

Биљана Станковић
Институт друштвених наука
Београд

UDK: 314.17
Оригиналан научни рад
Примљен: 11. 8. 2007.

СОЦИЈАЛНИ УТИЦАЈИ И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ АДОЛЕСЦЕНАТА*

Репродуктивно здравље представља стање комплетног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабости, и односи се на репродуктивне процесе, функције и системе. Адолесценти, млади људи узраста од десет до деветнаест година, тек треба да остваре своју репродуктивну функцију, те је њихово репродуктивно здравље и понашање, и са индивидуалног и са друштвеног становишта, веома значајно. Ризично понашање, које представља главни узрок болести од којих млади данас најчешће оболевају, у области сексуалности често доводи до непланираних трудноћа и абортуса, као и оболевања од сексуално преносивих инфекција. На смањење њихове распрострањености може се утицати превенцијом. Промоција репродуктивног здравља, као део опште промоције здравља, подразумева и социјално окружење које подржава здраве стилове понашања. Пре свега, породица, вршњаци, школски и здравствени систем, мас медији, не занемарујући ни важност економске, социјалне и политичке сигурности у друштву, политичких и правних решења, као и деловање невладиних, религијских и других организација. Њихово деловање, у сложеном међудејству, посредно и непосредно утиче на понашање младих и детерминише одлуке које они доносе а тичу се репродуктивног здравља.

Кључне речи: репродуктивно здравље, адолесценти, социјално окружење

Репродуктивно здравље представља стање комплетног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабости, и односи се на репродуктивне процесе, функције и системе у свим животним добима. Према овој дефиницији Светске здравствене организације (СЗО), прихваћеној на Међународној конференцији о становништву у Каиру 1994. године, појмом репродуктивно здравље обухваћене су области сексуалног здравља (одговоран, задовољавајући и безбедан сексуални живот), репродуктивне слободе (приступ информацијама, методама и сервисима) и безбедно материнство (безбедна трудноћа, порођај и здраво потомство) (WHO, 2001).

Адолесценти, према дефиницији СЗО млади људи узраста од десет до деветнаест година, тек треба да остваре своју репродуктивну функцију, те је њихово репродуктивно здравље и понашање, и са индивидуалног и са дру-

* Чланак представља резултат рада на пројекту “Демографске претпоставке и перспективе развоја становништва Србије у условима савремених социокономских процеса”, број 149035 (2006-2010), чију реализацију финансира Министарство науке и животне средине Републике Србије.

штвеног становишта, веома значајно. Адолесценција представља период брзог физичког раста и развоја, као и интензивног когнитивног, емоционалног и социјалног развоја. Међу важним задацима са којима се, одрастајући, адолесценти суочавају, налази се и остваривање сексуалног идентитета, прихватање сопствене сексуалности, доношење важних одлука, као што је она да ли постати сексуално активан, када то учинити, са ким, како се одупрети притисцима нежељеног секса. Када се о сексуалности младих говори и пише, нагласак се често ставља на ризике које са собом сексуална активност може да носи. У великој мери, то је условљено чињеницом да је ризично понашање међу младима у порасту. Адолесценти, којима је и иначе својствена тежња ка испробавањем новог и експериментисању, у савременом друштву су у великој мери изложени утицајима и изазовима који са собом носе ризик. Ризично понашање заправо представља главни узрок болести од којих адолесценти данас најчешће оболевају. Поремећаји репродуктивног здравља, ментални поремећаји и повреде које не угрожавају живот водећи су узроци тзв. новог морбидитета младих. У области сексуалности, ризично понашање често доводи до непланираних трудноћа и абортуса, као и оболевања од сексуално преносивих инфекција.

Половина свих предбрачних трудноћа настане у првих шест месеци, а чак свака пета трудноћа у првом месецу сексуалне активности (Santelli, Beilenson, 1992). Ово не изненађује, јер, како је низ светских студија показао, контрацепција се најмање користи управо на почетку сексуалне активности. Рађање у адолесценцији носи са собом ризик по здравље мајке и детета, честе су компликације у вези са трудноћом, рађање беба ниске телесне масе, склоност инфекцијама у раном узрасту. Подизање детета отежава а често и скраћује школовање младе мајке, а родитељске одговорности јој неретко умањују могућност да начине добре животне изборе, што важи и за младе очеве (Седлецки и др. 2000, WHO, 1998). Како је већина, преко 90% трудноћа код адолесцената непланирана и нежељена, у више од пола случајева завршава се намерним прекидом (Felice et al., 1999, према Седлецки, 2002). Услед недовршеног психофизичког развоја, намерни прекид трудноће у адолесценцији представља веома непријатно искуство за младе девојке, а може да доведе и до компликација после абортуса, пораста спонтаних абортуса и превремених порођаја у каснијим, жељеним трудноћама, па и до секундарног стерилитета, немогућности остваривања материнства.

Значајан пораст полно преносивих инфекција такође представља последицу ризичног понашања младих у области сексуалности. Полно преносиве инфекције, а нарочито инфекције гениталног система настале у адолесценцији, могу имати неповољан утицај на здравље у каснијим годинама живота, и, ако се не лече, често доводе до запаљенских обољења у малој карлици, стерилитета и ектопичних трудноћа, а могу да повећају и ризик за настанак малигних неоплазми репродуктивних органа. Према подацима СЗО, 70% од укупног броја оболелих од полно-преносивих инфекција у свету и 50% особа

инфицираних ХИВ-ом је узраста до 24 године живота (Седлецки, 2002). Ризик обољевања од полно преносивих инфекција међу адолесцентима зависи од биолошких, бихејвиоралних, психолошких, социјалних и институционалних фактора (Yarber, Parillo, 1992). Према мишљењу истраживача, главни фактори који утичу на пораст броја полно преносивих инфекција међу младим људима у земљама у транзицији су ниска свест о потреби чувања репродуктивног здравља, недостатак знања о безбедном сексу и ширење проституције, уз нарушену породичну стабилност и ослабљен родитељски надзор услед угрожености економским тешкоћама и растућим социјалним стресом (Unicef, 1997). Инциденција полно преносивих инфекција је у протеклој деценији драматично порасла у великом делу централне и источне Европе. Полно преносиве инфекције су озбиљан проблем нарочито међу адолесцентима, где су стопе инфекције више него у општој популацији. Иако се скоро 90% нових случајева сиде у европском региону још увек бележи у западној Европи, у источној Европи годишњи број новоинфицираних драматично расте од 1995. године (WHO, 2001).

Злоупотреба дувана, алкохола и психоактивних супстанци, која је такође у порасту међу адолесцентима, има неповољан утицај на њихово психофизичко здравље, а изазивајући краткорочне и дугорочне последице, непосредно и посредно угрожава и репродуктивно здравље.

Ипак, како су сви ови поремећаји здравља младих условљени пре свега њиховим ризичним понашањем, на смањење распрострањености може се утицати превенцијом. Биолошке и психолошке особине младих у великој мери утичу и на стање њиховог репродуктивног здравља. Одговарајући ниво физичке зрелости, као и развијеност социјалних вештина, јасан вредносни систем, самопоштовање, поседовање релевантних знања и информација представљају предуслов доношења позитивних одлука у вези са здрављем и развојем. На особине, ставове и вредности адолесцената, а тиме и на њихова понашања, велики утицај имају и фактори окружења у коме живе. И то ближег окружења, које чине породица, вршњаци, непосредна средина у којој се развијају, али и ширег, школског и здравственог система, мас медија, све до економске, социјалне и политичке сигурности у друштву, не занемарујући ни важност политичких и правних решења, као и деловање невладиних, религијских и других организација. Сви ови фактори, у сложеном међудејству, посредно и непосредно утичу на понашање младих и детерминишу одлуке које они доносе. Вредностима које преносе, моделима понашања, знањима и вештинама којима уче, информацијама које пружају, подстицајима које дају, социјални утицаји имају важну улогу у оспособљавању младих за одговорно понашање у свим областима живота, па и у оној осетљивој и важној која се тиче репродуктивног здравља.

Породица

Родитељима припада значајна улога у преношењу знања везаних за сексуалност, а добра комуникација родитељ-дете може да помогне младима у доношењу исправних сексуалних одлука. Од родитељских утицаја у знатној мери зависи самопоуздање са којим млада особа улази у односе са партнером, вештина комуникације коју поседује, њен ниво самопоштовања, одговорност према сопственом животу и здрављу и место локус контроле, доживљавање сопствене сексуалности, али и ниво знања у вези са сексуалношћу који поседује. Млади најчешће имају поверење у поузданост информација које добијају од својих родитеља. Тако је истраживање на репрезентативном узорку америчких адолесцената показало да се међу различитим изворима из којих добијају информације у вези са здрављем мајка налази на првом месту, она је прва особа којој би се обратили млади оба пола. Девојке би се, затим, обратиле другарици, а потом лекару или медицинској сестри. Младићи, међутим, после мајке дају предност медицинском особљу и оцу. Мајка је, такође, особа од које би најпре потражили савет млади оба пола свих узраста, а са повећањем узраста се овај проценат смањује, а повећава учешће оних који би се обратили другу, односно другарици. Са широке листе извора информација о здрављу које би били спремни да користе, млади су најчешће бирали своје родитеље. Лекар или медицинска сестра су други по редоследу избора више од половине младих. Ипак, чак половина испитиваних адолесценткиња осећала би се веома збуњено, уплашено или непријатно у разговору са здравственим радником о темама везаним за сексуалност, телесне промене, менструацију, а свака четврта у вези са трудноћом и полно преносивим инфекцијама. Младићи су у знатно мањем проценту изразили ова осећања, али су она у основи иста. Код адолесцената нижег узраста, у поређењу са старијим, ова осећања непријатности су наглашенија. У вези са избором других извора информација постоје статистички значајне разлике по полу – девојке би чешће него младићи стицале знање на здравствено образовним курсевима, из часописа и од осталих одраслих, док би у поређењу с девојкама више младића користило информације из новина, са интернета и бесплатних телефона. Међу младима који не знају где би потражили информације знатно је више младића него девојака (Hollander, 2002).

Родитељи, међутим, често не поседују знања и вештине за разговор са децом о темама везаним за секс, нежељену трудноћу и полно преносиве инфекције. То је показало и истраживање спроведено у Филадельфији на великом узорку младих узраста 14 до 17 година и њихових мајки. Из изјава мајки се види да су најчешће тешкоће и препреке за разговор о овим темама њихова бојазан да би деца могла да се осећају непријатно, али и да поставе питања на која оне не би знале одговор. Мајке су такође стрепеле да би њихово дете то могло да доживи као љубопитљивост, да их не схвати озбиљно и да не би

било довољно искрено. Деца, пак, најчешће изјављују да за разговор о овим темама са мајком препреку представља осећање нелагодности, могућност да мајка постане сумњичава и да поставља превише личних питања, а многи мисле и да већ поседују довољно знања у вези са темом. Занимљиво је да се одговори мајки и деце на питање да ли су о темама везаним за сексуалност разговарали не подударaju – 90% мајки и само две трећине младих је дало потврдан одговор (Hollander, 2000).

Нека истраживања су показала да разговори између родитеља и адолесцената о сексуалности и сексуалним ризицима повећавају вероватноћу да ће млади са својим партнерима разговарати о томе и у већој мери користити кондом само уколико су родитељи отворени, не осећају се непријатно и поседују вештину за разговор о овим темама. Односно, да утицај разговора родитељ-адолесцент о сексуалности и сексуалним ризицима зависи не само од тога шта родитељ говори, већ и од тога на који начин то чини (Whitaker et al., 1999). Такође, да би се смањила учесталост ризичног понашања, није важно само колико, већ и када родитељи са својим адолесцентима разговарају о тим темама. Правовремена дискусија како оца тако и мајке са својим адолесцентима повезана је са каснијим започињањем сексуалне активности и мањим бројем сексуалних партнера. Правовремена дискусија на релацији мајка-адолесцент повезана је и са већим коришћењем контрацепције, а на релацији отац-адолесцент повећава вероватноћу започињања сексуалне активности у каснијем узрасту, без обзира на обим ове комуникације (Clawson, Reese-Weber, 2003).

Велики број радова посвећен је проучавању родитељских утицаја на време започињања сексуалне активности њихове деце. Једно од њих, Национална лонгитудинална студија адолесцентног здравља на репрезентативном узорку четрнаестогодишњих и петнаестогодишњих ученика, показало је да америчке мајке испољавају већи утицај на време започињања сексуалне активности својих ћерки него синова. Аутори сматрају да оне то постижу тиме што одлучно показују да не одобравају сексуалну активност своје ћерке, негују узајамно блиске односе и одржавају контакте са родитељима пријатеља своје ћерке. Такође претпостављају да су вербалне и невербалне поруке које мајке шаљу својим синовима мање јасне од оних које шаљу својим ћеркама. У том смислу наглашавају да родитељи треба да буду „начисто“ са својим ставовима, а затим да их јасно изнесу својој деци. Иако мајке са својим ћеркама чешће разговарају о темама везаним за сексуалност него мајке које имају синове, оне су извештавале о већој нелагодности током разговора о сексу него мајке које имају синове. Са друге стране, мајке су својим синовима много чешће него ћеркама препоручивале да користе одређену врсту контрацепције (Remez, 2003). Да је веома битно радити на унапређењу знања и ставова адолесцената оба пола, подстицању и охрабривању младића за одговорно понашање везано за репродуктивно здравље говоре и занимљиви резултати неких истраживања која су показала да младићи много ређе него

девојке сматрају да могу да се одупру притиску партнера и одбију нежељени сексуални однос (Zimmerman, 1998).

Истраживање спроведено у Детроиту, на великом узорку осамнаестогодишњака и њихових мајки, показало је да утицај ставова мајке у вези са предбрачном сексуалном активношћу на ставове и понашања њихове деце зависи од блискости њиховог узајамног односа. Ставови и понашања деце су били сличнији ставовима мајки код оне деце која су била блискија са својим мајкама него оне која су са својим мајкама била мање блиска. Закључак је био да однос мајка-дете сам по себи не одређује вредности и стандарде понашања деце, већ олакшава или отежава преношење родитељских вредности и стандарда на дете (Weinstein, Thornton, 1989).

Када је родитељски надзор над активностима и понашањем деце ван куће био присутан, адолесценти су у мањој мери испољавали ставове, лична уверења и процене понашања вршњака који указују на одлучнију намеру о започињању сексуалне активности, него онда када овај надзор није био присутан (Sieverding et al. 2005). И подаци лонгитудиналне студије спроведене међу шкотским адолесцентима су показали да је недовољан родитељски надзор био повезан са ранијим започињањем сексуалне активности младих оба пола, а код девојака и са већим бројем партнера и ређим коришћењем кондома (Wight et al., 2006).

И истраживање спроведено међу америчким средњошколцима црне расе из претежно сиромашних породица је показало да млади који више времена проводе без надзора одраслих испољавају виши ниво сексуалне активности укључујући и ризична понашања. Аутори сматрају да повећан надзор, и то не само родитеља и осталих чланова породице и пријатеља, већ и покривеност школским и другим програмима у локалној заједници може да има позитиван утицај, посебно када је реч о дечацима (Hollander, 2003). На анализи података поменуте Америчке националне лонгитудиналне студије адолесцентног здравља засновано је и једно од истраживања посвећених проучавању удруженог деловања родитељских утицаја и карактеристика окружења у коме млада особа станује, као фактора заштите или ризика за започињање сексуалне активности у раном узрасту. Анализа је показала да се веза између понашања родитеља и вероватноће раног започињања сексуалне активности разликује у зависности од особина окружења у коме станују. Тако су родитељска правила о понашању адолесцента ван куће, као што је на пример избор особа за дружење, имала различите ефекте у зависности од тога да ли је окружење у коме живе нижег или вишег социоекономског статуса. У социоекономско неповољнијем окружењу, родитељска правила била су повезана са мањом, а у повољнијем окружењу са већом вероватноћом ране сексуалне активности младих. У социоекономско повољнијем окружењу је вероватноћа да адолесценти чији су родитељи поставили чврста правила о понашању ван куће постану сексуално активни била иста као код њихових вршњака чији су родитељи одредили малобројнија правила понашања уопште. Аутори претпостав-

љају да појачана родитељска контрола у вези са дружењем са вршњацима представља одговарајуће понашање онда када су адолесценти суочени са већим ризицима у окружењу у коме живе, али да то, међутим, у повољнијој средини адолесценти могу да схвате као непотребну рестрикцију па и да раније започну сексуалну активност. Свој став поткрепљују и истраживањима спроведеним у другим културним срединама, која су показала да се родитељски ауторитет различито доживљава у зависности од социоекономског статуса породице, а да су на родитељске рестрикције нарочито осетљиви адолесценти млађег узраста из средина вишег социоекономског статуса. Аутори такође закључују да дружење и присност родитеља са родитељима другова своје деце имају утицај на смањење вероватноће ступања адолесцената у ране сексуалне односе само у средини са бољим финансијским, образовним и имовним карактеристикама, али не и у социоекономско неповољној средини (Roche et al, 2005).

Међу бројним радовима који су проучавали дејства породичних фактора на започињање сексуалне активности младих има и оних посвећених специфичним утицајима браће и сестара. Једно од њих се бавило утицајем узраста започињања сексуалне активности старије сестре или брата на започињање сексуалне активности млађег, и спроведено је на узорку од око 2000 парова браће и сестара обухваћених Америчком националном лонгитудиналном студијом. Резултати су показали да постоји статистички значајна директна веза између узраста започињања сексуалне активности старије и млађе браће и сестара код младих беле, али не и црне расе. Ови истраживачи, ипак, сматрају да је утицај браће и сестара мање значајан од неких других породичних фактора, као што су присуство оба родитеља или редовно посећивање цркве (Haugin, Mott, 1990). Нека друга истраживања су показала да у поређењу са старијим, млађа браћа и сестре обично раније започињу сексуалну активност, као и да адолесценти који имају сестру која је трудна или је већ постала мајка често имају више сексуалног искуства него остали, као и да чешће и сами постају родитељи у адолесцентном узрасту (Konreich et al., 2003).

Вршњаци

Истраживања о утицају другова и вршњака на репродуктивно здравље адолесцената показују да дружење са сексуално активним вршњацима, онима који користе алкохол и психоактивне супстанце, који немају велике образовне аспирације, имају неповољно дејство на сексуално понашање у смислу ризика да се са сексуалном активношћу започну раније, као и да мање користе средства контрацепције (Manlove et al., 2001). Такође, из истраживања се види да адолесценти који сматрају да њихови вршњаци не користе кондом, или да имају отпор према његовом коришћењу, и сами га мање користе. При том, представе о ставовима вршњака у вези са коришћењем кондома имају већи утицај на сексуално понашање оних адолесцената који са својим роди-

тељима нису разговарали о започињању сексуалне активности или коришћењу кондома (Whitaker, Miller, 2000). Међу адолесцентима који мисле да њихови вршњаци користе или подржавају коришћење кондома више је оних који користе кондом. Ризична понашања везана за полно преносиве инфекције међу адолесцентима обухваћеним овим истраживањем била су значајно повезана са блискошћу са вршњацима и представама о вршњачким нормама (Boyer et al., 1999). Адолесценти који сматрају да је већина њихових вршњака сексуално активна више него двоструко чешће су изјављивали да имају озбиљну намеру да у наредној години започну са сексуалном активношћу (Kinsman et al., 1998).

Лонгитудинална студија спроведена међу средњошколском градском популацијом Северне Калифорније је показала да адолесценти који су извештавали да имају већи број пријатеља који одобравају рану сексуалну активност младих чешће имају сексуално искуство (Marin et al., 2000). Слично, вероватноћа да је девојка сексуално активна већа је ако она има најбољу пријатељицу која је сексуално активна (Lock & Vincent, 1995, према Manlove et al., 2001), а међу младићима дружење с пријатељима који имају сексуално искуство повећава вероватноћу остваривања првог сексуалног односа у нижем узрасту (Miller, Norton, et al., 1997, према Manlove et al., 2001). Млади који имају сексуално искуство и који извештавају о већем броју сексуалних партнера, најчешће имају и већи проценат сексуално активних пријатеља (Whitaker, Miller, 2000). Млади који имају више сексуално активних пријатеља вероватно ће и сами раније започети сексуалну активност, нарочито они који верују да ће на тај начин стећи поштовање својих пријатеља (Sieving et al., 2006)

У вези са утицајима вршњака на започињање сексуалне активности, нарочито када је реч о младићима, занимљиви су и резултати великог трансверзалног анкетног истраживања обављеног међу средњошколцима у Минесоти. Ученици који нису започели сексуалну активност, као и они који су имали сексуалне односе па затим одлучили да апстинирају од секса, наводили су сличне разлоге којима су њихове одлуке биле руковођене. Најчешћи су страх од негативних последица попут трудноће или сексуално преносивих инфекција, као и лична уверења о томе колико је секс прикладан за адолесцентни узраст. Младићи без сексуалног искуства чешће него девојке међу разлозима за своју одлуку наводили су и уверење да већина њихових вршњака то не чини. У групи старијег узраста, младићи који имају сексуално искуство али су затим одлучили да апстинирају, чешће него девојке су наводили да су их у школи учили предностима одлагања сексуалне активности, као и то да сматрају да већина ученика у њиховој школи као и већина њихових другова нема сексуалног искуства (Tamkins, 2004).

Једна од америчких студија на националном нивоу спроведена међу адолесцентима школског узраста показала је да на започињање сексуалне активности међу адолесценткињама већи утицај имају карактеристике њених

блиских пријатеља и веће групе вршњака, него карактеристике њене најбоље пријатељице. Такође, вероватноћа да су започели са сексуалном активношћу мања је код адолесцената који не припадају вршњачкој групи. А девојке које уживају већу популарност у школи, и које имају старије пријатеље вероватно ће раније него остале започети са сексуалном активношћу (Bearman & Bruckner, 1999, према Manlove et al., 2001). Адолесценти који осећају снажну повезаност са својим вршњацима чешће имају сексуално искуство и у већем су ризику да оболе од полно преносивих инфекција (Boyer et al., 1999). На другој страни, велика лонгитудинална студија је показала да је код адолесцената који су извештавали о већем степену везаности с породицом, пријатељима, школом и заједницом била мања вероватноћа да су у последњем месецу имали сексуални однос (McBride et al., 1995, према Manlove et al., 2001). Једно од запажања је и да се добра комуникација на релацији родитељ-дете не одражава позитивно само на индивидуално искуство. Наиме, здравија, одговорнија репродуктивна понашања показују млади чији пријатељи имају блиске односе са својим родитељима (Manlove et al., 2001).

Школа

Бројна страна истраживања су показала и повезаност различитих аспеката школског контекста са сексуалним понашањем, трудноћом и рађањем у адолесценцији. Похађање школе религиозног типа, затим оне у којој нису у великом броју заступљени млади из неповољног окружења, процена ученика да у њиховој школи није присутно насиље, чине факторе мањег ризика за рано започињање сексуалне активности и мање вероватноће непланираних трудноћа међу адолесцентима (Manlove et al., 2001).

Најважније, школа поседује јединствену могућност да великом броју младих омогући стицање знања и вештина везаних за сексуалност и репродуктивно здравље. Током детињства и младости учење и образовање је интензивно. Омогућава развој физичких и когнитивних вештина, стицање знања и обликовање вредности, ставова и уверења. Истраживања спроведена у Америци и Западној Европи су показала да едукација доприноси одлагању првог сексуалног односа, а не повећању сексуалне активности младих, као што се у неким круговима сматра, а развијањем свести о потреби коришћења заштите од нежељене трудноће и полно преносивих инфекција, код оних који су сексуално активни, утиче и на веће коришћење заштите (Unicef, 1999). Закључак је, такође, да сексуално образовање постиже највећи ефекат када га млада особа стекне пре него што постане сексуално активна.

Кирби је анализирао карактеристике програма усмерених на смањење ризичних сексуалних понашања међу адолесцентима која могу довести до нежељене трудноће или оболевања од полно преносиве инфекције, примењиваних у Америци и Канади. Издвојио је десет заједничких карактеристика програма који су се показали као ефективни:

1. усмерени су на смањење сексуалних понашања која могу довести до нежељене трудноће или оболевања од полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ

2. базирани су на теоријским приступима за које је потврђено да имају утицаја на различита понашања у вези са здрављем и идентификују важне специфичне циљеве на које у вези са сексуалношћу треба деловати

3. пружају и доследно оснажују јасне поруке о апстиненцији и/или коришћењу кондома и других облика контрацепције. Чини се да је то једна од најважнијих карактеристика која разликује ефективне од неефективних програма

4. пружају основне, валидне информације о ризицима сексуалне активности у адолесценцији и начинима избегавања ризичних сексуалних односа или примени метода заштите од трудноће и полно преносивих инфекција

5. садрже активности усмерене на социјалне притиске који утичу на сексуално понашање

6. садрже вежбе за унапређење вештине комуникације, преговарања и одбијања

7. примењују активне методе учења

8. имају циљеве, методе и материјале који одговарају узрасту, сексуалном искуству и култури младих учесника

9. временски трају довољно дуго

10. наставници и вршњачки едукатори верују у програм и поседују адекватну обуку (Kirby, 2001).

На значају све више добијају едукативни програми који користе предности „позитивних вршњачких притисака“, вршњачка едукација. Обично се дефинише као процес и стратегија, канал комуникације и средство. Спроводи се у школском, унивезитетском, клупском, радном, црквеном, уличном и сваком другом окружењу у коме се млади људи окупљају. Најчешће се описује као процес којим добро увежбани и мотивисани млади људи спроводе неформалне или организоване едукативне активности са својим вршњацима, односно онима који су им слични по узрасту, претходном искуству и интересовањима. Циљ им је да развију знања, ставове, веровања и вештине потребне младима да би могли да се здраво понашају. Ови програми такође имају све већу улогу у заступању и промотивној подршци правима младих на научно засноване информације о репродуктивном здрављу, а где је потребно и приступу “youth friendly” сервисима за младе. Вршњачка комуникација се често користи зато што се сматра да је то једноставан и одговарајући начин да млади својим волонтерским радом пруже информације великом броју својих

вршњака. Овај начин едукације, међутим, захтева интензивно планирање, координацију, супервизију и средства. Да би били ефективни, програмима вршњачке едукације је потребна и подршка ослонаца из окружења – родитеља, наставника, здравствених радника и других (Adamchak, 2006).

Нека од истраживања на ту тему, спроведена у Великој Британији показала су да задовољство сексуалном едукацијом и осећање да је знање стечено делимично зависи и од тога како и од кога су те информације добили. Значајно већи проценат адолесцената којима су знање о сексуалности преносили вршњачки едукатори изјавио је да је ова едукација променила њихов поглед на сексуална питања, у односу на оне које су са овим темама упознавали наставници (Rosenberg, 2003).

Медији

Масовни медији-телевизија, интернет, новине и часописи, филмска и музичка продукција, представљају важне изворе из којих млади стичу знања о сексуалности. Ипак, чини се да настојања медија да заинтересују и привуку публику знатно умањују њихов могући допринос промоцији здравог сексуалног понашања.

Истраживања су показала да међу многобројним темама у вези са сексуалношћу које приказују телевизија и други амерички медији има мало оних које се односе на методе спречавања нежељене трудноће, развијање личне одговорности, самоконтроле и сличне. Млади, међутим, показују тенденцију да са више поверења прихватају приказивање сексуалности на начин како то чини телевизија него како то чине њихови родитељи. Ипак, тек сваки четврти адолесцент је информацију о контроли рађања добио из медија, а сваки други од својих родитеља. Многе студије су показале да људи који много гледају телевизију имају погрешна уверења о криминалном насиљу, коришћењу контрацепције, сексуалном односу. У биоскоп се одлази ређе, али је секс у филмовима експлицитнији него на телевизији, а и у часописима је начин приказивања сексуалних тема сличан као на телевизији и у биоскопу (Strasburger, 1989).

Преглед студија разних аутора које се баве садржајима у вези са сексуалношћу у телевизијски програмима и рекламама, показао је да се њихово присуство константно повећава. Још средином деведесетих просечан амерички адолесцент у току једне године на телевизији је видео између 1900 и 2400 садржаја који се односе на теме у вези са сексуалношћу. Сексуална привлачност се у великој мери у рекламама користи у циљу веће продаје производа, а рекламе су много експлицитније него раније. Да телевизија има моћан утицај на уверења адолесцената о сексуалности, нарочито на ставове у вези са верношћу у браку и брачном стабилношћу, као и женском сексуалношћу показао је и изванредан број студија-адолесценти који већину информација о сексу добијају са телевизије имају више стандарде женске лепоте и верују да

је идеја о сексу пре брака као и ванбрачном сексу са једним или више партнера сасвим прихватљива (Brown et al., 1990).

Претпоставља се да ће до 2010. године већина америчких породица са децом имати приступ интернету. Интернет је драматично повећао доступност сексуално експлицитног садржаја. „Секс“ је и најчешће коришћена реч у интернет претраживањима. На репродуктивно здравље интернет може имати и позитивне и негативне ефекте. Према подацима националног истраживања међу младима узраста 10-17 година који редовно користе интернет, сваки четврти је известио да се у претходној години сусрео са порнографским садржајима иако то није тражио, а сваки пети био изложен нежељеним сексуалним понудама и предлозима. На другој страни, бројни сајтови промовишу здраво сексуално понашање и пружају младим људима савете везане за побољшање вештина комуникације као и методе заштите репродуктивног здравља (Brown, 2002).

Адолесцентима се често упућују двоструке поруке у вези са сексуалношћу. То је случај и са медијима у Америци. Уобичајено, у позитивном светлу приказују младе, слободне људе који се упуштају у случајан секс, без осећања према партнеру, не користећи контрацепцију, и све то без последица. Анализе показују да просечан адолесцент у САД годишње види и чује 14000 садржаја, шала и „инсинуација“ у вези са сексуалношћу. Ипак, само једна од осамдесет пет оваквих референци односи се на апстиненцију, контрацепцију или брак, некад чак у негативном светлу. На другој страни, национална кампања за превенцију адолесцентних трудноћа шаље медијске поруке младима да до склапања брака сачекају са започињањем сексуалне активности (Berne, Huberman, 1999).

У Холандији, пак, кампање мас медија и широке едукативне кампање у које се веома много улаже, одиграле су позитивну и директну улогу у рушењу друштвених табуа у вези са дискусијом о безбедном сексуалном понашању. Званичници у Холандији верују да кампање мас медија имају важне предности у односу на друге стратегије јер:

- тему сексуалног здравља стално одржавају на „дневном реду“
- редукују стигму ојачавајући друштвену одговорност за здравствене проблеме
- учествују у едукацији младих подстичући дискусију и оснажујући поруке
- доспевају до високо ризичних група које иначе нису доступне преко традиционалних канала
- охрабрују посреднике (наставнике и друге који раде са младима, фармацеуте) да усмере пажњу на безбедније сексуално понашање
- подстичу организације да обезбеде обуку и едукацију „посредницима“ .

Евалуација ефективности ових кампања намењених безбедном сексуалном понашању у десетогодишњем периоду је показала вишеструк пораст коришћења кондома, повећања знања и промене ставова у односу на заштиту

од полно преносивих инфекција и знатно смањење процента особа које са новим партнером тешко отварају дискусију о коришћењу кондома (Berne, Huberman, 1999).

Да гледање телевизијског програма који обилује сексуалним садржајима може да убрза започињање сексуалне активности адолесцената показало је и велико национално лонгитудинално истраживање међу америчким адолесцентима узраста 12-17 година. Аутори стога закључују да би редуковање количине сексуалних садржаја у забавним програмима, као и мање излагање адолесцената оваквим садржајима, повећање броја и стављање нагласка на теме које говоре и о могућим негативним последицама сексуалне активности, могли да допринесу одлагању започињања сексуалне активности младих. Такође сматрају да би и родитељи могли да смање негативне ефекте сексуалних садржаја тако што би са својим адолесцентима гледали телевизију и са њима дискутовали о уверењима везаним за секс и понашањима која су видели на екрану. Педијатрима приписују значајну улогу у охрабривању родитеља за овакве породичне дискусије (Collins et al., 2004).

Како су медији важан преносник знања везаног са сексуалност, а биће то и у будућности, неопходно је подстицати их да то чине на такав начин који води здравом понашању, и да стварају, промовишу и чине доступним изворе који пружају адекватне информације о сексуалности. Ипак, не очекујући да ће медији, укључујући интернет, у блиској будућности направити значајан преокрет у овом правцу, неке земље су, попут Канаде и Аустралије, као и неких америчких држава, увеле образовање за медије као обавезно током школовања. Тиме настоје да помогну младима да се снађу у обиљу информација, појмова и слика, да науче како медији функционишу, и који су могући ефекти излагања њиховом дејству, како би се смањили њихови негативни утицаји. Нагласак је на оспособљавању младих за тумачење и сналажење у стварању претпоставки за безбедно понашање које води сексуалном здрављу, упркос ономе што у реалности већина медија учи (Brown, Keller, 2000).

Анализе, ипак, показују да медији имају могућност да помере културне норме према здравијем погледу на сексуалност. Да би биле успешне у промоцији здравља, медијске кампање треба да:

- спроводе истраживања како би се дефинисали циљеви кампање, одабрале циљне групе, идентификовали медијски канали и одредила стратегија кампање
- осмисле поруке тако да се обраћају широкој публици, користе добре изворе и разумљив речник
- обезбеде преношење порука користећи ефективне приступе (радио, билборди исл) као и вести и рекламе, новинске приче
- да се баве темама важним за креаторе политике, користећи то што масовне комуникације треба да поштују принцип актуелности
- комбинују медијске и стратегије из заједнице како би покренули програм активности у заједници; кампање за заштиту здравља могу да подстакну

циљну популацију да учествује у дирекним, као и програмима самопомоћи, активирају учеснике и волонтере, повећају доступност материјала и програма за самопомоћ, оснажују програме у заједници, школи итд.

– примењују моделе промене понашања, на почетку подизањем свести, затим повећањем знања и променама уверења, учењем нових вештина и постепеном променом понашања

– врше евалуацију, усмеравањем пажње на бројне медијске ефекте, промене понашања, али и прикупљањем података о другим индикаторима, пожељно користећи и контролне групе (Keller, Brown, 2002).

Здравствене установе

Постојање саветовалишта за младе представља важну претпоставку заштите њиховог репродуктивног здравља. Здравствене установе примерене младима (“Youth Friendly Services”) су одговарајући и свеобухватни сервиси који се баве физичким, социјалним и психолошким здрављем и развојним потребама адолесцената. У њима се поштују права адолесцената дефинисаних Конвенцијом о дечјим правима и другим релевантним документима, гарантује им приватност и поверљивост и промовише њихова аутономија. Процедуре треба да омогућавају laku и поверљиву регистрацију пацијената и вођење евиденције, кратко време чекања и консултације са пријављивањем или без њега. Треба да имају одговарајуће радно време и представљају сигурно и пријатно окружење на одговарајућој локацији. Неопходно је да су здравствени радници компетентни за области специфичне за адолесценцију и да обезбеђују здравствену промоцију, превенцију, третман и негу примерену пацијентима. Они треба да поседују интерперсоналне и комуникационе вештине, да су мотивисани за рад са адолесцентима, љубазни, да уливају поверење. Да третирају све клијенте са подједнаком пажњом и поштовањем и посвећују им адекватно време. Информације, едукативни материјал и подршка које саветовалишта пружају треба да омогуће адолесцентима да слободно направе добре изборе у вези са својим здрављем. Неопходно је да у промовисање вредности здравствених сервиса буде укључена заједница, као и да се промовише и охрабри и родитељска подршка. Ефективни сервиси за адолесценте су вођени по протоколима базираним на евиденцији и водичима, имају опрему и потребан буџет, одржавају процес квалитетног унапређења, располажу одговарајућим информационом системом. Укључују адолесценте, тако да су они добро информисани о сервисима и својим правима, подстакнути да поштују права других, укључени у оцењивање и спровођење активности у установи. Сервиси би требало да су или бесплатни или са ценама приступачним адолесцентима (WHO, 2002).

Подаци једног истраживања из наше средине

Претходно разматране теме о социјалним утицајима на репродуктивно здравље младих биће допуњене релевантним подацима из истраживања из наше средине, посвећеног сексуалном понашању младих. Спроведено је 2002. године у Београду, на узорку од сто једанаест адолесценткиња које су са сексуалном активношћу почеле у узрасту од 16 година и раније, а које су се обратиле Саветовалишту за младе Републичког центра за планирање породице Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије.¹

Испитиване адолесценткиње живе у Београду, узраста су од четрнаест до двадесет година, а највише, скоро половину од укупног броја чине шеснаестогодишње и седамнаестогодишње девојке. Осим 3% незапослених и 4% запослених, све остале испитанице иду у школу или студирају. Средњошколке чине три четвртине од укупног броја, а међу њима је највише ученица другог разреда. Девојке похађају двадесет две различите средње школе, свака седма испитаница је ученица прве или друге године девет различитих факултета и две више школе, а међу испитиваним девојкама је и једна ученица осмог разреда основне школе. Половина ученица је у последњем разреду постигла врло добар, свака пета одличан, а остале добар успех. Највише њихових родитеља, око половине од укупног броја, има средњу стручну спрему, нешто мало мање вишу и високу, а само 3% очева и 4% мајки има завршену основну школу.

Већина, две трећине испитаница, живи у потпуној породици, док су родитељи сваке четврте девојке разведени, двома испитаницама је умрла мајка а четири су, услед смрти, остале без оца. Међусобни однос својих родитеља три петине испитаница је позитивно оценило, и то свака четврта као „веома добар”, а приближно свака трећа као „добар, углавном се слажу”, више од петине неутрално, као „ни добар ни лош”. И у групи од тридесет девојака чији су родитељи разведени, више од половине је однос међу родитељима оценило позитивно или неутрално. С изузетком три девојке, за све испитанице родитељи представљају значајне особе, и то за више од четири петине веома, а 16% прилично значајне. Велика већина девојака од својих родитеља добија подршку, блискост и топлину, и атмосферу у својој породици доживљава као топлу а родитеље као заинтересоване, подржавајуће и поуздане заштитнике. Ипак, и поред добре емоционалне климе која постоји у породицама већине испитаница, за теме у вези са сексуалношћу не постоји довољна отвореност. Тек сваки други родитељ зна да његова ћерка има сексуалне односе и некад о томе са њом разговара, чешће су то мајке. Нешто више од трећине девојака о томе не разговара са родитељима, али већина њих претпоставља да

¹ Анкета је рађена у оквиру магистарског рада Б. Станковић; „Демографски и социопсихолошки аспекти фертилитета адолесцената“, одбрањеног 2003. године на Економском факултету у Београду.

родитељи знају, иако имају пасиван однос и о томе се у кући не прича. Деветнаест девојака, пак, сматра да родитељи не знају за њихову сексуалну активност. Размишљајући о томе зашто је многим родитељима и деци тешко да отворено разговарају о сексу, девојке најчешће виде разлоге у тешкоћама родитеља да прихвате одрастање своје деце, и посебно њихову сексуалност.

„То је ипак корак више ка одрастању, а родитељи се тешко мире са тим да више нисмо деца.”

„Зато што родитељи углавном сматрају да им деца нису довољно зрела, и представљају им секс као неку ружну, безобразну радњу.”

Затим, многе девојке сматрају да је секс табу тема у нашој средини, која и код деце и код родитеља изазива осећање нелагодности и стида:

„Зато што је у нашем поднебљу секс још увек табу тема, посебно за родитеље, јер су одрасли у другом времену.”

„Зато што их је срамота. И једне и друге.”

Препреку представљају и генерацијске разлике и одрастање у различитим условима:

„Зато што су родитељи пуни предрасуда и неразумевања, а можда и страхова.”

„Мислим да су наши родитељи углавном традиционално васпитани, а да се друштво доста померило напред од њиховог доба адолесценције.”

Девојке мисле и да родитељи не знају како да са децом разговарају о сексу:

“Зато што не знају како да почну и када је време за први разговор”.

„Не знају начин на који да објасне деци.”

Није мали број ни испитаница које препреке виде у страховању младих да их родитељи неће разумети, можда ће их окривити, казнити:

„Зато што родитељи одмах помисле на најгоре – трудноћу. Родитељи то не одобравају.”

„Зато што се деца плаше шта ће родитељи рећи и да ли ће се наљутити.”

Неке од девојака мисле да отвореног разговора о сексу нема зато што између неких родитеља и деце не постоји довољно блискости, праве комуникације и слободе:

„Због недовољно отворене комуникације и разумевања. Родитељ треба први да почне разговор о томе, у раном детињству.”

„Постоје родитељи који са децом не разговарају ни о многим другим темама, нису блиски, па је секс нешто о чему не могу да разговарају, пошто не знају своје дете и не знају како да му приђу”.

Коначно, један мали број девојака сматра да је то сувише интимна тема да би се о њој могло разговарати са родитељима:

„Зато што не могу све да кажу, не могу да користе речи које користе са друговима. Није исто разговарати са родитељима и са друговима.”

„Зато што је то ствар интима. У реду је разговарати уопштено о томе са родитељима, на пример о контрацепцији, али не и о личним искуствима.“

Испитиване девојке, осим породичног живота, веома високо вреднују и пријатељство. С изузетком две, све су високо оцениле значај пријатељства, за четири петине девојака оно је „веома значајно“. Велика већина испитаница показује отвореност за социјалне контакте и нова пријатељства, и више од половине, по сопственој процени, лако успоставља контакте и нова пријатељства, а скоро 40% „углавном“. Три четвртине девојака има неколико блиских пријатеља, нешто мање од четвртине једног, и то најчешће веома блиског, а само две испитанице сматрају да немају ниједног. И своје слободно време оне најчешће проводе у друштву вршњака. Блискост и генерацијска сличност чине да је другарица најчешће, за скоро три четвртине испитаница, особа са којом може без устезања да говори о сексу. Другарице и другови су, такође, најчешће особе од којих девојке добијају информације о сексу, у 43% случајева, а 39% девојака би се, када би имале проблем везан за сексуалне односе, обратило другарици. Процењујући распрострањеност сексуалних односа, највећи број девојака свих узраста, преко четири петине, сматра да већина њихових другова и другарица има сексуалне односе. Међу девојкама које сматрају да већина њихових другова и другарица нема сексуалне односе највише је оних узраста од петнаест година.

Процењујући знање које млади имају о сексуалности, већина девојака, више од две трећине од укупног броја, сматра да оно није довољно. Сопствено знање су, међутим, боље оцениле, нешто више од половине девојака сматра га довољним. Међу изворима информација о сексуалности, девојке су најчешће наводиле блиске особе са којима девојке везује узрасна сличност – другарице и другове у 43% случајева, као и партнера, 32%. Следи штампа и ТВ у 33% случајева, а ређе родитељи, у 29%, школа 20%, гинеколог, 21%. Блискост и узрасна сличност чине да највише, три четвртине девојака без нелагодности о питањима у вези са сексом могу да разговарају са другарицом. Са партнером, који је најчешће такође вршњак, о темама везаним за сексуалност лако разговара две трећине девојака, а са гинекологом нешто мање од половине. Нешто више од четвртине девојака препознаје мајку као саговорника за разговор о овој теми, а сестру свака девета. Школски психолог је ретко навођен, као и отац, са којим само пет девојака може да разговара о сексуалности. Крајњу затвореност за теме у вези са сексом показују само две девојке, и оне о томе не могу ни са ким да разговарају. У вези с проблемом везаним за сексуалне односе, гинеколога као праву особу којој би се обратила препознала је већина, 55% девојака. Свака друга би се обратила партнеру, затим 39% другарици, а мајци тек свака четврта, сестри 7%, оцу три испитанице, психологу две, брату, тетци и најбољем другу по једна испитаница.

Када је реч о познавању средстава и метода контрацепције, девојке су најбоље знање показале када је реч о кондому. Од свих испитиваних девојака,

само две нису знале да наведу ниједну предност овог средства контрацепције. О контрацептивној пилули, међутим, знање девојака је знатно мање, 17% испитаница није знало да наведе њене предности. Девојке не познају метод плодних дана, ниједна од испитиваних девојака није знала да их тачно израчуна. Девојке не располажу ни довољним знањем о полно преносивим инфекцијама и заштити од њих. Најпознатија полно преносива инфекција за коју зна највише, скоро четири петине девојака, јесте сида. Свака друга девојка зна за гонореју, а нешто мање од половине за сифилис. За кондиломе зна свака седма, а друге инфекције, попут херпеса, хламидије и хуманог папилома вируса, девојке су ретко наводиле. Већина девојака, 92%, зна да кондом представља заштиту од полно преносивих инфекција, али тек свака шеста да је значајан и пажљив избор партнера. Три испитанице не познају ниједан начин заштите од полно преносивих инфекција.

Подаци о коришћењу контрацепције, који говоре о односу испитаница према здрављу и степену њиховог одговорног сексуалног понашања, показују да три петине девојака средства за контрацепцију користи увек, око једне трећине повремено и 6% никад. Међу девојкама које увек користе неки метод контрацепције, као и међу онима које је користе само повремено, најбројније су оне које користе кондом. Одлука девојака о томе да ли ће неко средство или метод контрацепције користити или не најчешће зависи од тога да ли је однос планиран или не, расположења, ситуације, места где се налазе, од тога да ли је однос са старим или новим партнером, од тога да ли је кондом при руци или не.

Седам девојака никад нису користиле контрацепцију и наводиле су објашњења попут ових:

У том тренутку нисам размишљала ни о чему."

„Зато што нисам знала како да му кажем, а вероватно и он није желео да користи."

„Нисам имала прилике да се посаветујем са неким о томе."

При првом сексуалном односу тек нешто више од половине девојака користило је контрацепцију, одлучујући се за кондом. Девојке које су имале незаштићен први сексуални однос, као објашњење су најчешће наводиле да о томе заправо нису ни размишљале, да не знају како да то објасне, да је однос био непланиран, да нису биле довољно информисане и да нису имале свест о ризику, а један мањи број њих да је био сигуран у партнера, да нису имали кондом при руци или да нису желели да нешто користе. Коришћење кондома је више испитаница оценило неподобним за први сексуални однос.

Подаци о другим ризичним понашањима међу испитиваним девојкама показују да више од половине пуши, често већу количину цигарета, и скоро све оне имају дуг пушачки стаж, да нешто мање од три четвртине ретко користи алкохол, а шест девојака често, углавном на журкама. Од сто једанаест испитиваних девојака тринаест је навело да повремено користи, или је користило марихуану. Коришћење алкохола и дрога утиче на измену сек-

суалног понашања чинећи га ризичнијим. Свака четврта девојка је навела да је имала сексуални однос са партнером који је био под дејством алкохола, а свака дванаеста са партнером који је био под дејством дроге. Скоро свака четврта девојка је такође навела да има искуство сексуалног односа током кога је и сама била под дејством алкохола, а две девојке и сексуални однос у време када су и саме биле под дејством дроге.

Седам испитиваних адолесценткиња има лично искуство с абортусом, а две су у тренутку испитивања биле трудне. Размишљајући о проблему адолесцентних трудноћа, абортуса и полно преносивих болести, испитанице могућа решења виде у променама на друштвеном и на индивидуалном нивоу. На друштвеном нивоу, сматрају да треба отворено и јавно, без предрасуда, говорити о сексуалности младих, како то не би остала табу тема. Неопходност повећања знања младих из ове области наглашава највећи број девојака, а носиоци едукације треба да буду родитељи, стручњаци (лекари, психолози), школе (увођењем предмета сексуално образовање, можда као необавезног, предавањима по школама која би држали лекари и у којима би млади узели активно учешће), медији (ТВ, часописи), као и невладине омладинске организације. Вршњачку едукацију и упознавање с негативним искуствима својих вршњака сматрају добрим и подстицајним. Такође, постојање већег броја саветовалишта за младе истичу као неопходност. На индивидуалном нивоу, испитанице сматрају да је важно да млади повећају одговорност према себи и сопственом здрављу, као и да пажљиво бирају партнере, да их не мењају често, а истичу и значај подршке од старне партнера. Највише девојака најзначајнијим сматра коришћење контрацепције, нарочито кондома. Контрацепција би требало да је доступна и јефтина.

Иако међу девојкама има и оних које сматрају да је скоро немогуће мотивисати младе да дођу у саветовалиште пре него што искрсне проблем, већина је изразила мишљење да се млади могу подстаћи да у већем броју посећују саветовалишта. Потребно је да они буду информисани о томе да саветовалиште постоји, а родитељима и школи припада најзначајнија улога у мотивисању да у саветовалиште оду. Млади који редовно одлазе у саветовалиште, уколико својим пријатељима причају о томе, такође могу подстицајно деловати. Медијима такође приписују важну улогу. О томе где би саветовалиште требало да буде лоцирано, мишљења су подељена. По некима, требало би да је у дому здравља, али по мишљењу других, здравствена установа није право место за саветовалиште за младе, а одређени број сматра да би требало да буде у посебној, издвојеној установи. Предлози су сасвим различити и када је реч о томе да ли оно треба да буде лоцирано у школи или не. Дискреција и анонимност су веома значајни фактори који утичу на обраћање младих саветовалишту, свака седма девојка је то навела. И индивидуални и групни метод рада су им подједнако прихватљиви, а предлози су да се при избору узме у обзир тип личности, врста проблема, и већина сматра да треба комбиновати ова два приступа. Неке девојке сматрају да је корисно и под-

стицајно у рад са младима укључити и њихове вршњаке који имају сопствена лоша искуства. По мишљењу једног броја девојака, било би добро да стручњак у саветовалишту буде млад, можда женског пола, иако то није пресудно. Ипак, највише девојака процењује да кључни фактор који утиче на то да ли ће млади долазити у саветовалиште представљају особине личности људи који раде у саветовалишту и њихов приступ. Најважније је да особа која ради у саветовалишту прихвата сексуалност младих и да у раду са младима показује отвореност, разумевање, топлину, стрпљење и љубазност.

* * *

Ризично понашање адолесцената, као главни узрок болести од којих они данас најчешће оболевају, у области сексуалности често доводи до непланираних трудноћа и абортуса, као и оболевања од сексуално преносивих инфекција. На смањење њихове распрострањености може се утицати превенцијом. Како на особине, ставове и вредности адолесцената, а тиме и на њихова понашања, велики утицај имају и фактори окружења у коме они живе, промоција репродуктивног здравља, као део опште промоције здравља, подразумева и социјално окружење које подржава здраве стилове понашања у овој области.

Развојни приступ у промоцији репродуктивног здравља адолесцената значи да су развојне потребе младих препознате и признате, и да се делује у правцу подстицања функционалних способности којима они могу на здрав и адекватан начин да задовоље те потребе, и овај приступ стоји у основи ефективних програма промоције репродуктивног здравља адолесцената (Радојевић, 2001). Осим здравствених аспеката, едукација младих подразумева и помоћ у овладавању животним вештинама, што води повећању знања и унапређивању ставова, као и развој мотивације за прихватање здравих стилова живота.

Земља са најнижом стопом адолесцентног фертилитета и једном од најнижих стопа абортуса међу адолесценткињама у развијеним земљама је Холандија. Снижавање стопе фертилитета није било праћено релативно високим стопом абортуса међу адолесценткињама, као у неким другим нордијским земљама. Истраживачи сматрају да је овај напредак остварен захваљујући повољној комбинацији релативно отвореног друштва и отворених ставова према сексу и сексуалној едукацији, укључујући контрацепцију. То је условило да се са разговорима о сексуалним односима започне већ у раном узрасту, кад још не постоје баријере попут збуњености и стида и када сексуална едукација не може да се протумачи као упућивање поруке да је време да се започне са сексуалном активношћу. При том наглашавају значај топле, подржавајуће атмосфере у којој млади разговарају о сексуалности, као и јасних и експлицитних порука које медији шаљу младим људима у вези сервиса за контрацепцију. Отворени приступ сексу и „дух“ у коме се сексу-

ална едукација одвија условили су раширеност употребе контрацепције међу младима, виши узраст при првом сексуалном односу, као и много више договора и планирања у вези са контрацепцијом међу партнерима (Unicef, 2001).

Светска здравствена организација је као као приоритетну област свог деловања одредила репродуктивно здравље. У Европи, посебну пажњу захтева сексуално и репродуктивно здравље у земљама централне и нарочито источне Европе. У процесу социјалне и економске транзиције ове земље су се суочиле са растом незапослености, порастом сиромаштва, дезинтеграцијом социјалне мреже и оштрим смањењем буџета за здравствени и социјални сектор, што је све имало неповољан ефекат на здравље њихових становника. Сексуалном и репродуктивном здрављу младих, посебно угроженом у земљама у транзицији, али и неким западним попут Велике Британије, где су високе стопе адолесцентног фертилитета значајан здравствени и социјални проблем, посвећен је један од циљева дефинисаних Регионалном стратегијом сексуалног и репродуктивног здравља у европском региону. У оквиру њега, дефинисани су специфични циљеви:

1. Информисати и едуковати адолесценте о свим аспектима сексуалности и репродукције и помоћи им у развијању животних вештина потребних за решавање ових проблема на задовољавајући и одговоран начин.

2. Осигурати лак приступ “youth friendly“ сервисима за репродуктивно здравље.

3. Смањити ниво нежељених трудноћа, индукованих абортуса и полно преносивих инфекција међу адолесцентима.

За остваривање првог циља, препоручује се да се обезбеди да едукација о сексуалности и репродукцији буде укључена у програме свих средњих школа, као и да се прихвате и имплементирају програми намењени младима који не похађају школу. У вези са другим циљем, било би потребно да на сваких 100.000 младих људи узраста 10 до 24 година постоји на располагању бар један специјализовани “youth friendly“ сервис, да се у овим сервисима поштује начело поверљивости, не захтева родитељски пристанак и буду бесплатни или са редукованим ценама, као и да млади буду активно укључени у све едукативне и остале активности у вези са сервисима намењеним унапређењу њиховог репродуктивног здравља (WHO, 2001).

ЛИТЕРАТУРА:

Adamchak, S. E. (2006): *Youth Peer Education in Reproductive Health and HIV/AIDS: Progress, Process, and Programming for the Future, Youth Issues Paper 7*, Family Health International.

Berne, L., Huberman, B. (1999): *European Approaches to Adolescent Sexual Behavior & Responsibility*, Advocates for Youth, Washington, D.C.

Boyer, Ch. B. et al. (1999): "Predictors of Risk for Sexually Transmitted Diseases in Ninth Grade Urban High School Students", *Journal of Adolescent Research*, 14 (4), 448-465.

- Brown, J. D. et al. (1990): "Television and Adolescent Sexuality", *Journal of Adolescent Health Care*, 11 (1), 62-70.
- Brown J. D., Keller, S. N. (2000): "Can the Mass Media Be Healthy Sex Educators?", *Family Planning Perspectives*, 32 (5), 255-256.
- Brown, J. D.(2002): "Mass Media Influences on Sexuality", *Journal of Sex Research*, 39(1), 42-45.
- Clawson, C. L., Reese-Weber, M. (2003): "The Amount and Timing of Parent-Adolescent Sexual Communication as Predictors of Late Adolescent Sexual Risk-Taking Behaviors", *The Journal of Sex Research*, 40, 256-265.
- Collins, R.L. et al. (2004): "Watching Sex on Television Predicts Adolescent Initiation of Sexual Behavior", *Pediatrics*, 114, 280-289.
- Haurin, R. J., Mott, F. L. (1990): "Adolescent Sexual Activity in the Family Context: The Impact of Older Siblings", *Demography*, 27 (4), 537-557.
- Hollander, D. (2000): "Has There Been a Talk About Sex? Teenagers and Their Mothers Often Disagree", *Family Planning Perspectives*, 32 (4), 199-200.
- Hollander, D. (2002): "Parents Are Youngsters' Top Choice and Source of Health Information", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34 (2), 110-111.
- Hollander, D. (2003): "Teenagers with the Least Adult Supervision Engage in the Most Sexual Activity", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (2), 106.
- Keller, S., Brown, J. D. (2002): "Media Interventions to Promote Responsible Sexual Behavior", *Journal of Sex Research*, 39(1), 67-72.
- Kinsman, S. B. et al. (1998): "Early Sexual Initiation: The Role of Peer Norms", *Pediatrics*, 102 (5), 1185-1192.
- Kirby, D. (2001): *Emerging Answers, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (Summary)*, www.teenpregnancy.org
- Konreich J. L et al. (2003): "Sibling Influence, Gender Roles, and the Sexual Socialization of Urban Early Adolescent Girls", *Journal of Sex Research*, 40, 101-110.
- Manlove, J. et al. (2001): *Background for Community – Level Work on Positive Reproductive Health in Adolescence: Reviewing the Literature on Contributing Factors*, John S. and James L. Knight Foundation.
- Marin, B.V. et al. (2000): "Older Boyfriends and Girlfriends Increase Risk of Sexual Initiation in Young Adolescents", *Journal of Adolescent Health*, 27 (6), 409-418.
- Радојевић, М. (2001): „Развојни приступ у промоцији репродуктивног здравља адолесцената“, *Потомство бр. 4*, Београд, Републички центар за планирање породице Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије.
- Remez, L. (2003): "Mothers Exert More Influence on Timing of First Intercourse Among Daughters Than Among Sons", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (1), 55.
- Roche, K. M. et al. (2005): "Parenting Influences on Early Sex Initiation Among Adolescents:How Neighborhood Matters", *Journal of Family Issues*, 26 (1), 32-54.
- Rosenberg, J. (2003): "UK Youth Prefer Peer-Led Sexuality Education Classes to Teacher-Led Programs", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (2), 109.
- Santelli, J. S., Beilenson, P. (1992): "Risk Factors for Adolescent Sexual Behavior, Fertility and Sexually Transmitted Diseases", *Journal of School Health*, 62, 271-279.
- Savin, K. (1995): "Cultural patterns of sexual behavior and the risk of AIDS", *Социолошки преглед*, XXIX (2), 249-259.

- Savin, K., Fajgelj, S. (2000): "Traditionalism and the elements of modernity in the sexual identity of the young educated people in a big urban community", Социолошки преглед, XXXIV (1-2), 107-127.
- Седлецки, К.(2002): *Репродуктивно здравље младих*, Београд, Службени гласник.
- Седлецки, К. и др.(2000): „Полно понашање и репродуктивно здравље младих“, *Проблеми у педијатрији*, Београд, Завод за уџбенике и наставна средства.
- Strasburger, V.C. (1989): "Adolescent Sexuality and Media", *Pediatric Clinics of North America*, 36, 747-773.
- Sieving R. E et al. (2006): "Friends' Influence on Adolescents' First Sexual Intercourse", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1)13-19.
- Sieverding J. A. et al. (2005): "The Influence of Parental Monitoring on Adolescent Sexual Initiation", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159, 724-729.
- Tamkins T. (2004): "Teenagers Who Abstain from Sex Cite Similar Reasons Regardless of Whether They Have Ever Had Intercourse", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36 (4),174-175.
- Yarber W. L., Parillo A. (1992): "Adolescent and Sexually Transmitted Diseases", *Journal of School Health*, 62,331-338.
- UNICEF (1997): *Children at Risk in Central and Eastern Europe: Perils and Promises, Regional Monitoring Reports, No. 4*, Florence: Unicef Internatinal Child Development centre.
- UNICEF (1999): *Women in transition, Regional Monitoring Reports, No. 6*, Florence: Unicef, Child Development Centre.
- UNICEF (2001): *Teenage Births in Rich Nations, Innocenti Report Card, No 3*, Florence: Unicef Innocenti Research Centre.
- Weinstein, M., Thornton (1989): "A Mother-Child Relations and Adolescent Sexual Attitudes and Behavior", *Demography*, 26 (4), 563-577.
- Wight, D. et al. (2006): "Parental Influences on Young People's Sexual Behavior: A Longitudinal Analysis", *Journal of Adolescence*, 29 (4), 473-494.
- Whitaker D. J. et al. (1999):"Teenage Partners' Communication About Sexual Risk and Condom Use: The Importance of Parent-Teenager Discussions", *Family Planning Perspectives*, 31(3), 117-121.
- Whitaker, D. J., Miller, K. S. (2000): "Parent-Adolescent Discussions About Sex and Condoms", *Journal of Adolescent Research*, 15 (2), 251-273.
- WHO (1998): *The Second Decade, Improving Adolescent Health and Development*, WHO/FRH/ADH/98.18
- WHO (2001): *Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- WHO (2002): *Adolescent Friendly Health Services-An Agenda for Change*, WHO/FCH/CAH/02.14.
- Zimmerman, R. S. (1998): "Adolescents' Perceived Ability to Say 'No' to Unwanted Sex", *Childhood*, 5 (3), 281-301.

Biljana Stankovic
Institute of Social Sciences
Belgrade

S u m m a r y

SOCIAL INFLUENCES AND REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS

Reproductive health represents a state of complete physical, mental and social prosperity, and not just the absence of illness or weakness, and it refers to reproductive processes, functions and systems. Adolescents, young people from the age of ten to nineteen, are yet to achieve their reproductive function, thus their reproductive health and behavior are very significant both from the individual and social standpoint. Risky behavior, which represents the main cause of diseases that young people contract most often, in the field of sexuality often lead to unplanned pregnancies and abortions, as well as diseases from sexually transmitted infections. The extensiveness can be decreased by prevention. Reproductive health promotion, as well as general health promotion, understands a social surrounding that supports healthy behavior styles. Above all, the family, schoolmates, health and school systems, mass media, without neglecting the importance of economic, social and political security in society, political and legal solutions, as well as activities of nongovernmental, religious and other organizations. Their impact, in complex interaction, directly and indirectly influence youth behavior and determine the decisions they make regarding reproductive health.

Key words: reproductive health, adolescents, social surrounding