнице је да се ова болест може у великој мери спречити, што нуди моћну прилику за успешну интервенцију када се идентификује током преканцерозних и раних малигних стадијума. Брза и ефикасна примена лечења је кључна за обезбеђивање повољне прогнозе (252).

Земље које вешто спроводе организоване иницијативе скрининга показују изражено смањење и инциденције и стопе морталитета од рака грлића материце. Њихова искуства могу послужити као поучне парадигме за нације које тек треба да уведу организоване програме или оне које се боре са субоптималним нивоима извршења и квалитета. Углавном обухватајући неразвијене земље и земље у развоју, где је изложеност факторима ризика и даље упадљиво повишена, а превентивни напори ограничени, терет рака грлића материце наставља да се задржава на значајном нивоу (253).

У литератури можемо наћи податке да земље са ниским до средњим приходима, оптерећене повећаном преваленцијом рака грлића материце, упорно се суочавају са финансијским и логистичким ограничењима у обезбеђивању доступности и скрининга рака грлића материце и вакцина против хуманог папилома вируса за своје становништво. Кључни изазов лежи у синхронизовању примене стратегија програма скрининга прилагођених јединственим околностима ових нација, чиме се постиже широка покривеност у циљној демографској групи кроз процене одговарајуће ефикасности. Такви напори су од највеће важности да би се преотела контрола над путањом ескалације и да би се постигао предвиђени пад и инциденције и стопе морталитета у наредним деценијама (254).

У августу 2020., Седамдесет трећа Светска здравствена скупштина подржала је Глобалну стратегију СЗО за убрзање елиминације рака грлића материце као проблема јавног здравља 2020-2030 (СЗО, 2018, 2020). Препоручена је стратегија (90-70-90) односно постизање вакцинације 90% девојчица млађих од петнаест година ХПВ вакцином, преглед 70% жена најмање два пута, једном пре са одговарајућим тестом, и лечити 90% премалигних и инвазивних малигних лезија, што ће допринети умањењу инциденције цервикалног канцера за око 42% до 2045. и 97% до 2120. године, што може имати позитиван утицај за више од шездесет милиона (255).

Владе већине земаља су већ укључиле скрининг карцинома грлића материце и ХПВ типизацију у скрининг технике и у своје здравствене системе када је у питању скрининг рака грлића материце (256). У том контексту, Република Србија је направила значајне кораке, уводећи организовани скрининг рака грлића материце од 2012. године, чиме је проширила превентивне здравствене услуге за жене у области репродуктивног здравља (257).

Међутим, и даље постоје различите препреке за спровођење скрининга, првенствено повезане са демографским, социоекономским и културним факторима. Изазови у вези са доступношћу здравствене заштите и доступношћу услуга скрининга такође и даље постоје.

Промовисање свести међу женама је императив да би се оснажиле да преузму контролу над својим здрављем. Приступ примарној здравственој заштити је кључан у проширењу покривености скринингом карцинома грлића материце. Сарадња са професионалним удружењима и академским институцијама, цивилним друштвом, невладиним организацијама, женским групама, медијима и лидерима јавног мњења игра виталну улогу у промовисању превентивних иницијатива, јачању здравствене писмености и уклањању социоекономских баријера за коришћење услуга скрининга. Идентификовање социоекономских фактора који утичу на учешће жена у скринингу омогућиће развој интервенција за превазилажење ових баријера, побољшати доступност здравствен заштите и доступност услуга скрининга и интензивирати напоре примарне и секундарне превенције у женској популацији (258).

Упркос настојањима међународне заједнице, многа истраживања су потврдила постојање неколико препрека за скрининг рака грлића материце. Ове баријере обухватају спектар социодемографских детерминанти, обухватајући елементе као што су свест, ставови, уверења, перципирани ризик, психолошка разматрања, самоефикасност, претходна искуства, временска ограничења, динамика домаћинства, културни утицаји, фаталистички погледи, мреже социјалне подршке, неслагања у приступу, разматрање трошкова, забринутост за безбедност, параметри осигурања и општи здравствени оквир (259,260).

Сходно томе, студија спроведена међу кохортом чешких жена је осветлила да преовлађујући фактори који подржавају непохађање скрининг иницијатива укључују одсуство уочљивих симптома, стрепњу према процедуралним аспектима и анксиозност у вези са будућом дијагнозом рака (261).

Додатна студија је открила да, упркос поседовању похвалног нивоа знања о раку грлића материце и одржавању повољног става у погледу скрининга, стварна примена скрининга је остала ограничена због наметања друштвене стигме. Налази проистекли из истраживања спроведеног међу кохортом индијских жена показали су да је 43,64% показало конструктивну наклоност према скринингу, 20,31% је упознато са скринингом путем ПАП теста, а само 13,22% се бавило праксом скрининга (262).

Истраживање спроведено на узорку жена у Мађарској старости између 25 и 65 година поново је показало да је 74% прошло скрининг прегледе у претходне три године, било у оквиру или ван организованог програма скрининга. Више од половине циљне популације уопште није тражило информације о скринингу рака грлића материце. Међу онима који су тражили информације о скринингу, већина их је добила од гинеколога, док их је једна трећина добила из медија и брошура здравствених служби, а 21% од лекара опште праксе. Штавише, резултати су показали да су лекари опште праксе били успешни у мотивисању жена које су првобитно одбиле да учествују у програму скрининга. Значајан део Мађарских жена није био обавештен о скринингу рака грлића материце мимо позивног писма, а само 35,3% жена старости од 25 до 65 година било је позвано на организовани скрининг рака грлића материце (263).

Изазови у постизању свеобухватне покривености скринингом, чак и унутар земаља са успостављеним националним програмима скрининга за рак грлића материце, истакнути су налазима Националног здравственог истраживања спроведеног у Јапану. Истраживање је открило да су стопе скрининга за рак грлића материце изразито ниске, у распону од 15,1% за жене старости 20-24 године до 49,4% за жене старости 30-34 године, са укупном стопом скрининга за све старосне групе од 2,1% (264).

Упркос успостављању естонског националног програма скрининга за рак грлића материце 2006. године, инциденција рака грлића материце у земљи је остала међу највишима у Европи до 2020. године. Преваленција Папа тестова током живота је била доказ приметне ескалације са 50,6% у 2004. 86,7% у 2020. Од 2004. па до 2020. године број Папа тестова је показао значајан раст у различитим старосним групама, наиме, код жена у доби између 25 и 64 године, међу етничким групама и обухвата жене са основним, средњим и вишим образовањем. Током овог периода, разлика у прихватању Папа теста се ширила између Естонаца и не-Естонаца, али се истовремено сужавала између различитих нивоа образовног постигнућа. Мање урађених Папа тестова током живота било је повезано са неколико социодемографских фактора, посебно код млађих, неестонске етничке припадности и без брачног статуса. Поред тога, утврђено је да социоекономски фактори као што су нижи образовни нивои и незапосленост корелирају са нижим стопама прихватања тестирања (265).

Огромна већина (93%) Американки изјавила је да су се подвргле барем једном Папа тесту током свог живота. Међу женама без анамнезе абнормалних брисева, 55% учествује на годишњем прегледу Папа теста, 17% се одлучује за двогодишњи интервал скрининга, 16% се придржава трогодишњих прегледа, док 11% не учествује у редовним прегледима. Занимљиво је да чак и међу старијом популацијом, значајан проценат редовно обавља скрининг 38% жена старости од 75 до 84 године и 20% жена од 85 и више година пријавило је да се подвргавају годишњем Папа тесту (266).

Висок ниво образовања, запослења и стабилни међуљудски односи позитивно су повезани са коришћењем Папаниколау (Папа) теста међу женама у Бразилу. Подаци који се односе на учинак Папаниколау теста и социо-економске варијабле прикупљени су од 559 жена у Ма-toGrosso do Sul (МС), која се налази у региону Централног Истока, као и 338 жена у Параиби (ПБ), која се налази на у североисточном региону Бразила. У оквиру кохорти из МС и ПБ, 19,37% и 27,81% жена, није било подвргнуто Папаниколау тесту у последње три године. Међу женама у ПБ са ниским образовним нивоом и статусом незапослености, шансе да су прошле Папаниколауов тест \geq три пута, или једном у последње три године, биле су 2,96 пута, односно 2,40 пута мање. Такође, шансе за жене са МС које нису биле у стабилној вези да су биле подвргнуте тесту \geq три пута биле су 1,79 пута мање у поређењу са женама у стабилним везама (267).

У Данској је 74% жена учествовало у организованом скринингу за рак грлића материце (268).

Слични резултати примећени су у студији рађеној код нас, где се указује да је 67,2% жена било подвргнуто Папаниколау тесту у неком моменту од којих је 46,1% прошло скрининг на рак грлића материце у последње три године. Штавише, примећен је благи пораст процента жена које су подвргнуте Папа тесту у поређењу са резултатима Националне здравствене анкете спроведене 2013. године (269), што указује на интензивирање напора да се повећа покривеност скринингом у Србији. Без обзира на то, демографске и социоекономске баријере идентификоване 2013. године (269) и даље постоје, што наглашава неопходност студија ове природе како би се подвукао значај идентификовања ових фактора и формулисања стратегија за ублажавање идентификованих препрека.

Прегледи литературе откривају различите препреке за приступ здравственим услугама у целини, заједно са специфичним препрекама које обухватају социодемографске факторе као што су старост, образовање, запослење и брачни статус, културолошке разлике, прошла трауматска лична искуства и компетенције здравствених радника. Ове сложености доприносе различитим ефектима на учешће жена у скринингу рака грлића материце (270).

Анализирајући податке овог истраживања у последњих 12 месеци Папа тест најчешће рађен код жена старости 35-39 година (13%), удатих (71,9%), становница јужне и источне Србије (36%), које спадају у категорију средњег образовања (53,9%), које су запослене (55,8%), које припадају најбогатијем делу становништва (50,5%) и они које своје здравље доживљавају као добро и веома добро 68,7%

Када се анализира по карактеристикама социоекономског статуса и демографским уочена је значајност везе између свих обележја и учесталости скрининга.

Жене старости 40-44 године најчешће се одлучују за добровољно скрининг (12,4%), док жене у најстаријој старосној групи, 65 и више година, претежно учествују у организованом скринингу рака грлића материце (20,3%).

Рак дојке такође представља велики јавноздравствени проблем када је у питању репродуктивно здравље жена. Рак дојке данас представља 1 од 8 дијагноза рака и укупно 2,3 милиона нових случајева код оба пола заједно (246).

У 2020. години, процењује се да је широм света дијагностификовано 2,3 милиона случајева рака дојке код жена, а око 685.000 жена је умрло од те болести. Највеће стопе инциденције (>80 на 100.000 жена) забележене су Северној и Западној Европи, Северној Америци, Новом Зеланду и Аустралији, а најниже стопе (<40 на 100.000) у Централној Америци, Источној и Средњој Африци и Јужно-Централној Азији. Највеће стопе морталитета (>20 на 100.000) пронађене су у Меланезији, западној Африци и Микронезији/Полинезији, док су се стопе у већини других светских региона кретале између 10 и 15 на 100.000. Представљајући четвртину свих случајева рака код жена, био је далеко најчешће дијагностикован рак код жена 2020. године, а његово оптерећење расте у многим деловима света, посебно у земљама у транзицији (247).

Процењује се да је 685.000 жена умрло од рака дојке 2020. године, што одговара 16% или 1 од сваких 6 смртних случајева од рака код жена. Раније недовољан одговор јавног здравља на овај развој догађаја довео је до недавног покретања Глобалне иницијативе за превенцију рака дојке од стране Светске здравствене организације (СЗО) (247).

Ангажовањем глобалних партнера и координацијом одрживих напора за побољшање исхода, СЗО и сарадници имају за циљ да смање смртност од рака дојке подстицањем правовремене дијагнозе и адекватног лечења. Као основа за ове напоре, од виталног је значаја добро разумевање глобалних образаца и варијација у оптерећењу болести. Са преко 70% свих новозаражених и 81% свих смртних случајева забележених код жена старијих од 50 година, глобални терет рака дојке остаје концентрисан у овој старосној групи. У 2020. години, стопе инциденције рака дојке биле су скоро дупло веће у земљама у транзицији у поређењу са земљама које нису у транзицији (АСР 55,9 наспрам 29,7 на 100.000, респективно).

Док се појава рака дојке смањује у развијеним земљама због снажног скрининг програма и раног откривања рака дојке, у стадијумима када је лечење ефикасније, превенција и даље остаје као значајан допринос смањењу морталитета од рака у регионима ограниченим ресурсима. Доступност технологија за рано откривање рака дојке остаје неуједначена, лабораторијама често недостаје адекватна инфраструктура да их користе, а свест о значају и потреби редовних прегледа није универзално распрострањена. Консензус унутар научне заједнице је да се компликације ове болести

у великој мери могу спречити, што нуди моћну прилику за успешну интервенцију када се идентификује током раних малигнух стадијума. Брза и ефикасна примена лечења је кључна за обезбеђивање повољне прогнозе (252).

Земље које вешто спроводе организоване иницијативе скрининга показују изражено смањење стопе смртности од рака дојке. Њихова искуства могу послужити као поучне парадигме за нације које тек треба да уведу организоване програме скрининга или за оне који се боре са субоптималним нивоима извршења и квалитета. Углавном обухватајући неразвијене земље и земље у развоју, где је изложеност удружених фактора ризика и даље упадљиво повишена, а превентивни напори ограничени, терет рака дојке и даље остаје на значајном нивоу. (253).

Земље са ниским до средњим приходима, оптерећене повећаном преваленцијом рака дојке, упорно се суочавају са финансијским и логистичким ограничењима у обезбеђивању доступности и скрининга рака дојке и вакцина против хуманог папилома вируса за своју популацију. Кључни изазов лежи у примени стратегија програма скрининга прилагођених јединственим околностима ових нација, чиме се постиже широка покривеност у циљној демографској групи кроз процене одговарајуће ефикасности. Такви напори су најважнији за контролу над ескалирајућом путањом и за постизање предвиђеног пада пре свега стопе морталитета у наредним деценијама (254).

Превентивни прегледи који се остварују у примарној здравственој заштити заснивају се и на опортуним скрининзима, када жене самостално долазе на прегледе уколико се налазе у адекватној популационој групи за наведени преглед, као и на организованом скринингу.

Уколико анализирамо мамографске прегледе жена, истраживање је показало да укупно 59,3% жена у Србији никада није било подвргнуто мамографији. Свака осма испитаница је то учинила пре 2 до 3 године, у последњих 12 месеци 6,6% испитаница, а једна од девет жена је урадила мамографију пре три године. Ипак, превентивни прегледи укључујући мамографију као методу раног откривања рака дојке, од великог су значаја за смањење морталитета од рака дојке.

Посматрано према социодемографским карактеристикама, у последњих 12 месеци мамографију најчешће су радиле најстарије испитанице, у браку или ванбрачној заједници, средњешколског образовања, неактивне по радном статусу, из Београда и најбогатијих слојева, са добрим и веома добрим самопроцењеним здрављем.

У групи оних које никада нису подвргнуте мамографском прегледу најчешће су жене из региона Војводине и из најсиромашнијих слојева друштва, показало је истраживање.

У литератури наилазимо на бројне смернице међународних стручних организација у вези са приступом препрекама за спровођење скрининг програма за рак дојке.

Узраст или циљна популација жена у Србији заснована је на циљној популацији према препорукама Европске уније (50 до 69 година). Упркос дисеминацији стручних препорука за спровођење скрининг програма, мноштво истраживања је потврдило постојање бројних препрека за спровођење скрининга рака дојке. Ове баријере обухватају спектар социодемографских детерминанти, обухватајући елементе као што су свест становништва, ставови, уверења, перципирани ризик, психолошка разматрања, самоефикасност, претходна искуства, временска ограничења, динамика домаћинства, културни утицаји, фаталистички погледи, мреже социјалне подршке, дискрепанци приступа, разматрања трошкова, забринутости за безбедност, параметре осигурања и општи оквир здравствене заштите (259-260).

У том контексту, Република Србија је направила значајне кораке, уводећи организовани скрининг рака дојке од 2012. године, чиме је проширила превентивне здравствене услуге за жене у области репродуктивног здравља (257).

Међутим, и даље постоје различите препреке за спровођење скрининга, првенствено повезане са демографским, социоекономским и културним факторима. Изазови у вези са доступношћу здравствене заштите и доступношћу услуга скрининга такође и даље постоје. Промовисање свести међу женама је императив да би се оснажиле да преузму контролу над својим здрављем.

Такође, приступ примарној здравственој заштити у којој ће се обавити скрининг преглед је кључан у проширењу покривености скринингом рака дојке. Идентификовање социоекономских фактора који утичу на учешће жена у скринингу омогућиће развој интервенција за превазилажење ових баријера, а побољшање доступности здравствене заштите и ових услуга скрининга у здравственим установама, утицаће на повећање обухвата жена овим прегледима у женској популацији (258).

Иако здравствена политика и економија могу инхибирати организоване програме мамографског скрининга применом мамографије у многим земљама, додатно употреба стручног клиничког прегледа и самопрегледа дојки, такође може да утиче на убрзано доношење одлуке жена да треба да обаве мамографију (271).

Сврха скрининга је да се унапреди време постављања дијагнозе рака дојке, тако да се прогноза болести може побољшати раном интервенцијом, а крајњи резултат на популационом нивоу је смањење морталитета од рака дојке (272, 273).

Рак дојке се може контролисати раном дијагнозом и одговарајућим лечењем. У индустријализованим земљама, где су спроведени програми скрининга, демонстрирано је смањење морталитета за 20% током 11 година праћења. Контрола рака дојке у Србији, треба да се решава такође и кроз програме информисања, едукације и саветовања који повећавају знање жена о факторима ризика, знацима и симптомима ове малигне болести. Ови програми морају бити допуњени континуираним организованим скринингом за откривање рака. Спроведено истраживање је показало да је приближно 39,5% жена било подвргнуто мамографији бар једном у животу. Међу њима је оних 28,1% које су прошли скрининг рака дојке у претходне три године (6,6% у последњих 12 месеци, 9,4% мање него пре две године и 12,1% пре две до три године). Укупно 59,3% жена никада није било подвргнуто мамографији.

Посматрано према социодемографским варијаблама, мамографија је најчешће практикована по савету лекара (11,1%), саминицијативно у 8,3%, а свега 3% према препоруци лекара унутар организованог програма скрининга

Статистички значајна разлика постоји између учесталости скрининга рака дојке и посматраних варијабли: током последње године најчешће је мамографија практикована међу женама старости преко 65 година (33,2%), у брачној/ванбрачној заједници (69,8%), пореколом из Београда (27,2%), средњешколског образовања (55,7%), радно неактивних (46,5%), најбогатијег слоја (50,5%) и које се при самопроцени здравља изјашњавају да им је здравље веома добро и добро 47,4%.

Средње образоване жене 2,1 пута имају већу вероватноћу за добровољни скрининг (57,5%) у односу на високо образоване (26,6%), док са ниским степеном образовањем најчешће то чине након савета лекара (27,9 %).

Када су у питању брачне и материјалне прилике, брачне/ванбрачне жене које припадају најимућнијим категоријама приметно показују већу учесталост самоиницијативног мамографског прегледа (73% и 48,5%) у поређењу са онима из категорије најмање имућности (27,6%).

Супротно томе, инверзна корелација постаје очигледна када се одлуче за скрининг на основу медицинског савета или у контексту организованог скрининга, при чему је највећи проценат (39%) примећен међу женама које карактерише најнеповољнији материјални статус.

У погледу радног статуса, запослене жене показују већу склоност самоиницијативном мамографском прегледу (43,2%), за разлику од незапослених (15,6%) и неактивних (41,2%). Жене са пребивалиштем у јужној и источној Србији претежно се самоиницијативно подвргавају мамографији (34,4%), док жене из Војводине најчешће траже савет лекара (32,4%), а оне из Шумадије и западне Србије првенствено учествују у организованом скринингу (39,2%).

Самоиницијативна мамографија је најчешћа код жена које своје здравље процењује као добро и веома добро у (60,1%), док оне које сматрају да им је здравље лоше практикују организирани скрининг (16,1%).

У униваријантном моделу, као предиктори некоришћења мамографије издвојени су старост, брачни статус, индекс благостања, регион и самопроцена здравља. Са годинама је све већа вероватноћа да испитанице никада не ураде мамографију, а следе удате, жене из најимућнијих слојева које потичу из региона јужне и источне источне Србије.

У мултиваријантном моделу као предиктори некоришћења мамографије издвојени су регион Београда и лоше оцењено здравље. Старија животна доб, брачни статус, основно и ниже образовање, регион Шумадије и западне Србије, сиромаштво и самопроцена здравља идентификовани су као предиктори самоиницијативног мамографског прегледа у униваријантном моделу, док је у мултиваријантном моделу само самопроцена здравља била најважнији предиктор.

Не само да је доступност и доступност услуга важна, већ је од виталног значаја и прихватљивост услуга превазилажењем социо-културних баријера. Ово се може постићи уграђивањем културно и језички одговарајућих образовних програма и информисањем жена о предностима скрининга.

6. ЗАКЉУЧАК

Кључни налази истраживања су сажети у следећим закључцима.

Изабрани гинеколог представља ресурс доступан свакој жени у Србији у циљу остварења права на здравствену заштиту, а доступност гинеколога обезбеђује се у Србији у оквиру примарне здравствене заштите.

Од укупно 6747 испитаница, у Србији, да свог изабраног гинеколога има изјаснило се 33,8% жена. Највећи број жена свог изабраног гинеколога има у државној здравственој установи (51,8 %), док 15,9% жена изабраног гинеколога има у приватној пракси.

У старосној групи 50-54 године (65.8%) има свог изабраног гинеколога у државној пракси. Да имају свог гинеколога у државној пракси најчешће су се изјасниле испитанице које су у браку, оне које су средњошколског образовања, које су незапослене (у погледу радног статуса, затим испитанице из најбогатијег материјалног статуса (40,4%), чешће из региона Јужне и источне Србије (36%), које своје здравље процењују као добро и веома добро и које су без мултиморбидитета.

Изабраног гинеколога у приватној пракси најчешће имају нешто млађе испитанице старосне доби 35-39 година (15.7%).

Жене богатијег материјалног статуса користе и приватну праксу и имају изабраног гинеколога у 53,5% случајева.

У периоду од 12 месеци пре истраживања гинеколога је посетило око трећине жена (30,2%), док је 54,2% испитаница то чинило знатно ређе, односно свака друга жена је то чинила пре више од 12 месеци и дуже

Гинеколога најредовније посећују испитанице старости 30-34 године (59.4%). Испитанице најмлађег узраста, од 20-24 године живота, најчешће се изјашњавају да никада нису посетиле гинеколога чак свака трећа испитаница (36%).

Гинеколога никада не посећују чешће испитанице са нижим и основношколским образовањем, незапослене односно оне неактивне у погледу радног статуса, жене из најсиромашнијих слојева, из региона Источне и Јужне Србије, које се при самопроцени изјашњавају да им је здравље веома лоше и лоше и оне које имају присутне мултиморбидитете.

Жене старости 40-44 године најчешће се одлучују добровољно за скрининг (12,4%), док жене у најстаријој старосној групи, 65 и више година, претежно учествују у организованом скринингу рака грлића материце (20,3%). Око 17% жена није урадило ПАПА преглед никада.

Жене које спадају у категорију средњег образовања имају 1,6 пута веће шансе да се добровољно подвргну скрининг прегледу (56,1%) док жене високог образовног статуса (33,9%), док жене са најнижим степеном образовања најчешће учествују у организованом скринингу (21,6%).

Удате особе најчешће траже савет од лекара за скрининг (72,5%), а 21,6% разведених жена претежно учествује у оквиру организованог скрининга.

Када се узме у обзир материјална ситуација, жене које припадају најимућнијој категорији приметно показују већу учесталост самоиницијативног Папа теста (52,8%) у поређењу са онима из категорије најмањег богатства (27,6%).

У погледу статуса запослења, запослене жене показују већу склоност ка самоиницирању Папа теста (52,5%), за разлику од незапослених (19,8%) и неактивних (27,7%). Жене које живе у Јужној и Источној Србији претежно се самоиницијативно прегледају и подвргавају Папа тесту (34,4%), док Војвођанке најчешће слушају савет лекара (32,4%); жене из Шумадије и Западне Србије првенствено учествују у организованим скрининг програмима (39,2%) односно одазивају се на преглед тек по позиву.

Значајан број жена, које при самопроцени оцењују здравље као веома добро или добро, одлучује се за самоиницијативно Папа тестирање (73,7%), док оне које доживљавају своје здравље лошим или веома лошим најчешће учествују у организованом скринингу (14,2%).

У контексту логистичке регресионе анализе како униваријантне тако и мултиваријантне, појављују се најважнији фактори који се тичу жена које су апстинирале од Папа тестирања, као и оних које добровољно предузимају такво тестирање.

Основни предиктивни фактори за скрининг рака грлића материце су године старости, брачни статус, ниво образовања, индекс благостања, регионална демографија и самопроцена здравственог статуса.

Стил живота и животне навике у погледу исхране и физичке активности издвојили су се у униваријантном и мултиваријантном моделу као значајни предиктори учесталости самоиницијативног Папа тестирања. Наиме, гојазне особе су се 2 пута чешће самоиницијативно тестирале од предгојазних и 3,4 пута чешће од нормално ухрањених испитаница.

Сексуална активност се у униваријантном и мултиваријантном моделу није издвојила као предиктор учесталости Папа тестирања.

Мамографија као скрининг преглед постала је заступљенија у услугама које се спроводе и које су доступне на нивоу примарне здравствене заштите.

Свака осма испитаница је имала мамографски преглед пре 2 до 3 године, а свака девета пре више од 3 године. У последњих 12 месеци 6,6% испитаница је обавило мамографски преглед. Истраживање је ипак показало да укупно 59,3% жена никада није било подвргнуто мамографији.

Посматрано према социодемографским карактеристикама, у последњих 12 месеци мамографију најчешће су радиле најстарије испитанице, оне које су у браку или ванбрачној заједници, средњешколског образовања, жене неактивне по радном статусу, из Београда и најбогатијих слојева, са добрим и веома добрим самопроцењеним здрављем.

У групи оних које никада нису подвргнуте мамографском прегледу најчешће су жене из региона Војводине и из најсиромашнијих слојева друштва, показало је истраживање.

У униваријантном моделу као предиктори некоришћења мамографије издвојили су се старост, брачно стање, индекс благостања, регион и самопроцена здравља. Са старашћу је већа вероватноћа да испитанице никада не обављају мамографију, затим особе у браку, из најбогатијих слојева друштва из региона Јужне и Источне Србије као и оне које своје здравље процењују као добро и веома добро. У мултиваријантном моделу издвојили су се само регион и самопроцена здравља.

Предиктор самоиницијативно обављеног мамографског прегледа у испитиваној популацији жена је старосно доба, где особе старости 65 и више година 1,5 пута показују већу вероватноћу за самоиницијативну мамографију од особа узраста 50-54 године и 55-59 година. Такође особе које су у браку, са вишим и високим образовањем, из најбогатијих слојева и доброг и веома доброг здравља чешће обављају мамографски преглед самоиницијативно. У мултиваријантном моделу издвојила се само самопроцена здравља као предиктор самоиницијативног мамографског прегледа.

Гојазност, конзумирање воћа, вожња бицикла и ходање су били предиктори самоиницијативне мамографије у униваријантном регресионом моделу. Гојазне особе су 2,6 пута чешће обављале самоиницијативну мамографију од потхрањених, а 2,1 пута чешће од нормално ухрањених.

Испитанице које су физички активне односно оне које су ходале ≥ 150 мин и возиле бицикл ≥ 150 мин су 1,9 пута односно 1,3 пута чешће самоиницијативно обављале мамографију, у односу на оне које су ове активности обављале < 150 мин. Дакле здравије животне навике су биле предиктор самоиницијативног мамографског прегледа. Као предиктор самоиницијативног јављања на мамографију издвојила се и гојазност, што се може објаснити повећаном бригом жена имајући у виду стање гојазности и појаву страха од болести.

6.1 Предлог мера

Комплексне и мултидисциплинарне активности кључни су метод успешног унапређења репродуктивног здравља у Републици Србији.

Поред предуслова за унапређење репродуктивног здравља грађана које потиче из окружења у коме становништво живи и ради, унапређивање репродуктивног здравља зависи и од улагања у здравствену заштиту и ресурсе који су неопходни.

- Унапређење ресурса за свеобухватнију примарну здравствену заштиту која је богатија у активностима превенције, нарочито у делу здравственог васпитања и промоције здравља и доступности различитих превентивних прегледа за здраво становништво.

Унапређење ресурса подразумева унапређење кадровских капацитета, како у додатном запошљавању кадрова на примарном нивоу здравствене заштите за рад у превентивним прегледима, тако и додатним едукацијама и субспецијализацијама или краћим доедукацијама за потребе унапређења служби за спровођење скрининг програма рака грлића материце и рака дојке, препоручене ХПВ имунизације, редовних гинеколошких прегледа, унапређење саветовалишног рада.

- Унапређење опремања савременим технологијама- опремом за ХПВ узорковање, као и дигиталним мамографима, радним станицама и информационим системима за дигитализацију неопходним за брже тумачење радиолошких налаза.
 - 1) Едукација лекара- континуирана медицинска едукација.
 - 2) Едукација патронажних сестара за рад у заједници и са здравом популацијом.
 - 3) Едукација медицинских сестара за извођење скрининг тестирања.
- Измена подзаконских аката у домену унапређења програма за унапређење превентивне здравствене заштите у домену примарне здравствене заштите (измена организације рада у примарној здравственој заштити у циљу масовнијег превентивног рада).
- Промоција превентивне здравствене заштите у домену репродуктивног здравља.
- Спровођење кампања у заједници у циљу унапређења информисаности становништа о потреби коришћења примарне здравствене заштите у домену превентивне медицине.
- Потрага за оптималним начином комуникације за одређену публику је главна област истраживања у здравственом образовању. Унапређење начина позивања жена на превентивне прегледе.
- Увођење предмета Здравствено образовање у школама.
- Успостављање сарадње са локалним самоуправама у циљу јединствене промоције превентивних услуга у домену очувања репродуктивног здравља.
- Јачање кампања за промовисање ХПВ, Хеп Б вакцинација.
- Промовисање физичке активности.
- Промовисање јавног часа о значају скрининга малигних болести за репродуктивно здравље.

Израда апликација „**Your day for prevention**“ која подсећа и мотивише за одлазак на превентивне прегледе би могла бити изазов за будућност, а она би требало да омогући да корисници добијају информације, подршку али и подсећање на редовне прегледе. Укључивање друштвено одговорних компанија у процес награђивања за редовно обављање превентивних прегледа може бити изузетно ефикасан начин мотивације и подстицања корисника за бригу о здрављу.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Ravindran TKS, Govender V. Sexual and reproductive health services in universal health coverage: a review of recent evidence from low- and middle-income countries;28(2):1779632.
2. Zullig LL, Goldstein KM, Sims KJ, Williams CD, Chang M, Provenzale D, и остали. Cancer Among Women Treated in the Veterans Affairs Healthcare System. *J Womens Health (Larchmt)*;28(2):268–75.
3. de Castro Figueiredo Pereira Coelho R, Nunes Garcia S, Marcondes L, Jacinto da Silva FA, de Paula A, Puchalski Kalinke L. Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care; 36(1): e04.
4. Jones HE, Calixte C, Manze M, Perlman M, Rubin S, Roberts L, и остали. Primary care patients' preferences for reproductive health service needs assessment and service availability in New York Federally Qualified Health Centers. *Contraception*;101(4):226–30.
5. WHO Reproductive Health. Reproductive health. Available at: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health>
6. Armijo PR, Flores L, Huynh L, Strong S, Mukkamala S, Shillcutt S. Fertility and Reproductive Health in Women Physicians. *J Womens Health (Larchmt)*. 30(12):1713–9.
7. Ray K, Ghimire J, Bc RK. Effects of Disaster on Primary Health Care in Low Income Countries. *J Nepal Health Res Counc*;17(1):1–8.
8. Manze MG, Romero DR, Sumberg A, Gagnon M, Roberts L, Jones H. Women's Perspectives on Reproductive Health Services in Primary Care. *Fam Med*.;52(2):112–9.
9. Martins DC, Silva GM da, Pesce GB, Fernandes CAM. Assessment of the attributes of Primary Health Care with women of reproductive age.;75(3): e20210015.
10. Jovicevic A, Ristic S, Mandic V, Jovicevic D, Rajovic T, Stojanovic-Rundic S, и остали. Factors influencing participation in breast cancer opportunistic screening in Belgrade, Serbia. 2018.;23(3):706–12.
11. Banković Lazarević D, Krivokapić Z, Barišić G, Jovanović V, Ilić D, Veljković M. Organized colorectal cancer screening in Serbia - the first round within 2013-2014. *Vojnosanit Pregl*.;73(4):360–7.
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Available at: https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti.html
13. Zakon o zdravstvenom osiguranju. Available at: https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_osiguranju.html
14. Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe. Available at: https://www.paragraf.rs/propisi/pravilnik_o_blizim_uslovima_za_obavljanje_zdravstvene_delatnosti_u_zdravstvenim_ustanovama_i_drugim_oblicima_zdravstvene_sluzbe.html

15. Plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji za 2019. godinu: 106/2018-119. Available at: <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/drugidrzavniorganizacionije/plan/2018/106/1>
16. Uredba o nacionalnom očuvanju i unapređenju seksualnog i reproduktivnog zdravlja građana Republike Srbije. Available at: http://demo.paragraf.rs/demo/combined/Old/t/t2018_01/t01_0025.htm
17. Stanje_primarne_zdarvstvene_zastite_u_Srbiji.pdf. Available at: https://www.pravnikskener.org/pdf/sr/Stanje_primarne_zdarvstvene_zastite_u_Srbiji.pdf
18. Miodrag Janjić i saradnici. Socijalna medicina i medicinska ekologija. Available at: <https://www.mikroknjiga.rs>
19. Ugrinov D, Gavrilović A, Markov M. Primary health care, the basis of the health system. *Zdravstvena zaštita*. 2015.;44(1):19–32.
20. Uredba o Planu zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji za 2022. godinu: 132/2021-50, 79/2022-3. Available at: <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/vlada/uredba/2021/132/17>
21. Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. *Curr Opin Obstet Gynecol.*;28(1):4–10.
22. Đorđević S. Povezanost znanja, stavova i ponašanja školske dece sa zdravstveno-vaspitnim intervencijama (Master rad). Univerzitet Singidunum, Fakultet zdravstvenih, pravnih i poslovnih studija Valjevo; 2020.
23. Marković R, Radulović O, Ignjatović A, Stojanović M, Višnjić A. Quality of healthcare in the Republic of Serbia: The concept we still strive for. *Glasnik javnog zdravlja*. 2022.;96(1):71–7.
24. Organization WH. The world health report 2008: primary health care now more than ever. World Health Organization; 2008. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
25. Trifković N. New developments in health insurance: A step towards preventive health care. *Sestrinska reč*. 2019.;22(78):41–2.
26. Strategija javnog zdravlja u Republici Srbiji 2018–2026. godine: 61/2018-6. Available at: <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/vlada/strategija/2018/61/1/reg>
27. Mitričević S. Istraživanje faktora koji određuju pružanje preventivnih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Investigation of factors determining the provision of preventive services in primary health care; Available at: <https://nardus.mpn.gov.rs/handle/123456789/18882>
28. Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2018.god. ub2018.pdf. Available at: <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2018.pdf>
29. Matijević D, Mladenović JS, Kotević A. Potentials of health promotion in the digital age: Possibilities and challenges. *Zdravstvena zaštita*. 2018.;47(2):1–15.

30. Cullen KW, Thompson D, Boushey C, Konzelmann K, Chen TA. Evaluation of a web-based program promoting healthy eating and physical activity for adolescents: teen choice: food and fitness. *Health Educ Res.*;28(4):704–14.
31. Lim MSC, Hocking JS, Aitken CK, Fairley CK, Jordan L, Lewis JA, и остали. Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health.*;66(1):69–74.
32. Organization WH. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015: breaking the chain of transmission. World Health Organization; 2007. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/43853>
33. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*; 62(7):580–3.
34. Porta M. *A Dictionary of Epidemiology*. У: *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press; 2016. Available at: <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199976720.001.0001/acref-9780199976720>
35. Пекмезовић Т, Кисић-Тепавчевић Д. Концепт превенције: од науке до имплементације. Превенција у функцији заштите здравља у Републици Србији / Prevention in the function of health promotion in Republic of Serbia. 2019.;(2):15–24.
36. Frederix I, Dendale P, Schmid JP. Who needs secondary prevention? *Eur J Prev Cardiol.*;24(3_suppl):8–13.
37. Pandve HT. Quaternary Prevention: Need of the Hour. *J Family Med Prim Care*. 2014.;3(4):309–10.
38. Miljkovic S, Djokic D, Djukic-Dejanovic S, Mitrasinovic D, Grbic G, Radosavljevic-Svetozarevic J, и остали. Characteristics of reproductive health of women in their generative age. *Srp Arh Celok Lek*. 2011.;139(1–2):44–51.
39. Miljković S, Đokić D, Đukić-Dejanović S, Grbić G, Mitrašinović D, Radosavljević-Svetozarević J, и остали. Determinants of the most significant characteristics of reproductive health. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2010.;138(11–12):737–45.
40. James WH. Monitoring reproductive health in Europe: what are the best indicators? *Hum Reprod*; 22(5):1197–9.
41. Knight PG, Glister C. TGF-beta superfamily members and ovarian follicle development. *Reproduction*; 132(2):191–206.
42. Fascija.com. 2019. Menstrualni ciklus (opšta embriologija 3. deo). Available at: <https://www.fascija.com/embriologija/menstrualni-ciklus-embriologija-3-deo/>
43. Stanković A, Plečaš D, Milačić D. i sari sar. *Ginekologija i akušerstvo*. Medicinski fakultet, Univerziteta u Beogradu. 2011.
44. Ten Great Public Health Achievements- United States, 2001-2010. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm>

45. Kaiser AH, Ekman B, Dimarco M, Sundewall J. The cost-effectiveness of sexual and reproductive health and rights interventions in low- and middle-income countries: a scoping review. *Sex Reprod Health Matters*; 29(1):1983107.
46. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, и остали. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet.*;391(10140):2642–92.
47. World Health Organization. Guidance on ethical considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018. 41 стр. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/273792>
48. Otero-Garcia L, Goicolea I, Gea-Sánchez M, Sanz-Barbero B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: midwives' perspectives. *Glob Health Action*; 6:22645.
49. Loeber O, Reuter S, Apter D, van der Doef S, Lazdane G, Pinter B. Aspects of sexuality education in Europe - definitions, differences and developments. *Eur J Contracept Reprod Health Care*;15(3):169–76.
50. Institute of Medicine (US) Committee on a Comprehensive Review of the HHS Office of Family Planning Title X Program. A Review of the HHS Family Planning Program: Mission, Management, and Measurement of Results. Stith Butler A, Wright Clayton E, урединици. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009 Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215217/>
51. Roberts A, Noyes J. Contraception and women over 40 years of age: mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*; 65(6):1155–70.
52. Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr* 2012;12:27.
53. Sedlecky K, Rasević M, Topić V. Family planning in Serbia--the perspective of female students from the University of Belgrade. *Eur J Contracept Reprod Health Care.*;16(6):469–79.
54. Rašević M, Sedlecki K. Determinants of Health | Healthy People 2020. Available at: <https://wayback.archive-it.org/5774/20220415230635/https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>
55. Zullig LL, Goldstein KM, Sims KJ, Williams CD, Chang M, Provenzale D, Kelley MJ. Cancer Among Women Treated in the Veterans Affairs Healthcare System. *J Womens Health (Larchmt)* 2018 Available at: [https://www.google.com/search?q=2.+Zullig+LL%2C+Goldstein+KM%2C+Sims+KJ%2C+Williams+CD%2C+Chang+M%2C+Provenzale+D%2C+Kelley+MJ.+Cancer+Among+Women+Treated+in+the+Veterans+Affairs+Healthcare+System.+J+Womens+Health+\(Larchmt\)+2018&oq=2.%09Zullig+LL%2C+Goldstein+KM%2C+Sims+KJ%2C+Williams+CD%2C+Chang+M%2C+Provenzale+D%2C+Kelley+MJ.+Cancer+Among+Women+Treated+in+the+Veterans+Affairs+Healthcare+System.+J+Womens+Health+\(Larchmt\)+2018&aqs=chrome..69i57.3342j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=2.+Zullig+LL%2C+Goldstein+KM%2C+Sims+KJ%2C+Williams+CD%2C+Chang+M%2C+Provenzale+D%2C+Kelley+MJ.+Cancer+Among+Women+Treated+in+the+Veterans+Affairs+Healthcare+System.+J+Womens+Health+(Larchmt)+2018&oq=2.%09Zullig+LL%2C+Goldstein+KM%2C+Sims+KJ%2C+Williams+CD%2C+Chang+M%2C+Provenzale+D%2C+Kelley+MJ.+Cancer+Among+Women+Treated+in+the+Veterans+Affairs+Healthcare+System.+J+Womens+Health+(Larchmt)+2018&aqs=chrome..69i57.3342j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

56. Becker D, Klassen AC, Koenig MA, LaVeist TA, Sonenstein FL, Tsui AO. Women's perspectives on family planning service quality: an exploration of differences by race, ethnicity and language. *Perspect Sex Reprod Health*;41(3):158–65.
57. Defining sexual health. Available at: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
58. Mao XD, Liu KS, Yao YP, Xu ZR. Potential effects of COVID-19 on reproductive health: a mini review. *Am J Transl Res*. 15.;13(12):13321–7.
59. Kotlar B, Gerson EM, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. 2021;18(1):10.
60. Ayoola AB, Nettleman M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. *J Womens Health (Larchmt)*.; 16(3):302–10.
61. Zou S, Cao W, Jia Y, Wang Z, Qi X, Shen J, и остали. Sexual and reproductive health and attitudes towards sex of young adults in China.2022.;48(e1): e13–21.
62. Leung H, Lin L. Adolescent Sexual Risk Behavior in Hong Kong: Prevalence, Protective Factors, and Sex Education Programs. *J Adolesc Health*; 64(6S): S52–8.
63. Woolley NO, Macinko J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. *Cad Saúde Pública*.;35: e00208517.
64. Luffy SM, Evans DP, Rochat RW. “Regardless, you are not the first woman”: an illustrative case study of contextual risk factors impacting sexual and reproductive health and rights in Nicaragua. *BMC Women's Health*. 14.;19(1):76.
65. Boston 677 Huntington Avenue, Ma 02115. Side Effects: Persecution of Health Workers in Nicaragua. *Health and Human Rights Journal*. 2018. Available at: <https://www.hhrjournal.org/2018/08/side-effects-persecution-of-health-workers-in-nicaragua/>
66. Universal Health Coverage. Available at: <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>
67. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, и остали. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018.;169(7):467–73.
68. Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S, Asaria M, Dawkins B, Norheim OF, и остали. Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns. *Value Health*.2017; 20(2):206–12.
69. Aboderin I. Sexual and reproductive health and rights of older men and women: addressing a policy blind spot. *Reprod Health Matters*.;22(44):185–90.
70. Family Planning - A global handbook for providers. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>
71. Duganovska M. Factors of adolescent reproductive and sexual health. *Medicinska istraživanja* 2018.;52(3):23–7.

72. Adhikari R. Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*.;10:19.
73. Nalangan P, Apro U. SOCIO-CULTURAL INFLUENCES on the reproductive health of migrant women.
74. United Nations Population Fund. Sexual & reproductive health. Available at: <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>
75. Thapa NR. Factors influencing the use of reproductive health services among young women in Nepal: analysis of the 2016 Nepal demographic and health survey. *Reprod Health*. 2020.;17(1):102.
76. Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, Agarwal A. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2013;11:66.
77. Mendiola J, Torres-Cantero AM, Vioque J, Moreno-Grau JM, Ten J, Roca M, и остали. A low intake of antioxidant nutrients is associated with poor semen quality in patients attending fertility clinics. *Fertil Steril* 2010;93(4):1128–33.
78. Cocuzza M, Sikka SC, Athayde KS, Agarwal A. Clinical relevance of oxidative stress and sperm chromatin damage in male infertility: an evidence based analysis. *Int Braz J Urol*. 2007.;33(5):603–21.
79. Brannian JD. Obesity and fertility. *S D Med*.2011; 64(7):251–4.
80. Cabler S, Agarwal A, Flint M, du Plessis SS. Obesity: modern man’s fertility nemesis. *Asian J Androl*;12(4):480–9.
81. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril*.; 93(1):72–8.
82. Clark AM, Thornley B, Tomlinson L, Galletley C, Norman RJ. Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Hum Reprod*.;13(6):1502–5.
83. Wise LA, Rothman KJ, Mikkelsen EM, Sørensen HT, Riis AH, Hatch EE. A prospective cohort study of physical activity and time to pregnancy. *Fertil Steril*.;97(5):1136-1142.e1-4.
84. Mutsaerts M a. Q, Groen H, Huiting HG, Kuchenbecker WKH, Sauer PJJ, Land JA, и остали. The influence of maternal and paternal factors on time to pregnancy—a Dutch population-based birth-cohort study: the GECKO Drenthe study. *Hum Reprod*.;27(2):583–93.
85. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*.;13(6):1532–9.
86. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm>
87. IAEG-SDGs — SDG Indicators. Available at: <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/>
88. Grose RG, Chen JS, Roof KA, Rachel S, Yount KM. Sexual and Reproductive Health Outcomes of Violence Against Women and Girls in Lower-Income Countries: A Review of Reviews. *J Sex Res*.2021; 58(1):1–20.

89. Broaddus-Shea ET, Kobeissi L, Ummer O, Say L. A systematic review of monitoring and evaluation indicators for sexual and reproductive health in humanitarian settings. *Confl Health*. 2019.;13:43.
90. Hogh A, Conway PM, Clausen T, Madsen IEH, Burr H. Unwanted sexual attention at work and long-term sickness absence: a follow-up register-based study. *BMC Public Health*. 2016;16:678.
91. Viveiros N, Bonomi AE. Novel Coronavirus (COVID-19): Violence, Reproductive Rights and Related Health Risks for Women, Opportunities for Practice Innovation. *J Fam Violence*. 2022.;37(5):753–7.
92. WHO European health information at your fingertips. Available at: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>
93. "Kakvo nam je zdravlje? Sistem indikatora za društveni dijalog o zdravlju i zdravstvenom sistemu Srbije". Available at: https://ceves.org.rs/wp-content/uploads/2017/12/Kakvo-nam-je-zdravlje_Sistem-indikatora-za-dru%C5%A1tveni-dijalog.pdf
94. Healthy People 2020 health.gov. Available at: <https://health.gov/our-work/national-health-initiatives/healthy-people/healthy-people-2020>
95. World Population Ageing 2020. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf
96. Statistics | Eurostat ž. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00199/default/table?lang=en>
97. Mercuri ND, Cox BJ. The need for more research into reproductive health and disease. *eLife*. 11: e75061.
98. Coen-Sanchez K, Ebenso B, El-Mowafi IM, Berghs M, Idriss-Wheeler D, Yaya S. Repercussions of overturning Roe v. Wade for women across systems and beyond borders. *Reproductive Health*. 2022;19(1):184.
99. Pugh S. Politics, power, and sexual and reproductive health and rights: impacts and opportunities. *Sex Reprod Health Matters*. 27(2):1–5.
100. Salama M, Isachenko V, Isachenko E, Rahimi G, Mallmann P, Westphal LM, и остали. Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *J Assist Reprod Genet*.2018.;35(7):1277–88.
101. Sutton MY, Anachebe NF, Lee R, Skanes H. Racial and Ethnic Disparities in Reproductive Health Services and Outcomes, 2020. *Obstet Gynecol.*;137(2):225–33.
102. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle (Health at a Glance: Europe). Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
103. Pry JM, Manasyan A, Kapambwe S, Taghavi K, Duran-Frigola M, Mwanahamuntu M, и остали. Cervical cancer screening outcomes in Zambia, 2010-19: a cohort study. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(6): e832–40.

104. Mallath MK, Taylor DG, Badwe RA, Rath GK, Shanta V, Pramesh CS, и остали. The growing burden of cancer in India: epidemiology and social context. *Lancet Oncol.*;15(6): e205-212.
105. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.*; 68(6):394–424.
106. Basson R. Sexual function of women with chronic illness and cancer. *Womens Health (Lond.)*; 6(3):407–29.
107. Peng YS, Chiang CK, Kao TW, Hung KY, Lu CS, Chiang SS, и остали. Sexual dysfunction in female hemodialysis patients: a multicenter study. *Kidney Int.*;68(2):760–5.
108. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet*; 369(9561):597–611.
109. Kardaş F, Okumuş F. The effect of depression on reproductive health among women of reproductive age. *Afr J Reprod Health* 2021; 25(5):125–32.
110. Prasad JH, Abraham S, Kurz KM, George V, Lalitha MK, John R, и остали. Reproductive tract infections among young married women in Tamil Nadu, India. *Int Fam Plan Perspect.*;31(2):73–82.
111. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Pereira B, Barros P, Fernandes J, и остали. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: a community survey in India. *Arch Gen Psychiatry*; 63(4):404–13.
112. Mendonsa RD, Appaya P. Psychiatric morbidity in outpatients of gynecological oncology clinic in a tertiary care hospital. *Indian J Psychiatry*.2010.;52(4):327–32.
113. Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. *Curr Opin Obstet Gynecol.*;28(1):4–10.
114. Ozdemir R, Cevik C, Ciceklioglu M. Unmet needs for family planning among married women aged 15-49 years living in two settlements with different socioeconomic and cultural characteristics: a cross-sectional study from Karabuk Province in Turkey. *Rural Remote Health*; 19(3):5125.
115. Galle A, Vermandere H, Griffin S, de Melo M, Machaieie L, Van Braeckel D, и остали. Quality of care in family planning services in rural Mozambique with a focus on long acting reversible contraceptives: a cross-sectional survey. *BMC Womens Health.*;18(1):201.
116. Hazel KL, Kleymann KS. Gender and sex inequalities: Implications and resistance. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 2020; 48(4):281–92.
117. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, и остали. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet.*;393(10189):2440–54.
118. Agenda-UN-2030.pdf. Available at: <https://rsjp.gov.rs/wp-content/uploads/Agenda-UN-2030.pdf>

119. Indeks rodne ravnopravnosti u Republici Srbiji 2021. Available at: <https://secons.net/publikacija/indeks-rodne-ravnopravnosti-u-republici-srbiji-2021/>
120. Europe WHORO for, Policies EO on HS and, Bjegovic-Mikanovic V, Vasic M, Vukovic D, Jankovic J, и остали. Serbia: health system review; Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/331644>
121. DeVoe SG, Roberts LL, Davis WS, Wallace-Brodeur RR. Identifying Barriers to Access and Utilization of Preventive Health-Care Services by Young Adults in Vermont. *J Adolesc Health.*;62(6):674–80.
122. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. Available at: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en
123. Hoebel J, Richter M, Lampert T. Social Status and Participation in Health Checks in Men and Women in Germany. *Dtsch Arztebl Int*;110(41):679–85.
124. Hu T, Dattani ND, Cox KA, Au B, Xu L, Melady D, и остали. Effect of comorbidities and medications on frequency of primary care visits among older patients. *Can Fam Physician.*;63(1):45–50.
125. Islam MS, Mondal MNI, Tareque MI, Rahman MA, Hoque MN, Ahmed MM, и остали. Correlates of healthy life expectancy in low- and lower-middle-income countries. *BMC Public Health* 2018;18(1):476.
126. Izvestaj kvalitet 2018.pdf. Available at: <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20kvalitet%202018.pdf>
127. Janković J, Simić S, Marinković J. Inequalities that hurt: demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia. *Eur J Public Health*; 20(4):389–96.
128. Human Papillomavirus and Related Diseases. Available at: <https://hpcvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
129. Janković J, Simić S. The association of demographic and socioeconomic determinants and self-perceived health. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2012;140(1–2):77–83.
130. Jankovic J, Mirkovic M, Jovic-Vranes A, Santric-Milicevic M, Terzic-Supic Z. Association between non-communicable disease multimorbidity and health care utilization in a middle-income country: population-based study. *Public Health*; 155:35–42.
131. Pölluste K, Kosunen E, Koskela T, Mattila KJ, Schäfer WLA, Boerma WGW, и остали. Primary health care in transition: Variations in service profiles of general practitioners in Estonia and in Finland between 1993 and 2012. *Health Policy*; 123(1):37–44.
132. Reynolds GL, Fisher DG. The Role of the Medicaid Expansion in the Use of Preventive Health Care Services in California Men.2020.;14(1):1557988320903193.
133. Sándor J, Kósa K, Papp M, Fürjes G, Kőrösi L, Jakovljevic M, и остали. Capitation-Based Financing Hampers the Provision of Preventive Services in Primary Health Care. *Front Public Health* 2016; 4:200.

134. Situation analysis of children and adolescents in Serbia | UNICEF 2019. Available at: <https://www.unicef.org/serbia/en/reports/situation-analysis-children-and-adolescents-serbia> contraception 2018. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>
135. Contraception 2018. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>
136. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018.; 48:115–27.
137. Mitra S, Dash R. Natural Products for the Management and Prevention of Breast Cancer. *Evid Based Complement Alternat Med.*; 2018:8324696.
138. Pashayan N, Antoniou AC, Ivanus U, Esserman LJ, Easton DF, French D, и остали. Personalized early detection and prevention of breast cancer: ENVISION consensus statement. *Nat Rev Clin Oncol.* 2020.;17(11):687–705.
139. Уредба о плану здравствене заштите из обавеног здравственог осигурања у Републици Србији, 2023, ("Сл. гласник РС", бр. 144/2022)
140. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). Available at: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/overview](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/overview)
141. Ramalepa TN. The role of community health nurses in promoting school learners' reproductive health in North West province. *Health SA2023*; 28:2109.
142. European Health Interview Survey (EHIS wave 3) — Methodological manual. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-02-18-240>
143. Litsios S., "The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection," *International Journal of Health Services* 32 (2002): 709–732; S. Lee, "WHO and the Developing World: The Context for Ideology," in *Western Medicine as Contested Knowledge*, ed. A. Cunningham and B. Andrews (Manchester: Manchester University Press, 1997), 24–45.
144. Bryant J. H., *Health and the Developing World* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 1969), ix–x.
145. Taylor C. E., ed., *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges* (New York: Asia Publishing House, 1976).
146. Newell K. W., *Health by the People* (Geneva: World Health Organization [WHO], 1975), xi.
147. Canadian Department of National Health and Welfare, *A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle perspective de la sante des Canadiens* (Ottawa: n. p., 1974).
148. McKeown T., *The Modern Rise of Population* (New York: Academic Press, 1976).
149. Illich I., *Medical Nemesis: the Expropriation of Health* (London: Calder & Boyars, 1975).
150. Paterson G., "The CMC Story, 1968–1998," *Contact* 161–162 (1998): 3–18.
151. Martin R., "Christians Pioneer International Health Concepts," Available at: <http://www.ccih.org/forum/0011-03.htm>, accessed March 19, 2004.

152. Sidel V. W., "The Barefoot Doctors of the People's Republic of China," *New England Journal of Medicine* 286 (1972): 1292–1300. See also R. Sidel and V. Sidel, *Health Care and Traditional Medicine in China, 1800–1982* (London: Routledge and Kegan, 1982).
153. Pearson L. B., *Partners in Development* (New York: Praeger, 1969); W. Brandt, *North–South, A Program for Survival* (Cambridge, Mass: MIT Press, 1980).
154. Hoskins L. A., "The New International Economic Order: A Bibliographic Essay," *Third World Quarterly* 3 (1981): 506–527.
155. The biographical information is taken from "Dr Halfdan T. Mahler," available at <http://www.who.int/archives/wh050/en/directors.htm>, accessed March 19, 2004.
156. Mahler H. T., interview with the author, Geneva, May 2002.
157. McGivray Mac (a CMC member) after a meeting with Mahler on March 22, 1974. Cited in Paterson, "The CMC Story," 13.
158. Djukanovic V. and E. P. Mach, eds., *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries: A Joint UNICEF/WHO Study* (Geneva: WHO, 1975), 110.
159. "The Work of WHO in 1972: Annual Report of the Director General to the World Health Assembly," in *WHO Official Records* 205, 1973, Geneva, WHO Library.
160. Djukanovic and Mach, *Alternative Approaches*, 14.
161. Mahler H. T., "Social Perspectives in Health: Address in Presenting His Report for 1975 to the Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May 1976," 1, Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library.
162. "Interview with David Tejada-de-Rivero," in *World Federation of Public Health Associations, Conference Bulletin* 1 (1977): 1, Folder "WHO International Conference on Primary Health Care 1978, November 1977–January 1978," P/21/87/5, WHO Archive, Geneva.
163. Venediktov D. D., "Primary Health Care: Lessons From Alma Ata," *World Health Forum* 2 (1981): 332–340, quote from p. 333.
164. "United Nations Economic and Social Council, United Nations Children's Fund, Executive Board, 29 October 1976," Folder "WHO International Conference on Primary Health Care 1978, August 1975–February 1977," P/21/87/5, WHO Archive.
165. Tejada-de-Rivero had great care for the details of organizing the meeting, shown in his request for "250 desks and tables, 500 chairs, 200 typist desks, 200 typist chairs," among other items; D. Tejada-de-Rivero to D. Venediktov, September 20, 1976, Folder "WHO International Conference on Primary Health Care 1978 August 1975–February 1977," P 21/87/5. WHO Archive.
166. "Intervention of Director General of WHO, H. Mahler," in "Alma Ata 1978, International Conference on Primary Health Care, 6–12 September 1978, Statements by Participants in the Plenary Meetings," 4–6, ICPHC/ALA/78.1-11, WHO Library, Geneva.
167. See Mahler H. T., "Health—A De-mystification of Medical Technology," *Lancet* ii (1975): 829–833.

168. Mahler H. T., *World Health Is Indivisible: Address to the Thirty-First World Health Assembly* (Geneva: WHO, 1978), 4.
169. Mahler H. T., "WHO's Mission Revisited: Address in Presenting His Report for 1974 to the 28th World Health Assembly, 15 May 1975," 10, *Mahler Speeches/Lectures*, Box 1, WHO Library, Geneva.
170. "WHA32.30, Formulating Strategies for Health for all by the Year 2000, World Health Organization, 32nd World Health Assembly, Geneva, 7–25 May 1979," available at http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42, accessed June 25, 2004; H. T. Mahler, "Salud con Justicia," *Salud Mundial* (May 1978); "What Is Health for All?" *World Health* (November 1979): 3–5; Mahler, "The Meaning of Health for All by the Year 2000," *World Health Forum* 2 (1981): 5–22; Mahler, "The Political Struggle for Health: Address at the 29th Session of WHO Regional Committee for the Western Pacific"; Mahler, "Eighteen Years to Go to Health for All, Address to the 21st Pan American Sanitary Conference, Geneva" (all Mahler articles from *Mahler Speeches/Lectures*, Box 1, WHO Library, Geneva).
171. Kanagaratnam K., "A Review of the Bellagio Population and Health Papers," May 9, 1979, Folder "Health and Population," Rockefeller Foundation Archives (hereafter RFA), Record Group (hereafter RG) A82, Series 120, Box 1776, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY (hereafter RAC).
172. Knowles J. H., ed., *Doing Better and Feeling Worse* (New York: W.W. Norton and Co., 1977).
173. Knowles J. H. to C. Wahren, July 6, 1978, Folder "Health and Population," RFA, RG A82, Series 120, Box 1776, RAC; Martha Finnemore, "Redefining Development at the World Bank," in *International Development and the Social Science: Essays in the History and Politics of Knowledge*, ed. F. Cooper and R. Packard (Berkeley: University of California Press, 1997), 203–227.
174. Walsh J. A. and K. S. Warren, "Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries," *New England Journal of Medicine* 301 (1979): 967–974; it also appeared in *Social Science and Medicine* 14C (1980): 145–163 as part of an issue devoted to the Bellagio meeting.
175. Ruxin J., "Magical Bullet: The History of Oral Rehydration Therapy," *Medical History* 38 (1991): 363–397.
176. Plank S. and M. L. Milanesi, "Infant Feeding and Infant Mortality in Rural Chile," *Bulletin of the World Health Organization* 48 (1973): 203–210.
177. *Protecting the World's Children: Vaccines and Immunization Within Primary Health Care*, Conference Report (New York: Rockefeller Foundation, 1984).
178. Evans J., K. Hall, and J. Warford, "Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice," *New England Journal of Medicine* 305 (1981): 1117–1127.
179. On Grant, see C. Bellamy, P. Adamson, S. B. Tacon, et al., *Jim Grant: UNICEF Visionary* (Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Center, 2001), available at http://www.unicef.org/about/who/index_bio_grant.html, accessed March 19, 2004.

180. UNICEF, *The State of the World's Children: 1982/1983* (New York: Oxford University Press, 1983). See also K. S. Warren, "Introduction," in *Strategies for Primary Health Care: Technologies Appropriate for the Control of Disease in the Developing World*, ed. J. Walsh and K. S. Warren (Chicago: University of Chicago, 1986), ix–xi; K. S. Warren, "The Evolution of Selective Primary Health Care," *Social Science and Medicine* 26 (1988): 891–898.
181. Examples of the debate are the letters sent to the editor that appeared in the "Correspondence" section of the *New England Journal of Medicine* 302 (1980): 757–759. See also S. Rifkin and G. Walt, "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care,'" *Social Science and Medicine* 23 (1986): 559–566; J. P. Unger and J. Killingsworth, "Selective Primary Health Care: A Critical Review of Methods and Results," *Social Science and Medicine* 10 (1986): 1001–1002; the special issue "Selective or Comprehensive Primary Health Care" of *Social Science and Medicine* 26(9) (1988).
182. "WHO Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All: Discussion Paper, Geneva March 17, 1980," HPC/MPP/DPE/80.2, WHO Library, Geneva.
183. "Primary Health: A First Assessment," *People Report on Primary Health Care* (1985): 6–9, WHO Library, Geneva.
184. Venediktov, "Lessons," 336.
185. Gish O., "Selective Primary Care: Old Wine in New Bottles," *Social Science and Medicine* 16 (1982): 1054.
186. Post J. E. to R. Bartley, November 13, 1979, Folder "The Protection and Promotion of Breast Feeding," CF-NYH-09 D 5-81 Heyward T011 A 138, UNICEF Archives, New York, NY.
187. Sheffield H. I., "Boycott to Save Lives of Third World Babies," *Michigan Chronicle*, December 29, 1979., Folder "The Protection and Promotion of Breastfeeding," CF-NYH-09 D 05-81 Heyward T011 A138, UNICEF Archives.
188. "Criticism Mounts Over Use of Baby Formulas Among World's Poor," *Washington Post*, April 21, 1981, Folder "The Protection and Promotion of breastfeeding," CF-NYH-09 D 05-81 Heyward T011 A138, UNICEF Archives; J. E. Post and E. Baer, "The International Code of Marketing for Breast Milk Substitutes: Consensus, Compromise and Conflict in the Infant Formula Controversy," *The Review: International Commission of Jurists* 25: 52–61; M. B. Bader, "Breast-Feeding: The Role of the Multinational Corporations in Latin America," *International Journal of Health Services* 6 (1976): 604–626.
189. During these years, most developing countries significantly improved the coverage figures. "Expanded Programme on Immunization" Folder "WHO-UNICEF Joint Study," CF-NYH-09 D Heyward T010 A128, UNICEF Archives.
190. Hill T., R. Kim-Farley, and J. Rohde, "Expanded Programme on Immunization: A Goal Achieved Towards Health for All," in *Reaching Health For All*, ed. J. Rohde, M. Chatterjee, and D. Morley (Delhi: Oxford University Press, 1993), 403–422.
191. Nossal G., "Protecting Our Progeny: The Future of Vaccines," *Perspectives in Health Magazine* 7 (2002): 8–13.

192. UNICEF, *UNICEF in the Americas, for the Children of Three Decades*, UNICEF, History Series 85, Monograph IV, 1995, UNICEF Library, New York City.
193. Muller F., "Participation, Poverty and Violence: Health and Survival in Latin America," in *Reaching Health for All*, 103–129.
194. There were even radical critiques of the original Alma Ata Declaration, such as V. Navarro, "A Critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration" [1984], in V. Navarro, *Crisis, Health and Medicine: A Social Critique* (London: Tavistock Publications, 1986), 212–232.
195. The concern appears in some UNICEF documents, such as "Memorandum From F. L. Fazzi, December 22, 1977. Un-edited Redraft on Budgeting of [Primary Health Care]," Folder "WHO and UNICEF Fund Raising," CF-NYH-09 D, UNICEF Archives.
196. Goodfield J., *A Chance to Live* (New York: McMillan International, 1991), 25–42.
197. Mahler himself mentions it in H. T. Mahler, "The Political Struggle for Health: Address of the Director General at the 29th Session of the Regional Committee for the Western Pacific, Manila, August 21, 1978," Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library, Geneva.
198. Parker A. W., J. M. Walsh, and M. A. Coon, "Normative Approach to the Definition of Primary Health Care," *Milbank Memorial Fund Quarterly* 54 (1976): 415–438.
199. See Frenk J., "First Contact, Simplified Technology or Risk Anticipation? Defining Primary Health Care," *Academic Medicine* 65 (1990): 676–679
200. See Breilh J., "Community Medicine Under Imperialism: A New Medical Police," *International Journal of Health Services* 9 (1979): 5–24; M. Testa, "¿Atención Primaria o primitiva? De Salud," in *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (Buenos Aires: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, 1988), 75–90; A. Ugalde, "Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs," *Social Science and Medicine* 21 (1985): 41–53.
201. The concern appears in some UNICEF documents, such as "Memorandum From F. L. Fazzi, December 22, 1977. Un-edited Redraft on Budgeting of [Primary Health Care]," Folder "WHO and UNICEF Fund Raising," CF-NYH-09 D, UNICEF Archives.
202. Patel M., "An Economic Evaluation of Health For All," *Health and Policy and Planning* 1 (1986): 37–47.
203. Rifkin S. B., F. Muller, and V. Bichmann, "Primary Health Care: On Measuring Participation," *Social Science and Medicine* 26 (1988): 931–940.
204. Mahler H. T., "World Health 2000 and Beyond: Address to the 41st World Health Assembly 3 May 1984," Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library.
205. Rubel A. J., "The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America," *Latin American Research Review* 2 (1966): 37–56.

206. Mahler H. T., Primary Health Care, an Analysis of Some Constraints, an Address Delivered to the Special Congregation for the Conferment of an Honorary Degree on Dr. Halfan T. Mahler at the University of Lagos (Lagos: University of Lagos Press, 1980), 10, Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library, Geneva.
207. Pan American Health Organization, Salud para Todos en el Siglo Veintinuno (Washington, DC: PAHO, 1997).
208. Werner D. and D. Sanders, Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival, With an In-Depth Critique of Oral Rehydration Therapy (Palo Alto, Calif: Health Rights, 1997). See also “Round Table: What Still Needs to Be Done?” World Health Forum 11 (1990): 359–366.
209. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. Elsevier Ltd; 2009;374(9684):170–3.
210. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864–74. doi: 10.2105/AJPH.94.11.1864.
211. Primary Health Care Performance Initiative. Primary Health Care Performance Initiative. Available from: <http://www.phcperformanceinitiative.org/>.
212. United Nations Development Programme. Sustainable Development Goals Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>.
213. World Health Organization. Maternal Mortality. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
214. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
215. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):150–71. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181994221.
216. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. Elsevier Ltd; 2010;70(6):904–11.
217. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe’s strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff*. 2013;32(4):686–94. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242.
218. Ly J, Sathananthan V, Griffiths T, Kanjee Z, Kenny A, Gordon N, et al. Facility-based delivery during the ebola virus disease epidemic in Rural Liberia: analysis from a cross-sectional, population-based household survey. *PLoS Med*. 2016;13(8):1–17. doi: 10.1371/journal.pmed.1002096
219. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low- income countries. *J Econ Perspect*. 2008;22(2):93–114. doi: 10.1257/jep.22.2.93.
220. Das J, Hammer J. Quality of primary care in low-income countries: facts and economics. *Annu Rev Econ*. 2014;6(1):525–53. doi: 10.1146/annurev-economics-080213-041350

221. Sylvia S, Shi Y, Xue H, Tian X, Wang H, Liu Q, et al. Survey using incognito standardized patients shows poor quality care in China's rural clinics. *Health Policy Plan.* 2014;1–12.
222. Hansen PM, Peters DH, Edward A, Gupta S, Arur A, Niayesh H, et al. Determinants of primary care service quality in Afghanistan. *Int J Qual Health Care.* 2008;20(6):375–83. doi: 10.1093/intqhc/mzn039.
223. Primary Health Care Performance Initiative Methodology. Available from: [http://phcperformanceinitiative.org/sites/default/files/PHCPI Methodology Note_0.pdf](http://phcperformanceinitiative.org/sites/default/files/PHCPI%20Methodology%20Note_0.pdf).
224. WHO. Everybody's business: Strengthening Health Systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action.p. 1–56. Available from: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
225. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. *Getting Health Reform Right.* Oxford University Press; 2002.
226. Geiger HJ. Community-oriented primary care: a path to community development. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1713–6. doi: 10.2105/AJPH.92.11.1713.
227. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>.
228. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.*1994;344:1129–33. doi: 10.1016/S0140-6736(94)90634-3.
229. World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels.* 2014.
230. World Health Organization. *Global Reference List of 100 Core Indicators.* 2015.
231. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, Secci F, Wong E, Basu L, Taylor C, Bayona J, Wang H, Lagomarsino G, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med.* 2017 May;32(5):566-571.
232. Dixon S, McNiven A, Connolly A, Hinton L. Women's health and primary care: time to get it right for the life course. *Br J Gen Pract.* 2021 Nov 25;71(713):536-537. doi: 10.3399/bjgp21X717713. PMID: 34824065; PMCID: PMC8686438.
233. Mikhail H, Kelly SE, Davison CM. Reproductive health interventions for Inuit youth in the north: a scoping review. *Reprod Health.* 2021;18(1):65.
234. Ивана Симић Вукомановић, Процена репродуктивног здравља у популацији жена на територији Централне Србије, специјалистички рад, 2021, Крагујевац.
235. Hall KS, Moreau C, Trussell J. Continuing social disparities despite upward trends in sexual and reproductive health service use among young women in the United States. *Contraception.* 2012; 86(6): 681-6
236. Истраживање здравља становништва Србије 2019. године, Н. Милић, Д.Станисављевић, М. Крстић, В. Јовановић и сарадници, Београд, 2021.

237. Viscondi JYK, Faustino CG, Campolina AG, Itria A, Soárez PC. Simple but not simpler: a systematic review of Markov models for economic evaluation of cervical cancer screening. *Clinics (Sao Paulo)* 2018; 73:e385
238. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 33(3):174-82
239. James C, Harfouche M, Welton NJ, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* 2020;98(5):315-329.
240. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov;68(6):394-424. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin;*70(4):313
241. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4 (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2023/Feb/undes_a_pd_2022_world-family-planning.pdf)
242. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating action to ensure universal access to family planning (ST/ESA/SER.A/450)
243. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022.
244. United Nations Population Division: www.population.un.org/dataportal/home
245. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet.* 2012;380(9837):149-156. doi:10.1016/S0140-6736(12)60609-6
246. Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., Bray, F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health* 8(2):e191-e203. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30482-6.
247. Hull, R., Mbele, M., Makhafola T., Hicks, C., Wang, S.M., Reis, R.M., et al. (2020). Cervical cancer in low and middle-income countries. *OncolLett.* 20(3):2058-2074. doi: 10.3892/ol.2020.11754.
248. Zhao, M., Wu, Q., Hao, Y., Hu, J., Gao, Y., Zhou, S., Han, L. (2021). Global, regional, and national burden of cervical cancer for 195 countries and territories, 2007-2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *BMC Womens Health* 21(1):419. doi: 10.1186/s12905-021-01571-3.
249. Institute for Public Health of Serbia. Health and statistical yearbook of the Republic Serbia 2022. Belgrade: Institute for Public Health of Serbia "Dr. Milan JovanovićBatut" in 2020.
250. Broutet, N., Jeronimo, J., Kumar, S., Almonte, M., Murillo, R., Huy, N.V.Q., et al. (2022). Implementation research to accelerate scale-up of national screen and treat strategies towards the elimination of cervical cancer. *Prev Med.* 155:106906. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106906.

251. Уредба о Националном програму раног откривања карцинома грлића материце, "Службени гласник РС", бр. 73 2013
252. Wilailak S, Kengsakul M, Kehoe S. (2021). Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 155 Suppl 1(Suppl 1):102-106. doi: 10.1002/ijgo.13879.
253. Pimple, S.A., Mishra, G.A. (2019). Global strategies for cervical cancer prevention and screening. *Minerva Ginecol.* 71(4):313-320. doi: 10.23736/S0026-4784.19.04397-1.
254. Petersen, Z., Jaca, A., Ginindza, T.G., Maseko, G., Takatshana, S., Ndlovu, P., et al. (2022). Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review. *BMC Womens Health* 22(1):486. doi: 10.1186/s12905-022-02043-y.
255. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. World Health Organization 2020.
256. Sharma, J., Yennapu, M., Priyanka, Y. (2023). Screening Guidelines and Programs for Cervical Cancer Control in Countries of Different Economic Groups: A Narrative Review. *Cureus*15(6):e41098. doi: 10.7759/cureus.41098.
257. Rančić, N.K., Golubović, M.B., Ilić, M.V., Ignjatović, A.S., Živadinović, R.M., Đenić, S.N., et al. (2020). Knowledge about Cervical Cancer and Awareness of Human Papillomavirus (HPV) and HPV Vaccine among Female Students from Serbia. *Medicina (Kaunas)* 56(8):406. doi: 10.3390/medicina56080406.
258. Adedimeji, A., Ajeh, R., Pierz, A., Nkeng, R., Ndenkeh, J.J., Fuhngwa, N., et al. (2021). Challenges and opportunities associated with cervical cancer screening programs in a low income, high HIV prevalence context. *BMC Womens Health* 21(1):74. doi: 10.1186/s12905-021-01211-w.
259. Salehiniya, H., Momenimovahed, Z., Allahqoli, L., Momenimovahed, S., Alkatout, I. (2021). Factors related to cervical cancer screening among Asian women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 25(19):6109-6122. doi: 10.26355/eurrev_202110_26889.
260. Campos, N.G., Sharma, M., Clark, A., Kim, J.J., Resch, S.C. (2016). Resources Required for Cervical Cancer Prevention in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS One* 11(10): e0164000. doi: 10.1371/journal.pone.0164000.
261. Altová, A., Lustigová M. (2022). Barriers to the cervical cancer screening attendance among Czech women. *CeskaGynekol.* 87(4):239-244. doi: 10.48095/cccg2022239.
262. Taneja, N., Chawla, B., Awasthi, A. A., Shrivastav, K.D., Jaggi, V.K., Janardhanan, R. (2021). Knowledge, Attitude, and Practice on Cervical Cancer and Screening Among Women in India: A Review. *Cancer Control* 28:10732748211010799. doi: 10.1177/10732748211010799.
263. Gyulai, A., Nagy, A., Pataki, V., Tonté, D., Ádány, R., Vokó, Z. (2018). General practitioners can increase participation in cervical cancer screening - a model program in Hungary. *BMC FamPract.* 19(1):67. doi: 10.1186/s12875-018-0755-0.
264. Saitoh, E., Saika, K., Morisada, T., Aoki, D. (2022). Status of cervical cancer screening among adolescents and young adults (AYA) in Japan. *Int J ClinOncol.* 27(3):473-480. doi: 10.1007/s10147-021-02100-w.

265. Suurna, M., Orumaa, M., Ringmets, I., Pärna, K. (2022). Inequalities in reported use of cervical screening in Estonia: results from cross-sectional studies in 2004-2020. *BMC Womens Health*22(1):545. doi: 10.1186/s12905-022-02123-z.
266. Sirovich, B.E., Welch, H.G. (2004). The frequency of Pap smear screening in the United States. *J Gen Intern Med.* 19(3):243-50. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.21107.x.
267. Açucena, V.A.S., Schiaveto de S.A., Weller, M., Pires, B.A. (2019). Differential Impact of Education Level, Occupation and Marital Status on Performance of the Papanicolaou Test among Women from Various Regions in Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev.* 20(4):1037-1044. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.4.1037.
268. Njor, S.H., Søbørg, B., Tranberg, M., Rebolj, M. (2023). Concurrent participation in breast, cervical, and colorectal cancer screening programmes in Denmark: A nationwide registry-based study. *Prev Med.* 167:107405. doi: 10.1016/j.ypmed.2022.107405.
269. Đorđević, G., Radević, S., Jančićević, K., Kanjevac, T., Simić, V.I., Radovanović, S. (2020). The prevalence and factors associated with cervical cancer screening among women in the general population – evidence from the National Health Survey. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo* 148(7-8):474-9. doi: 10.2298/SARH190109129D
270. Marques, P., Nunes, M., Antunes, M.D.L., Heleno, B., Dias, S. (2020). Factors associated with cervical cancer screening participation among migrant women in Europe: a scoping review. *Int J Equity Health.*19(1):160. doi: 10.1186/s12939-020-01275-4.
271. Coleman C. Early Detection and Screening for Breast Cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2017 May;33(2):141-155. doi: 10.1016/j.soncn.2017.02.009. PMID: 28365057.
272. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer* ;108(11):2205-40. doi: 10.1038/bjc.2013.177.
273. Mishra GA, Pimple SA, Mitra I, Badwe RA. Screening for breast cancer: Cost-effective solutions for low- & middle-income countries. *Indian J Med*;154(2):229-236. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_2635_20.

Биографија:

Славица Ђорђевић рођена је 15.10.1977. године у Шапцу. Завршила је Основну школу у Коцељеви и средњу Медицинску школу у Шапцу. Вишу медицинску школу завршила је 1999. године, а 2010. године је завршила Високу здравствену школу струковних студија, а потом и специјалистичке струковне стидије из области јавног здравља, чиме је стекла звање Специјалиста струковна медицинска сестра. Академске студије завршила је на Факултету здравствених, правних и пословних студија Сингидунум Ваљево 2019. године, а затим наставља мастер студије и стиче звање Мастер менаџер здравствене заштите 2020.године. Докторске академске студије уписала је на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу 2021.године, изборно подручје Превентивна медицина. Радила је у Дому здравља Палилула, Београд од 2000.-е године, као патронажна сестра, од 2007. године учествовала је у руковођењу мањим и већим организационим јединицама, а од 2016.године била је Главна сестре Дома здравља. Од октобра 2019. године, запослена је у Академији струковних студија Београд, Одсек Висока здравствена школа. Члан је бројних радних група и комисија у циљу унапређења професије. Као члан Републичке стручне комисије учествовала је у изради Националног програма подршке дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета, као и изради „Стручно методолошког упутства за вођење медицинске документације и евиденције и извештавање“ у програму. Била је представник Р.Србије на тренингу СЗО “Baby Friendly Hospital Initiative”, као и члан делегације Р.Србије и представник патронажне службе на Регионалној конференцији СЗО и Уницефа. Учествовала је као предавач на више домаћих и међународних стручних скупова и конференција. Објавила је више научних и стручних публикација у домаћим и страним часописима.

Образац 1

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

Предиктори коришћења примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним
здрављем жена у Србији

представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког*
рада.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повореду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

У Крагујевцу, 19.02.2024. године,



потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Славница С. Ђорђевић

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

Предиктори коришћења примарне здравствене заштите у вези са репродуктивним здрављем жена у Србији

и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 19.02.2024. године,


потпис Аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од попуњених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>