

# Демографски преглед

Београд

Година XVII

Број 66/2017

## ПРОМОЦИЈА СЕКСУАЛНОГ И РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА МЛАДИХ У СРБИЈИ: ЗАШТО? КО? КАКО?

Појам *репродуктивно здравље* је уведен на петој по реду Међународној конференцији о становништву и развоју која је одржана у Каиру 1994. године под покровитељством Уједињених нација. У Плану акције, који је на овој конференцији усвојило 179 националних делегација, репродуктивно здравље је дефинисано, полазећи од дефиниције здравља Светске здравствене организације, у најширем контексту као стање потпуне физичке и менталне способности, а не само одсуство болести или неспособности, у свим областима које се тичу репродуктивног система и његових функција и процеса. Овај појам је уведен с намером да се подвуче значај здравственог аспекта планирања породице и истовремено смање отпори за прихватање државне интервенције у сфери рађања. Увођење појма репродуктивног здравља у План акције сматра се и одразом новог концептуалног приступа у сфери популационе политике који је утемељен у тежњи да се успостави равнотежа између репродуктивних потреба на микро и макро нивоу и индивидуалних права и одговорности у сфери здравља, партнерских односа и родитељства.

### ПОТРЕБА ЗА ПРОМОЦИЈОМ СЕКСУАЛНОГ И РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА МЛАДИХ У СРБИЈИ

Промоција сексуалног и репродуктивног здравља младих у Србији посебно је потребна из више разлога. Најважнији су пораст учесталости сексуалне активности током адолесценције, раширеност ризичног понашања међу младима, интензивно одлагање рађања, пасиван однос родитеља према сексуалности и заштити репродуктивног здравља њихове деце, одсуство системских решења везаних за едукацију у овој сфери, недовољна прилагођеност здравствене службе потребама младих везаним за заштиту репродуктивног здравља као и озбиљни демографски изазови. Поред тога, очување и унапређење репродуктивног здравља младим људима доноси низ добробити.

#### Пораст учесталости сексуалне активности током адолесценције

Мада доминира уверење у јавном мњењу да је српско друштво традиционалније и конзервативније у односу на друге европске земље, сексуална активност младих је реалност и у Србији. Тако су, на пример, *Резултати истраживања здравственог стања становништва Србије 2013. године* које је спровео Институт за јавно здравље Србије (2014) показали да је медијана узраста ступања у први сексуални однос 16 година у старосној групи 15-19 према 18 година у старосној групи 20-24 године. Често цитиран налаз у овој сфери је податак студије која је пратила промене у сексуалном понашању ученица других разреда средњих школа у Новом Саду. Он показује да је свака четврта средњошколка имала сексуалне односе у 2000. према само 2,2% девојака у 1960. години (Kapor-Stanulović, Karadžija, 2000).

#### Раширеност ризичног понашања међу младима које угрожава њихово репродуктивно здравље

Поред раног ступања у сексуалне односе и други видови ризичног понашања су присутни међу младима у Србији, који директно или индиректно угрожавају њихово репродуктивно

здравље. Налази низа истраживања то показују. Нашећемо резултате везане за процену броја и исхода трудноће у адолесценцији као и налазе интернет анкете спроведене

Табела 1. *Заступљеност одговора на поједина питања корисница интернета који указују на угроженост сексуалног и репродуктивног здравља*

Одговори испитаница	Укупни број анкетираних девојака	Испитанице које су изабрале наведени одговор	
		Број испитаница	Удео испитаница у процентима
Први сексуални однос са ≤16 год.	2180	621	28,5
Имала четири и више сексуалних партнера	2120	537	25,3
Остварила сексуални однос у вези ≤ 7 дана	2065	488	23,6
Користи метод прекинутог сношаја или не користи контрацепцију	1992	561	28,2
Доживљава оргазам ретко или никада	2011	630	31,3
Није или не зна да ли је задовољна својим сексуалним животом	1644	585	35,6
Доживела неку врсту злостављања у партнерској вези	1636	247	15,1
Са садашњим искуством би одложила почетак сексуалне активности	1628	639	39,3

Извор: Рашевић, Седлеци, 2013.

међу девојкама старим 19-20 година које су попуниле упитник постављен на веб-сајт Удружења за репродуктивно здравље Србије. Број адолесцентних трудноћа током једне календарске године се процењује на најмање 50 на 1000 девојака, од којих се половина одлучује на рађање детета, а половина на намерни прекид (Rašević, Sedlecki, 2006). На основу издвајања одговора на поједина питања које је изабрао значајан удео корисница интернета, сагледано је више проблема који могу да угрозе сексуално и репродуктивно здравље адолесценткиња у Србији. Наиме, 29% адолесценткиња је прво сексуално искуство доживело са 16 и мање година, 25% је имало четири или више сексуалних партнера и 24% је остварило сексуални однос у вези која је трајала до 7 дана. Контрацепцију не користи или примењује метод прекинутог сношаја 28% испитаница. Готово једна трећина испитаница (31%) никада није доживела оргазам или га доживљава ретко, а 36% није задовољно или је збуњено својим сексуалним животом. Злостављање у партнерској вези искусило је 15% девојака. Са искуством које поседује, 39% њих би одложило почетак сексуалне активности (табела 1).

#### Интензивно одлагање рађања

Тренд благог пораста броја жена у Србији које нису родиле ниједно дете у оптималном периоду живота од 20. до 35. године регистрован је између 1981. и 1991. године. У периоду између 1991. и 2002. он је интензивирао и сматра се основном демографском ценом последње деценије прошлог века. Интензивирање је настављено и између два последња пописа становништва. Наиме, без деце у време спровођења Пописа становништва Србије 2011. године био је велики број

жена старости од 20. до 24. године (82%). Утврђено је да у репродукцији није учествовало преко половине (55%) жена старости од 25 до 29 година и трећина (31%) жена између 30 и 34. године. Одлагање рађања за касније животно доба носи бројне здравствене ризике за здравље мајке и детета. Истовремено оно је важан узрок ниског нивоа фертилитета. Проблем је још већи када у једној популацији постоји релативно велики удео жена које су старости између 30 и 34 године, а још увек су без деце.

#### ***Очување и унапређење репродуктивног здравља младим људима доноси низ добробити***

Очување и унапређење стања репродуктивног система, његових функција и процеса, поред јасне здравствене добробити доприноси:

- подизању нивоа здравствене и сексолошке културе
- наметању превенције и здравог живота као стила живота и начина размишљања
- промовисању личне одговорности за сопствено здравље
- формирању склоности ка контроли, планирању, преузимању активне улоге у животу
- прихватању модерних вредности и усвајању нових знања
- изградњи самопоштовања
- јачању аутономности.

На тај начин се олакшава одрастање уопште, а поготово у друштву које се налази у пролонгираној транзицији социоекономског система.

#### ***Пасиван однос родитеља према сексуалности и заштити репродуктивног здравља њихове деце***

Родитељи, школа и здравствени радници би требало да буду главни извор знања из ове сфере. Но, реалност је другачија. Подаци различитих истраживања показују да млади у Србији не поседују ни елементарна знања везана за очување и унапређење репродуктивног здравља. Један од важних узрока је што они основне информације стичу из масовних медија или од вршњака (Sedlecki, 2001). Међутим, искуство указује да се током одрастања с много више проблема (преурањено ступање у сексуалне односе, непланирана трудноћа или полно преносива инфекција) суочавају деца у чијој се родитељској кући није покретао разговор о темама као што су пубертет, емотивни живот младих, начини комуникације, ризична понашања, контрацепција.

#### ***Одсуство системских решења везаних за едукацију у области заштите репродуктивног здравља***

Искуства средина које су спроводиле програме ширења знања и усвајања вештина међу адолесцентима показују да ове програмске акције доприносе развијању одговорности девојака и младића за очување сопственог здравља. Непосредне последице су одлагање сексуалне активности младих ка старијем узрасту, смањење ризика за настанак нежељене трудноће, као и полно преносивих инфекција. Најбољи резултати се постижу када се са едукацијом почне у раном узрасту, а најкасније неколико година пре него што млади у одређеној средини доживљавају прва сексуална искуства (Седлецки, 2006). У процес едукације за репродуктивно здравље треба да буду укључене све социјалне институције. Нажалост, у Србији усвајање знања и вештина битних за заштиту репродуктивног здравља младих није саставни део школских програма нити у свим локалним срединама постоје здравствене службе које спровode рад здравствено-васпитног типа са адолесцентима.

#### ***Недовољна прилагођеност здравствене службе потребама младих везаним за заштиту репродуктивног здравља***

Истраживања показују да се велики број младих у Србији не обраћа лекару ради савета у вези са сексуалном активношћу и заштитом репродуктивног здравља (Sedlecki, 2001). Један од разлога је што у многим локалним срединама здравствена служба није прилагођена потребама младих у овој сфери. Они траже приватност, атмосферу поверења, сталну доступност лекара или сарадника који има времена да

разговара и дискутује, уме да слуша, уважава њихову личност и разуме њихове потребе, непристрасан је и даје разумљиве одговоре. Односно, да би адолесценти дошли по савет, помоћ и подршку која се тиче заштите репродуктивног здравља, сами, у пару или у групи, потребно је остварити читав низ предуслова. При том је битно да их у саветовалишту за младе дочека тим стручњака, по правилу су ту укључени гинеколози, психолози и патронажне сестре, а по потреби и лекари других специјалности и медицинске сестре различитих профила.

#### ***Демографски изазови***

Изузетно низак ниво рађања деце је основно и истовремено најнеповољније обележје демографског развоја Србије. Ниво рађања испод потреба замене генерација, који траје деценијама, условио је брз пад природног прираштаја и одмакло старење становништва Србије. У 2016. години број живорођених био је преко 36 хиљада мањи од броја умрлих. Исте године је сваки становник Србије имао 65 или више година, а просечна старост је износила готово 43 године. У оквиру одговора државе на недовољно рађање значајна је и промоција репродуктивног здравља младих, јер ће управо они бити носиоци репродукције становништва у непосредној будућности. Поред ширења знања и вештина везаних за очување репродуктивног здравља, промоција треба да делује и на размишљања младих о браку, породици, рађању деце као и односима између жене и мушкарца у савременој култури.

#### ***АКТИВНОСТИ У ОКВИРУ ПРОМОЦИЈЕ СЕКСУАЛНОГ И РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА МЛАДИХ***

Промоција сексуалног и репродуктивног здравља младих претпоставља свеобухватни друштвени програм чији је циљ да се младим људима помогне да остваре задовољавајућу сексуалност и сачувају репродуктивно здравље. Посебно се настоји да се код што већег броја младих сексуална активност одложи до постизања релативне зрелости, да они остварују само жељене сексуалне односе, да увек користе ефикасну контрацепцију и да редовно и правилно примењују заштиту од полно преносивих инфекција. Веома је важно ангажовање на очувању и унапређењу сексуалног и репродуктивног здравља посебно осетљивих група, јер млади са хроничним болестима, инвалидитетом, млади који живе са инфекцијом вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ) или су нехетеросексуалне оријентације, Роми и млади на друштвеној бризи такође су сексуална бића, а њихове потребе за информисањем, саветовањем или здравственом заштитом могу да се превиде или да буду ускраћене.

Водећи принципи промоције сексуалног и репродуктивног здравља младих су:

- Свака млада особа има право на највиши могући стандард здравља, као стања потпуног физичког, менталног и социјалног благостања а не само одсуства болести или неспособности.
- Сваку младу особу треба третирати на једнаки начин, без дискриминације и стигматизације.
- Активности у оквиру здравствене промоције треба заснивати на најбољим доступним доказима, имајући у виду локални контекст, капацитете и реалне потребе младих.
- При планирању промотивних мера и активности треба се руководити родном једнакошћу и потребом за оснаживањем девојака и жена.
- Веома важне су интерсекторске активности, успостављање дугорочног партнерства између владиних и невладиних организација и активна партиципација младих.

Одговор на питање – које интервенције доприносе очувању и унапређењу сексуалног и репродуктивног здравља младих – није ни једноставан ни јединствен. Разлог је што ефекат тих интервенција зависи од социокултурног окружења младих особа којима су намењене и њихових карактеристика у погледу могућности, аспирација, вредности и норми.

Ипак, окосницу већине програма промоције сексуалног и репродуктивног здравља младих чине обезбеђивање свеобухватне сексуалне едукације и прилагођавање здрав-

ствене заштите потребама младих. Такав приступ указује да друштво препознаје и поштује сексуални аспект личности адолесцената, а очекује се да подстакне развој личне одговорности младих за сопствено здравље и да их мотивише да се безбедно понашају.

**Едукација младих о сексуалном и репродуктивном здрављу**

Млади имају велики потенцијал за стицање нових знања, а могући извори њихових сазнања о сексуалном и репродуктивном здрављу су родитељи, просветни радници, здравствени радници и медији, укључујући и Интернет и друштвене мреже, а одређену улогу могу да имају и вршњачки едукатори, невладине организације и професионалци из система социјалне заштите.

Сексуална едукација позитивно утиче на младе дајући им одговарајућа знања, изграђујући код њих одређене вештине и развијајући позитивне ставове о сексуалном и репродуктивном здрављу и одговарајућим правима. Од посебног значаја су практична знања која припремају младе коме и када да се обрате за помоћ и савет, развој вештина критичког мишљења, доношења одлука и преговарања у партнерској вези, неговање асертивности, толерантности и позитивног односа према сопственој сексуалности и сексуалности других.

Едукација младих о сексуалном и репродуктивном здрављу може да буде организована у оквиру породице, школе, локалне заједнице или се спроводи путем средстава јавног информисања, укључујући и Интернет и апликације за мобилни телефон. Битно је да се едукација младих одвија континуирано, да је прилагођена развојном стадијуму и социокултурном миљеу, као и да је научно утемељеног наставног плана и програма. Поштовање ових критеријума је посебно важно у програмима сексуалне едукације у школама, јер обично почиње пре него што су ученици остварили прва сексуална искуства и обухвата велики удео младе популације.

Сексуална едукација је у Шведској уведена 1955. године, а у осталим земљама Европе у 1970-им и 1990-им годинама. Ипак, овај предмет још увек није свуда обавезан и не почиње у истом узрасту – у неким земљама (Португалија, Уједињено Краљевство) од 5. године, а у другим (Кипар, Италија) од 14. године. Сексуалну едукацију у неким земљама спроводе обучени наставници, а у другим тимови сачињени од проветних и здравствених радника. У већини земаља постоје и волонтерске организације које додатно учествују у сексуалној едукацији деце и младих.

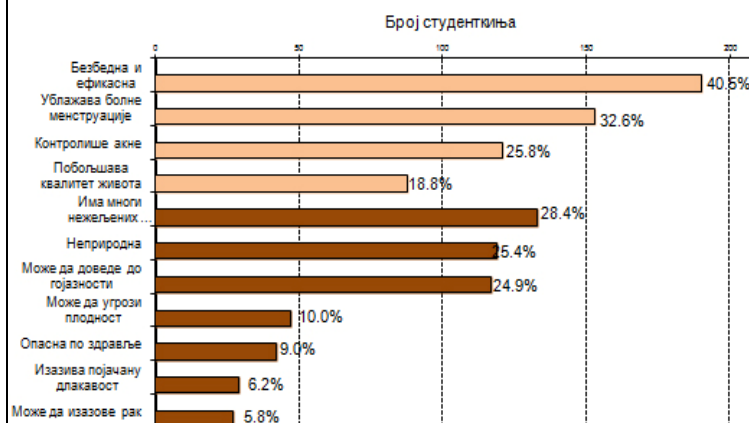
Позитиван утицај спровођења сексуалне едукације у школама на сексуално понашање младих утврђен је на основу мета-анализе резултата 83 студије (Kirby DB et al, 2007.). Показано је да ученици који су похађали те програме нису раније почели са сексуалном активношћу нити су се ризичније сексуално понашали. Насупрот, неки програми су допринели одлагању или избегавању сексуалних односа, или повећању учесталости коришћења кондома или контрацепције. Такође је уочено да су програми били делотворни у различитим земљама, културама и групама младих, односно да их је могуће применити у различитим друштвеним срединама.

С друге стране, установљено је да едукација која промовише апстиненцију, као једино прихватљив облик сексуалног понашања младих, не даје жељене резултате у развијеним земљама света. На основу анализе 13 студија којима је обухваћено 16.000 младих из Сједињених Америчких Држава, утврђено је да ниједан програм није имао утицаја на време почетка сексуалне активности, учесталост незаштитањених сексуалних односа, број партнера и коришћење кондома (Underhill K et al, 2007.).

Искуство из Финске омогућава да се сагледају потребе младих у сфери сексуалног и репродуктивног здравља. У тој земљи сексуална едукација је постала обавезни предмет у школама 1970. године. Од 1972. године почела су да се развијају и саветовалишта која су контрацепцију давала бесплатно младима. Као резултат увођења тих мера, стопе абортуса и порођаја међу адолесцентима прогресивно су се снижавале до веома ниских вредности, постигнутих 1990-их година, када су из различитих разлога саветовалишта за

контрацепцију укинута, а сексуална едукација је постала изборни предмет. Непосредне последице су биле снижавање учесталости коришћења контрацепције међу адолесцентима, повећање удела младих који су били сексуално активни у узрасту 15 и 16 година (Loeber et al, 2010.) и пораст стопа абортуса међу девојкама узраста 15 – 19 година. У одговору на нарастајућу претњу сексуалном и репродуктивном здрављу младих у школе је уведен нови предмет – здравствено васпитање, који је обавезан од 2006. године. Тај предмет обухвата и свеобухватно васпитање за очување сексуалног и репродуктивног здравља. Већ у наредним годинама евидентиран је пад удела младих који не користе контрацепцију, снижавање учесталости сексуалне активности међу адолесцентима узраста 15 и 16 година и значајно смањивање стопа абортуса код адолесценткиња (Loeber et al, 2010.).

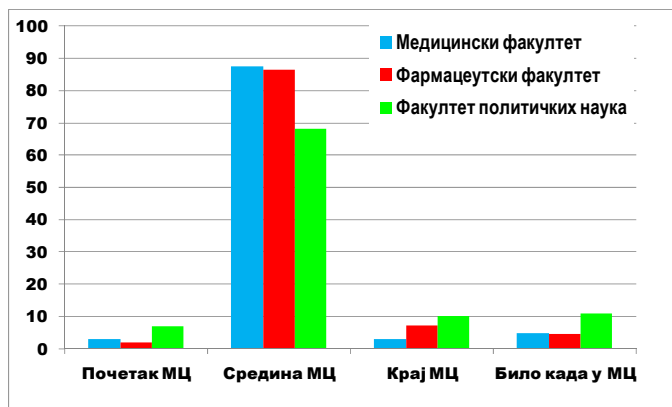
**Графикон 1. Мишљење студенткиња о комбинованој оралној контрацепцији**



Izvor: Sedlecky, Rasević, Topić (2011).

Словенија је усвојила другачији приступ едукацији младих о сексуалном и репродуктивном здрављу. У тој земљи, сексуална едукација није никада била обавезни и саставни део школских програма. Ипак, млади добијају извесна знања од гинеколога и школских лекара који, уз подршку студената медицине и једног броја наставника, држе часове у школама.

**Графикон 2. Знање студенткиња о плодним данима у менструационом циклусу**



Izvor: Sedlecky, Rasević, Topić (2011).

У едукацију младих су укључени и медији, који промовишу савремену контрацепцију и безбедну сексуалност. У Словенији је сексуална едукација младих заснована на тзв. „АБЦ“ приступу, који подразумева: А – „Апстиненција“, односно одлагање првог сексуалног односа и одлагање сексуалних односа у свим наредним партнерским везама, као и апстиненцију од сексуалних односа без кондома или друге контрацепције; Б – „Бити веран“, придржавати се моногамије или редуковати број сексуалних партнера; Ц – „Кондом“, користити кондом, са или без друге контрацепције. У

Словенији је контрацепција бесплатна за младе, а за пружање здравствених услуга у области сексуалног и репродуктивног здравља не тражи се сагласност родитеља, односно старатеља. Либералан став словеначког друштва према сексуалности адолесцената резултовао је заустављањем пораста учесталости сексуалне активности међу девојчицама и дечамаца узраста 15 година и повећањем удела младих који редовно користе кондом (Pinter B et al, 2009.).

У Србији још увек едукација младих о сексуалном и репродуктивном здрављу није системски решена. Отуда млади често немају елементарна знања о физиологији репродукције и оптерећени су бројним погрешним уверењима, посебно о савременој контрацепцији. То илуструју и резултати истраживања спроведеног међу студенткињама Универзитета у Београду (графикони 1 и 2) (Sedlecky K et al, 2011).

### Саветовалишта за репродуктивно здравље младих

Други битан елемент промоције сексуалног и репродуктивног здравља младих је прилагођавање здравствене заштите њиховим потребама, што се обично остварује кроз развој посебно дизајнираних сервиса, односно саветовалишта за младе. Искуства из великог броја земаља, укључујући и нашу земљу, показују да млади желе да дођу у здравствену службу коју не посећују одрасли и у којој ће бити поштовано њихово право на приватност и разговор у поверењу, где неће доживљавати дискриминацију и стигматизацију било које врсте, у којој могу да добију здравствену услугу без заказивања и дугог чекања, која ради више дана у недељи, у радном времену које не омета школске и ваншколске активности (Avery L, Lazdane G, 2008).

Пожељно је да овакве службе одговоре на што већи број потреба младих у сфери сексуалног и репродуктивног здравља, а најмање да пружају групни и индивидуални здравствено-васпитни рад, саветовање, систематске прегледе, контрацепцију и да се што је могуће свестраније баве трудноћом и полно-преносивим инфекцијама, укључујући и инфекцију ХИВ (Jaccard J, Levitz N, 2013.).

Саветовалишта у оквиру примарне здравствене заштите или као засебне јединице постоје у низу европских земаља, попут Шведске, Финске, Норвешке, Руске Федерације, Уједињеног Краљевства, Естоније, Португалије и Холандије. Службе за младе су развијене на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у Швајцарској, Грчкој, Мађарској и Италији, а у оквиру невладиног сектора у Шпанији, Шведској, Уједињеном Краљевству и Белгији.

Један од најбољих примера прилагођавања здравствене заштите потребама младих је остварен у Естонији која је почела да развија саветовалишта за младе од 1991. године. Саветовалишта данас постоје широм те земље и пружају здравствене услуге бесплатно младима старости до 25 година. Саветовалишта обезбеђују сексуалну едукацију, саветовање о сексуалности и контрацепцији, тестирање на полно-преносиве инфекције и инфекцију ХИВ, саветовање пре и после абортуса и пружају стручну подршку жртвама силовања. У саветовалиштима се обавља и едукација здравствених радника који пружају здравствене услуге младим пацијентима (Haldre K et al, 2012.).

У Србији су саветовалишта за репродуктивно здравље младих почела да се отварају у школским диспансерима домова здравља 1999. године уз подршку стручног тима националних експерата, захваљујући ангажовању Републичког центра за планирање породице при Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије "Др Вукан Чупић". Развој саветовалишта је подржало Министарство здравља Републике Србије, а њихов рад је регулисан законским и подзаконским актима, а првенствено Уредбом о националном програму здравствене заштите жена, деце, школске деце и студената из 1995. године.

Захваљујући финансијској подршци УНИЦЕФ-а и УСАИД-а, до 2006. године саветовалишта за младе су развијена у приближно четвртини општина Србије, од Суботице до Лесковца. Модел рада саветовалишта се заснива на мулти-дисциплинарном приступу и активној партиципацији младих. Стручни тим чине педијатар, гинеколог, психолог и остали стручњаци према потребама и могућностима локалне заједнице, а млади су ангажовани као вршњачки едукатори, који помажу да се њиховим вршњацима пренесу релевантна знања о сексуалном и репродуктивном здрављу и информације о саветовалишту за младе. Наиме, здравствено-васпитни рад радионичарског типа о различитим темама значајним за развој здраве и задовољавајуће сексуалности и заштиту репродуктивног здравља представља значај аспект рада саветовалишта за младе. Такође, стручњаци који раде у саветовалишту помажу младима да донесу промишљене одлуке у вези са сексуалном активношћу, пружају савете како да користе контрацепцију и превенирају полно преносиве инфекције. Са реформом здравственог система и увођењем концепта изабраног лекара, саветовалишта за младе су суочена са немогућношћу евидентирања пружених здравствених услуга, што свакако представља озбиљан изазов за рад стручног тима и опстанак саветовалишта.

### Литература

- Avery, L., Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13(1): 58-70.
- Haldre, K., Part, K., Ketting, E. (2012). Youth sexual health improvement in Estonia, 1990-2009: the role of sexuality education and youth-friendly services. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 17(5): 351-62.
- Jaccard, J., Levitz, N. (2013). Counseling adolescents about contraception: towards the development of an evidence-based protocol for contraceptive counselors. *J Adolesc Health* 52: S6-S13.
- Kapor-Stanulović N., Kapamadžija A. (2000). Follow-up studija o znanju i ponašanju mladih u regulaciji fertiliteta (1964-1980-2000). *Socijalna misao* 3-4: 149-154.
- Kirby, D.B., Laris, B.A., Rolleri, L.A. (2007). Sex and HIV Education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adol Health* 40: 206-17.
- Loeber, O., Reuter, S., Apter, D., van der Doef, S., Lazdane, G., Pinter, B. (2010). Aspects of sexuality education in Europe – definitions, differences and developments. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15: 169-176.
- Pinter, B., Verdenik, I., Grebenc, M., Ceh, F. (2009). Sexual activity and contraceptive use among secondary-school students in Slovenia. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 14: 127-33.
- Rašević, M., Sedlecki, K. (2006). Adolescentna trudnoća. U M. Banićević (ur.), *Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih* (str. 195-231). Washington: USAID.
- Sedlecki, K. (2001). Ponašanje i stavovi adolescenata relevantni za reproduktivno zdravlje. *Stanovništvo* 39(1-4): 91-117.
- Sedlecky, K., Rasević, M., Topić, V. (2011). Family planning in Serbia – the perspective of Belgrade's university female students. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 16: 469-79.
- Underhill, K., Montgomery, P., Operario, D. (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: Systematic review. *BMJ* 335:248-59.
- Институт за јавно здравље Србије (2014). *Резултати истраживања здравственог стања становништва Србије, 2013. година*. Београд: ИЗЈЗС.
- Рашевић, М., Седлеци, К. (2013). Сексуално и репродуктивно здравље корисница интернета у Србији. *Српски архив за целокупно лекарство* 141(9): 654-659.
- Седлеки, К. (2006). Значај заштите репродуктивног здравља адолесцената за ублажавање проблема недовољног рађања. У В. Шуловић В., Т. Вејновић (ур.), *Како зауставити белу кугу у Србији* (стр. 31-40). Београд: Српска академија наука и уметности, Гинеколошко акушерска секција Српског лекарског друштва.

Др Мирјана Рашевић и др Катарина Седлеци