

Демографски преглед

Београд

Година XII

Број 44/2012

ДА ЛИ ЈЕ РЕАЛНО ОЧЕКИВАТИ ПРОМЕНЕ У МОДЕЛУ ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ У СРБИЈИ У НЕПОСРЕДНОЈ БУДУЋНОСТИ?

Већ више од пола века Србија (без података за АП Косово и Метохију) се суочава са нивоом рађања деце испод потреба просте замене генерација. Феномен недовољног рађања у нашој средини прати, и његов је саставни део, претежно традиционална контрола рађања која укључује прибегавање абортусу када се из различитих разлога трудноћа не жели или се не може прихватити. Да ли је реално очекивати промене модела планирања породице у Србији у непосредној будућности? Одговор на постављено питање се може тражити на три начина. Класични начини су анализа дугогодишњег кретања индикатора планирања породице и разматрање стања и домета политика релевантних за планирање породице. Пре свих популационе политике и политике здравствене заштите. Истовремено је важно утврдити знање, ставове и понашање младих људи који су релевантни за планирање породице, јер ће управо они бити носиоци репродукције у непосредној будућности.

Модел планирања породице

Ниво рађања у Србији је данас чак 32% испод потреба просте репродукције становништва, што значи да би следећа генерација жена била за једну трећину мања по броју у односу на садашњу. Другим речима, са вредношћу стопе укупног фертилитета од 1,41 ниво рађања у Србији је испод европског просека који износи 1,6 детета по жени (Pison, 2011).

Неефикасна контрацепција је за многе парове природни део сексуалног односа и рационалан превентивни избор. Само 18,6% жена на ризику за настанак трудноће користи ефикасну контрацепцију, односно кондом, комбиновану хормонску контрацепцију или интраутерини уложак (Министарство здравља, 2007). Утврђени удео је међу најнижима је у Европи (United Nations, 2010). Конзистентно стопа укупних абортуса је два пута је виша од стопе укупног фертилитета (Рашевић, 2008).

Важан узрок ниског нивоа фертилитета је одлагање рађања (Соботка, 2004). У Србији је велико је неучествовање жена у репродукцији од 20. до 24. године, а и релативно велико неучествовање жена у репродукцији становништва између 25. и 29. године старости, односно 30-34 године. Одговарајући удели регистровани пописом становништва из 2002. године су 74,9; 43,9 и 21,8 у централној Србији, и 75,3; 41,7 и 19,7 у Војводини (РЗС, 2006).

Одлагање рађања деце узрокују, посредно или непосредно, фактори детерминистичке основе феномена недовољног рађања. То су, на једној страни фактори који законито условљавају рађање једног или два детета у породици јер су карактеристични за садашњи ниво социјалног развоја, а на другој бројне структурне препреке остваривања става о жељеном броју деце (Рашевић, 1996).

Недовољно знање о модерној контрацепцији, велики психолошки отпор према употреби комбиноване хормонске контрацепције и интраутериног уложка, као и чврста социјална база за употребу традиционалне контрацепције и намерног прекида трудноће, најважнији су фактори неприхватања модерних вредности у сфери контроле рађања у нашој средини (Рашевић, Седлецки, 2011).

Политике релевантне за планирање породице

У Србији егзистирају само две директне мере популационе политике важне за подстицање рађања. То су родитељски додатак и пуна накнада зараде запосленој мајци за време породилског одсуства у трајању од годину дана за прво и друго дете, односно две године за треће и свако наредно дете. Родитељски додатак се исплаћује за прво, друго, треће и четврто дете мајци. Његов износ расте са редом рођења и исплаћује се, осим за рађање првог детета, у 24 месечне рате.

Износи који важе након усклађивања у априлу месецу 2012. године су: 32.630 динара за рођење првог детета, односно 127.598 за рођење другог, 229.665 за рођење трећег и 306.217 динара за рођење четвртог детета. Расход у јуну 2012. године за ову меру износио је преко 468,6 милиона динара.

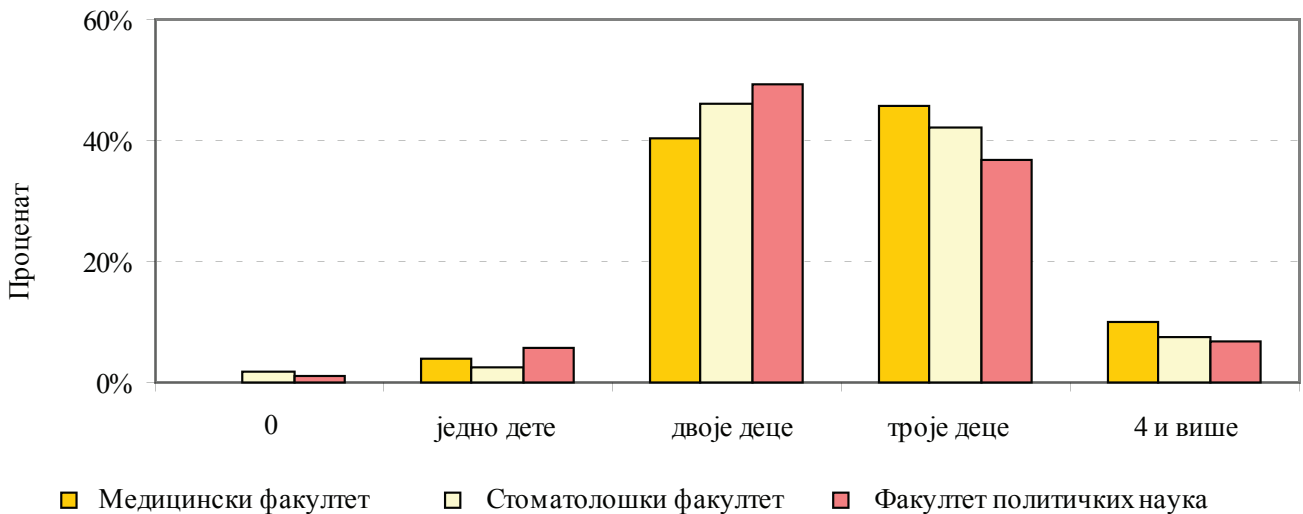
Одговор Србије на проблеме демографског развоја требало би да се заснива на неколико базичних докумената, укључујући и Стратегију подстицања рађања. Она је усвојена почетком 2008. године. Но, њена имплементација, најмање мере и активности везане за директну финансијску подршку породици, одложено је услед суочавања Србије са последицама светске финансијске кризе.

Либерализација абортуса је основни вид подршке женама у сфери контроле рађања. Законска основа везана за увођење контрацептива на тржиште је компликована и финансијски обесхрабрујућа за фармацеутске

компаније. Промоција модерне контрацепције је ретка и, најчешће, део широко постављених акција које се спроводе ради остварења општијих циљева као што је, на пример, подстицање рађања.

Здравствена заштита жена током трудноће и порођаја је у неупоредиво већој мери заступљена у документима који се односе на сферу планирања породице у односу на контролу рађања. Саветовање о контрацепцији није постало саставни део наставних програма у средњим медицинским школама и на медицинским факултетима, нити му је дат одговарајући простор на специјалистичким студијама из гинекологије.

Графикон 1. Ставови студенткиња о жељеном броју деце



Табела 1. Ставови студенткиња о претпоставкама за рађање првог детета

	Медицински факултет	Фармацеутски факултет	Факултет политичких наука
1	добро здравље	добро здравље	добро здравље
2	жеља за дететом	жеља за дететом	жеља за дететом
3	финансијска независност	стабилна партнерска веза	финансијска независност
4	запослење	финансијска независност	запослење
5	стабилна партнерска веза	запослење	стабилна партнерска веза
6	подршка породице	подршка породице	стан/кућа у власништву
7	оптимално животно доба	оптимално животно доба	подршка породице
8	стан/кућа у власништву	стан/кућа у власништву	каријера
9	брак	брак	брак
10	каријера	каријера	оптимално животно доба
11	подршка локалне заједнице	подршка локалне заједнице	подршка локалне заједнице
12	мере социјалне политике	мере социјалне политике	мере социјалне политике
13	аутомобил у власништву	аутомобил у власништву	аутомобил у власништву

Ставови младих о рађању и модерној контрацепцији

У немогућности да се спроведе репрезентативно истраживање везано за утврђивање знања, ставова и понашања младих људи, која су релевантна за предвиђање модела планирања породице у Србији у непосредној будућности, представимо резултате анкете која је обухватила 504 студенткиње друге и четврте године Медицинског, Фармацеутског и Факултета политичких наука Универзитета у Београду (Седлецки, Рашевић, Топић, 2011). У узорку су биле готово

подједнако заступљене испитанице са свих три факултета. Удео студенткиња медицине је износио 33,9, а студенткиња фармације и политичких наука 31,2 и 34,9%.

Сазнање о ставовима будућих лекара, фармацеута, политичара, административаца, новинара и социјалних радника је важно, јер професионалци из овога круга вишеструко утичу на модел планирања породице у свакој популацији. Њихов директан утицај је везан за свакодневни рад у сфери едукације, саветовања и обезбеђивања инструмената битних за планирање породице. Индиректно деловање, пак, изражено је како у дефинисању релевантног законодавног оквира и стратешких одређења, тако и путем формирања популационе климе.

Ово истраживање је део већег које је под називом „Искуства и ставови жена о менструацији, контрацепцији и рађању“ спроведено у шест универзитетских центара у Мађарској, Румунији и Србији. У методолошком смислу битно је подвући и да је анкетни упитник, посебно дефинисан за потребе овог истраживања, анонимно попунила свака четврта студенткиња из регистра одређеног факултета. Упитник је био КАР-типа. У овом раду навешћемо најважније налазе.

Готово све анкетирани студенткиње (99,0%) желе да имају децу у будућности. Највећи број њих жели да има

Графикон 2. Ставови студенткиња према комбинованој хормонској контрацепцији



двоје (45,2%) или троје (41,5%) деце. Изненађује да чак 8,2% анкетираних жели да има најмање четворо деце. Насупрот, само 4,2% студенткиња жели да има само једно дете (графикон 1). Просечан жељени број деце је висок (2,56 детета) и значајно виши од реализованих 1,56 детета међу високо образованим женама старим од 40 до 45 година 2002. године, у време спровођења пописа становништва (РЗС, 2006).

Испитанице су оцењивале понаособ тринаест унапред дефинисаних потенцијалних предуслова за рађање првог детета са 1 (врло битан), 2 (и јесте и није битан) или 3 (уопште није битан). Значај сваке варијабле је одређен средњом вредношћу оцене (табела 1). На врху листе као најбитније претпоставке за родитељство студенткиње су, независно од факултета који похађају, издвојиле „добро здравље“ и „жељу за дететом“. Следеће три претпоставке по значају, када се анкетирана група посматра као целина, су „финансијска независност“, „запослење“ и „стабилна партнерска веза“. С друге стране, униформно на 11, 12. и 13. месту, у свим испитаваним субгрупама су „подршка локалне заједнице“, „мере социјалне политике“ и „аутомобил у власништву“. Чини се да одговори осликавају рефлексивну модерност анкетираних студенткиња, односно инсистирање да се ризици ставе под контролу појединца, уз истовремено добро перципирање ограничења средине и ниско поверење у локалне и државне институције.

Ови налази су упозоравајући јер као да наговештавају сужавање простора за политичко деловање у смислу

подстицања рађања. Поготово ако се ови налази упореде са резултатима истраживања о прихватању популационе политике на индивидуалном нивоу, спроведеног током 1990-их година међу београдском популацијом жена до 40 година старости које су одлучиле да намерно прекину трудноћу. Испитанице су тада пуно очекивале од државе, тражећи јефтине кредите за решавање стамбених проблема породица са децом, као и боље збрињавање деце запослених мајки (Рашевић, 1995).

Оптимално доба за рађање првог детета за 79,1% студенткиња је између 25. и 29. године старости. Додатно, чак свака десета (9,5%) студенткиња верује да је право време за родитељство у периоду од 30 до 34 године. Само 10,7% испитаница сматра да је интервал између 20. и 24. године старости оптималан за рађање првог детета. Нису утврђене статистички значајне разлике по овом ставу међу студенткињама са различитих факултета.

Студенткиње имају различите ставове према комбинованој хормонској контрацепцији, модерном, ефикасном и младим људима примереном средству превенције зачећа (графикон 2). Међу изабраним тврдњама, испитанице је требало да се одреде за највише три опције од унапред датих 12, које одговарају њиховим уверењима о контрацептивним таблетама, 51,7% се могу класификовати као позитивне и 48,3% као негативне. Три најчешће изабрана позитивна става су „безбедне и делотворне“ (40,5%), „смањују бол током менструације“ (32,6%) и „ублажавају акне“ (25,8%).

Табела 2. Ставови студенткиња према комбинованој хормонској контрацепцији

Особине комбиноване хормонске контрацепције	Удео студенткиња (у %)		
	Медицински факултет	Фармацеутски факултет	Факултет политичких наука
Безбедне и делотворне	30,9	39,7	50,3
Побољшавају квалитет живота	20,6	19,9	15,5
Ублажавају акне	34,5	21,9	19,9
Смањују менструални бол	38,8	30,8	27,3
Имају много нежељених ефеката	32,7	26,0	25,5
Могу да угрозе будућу плодност	13,9	6,8	8,7
Могу узроковати рак	9,7	4,8	2,5
Неприродне	17,0	35,6	24,2
Могу довести до повећања тежине	29,7	24,0	20,5
Опасне за здравље	7,9	9,6	9,3
Изазивају прекомерну длакавост	7,3	6,2	5,0

Међу негативним ставовима најзаступљенији су: „имају много нежељених ефеката“ (28,4%), „неприродне“ (25,4%) и „могу довести до повећања тежине“ (24,4%).

Регистроване су јасне разлике у ставовима према комбинованој хормонској контрацепцији међу испитаницама које похађају различите факултете (табела 2). Став да су контрацептивне таблете „безбедне и делотворне“ је прихватљив у значајно већој мери за студенткиње Факултета политичких наука него за девојке које студирају медицину и фармацију. Истовремено, студенткиње медицине су у већој мери свесне терапеутских својстава контрацептивних таблета, али и више страхују да комбинована хормонска контрацепција може да „угрози будућу плодност“ и „узуркује рак“ у односу на своје колегинице са других факултета.

Студенткиње фармације, пак, сигнификантно се чешће опредељују за став да су контрацептивне таблете „неприродне“ него студенткиње медицине и политичких наука. Односно, најбоље ставове према контрацептивним таблетама имају студенткиње немедицинских факултета, што се може објаснити чињеницом да студенти медицине не стичу потпуна знања из сфере репродуктивног здравља. Овај налаз кореспондира резултату истраживања спроведеног међу гинекологима у Србији, који су такође показали отпор према преписивању комбиноване хормонске контрацепције адолесценткињама (Рашевић, Седлецки, 2007).

*
* *

Мада високо вреднују родитељство и желе да имају више од једног детета, не охрабрују тешко оствариви предуслови за рађање различите природе на којима инсистирају студенткиње Медицинског, Фармацеутског и Факултета политичких наука. Поготово брине недовољно знање и низ предрасуда које су испитанице испољиле у сфери репродуктивног здравља. Отуда је тешко очекивати да ће они бити носиоци и промотери једног другачијег модела планирања породице. Ни разматрање досадашњих карактеристика модела планирања породице у нашој средини и става државе према феномену недовољног рађања и доминацији конзервативне контроле рађања не указује на постојање простора за очекивање другачијег репродуктивног понашања у Србији у непосредној будућности. Да би се оствариле позитивне промене неопходна је изградња репродуктивне свести. И индивидуалне и политичке.

Литература

Министарство здравља (2007). *Истраживање здравља становника Републике Србије* (Београд: Министарство здравља Републике Србије).

Рашевић М. (1995). „Прихватање популационе политике на индивидуалном нивоу: жене које намерно прекидају трудноћу“, *Становништво*, 33: 41-55.

Рашевић М. (2006). „Феномен недовољног рађања“, *Бела куга* (Београд: Службени гласник) 6-17.

Рашевић, М. (2008). „Да ли је евидентиран број абортуса у Србији реалан?“, *Становништво*; 46: 9-18.

Рашевић М., К. Седлецки (2007). „Гинекологи и абортусно питање“, *Становништво*, 45: 33-45.

Рашевић М., К. Седлецки (2011). „Питање постојања абортусне културе у Србији“, *Становништво*, 49: 1-13.

РЗС (2006). *Становништво и домаћинства Србије према попису 2002. године* (Београд: Републички завод за статистику Србије).

Pison, G. (2011). "Tous les pays du monde 2011", *Population et Sociétés*, 458:1-8.

Sedlecky K., M. Rašević, V. Topić (2011). "Family Planning in Serbia? The Perspective of Female Students from the University of Belgrade", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 16: 469-79.

Sobotka, T. (2004). *Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe* (Amsterdam: Dutch University Press).

United Nations (2010). *World Contraceptive Use 2009* (New York: United Nations).

Др Мирјана Рашевић и др Катарина Седлецки