

ГЛОБАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕТО НА ЖЕНИТЕ

Значимост на репродуктивното здраве и здравето на жените за глобалното здраве

Проблемите на здравето на жените заемат важно място в глобалните здравни проблеми, за което могат да се посочат няколко съществени основания:

- жените са изложени на висок риск, особено в страните с нисък и среден доход;
- в много общества жените са подложени на дискриминация и на роли, които са вредни за тяхното здраве;
- жените са изправени пред редица единствени по рода си здравни проблеми поради своя пол и място в обществото;
- съществуват важни и неоправдани различия в здравето на мъжете и жените;
- заболяемостта, инвалидността и преждевременната смърт при жените имат огромни социални и икономически последици, които оказват влияние върху семействата и обществото в широк план;
- много инвестиции в здравето на жените, макар и на ниска цена, биха довели до предотвратяване на значителен брой умирания и DALYs;
- подобряването на образованието и здравето на жените и тяхното място в обществото е един от най-силните и ефективни подходи за насърчаване на социалното и икономическо развитие.



Основни детерминанти на здравето на жените

В английския език се използват два термина за означаване на половите характеристики: **sex** като биологично понятие и **gender** като културално понятие, което се отнася до социалните норми на жените и тяхната социална позиция по отношение на мъжете. Някои здравни проблеми са предимно биологично определени – напр., само жените могат да имат рак на яйчниците. Други здравни проблеми на жените се определят главно от социални фактори. Повечето здравни проблеми при жените, обаче, се определят от комбинацията на биологични и социални детерминанти.

Биологични детерминанти. Жените се изправят пред редица уникални биологични рискове. Един от тях е желязодефицитната анемия, свързана с менструацията. Други рискове са свързани с бременността, вкл. усложненията на самата бременност; заболявания, които могат да се утежнят от бременността; ефектите на някои елементи на нездравословен начини на живот върху бременността (напр., тютюнопушенето). По време на бременността има редица състояния, които могат да предизвикат заболяване или умирање, вкл. преекламписия (високо кръвно налягане, белтък в урината, оток), еклампсия (сериозно живото-застрашаващо състояние в късните етапи на бременността с много високо кръвно налягане). Кръвозагубите са най-сериозната причина за майчина смъртност.

Редица други заболявания и състояния (малария, хепатит, туберкулоза, недохранване или затлъстяване), както и някои психични проблеми (депресия и др.), могат да подсилят здравните рискове, свързани с бременността. Небезопасните аборти водят до значителна заболяемост и смъртност. Важно е по време на бременността да се избягват някои професии, използване на алкохол, пушене и наркотици. Жените са биологично по-податливи на някои полово предавани инфекции, вкл. ХИВ/СПИН. С възрастта жените по-често страдат от сърдечни заболявания.

Социалните детерминанти на здравето на жените се отнасят предимно до различните роли и ценности, които се приписват на жените и мъжете. Социалните детерминанти на здравето

могат да се проявяват още преди раждането на жените – напр., случаите на женски фетуцид в Индия, Китай и др., с които се измества разпределението по пол на новородените в полза на момчетата. Интересни примери съществуват за различни подходи при кърменето на момичетата и момчетата. В по-късна възраст често срещано явление е недохранването на жените, особено в страните с нисък доход. Проблем е също физическото и сексуално насилие над жените в много култури. Бедността, липсата или ниското ниво на образование и ниският социален статус на жените в много общества сериозно препятстват достъпа до здравни услуги.

Връзка между здравето на жените и Целите на хилядолетието за развитие (MDGs)

Почти всички MDGs са тясно свързано с репродуктивното здраве и здравето на жените.

Цели на хилядолетието за развитие (MDGs)	Връзка със здравето на жените
Цел 1. Изкореняване на крайната бедност и глада.	Връзката между бедността и здравето на жените е силна и двупосочна. Подобряването на хранителния статус на жените допринася за тяхното здраве и за здравето на техните деца и има благоприятни последици и за двете страни в бъдеще.
Цел 2. Постигане на всеобщо основно образование.	Подобряването на здравето на жените повишава степента на включване, посещаване и успеваемостта на децата в училищата, което способства за по-добро здраве на жените и на техните деца.
Цел 3. Насърчаване на равенството и овластяване на жените.	Подобряването на равенството и овластяването на жените води до по-добро образование, по-големи възможности за доходи и по-малко насилие над жените и като цяло подобрява техния здравен статус.



Цели на хилядолетието за развитие (MDGs)	Връзка със здравето на жените
Цел 4. Намаляване на смъртността до 5-год. възраст.	Значителен дял от смъртността до 5-год. е свързана с влошено здраве и хранителен статус на майката, подобряването на които води до намаляване дела на децата с ниско тегло при раждане и на заболяемостта и смъртността при децата.
Цел 5. Подобряване на майчиното здраве	Тази цел е пряко свързана със здравето на жените.
Цел 6. Борба с ХИВ/СПИН, малария и други заболявания.	Делът на заразените с ХИВ жени в света нараства, а ХИВ/СПИН са основна причина за заболявания, инвалидност и смърт при жените. Справянето с ХИВ/СПИН ще има огромен ефект върху здравето на жените и здравето на техните семейства.

Проблемът за майчината смъртност

Както бе посочено в глава 2, майчината смъртност е един от най-информативните индикатори за оценка на общественото здраве и на неговите глобалните тенденции. Тя измерва честотата на умираанията при жените по време на бременността, раждането и следродовия период (до 42 дни след раждането), независимо от продължителността на бременността, от всяка причина свързана или усложнена от бременността, но не от травми или злополуки, и се изразява на 100000 живородени.

По оценъчни данни на СЗО, през 2010 г. 287 000 жени са умрели от предотвратими причини, свързани с усложнения на бременността и раждането, т.е. всеки ден около 800 жени са умирали от тежки кръвозагуби след раждането, инфекции, хипертонични разстройства и небезопасни аборти. От този брой 440 умирация са настъпвали в суб-Сахарска Африка и 230 – в Югоизточна Азия, в сравнение с 5 умирация в страните с висок доход. Рискът за умирање поради причини, свързани с бременността, за 1 жена от развиващите се страни е около 25 пъти по-висок в сравнение с развитите страни.



Над 60% от умираанията при майките настъпват в следродовия период. Рискът за умирање е най-висок непосредствено след раждането и след това намалява в следващите дни и седмици. Около 45% от умираанията в следродовия период се наблюдават през първия ден след раждането, над 65% в рамките на първата седмица и над 80% – през първите 2 седмици след раждането.

Почти 99% от майчината смъртност се наблюдава в развиващите се страни и над три четвърти се концентрира в два региона на света: 53% в Африканския регион и 25% в Югоизточна Азия. Високата майчина смъртност в тези части на света отразява неравенствата в достъпа до здравни услуги и различията между бедни и богати.

Има огромни различия между отделните страни: средният коефициент на майчина смъртност в развиващите се страни е около 300 на 100 000 живородени при по-малко от 15 на 100 000 живородени в развитите страни. Огромни са различията вътре в страните, между групите с висок и нисък доход, както и между живеещите в градовете и селата. Майките под 20-годишна възраст имат по-висок риск от усложнения и умирање в резултат на бременност отколкото по-възрастните жени.

Причини за майчината смъртност. Жените умират в резултат на усложнения по време и след бременността и раждането. Повечето от тези усложнения се развиват по време на самата бременност, а други са били налице преди бременността, но се влошават по време на бременността. Водещите усложнения, с които се свързват 80% от всички умираания на майките са:

- Тежки кръвозагуби (главно след раждането)
- Инфекции (обикновено след раждането)
- Високо кръвно налягане по време на бременността (пре-еклампсия и еклампсия)
- Небезопасен аборт

Повечето умираания на майките са предотвратими. Всички бременни се нуждаят от достъп до добри антенатални грижи, ква-

лифицирана помощ по време на раждането и подкрепа през първите седмици след раждането. Особено важно е всички раждания да бъдат придружени от квалифициран здравен персонал. Тежките кръвотечения могат да убият здрава жена само за два часа, ако не бъдат предприети навременни мерки и инжектиран окситоцин веднага след раждането. Инфекциите след раждането могат да бъдат предотвратени чрез добра хигиена и ранно разпознаване на симптомите. Преекламписията трябва да бъде открита и подходящо лекувана преди началото на конвулсии (екламписия) и на други животозастрашаващи усложнения. Важно е предотвратяването на нежелани бременности и бременности в твърде ранна възраст, както и достъп до семейно планиране и безопасни качествени грижи при нужда от аборт.

Табл. 11.1. Майчина смъртност по региони на Световната банка за периода 1990-2010 г. (на 100 000 живородени от жени на 15-49 г.)

Региони	1990	2000	2010	MDG5
Суб-Сахарска Африка	850	740	500	213
Западна Азия	170	110	71	43
Южна Азия	590	400	220	148
Кавказ и Централна Азия	71	62	46	18
Карибски регион	280	220	190	70
Латинска Америка	130	96	72	32
Югоизточна Азия	410	240	150	103
Северна Африка	230	120	78	58
Източна Азия	120	61	37	30
Океания	320	260	200	80
Развити региони	26	17	16	7
Развиващи се региони	440	350	240	110

Адаптирано по: United Nations. The Millennium Development Goals Report 2012. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>. Accessed 20 June 2013

□ **Напредък по отношение на постигането на 5-та цел от Целите на хилядолетието за развитие.** Броят на умираанията от усложнения по време на бременността и раждането е намалял с 47% – от 543 000 през 1990 г. до 287 000 през 2010 г. От тях 85% (245 000) се падат на суб-Сахарска Африка и Югоизточна Азия. Годишният коефициент на снижение от 3.1% е доста по-малък от 5.5% необходими за постигане на Цел 5 – намаление с три четвърти (75%) между 1990 г. и 2015 г. Самата майчина смъртност е намаляла от 440 на 100 000 живородени през 1990 г. до 240 на 100 000 за развиващите се страни (*табл. 11.1*). Големи различия се наблюдават и по региони на СЗО (*табл. 11.2*).

Табл. 11.2. Майчина смъртност по региони на СЗО – оценъчни данни за 1990-2010 г. (на 100 000 живородени)

Региони	1990	2000	2010	MDG5
Африка	820	720	480	405
Америка	100	80	63	25
Югоизточна Азия	590	370	200	148
Европа	44	29	20	11
Източно Средиземноморски	430	360	250	107
Западно Тихоокеански	140	77	49	35
Глобално	400	320	210	100

Адаптирано по: Global Health Observatory database. Maternal mortality ratio. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1370?lang=en>. Accessed August 10, 2013

Ролята на СЗО за подобряване на здравето на жените

Подобряването на майчиното здраве е един от ключовите приоритети на СЗО. Усилията в тази насока включват предоставяне на клинично и програмирано ръководство, опиращо се на доказателства, поставяне на глобални стандарти, предоставяне на техническа подкрепа на страните-членки, препоръчване на достъпни и



ефективни методи на лечение, разработване на учебни материали и ръководства за здравните работници и подкрепа страните в прилагането на политики и програми и проследяване на напредъка.

По време на конференцията на ООН през септ. 2010 г. е приета **Глобална стратегия за здравето на жените и децата**, насочена към спасяване на живота на повече от 16 милиона жени и деца през следващите четири години.

Няколко фактора имат особено важно значение за по-нататъшното снижение на майчината смъртност.

- **Подобряване на антенаталните грижи.** Много здравни проблеми при бременните жени могат да бъдат предотвратени, диагностицирани и лекувани по време на антенаталните грижи за бременната, ако те се извършват регулярно и от добре обучен персонал. Препоръките на СЗО са за минимум 4 антенатални посещения, включващи такива интервенции като ваксинация против тетанус, скрининг и лечение на инфекции и определяне на застрашаващи симптоми по време на бременността.

В глобален мащаб, в периода 2005–2012 г., около 55% от бременните жени са посещавали препоръчаните от СЗО минимум 4 антенатални посещения. В развиващите се страни делът на бременните жени, извършили поне 4 антенатални посещения е нараснал от 37% през 1990 г. до 55% през 2010 г. Африканският регион показва най-силно изразени различия. Докато в Южна Африка е постигнат почти универсален обхват с антенатални грижи (94% за 2010 г.), то в Западна Африка обхватът е само 67%, т.е. една трета от жените не са получавали никакви антенатални грижи. В суб-Сахарска Африка процентът на обхват е под 50% и даже е намалял от 1990 г. до 2010 г. и близо една четвърт (23%) нямат дори по едно антенатално посещение (*табл. 11.3*).

Табл. 11.3. Антенатални грижи за бременните жени (относителен дял на бременните жени на възраст 15-49 г., посетили поне 1 път и 4 пъти и повече антенатални клиники)

Региони	Поне 1 посещение			4 и + посещения		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Суб-Сахарска Африка	69	71	77	50	48	46
Западна Азия	53	63	77	-	-	-
Южна Азия	53	54	71	24	27	48
Карибски регион	85	88	92	59	66	72
Латинска Америка	72	90	96	71	82	89
Югоизточна Азия	79	90	93	54	70	80
Северна Африка	54	62	79	23	37	66
Източна Азия	70	89	92	-	-	-
Развиващи се региони	63	71	80	37	43	55

Адаптирано по: United Nations. The Millennium Development Goals Report 2012. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>. Accessed 20 June 2013

- **Подобряване на достъпа до квалифицирани акушерски грижи по време на самото раждане.** Повечето акушерски усложнения биха могли да бъдат предотвратени, ако жените имат достъп до квалифициран здравен персонал (лекар, сестра, акушерка) по време на самото раждане. Намалението на коефициентите за майчина смъртност между 1990 г. и 2010 г. може да се свърже с подобренията в други индикатори на Целите на хилядолетието за развитие, като увеличаване на дела на ражданията, придружавани от квалифициран здравен персонал. Глобално, делът на такива раждания е нараснал от 59% до 68% за периода 1990-2009 г. Наблюдават се, обаче, съществени различия по региони и между страни с различен доход. В страните с нисък доход обхватът с квалифициран персонал при раждането е бил само 47% в сравнение с 60% в страните с доход по-нисък от средния и 99% в страните



с доход по-висок от средния. В Югоизточна Азия, където е налице значително намаление на майчината смъртност, се наблюдава съществено нарастване на обхвата с квалифициран здравен персонал по време на раждането. Обратно на това, в суб-Сахарска Африка, с най-висока майчина смъртност, се наблюдава незначителен напредък – по-малко от 50% от ражданията са обхванати от квалифициран здравен персонал (*табл. 11.4*).

Табл. 11.4. Обхват на ражданията с обучен здравен персонал 1990–2010 г. (в % от всички раждания)

Региони	1990	2000	2010
Суб-Сахарска Африка	42	44	45
Западна Азия	59	68	75
Южна Азия	30	36	49
Карибски регион	70	70	70
Латинска Америка	75	83	92
Югоизточна Азия	48	65	74
Северна Африка	51	71	84
Източна Азия	94	97	99
Развиващи се региони	55	59	65

Адаптирано по: United Nations. The Millennium Development Goals Report 2012. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>. Accessed 20 June 2013

- **Подобряване на достъпа до контрацепция и предотвратяване на нежеланите бременности.** Глобално, през 2010 г. 63% от омъжените жени или такива в съжителство са използвали някаква форма на контрацепция. В суб-Сахарска Африка този коефициент е достигнал едва 25%. Общото нарастване на употребата на контрацептиви в развиващите се страни е доста бавно, особено през второто десетилетие.

Наблюдават се значителни неудовлетворени нужди от семейно планиране. Макар че липсват достоверни данни за всички страни, през 2010 г. по оценъчни данни глобално около 12% от жените не са имали достъп или не са използвали ефективни методи за контрацепция (*табл. 11.5*).

Табл. 11.5. Процент жени 15–49 г. използвали някакъв метод на контрацепция и % на неудовлетворени нужди от контрацепция

Региони	% използвали някакъв метод			% неудовлетворени нужди		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Суб-Сахарска Африка	12	18	25	27	26	25
Западна Азия	44	51	58	22	20	17
Южна Азия	39	48	56	22	18	16
Кавказ и Централна Азия	49	59	60	19	14	13
Карибски регион	53	59	61	20	18	17
Латинска Америка	62	71	74	17	12	10
Югоизточна Азия	48	57	63	19	16	13
Северна Африка	44	58	62	23	14	12
Източна Азия	78	86	84	6	3	4
Развити региони	68	71	72	-	-	-
Развиващи се региони	68	71	72	16	13.5	12.8

Адаптирано по: United Nations. The Millenium Development Goals Report 2012. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>. Accessed 20 June 2013

- **Намаляване на плодовитостта във възрастта 15–19 г.**
В тази възраст вероятността за настъпване на усложнения по време на бременността и раждането и рискът за умирање са много по-високи в сравнение с възрастните жени. Много по-висок е и рискът за заболяемост и смъртност за децата, родени от майки в тийнейджърска възраст. Плодовитостта във възрастта 15–19 г. през 2009 г. е била най-висока в суб-Сахарска Африка, като за 20 години този показател с останал почти непроменен – от 126 на 1000 жени на възраст 15–19 г. през 1990 г. до 120 на 1000 през 2009 г. По-съществено намаление е постигнато в Южна Азия



(от 88 до 46 на 1000) и в Северна Африка (от 43 до 29 на 1000). За развитите региони плодовитостта при 15–19-годишните жени през 2009 г. е 23 на 1000, а в развиващите се региони – над два пъти по-висока (52 на 1000).

10 факти на СЗО за здравето на жените

Факт 1. Тютюнопушенето сред младите жени в развиващите се страни бързо нараства. Честотата на тютюнопушене сред мъжете е 10 пъти по-висока отколкото при жените. Обаче, агресивната маркетингова кампания, насочена към жените води до бързо нарастване на тютюнопушенето сред тях в развиващите се страни. Жените по-трудно се отказват от тютюнопушенето и никотин-заместващата терапия при тях е по-малко ефективна.

Факт 2. Епидемията от СПИН в суб-Сахарска Африка се свързва с нарастването на ХИВ/СПИН при жените. Жените и момичетата продължават да се изправят пред раними ситуации, изискващи незабавни действия – особено в Централна и Западна Африка, където живеят 80% от жените, заразени със СПИН. Подобряването на достъпа им до антиретровирусна терапия, тестването за ХИВ, лечението и подкрепящата терапия (скрининг за рак на шийката на матката) изискват специфични мерки.

Факт 3. Насилието има сериозни здравни последици за жените. Между 15% и 71% от жените в света страдат от физическо или сексуално насилие от техните партньори, което има сериозни последици за тях – от травми до нежелани бременности, половопредавани инфекции, депресия и хронични заболявания.

Факт 4. Насилието срещу жените е широко разпространено в света. Данни от различни проучвания сочат, че 1 от 5 жени са били насилвани сексуално преди 15-годишна възраст.

Факт 5. Ранните бракове намаляват, но все още около 100 милиона момичета се омъжват преди 18 години през последното десетилетие. Това съставлява около една трета от момичетата в юношеска възраст в развиващите се страни (изкл. Китай). Рано омъжените момичета често нямат познания за секса и за рисковете от половопредавани заболявания и ХИВ/СПИН/.



Факт 6. Повечето майки в юношеска възраст живеят в развиващите се страни. Около 14 милиона момичета в млада възраст стават майки ежегодно. Над 90% от тях живеят в развиващите се страни.

Факт 7. Почти всички умирения на майки стават в развиващите се страни. Всеки ден 1600 жени и над 10 000 новородени умират от предотвратими усложнения на бременността и раждането. Около 99% от майчините и 90% от неонаталните умирения са в развиващите се страни.

Факт 8. Когато жените имат определен доход, вероятността да закупят мрежи против комари за своите домакинства е по-голяма. Използването на мрежите срещу насекоми намаляват случаите на малария сред бременните жени и децата. Когато жената има някакъв доход тя по-вероятно от мъжете заделя средства за такива мрежи за домакинството си.

Факт 9. Тежестта на хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е с над 50% по-висока при жените в сравнение с мъжете. В повечето страни жените са отговорни за приготвянето на храната в семейството. Когато готвят те често претърпяват изгаряния на традиционните печки. Вдишват смес от различни замърсители на въздуха ежедневно. Това задимяване вътре в дома води до половин милион умирения годишно от общо 1.3 милиона умирения от хронична обструктивна белодробна болест, докато сред мъжете само 12% от умиренията са свързани с ХОБЗ поради задимяване в дома. По време на бременността експозицията на вредни замърсители оказва вредно въздействие върху ембриона, върху раждането на деца с ниско тегло или даже води до мъртворождаемост.

Факт 10. Жените по-често страдат от хронични неинфекциозни заболявания в сравнение с мъжете. Здравните въздействия на сърдечните заболявания, рака, диабета, депресията и други психични и неврологични разстройства, злоупотребата с наркотици нарастват сред жените в глобален мащаб и не са типични само за богатите страни. В действителност хроничните незаразни заболявания са отговорни за 80% за умиренията сред възрастните в страните с висок доход; 25% от умиренията сред възрастните жени в страните с нисък доход са свързани с тези заболявания.