

Демографски преглед

Београд

Година IV

Број 15/2003

СТАВОВИ АДОЛЕСЦЕНАТА О РАЂАЊУ И РОДИТЕЉСТВУ

Истраживачко-аналитички приступ детерминисаности репродуктивног модела на подручју централне Србије и Војводине углавном је конципиран на испитивању ставова појединих субпопулација које су већ у одређеном обиму учествовале у репродукцији (жене које су имале искуство намерног прекида трудноће, жене које имају бар једно дете 3–9 година старости, запослене жене које су у браку и имају бар једно дете у млађем школском узрасту, млади брачни парови до 35 година са бар једним дететом).

Анализа ставова адолесцената о рађању и родитељству за основни циљ има спознају њиховог могућег репродуктивног понашања, што је од значаја за формулисање приступа и стратегије у решавању проблема недовољног рађања. Осим тога омогућено је сагледавање вредностно-нормативног одређења рађања и родитељства од стране популације која је на прагу новог животног циклуса који укључује и реализацију репродукције. Крајем 80-их спроведено је истраживање међу београдским и крагујевачким средњошколцима, студентима и запосленим младим људима који су већ имали искуство родитељства.¹ У намери да се, између осталог, укаже и на могуће промене ставова о рађању и родитељству, имајући у виду последице по квалитет свакодневног живота које су настале услед политичких и друштвено-економских промена, у периоду мај–новембар 1998. спроведено је истраживање релевантних ставова београдских, крагујевачких, новосадских и нишких средњошколаца и студената (на узорку од 1494 испитаника).²

Мотивациона основа родитељства

Реализација родитељства је неизоставна животна аспирација популације младих (више од 90% испитаника жели да има децу). Рађање и одгајање деце у значајној мери се схвата као смисао живота (просечна оцена сагласности код средњошколаца је 4,3, а код студената је 4,2).³ Потреба за родитељством је пре свега емотивна и алтруистичка, што представља квалитативну промену садржаја мотивационе основе у односу на констатацију ранијег истраживања о његовој претежно инструментализирајућој условљености, манифестованој кроз присутност мотива "продужење лозе" (код нешто више од 1/4 средњошколаца и више од 40% студената). "Љубав према деци" је основни мотив на индивидуалном нивоу (више од 40% средњошколаца и студената), а схвата се да су "деца смисао живота" је најчешће перципиран мотивациони фактор на општем нивоу мотивисаности (код готово 1/4 средњошколаца и код 1/3 студената). Алтруистичка утемељеност родитељства изражена је и у погледу личног става о потреби да се буде родитељ (код 1/3 испитаника у сваком од подзорак). Тенденција повећања прихватљивости мотивационог фактора "дете је резултат љубави" на општем нивоу (раније је била заступљена код мање од 10% средњошколаца и мање од 5% студената), отвара дилему о томе да ли се ради о јачању ирационалног утемељења родитељства и спонтаног одлучивања о рађању или о јачању његове емотивне условљености, манифестоване кроз квалитет односа међу партнерима. У том циљу битна је чињеница да је перципирање мотивисаности родитељства на овај начин израженије у погледу одређења зашто људи уопште желе да буду родитељи (око 1/5 средњошколца и студената), него када се исказује лична мотивисаност родитељства (мање од 10% у сваком од подзорак), што би могло да упућује на закључак о

присутности елемената који говоре о његовом фаталистичком утемељењу. С друге стране, инструментализација родитељства назначенија је у погледу индивидуалне мотивисаности, што се пре свега манифестује преко заступљености мотива "продужење лозе" међу студентским подзорком (око 15%).

Репродуктивне норме

Савремени тип репродукције одликује се повећањем просечне старости при рађању првог детета. Такозвана појава одлагања родитељства битна је са аспекта одлучивања о даљем рађању, јер може условити рађање само једног детета из различитих разлога: здравствених, биолошких, психолошких, социјалних.

Као и у ранијем истраживању, почетак реализације родитељства анкетирани адолесценти углавном планирају за крај треће деценије живота, што указује на непромењеност ставова усмерених на одређење старосне границе за отпочињање рађања (средњошколци се за рађање првог детета одређују са пуних 26 година, а студенти за око годину дана касније). Основни разлици јесу у чињеници да је потребно створити одређене egzистенцијалне услове (завршетак образовања, запослење...), што је преовлађујући став у подзорку студената (више од 1/3), као и психичко сазревање, што их чини спремнијим за родитељство (код 1/5 испитаника у сваком подзорку). Међутим, значајно је деловање колективно уобличеног понашања "то је право време" без јасно артикулисаног објашњења, што је преовлађујући став међу средњошколском омладином (нешто више од 40%).

Просечне вредности оптималног, жељеног и очекиваног броја деце упућују на следеће констатације:

– могуће репродуктивне норме су у просеку веће од оних које детерминишу актуелни ниво плодности (2002. год. СУФ је у централној Србији била 1,60, а у Војводини 1,48 детета по жени);

– неусклађеност жељеног и очекиваног броја деце (жељени број 2,72 средњошколци и 2,95 студенти, а очекивани 2,47 средњошколци и 2,35 студенти) може деловати подстицајно са становишта могућности реализације програма подршке рађању, али може бити и значајна психолошка препрека јер се већ унапред формирала свест о немогућности потпуне реализације потребе за родитељством;

– прилична уједначеност очекиваног и оптималног броја деце (2,37 средњошколци и 2,45 студенти) указује да се могуће репродуктивно понашање у значајној мери уобличава под утицајем преовлађујућих норми о пожељном броју деце за сваког појединца.

Компаративна анализа указује с једне стране, на позитиван ефекат промена ставова у погледу висине могућих репродуктивних норми који се манифестује кроз тенденцију повећања жељеног и очекиваног броја деце међу средњошколцима и студентима, а с друге стране остаје изражена дисонантност између жеља и очекивања. Неусклађеност оптималних и жељених репродуктивних норми појачана је, док је уједначенији однос са очекиваним нормама, као последица чињенице да су просечне вредности броја деце који би свако требало да има остале готово непромењене (табела 1).

Табела 1. – Промене у погледу висине репродуктивних норми

	Оптимални број деце		Жељени број деце		Очекивани број деце	
	1987	1998	1987	1998	1987	1998
Средњошколци	2,42	2,37	2,56	2,72	2,13	2,47
Студенти	2,31	2,45	2,43	2,95	1,97	2,35

1 Др Марина Благојевић *Ставови младих о браку и родитељству*, магистарски рад, Филозофски факултет, Београд 1989. год.

2 Мр Анкица Кубуровић *Перспективе рађања у условима друштвених промена*, магистарски рад, Економски факултет, Београд, 2002. год.

3 Ставови су вредновани оценама 1–5.

Квантитативна димензија одлучивања о рађању у значајној мери је испуњена ирационалним елементима. Ставови о идеалној величини породице преовлађујући су у погледу објашњења оптималног (1/3 средњошколаца и студената) и жељеног броја деце (код близу 1/2 средњошколаца и нешто више од 1/3 студената). Осим тога, прилична је неодређеност објашњења зашто желе да имају одређени број деце (1/3 испитаника у сваком од подузорака "не зна" да објасни свој став). У погледу нормативног одређења оптималног броја деце значајно је перципирање деловања постојећих колективних норми репродуктивног понашања (код близу 1/5 средњошколаца и око 15% студената). Рационалнији приступ израженији је у случајевима одређења броја деце који би свако требало да има и испољава се кроз присутност ставова о уважавању друштвене потребе за репродуковањем популације (код око 1/5 у сваком подзоруку), као и социјалних услова у којима се родитељство остварује (нешто више од 15% студената).

Условљеност одлуке о рађању

Нормативно одређење одлучивања о рађању условљено је чиниоцима који детерминишу квалитет свакодневног живота породице и заједнице у којој се родитељство реализује.⁴ У случају условљености индивидуалног одлучивања о рађању (ставови о броју деце који ће највероватније имати) приоритет је дат квалитету брачне заједнице (просечна оцена 2,85) и здравственом стању (просечна оцена 2,82). Очекивани број деце под значајнијим је утицајем квалитета животног стандарда (стамбене обезбеђености – просечна оцена 2,72 и социјално-економског статуса – просечна оцена 2,67) у односу на важност чинилаца који су непосредније везани за реализацију родитељске активности и чији се ефекти спознају тек стицањем тог искуства. Већа важност је дата степену ангажовања партнера у одгајању и подизању деце (просечна оцена 2,49), него ограничениости временског ресурса (просечна оцена 1,97). Занимљиво је да уважавање става партнера/ке има нешто већу важност у односу на индивидуални став о жељеном броју деце (просечна оцена 2,53 у односу на просечну оцену 2,34).

У случајевима евалуације условљености одлучивања о рађању на општем нивоу, чија доминантна особеност јесте неусклађеност реализованих и жељених репродуктивних норми, манифестована рађањем мањег броја деце (што представља заједничку констатацију релевантних анкетних истраживања о фертилитету и ставова о рађању и родитељству), најизраженије је указивање на деловање структурних препрека као примарних социјалних чинилаца. Пад животног стандарда и незапосленост перципирају се као најважнији чиниоци (просечне оцене 2,7 код средњошколаца и 2,8 код студената) осујећења потпуне реализације потребе за родитељством. Став "мањи број деце-бољи услови" у значајној мери се препознаје (просечна оцена код средњошколаца 2,4 а код студената 2,5) као усвојени модел репродуктивног понашања младих родитеља који акценат ставља

ју на квалитет услова у којима реализују родитељство, при чему су повећани захтеви за улагањем психо-физичких и материјалних ресурса (задовољење егзистенцијалних потреба детета, игра, едукација и стицање нових знања, одласци у дечија позоришта, страни језици, компјутери, укључивање у разне слободне активности...).

Постојање свести о проблему недовољног рађања (више од 70% средњошколаца и готово 80% студената указује на његов велики значај), такође има подстицајан ефекат у погледу могућности рехабилитације рађања. Евалуација значаја овог проблема базира се пре свега на сагледавању последица по демографску структуру и процесе (код сваког другог средњошколаца и студента), што указује на прилично рационалан приступ. Међутим, када се размишља о разлозима нормативног одређења одлучивања о рађању перципирање општег интереса за репродукцијом популације слабије је изражено (код 1/5 испитаника у сваком од подузорака) него што се може очекивати у односу на евалуацију проблема недовољног рађања.

Чиниоци који одређују социјални статус породица и квалитет услова свакодневног живота перципирају се као најважнији и у истраживању ставова младих о рађању и родитељству, које је обављено пре значајнијег погоршања социјално-економског статуса и пада животног стандарда, као најзначајнијих социјалних особености измењеног друштвеног контекста у којем би се реализовала репродукција. Ова чињеница потврђује важност социјалне детерминисаности уобличавања репродуктивног модела на подручју централне Србије и Војводине, који се одликује ниским репродуктивним нормама са аспекта потребе за простом репродукцијом. Социјална условљеност одлучивања о рађању на индивидуалном нивоу се препознаје кроз евалуацију квалитета услова свакодневног живота, а на општем кроз перцепцију структурних препрека и значајним уважавањем става да треба пружити одређени квалитет у васпитању и подизању деце.

Чињеница да не постоје суштински различите стратегије у мотивационој основи родитељства, као и нормативна одређености и условљености могућег репродуктивног модела указује на следеће: преовлађујућа је макро социјална детерминисаност ставова адолесцената о рађању и родитељству; значајно је деловање колективних норми на уобличавање репродуктивног понашања (број деце, време почетка рађања, начин реализације родитељства, преовлађујући вредносно нормативни оквир...). Може се рећи да је могући модел репродуктивног понашања популације младих која започиње прокреацију прилично униформан у свим његовим аспектима. У погледу могућности за рехабилитацију рађања уочавају се два опречна момента: јачање емотивне условљености родитељства није повољно са аспекта могућности повећања броја рађања (јер се овај мотив може реализовати и рађањем једног детета); с друге стране, висина могућих репродуктивних норми, свест о значају проблема недовољног рађања и перцепција структурних чинилаца у погледу одлучивања о рађању остављају простор за реализацију мера у прилог подстицања рађања.

4 Чиниоци су оцењивани оценама 1-3 (неважан, средње важан и важан).

Анкета Кубуровић

НОВИ МОРБИДИТЕТ МЛАДИХ

Репродуктивно здравље и понашање младих људи, популационе групе која тек треба да реализује своје потребе за родитељством, чини важну претпоставку демографског развоја, поготово у земљама као што је наша, с обзиром на веома низак ниво фертилитета, оптерећеност репродуктивног здравља одраслог становништва бројним проблемима и опомињућа искуства земаља у транзицији о озбиљној угрожености здравља младих (Рашевић, 2003). Међу младима су данас најчешће болести чији је узрок њихово ризично понашање. Та појава се назива нови морбидитет младих. У области сексуалности, ризично понашање често доводи до непланираних трудноћа и абортуса, као и оболевања од сексуално преносивих инфекција, а злоупотреба дувана, алкохола и опојних дрога неповољно утиче на психофизичко здравље младих и вишеструко угрожава њихово репродуктивно здравље.

Сексуално понашање младих

Постепени, али стални пораст сексуалне активности младих и снижавање просечног узраста њеног започињања је појава о којој говоре бројна истраживања у свету и код нас. Тако су, на пример, истраживања спроведена у Француској, Немачкој, Великој Британији, Мађарској и Холандији показала да до узраста од 18 година најмање 50% девојака започне сексуалну активност, а у Шведској до узраста од 19 година 94% девојака (Тонкин, 1994). Интернационално истраживање „Здравствено понашање школске деце“, између осталог, показало је да се у девет земаља обухваћених испитивањем удео сексуално активних девојака узраста од петнаест година креће од 11% у Израелу до 38% у САД, а младића од 23% у Финској до 47% у Мађарској (WHO, 2000).

У нашој земљи, осим појединачних истраживања, сексуалном понашању младих посвећен је и велики део Студије о здравственом понашању студентске и средњошколске омладине (у даљем тексту: Студија) из 2000. године, на узорку од 10522 младих из 30 места у Србији. Сексуално искуство има 72% анкетираних младића и 54% девојака, а просечан узраст када се догоди први сексуални однос је 17 година за девојке и 16 година за младиће. Највише, трећина девојака, први сексуални однос остварила је у узрасту од 18 година, свака пета од 17 година, свака десета од 16 година, 4% у узрасту од 15 и 1% у узрасту од 14 година. Највише, четвртина младића, прво сексуално искуство доживела је у узрасту од 17 година, сваки пети младић у узрасту од 16 година, сваки десети од 15, а сваки двадесети од 14 година. Међу анкетираним петнаестогодишњим ученицима средње школе, сексуалне односе имало је 22,5% дечака и 3,5% девојчица (Џуџић и сар., 2000).

односи на 1972. годину када је била 47,8 промила, јесте Велика Британија.

У земљама у транзицији, иако смањене, стопе адолесцентног фертилитета се налазе на знатно вишем нивоу. Највише су у Бугарској, 46,8 промила (2000. године), Босни и Херцеговини, 38,2 промила (1990), Молдавији и Украјини, 62,8, односно 54,4 промила (1995) (Council of Europe, 2002).

На нисконаталитетном подручју Србије, стопе фертилитета адолесценткиња су преполовљене у односу на 1950. годину и оне 2000. године износе 26,4 промила у централној Србији и 26,3 промила у Војводини. Ово снижавање је, међутим, у већој мери резултат снижавања у старијим узрастима најмлађе групе фертилног контингента, тј. у узрасту од 18 и 19 година. И стопа у узрасту од 15 година је преполовљена у односу на највише вредности у посматраном периоду, али је у централној Србији,

Ризично понашање адолесценткиња – подаци дубинског истраживања

Сексуално понашање младих било је предмет истраживања спроведеног 2002. године на узорку од 111 адолесценткиња из Београда узраста од 14 до 20 година, које су са сексуалном активношћу почеле у раном узрасту, са 16 година и раније, а које су се обратиле Саветовалишту за младе Републичког центра за планирање породице. Рани сексуални односи носе са собом ризик, а често су удружени и са другим ризичним понашањима, о којима је било речи. Поменућемо неке резултате добијене у овој групи испитаница, коју углавном чине средњошколке и студенткиње:

- одлучивање на ране сексуалне односе је пре свега било условљено специфичним психолошким потребама овог узраста и остварено је најчешће у дугој, стабилној вези.
- знање испитаница о полно преносивим инфекцијама и контрацепцији није довољно, као ни коришћење контрацепције – свака трећа испитаница је користи повремено, свака шеснаеста никад, а чак се свака четврта од оних које су је при последњем сексуалном односу користиле, ослонила на неефикасну методу, док је при

првом сексуалном односу коришћење контрацепције било још ређе, тек нешто више од половине девојака употребљавало је кондом.

- лично искуство о абортусу има седам девојака, и оне су га доживеле као „нужно зло“, а две су у тренутку испитивања биле трудне.
- више од половине испитиваних девојка пуши, често већу количину цигарета, и скоро све оне имају дуг пушачки стаж; већина, 70% девојака, алкохол користи ретко, а шест девојака често, углавном на журкама, док тринаест повремено користи, или је користило марихуану.
- свака четврта девојка имала је сексуални однос са партнером који је био под дејством алкохола, а исто толико девојака је такође било под дејством алкохола, док је девет девојака, или свака дванаеста, имала сексуални однос са партнером који је био под дејством дроге, а две девојке у време када су и саме биле под дејством дроге.
- девојке које користе дрогу, у односу на остале испитанице имају већи укупан број партнера.

Сексуална активност младих, међутим, није увек праћена коришћењем одговарајућих мера заштите. Тако је, на пример, поменуто интернационално истраживање показало да је приликом последњег сексуалног односа кондом, различито од земље до земље, користило 63–87% младића и 55–86% девојака. Међу анкетираним студентима у Србији, како је показала Студија, најчешће контрацептивно средство је кондом, али га користи само 41%, док сваки пети примењује прекинути сношај, а 6,3% контрацептивну пилулу. Сексуално активни ученици најчешће, и у већем проценту него студенти, 77%, користе кондом.

Рађање у адолесценцији

Више светских студија је показало да половина свих предбрачних трудноћа настане у првих 6 месеци сексуалне активности (Santelli, Beilenson, 1992). Ово је у складу са резултатима истраживања да се управо на почетку сексуалне активности контрацепција најмање користи. Рађање у адолесценцији, међутим, није у складу са савременим здравственим концептом да трудноћа не треба да се оствари прерано, док се, осим физичког, одвија и сложени развој психичких функција и када она представља не само здравствени, већ и психо-социјални ризик.

У свим европским земљама, у последње четири деценије рађање међу адолесценткињама се смањивало, а неуједначен темпо снижавања стопа адолесцентног фертилитета резултирао је њиховим различитим нивоом 2000. године. Најниже су у земљама Северне Европе, и међу њима у Данској и Шведској, где су у односу на 1960. годину смањене на шестину вредности и 2000. године износе 7,8 односно 7,0 промила. Земља са највећом стопом адолесцентног фертилитета у Европи, која 2000. године износи 29,0 промила и смањена је само за трећину у односу на први доступни податак из посматраног периода који се

у односу на почетну годину посматрања, она повећана и износи 4,3 промила, док је у Војводини удвостручена у односу на вредност из средине педесетих и износи 6,1 промил. У узрасту од 16 година, стопа је у централној Србији повећана у односу на 1950. годину, али је ипак за 60% смањена у односу на највише вредности у посматраном периоду, док је у Војводини на приближно истом нивоу као пре педесет година.

Намерни прекид трудноће у адолесценцији

Пошто су трудноће у адолесценцији најчешће непланиране и нежељене, у више од половине случајева се завршавају намерним прекидом (Felice и сар, према Седлецки, 2002). Намерни прекид трудноће у адолесценцији представља посебан ризик и услед недовршеног психофизичког развоја чешће доводи до озбиљних компликација, пораста спонтаних абортуса и превремених порођаја у каснијим, жељеним трудноћама, као и до секундарног стерилитета.

Холандија је земља у којој није било значајног снижавања стопе фертилитета адолесцената, као у неким другим земљама, праћеног релативно високом стопом абортуса адолесцената. Стопа износи 3,9 промила и спада међу најниже у развијеним земљама. Истраживачи сматрају да је на то утицала повољна комбинација отвореног друштва и отворених ставова према сексу и сексуалној едукацији, што је условило виши узраст при првом сексуалном односу, раширеност употребе контрацепције међу младима и у вези са њом више договора и планирања међу партнерима (Унисеф, 2001).

У више од половине земаља у транзицији, према подацима, додуше непотпуним, стопе абортуса адолесценткиња су се сма-

њиле, иако су и у претходном периоду оне биле ниске. Пошто су се у већини земаља Централне и Источне Европе стопе фертилитета адолесценткиња смањиле више него стопе абортуса, број абортуса на 100 живорођења је повећан (Уницеф, 2000).

Поређењем стопа абортуса адолесценткиња из 1969. године, када је абортус потпуно либерализован, са стопама из 1989. године, која је последња година поузданих података, види се да позитивних промена код нас скоро да и нема. Наиме, ова стопа је у централној Србији 1969. године износила 20,5 а 1989. године 19,0 промила, док је у Војводини стопа чак повећана, 1969. је износила 21,3 промила, а 1989. 22,3 промила. Иако је кретање стопа абортуса у старијим узрастима фертилног контингента далеко неповољније, ни непромењеност стопе међу адолесценткињама се не може сматрати повољним (Рашевић, 1993).

Полно преносиве инфекције

Ризично понашање младих у области сексуалности условно је пораст полно преносивих инфекција, којима су они, услед развојних специфичности свог узраста, посебно подложни. Према подацима Светске здравствене организације 70% оболелих у свету и 50% инфицираних HIV-ом чине млади узраста до 24 године живота (WHO, 1992, према Седлецки, 2002). Ризик од оболевања умногоме зависи од сексуалног понашања, а узраст у коме се остварује први сексуални однос игра важну улогу. Истраживања су показала да млади који су сексуалну активност почели у ранијем узрасту, чешће имају и већи број сексуалних партнера у кратком временском периоду, као и већи укупан број сексуалних партнера у току живота, што ризик оболевања од бактеријских и вирусних инфекција чини већим (Yarber, Parillo, 1992). Уколико се ове инфекције, настале у адолесценцији, не лече, често доводе до инфламаторних оболења у малој карлици, ектопичних трудноћа, па и стерилитета.

У многим земљама у транзицији, у којима инфицираних HIV-ом раније није било, а инцидентна инфекција попут гонореје и сифилиса била ниска, последњих година значајно расте број оболелих од полно преносивих инфекција, и то међу адолесцентима брже него међу одраслима. Истраживачи ово објашњавају ниском свешћу младих о потреби чувања репродуктивног здравља, недостатком знања о безбедном сексу, као и ширењем проституције, уз нарушену породичну стабилност и ослабљен родитељски надзор услед економских тешкоћа и растућег социјалног стреса (Уницеф, 1997).

Злоупотреба психоактивних супстанци

Адолесценција је критичан узраст и за експериментисање са дрогама, алкохолем и пушењем, што, услед недовољне емоционалне и социјалне зрелости, неке, предиспониране младе људе, може одвести у зависност. Истраживања показују све већу распрострањеност ове појаве, што важи и за земље у транзицији, уз снижавање просечног узраста прве употребе и редовне употребе, а то значи и теже лечење и рехабилитацију. Коришћење алкохола и дрога, такође, сексуално понашање чини ризичнијим, и стога удружено са раним сексуалним односима представља посебну неповољност.

У вези са злоупотребом дрога међу младима у земљама у транзицији, истраживачи истичу утицај фактора из окружења, попут повећане доступности дрога, преласка на слободно тржиште, слабења социјалних контролних механизма и тиме олакшано ширење организованог криминала и илегалне трговине дрогама, као и њихову повезаност са психолошким, социјалним и економским тешкоћама (Уницеф, 1997). Када је реч о ширењу алкохолизма међу младима у овим земљама, истраживачи наглашавају утицај повлачења државе од контроле продукције и дистрибуције алкохола, као и регулисања његове употребе кроз административне мере, политику цена и пропагандну политику, и у вези са тим ширу доступност алкохолних пића и продукцију токсичнијег алкохола, уз лаганији раст цена алкохолних пића него основних производа хране (Уницеф, 1997). О

порасти пушења међу младима говоре и подаци из два велика истраживања здравственог понашања школске деце у Источној и Централној Европи, о повећању броја пушача међу петнаестогодишњим младићима и девојкама (Уницеф, 2000).

Код нас, подаци из Студије, када је реч о употреби дрога, показују да је марихуану пробало 26% анкетираних студената, хашиш 6%, екстази 2%, алкохол са седативима 5%, кокаин и хероин нешто више од 1%, а неку другу дрогу близу 3%, и то највише ЈСД и траву, и да је први контакт са дрогом најчешће био између 17. и 18. године. Међу испитиваним средњошколцима, лепак је дувало 1,5%, марихуану пробало близу 5%, хашиш и кокаин мање од 1%, неку другу дрогу 1,2%, од тога највише траву и кокаин, а комбинацију дрога 1%, и то најчешће алкохол са таблетама и бенседин са пивом. Просечан узраст пробања дроге је 13 година. Алкохол је пробало 92% анкетираних студената, у просеку са 15 година. И док је 65% девојака и 29% младића изјавило да никада није било пијано, око 4% студената оба пола не може да престане да пије након попијене чаше неког пића. Три четвртине испитиваних средњошколаца је изјавило да је пробало алкохол, у просеку са 12 година. Иако никада није било пијано више од половине ученика, и то 70% девојака и 43% младића, више пута је било пијано њих 44%. Цигарету је пробало 70% анкетираних студената, у просеку са 15 година, а половина њих је наставила да пуши, а 49% њих попуши више од 15 цигарета дневно. Међу анкетираним средњошколцима, 42% је пробало цигарету, и од њих је половина наставила да пуши свакодневно.

Како су поремећаји здравља младих људи о којима је било речи условљени пре свега њиховим ризичним понашањем и недовољно одговорним односом према здрављу, на смањење њихове распрострањености могуће је утицати превенцијом, чији носиоци треба да буду институције образовног и здравственог система, а значајна је и улога законске и нормативне регулативе, мас медија, као и деловање политичких, невладиних, верских и других организација.

Биљана Сијанковић

Цитирана литература:

- Рашевић, М. (1993) *Ка разумевању абортуса у Србији*, Београд, ЦДИ ИДН.
- Рашевић, М. (2003) „Друштво у транзицији: Значај промоције репродуктивног здравља младих“, Проблеми у педијатрији 2002. Београд, Завод за уџбенике и наставна средства.
- Santelli J.S., Beilenson P. (1992) "Risk factors for adolescent sexual behaviour, fertility and sexually transmitted diseases", *Journal of School Health*.
- Седлецки, К. (2002) *Репродуктивно здравље младих* (Београд, Службени гласник).
- Tonkin, R.(ed.) (1994) "Current issues in the adolescent patient", *Bailliere's Clinical Paediatrics*, Volume 2/Number 2.
- UNICEF (1997) "Children at risk in Central and Eastern Europe: Perils and Promises", *Regional monitoring Reports, No. 4* (Florence:Unicef International Child Development Centre).
- UNICEF (2000) "Young people in changing societies", *Regional monitoring Reports, No. 7*, (Florence:Unicef Innocenti Research Centre).
- UNICEF (2001) "Teenage births in rich nations", *Innocenti Report Card, No.3* (Florence: Unicef Innocenti Research Centre).
- WHO (2000) *Health and health behaviour among young people* (World Health Organization).
- Yarber W.L., Parillo A. (1992) "Adolescent and sexually transmitted diseases", *Journal of School health*.
- Пуцић, В. и сар. (2000) *Здравствено понашање студенатске и средњошколске омладине*, (Београд, Завод за заштиту студената).