

NOVI MORBIDITET MLADIH

*Biljana STANKOVIĆ**

Mladi ljudi, odnosno osobe uzrasta od deset do dvadeset četiri godine, čine trećinu stanovništva sveta. Ovako brojna populacija, koja znači budućnost i omogućava kontinuitet postojanja, koja živi i razvija se u veoma različitim uslovima, zahteva posebnu pažnju, što naročito važi kada je reč o zdravlju mladih. Sa poboljšanjem uslova života, razvojem zdravstvene službe i podizanjem nivoa zdravstvene kulture, iskorenjene su mnoge bolesti od kojih su mladi nekada oboljevali i promenila se slika zdravstvenog stanja mladih ljudi. Tako su, u sadašnjoj fazi epidemiološke tranzicije, osim bolesti uobičajenih za ovaj uzrast, najčešći uzroci morbiditeta mladih poremećaji reproduktivnog zdravlja, mentalni poremećaji i povrede koje ne ugrožavaju život. Može se reći da mladi danas najčešće oboljevaju od bolesti čiji je uzrok njihovo rizično ponašanje, to je tzv. novi morbiditet mladih. Rizično ponašanje adolescenata u oblasti seksualnosti često dovodi do neplaniranih trudnoća i abortusa, oboljevanja od seksualno prenosivih infekcija, a zloupotreba duvana, alkohola i opojnih droga, čiji početak je najčešće vezan baš za ovaj uzrast, ima nepovoljan uticaj na psihofizičko zdravlje, kako kratkoročan, tako i dugoročan, povećavajući rizik za razvoj od kancera, kardiovaskularnih, respiratornih i drugih bolesti, i višestruko direktno i indirektno ugrožava reproduktivno zdravlje mladih. Česta udruženost nepovoljnih faktora i raznih oblika rizičnog ponašanja povećava učestalost saobraćajnih nesreća i povreda u vezi sa njima, kao i ubistava i samoubistava, što su danas najvažniji uzroci mortaliteta mladih.

Seksualno ponašanje mladih

Vodjeni osećanjem zaljubljenosti, strahću, radoznalošću i željom da udju u svet odraslih, pod uticajem vršnjaka ili iz želje da sačuvaju vezu, kao i raznim drugim podsticajima, mladi ostvaruju i prve seksualne veze. Ostvarivanje seksualnih odnosa za neke od njih znači i mogućnost nepovoljnog uticaja na reproduktivno zdravlje, odnosno skladni razvoj i normalno odvijanje fizičkih,

* Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka, Beograd.

mentalnih i socijalnih procesa koji se odnose na reproduktivni sistem i njegove funkcije. Osetljivost reproduktivnog zdravlja prema nepovoljnim uticajima u adolescenciji je uslovljena biološkim i psihosocijalnim karakteristikama ovog razvojnog perioda. Kako psihosocijalna zrelost predstavlja rezultat odvijanja dugotrajnog i postepenog procesa razvoja, znatno sporijeg od biološkog, odgovornost mladih prema sopstvenom zdravlju često je nedovoljna, a ponašanje u sferi seksualnosti rizično. Pri tom značajnu ulogu ima i fiziološka nezrelost reproduktivnih organa mladih devojaka koja uslovljava posebnu podložnost za nastanak polno prenosivih infekcija. Faktori koji imaju uticaj na reproduktivno zdravlje svih starosnih grupa, a posebno adolescenata, su seksualna aktivnost i iskustvo, način kontrole radjanja, ukupan i trenutni broj seksualnih partnera kao i način njihovog izbora, vrste seksualnih odnosa, a veoma značajan je i uzrast u kome se dogodio prvi seksualni odnos.

Sva istraživanja, u svetu i kod nas, govore o postepenom, ali stalnom porastu seksualne aktivnosti mladih i snižavanju prosečnog uzrasta njenog započinjanja, naročito kada je reč o devojka. Tako je prosečan uzrast u kome mladići dožive prvi seksualni odnos u SAD, prema studiji sprovedenoj 1990. godine, 16,1 godina, a devojke 16,9 godina, a trećina mladića i petina devojaka prvo seksualno iskustvo dožive pre petnaeste godine života (Sedlecki, 1999). U odnosu na pedesete godine, procenat američkih adolescenata koji do uzrasta od 18 godina dožive seksualno iskustvo je udvostručen, a do devetnaeste godine 85% američkih mladića i 77% devojaka započne sa seksualnom aktivnošću (Unicef, 2001).

Rezultati istraživanja sprovedenih u Francuskoj, Nemačkoj, Velikoj Britaniji, Madjarskoj i Holandiji pokazali su da je najmanje 50% devojaka do uzrasta od 18 godina započelo sa seksualnom aktivnošću, a u Švedskoj do uzrasta od 19 godina 94% devojaka. Poredjenja radi, u uslovima drugačije kulture i tradicije, seksualno ponašanje mladih devojaka je sasvim drugačije - samo 17% neudatih devojaka iz gradskih sredina u Japanu je započelo sa seksualnom aktivnošću do uzrasta od 20 godina (Tonkin, 1994).

Da se u periodu od jedne decenije dešavaju značajne promene u seksualnom ponašanju mladih pokazuju i rezultati studija sprovedenih u Velikoj Britaniji 1964. i 1974. godine. U desetogodišnjem periodu medju mladima uzrasta od 16 godina procenat seksualno aktivnih mladića porastao je sa 14 na 32, a devojaka sa 5 na 21. I kod sedamnaestodišnjaka promene su slične, udeo seksualno aktivnih mladića je povećan sa 26% na 50%, a devojaka sa 10% na 37% (Sedlecki, Banićević, Rajin, 2000).

Internacionalno istraživanje "Zdravstveno ponašanje školske dece", u delu koji govori o seksualnom ponašanju, pokazalo je da u devet zemalja obuhvaćenih ispitivanjem procenat seksualno aktivnih petnaestogodišnjaka varira od 11 do 38 među devojkama i od 23 do 42 među mladićima. Posmatrano po polu, u Škotskoj i Finskoj je procenat seksualno aktivnih petnaestogodišnjih devojaka veći nego mladića, u SAD je podjednak, a u ostalim zemljama prednjače mladići. Najviše seksualno aktivnih mladića je među mađarskim petnaestogodišnjacima - 47%, zatim među izraelskim mladićima jevrejske nacionalnosti 44%, među američkim ispitanicima ih je 38%, u Letoniji 36%, a u Škotskoj 33%. Udeo petnaestogodišnjih mladića koji imaju seksualne odnose u Poljskoj, Francuskoj i Severnoj Irskoj iznosi 30%. Najmanji procenat seksualno aktivnih petnaestogodišnjih mladića u Finskoj je 23%. Kada je reč o petnaestogodišnjim devojkama obuhvaćenih ovim istraživanjem, najviše seksualno aktivnih ih je u Americi 38%, zatim u Škotskoj 37%, Mađarskoj 34%, Finskoj 30%. U Severnoj Irskoj udeo seksualno aktivnih petnaestogodišnjakinja je 26%, u Francuskoj 20%, Letoniji 19%, Poljskoj 13%, a u Izraelu najmanji – 11% (WHO, 2000).

U našoj zemlji, rezultati sprovedenih istraživanja, takodje, ukazuju na snižavanje uzrasta započinjanja seksualne aktivnosti u poslednjim decenijama. Tako je istraživanje sprovedeno u periodu 1982-1991. godina pokazalo da su prvi polni odnos ispitivane seksualno aktivne adolescentkinje iz Beograda doživele prosečno sa 17,5 godina. Nekoliko godina kasnije, istraživanje sprovedeno u periodu od 1995. do 1997. godine pokazalo je da su ispitivane polno aktivne adolescentkinje iz Beograda, koje su se obratile Savetovalištu za mlade Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, prvo seksualno iskustvo doživele nešto ranije, prosečno sa 16,9 godina, a svaka deseta od njih u ranoj adolescenciji, između 13. i 15. godine (Sedlecki, 1999).

Follow-up studija o znanju i ponašanju mladih u regulaciji fertiliteta sprovedena je u Novom Sadu 1964, 1980. i 2000. godine. Rezultati govore o porastu seksualne aktivnosti mladih devojaka. U sve tri vremenske tačke, uzrast u kome su devojke imale prvi seksualni odnos bio je prosečno oko 16. godine, ali se procenat ispitivanih adolescentkinja koje imaju seksualne odnose u posmatranom vremenskom periodu povećavao i porastao je sa 2 u 1964. godini, preko 9 u 1980. na 26 u 2000. godini (Stanulović-Kapor, 2000).

Seksualnom ponašanju mladih posvećen je i deo velike Studije o zdravstvenom ponašanju studentske i srednjoškolske omladine sprovedene 2000. godine na uzorku od 10522 mladih iz 30 mesta u Srbiji. Rezultati su pokazali da je od 5385 anketiranih studenata prve i treće godine studija

seksualno iskustvo imalo 72% mladića i 54% devojaka, a da je prosečan uzrast započinjanja seksualne aktivnosti za devojke bio 17, a za mladiće 16 godina. Pri tom, velika većina, odnosno četiri petine seksualno aktivnih mladića prvo seksualno iskustvo steklo je u uzrastu od 16, 17 ili 18 godina, a isto toliko devojaka u uzrastu od 16, 17, 18 ili 19 godina. Devojke su u najvećem procentu, oko trećina njih, prvi seksualni odnos imale sa 18 godina. Svaka peta devojka je počela sa seksualnom aktivnošću u uzrastu od 17 godina, a svaka deseta sa 16 godina, njih 4% u uzrastu od 15 i 1% u uzrastu od 14 godina. Kada je reč o mladićima, oni su u najvećem procentu, svaki četvrti, prvo seksualno iskustvo doživeli u nešto nižem uzrastu nego devojke, sa 17 godina. Približno svaki peti od anketiranih mladića započeo je sa seksualnom aktivnošću sa 16 godina, isto toliko i u uzrastu od 18 godina. Svaki deseti je prvo iskustvo doživeo u uzrastu od 15 godina, a svaki dvadeseti u uzrastu od 14 godina. Među anketiranim studentima ima i mali broj onih koji su seksualna iskustva doživeli u još ranijem uzrastu od 12 i 13 godina – 0,47% mladića i 0,06% devojaka u uzrastu od 12 godina i 1,42% mladića i 0,22% devojaka u uzrastu od 13 godina (Cucić i dr., 2000).

U isto vreme sprovedena anketa među petnaestogodišnjim učenicima srednje škole pokazala je da je od 5137 učenika 22,5% dečaka i 3,5% devojčica imalo seksualne odnose, što u poredjenju sa seksualno iskusnim studentima, o kojima je prethodno bilo reči, znači nešto više iskusnih dečaka i nešto manje iskusnih devojčica u uzrastu od 15 godina među današnjim petnaestogodišnjacima nego među anketiranim studentima kada su bili u tom uzrastu. Među učenicima sa seksualnim iskustvom, većina, odnosno tri četvrtine, prvi seksualni odnos imala je u uzrastu od 14 i 15 godina (Cucić i dr., 2000).

Deo pomenutih istraživanja posvećen je analizi korišćenja mera zaštite. Seksualni odnosi koji nisu praćeni korišćenjem odgovarajućih mera zaštite česti su među mladima i izlažu ih opasnosti od neželjenih i neplaniranih trudnoća kao i od oboljevanja od seksualno prenosivih infekcija. Tako je pomenuto internacionalno istraživanje posvećeno zdravstvenom ponašanju školske dece ispitivalo i rasprostranjenost korišćenja kontracepcije. Rezultati pokazuju da je prilikom poslednjeg seksualnog odnosa kondom koristilo 63-87% mladića i 55-86% devojaka, različito od zemlje do zemlje. I među mladićima i među devojkaama kondom najviše koriste mladi iz Francuske, a najmanje mladi iz Madjarske. Može se reći da mladi iz Severne Irske, Izraela, Poljske i Finske koriste kondom u većoj, a mladi iz Škotske, SAD, Letonije i Madjarske u manjoj meri. Kada je reč u korišćenju ostalih, različitih oblika kontracepcije, rezultati su slični - mladi u Francuskoj ih koriste u najvećoj, a mladi u Madjarskoj i Letoniji najmanjoj meri (WHO, 2000).

Kod nas, napred pomenuto istraživanje među adolescentkinjama Savetovališta za mlade pokazalo da devojke u Beogradu najčešće koriste nepouzđane, tradicionalne metode kontracepcije. Coitus interruptus je u nekom periodu koristilo 96,3% devojaka, a ovaj metod kontracepcije najduže je primenjivalo 54,3% devojaka. Kondom je, medjutim, koristila samo jedna trećina ispitivanih devojaka.

Follow-up studija, sprovedena u Novom Sadu, u delu koji je posvećen ispitivanju poznavanja mogućnosti da se spreči trudnoća pokazuje da se ono u posmatranom vremenskom periodu povećavalo. Tako je 1964. godine 70% devojaka znalo koji načini i sredstva kontracepcije postoje, a 1980. njih 90%. Ipak, i u jednom i u drugom istraživanju preko 76% devojaka je procenilo svoje znanje kao nedovoljno i izjavilo da smatra da je potrebno povećanje informisanosti u oblasti seksualnosti. Studija iz 2000. godine govori o većoj informisanosti devojaka, sve su potvrdno odgovorile na pitanje o poznavanju mogućnosti sprečavanja neželjene trudnoće, ali je, ipak, svaka druga devojka izjavila da bi želela dodatna znanja.

Studenti u Srbiji, kako je pokazala Studija o zdravstvenom ponašanju studentske i srednjoškolske omladine, najčešće kao kontraceptivno sredstvo biraju kondom, ali ga koristi manje od polovine anketiranih, njih 41%. Na drugom mestu po učestalosti korišćenja je metoda prekinutog snošaja, koja za svakog petog studenta predstavlja način zaštite od neželjene trudnoće. Kontraceptivna pilula je izbor 6,3% studenata, a približno toliko njih koristi i hemijska sredstva, spiralu ili dijafragmu.

O nedovoljno odgovornom seksualnom ponašanju mladih studenata govori i podatak da je svaki treći od anketiranih prošao kroz iskustvo polnog odnosa pod uticajem alkohola, a svaki šesti imao polne kontakte sa dve ili više osoba u istom periodu, dok je svaki deveti imao seksualno iskustvo u jednodnevnoj vezi.

Seksualno aktivni učenici koriste kondom u većem procentu nego studenti i to je najčešće korišćeno sredstvo kontracepcije, koje je metod izbora 77% učenika. Znatno redje koriste se pilule za kontracepciju, 7,5% učenika se odlučuje za njih, približno koliko i za prekinuti snošaj, 6,9%, a u manjoj meri, ali ipak dvostruko više nego studenti, učenici koriste hemijska sredstva, spiralu i dijafragmu.

Radjanje u adolescenciji

Istraživanja su pokazala da se kontracepcija najmanje koristi upravo na početku seksualne aktivnosti, kada je i mogućnost začeća najveća. Niz

svetskih studija je pokazao da, čak, polovina svih predbračnih trudnoća nastane u prvih šest meseci seksualne aktivnosti (Santelli, Beilenson, 1992).

Radjanje u adolescenciji je u suprotnosti sa savremenim zdravstvenim konceptom da ona ne treba da se ostvari prerano, dok je razvoj mlade osobe još u toku, odnosno ne pre osamnaeste godine. Naime, trudnoća u ovom uzrastu majci može doneti brojne zdravstvene komplikacije, hipertenziju i druge, a često se završava prevremenim porođajem do koga u ovoj starosnoj grupi dolazi u 14% slučajeva, odnosno dva i po puta češće nego u grupi majki starih 25-29 godina. Niska telesna masa na rođenju dece je česta, a i neonatalni morbiditet i mortalitet su viši. Osim zdravstvenih, i psihosocijalni rizici su veći, i za mlade majke materinstvo često znači prekid školovanja, manje šanse za zapošljavanje i ekonomske teškoće, a nedovoljna zrelost i iskustvo u odnosu sa partnerom povećavaju verovatnoću za raskid veze i razvod braka, kao i teškoće u odgajanju deteta (Sedlecki, Mažibrada, Stanković, 2000).

Kada je reč o radjanju medju adolescentkinjama u Srbiji, njih oko 16000 godišnje postaju majke. Iz analize specifičnih stopa fertiliteta adolescentkinja uzrasta 15-19 godina u Centralnoj Srbiji i Vojvodini može se videti da su poslednjih pedeset godina one prepolovljene, i u 2000. godini u Centralnoj Srbiji iznose 26,2 promila, a u Vojvodini 26,0 promila. Važno je naglasiti da je pomenuto snižavanje stope fertiliteta kod adolescentkinja u našoj zemlji rezultat, pre svega, snižavanja stopa fertiliteta u starijim uzrastima ove grupe, u uzrastu od 18 i 19 godina. Suprotno tome, u uzrastu od 15 godina stopa je u Centralnoj Srbiji u pedesetogodišnjem periodu udvostručena i 2000. godine iznosi 4,2 promila, a u Vojvodini, čak, utrostručena i iznosi 6,1 promila. U uzrastu od 16 godina u Vojvodini stopa je na približno istom nivou kao pre pedeset godina, a u Centralnoj Srbiji je povećana. Medju veoma mladim devojkama, uzrasta do 15 godina, stopa fertiliteta je na oba područja utrostručena, i iznosi 1,2 promila u Centralnoj Srbiji i 1,6 promila u Vojvodini što, svakako, predstavlja veoma negativnu tendenciju.

Namerni prekid trudnoće u adolescenciji

Većina, preko 90%, trudnoća kod adolescenata je neplanirana i neželjena, i u preko polovine slučajeva se završava namernim prekidom. Usled nedovršenog psihofizičkog razvoja, namerni prekid trudnoće u adolescenciji predstavlja visoko stresni događaj za mlade devojkke, koji može dovesti do ozbiljnih komplikacija nakon abortusa, porasta spontanijih abortusa i prevremenijih porođaja u kasnijim, željenim trudnoćama, ali i do nemogućnosti ostvarivanja željenog materinstva, izazivajući sekundarni sterilitet. Tako je istraživanje

sprovedeno u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije pokazalo da je za 11% adolescentkinja abortus predstavljao težak emocionalni stres i bio neposredan uzrok depresiji (Milojević i saradnici, 1972). Drugo istraživanje je utvrdilo 14,4% sekundarnog steriliteta kod nuligravida koje su imale namerni prekid trudnoće, iako je intervencija izvršena pod optimalnim medicinskim uslovima (Rašević, 1993).

Podaci o visokim stopama abortusa u našoj zemlji u svim starosnim grupama ukazuju na to da je abortus još uvek najčešće korišćeni metod kontrole rađanja u našoj zemlji. To se odnosi i na adolescentkinje. Poredjenjem stopa abortusa u uzrastu 15 do 19 godina iz 1969. godine, kada je abortus kod nas potpuno liberalizovan, sa stopama iz 1989. godine, koja je poslednja godina pouzdanih podataka, dolazimo do zaključka da pozitivnog pomaka skoro da i nema. Naime, ova stopa je u Centralnoj Srbiji 1969. godine iznosila 20,5, a 1989. godine 19,0 promila. U Vojvodini je, čak, došlo do pogoršanja, tako da je stopa 1989. godine iznosila 22,3 promila, dok je 1969. vrednost iznosila 21,3 promila. Iako se iz poredjenja sa stopama abortusa u ostalim starosnim grupama fertalnog kontingenta žena može zaključiti da je njihovo kretanje u starijim uzrastima daleko nepovoljnije, ni nepromenjenost stope medju adolescentkinjama ne može se smatrati povoljnim (Rašević, 1993).

U zemljama u tranziciji, u periodu pre tranzicije stope adolescentnog fertiliteta i stope abortusa bile su niske u poredjenju sa stopama u zapadnim zemljama. U više od polovine zemalja ove stope su se smanjile za vreme tranzicije, pri čemu, ipak, ne treba izgubiti iz vida nekompletnost podataka. Stope fertiliteta su se u većini zemalja Centralne i Istočne Evrope smanjile više nego stope abortusa, tako da je broj abortusa na 100 živorodjenja porastao. U drugim zemljama, medju kojima su zapadne zemlje Zajednice nezavisnih država, odnos izmedju abortusa i rađanja se nije značajno promenio, a u Kavkazu i Centralnoj Aziji stope abortusa su se više smanjile od stopa fertiliteta. Inače, apsolutni broj abortusa medju odraslim ženama i medju mladim devojkama se na sličan način smanjio u svim zemljama (osim Rumunije) za koje su podaci dostupni, pri čemu je smanjenje, uglavnom, manje medju adolescentima nego medju odraslima. U poredjenju sa Zapadnom Evropom, gde su abortusi češći medju adolescentkinjama, u Istočnoj Evropi najveći broj abortusa, 90 % od ukupnog broja, beleži se medju ženama starim preko 20 godina (Unicef, 2000).

I u ostalim evropskim zemljama u posmatranom periodu smer kretanja stopa fertiliteta u ovom uzrastu je isti, ali je smanjenje veće, uglavnom dvostruko i trostruko, a u skandinavskim zemljama, zahvaljujući dugogodišnjoj tradiciji

promocije reproduktivnog zdravlja i postojanja razvijene mreže savetovališta za planiranje porodice, čak višestruko.

Holandija predstavlja primer zemlje sa najnižom stopom adolescentnog fertiliteta i jednom od najnižih stopa abortusa među adolescentkinjama u razvijenim zemljama. U tridesetogodišnjem periodu stopa radjanja u adolescenciji je smanjena za 72%, odnosno sa 22,6 u 1970. godini na 6,3 promila u 1998. godini. Pri tom, ovo snižavanje nije bilo praćeno relativno visokom stopom abortusa među adolescentkinjama, kao u nekim drugim nordijskim zemljama, već ova stopa iznosi niskih 3,9 promila. Istraživači smatraju da je ovaj napredak ostvaren zahvaljujući povoljnoj kombinaciji relativno otvorenog društva i otvorenih stavova prema seksu i seksualnoj edukaciji, uključujući kontracepciju. To je uslovilo da se sa razgovorima o seksualnim odnosima započne već u ranom uzrastu, kad još ne postoje barijere poput zbunjenosti i stida i kada seksualna edukacija ne može da se protumači kao upućivanje poruke da je vreme da se započne sa seksualnom aktivnošću. Pri tom naglašavaju značaj tople, podržavajuće atmosfere u kojoj mladi razgovaraju o seksualnosti, kao i jasnih i eksplicitnih poruka koje mediji šalju mladim ljudima u vezi servisa za kontracepciju. Otvoreni pristup seksu i "duh" u kome se seksualna edukacija odvija, uslovio je raširenost upotrebe kontracepcije među mladima, viši uzrast pri prvom seksualnom odnosu, kao i mnogo više dogovora i planiranja u vezi sa kontracepcijom među partnerima (Unicef, 2001).

Uticaj korišćenja kontracepcije na snižavanje radjanja i abortusa među adolescentkinjama može se videti i na primeru Finske. Istraživanje među finskim adolescentkinjama je pokazalo da je u razdoblju od deset godina, od 1981. do 1991. godine, došlo do pada stopa abortusa i stopa fertiliteta. Stope abortusa su pale sa 12 na 9,3 promila među šesnaestogodišnjim devojkama i sa 25 na 19,2 promila kod osamnaestogodišnjakinja. Stope fertiliteta šesnaestogodišnjakinja su pale sa 4,5 na 2,3 promila, a osamnaestogodišnjakinja sa 23,5 na 15 promila. Ovo sniženje uslovljeno je širenjem upotrebe oralne kontracepcije među mladima. Tako je 1991. godine 2% četrnaestogodišnjaka, 18% šesnaestogodišnjaka i 41% osamnaestogodišnjaka koristilo oralnu kontracepciju, dok je 1981. ovaj procenat iznosio 0,2%, 7% i 22%. Jedan od zaključaka ovog istraživanja bilo je i zapažanje da rezultati nisu potvrdili hipotezu da je porast korišćenja oralne kontracepcije praćen porastom incidencije seksualno prenosivih infekcija (Bergada, 1995).

Polno prenosive infekcije

Posledica rizičnog ponašanja mladih u oblasti seksualnosti je i značajan porast učestalosti polno prenosivih infekcija. Rizik oboljevanja od polno prenosivih infekcija među adolescentima zavisi od bioloških, bihevioralnih, psiholoških, socijalnih i institucionalnih faktora (Yarber, Parillo, 1992).

Medju biološkim faktorima navodi se uzrast nastupanja menarhe, kao i veća osetljivost epitela uterusa adolescentkinja na polno prenosive infekcije nego kod zrelih žena.

Bihevioralne faktore čini seksualno ponašanje, kao najvažniji faktor rizika, kao i upotreba droga i zdravstveno ponašanje. Elementi seksualnog ponašanja koji determinišu rizik za nastanak polno prenosivih infekcija uključuju uzrast kada se ostvaruje prvi seksualni odnos, aktuelan i ukupan broj seksualnih partnera, kontakt sa slučajnim seksualnim partnerima, frekvenciju i vrstu seksualnih odnosa, seksualne navike, kao i korišćenje zaštite. Tako, mladi koji su sa seksualnom aktivnošću počeli u ranijem uzrastu češće imaju i veći broj seksualnih partnera u kratkom vremenskom periodu, kao i veći ukupan broj seksualnih partnera u toku života, što rizik od oboljevanja od bakterijskih i virusnih infekcija čini većim. Istraživanje posvećeno rizičnom ponašanju medju mladima, sprovedeno sredinom devedesetih godina medju američkim studentima, pokazalo je da je medju onim studentima koji su prvo seksualno iskustvo doživeli pre 18. godine 75% njih imalo dva ili više partnera, a 45% medju njima četiri ili više, dok je samo 20% medju onima koji su sa seksualnom aktivnošću počeli posle 19. godine izjavilo da je imalo više od jednog partnera, a 1% njih da je imalo četiri ili više partnera (Yarber, Parillo, 1992).

Upotreba droga, naročito određene vrste, kao što je npr. krek kokain, kao i alkohol, takodje povećavaju rizik oboljevanja od polno prenosivih infekcija, što je uslovljeno prolaznim pojačanjem seksualnog nagona, manjom oprežnošću pri korišćenju kontracepcije, ili zbog razmene seksa za drogu ili novac.

Samopoštovanje, samoeфикаsnost, lične vrednosti, lokus kontrole i motivacija mogu da utiču na seksualno ponašanje adolescenata i preventivne aktivnosti. Osećanje nepovredivosti i verovanje adolescenata da neće doći u kontakt sa nekim ko je oboleo od polno prenosive infekcije, takodje doprinose ponašanju koje se može označiti kao rizično.

Medju socijalnim faktorima koji povećavaju rizik oboljevanja od polno prenosivih infekcija navode se ekonomske i obrazovne mogućnosti

adolescenata, pripadnost određenim etničkim grupama, promena sredine, dostupnost zdravstvenih centara, uticaj medija.

Institucionalni faktori, kao što je dostupnost zdravstvenih servisa mladima, njihova lokacija, zatim školski sistem i kvalitet školskog obrazovanja smatraju se važnim u promociji zdravlja i prevenciji rizika od polno prenosivih infekcija.

O rasprostranjenosti polno prenosivih infekcija se razmatra na osnovu procena, s obzirom na to da su evidencije često nepotpune, a da za mnoge od ovih infekcija i ne postoji obaveza prijavljivanja. Tako u Americi, od procenjenih 12 miliona osoba koje obole od polno prenosivih bolesti svake godine, mladi ljudi uzrasta ispod 25 godina čine dve trećine, a među njima je čak 25% seksualno aktivnih adolescenata. Zapravo, u osamdesetim godinama najveće stope oboljevanja od nekih polno prenosivih infekcija, koje su u šezdesetim i sedamdesetim dostigle epidemijske razmere, a u osamdesetim ostale na tim visokim nivoima, bile su među adolescentima (Yarber, Parillo, 1992). Najčešća polno prenosiva bolest u ovoj zemlji je hlamidijska genitalna infekcija. Adolescentkinje uzrasta 15-19 godina su u najvećem riziku za nastanak ove bolesti i u ukupnom broju obolelih učestvuju sa 46%. Kada je reč o oboljevanju od gonoreje, koja takodje spada u bakterijske polno prenosive infekcije, broj obolelih osoba prijavljenih Američkom centru za kontrolu bolesti opao je u periodu 1975-1989. za 25%. Iako i adolescenti učestvuju u ovom smanjenju, broj slučajeva gonoreje je među adolescentima opao manje nego u starijim dobnim grupama. Oboljevanje od sifilisa je 1989. godine dostiglo najviši nivo posle Drugog svetskog rata, pri čemu je porast među adolescentima, ipak, bio manji nego u starijim uzrastima.

U poslednje dve decenije u Americi je kod adolescentkinja viša učestalost i virusnih infekcija, i to najčešće genitalnog herpesa i genitalnih bradavica. Procenjuje se da je broj adolescentkinja koje su se 1989. godine obratile lekaru zbog simptoma genitalnog herpesa osam puta veći, a zbog simptoma genitalnih bradavica šest puta veći nego 1966. godine.

Polno prenosive infekcije, a naročito infekcije genitalnog trakta nastale u adolescenciji, mogu imati nepovoljan uticaj na zdravlje u kasnijim godinama života, i, ako se ne leče, često dovode do inflamatornih oboljenja u maloj karlici, steriliteta i ektopičnih trudnoća. Tako se procenjuje da više od 1 milion američkih žena godišnje oboli od inflamatornog oboljenja male karlice, a 20% tih slučajeva je među adolescentkinjama. Smatra se da je u riziku od inflamatornog oboljenja male karlice svaka osma seksualno aktivna adolescentkinja. Pri tom, najmanje 25% obolelih žena ima jednu ili

više ozbiljnih dugoročnih posledica, sa tubarnim infertilitetom kao najčešćom komplikacijom. Ozbiljna posledica oboljevanja je i ektopična trudnoća. U vremenu od dve decenije, od sedamdesetih do devedesetih godina, beleži se, čak, osmostruki porast ektopičnih trudnoća u SAD. Pretpostavlja se da su polno prenosivi uzročnici, naročito hlamidija i gonoreja, povezani sa najmanje polovinom, a možda i sa 75% svih slučajeva ektopične trudnoće.

Kada je reč o infekciji HIV-om, neki izveštaji govore da je u Americi SIDA postala šesti vodeći uzrok smrti među osobama uzrasta 15-24 godine, a od ukupnog broja dijagnostikovanih slučajeva AIDS-a 19% muškaraca i 24% žena pripadaju starosnoj grupi 20-29 godina (Yarber, Parillo, 1992).

U zemljama u tranziciji, incidencija polno prenosivih infekcija kao što su gonoreja i sifilis bila je niska u periodu pre tranzicije. Za vreme tranzicije, međutim, incidencija ovih infekcija porasla je u regionu, naročito u baltičkim zemljama i zapadnim zemljama Zajednice nezavisnih država. Broj novih slučajeva je porastao u manjoj meri u Centralnoj Evropi, dok je ostao relativno stabilan u kavkaskim zemljama. Trendovi porasta oboljevanja među adolescentima su često bili slični trendovima porasta kod odraslih, a nije retko da se broj novih slučajeva, čak, brže povećavao među adolescentima. Prema mišljenju istraživača, glavni faktori koji utiču na porast broja polno prenosivih infekcija među mladim ljudima su niska svest o potrebi čuvanja reproduktivnog zdravlja, nedostatak znanja o bezbednom seksu, kao i širenje prostitucije, uz narušenu porodičnu stabilnost i oslabljen roditeljski nadzor usled ugroženosti ekonomskim teškoćama i rastućim socijalnim stresom (Unicef, 1997).

Psihoaktivne supstance i mladi

Veoma ozbiljan medicinski i sociopatološki problem savremenog društva, prisutan od ranije u zapadnim, a u novije vreme i u zemljama u tranziciji, predstavlja sve rasprostranjenija zloupotreba psihoaktivnih supstanci. Uslovljena je delovanjem određenih nepovoljnih faktora iz socijalnog okruženja na posebno predisponirane ličnosti, uz prisutnu dostupnost psihoaktivnih supstanci. Svaka supstanca biljnog ili sintetičkog porekla koja, kad se unese u organizam, može da modifikuje jednu ili više njegovih funkcija i da nakon ponavljane upotrebe dovede do stvaranja psihičke ili fizičke zavisnosti, naziva se psihoaktivnom.

Prema Medjunarodnoj klasifikaciji bolesti koju je propisala Svetska zdravstvena organizacija (SZO), u bolesti zavisnosti od psihoaktivnih

supstanci spadaju mentalni poremećaji i poremećaj ponašanja zbog upotrebe alkohola, opijata, kanabiola, sedativa i hipnotika, kokaina, drugih stimulansa uključujući kofein, halucinogena, duvana, isparljivih rastvarača, kao i zbog upotrebe više droga i upotrebe drugih psihoaktivnih supstanci.

Droga

Narkomanija je prvenstveno bolest mladih, koji prvi put najčešće dodju u kontakt sa drogom iz radoznalosti, želje da probaju i dožive nešto novo i neobično, podstaknuti potrebom za prihvatanjem od strane grupe, iz prkosa prema tradiciji, odraslima i autoritetu, u nastojanju da dožive tako potrebno osećanje sigurnosti, da odagnaju neraspoloženje i depresiju. Nedovoljna emocionalna i socijalna zrelost, malo životno iskustvo, nedovoljna kritičnost i veoma naglašena emocionalnost, nepostojanje svesti o riziku i iluzija da će se na taj način lakše suočiti sa životnim problemima, neke, posebno predisponirane mlade ljude, mogu da odvedu u zavisnost od droga.

U životnom ciklusu porodice, faza adolescencije se smatra posebno osetljivom za stvaranje psiholoških problema i dece i roditelja, i predstavlja vreme kritično za nastanak narkomanije. Smatra se da adolescent koji u porodici nije naučio socijalne veštine, koji nije stekao dovoljno samopoštovanja, kome je porodica postavljala previsoke zahteve i time kod njega izazvala bunt i odbacivanje porodičnih normi, koji nije imao mogućnost da u porodici pokaže inicijativu i izrazi svoju individualnost, ima velike šanse da formira "negativni identitet" i prikloni se grupi narkomana. Ovome je podložan i adolescent sa "haotičnim identitetom", koji je odrastao u porodici gde postoji nedoslednost u porukama i vrednostima, gde su odnosi hladni i otudjeni, gde roditelji imaju različite sisteme vrednosti. Prema ispitivanjima u našoj sredini, porodice koje retko ili nikada nemaju problem narkomanije su porodice u kojima deca dobijaju ljubav od oba roditelja, naročito od oca, u kojima između roditeljskih želja i mogućnosti dece ne postoji velika razlika, uticaj roditelja na decu je veći nego uticaj vršnjaka, roditelji se međusobno dobro dopunjavaju, imaju čvrst savez i autoritet u odnosu na decu, kod dece razvijaju ljubav prema radu, sposobnost kontrole, poštovanje, neguju tradiciju, a komunikacije su jasne i problemi se prepoznaju i rešavaju (Vukov, 1994).

Sa problemom zloupotrebe droga, već više decenija prisutnim na Zapadu, suočile su se i zemlje u tranziciji. Ovo je rastući problem u svim zemljama u regionu u tranziciji, sa tendencijom snižavanja prosečnog uzrasta prve upotrebe, kao i redovne upotrebe droge.

Istraživači smatraju da je ovaj porast, prisutan i među mladima i među odraslima, u regionu tranzitnom na putu droge iz Azije na Zapad, posledica

niza faktora. Među njima ističu uticaj faktora koji potiču iz okruženja, kao što je povećana dostupnost droga, prelazak na slobodno tržište, slabljenje socijalnih kontrolnih mehanizama i, u vezi sa tim, olakšano širenje organizovanog kriminala i ilegalne trgovine drogama, i njihovu povezanost sa psihološkim, socijalnim i ekonomskim teškoćama (Unicef, 1997).

Studije su, takodje, pokazale da je zloupotreba supstanci među mladima obično povezana sa drugim rizičnim ponašanjima kao što je rizičan seks, neplanirane trudnoće, bežanje iz škole i odustajanje od školovanja, nasilje, kriminal i delinkvencija.

Čitav niz istraživanja posvećen je izučavanju raširenosti upotrebe droge među mladima. Tako su istraživanja u Češkoj Republici iz 1996. pokazala da je upotreba droge među srednjoškolicima postala rasprostranjena, a da je među studentima 14% redovnih uživalaca, dok je drogu bar jednom probalo njih 37%. Slična kretanja su i u drugim zemljama. Tako je među mladima u Madjarskoj 12% redovnih korisnika droge, a 23% je probalo drogu bar jednom, isto kao i u Poljskoj, dok je u Bratislavi u mesecu koji je prethodio ispitivanju 11% mladih koristilo droge. U Sent Petersburgu je 7% mladih izjavilo da stalno upotrebljava droge (Unicef, 1997).

Na osnovu procena zdravstvenih servisa, 1996. godine je u Češkoj Republici među novim uživaocima droge bilo je 37% mladih uzrasta 15-19 godina. Slično je i u Slovačkoj, gde je polovina narkomana registrovanih 1994. godine uzrasta ispod 20 godina. Među registrovanim narkomanima u Madjarskoj, 11% je uzrasta 15-19 godina, a 0,5% je uzrasta ispod 15 godina. Prema istraživanju sprovedenom u Belorusiji 30% uživalaca droga tipa opijata i oko 7% uživalaca rastvora je među mladima ispod 24 godine. U Ukrajini, 90% registrovanih narkomana su mlađji od 30 godina. Istraživanja su pokazala da je u Kirgistanu procenat srednjoškolske omladine koja eksperimentiše sa psihoaktivnim supstancama porastao sa 2 iz 1994. godine na 12 dve godine kasnije, a u Taškentu, u Uzbekistanu, istraživanje iz 1998. je pokazalo da 7% učenika srednjih škola koristi droge. U istraživanju sprovedenom u Poljskoj, 10 do 17% dece u gimnazijama, tehničkim ili stručnim školama izjavilo je da koriste drogu. U Sloveniji, epidemiološko istraživanje sprovedeno u Ljubljani 1994. pokazalo je da je 15% intravenoznih uživalaca droge mlađe od 14 godina, a 72% svih uživalaca pripada uzrastu 15-19 godina (Unicef, 1997).

Niži uzrast prve upotrebe droge znači i teže lečenje i rehabilitaciju. Prosečan uzrast prvog kontakta sa drogom u Češkoj Republici sada je između 13 i 16 godina. Studija sprovedena u Sofiji i druga tri bugarska grada pokazala je da, u poredjenju sa sredinom sedamdesetih, kada je početni uzrast upotrebe

bio 18,5 godina, on sada iznosi 14-16 godina za heroin, 12-14 godina za sintetičke droge, a 12 godina i manje za rastvorljive supstance. U Sent Petersburgu je 1987. godine bilo samo nekoliko slučajeva uživalaca droge među trinaestogodišnjacima, dok je to sada uobičajeni uzrast započinjanja, a procenjeno je da je 25% uživalaca započelo u uzrastu nižem od 16 godina. Kada je reč o izboru droge, većina mladih uživalaca u Istočnoj Evropi koristi rastvore, marihuanu, amfetamine i heroin, dok su kokain i kreka skupi i nedostupni (Unicef, 1997).

Studija zdravstvenog ponašanja studentske omladine kod nas, u delu koji se odnosi na upotrebu droga pokazala je da je među anketiranim studentima marihuanu probalo njih 26%, hašiš 6%, ekstazi 2%, alkohol sa sedativima 5%, kokain i heroin nešto više od 1%, a neku drugu drogu blizu 3%, i to najviše LSD i travu. Najčešće je prvi kontakt sa drogom bio između 17. i 18. godine. Posmatrano po polu, mladići su u nešto višim procentima probali sve vrste droga i na nešto ranijem uzrastu nego devojke, osim kad je u pitanju alkohol uzet sa sedativima. Kad je reč o mestu na kome se droga uzima, najčešće je to žurka, zatim sopstveni ili nečiji stan, redje diskoteka, fakultet ili neko drugo mesto.

Među našim srednjoškolicima, prema rezultatima istraživanja, lepak je duvalo njih 1,5%, marihuanu je probalo blizu 5%, hašiš i kokain manje od 1%, neku drugu drogu 1,2%, od toga najviše travu i džoint, a kombinaciju droga 1%, pri čemu je to najčešće alkohol sa tabletama i bensedin sa pivom. Prosečan uzrast probanja droge je 13 godina. Kao i studenti, i srednjoškolci drogu najčešće uzimaju na žurci ili u nečijem stanu, a nešto redje, ali ipak često, u diskoteci i školi.

Ministarstvo prosvete i sporta je 2001. godine na početku kampanje "Igraj za život. Droga ne" sproveo istraživanje na reprezentativnom uzorku učenika petog i osmog razreda, nastavnika i roditelja u 92 osnovne škole u Srbiji. U delu koji govori o korišćenju droge, pitanja su se odnosila na pušenje trave, duvanje lepka i korišćenje droge. Navodi se da je 1,8% učenika izjavilo da je probalo da puši travu, 1,7% da duva lepak, a 0,9% da koristi drogu. Izjave mladih se veoma razlikuju u raznim područjima - među mladima iz Južne Srbije najmanje je onih koje imaju iskustvo sa pušenjem trave – 0,2%, a među mladima iz Istočne Srbije ih je najviše 2,6%, dok ih je u Vojvodini 2,0% a u Beogradu 2,3%. Među učenicima iz Južne Srbije je, takodje, najmanje onih koji imaju iskustvo sa duvanjem lepka – njih 0,9%, a među učenicima iz Zapadne Srbije ih je najviše 2,3%, dok u Istočnoj Srbiji ovaj procenat iznosi 2,0% a u Vojvodini 1,9%. Među učenicima koji su izjavili da su probali drogu najviše je onih iz Istočne Srbije – 2,4%, a najmanje iz Južne Srbije – 0,2%. U Beogradu je

1,0% učenika izjavilo da je probalo drogu, u Vojvodini 0,8%, a u Zapadnoj Srbiji 1,1%.

Na pitanje da li znaju da drogu koristi neko iz škole, potvrdno je odgovorilo 21,1% učenika, a 4,5% njih da zna da je koristi neko iz razreda, dok 18,2% učenika zna da drogu koristi neko iz komšiluka, a 1% neko od rodbine. Procene nastavnika su, međutim, drugačije. Naime, polovina nastavnika smatra da nijedan učenik njihove škole nema kontakt sa drogom, svaki treći da taj broj iznosi 1 do 10, tek svaki dvadeseti da 11 do 30 učenika škole koristi drogu, a samo 2,5% nastavnika misli da je taj broj u njihovoj školi veći od 30. Zanimljivo je da je pri tom oko 76% i roditelja i nastavnika na pitanje da li može da prepozna ponašanje korisnika droge odgovorilo potvrdno.

Alkohol

Autori koji se bave ovom problematikom navode da mladi mogu pribegavati alkoholu u nastojanju da lakše reše svoje razvojne probleme, iz potrebe da se ponašaju suprotno dozvoljenom, da bi pobjegli od svakodnevnih pritisaka, radi postizanja zadovoljstva i izbegavanja neprijatnosti, iz potrebe za eksperimentisanjem, želje da se pripada grupi u kojoj već postoji navika pijenja. Među adolescentima koji piju našli su porodičnu nestabilnost, slabiji kvalitet međusobnih odnosa roditelja i bračnu nestabilnost, loš odnos sa ocem, alkoholizam roditelja povezan sa slabom komunikacijom, napetošću i nasiljem u porodici. Takođe su izdvojili neke vaspitne stilove roditelja, koji mogu da podstaknu razvoj alkoholizma kod dece, a koje su opisali kao zaštitnički, permissivni, zatim preuzeti, autoritarni, odbacujući i alkoholičarski par roditelja (Vukov, 1994).

Eksperimentisanju sa alkoholom, sve češćim u adolescenciji, a neretko povezanim i sa saobraćajnim nesrećama i povredama i smrtnim ishodom njima uslovljenim, kao i sa fizičkim obračunima, kriminalnim ponašanjem i sukobljavanjem sa zakonom, posvećen je niz istraživanja. Tako je Medjunarodno istraživanje SZO među mladima industrijskih zemalja iz 1990. godine pokazalo da već u uzrastu od 15 godina mnogi mladi počinju da piju najmanje jednom mesečno, a da je, čak, u mnogim zemljama u ovom uzrastu pijenje već redovna pojava. Ovo istraživanje je, takođe, pokazalo da pijenje alkohola koje ide sve do intoksikacije rasprostranjeno i među mladićima i među devojkama uzrasta od 15 godina (Tonkin, 1994).

Obimno istraživanje sprovedeno devedesetih godina u SAD pokazalo je da je 64% osamnaestogodišnjih učenika pilo alkohol u mesecu koji je prethodio ispitivanju, a da je 35% izjavilo da je u poslednje dve nedelje u toku jedne seanse pijenja popilo pet ili više čaša pića. Slično, u jednom drugom

istraživanju među studentima iz Minesote 25% šesnaestogodišnjaka, 44% sedamnaestogodišnjaka i 54% osamnaestogodišnjaka izjavilo je da je u mesecu koji je prethodio istraživanju bilo u stanju pijanstva. Pri tom je 44% osamnaestogodišnjih i 12% sedamnaestogodišnjih učenika upravljalo motornim vozilom posle upotrebe alkohola, a 15% od svih učenika koji su bili obuhvaćeni istraživanjem navelo je da se često voze sa vozačima koji su pili ili koristili drogu. Istraživanje među kanadskim učenicima koji poseduju vozačke dozvole pokazalo je da je 21% mladića i 13% devojaka jednom ili više puta u toku poslednjeg meseca vozilo u pijanom stanju, a da se 19% svih učenika uzrasta 12-18 godina vozilo sa pijanim vozačem najmanje jednom u mesecu koji je prethodio istraživanju (Tonkin, 1994).

Iako je u zemljama u tranziciji zloupotreba alkohola među adolescentima bila rasprostranjena i ranije, različiti izvori navode da u delovima ovog regiona mladi ljudi sada počinju da piju u mladjem uzrastu, da je tokom adolescencije pijenje češće i da mladi češće i u većim količinama konzumiraju alkohol. Broj hospitalizovanih adolescenata zavisnih od alkohola u zemljama u tranziciji ne pokazuje pravo stanje stvari, ali njegov porast, brži nego u zapadnim zemljama, takodje, govori o potrebi fokusiranja pažnje na ovaj problem (Unicef, 2000).

Istraživači smatraju da su neki faktori nesumnjivo doprineli širenju alkoholizma među mladima. Posebno značajnim se smatra povlačenje države od kontrole produkcije i distribucije alkohola kao i regulisanja njegove upotrebe kroz administrativne mere, politiku cena i propagandnu politiku, što je vodilo široj dostupnosti alkoholnih pića. Slaba regulacija, takodje, je rezultovala produkcijom mnogo toksičnijeg alkohola, a tendencija laganijeg rasta cena alkoholnih pića, u poredjenju sa cenama osnovnih proizvoda hrane, povećala je njegovu dostupnost (Unicef, 1997).

U našoj zemlji, Studija zdravstvenog ponašanja studenata je pokazala da je alkohol probalo 92% studenata oba pola, u proseku sa 15 godina. Polovina anketiranih studenata izjavila je da nikada nije bila pijana, pri čemu devojke u znatno višem procentu (65%) nego mladići (29%). Oko 4% studenata oba pola ne može da prestane da pije nakon popijene čaše nekog pića.

Ispitivani srednjoškolci probali su alkohol u proseku sa 12 godina, njih 72,5%. Više puta je bilo pijano njih 44%, a u poslednjih mesec dana čak četvrtina njih, i to najčešće vikendom. Nikada nije bila pijano više od polovine ispitanika, od toga 70% devojaka i 43% mladića.

U pomenutoj anketi Ministarstva prosvete i sporta 33,6% učenika iz Srbije je izjavilo da je probalo alkoholna pića. Posmatrano po područjima, u znatnoj meri manje od proseka za ceo uzorak, alkohol su probali mladi iz

Južne Srbije – 21,3%, mladi iz Zapadne Srbije su to činili u 29,1% slučajeva, dok su mladi iz Beograda, Vojvodine, Centralne i Istočne Srbije probali alkohol u nešto većem procentu od prosečnog za ceo uzorak.

Pušenje

Adolescencija je kritičan uzrast i za započinjanje sa pušenjem, a posle uzrasta od dvadeset godina retko se započinje sa ovim ponašanjem. Smatra se da bi efikasni programi prevencije pušenja među mladima mogli, u znatnoj meri, da smanje broj smrtnih ishoda u odrasloj dobi izazvanih bolestima prouzrokovanim pušenjem. Prema procenama SZO, prema sadašnjim trendovima, 50 miliona dece u Kini i 330 miliona dece i adolescenata u Evropi u odrasloj dobi doživeti će prevremenu smrt usled bolesti prouzrokovanih pušenjem (Tonkin, 1994).

U većini visokorazvijenih zemalja rasprostranjenost pušenja među adolescentima smanjuje se od kasnih sedamdesetih, a naročito od sredine osamdesetih usled restrikcija reklamiranja i zabrane pušenja na javnom mestu, što naročito važi za Kanadu, Norvešku i Švedsku, gde su kampanje protiv pušenja bile najuspešnije. Istraživanje je pokazalo da je u jednoj provinciji u Kanadi procenat mladih pušača uzrasta 12-19 godina smanjen sa 35% u 1979. godini na 22% u 1991. godini. Slično, i u SAD se procenat učenika starih 17 i 18 godina koji svakodnevno puše u protekloj deceniji smanjio sa 29% na 18%. Suprotno tome, u Istočnoj Evropi i zemljama u razvoju rasprostranjenost pušenja među mladima raste, uporedo sa pojačanom marketinškom kampanjom industrije duvana (Tonkin, 1994).

Navike pušenja, stvorene u adolescenciji, teško se menjaju i drastično ugrožavaju zdravlje, naročito dugoročno gledano. Istraživanje među odraslima u Madjarskoj iz 1994. je pokazao da je 75% muškaraca i 60% žena počelo sa pušenjem pre 20. godine. Iz istraživanja među mladima u Rumuniji vidi se da je 13% mladića počelo redovno da puši u uzrastu između desete i četrnaeste godine, da posle petnaeste godine procenat onih koji započinju sa pušenjem skokovito raste, a zatim se ustaljuje i u uzrastu od 25 godina 78% mladića redovno puši. Devojke se teže odlučuju da počnu sa pušenjem, i rade to u znatno manjem stepenu. Ipak, poredjenje sa sličnim istraživanjem sprovedenim tri godine ranije pokazuje da sve više rumunskih devojaka, takodje, počinje da puši (Unicef, 2000).

Iz dva velika istraživanja zdravstvenog ponašanja školske dece vidi se da je broj mladih petnaestogodišnjaka koji puše porastao i među mladićima i među devojka u Istočnoj i Centralnoj Evropi, kao i u zapadnim zemljama. U nekim zemljama Istočne i Centralne Evrope pušenje među mladićima je čak rasprostranjenije nego među njihovim zapadnoevropskim

vršnjacima. Pre tranzicije, devojke u Centralnoj i Istočnoj Evropi pušile su mnogo manje nego mladići u regionu ili devojke na zapadu. Za vreme tranzicije, incidencija pušenja je porasla u svim grupama, ali mnogo brže među devojka. Istraživanje iz 1997-98. godine u sedam zemalja u tranziciji je pokazalo da, čak, 82% više devojaka puši u poredjenju sa rezultatima istog istraživanja četiri godine ranije. U zemljama gde su devojke u većem broju pušile i 1993-94. godine, kao što je Madjarska, taj porast je manji, ali se zato u zemljama kao što su Slovačka ili Rusija, gde su stope bile relativno niske, incidencija pušenja udvostručila ili utrostručila za vreme ovog kratkog perioda (Unicef, 2000).

Kod nas, Studija zdravstvenog ponašanja studentske omladine je pokazala da je 70% anketiranih studenata probalo cigaretu, u proseku sa 15 godina, kao i da je polovina njih nastavila da puši. Zatim, da 49% studenata dnevno popuši više od 15 cigareta, i to među devojka 52%, a među mladićima 43%. Pušački staž do pet godina ima 38% mladića i isto toliko devojaka.

Studija zdravstvenog ponašanja srednjoškolske omladine je pokazala da je od anketiranih učenika 42% probalo cigaretu, a polovina među njima je nastavila da puši svakodnevno.

Samoubistva medju mladima

Prema podacima o izvršenom samoubistvu, čiji je tačan broj teško utvrditi, češće ga vrše muškarci i starije osobe, dok žene i mlade osobe čine više neuspešnih pokušaja koji često znače apel za pomoć i potrebu za promenom nepodnošljivih uslova života. Među faktorima rizika za samoubistvo, najčešće se navode depresije i druge duševne bolesti, suicidogena dispozicija, krizne situacije, najčešće bračna i profesionalna, zatim usamljenost, gubitak osoba za koje je postojala jaka emocionalna vezanost i gubitak smisla života.

U zavisnosti od zemlje, samoubistva su drugi ili treći vodeći uzrok smrti medju adolescentima. Statistika iz mnogih zemalja pokazuje da stariji adolescenti, uzrasta 15-19 godina, oduzimaju sebi život češće nego mladji adolescenti. Inače, neki istraživači smatraju da nagli rast stopa samoubistva može biti pokazatelj naraslih socijalnih problema u nekoj sredini, pri čemu je veoma važno da pri analizi ovog fenomena pristup bude pažljiv i sveobuhvatan (Unicef, 1997).

Stope samoubistva medju mladima u SAD u periodu izmedju 1970. i 1985. su, čak, učetrostručene. U ovom periodu i u većini evropskih zemalja

stope su veoma porasle. Medju mladima uzrasta 15-24 godine najveći porast samoubistava je zabeležen u Norveškoj - stope su više nego udvostručene. U Španiji porast je iznosio 93%, a Švajcarskoj 80%. U Kanadi, stopa samoubistva medju mladima uzrasta 10-24 godina izmedju 1960. i 1985. porasla je 70%. Američke studije su pokazale da su neuspeli pokušaji samoubistva tri ili četiri puta češći medju devojkama, a da mladići četiri puta češće oduzimaju sebi život (Tonkin, 1994).

Stope samoubistva u Centralnoj i Istočnoj Evropi spadaju medju najviše u svetu, a u vreme tranzicije su se u mnogim od ovih zemalja povećavale. Najviše stope samoubistva medju mladima zabeležene su u Rusiji, Litvaniji, Letoniji i Sloveniji. Medju mladima uzrasta 15-19 godina stopa samoubistva 1989. godine, na 100000, u Litvaniji je iznosila 32,3, u Rusiji 31,1, u Letoniji 29,0, a u Sloveniji 20,8, dok je u Češkoj Republici bila niža, 13,6 kao i u Poljskoj, 14,9. U većini ovih zemalja stopa u ovom uzrastu je dostigla vrhunac 1994. godine, kada je u Rusiji iznosila 52,5, Letoniji 45,0, Litvaniji 41,7, Sloveniji 31,4, a u Češkoj Republici 18,8 i Poljskoj 19,1. Ipak, i u 1995. godini u nekim zemljama, kao što je Belorusija, ali i Češka Republika i Poljska, stopa je nastavila da raste (Unicef, 1997).

U poredjenju sa zemljama u tranziciji, u našoj zemlji je u protekloj deceniji stopa samoubistva medju mladima bila znatno niža. Računato na 100000 mladih uzrasta 15-24 godine stopa samoubistva 1991. godine je iznosila 6,8 u Centralnoj Srbiji i 10,0 u Vojvodini. U naredne dve godine ona se povećala i u Centralnoj Srbiji iznosila 7,5 odnosno 8,4, a u Vojvodini 11,4 odnosno 14,1. U 1994. i 1995. godini nema podataka o samoubistvima mladih, a 1996. godine stopa je iznosila 11,5 u Centralnoj Srbiji i 10,4 u Vojvodini. Naredne godine, u Centralnoj Srbiji je došlo do smanjenja na 9,9, ali je u Vojvodini značajno povećana i iznosila je 20,7. U 1998. godini stopa je bila niža na oba područja, naročito u Vojvodini gde je iznosila 11,1, a u Centralnoj Srbiji 7,6. Naredne dve godine stopa je ponovo povećana i 1999. u Centralnoj Srbiji je iznosila 9,0, u Vojvodini 16,8 dok se 2000. godine u Centralnoj Srbiji nalazila na sličnom nivou kao prethodne godine a u Vojvodini je bila značajno niža i iznosila 10,8. Može se reći da, iako stopa samoubistva medju mladima pokazuje različite vrednosti u posmatranom periodu, preovladjujuća tendencija je njen rast.

* * *

Kako su poremećaji zdravlja mladih ljudi, o kojima je bilo reči, uslovljeni, pre svega, njihovim rizičnim ponašanjem i nedovoljno odgovornim odnosom prema zdravlju, na smanjenje njihove rasprostranjenosti moguće je uticati prevencijom. Institucije obrazovnog i zdravstvenog sistema svojim prog-

ramskim aktivnostima predstavljaju nosioce preventivnog delovanja. Ono podrazumeva zdravstvenu edukaciju, koja dovodi do povećanja znanja i unapređivanja stavova, mladima ukazuje na mogućnost zaštite i poboljšanja zdravlja, kako opšteg tako i reproduktivnog, a podstiče i razvoj motivacije za prihvatanje zdravih stilova života. Mladima je, takodje, neophodna pomoć u ovladavanju životnim veštinama, kako bi razvili samopouzdanje i samopoštovanje, mogli da prepoznaju rizike i izbegnu ih, da odole vršnjačkom pritisku. Podršku je potrebno usmeriti i na porodicu, koja u životu mladih ljudi zadržava značajno mesto i ima važan uticaj na njihovo ponašanje izlaganja riziku. U traženju svog puta i svog identiteta, u složenim uslovima društvenog okruženja, adolescent stalno isprobava nova ponašanja, a da li će vremenom usvojiti prihvaćena merila ili će ekstremnim ponašanjima i naglašenim buntovništvom sebe izložiti značajnim rizicima umnogome zavisi od fleksibilnosti i sposobnosti porodice da prati i podržava promene uslovljene razvojem. Zajedništvo i emocionalna povezanost, solidarnost i saradnja, podrška, jasne komunikacije i tolerancija čine porodicu sredinom koja pruža sigurnost i svog adolescenta usmerava u pravcu razvoja i zdravog i odgovornog ponašanja, i time deluje preventivno na razvoj zavisnosti. Pri tom treba imati u vidu da u uslovima ekonomskih i društvenih promena, koje se odvijaju u sredini u kojoj mladi odrastaju, uticaj zakonske i normativne regulative posebno dobija na značaju. Takodje, važna je uloga mas medija, koji svojim porukama umnogome oblikuju stavove i ponašanje mladih, kao i delovanje političkih, nevladinih, verskih i drugih organizacija koje svojim angažovanjem određuju sredinu u kojoj mladi žive.

Zdravlju dece i adolescenata posvećen je jedan od ciljeva koje je definisala Svetska zdravstvena organizacija, Regionalna kancelarija za evropski region, u okviru projekta "Zdravlje za sve u evropskom regionu" i on glasi: do 2020. godine, mladi ljudi u evropskom regionu treba da budu zdraviji i sposobniji da ispune svoje uloge u društvu. Posebno:

- deca i adolescenti treba da budu spremniji za život i sposobniji da učine zdrave izbore;
- mortalitet i morbiditet mladih uzrokovan nasiljem i saobraćajnim nesrećama treba da bude smanjen najmanje za 50%;
- procenat mladih ljudi sa rizičnim oblicima ponašanja (korišćenje droga, duvana i alkohola) treba da se bitno smanji;
- učestalost trudnoća u adolescenciji treba da se smanji za najmanje jednu trećinu.

Iz nekih istraživanja možda bi se moglo zaključiti da su mladi kod nas senzitivisani za promociju zdravlja, jer ga visoko postavljaju na skali

vrednosti. Tako je kao odgovor na pitanje – šta je po tvom mišljenju, najvažnije u životu? – postavljeno u anketi Ministarstva za sport, ubedljivo najveći procenat mladih, 64,9% učenika petog i 64,4% učenika osmog razreda, od svih ponudjenih odabralo zdravlje kao najveću vrednost. Poredjenja radi, drugarstvo je najvažnije za 4,3% učenika petog i 5,1% učenika osmog razreda, novac za 1,7 % učenika petog i 3,9% učenika osmog razreda, a dobar položaj u društvu i bogati roditelji za samo 0,6% učenika. Slično je pokazalo i istraživanje među beogradskim učenicima četvrtog razreda srednje škole sprovedeno pet godina ranije – od ponudjenih šest životnih vrednosti, tri petine mladih odabralo je zdravlje kao najveću vrednost, veću od novca, ljubavi, dece, karijere i braka (Dželetović, 1995).

Literatura

- BANIĆEVIĆ, M. (ured.) (2000). *Sačuvajmo zdravlje*, (Beograd: Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije).
- BANIĆEVIĆ M. (2001). "Zdravstvena zaštita adolescenata", *Problemi u pedijatriji 2000*, (Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva).
- BERGADA, C. (1995). *Puberty and Adolescent Medicine*, (Annales Nestle).
- BIRO, M. (1982). *Samoubistvo - psihologija i psihopatologija*, (Beograd: Nolit).
- CUCIĆ, V. i dr. (2000). *Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine*, (Beograd: Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata).
- DŽELETović, A. (1997). *Mladi i planiranje porodice*, doktorska disertacija, (Beograd: Medicinski fakultet).
- DJORDJEVIĆ, D. (1988). *Razvojna psihologija*, (Gornji Milanovac: Dečje novine).
- HRNJICA, S. (1982). *Zrelost ličnosti*, (Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva).
- KAPOR-STANULOVIĆ, N. (1988). *Na putu ka odraslosti*, (Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva).
- KAPOR-STANULOVIĆ, N. (2000). "Seksualnost i regulacija reprodukcije kod mladih između individualnih potreba i reagovanja okoline", *Socijalna misao*, 3-4.
- KAPOR-STANULOVIĆ, N. i A. KAPAMADŽIJA (2000). "Follow - up studija o znanju i ponašanju mladih u regulaciji fertiliteta (1964-1980-2000)", *Socijalna misao*, 3-4.
- MORIĆ-PETROVIĆ, S. (ured.) (1987). *Psihijatrija*, (Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga).
- PETROVIĆ, S. (2001). *Droga i ljudsko ponašanje*, (Beograd: Partenon).

- RAJIN, G., SEDLECKI, K. RADOJEVIĆ, M. (2000). "Savremeni pristup zaštiti reproduktivnog zdravlja mladih", *Sačuvajmo zdravlje*, (Beograd: Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije).
- RAŠEVIĆ, M. (1993). *Ka razumevanju abortusa u Srbiji*, (Beograd: Institut društvenih nauka).
- REPUBLIKA SRBIJA, (2001). *Izveštaj o istraživanju "Igraj za život. Droga ne."* (Beograd: Ministarstvo za sport i omladinu Vlade Republike Srbije).
- SEDLECKI, K. (1999). *Značaj ispitivanja cervicisa čiji je uzročnik Chlamydia tracomatis kod seksualno aktivnih adolescentkinja*, doktorska disertacija (Beograd: Medicinski fakultet).
- SEDLECKI, K., I. MAŽIBRADA i Z. STANKOVIĆ (2000). "Polno ponašanje i reproduktivno zdravlje mladih", *Problemi u pedijatriji*, (Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva).
- SEDLECKI, K., M. BANIĆEVIĆ i G. RAJIN (2000). "Reproduktivno zdravlje adolescenata", *Sačuvajmo zdravlje*, (Beograd: Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije).
- SZS *Demografska statistika* (za odgovarajuće godine), (Beograd: Savezni zavod za statistiku).
- SZZUZ (2001). *Izveštaj o kretanju bolesti HIV u SR Jugoslaviji u periodu 1985-30.6.2001. godine*, (Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapredjenje zdravlja).
- TONKIN, R. (ed.) (1994). "Current Issues in the Adolescent Patient", *Bailliere's Clinical Paediatrics*, Vol. 2/ No. 2.
- UNICEF (1997). *Children at Risk in Central and Eastern Europe: Perils and Promises*, Regional Monitoring Reports, No. 4, (Florence: Unicef International Child Development Centre).
- UNICEF (2000). *Young People in Changing Societies*, Regional Monitoring Reports, No. 7, (Florence: Unicef Innocenti Research Centre).
- UNICEF (2001). *Teenage Births in Rich Nations*, Innocenti Report Card, No. 3, (Florence: Unicef Innocenti Research Centre).
- VUKOV, M. (1988). *Porodica u krizi*, (Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga).
- VUKOV, M. (1994). *Putevi i stranputice porodice*, (Beograd: GIP Kultura).
- WHO (2000). *Health and Health Behaviour among Young People*, (Geneva: World Health Organization).
- YARBER, W.L. & A. PARILLO (1992). "Adolescent and Sexually Transmitted Diseases", *Journal of School Health*.

Biljana Stanković

Novi morbiditet mladih

R e z i m e

U sadašnjoj fazi epidemiološke tranzicije, najčešći uzroci morbiditeta mladih ljudi jesu poremećaji reproduktivnog zdravlja, mentalni poremećaji i povrede koje ne ugrožavaju život. Ovaj, tzv. novi morbiditet mladih, uslovljen je najčešće njihovim rizičnim ponašanjem, što u oblasti seksualnosti često dovodi do neplaniranih trudnoća i abortusa, kao i oboljevanja od seksualno prenosivih infekcija. Zloupotreba duvana, alkohola i opojnih droga, čiji početak je najčešće vezan za uzrast adolescencije, ima nepovoljan uticaj na psiho-fizičko zdravlje mladih, kako kratkoročan, tako i dugoročan.

Sva istraživanja, u svetu i kod nas, govore o postepenom, ali stalnom porastu seksualne aktivnosti mladih i snižavanju prosečnog uzrasta njenog započinjanja, naročito kada je reč o devojkama. Usled nedovoljne zrelosti i nedostatka znanja i svesti o potrebi čuvanja reproduktivnog zdravlja, seksualno ponašanje mladih često se može označiti kao nedovoljno odgovorno i nije praćeno korišćenjem odgovarajućih mera zaštite. Posledica toga često je namerni prekid trudnoće, kojim se završava 90% neplaniranih i neželjenih trudnoća u ovom uzrastu, što sa sobom nosi zdravstvene i psihosocijalne rizike, kao i radjanje u adolescenciji, koje je u suprotnosti sa savremenim zdravstvenim konceptom da ona ne treba da se ostvari prerano, dok je razvoj mlade osobe još u toku. Takodje je prisutan i značajan porast učestalosti polno prenosivih infekcija, kojima su mladi, usled specifičnosti razvojnog perioda u kom se nalaze, posebno podložni.

Ozbiljan medicinski i sociopatološki problem savremenog društva predstavlja sve rasprostranjenija zloupotreba psihoaktivnih supstanci medju mladima, sa tendencijom snižavanja prosečnog uzrasta prve upotrebe, kao i redovne upotrebe droga i alkohola. Dok se sa porastom kampanja i restriktivnih mera protiv pušenja u visokorazvijenim zemljama rasprostranjenost pušenja medju mladima smanjuje, medju mladima u Istočnoj Evropi i zemljama u razvoju se povećava.

Kako su poremećaji zdravlja mladih ljudi, o kojima je bilo reči, uslovljeni, pre svega, njihovim rizičnim ponašanjem i nedovoljno odgovornim odnosom prema zdravlju, na smanjenje njihove rasprostranjenosti moguće je uticati prevencijom. Institucije obrazovnog i zdravstvenog sistema predstavljaju nosioce preventivnog delovanja, koje podrazumeva zdravstvenu edukaciju i pomoć mladima u ovladavanju životnim veštinama, uz neophodnost usmeravanja podrške i na porodicu, koja u životu mladih ljudi zadržava značajno mesto i ima važan uticaj na njihovo ponašanje izlaganja riziku. Značajan je i uticaj zakonske i normativne regulative, uloga mas medija, kao i delovanje političkih, nevladinih, verskih i drugih organizacija koje svojim angažovanjem određuju sredinu u kojoj mladi žive.

Ključne reči: *adolescenti, rizično ponašanje, prevencija*

Biljana Stanković

New Morbidity of the Young

S u m m a r y

In the present phase of epidemiological transition, the most frequent causes of youth morbidity are disorders in reproductive health, mental disorders and injuries which are not life threatening. This, so-called new youth morbidity, is most often caused by their risky behavior, which in the field of sexuality often leads to unplanned pregnancies and abortions, as well as sexually transmitted infections. Misuse of tobacco, alcohol and narcotics, which is most commonly started in adolescence, has an unfavorable short-term and long-term influence on the psycho-physical health of the young.

All research, in the world and in our country, indicate gradual yet constant growth of sexual activity of the youth and the age decrease of its starting point, especially when girls are in question. Due to insufficient maturity and inadequate knowledge and consciousness on the necessity of protecting reproductive health, sexual behavior of young people can often be characterized as insufficiently responsible and not supplemented with the usage of adequate protective measures. The result is frequently abortion, which terminates 90% of unplanned and unwanted pregnancies in this age. This creates health and psychosocial risks, as well as giving birth in adolescence which is contrary to the modern health concepts that giving birth should not be performed too early, while the young are still developing. A significant increase in the frequency of sexually transmitted diseases is also present, to which the youth are especially susceptible due to the specific development period in which they are in.

A serious medical and sociopathological problem of contemporary society represents the greater and greater misuse of psychoactive substances among the young people, with a tendency of decreasing the average age they are consumed for the first time, as well as the use of drugs and alcohol. With the increase of the anti-smoking campaign and restrictive measures in highly developed countries smoking among young people is decreasing, while it is increasing in Eastern Europe and developing countries.

As the health disorders of young people mentioned above, are conditioned, above all, by their risky behavior and insufficient relation towards health, the degree to which they are widespread can be influenced by prevention. Educational and health institutes represent the carriers of preventive activity, which understands health education and aid to young people in overcoming life's skills, along with the necessity to direct support to the family as well, which maintains a significant place in the life of young people and has a important influence on their behavior to risk exposure. A significant influence is also legal and provision regulations, the role of mass media, as well as the activities of political, nongovernmental, religious and other organizations which determine the environment in which young people live.

Key words: *adolescents, risky behavior, prevention*