

# Демографски преглед

Београд

Година I

Број 4/2000

## Фертилитет становништва Србије у склопу ширег европског окружења

Специфични услови током 1990-их година у којима се налазила Европа, а пре свега бивше социјалистичке земље и нарочито простор бивше СФР Југославије, нису могле да остану без одраза на њихов најновији демографски развитац, а посебно на репродуктивно понашање становништва.

Подаци демографске статистике омогућавају да се утврде најважније одлике демографске слике Србије и СР Југославије током 1990-их година, сличности и разлике са другим европским земљама, а нарочито са бившим социјалистичким државама. Међутим, због познатих политичких прилика, за Косово и Метохију нису расположиви потпуни пописни подаци, али и било какви резултати демографске статистике за последње две године (1998. и 1999.). С тога ће анализа бити ограничена пре свега на период до краја 1997. године за који се располаже релативно поузданим статистичким подацима.

У Србији је током 1990-их јасно изражена тенденција опадања како броја живорођења тако и опште стопе наталитета. Тако 1997. са 122.6 хиљаде живорођењих, представља годину са најмањим бројем живорођене деце и са најнижом стопом наталитета (12,3 промила) у другој половини 20. века. У том погледу Србија у потпуности прати европске токове. Према подацима за 1997. просечна стопа наталитета у Европи (без Руске федерације) је износила 11 промила (у Русији 8,7 промила). Посматрано по подручјима, највише стопе рађања су забележене у северној Европи, а најниже у јужној и источној Европи. Међутим, док је у западној и посебно у северној Европи пад наталитета последњих деценија био врло умерен и у највећој мери резултат процеса демографског старења, у јужној Европи, опадање наталитета је нарочито убрзано почев од 1980-их година, а у источној, или прецизније, у бившим социјалистичким земљама, тај процес је изразито интензиван од почетка деведесетих.

У Србији је 1997. године достигнут апсолутни послератни минимум и у погледу нивоа стопе укупног фертилитета. Са 1.75 детета по жени фертилитет је био за око 15% нижи од нивоа који обезбеђује просто обнављање становништва. У односу на 1990. годину (2,10) стопа укупног фертилитета је 1997. била нижа за 0,35 детета по жени, што је веће смањење него у временски двоструко дужем интервалу између 1970. и 1990. године.

Иако низак, фертилитет становништва Србије се још увек налази изнад европског просека (1.5 у Европи без Русије). Године 1997. према вредности СУФ-а, испод Србије су биле 34 од посматраних 39 земаља. Крајем деведесетих највиши ниво фертилитета је забележен у скандинавским земљама (у просеку око 1.7 детета по жени), а кретао се у интервалу од 1.52 у Шведској до 2.04 на Исланду. За ову групу земаља је карактеристично да је након приметног повећања

фертилитета које је остварено током осамдесетих година и достизања фертилитета од близу два детета по жени у раним деведесетим годинама, фертилитет поново почео интензивније да опада, али ипак до нивоа који је тој групи земаља обезбеђивао прво место у Европи.

У земљама западне Европе кретање фертилитета је било доста стабилно. Од средине деведесетих и на том подручју је приметна тенденција убрзанијег пада. Ирска предњачи (1.92 у 1997.), и то у читавом послератном периоду. На зачељу се већ годинама налазе Аустрија и СР Немачка (са 1.4 и 1.3 детета по жени).

Међу осталим земљама са посебно ниским фертилитетом се издвајају оне из јужног дела континента. И док је Италија још средином седмдесетих спадала међу земље с најнижим фертилитетом, остале „несоцијалистичке“ медитеранске земље (Грчка, Шпанија и Португалија) су из групе са највишим фертилитетом у Европи, за мање од петнаест година (од 1975 до краја осамдесетих) дошле у групу с убедљиво најнижим фертилитетом. И поред врло ниског нивоа, његов пад је продужен и током деведесетих година. Тако се фертилитет у 1997. години кретао у интервалу од 1,15 (Шпанија) до 1,46 детета по жени (Португалија). У тим земљама до најбржег снижавања фертилитета долази непосредно након пада диктаторских режима, као и по укључивању у европске интеграционе токове, што је било праћено убрзаним економским просперитетом, побољшањем образовне структуре жена и њиховим све масовнијим запошљавањем.

Посебно пажњу изазивају промене које су се у репродуктивном понашању становништва десиле у бившим социјалистичким земљама. Оне су, у сваком погледу, биле врло бурне, а одвијале су се истовремено са променама у друштвено-економским односима. У време рушења берлинског зида (јесен 1989), који се симболично сматра за почетак распада комунистичких режима, социјалистичке земље су према нивоу фертилитета биле на самом европском врху. Након револуционарних промена, државе више нису имале средстава, а нису ни желеле да учину на репродуктивно понашање становништва. Огроман пораст незапослености, нагли пораст цена, убрзани структурни преображај привреде, губитак социјалне сигурности, одустајање од ранијег система вредности и др. узроковали су појаву тзв. транзиционог шока са свим елементима правог културног шока. Такве корените промене су се готово тренутно и веома брутално одразиле на кретање фертилитета.

У том погледу најсликовитији су примери бивше Источне Немачке и Румуније. У 1989. последњој години постојања бивше Немачке ДР, стопа укупног фертилитета је износила 1.57 детета по жени. Рушењем комунистичког режима, низак фертилитет још интензивније опада тако да је већ 1991.

године његов ниво сведен на испод једног детета по жени (0.98), наредне 1992. већ на 0.83 детета, да би минимум био достигнут 1994. године са свега 0.77. Нагло срзавање фертилитета и то на ниво који је знатно испод једног детета по жени у Европи није забележен током 20. века. Од 1995. године на територији источне Немачке отпочиње период раста фертилитета, али је он врло успорен тако да је 1996. још увек био испод једног детета по жени (0.95).

У Румунији су се такође тренутно осетиле последице рушења комунистичког режима. Одмах по свргавању Чаушескуа (децембра 1989), потпуно је либерализован абортус који је за већину жена био најважнији облик контроле рађања. Већ наредне 1990. године број абортуса је удвостручен, а ниво фертилитета са 2.19 сведен је на 1.84, да би већ у 1991. години он достигао 1.56 детета по жени. Пад фертилитета је наставаљен и у наредним годинама, али је био знатно успоренији.

Сличне, мада не тако драстичне промене збиле су се и код осталих бивших чланица Варшавског пакта. У 1997. години вредности СУФ-а су се кретале између 1.09 детета по жени у Бугарској до 1.67 у Молдавији. Пад фертилитета је довео и до наглог опадања број живорођења. Тако је на пример у Руској федерацији у 1997. рођено мање од 1,3 милиона беба, а десет година раније 2,5 милиона. У Источној Немачкој број живорођења је преполовљен за само две године (са 178 хиљада у 1990, на 88 хиљада у 1992).

Посебно пажњу заслужују земље настале после распада бивше СФРЈ. Наиме, због специфичности изазваних насилним распадом земље, али и услед разлика у функционисању социјалистичког друштвено-политичког уређења у односу на земље тзв. реалног социјализма оне ће бити издвојено посматране.

У Босни и Херцеговини се пред распад земље фертилитет стабилизовао на умерено ниском нивоу од 1.7 детета по жени. У првој половини деведесетих дошло је до наглог пада фертилитета, да би последњих година он поново почео да се повећава, али још увек није достигнут предратни ниво.

У Хрватској је грађански рат отпочео годину дана раније, али је по жестини био мање интензиван него у БиХ, а последице по ниво рађања слабије изражене. Почетком 1990-их, регистрован је очекивани пад фертилитета који је наставаљен до 1994. године. Наредних година фертилитет непрестано расте, па је већ 1996. достигнут предратни ниво (1.67 детета по жени). Таква појава је с једне стране узрокована компензационим разлозима али и све масовнијим прихватањем традиционалних норми у репродуктивном понашању становништва.

У бившој СФРЈ, Словенија је била република са најнижим фертилитетом становништва. Током деведесетих фертилитет је непрестано опадао, с тим што је његово темпо био умеренији него у источноевропским социјалистичким земљама (до 1997. стопа укупног фертилитета је сведена на 1.25 детета по жени). Таква кретања се само делом могу приписати ефектима тзв. транзиционог шока (ако је он код Словена-

ца уопште и постојао) или пада стандарда (Словенија је најразвијенија међу бившим социјалистичким земљама). Она пре свега представљају наставак дотадашњих дугорочних тенденција, које су убрзане због несумњивог повећања могућности избора пред којима се налазе парови приликом доношења одлуке о репродукцији.

#### Стопе natalитета и стопе укупног фертилитета по земљама и регионима Европе, 1990 и 1997.

	Стопа natalитета (у промилима)		Стопа укупног фертилитета	
	1990	1997	1990	1997
ЕВРОПА	12.8	10.3	...	...
<i>Северна Европа</i>	13.7	11.7	...	...
Данска	12.3	12.8	1.67	1.75
Финска	13.1	11.5	1.78	1.75
Исланд	18.7	15.3	2.31	2.04
Норвешка	14.4	13.6	1.93	1.86
Шведска	14.5	10.2	2.13	1.53
<i>Западна Европа</i>	12.9	11.7	...	...
Аустрија	11.7	10.4	1.45	1.35
Белгија	12.4	11.4	1.62	1.56
Француска	13.4	12.4	1.78	1.71
Холандија	13.3	12.4	1.62	1.54
Ирска	15.1	14.2	2.13	1.92
Луксембург	12.9	13.1	1.60	1.71
Немачка СР	11.4	9.9	1.45	1.37
Немачка СР (пре уједињења)	11.5	10.7	1.45	1.44
Швајцарска	12.5	11.4	1.58	1.48
Велика Британија	13.9	12.3	1.83	1.72
<i>Јужна Европа</i>	10.3	9.4	...	...
Грчка	10.1	9.7	1.39	1.31
Италија	10.0	9.2	1.33	1.22
Малта	15.2	12.9	2.05	1.95
Португалија	11.7	11.4	1.57	1.46
Шпанија	10.3	9.2	1.36	1.15
Бивше социјал. земље	13.5	9.5	...	...
Албанија	25.0	23.0	3.03	2.80
Белорусија	13.9	8.7	1.91	1.23
Босна и Херцеговина	14.8	13.0	1.71	1.60
Бугарска	11.9	7.7	1.78	1.09
Чешка	12.6	8.8	1.90	1.17
Естонија	14.2	8.7	2.05	1.24
Хрватска	11.8	12.1	1.67	1.69
Југославија	15.0	12.4	2.07	1.76
Летонија	14.2	7.6	2.02	1.11
Литванија	15.3	10.2	2.00	1.39
Мађарска	12.1	9.9	1.87	1.38
Македонија	16.7	14.8	2.06	1.93
Молдавија	17.7	10.6	2.39	1.67
Немачка ДР (бивша)	11.0	6.5	1.50	1.04
Пољска	14.4	10.7	2.04	1.51
Румунија	13.6	10.5	1.84	1.32
Русија	13.5	8.6	1.90	1.23
Словачка	15.1	11.0	2.09	1.43
Словенија	11.2	9.1	1.46	1.25
Украјина	12.7	10.0	1.89	1.36
СР Југославија	15.0	12.4	2.07	1.76
Црна Гора	15.4	13.6	2.05*	1.81
Србија	14.9	12.3	2.10	1.75
Централна Србија	11.6	10.2	1.74	1.54
Војводина	11.4	10.4	1.68	1.59
Косово и Метохија	28.7	19.6	3.60	2.37

Напомена: (\*) Податак се односи на 1991; подаци означени курсивом представљају процену аутора.  
Извор: Recent demographic developments in Europe 1999. Council of Europe, Strasbourg, 1999, а за СРЈ подаци СЗС

Током деведесетих година, Македонија се издваја као земља са вероватно најстабилнијим кретањем фертилитета. Између 1990. и 1997. године стопа укупног фертилитета је опала са 2.06 на 1.93 детета по жени, што је мањи пад него у претходној деценији. То се може објаснити заостајањем у процесима економске транзиције, али и

стално растућим значајем бројне албанске националне мањине, која се одликује високом репродуктивним нормама.

Претходна анализа указује да је пад фертилитета у Србији релативно скромних размера, посебно у поређењу са бившим земљама „реалног“ социјализма. Ипак, смањење остварено током 1990-их година је свакако најинтензивније у послератном периоду (изузимајући године непосредно после завршетка тзв. компензационог периода). И поред тога што је оно у највећој мери условљено кретањима на Косову и Метохији (према званичним подацима пад са 3,6 у 1990. на 2,37 детета по жени у 1997. години), нагло смањење фертилитета забележено је и на осталим подручјима (између 1991. и 1997. у централној Србији са 1,73 на 1,54, а у Војводини са 1,72 на 1,59 детета по жени). Ипак, кретања у домену фертилитета далеко су од оних која би се очекивала с об-

зиром на тешку друштвено-економску ситуацију. Чини се да су успорена транзиција ка тржишној привреди, па у неким аспектима и ретроградни процеси у одвијању друштвено-економских промена донекле ублажили неповољне трендове у домену рађања. Али треба истаћи да је последњих година и на нисконаталитетним подручјима створена популациона клима која је утицала да се код становништва формира свест о неопходности повећања рађања. Међутим, подаци за 1998. и 1999. годину указују да је све израженија економска, али и општедруштвена криза, нарочито појачана након оружане агресије чланица НАТО пакта, утицала на постепено слабење дејства оних чинилаца који су успоравали опадајуће тенденције у фертилитету становништва.

Горан Пенев

### Искуства и поуке новог модела саветовалишта за репродуктивно здравље младих

Уобичајено је да се адолесценти сматрају једном од најздравијих категорија становништва. Ипак, млади су склони авантуризму и осетљиви су на различите утицаје социјалног окружења, што их чини пријемчивим за усвајање различитих ризичних облика понашања. Стога, ово је једина популациона група чије здравствено стање током последњих 50 година није значајно побољшано, и поред бројних активности које се предузимају у циљу унапређења њиховог здравља. Нарочито је угрожено репродуктивно здравље младих, а девојке представљају вулнерабилнији део ове добне групе.

У Програму за планирање породице Србије, у делу који се односи на област здравствене делатности, један од приоритетних циљева је заштита репродуктивног здравља младих генерација. У оквиру Оперативног плана спровођења мера и активности Програма, Републичком центру за планирање породице Србије при Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ поверена је реализација Пројекта „Заштита репродуктивног здравља младих“.

Разлози за стварање овог новог, савременог концепта проистичу из чињенице да савремени трендови у пољном понашању адолесцената повећавају њихову осетљивост за бројне поремећаје здравља. Према налазима студија, спроведеним у свету и код нас, запажа се растућа учесталост сексуалне активности младих, а са полним односима све чешће се почиње у раној адолесценцији. Млади се при томе често не понашају одговорно. Овакво понашање младих добрим делом је последица недовољног знања о сексуалности и репродукцији, али и одсуства организованог одговора друштва у усмеравању њихове сексуалне активности. Налази истраживања указују да су адолесценти само површно и недовољно прагматично информисани о питањима релевантним за развој одговорног полног понашања. Ово резултује високим добно-специфичним стопама фертилитета, великим бројем намерних прекида трудноће, као и епидемијским размерама полно-преносивих инфекција.

У Образложењу Пројекта „Заштита репродуктивног здравља младих“ је истакнуто:

„Суштина свеобухватног приступа заштити репродуктивног здравља младих, кроз рад саветовалишта за репродуктивно здравље и сарадњу здравствених и образовних установа, је утицање на индивидуалне и социјалне детерминанте понашања циљне популације и обезбеђивање адекватних услова за медицинску и социјалну интервенцију.“

Васпитање за унапређивање и заштиту репродуктивног здравља неопходно је започети што раније, како би се правовремено формирала свест о значају репродуктивног здравља за живот младих људи и опстанак друштвене заједнице, као и сопствене одговорности за његово очување и унапређивање.“

Како доминантни здравствени проблеми адолесцената проистичу из њиховог понашања, они се могу превенирати. Специфичности адолесцентног узраста захтевају посебан приступ и оријентацију на превентивне активности са акцентом на заштиту репродуктивног здравља. Здравствена едукација је потребна као предуслов за здраву и одговорну сексуалност. У појединим друштвеним круговима постоји уверење да сексуална едукација доводи до повећања сексуалне активности код младих. Напротив, истраживања спроведена у Америци и Западној Европи показују да сексуална едукација помаже одлагању првог полног односа, а да оне који су сексуално активни боље штите од инфекција вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ) и другим узрочницима полно-преносивих обољења, као и од нежељене трудноће. Знање адолесцената о полно-преносивим инфекцијама и начинима њиховог преношења показало се као јако ограничено и сексуална едукација може помоћи у подизању свести о неопходности примењивања метода заштите од ових болести. Искуства у превентивним програмима у многим срединама указују да су ефекти упућивања једносмерних порука, од здравствених и других професионалаца ка људима, ограничени. Млади су најчешће у ситуацији

да буду примаоци таквих порука, у којима им се говори шта треба да раде, а шта не, шта је ризично, а шта безбедно за њихово здравље, а да притом они остају потпуно пасивни примаоци, без могућности да суделују у дефинисању онога што је за њих значајно и што произилази из њиховог окружења и начина живота. Зато је неопходно организационо и методолошки прилагодити здравствену заштиту адолесцената. Ово прилагођавање подразумева свестрајни приступ од оног према болести оријентисаног здравственој заштити адолесцената.

Као општи циљ Пројекта наведено је унапређивање репродуктивног здравља младих, а као специфични циљеви:

- повећање знања младих о чиниоцима који утичу на репродуктивно здравље;
- подизање свести младих о значају репродуктивног здравља и одговорног понашања;
- правовремена дијагностика и одговарајуће лечење поремећаја репродуктивног здравља.

За Носиоца Пројекта одређен је Републички центар за планирање породице у Институту, тј. стручни тим који је представљао зачетак радне јединице Саветовалишта за репродуктивно здравље младих. Стручни тим су чинили специјалиста социјалне медицине, специјалиста гинекологије и психолог, У извршење Пројекта укључени су, по потреби, и здравствени радници микробиолошке лабораторије Института, педијатри и уролози Института као стручни консултанци.

Створени и тестирани модел рада са адолесцентима у Саветовалишту за младе у Институту у области очувања и унапређења репродуктивног здравља показао се успешним. Он садржи:

- здравствено васпитни групни рад са ученицима средњих школа;
- индивидуални саветодавни рад са специјалистом превентивне медицине, психологом, педијатром и гинекологом;
- испитивање и лечење поремећаја репродуктивног здравља младих оба пола.

Групни рад се проводи са циљем да се код младих, усвајањем релевантних знања, формирају правилни ставови из области планирања породице који су предуслов за њихово одговорно понашање, заштиту и унапређење њиховог репродуктивног здравља. Плански организовани здравствено-образовани и васпитни рад обављао се у Саветовалишту и обухватао је следеће теме:

- Здрави стилови живота;
- Ризични облици понашања;
- Љубав и односи међу половима;
- Планирање породице;
- Комуникативне вештине из области сексуалности;
- Зачеће, трудноћа и поремећаји у остваривању репродуктивне функције;
- Могућности контроле рађања - савремена контрацептивна средства;
- Намерни прекид трудноће;
- Болести које се преносе полним путем.

Заштита и унапређење психичке компоненте здравља спроводили су се кроз индивидуални рад са психологом. Овај рад првенствено се односио на индивидуални саветодавни рад везан за развојну проблематику адолесцентног узраста, са акцентом на поремећаје у психосексуалном развоју, али и на породично саветовање, у случајевима када је за то постојала индикација.

Заштита и унапређење репродуктивног здравља спроводили су се кроз индивидуални рад са специјалистом педијатрије и гинекологије. Овај рад је укључивао:

- индивидуално саветовање о односима према половима, сексуалној и репродуктивној функцији, чиниоцима ризика, контрацепцији и одговорном понашању;
- испитивање стања репродуктивног здравља кроз клинички преглед уз консултовање лекара различитих специјалности по потреби;
- спровођење одговарајућих дијагностичких поступака и
- лечење адолесцената код којих се установи неки поремећај репродуктивне функције.\*

Саветовалишта за репродуктивно здравље младих на нивоу примарне здравствене заштите вертикално су повезана са Саветовалиштем за репродуктивно здравље младих Републичког центра за планирање породице при Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије као стручно методолошким центром. Саветовалиште за репродуктивно здравље младих Републичког центра за планирање породице има задатке:

- ширење мреже саветовалишта на примарном нивоу уз обезбеђење примене јединствене методологије рада,
- едукација здравствених радника за примену јединствене методологије рада са адолесцентима,
- испитивање могућности за проширење програма рада кроз програме за родитеље,
- планска сарадња са медијима,
- едукација младих за вршњачку едукацију,
- дијагностика и лечење поремећаја репродуктивног здравља.

Захваљујући иницијативи и ентузијазму стручног тима Саветовалишта за младе Републичког центра за планирање породице развијен је и остварен у периоду летњег школског распуста у нашој средини нов облик едукације младих из области репродуктивног здравља у форми тродневних семинара под називом „Сачувајмо здравље“.

Такав облик едукације младих, уз потребне иновације зависне од локалних услова и потреба може се користити и у другим градским и сеоским срединама у Републици.

Едукативни материјали који су настали током реализације Пројекта (Радна свеска за младе „Сачувајмо здравље“, Приручник за здравствене раднике, агитке, постери и др), прихваћени су од стране младих и здравствених радника са великим задовољством.

Изузетно конструктивна и добра сарадња, односно подршка Министарства за бригу о породици учинила је да се у нашој средини остваре нови садржаји и облици рада у заштити репродуктивног здравља младих. У настојању да се пружи максималан допринос очувању и унапређивању здравља младих генерација очекујемо да ће истраживања покренута у овом Пројекту бити настављена и у наредном периоду.

Др Гордана Рајин  
Др Катарина Седлецки

## Истраживање релевантно за репродуктивно здравље адолесцената

Током лета 1999. године у Дому оmlадине у Београду одржано је четири семинара у оквиру Летње школе *Сачувајмо здравље* намењених адолесцентима. На почетку сваког семинара учесници су анкетирани из два разлога. Први је добијање слике о полазницима летње школе, која је требало да помогне да се разреше неке од дилема које су се јављале током конципирања садржаја семинара, односно да додатно информише извођаче семинара о томе колико су теме које се обрађују важне за младе људе, било стога што мало знају, односно имају погрешне ставове, или напротив, постоји добра база у њиховим размишљањима за наградњу. Други разлог је био утврђивање нивоа потребе за организовањем саветовалишта за репродуктивно здравље адолесцената у оквиру примарне здравствене заштите, које би било окренуто континуираном раду групног типа.

**Методологија:** Упитник, посебно израђен за потребе овог истраживања, састојао се од 17 питања отвореног типа. Одлучили смо се за овај начин постављања питања јер он омогућава пуну слободу одговора, тј. пружа шансу младим људима да изразе своје погледе на теме релевантне за репродуктивно здравље. Испитаници су сами попуњавали упитник у оквиру унапред дефинисаног времена од 30 минута. Наравно, претходило је објашњење о сврси истраживања и анонимности учешћа. Такође, дата је могућност, која углавном није коришћена, за додатно појашњење појмова упитника. Стекли смо недвосмислен утисак да су млади људи радо пристали да учествују у овом истраживању.

Приказаћемо резултате, свесни да истраживање није репрезентативно, ни за београдску популацију младих. Наиме, број анкетираних адолесцената је мали, њихова полна структура није сразмерна, али је пре свега спорно питање селективности полазника. Полазници летње школе су били млади који су сами препознали потребу за стицањем знања везаних за здравље уопште укључујући и репродуктивно здравље, као и они које су педијатри или наставници упутили на основу сопствених, нама недовољно познатих, критеријума.

Укупно је анкетирано сто деведесет и два полазника. Међу њима су преовлађивале девојке. Наиме, анкетиране су 142 девојке и 50 младића. Око 85% испитаника је било у узрасту 16, 17 и 18 година.

**Главни резултати:** *Извор знања* о питањима која се тичу сексуалног живота смо покушали да докучимо путем два питања. То су: „Са киме можеш отворено да разговараш о сексу“, и „коме се обраћаш за савет везан за сексуалне односе, контрацепцију или абортус?“

Појављују се три модалитета као одговор на прво питање. То су: „другови, односно партнер“, „родитељи“ и „нико“. За упадљиво највећи број испитаника су, пак, „другови“ или „партнер“ једине особе са којима могу отворено да разговарају о сексу. Из одговора се види да висок степен отворености није присутан чак ни у генерацијском контакту. Затим, да је стид основни

\* Саветовалиште за репродуктивно здравље младих Републичког центра за планирање породице настало је рад по овом моделу.

разлог што се о питањима која покреће сексуални однос не разговара са родитељима. Даље, да су многи испитаници свесни да избор другова односно партнера за разговор о овој теми није право решење. Такође, гинеколога или лекара није поменуо ни издвојено ниједан испитаник као особу са којом може отворено да разговара о сексу.

Конзистентно са резултатима добијеним на претходно питање, у највећем броју случајева су „другови” односно „партнер” особе којима се испитаници обраћају за савет релевантан за сексуални живот. У одговорима су као извор сазнања за сексуалне односе, контрацепцију или абортус присутни и „стручна литература”, „родитељи”, „гинеколог” и „нико”. Скреће пажњу што испитаници не наводе као извор сазнања психолога, педагога или наставника биологије. Ако збуњује што се не помињу сарадници школе, истовремено радује што се штампа, не само не ставља у први план, већ се уопште не наводи.

У упитнику су постављена и два питања која су важна за *спровођење сексуалне едукације*, односно организовање саветовалишта за репродуктивно здравље младих. То је питање садржинске природе, из угла младих које теме би требало посебно обрађивати током групног рада у оквиру оваквих саветовалишта и/или кроз алтернативне путеве едуковања јер сматрају да недостају адолесцентима. Такође нас је интересовало, каква су очекивања младих у односу на конкретну организацију саветовалишног рада, односно његов стратегијски приступ.

Из угла младих, контрацепција, сексуално преносиве болести односно последице прибегавања намерном прекиду трудноће су три теме које највећи број испитаника појединачно или у комбинацији наводи као важна сазнања која недостају адолесцентима. Остале теме, као што су штетност сексуалних односа у адолесценцији, адолесцентне трудноће, знања о понашању током сексуалног односа и знања о сопственом телу, се далеко ређе истичу у одговорима.

Најчешће су добијени врло конкретни одговори. Али знатан број испитаника није наводио одређене теме верујући да многа сазнања везана за сексуални живот недостају младим људима.

На питање, које је гласило: „на који начин треба да буде организовано саветовалиште за младе”, добијене су следеће сугестије:

„Групни, радионичарски рад  
Лоцираност у школи  
Предавања по школама обавезан вид рада  
Млад персонал или људи који разумеју младе

Присутност психолога  
Млади као саветници  
Неопходна дискреција  
Могућност добијања савета телефоном  
Телефонска веза са саветовалиштем  
24 часа

Важна је реклама”.

Упадљиво највећи број младих, пак, у први план истиче групни, радионичарски рад као најважније очекивање везано за организовање рада саветовалишта за младе и то пре семинара који се управо базирао на таквом приступу. Битно је истаћи да спремност да се врло конкретно одговори на овако постављено питање показује да се о овој теми размишљало као и да су многи предлози испитаника карактеристика или саставни део рада саветовалишта за младе у другим срединама.

Неколико питања у истраживању се односило на *сексуално йонашање и йланирање йородице* у адолесценцији. Она су била постављена на два начина. Тражио се став, односно размишљање и са и без спуштања на лични, индивидуални ниво.

Већина испитаника одобрава сексуалне односе у адолесценцији. Међу њима доминира група која их одобрава под одређеним условима (љубав, психичка зрелост, године старости, употреба контрацепције). Други, пак, подвлаче да је то нормална појава у данашњем времену или сматрају да се тако стиче неопходно животно искуство.

Насупрот, готово сви испитаници не одобравају ни брак ни рађање деце у адолесценцији. Своје неслагање испитаници су испојили и употребом израза као што су: „велика глупост”, „стравична грешка”, „ужас”, „бљак”, „хаос”.

За разлику од претходних, упитник је садржао и два питања личне природе везана за сексуалне односе. Представимо одговоре.

На прво питање које је гласило: „Да ли је за тебе љубав неопходна претпоставка ступања у сексуалне односе,” велика већина је одговорила „да”, „дефинитивно”, „свакако”, „наравно”, „сигурно”.

На друго, пак, питање: „Колико су сексуални односи важан део твог живота”, велика већина је одговорила „не”, при том су многи посебно подвукли „за сада”.

Интересовао нас је и став адолесцената према *намерном прекиду йтрудноће*. Имајући у виду да је дуготрајном употребом индуковани абортус у нашој средини добио чврсту социјану потврду и да су истраживања међу популацијом одраслих показала да не постоје моралне дилеме када је реч о овој грубој интервенцији, изненадили су нас резултати.

Наиме, минималан број испитаника прихвата абортус истичући практичну вредност овог метода контроле рађања. Већина испитаника, пак, прихвата намерни прекид трудноће само као нужно средство или под одређеним условима. Битно је подвући да је не мали број испитаника и директно против абортуса, пре свега јер га изједначава са убиством.

Два питања у истраживању су се тичала превенције. Једно се односило на контрацепцију („Чија је одговорност употреба контрацепције”) и било је софистицираног

типа, а друго је било повезано са утврђивањем елементарног знања о преношењу сексуалних болести. Добијени резултати радују, пошто велика већина испитаника сматра да су оба партнера одговорна за спречавање нежељене трудноће односно на питање: „Да ли ступањем у сексуалне односе можеш добити неку од сексуално преносивих болести”, убедљиво доминира одговор „да, уколико се не чувам”, односно „не, ако користим кондом”.

**Наставак истраживања:** У другој половини 1999. и почетком 2000. године је направљено са одржавањем семинара намењених едукацији адолесцената везаних за репродуктивно здравље који су се одржавали изван Београда. Обухваћени су млади Пожаревца. Утисак је да се њихови ставови, знања и размишљања не разликују од београдске популације младих. Подаци нису статистички обрађени с обзиром на мали број полазника. Такође, одржана су два семинара чији су полазници били адолесцентни претежно ромске националности. Подаци нису обрађени пре свега јер огромна већина испитаника не поседује никакво знање нити пак има изграђене ставове о темама које су заступљене у упитнику. „Немам речи”, „ма бежи”, „не знам, то је ружно”, „не бих о томе”, „ништа”, „никако” су најчешћи, или једини одговори у готово свим анкетним листовима.

**Закључна разматрања:** Најмање неколико налаза истраживања којим је обухваћена београдска популација младих јасно упућује на постојање потребе за спровођењем сексуалне едукације адолесцената. Пре свих, отвореност за сексуалне односе уз истовремену затвореност за брак и рађање деце у адолесценцији. Затим, генерацијски контакти су основни извор сазнања везаног за сексуални живот и контролу рађања. Даље, постоји свест о значају стицања знања везаног за репродуктивно здравље.

Поред постојања потребе за ширењем знања, низ налаза овог истраживања указује и на постојање позитивне рецепторне основе за спровођење сексуалне едукације младих. То су размишљања о организацији саветовалишта за младе, моралне дилеме везане за намерни прекид трудноће, позитиван став о одговорности оба партнера за употребу контрацепције као и упућеност у могућност добијања сексуално преносивих болести.

Истраживање, пак, ромске популације младих је потврдило да је она остављена самој себи и да не поседује ни елементарне информације нити уопште размишља о темама које су важне за репродуктивно здравље.

Др Мурјана Рацевић